



Как
распознать

Международный
бестселлер.
Куплено более 1 млн.
экземпляров
во всем мире

Эдвард Хэлловэлл
Джон Рэйти

синдром
дефицита



ПОЧЕМУ Я ОТВЛЕКАЮСЬ



ВНИМАНИЯ
у взрослых
и детей

Революционное
исследование,
изменившее наше
понимание СДВ

Обновленное
и дополненное
издание

И ЧТО С НИМ

делать



+18

Edward M. Hallowell, M.D.

John J. Ratey, M.D.

DRIVEN TO DISTRACTION

Recognizing and Coping with Attention Deficit
Disorder from Childhood through Adulthood



ANCHOR BOOKS

A Division of Random House, Inc.

New York

Эдвард Хэлловэлл

Джон Рэйти

ПОЧЕМУ Я ОТВЛЕКАЮСЬ

Как распознать синдром дефицита внимания
у взрослых и детей и что с ним делать

Перевод с английского Василия Горохова

МОСКВА

«МАНН, ИВАНОВ И ФЕРБЕР»

2017

УДК 159.952
ББК 88.251.5-8
Х99

Научный редактор Надежда Никольская

*Издано с разрешения BAROR INTERNATIONAL
и литературного агентства Nova Littera SLA*

На русском языке публикуется впервые

Книга рекомендована к изданию Натальей Изергиной

Хэлловэлл, Эдвард

Х99 Почему я отвлекаюсь. Как распознать синдром дефицита внимания у взрослых и детей и что с ним делать / Эдвард Хэлловэлл, Джон Рэйти ; пер. с англ. В. Горохова ; [науч. ред. Н. Никольская]. — М. : Манн, Иванов и Фербер, 2017. — 368 с.

ISBN 978-5-00100-249-9

В этой книге авторитетные специалисты Эдвард Хэлловэлл и Джон Рэйти делятся актуальной и научно обоснованной информацией о синдроме дефицита внимания и гиперактивности. Авторы рассматривают такие вопросы, как мифы и правда о болезни, современные способы лечения, полезные методики борьбы, воспитание ребенка с СДВГ и многие другие. Книга содержит «живые» истории людей с этим диагнозом, которые вдохновляют и позволяют посмотреть на СДВГ с другого ракурса. Воспользуйтесь рекомендациями авторов, и вы сможете извлечь из синдрома дефицита внимания только преимущества и добиться своих целей!

УДК 159.952
ББК 88.251.5-8

Все права защищены.
Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая фирма «Вегас-Лекс».

VEGAS LEX

ISBN 978-5-00100-249-9

© Edward M. Hallowell, M. D. and John J. Ratey, M. D., 1994, 2011

© Перевод на русский язык, издание на русском языке, оформление. ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2017

Содержание

	ВВЕДЕНИЕ	9
[Глава 1]	Что такое синдром дефицита внимания	17
	Случай 1. Джим	18
	Случай 2. Каролина	38
	Случай 3. Мария	44
	Случай 4. Пенни	51
[Глава 2]	Скованные болезнью	63
[Глава 3]	Когда мысли разбегаются	97
[Глава 4]	Жить и любить с СДВ	139
[Глава 5]	Большая борьба	161
[Глава 6]	Из чего состоит слон	189
	СДВ без гиперактивности	191
	СДВ с тревожностью	194
	СДВ с депрессией	196
	СДВ с нарушениями обучаемости	199
	СДВ с возбужденностью или манией	212

	СДВ со злоупотреблением алкоголем и наркотиками	215
	СДВ у творческих личностей	220
	СДВ с рискованным поведением и СДВ «сильной стимуляции»	222
	СДВ с диссоциативными состояниями	227
	СДВ с пограничными чертами личности	229
	СДВ с кондуктивным и оппозиционным расстройствами (у детей) и антисоциальными чертами личности (у взрослых)	233
	СДВ с обсессивно-компульсивным расстройством	236
	Псевдо-СДВ	237
[Глава 7]	Как узнать, что я болен?	241
[Глава 8]	Что теперь делать?	265
	Общие принципы	266
	Практические советы	296
	Распространенные проблемы при лечении СДВ	317
[Глава 9]	Место обитания и имя	325
	 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ ОБ СДВ	 347
	БЛАГОДАРНОСТИ	351
	ОБ АВТОРАХ	353

Мы с благодарностью посвящаем эту книгу семи психиатрам, которые поделились с нами живостью ума и любовью к работе.

Они научили нас слушать и видеть.

Дорис Мезер Бенарон, Джулс Бемпорад, Уильям Бойшер, Томас Гутхайль, Лестон Хэвенс, Аллан Гобсон, Ирвин Таубе — все они дали нам так много, что не выразить в кратком посвящении. За годы преподавания в Бостонском Массачусетском центре психического здоровья эти специалисты привили нам скромность в работе, способность идти навстречу пациенту и слушать его. Они объяснили, как устанавливать контакт с человеком, анализировать его горести и радости, искать самую суть проблемы.

Мы признательны им от всего сердца.

Введение

В 1994 году, накануне выхода первого издания «Почему я отвлекаюсь», я беседовал с Джонатаном Галасси, ныне возглавляющим нью-йоркское издательство Farrar, Straus and Giroux. Мы дружим еще со старших классов школы, вместе окончили колледж. Мы доверяем друг другу практически все секреты. У Джона, как издателя, были опасения в отношении моей книги, готовящейся к публикации: «Про синдром дефицита внимания никто не слышал, поэтому я боюсь, что название собьет читателей с толку». Теперь, когда продано почти два миллиона экземпляров на английском языке, мы с Джоном шутим, что даже самым проницательным редакторам свойственно ошибаться.

В том далеком 1994-м лишь немногие что-то слышали про СДВ (теперь это СДВГ — синдром дефицита внимания и гиперактивности, и наверняка вскоре название снова сменится!). Да и те немногие не знали точно, что это такое. Воображение рисовало гиперактивных маленьких мальчиков, которые в школе мешают проводить уроки, а домашний уют превращают в хаос. Считалось, что эта проблема встречается исключительно у детей, и почти всегда у мальчиков. Господствовало мнение, что из СДВ люди «вырастают», и с возрастом проблема исчезает. Лишь немногие врачи знали, что синдром дефицита внимания может проявиться у взрослых, да и женщины от него не застрахованы.

Сам я узнал об СДВ в 1981-м, на первом году практики по детской психиатрии в Массачусетском центре психического здоровья. Если бы раньше услышал о синдроме дефицита внимания,

[10]

решил бы, что это какая-то психоаналитическая концепция и имеются в виду дети, которым не уделяли достаточно внимания. Но затем одна из моих преподавателей, доктор Элси Фриман, прочла нам лекцию на тему СДВ.

Эта лекция навсегда изменила мою жизнь. Когда я слушал Элси, то понимал: она описывала *меня*. Наконец-то нашлось объяснение многим особенностям моего мышления и поведения. Я всегда прекрасно учился в школе и колледже, поэтому никто, и я в том числе, не заподозрил бы каких-то проблем с обучаемостью. Я знал, что медленно читаю, и давно пришел к выводу, что у меня дислексия*. Но никогда не понимал, почему умею придумывать разные способы решения проблем, почему так часто прибегаю к интуиции и склонен к нешаблонному мышлению, почему бываю нетерпелив и спешу с выводами, откуда взялось мое странноватое чувство юмора и т. п. Не могу сказать, что мой СДВ протекал в классической форме, но сам диагноз сомнений не вызывает.

Именно тогда я понял: людей с этим заболеванием намного больше, чем думают эксперты. Я узнал, что проблема не исчезает и во взрослом возрасте. СДВ стал моей специализацией. Я начал читать статьи на эту тему и искать признаки синдрома у своих пациентов.

Кроме того, тогда я начал много общаться с Джоном Рэйти. Мы познакомились в 1979-м, на первом году ординатуры в Массачусетском центре психического здоровья — больнице штата, в которой располагалась клиническая база Гарвардского университета. Джон был моим старшим ординатором, отчасти наставником, отчасти другом. Когда я окончил ординатуру и начал изучать детскую психиатрию, мы с Джоном сохранили контакт и встречались раз в неделю поиграть в сквош и обсудить интересные для обоих темы. Разговоры часто затрагивали СДВ.

* Дислексия — вид специфического нарушения обучения неврологической природы. Характеризуется неспособностью быстро и правильно распознавать слова, декодировать, осваивать навыки правописания. Проявляется в детском возрасте и сохраняется на всю жизнь. *Прим. ред.*

Все 1980-е и начало 1990-х мы с Джоном работали над этой проблемой: сравнивали истории болезней, строили гипотезы о том, какие не описанные в книгах факторы влияют на СДВ. Джон тоже нашел у себя этот синдром, поэтому довольно логично, что мы углубились в тему.

[11]

В то время о синдроме дефицита внимания не было хороших популярных книг, поэтому я начал писать брошюры и раздавать их своим пациентам. Материала накопилось столько, что записи лежали даже на полу в кабинете. Когда я написал около двадцати подобных брошюр, то понял: пора садиться за книгу. За помощью по поводу СДВ обращалось все больше пациентов самого разного возраста. И мне захотелось написать книгу для многих людей с этой проблемой, вместо того чтобы работать с отдельными пациентами.

Джон поддержал меня. Мы устроили мозговой штурм, а потом я написал проект книги, принятый издателем. Честно говоря, я удивился, потому что издательство было не медицинское, а тема — неизвестная широкой публике. Я писал не о диетах и рецептах и даже не касался распространенных заболеваний, таких как сахарный диабет или артрит. Книга была посвящена болезни, о которой большинство людей не слышали.

По мере работы над рукописью я звонил Джону. Он всегда подбадривал, когда я снова начинал сомневаться: будет ли это интересно *хоть кому-нибудь*? Я читал абзац-другой и узнавал его мнение. Но большую часть книги пришлось выслушать моей жене, Сью. Бедная женщина! Ее задача была очень сложной: приходилось конструктивно критиковать рукопись и одновременно убеждать, что написанное приводит в восторг. У меня хватило ума справиться с раздражением, принять советы и внести правки в книгу.

Первый тираж раскупили быстро, потому что сообщество людей, знакомых с СДВ, уже ожидало ее появления. Я решил, что после этого книга перестанет быть новинкой и про нее забудут.

Но я ошибся.

Элси Фриман задела меня за живое своей лекцией об СДВ, а «Почему я отвлекаюсь» поразила общественность. Люди оказались готовы увидеть в симптомах СДВ не моральные изъяны или

доказательство «испорченности» и «недисциплинированности», а неврологическое заболевание, над которым человек не властен.

[12]

Для некоторых такой подход был и остается ересью. Традиционная мораль надежно укоренилась в сознании многих людей. В основе их взглядов — убеждение, что все эмоции человека, его обучаемость и поведение контролируются силой воли. Согласно этой концепции, для лечения депрессии достаточно не унывать, чтобы избавиться от тревожности — взять себя в руки, а лекарство от СДВ — *больше стараться*. Конечно, лишние усилия никогда не повредят, но советовать человеку с СДВ стараться — это примерно то же самое, что предлагать близорукому присмотреться как следует. В этом нет смысла.

В 1994 году такой подход все еще определял взгляды ответственности на СДВ, и многие критиковали меня за утверждения, что причина синдрома — в генах и биологии, а не в дурном воспитании и слабохарактерности. Помню, в 1990-х годах я выступал на National Public Radio (Национальное общественное радио), и моим собеседником был психиатр по имени Питер Бреггин. Передача записывалась в бостонской студии. Доктор Бреггин целый час возмущенно разглагольствовал. Он напал на СДВ и утверждал, что это шарлатанский диагноз, выдуманный фармацевтическими компаниями и поддерживаемый безответственными родителями, которые оправдывают невоспитанность собственных детей, вместо того чтобы как следует за них взяться. Я изо всех сил старался научно доказать, что СДВ — вполне оправданный диагноз и его этиология прежде всего генетическая. Внимание родителей, конечно, полезно любому ребенку, а плохое воспитание вредит, но, несомненно, причиной СДВ быть не может.

В какой-то момент я спросил доктора Бреггина: «Давайте начистоту: вы утверждаете, что никакого синдрома дефицита внимания не существует, а *все* случаи, которые сегодня диагностируются как СДВ, на самом деле просто плохое поведение, вызванное недостаточным воспитанием?»

На этот раз мой собеседник был краток. Он ответил: «Да».

После передачи мы вышли в вестибюль. Доктор Бреггин поинтересовался, куда подали машину, на которой он поедет

в аэропорт. Ему ответили, что автомобили для гостей не предусмотрены. Я предложил доктору Бреггину подвезти его. По дороге мы мило беседовали, и я пришел к выводу, что он хороший человек и отстаивает свои убеждения искренне.

[13]

Тогда многие согласились с моим оппонентом. К счастью, в наш спор вмешалась наука. 1990-е годы стали «десятилетием головного мозга». Благодаря новым методам визуализации, генетическим и семейным исследованиям ученые находили все больше и больше доказательств, что СДВ — реальное биологическое явление. Более того, было доказано, что при отсутствии лечения этот синдром может приводить к тяжелым последствиям: другими словами, крайне важно выявлять этот диагноз и принимать меры.

При обсуждении достижений последних пятнадцати лет с доктором Расселом Баркли, одним из ведущих исследователей в этой области, мне показалось особенно интересным его замечание: СДВ наносит больше вреда, чем любой синдром в психиатрии, поддающийся амбулаторному лечению. Он опаснее, чем тревожность, депрессия, даже злоупотребление веществами. Распространенность СДВ очень высока. От недиагностированного СДВ страдают 25% заключенных. СДВ есть у большинства детей, поставленных на учет в отделах по делам несовершеннолетних. Больные СДВ в восемь раз чаще попадают в дорожно-транспортные происшествия. У них на 40% выше вероятность развода и на 30% — безработицы. По некоторым оценкам, СДВ больны до 40% лиц с какими-либо формами зависимости и большой процент страдающих нарушениями пищевого поведения.

Другими словами, если СДВ не лечить, он может привести к катастрофе.

Я попросил доктора Баркли перечислить ведущие достижения в этой области за последние пятнадцать лет, кроме определения масштаба проблемы. С его точки зрения, одним из главных прорывов стало выявление СДВ у взрослых. В этом случае первостепенное значение имеет просвещение: 90% взрослых с этим заболеванием не подозревают о нем! Если исправить ситуацию, они смогут изменить свою жизнь: на смену борьбе, упущенным возможностям и неразберихе придут радость, самореализация

[14]

и успех. Постановка диагноза СДВ может *радикально* изменить жизнь к лучшему, причем это верно и в пять лет, и в восемьдесят пять. Вред от синдрома дефицита внимания неизбежен. Сам факт лечения уже приносит радость, потому что человек наконец ясно понимает ситуацию.

Я клиницист и регулярно работаю с пациентами. А еще я занимаюсь просвещением и пишу. Моя миссия — донести благую весть о том, как сильно диагностика и лечение СДВ могут помочь отдельным людям, парам, семьям, а также организациям.

В наши дни большинство людей что-то слышали об СДВ (или СДВГ), поэтому надо разобраться, что же это такое, насколько часто болезнь встречается у взрослых? Какое требуется лечение? Почему одних лекарств недостаточно? Какое облегчение может принести терапия с самого первого дня?

Практика показывает: очень часто пациенты, начав лечиться от СДВ, вырываются из тисков постоянной борьбы с собой и достигают успеха. Я наблюдаю, как в них побеждают позитивные качества: творческое начало, оригинальность, способность нестандартно мыслить, упорство и выдержка, великодушие, предприимчивость и чувство юмора. Я вижу успехи в карьере и спасенные браки. Я замечаю, как школьники, с трудом закончившие четвертый класс, в пятом становятся отличниками. Я вижу, как дети перестают быть нервными, неправильно понятыми неудачниками и превращаются в гордых, уверенных в себе лидеров.

Именно поэтому в моих глазах самое большое изменение за последние пятнадцать лет не то, которое назовут большинство экспертов или мир в целом. Большинство людей теперь понимают и признают вред, который может нанести СДВ: травмы, отравленные школьные годы, разрушенные карьеры и распавшиеся браки.

Я тоже все это замечаю. Но я вижу и прогресс: триумфы, успехи, сбывшиеся мечты.

Еще я понимаю, как важно комплексное лечение, включающее образование, понимание, сопереживание, структурирование жизни, тренировки, планирование успеха и физических упражнений, а также лекарственную терапию. Я понимаю, что на каждом этапе

важна поддержка родителей, супруга, учителя, руководителя, друзей, коллег, врача, психотерапевта, тренера, контакт с «внешним миром». Я считаю, что межличностные отношения — самый мощный терапевтический фактор в лечении СДВ.

[15]

Multimodal Treatment Assessment (МТА)* — крупнейшее исследование на тему лечения синдрома дефицита внимания, проведенное под руководством Петера Йенсена, — подтверждает это. Оно впервые доказало важность медикаментозного лечения этого синдрома, однако последующие наблюдения показали, что дети, добившиеся самых больших результатов, имели сильные межличностные связи.

Можно сказать, что любовь лечит. Позитивные, добрые отношения тоже лечат. Такие связи незаменимы. Я называю их «вторым витамином С» — витамином связи. Если человеку его не хватает, он будет чахнуть и никогда не расцветет.

В «Почему я отвлекаюсь» мы с Джоном Рэйти с удовольствием расскажем о последних перспективных разработках в этой области. Джон одним из первых использовал физические упражнения в качестве превосходного лекарства от СДВ и для улучшения работы мозга в целом. Кроме того, мы намного больше узнали об этом синдроме у взрослых, об эффективных способах просвещения населения и врачей. Мы стали свидетелями разработки новых замечательных препаратов и диагностических инструментов (хотя сбор анамнеза по-прежнему в приоритете).

Пора избавиться от предрассудков в области психического здоровья человека. Знаний об СДВ накоплено много, но ими мало кто пользуется. Этому надо положить конец. Прямо сейчас. Пора отбросить страх и искоренить стыд, с которым люди обращаются за психиатрической помощью. Пусть СДВ станет первым примером, демонстрирующим, что многие выдающиеся личности, новаторы, лидеры во всевозможных областях в свое время страдали от определенного психического отклонения.

* Multimodal Treatment Assessment (МТА) — «Оценка мультимодального лечения», первое масштабное исследование СДВ, спонсируемое Национальным институтом психического здоровья (НИМН) и Министерством просвещения США. *Прим. ред.*

Настало время сказать правду: в наших проблемах может скрываться наша сила. У любого больного СДВ, депрессией, биполярным или тревожным расстройством найдутся таланты и положительные качества, и самое успешное лечение должно опираться именно на них. Рассказ об СДВ в этой книге иллюстрируется примерами из жизни. Некоторые из них я сложил из нескольких случаев, некоторые взяты непосредственно из историй болезни, а некоторые основаны на беседах, проведенных специально для этой книги. Во всех эпизодах имена изменены.

Мы хотим еще раз поблагодарить многих людей, поделившихся опытом ради того, чтобы книга «Почему я отвлекаюсь» увидела свет. Мы надеемся, что с момента выхода эта работа нанесла мощный удар по невежеству и предрассудкам. Теперь давайте попрощаемся с ними раз и навсегда.

ГЛАВА

1

Что такое синдром дефицита внимания

Едва поняв суть этого синдрома, начинаешь замечать его повсюду. Люди, которых обычно считают неорганизованными, беспокойными, слишком нервными, творческими, непредсказуемыми; люди, которые явно способны на большее, если «соберутся»; люди, которых в школе и профессиональной жизни бросает из стороны в сторону; люди, которые добрались до вершины, но по-прежнему чувствуют себя беспокойно и нестабильно, — все они, вероятно, страдают от синдрома дефицита внимания. Может быть, вы даже обнаружите некоторые симптомы в собственном поведении. Многие из них настолько привычны, что сначала СДВ надо дать точное определение.

Чтобы понять, что такое СДВ, лучше всего посмотреть, как он влияет на жизнь пораженных им людей.

В описанных ниже случаях и во многих других историях вы увидите, как люди пытаются справиться с фальшивыми ярлыками и несправедливыми оценками. Во время чтения у вас само собой сложится определение синдрома дефицита внимания.

Случай 1. Джим

Было уже одиннадцать вечера, но Джим Финнеган не ложился спать. Он работал над своим исследованием. Джим часто проводил так вечера: в одиночестве ходил по комнате, пытаясь

собраться с мыслями. Первая половина жизни была почти прожита, и Финнегана начинало охватывать отчаяние. Он окинул взглядом беспорядок, царивший в комнате. Казалось, кто-то опрокинул тележку мусорщика: книги, бумаги, носки без пары, старые письма, недокуренные пачки сигарет и следы других неоконченных дел были повсюду.

[19]

Джим взглянул на список дел, приколотый к пробковой доске над столом. Последний из семнадцати пунктов был несколько раз обведен черной ручкой и помечен восклицательными знаками: «Предложение по реорганизации — вт., 19 марта!!!» Сегодня уже 18 марта, понедельник, а работа даже не начиналась. Несколько недель назад он рассказал руководителю, что придумал план повышения производительности и морального духа коллег. Босс ответил: «Прекрасно, составьте предложение в письменной форме, а там посмотрим», — и вскользь выразил надежду, что Джиму хватит «организованности» сделать все в срок.

С тех пор Финнеган думал над предложением. Он прекрасно понимал, что хочет сказать. Он знал это за много месяцев до разговора с руководителем. Офису нужна новая компьютерная система, а сотрудникам надо дать больше полномочий, чтобы они принимали решения на месте и не отвлекали себя и других. Эффективность улучшится, и моральный дух обязательно повысится. Это просто и очевидно. Идеи подробно расписаны на обрывках бумаги, которыми усеян пол.

Но Джим только нервно ходил по комнате. «С чего начать? — думал он. — Если ничего не выйдет, я буду выглядеть глупо, и меня, наверное, уволят. Что в этом удивительного? Почему эта работа должна стать исключением? Идеи прекрасные, но не хватает последовательности. В этом весь я». «Ладно, вдохни и выдохни», — сказал он себе. Потом сел за компьютер и уставился в экран. Через некоторое время он подошел к столу и начал на нем прибирать. Зазвонил телефон. Джим рявкнул ему: «Не видишь, я занят?!» Включился автоответчик, и послышался голос Полины: «Джим, я ложусь спать. Хотела узнать, как там дела с твоим предложением. Удачи завтра на презентации!» Снять трубку не хватило духа.

[20]

Ночь была похожа на кошмар. Джим пытался сконцентрироваться на поставленной задаче, но то и дело отвлекался и сбивался с мысли. На улице мяукнула кошка. Потом он вспомнил, как кто-то что-то сказал три дня назад, и задумался, что на самом деле имелось в виду. Карандаш в руке показался слишком тяжелым, и ему захотелось взять новый. Наконец, Финнеган написал: «Предложение по реорганизации офиса Unger Laboratories». И больше ни слова. «Ты просто напиши, что хочешь сказать», — вспомнился ему совет знакомого. Джим решил так и сделать, но ничего не вышло. Он подумал о новой работе. Может, просто лечь спать? Нет, нельзя. Как бы ни было плохо, дело надо закончить.

К четырем утра Джим совсем вымотался, но не сдался. В голове стали возникать нужные слова. Крайняя усталость каким-то образом победила скованность, и он обнаружил, что излагает мысли просто и красиво. К шести он был в кровати, чтобы немного выспаться перед назначенным на девять разговором с руководителем.

К сожалению, в девять Джим по-прежнему спал: он забыл включить будильник. Когда уже к обеду, запыхавшись, прибежал на работу, по лицу руководителя понял, что, несмотря на ценность новаторской идеи, его уволят. «Почему бы вам не поискать место с менее строгими правилами?» — сказал начальник и поблагодарил за предложение. «Вы генератор идей, Джим. Найдите работу, более подходящую вам».

— Не понимаю, — жаловался он Полине спустя несколько недель. — Я знаю, что способен на большее, чем вылетать каждые полгода с работы. Но всегда повторяется одно и то же. У меня отличные идеи, но воплотить их не получается. Даже в школе, представляешь? Школьный психолог сказала тогда, что у меня самый высокий IQ в классе, и ей совершенно не понятно, почему мне так сложно реализовать свой потенциал.

— Знаешь, что самое обидное? — произнесла Полина. — Они ведь внедрили твоё предложение. Прогресс колоссальный, все довольны. Это были твои идеи, Джим, а они тебя выгнали. Это несправедливо.

— Не понимаю, что со мной не так, — ответил Финнеган. — Не знаю, что с собой поделать.

Джим был болен синдромом дефицита внимания. Он пришел ко мне, когда ему исполнилось тридцать два. Джим хронически не мог реализовать себя в жизни, не достигал целей ни в работе, ни в личной жизни. Из-за глубинной неврологической проблемы ему было трудно сосредоточиваться, систематически прилагать усилия, завершать начатое.

[21]

СДВ — неврологический синдром, у которого по классическому определению есть триада симптомов: *импульсивность*, *отвлекаемость* и *гиперактивность*, то есть избыток энергии. Сегодня им больны примерно восемнадцать миллионов американцев, и, хотя с момента выхода первого издания книги он стал достаточно широко известен, многие больные все еще не подозревают о своем диагнозе. Синдром встречается у детей и взрослых, у мужчин и женщин, во всех этнических группах и социальных слоях. Ему подвержены люди с любым образованием и уровнем интеллекта. Раньше считалось, что это детское заболевание и в подростковом возрасте исчезает само по себе. Теперь известно, что из СДВ «вырастают» лишь треть больных, а оставшиеся две трети страдают им и дальше. СДВ вовсе не нарушение обучаемости и языковых способностей и не дислексия. Он не связан с недостаточным развитием интеллектуальных способностей: многие обладатели СДВ очень умны. Дело в том, что их сознание запуталось, и умственные способности не могут проявиться в полной мере. Нужно куда больше терпения, настойчивости и системности, чем способны проявлять такие люди.

Где заканчивается нормальное поведение и начинается болезнь? Что такое импульсивность? Что такое отвлекаемость? Сколько энергии можно считать избытком? Эти вопросы мы будем рассматривать главным образом на индивидуальных примерах — таких как история Джима. Можно распознать похожие симптомы в каждом из нас. Однако диагностика СДВ основывается не только на наличии этих симптомов, но и на их тяжести

и продолжительности, а также степени, в которой они мешают повседневной жизни.

[22] Когда Джим пришел ко мне на консультацию, он был в отчаянии.

— Не знаю, с чего начать. Я даже толком не понимаю, что здесь делаю, — сказал он.

— Вам было сложно найти сюда дорогу? — поинтересовался я. Джим опоздал на двадцать минут, поэтому я подумал, что он заблудился.

— Да. Но вы ни при чем, вы правильно объяснили, как проехать. Просто я повернул налево, а надо было направо, потом я совсем запутался и вышел из себя. Удивительно, что я вообще сюда попал: меня занесло на какую-то заправку в Сомервилле*.

— По дороге сюда и правда легко заблудиться, — согласился я, чтобы пациент немного расслабился. Добрая половина обращающихся за консультацией по проблемам с СДВ опаздывали на первую встречу или вообще не появлялись. Это было в порядке вещей, и я уже привык. Но им обычно бывало очень неловко, и практически все ожидали, что я начну их отчитывать. «Вы далеко не первый, кто не туда повернул, — уверил я.

— Правда? Это приятно слышать.

Джим набрал воздуха, чтобы что-то сказать, но слова будто застряли у него в горле. Он остановился, сделал долгий выдох, а мысли явно куда-то улетучились. Он попробовал еще раз, после чего я предложил ему спокойно собраться с силами, пока я запишу данные: имя, адрес, телефонный номер и т. д. Это, видимо, помогло.

— Хорошо, — сказал Джим. — Давайте приступим.

— Отлично.

Последовала еще одна долгая пауза, а потом еще один вздох.

— Я вижу, вам трудно начать. Может быть, расскажете о проблеме, которая вас сюда привела?

— Вы правы, — сказал Джим. — Хорошо.

И с небольшими подсказками, понемногу стал излагать свою историю. Нормальное детство. Так ему казалось. Когда я попросил

* Сомервилл — пригород Бостона, примерно в 6 км от центра города. *Прим. ред.*

рассказать поподробнее, Джим признал, что был довольно шустрым учеником и любил пошалить. Он получал хорошие оценки, хотя никогда как следует не учился. «Школу я считал развлечением, игровой площадкой», — сказал он. В старших классах все оказалось сложнее. У Джима уже не выходило получать хорошие оценки за счет врожденной сообразительности, он начал отставать и выслушивать нравоучения от учителей и родителей. Самооценка упала, хотя жизнерадостный от природы характер не позволял ему терять оптимизма. Джим окончил колледж, а потом началась череда должностей в разных областях, связанных с компьютерами.

[23]

— Вы любите компьютеры? — спросил я.

— Удивляюсь, почему не я их придумал! — воскликнул он с воодушевлением. — Я их обожаю. Я просто их чувствую, понимаете? Я знаю, что у них «на уме», знаю, как выжать из них максимум. Жалко, что не могу рассказать другим, сколько я знаю. Почему я попадаю в глупое положение всякий раз, когда мне дают шанс?

— А как именно вы портите дело?

— Как именно? — переспросил Джим, а затем печально повторил вопрос в виде утверждения: — Как именно я порчу дело. Я обо всем забываю. Я пререкаюсь. Я откладываю на потом. Я могу заблудиться. Выйти из себя. Я ничего не довожу до конца. Да все что угодно. Я инициирую споры с начальником и чувствую, что прав. А потом не успеваю оглянуться, как называю его тупым бараном, потому что он не замечает моей правоты. Если назвать руководителя бараном, тебя, скорее всего, уволят. А еще бывает, придумываю идею, а потом не могу ее вспомнить. Она как будто потерялась где-то в кладовке. Я знаю, что она там, но никак не могу ее найти. Я хочу ее достать, пытаюсь, но не получается. Одна из моих бывших девушек заявила перед расставанием, что я неудачник и должен с этим смириться. Может, она и права.

— Вы за ней ухаживали? — спросил я.

— Довольно долго. Но потом ей надоело. То же самое, что с другими. Со мной, как бы сказать, жизнь напряженная.

— А откуда, по-вашему, берется эта напряженность?

— Понятия не имею. Но я всегда был таким.

[24]

Чем дольше мы беседовали, тем яснее было, насколько Джим прав. Напряженность и энергичность были в его характере. Эти качества отчасти объясняют, почему так много больных СДВ трудятся в областях, требующих большой отдачи энергии, — от продаж, рекламы и биржи до любых профессий, связанных с сильным давлением и стимуляцией.

— Вы уже обращались к психиатрам? — спросил я.

— Пару раз, но это не помогло. Один посоветовал меньше выпивать.

— А вы много пьете?

— Запойми. Если надо как следует расслабиться, иду куда-нибудь и напиваюсь. Это у нас семейная традиция. У меня папа много выпивал. Наверное, вы назвали бы его алкоголиком. Я себя таким не считаю, но люди думают иначе. В любом случае, на следующий день у меня всегда страшное похмелье, и потом я некоторое время сдерживаюсь.

Больные СДВ часто практикуют самолечение алкоголем, марихуаной и кокаином. Действие кокаина схоже с эффектом от одного препарата из используемых при медикаментозном лечении синдрома.

Через какое-то время Джим начал ерзать на стуле.

— Если вы чувствуете беспокойство, можете во время беседы немного походить, — предложил я.

— Правда? Вы не против? Спасибо огромное. — Он встал, начал ходить по комнате и жестикулировать. — Это здорово. Мне легче думается, когда я хожу. Хотя большинство людей это нервирует. Это странное поведение? Неудивительно, что у меня не сложилось в школе. Знаете, это половина моей проблемы. Внутри я всегда весь в напряжении. Понятно, почему на работе все идет не так, раз мне то и дело хочется встать и походить.

— Может быть, вы просто пока не нашли правильную работу?

— То же самое говорили мои руководители. Существует ли вообще подходящая для меня работа?

Синдром дефицита внимания бывает всевозможных форм. У многих людей, особенно взрослых, его симптомы скрыты под более очевидными проблемами, например депрессией, игроманией

и склонностью к выпивке, поэтому первопричина остается не выявленной. В других случаях симптомы со временем подстраиваются под личность, и, в отличие от простуды или гриппа, их так и не замечают: «просто человек такой», и медицинское или психиатрическое вмешательство не требуется. Когда диагноз СДВ поставлен правильно, вариантов тоже много. Я начинал понимать, что в случае с Джимом синдром принял энергичную, гиперактивную форму. Но есть и другой тип СДВ, при котором никакой гиперактивности не наблюдается. Напротив, больной становится недостаточно активен. Это может быть ребенок, часто девочка, мечтающая на задней парте, или взрослый, который умиротворенно витает в облаках и постоянно как будто отсутствует.

[25]

— Сложно сказать, есть ли работа, подходящая для вас, — сказал я, возвращаясь к вопросу Джима. — Пока я просто хочу узнать вас поближе. Вы когда-нибудь подробно рассказывали о себе?

— Нет. Не нашел такого терпеливого слушателя. Все говорят, что я хожу вокруг да около.

— Ничего страшного, просто говорите, а я все соединю. Это моя работа.

Джим говорил долго, неделями. Он поведал много случаев недопонимания, недоразумений, угрызений совести, заниженных результатов, упущенных шансов, рассерженных собеседников и опасных поступков. Часто казалось, что он просто плохо соображает, как в двенадцать лет резюмировала его мама. Он делал глупости, все забывал и вечно колебался. Однако в его рассказе было много приключений, доброты, интуиции, обаяния, энергии, воодушевления. Джим рассказывал о мечтах, больших надеждах и крупных разочарованиях. Отчаявшийся, он не винил никого, кроме самого себя. Он был очень симпатичным парнем, хотя сам себя недолюбливал.

Такая картина характерна для многих больных СДВ. Это очень милые люди, которые попадают в сложнейшие ситуации. Они бывают ужасно несносными. Одна мама жаловалась, как ее больной СДВ сын нечаянно чуть не сжег школу. После этого ей

[26]

захотелось переехать его своим грузовиком. Но при этом те же самые люди могут проявлять необычайную сочувственность, интуицию и чувствительность. В хитросплетениях их мозга как будто есть особая способность видеть людей и ситуации.

Я узнал о многих взлетах и падениях Джима. В свое время он работал водителем автобуса. Однажды после обеда ехал по обычному маршруту, задумался о чем-то и после последней, как он посчитал, остановки направился в депо. Припарковавшись, обернулся и обнаружил пол-автобуса ничего не понимающих злых пассажиров. «Где мы? Вы куда нас привезли?!» Это был последний рейс Джима в этой компании: оказалось, последнюю остановку он просто не заметил. В другой раз, разговаривая с коллегой, назвал начальника безмозглым. Потом до него дошло, что коллега — жена шефа.

— Я же не специально, — оправдывался Джим. — Постоянно болтаю что-то не то и забываю, с кем говорю и где нахожусь. Может, на меня ополчилось подсознание?

— Не исключено, — ответил я. — Такие случаи бывают. С другой стороны, дело может быть совсем в другом.

Я начал рассказывать Джиму про СДВ.

— Понимаете, возможно, вы совсем не неудачник, и у вас нет подсознательного желания заниматься самосаботажем. Я все больше склоняюсь к мысли, что у вас неврологическое заболевание — так называемый синдром дефицита внимания. В этом нет ничего постыдного, это как, например, близорукость. Оно и правда чем-то похоже на проблемы со зрением: человек не может как следует сфокусироваться и должен напрягаться, чтобы видеть отчетливо. Людям с СДВ сложно заниматься одним делом. Вы, наверное, слышали о гиперактивных детях? Этот синдром сначала обнаружили как раз у детей. Теперь известно, что гиперактивностью дело не ограничивается, болезнь поражает и детей, и взрослых. Классические симптомы СДВ — сильная рассеянность, импульсивность, а иногда, но необязательно, гиперактивность, или переизбыток энергии. Эти люди всегда как заведенные. Личности типа А*.

* Для этого типа личности характерны соревновательность во всех аспектах жизни (работа, отдых, дружба и любовь) и агрессивность в случаях фрустрации (коротко говоря, при крушении надежд). *Прим. ред.*

Любители острых ощущений. Очень энергичные, нацеленные на действие, прагматичные, всегда на все готовые. У них множество проектов одновременно. Они всегда все смешивают, занимаются прокрастинацией, с трудом доводят начатое до конца. У них бывают резкие, беспричинные перепады настроения. Такие люди иногда раздражительны, даже впадают в ярость, особенно если их прервать или когда они перескакивают от одного к другому. У них плохая память. Они любят пометчать, обожают возбуждающие ситуации, души не чают в действии и новизне. Такая проблема в равной степени может помешать и работе, и близким отношениям. У их партнера может сложиться неверное впечатление, что они постоянно то отключаются, то ускоряются.

[27]

Рассказывая Джиму о синдроме дефицита внимания, я наблюдал за его реакцией. Он наклонился вперед, смотрел прямо на меня, а потом начал кивать при упоминании каждого нового симптома. Глаза — такие пустые во время нашей первой встречи — вспыхнули восторгом.

— Когда я был маленьким, — сказал он, — мне всегда твердили: «Джим, спустись с небес на землю!», «Джим, ты здесь?», «Джим, ну почему ты не можешь собраться?» Родители и учителя считали меня просто лентяем, поэтому наказывали и кричали. Я поначалу тоже кричал в ответ, но потом начал в чем-то с ними соглашаться. Что тут поделаешь? Когда я начинал огрызаться, папа мог дать пощечину. Если разобраться, он был достаточно резким человеком, так что я старался не задумываться. Меня удивляло только, почему я не сдаюсь. Я никогда не падал духом. Помню, как в шестом классе потерял домашнюю работу, и учительница заставила меня переписывать учебник по географии. Она сказала: если не буду врать и сознаюсь, что просто не выполнил, не станет меня наказывать. Но я ведь сделал эту чертову работу! С какой стати мне говорить неправду? Она разозлилась, но отступать не собиралась. Ей казалось, что надо сильнее надавить, и я поддаюсь, поэтому она постоянно прибавляла мне страницы. Остановилась, когда дошла до сотни. Я всю ночь сидел за столом и переписал бы все сто страниц, если бы мама не застала меня за этим занятием посреди ночи. Она уложила меня спать,

[28]

а на следующий день пошла в школу и устроила скандал. Старой мисс Уиллмот пришлось передо мной извиняться. Передо мной! Это точно была самая лучшая минута за все время учебы, и я до сих пор благодарен маме за нее.

— Но родители и учителя не знали того, что вы мне сейчас рассказываете, — продолжил Джим. — Таких историй было много. Весь девятый класс я непрерывно воевал с родителями. У них началось то же самое, что у мисс Уиллмот: мама и папа принялись поднимать ставки. Поскольку все считали, что я мало стараюсь, придумывали все больше наказаний, но ничего не помогало. Даже не хочу об этом вспоминать. Родители не виноваты. Они не знали, в чем причина. Почему мне никто не сказал об этом раньше? — наконец спросил Джим со злостью.

— До совсем недавнего времени об этом заболевании было мало что известно, — ответил я.

Сложно сказать, когда появился СДВ. Непоседливые, чересчур активные дети были всегда, и на протяжении всей истории с ними плохо обращались.

В прошлом отношение к детям вообще было отвратительным: поистине черное пятно лежит почти на всех эпохах развития человеческой цивилизации, хотя об этом стараются не упоминать. Взрослые редко хотели разобраться, почему ребенок «плохо» себя ведет. Часто их просто били, в некоторых случаях даже убивали. В нашей природе есть бесчеловечная черта — наслаждение страданиями более слабых существ, особенно если от нас что-то требуют или чем-то нас раздражают. Рассказ о насилии в отношении детей, которым запятнана человеческая история, выходит за пределы нашей книги. Я упоминаю об этом потому, что именно дети с СДВ страдали больше всех. Лишь недавно дети получили больше прав, чем животные, и в их непослушании стали видеть нечто большее, чем одержимость дьяволом или заслуживающие наказания моральные пороки.

Учитывая все это, не удивлюсь, если СДВ существовал многие века и его не отделяли от других разновидностей «плохого

поведения». Лишь в прошлом столетии в нем начали признавать медицинскую проблему. Точно не известно, кто впервые определил синдром дефицита внимания, но пальму первенства обычно отдают британскому педиатру Джорджу Стилли. Цикл лекций, прочитанных Королевской коллегии врачей в 1902 году, он посвятил описанию случаев из своей медицинской практики: речь шла о сложно контролируемых детях, которые проявляли признаки «беззакония», недостатка «сдерживающей воли» и в целом непокорных, нечестных и порочных. Стилл выдвинул гипотезу, что подобное состояние не результат плохого воспитания и не аморальность, а, скорее, генетическая проблема или следствие травм, полученных при рождении.

[29]

Тема родовых травм и повреждений головного мозга получила развитие в 1930–1940-е годы, когда была выдвинута концепция «ребенка с повреждением головного мозга». Неконтролируемое поведение объясняли именно повреждениями мозга, даже когда фактических признаков неврологического нарушения найти не удавалось. Именно в эти годы был успешно опробован стимулирующий препарат амфетамин*, который помогал укротить некоторых подобных пациентов.

Начали появляться другие термины, одни довольно описательные, например «органическая энергичность», другие — скорее аморфные и блеклые, например «минимальная мозговая дисфункция». Приходилось гадать, то ли сам мозг минимальный, то ли дисфункция минимальная, хотя минимальным было прежде всего понимание происходящего.

В 1960 году Стелла Чесс отделила симптомы гиперактивности от мозговых повреждений, а другие ученые примерно в то же время начали писать о «синдроме гиперактивного ребенка». Чесс видела в этих симптомах психологическую гиперактивность, причины которой коренятся в биологии, а не влиянии окружения.

К 1970 году изучением синдрома гиперактивности занимались многие крупные ученые. Канадский исследователь

* Постановлением Правительства РФ № 486 от 30 июня 2010 г. амфетамин был внесен в список наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, оборот которых в РФ запрещен (Список I). *Прим. ред.*

[30]

Вирджиния Дуглас шире взглянула на связанные с гиперактивностью симптомы и обнаружила четыре главные черты, составляющие клиническую картину: 1) дефицит внимания и усилий, 2) импульсивность, 3) проблемы с управлением степенью возбуждения и 4) потребность в немедленном подкреплении. Во многом благодаря ее труду в 1980 году заболевание было переименовано в «синдром дефицита внимания».

За прошедшие десятилетия число исследований росло. Возможно, самое актуальное и исчерпывающее повествование об истории и текущей ситуации в этой области дал Рассел Баркли, один из крупнейших специалистов по этой проблематике. Сейчас вышло уже третье издание его книги, а называется она просто: Attention Deficit Hyperactivity Disorder («Синдром дефицита внимания и гиперактивности»).

— Так что же именно значит этот диагноз? — спросил Джим. — Я глупый?

— Совсем нет. Но давайте не я буду об этом говорить. Скажите, вы сами считаете себя глупым?

— Нет. Я уверен, что нет, — сказал он твердо. — Просто всю жизнь имею проблемы с выражением того, что у меня в голове.

— Именно так, — согласился я. — Это бывает по самым разным причинам, но в вашем случае, я думаю, виноват СДВ.

— Этот синдром встречается у многих?

— В США, вероятно, у пятнадцати миллионов детей и взрослых. Мужчин он поражает чаще, чем женщин, в соотношении где-то три к одному. Точно не известно, почему возникает СДВ, но самые убедительные доказательства говорят в пользу генетики. Другие факторы, например проблемы при родах, иногда тоже влияют, но главная причина — генетика. Среда может привести к развитию болезни, но дело не в ней.

— Вы намекаете, что это не мама меня испортила? — спросил Финнеган, усмехнувшись.

— Нет, это не тот случай. Может быть, в другом отношении и испортила, кто знает. Вам хочется ее обвинить?

— Нет-нет. Но хочется свалить вину на кого-нибудь. Если никто не виноват, я просто сойду с ума. Меня выводит из себя, что никто раньше про это не сказал. Если дело в том, что я просто так устроен...

[31]

— ...То, — перебил я, — нечего себя винить.

— А я как раз постоянно обвиняю себя. Это ведь из-за меня, правда? И не важно, СДВ у меня или АБВГД: если я что-то испортил, значит, испортил. В моем возрасте никто, кроме меня, отвечать за это не будет, верно?

— В какой-то степени вы правы, — сказал я. — Но какая польза от этих обвинений? Я дам вам фундамент, чтобы разобраться в ситуации, простить себя и двигаться дальше.

— Хорошо, — согласился Джим. — Я, кажется понимаю, о чем вы говорите. А где финишная черта? Можно как-нибудь устранить проблему?

— Люди с СДВ обожают все подытоживать, — рассмеялся я. — Это всегда так: «Перейдем к делу», «Что там дальше по телевизору?», «Куда делись котлеты?»

— Да, вы правы, — сказал Финнеган. — Я не очень отличаюсь от большинства и тоже хочу достичь цели. Разве это плохо?

— Я не хотел вас пугать. У меня самого СДВ, и я знаю, что это такое.

— У вас СДВ? — изумился Джим, явно потрясенный. — Но вы же так спокойно себя ведете!

— Практика, — пояснил я, улыбаясь. — Я уверен, что и у вас бывают минуты, когда вы хорошо концентрируетесь и расслаблены. Мне такие моменты дарит работа, но без тренировки не обойтись, и мы о ней поговорим.

С этого момента я приступил к лечению Джима Финнегана. Откровенно говоря, оно началось раньше. Само то, что человек узнает о синдроме и о том, что у его проблем есть название, — это нередко главная часть лечения.

— Что со мной не так? — спросил Джим на одном из сеансов. — Я не хотел грубить, но он мне звонит и утверждает, что я отправил ему неверные материалы. Я-то прекрасно знаю, что все было как

[32]

надо, а он не понял и с чего-то решил, что я ошибся. Это быстро начало действовать мне на нервы, даже не столько сама ситуация, сколько его тон. Представляете? Как только он начал говорить, у меня сразу возникло желание броситься на него и побить.

— У вас была своеобразная реакция ярости, — предположил я.

— Это точно. Но теперь я об этом вспоминаю и снова выхожу из себя. Я попытался поступить так, как вы советовали: сделать паузу и подумать о последствиях. Это был хороший клиент, мне совершенно не хотелось его терять, а еще — чтобы он плохо отзывался обо мне в разговорах со знакомыми. Поэтому я остановился, но чем дольше я молчал, тем больше он говорил, так, знаете, медленно и глухо. Он все бубнил и бубнил, и мне хотелось крикнуть: «Давай уже к делу!» Вместо этого я просто тактично покашлял, но он вдруг заявил: «Не перебивайте, я еще не закончил». Тут я не выдержал и рывкнул, что он не закончит до Нового года, а у меня есть дела поважнее, и повесил трубку. Представляете?

Я рассмеялся:

— По-моему, вы хорошо справлялись с задачей, по крайней мере до тех пор, пока терпение не лопнуло. Он просто топтался на вашей больной мозоли. Скажу прямо: периодически вы будете выходить из себя и терять самообладание. Лечение СДВ этого полностью не исправит, да вы ведь и сами этого не хотите, правда?

— Наверное, не хочу. Но эта реакция ярости, как вы ее назвали, тоже элемент СДВ?

— Совершенно верно. Это элемент импульсивности. Если рассматривать СДВ как фундаментальную проблему контроля над собой, можно объяснить, почему такие люди быстрее выходят из себя. Они просто хуже других подавляют свои порывы. Им не хватает маленькой паузы между позывом и действием, во время которой большинству удается подумать над ситуацией. Лечение помогает снять проблему, но полностью ее не устраняет.

— Знаете, что самое смешное? Тот клиент перезвонил на следующий день, извинился, сообщил, что мы неправильно друг друга поняли, и предложил еще раз все обсудить. «Неправильно поняли», представляете? Я ответил, что не вижу проблем, но на этот раз первым говорить буду я. И за десять секунд объяснил, почему

ему нужно как раз то, что я отправил; он все понял и поблагодарил. А я возразил: «Нет, благодарить должен я! Простите, что вчера так вышло». И мы расстались лучшими друзьями.

[33]

Джим хлопнул себя по коленям.

— Замечательно! Похоже, ваш ангел-хранитель не дремал.

— А откуда вообще берется гнев?

— Может быть, вы сами мне расскажете?

— Кажется, он копился во мне годами. В совсем маленьком возрасте я был очень непоследовательным, но не сердился. Наверное, гнев начал зреть еще в школе из-за всех этих неудач. Из-за отчаяния.

Джим, сам того не замечая, сжал кулаки.

— Я злился, так как наперед знал, что ничего не получится. Мне оставалось только упорствовать и не сдаваться. Но ради чего все это было, если все мои усилия ни к чему не приводили?

Джим вплотную подошел к очень важному элементу СДВ, который, строго говоря, не входит в неврологический синдром как таковой. Он затронул вторичные психологические проблемы, развивающиеся, как правило, вследствие первичных неврологических проблем СДВ.

Из-за постоянных неудач, непонимания, навешивания ярлыков и всевозможных эмоциональных всплесков у детей с СДВ обычно возникают проблемы с самооценкой и образом самого себя. В детстве им дома и в школе постоянно говорят, что они неполноценные. Их называют тупыми, бестолковыми, ленивыми, упертыми, непослушными и надоедливymi. Они вечно слышат, что « витают в облаках », « слишком много фантазируют », « забываются ». Их обвиняют в беспорядке на столе и в испорченном отпуске. Их отчитывают за всевозможные шалости в школе. Родителей постоянно вызывают в школу. В очередной раз потерявший терпение учитель встречается с нервным родителем, и ребенок очень хорошо ощущает последствия. « Знаешь, что мне сказала учительница? Ты знаешь, как нам с мамой за тебя стыдно? » А в школе: « Я вижу, ты себя не контролируешь ни дома, ни на уроке. Нам обязательно надо над тобой поработать ».

[34]

Месяц за месяцем, год за годом накапливается негатив. «Ты плохой, — звучит на все лады. — Ты глупый. Ты не справишься. У тебя нет шансов. Ты просто жалкий». Этот лейтмотив тянет самооценку ребенка все ниже и ниже, в глубины подросткового самобичевания, куда уже не дотянется рука помощи. Любить себя в таком возрасте вообще непросто, но детям с СДВ приходится особенно тяжело.

— Вы старались, но, наверное, было трудно, — посочувствовал я.

— Это точно, — ответил Джим с невероятной тоской в голосе, говорившей, что я и наполовину не понимаю его.

— Расскажите об этом, — попросил я.

— Даже не знаю, с чего начать. К старшим классам меня почти убедили, что я просто глупый. Я не знал, в чем дело. Нормально понимал урок. Следил за нитью рассуждений. Даже мог мысленно забегать вперед. Но как только доходило до сочинений или организованного выполнения заданий либо тестов, все просто улетучивалось. Поверьте мне, я старался! Я постоянно выслушивал, что мало стараюсь, но это не так. Я запирался в комнате, но надолго меня не хватало: я начинал заниматься чем-то еще: читать или слушать музыку. Потом ловил себя на этом и пытался снова взяться за уроки, но ничего не получалось, — голос Джима стал резким, а лицо покраснело.

— Все повторялось раз за разом, правда? — сказал я.

— Да. Мне говорили, чтобы я больше старался. Снова и снова. «Старайся больше». И я пытался изо всех сил, но все никак. Через какое-то время решил, что я глупый. И при этом знал, что это неправда. Но ничего не выходило.

— И поэтому вы все время нервничали. Неудивительно, что накапливался гнев.

— Как вы думаете, я поэтому начал выпивать? После нескольких глотков мне становилось легче. Разве у других не так?

— Так, конечно. Но, видимо, у вас был особый повод. Для вас и для многих больных СДВ это сродни лекарству. Люди часто прибегают к алкоголю, марихуане, кокаину. Каждый из этих наркотиков по-своему успокаивает, но ненадолго, а в итоге от них один вред.

— Мне кажется, я это чувствовал и именно поэтому никогда не допускал, чтобы пристрастие к алкоголю вошло в привычку. Я понимал, что это станет настоящим началом конца.

[35]

Джим замолчал.

— А почему кокаин? Мне казалось, что он, скорее, возбуждает.

— В большинстве случаев да. Но больным с СДВ он помогает сосредоточиться, поэтому, сами того не подозревая, они принимают кокаин для самолечения.

— Странно. В любом случае, хорошо, что узнал об этом раньше, чем моя жизнь окончательно пошла под откос.

— Как ваше состояние повлияло на отношения с окружающими? — спросил я.

— Тогда я об этом не думал, но все, о чем мы говорили, мешает общаться с друзьями и девушками. Я не слушаю.

— Не можете слушать, — поправил я его.

— Хорошо, не могу. Но все-то думают, что *не хочу!* Я опаздываю на встречи или вообще забываю прийти. Я могу чего-то не слышать и ответить невпопад — знаете, как это бывает. Люди считают меня заносчивым и эгоцентричным. А еще я вспыльчивый. Когда кто-то делает мне замечание, просто отправляю его куда подальше. Это не добавляет популярности. Но у меня все равно есть друзья, а самое главное — меня не бросает Полина. Иногда и сам удивляюсь, почему она со мной. Я вечно что-то забываю, куда-то не прихожу, без повода злюсь и впадаю в депрессию. Во время разговора могу задуматься о чем-нибудь и «отключиться». Иногда обещаю что-нибудь сделать, а потом забываю. Но она почему-то все равно со мной. Ей наверняка непросто. Постоянно есть ощущение, что мы вот-вот должны поругаться. Когда я совершал ошибки на работе, она меня подбадривала, но я-то знаю, она думала: «Что с ним не так?» Я думал о том же самом. Мне кажется, без Полины я бы долго не протянул. Она невероятная девушка, но наши отношения для нее ужасно тяжелые. Я сложный человек. И сам это знаю. Понимаю, что со мной невозможно ужиться. Я сам мучаюсь. Как же хочется, чтобы было по-другому! Поверьте, я не специально такой. Наверное, в глубине души Полина тоже так считает, иначе разве была бы со мной рядом?

[36]

— Наверное, вы правы. Но вы хороший человек, Джим. Люди мирятся с вашими неприятными чертами, потому что у вас много такого, ради чего стоит потерпеть.

Важным, но часто игнорируемым элементом нарушений обучаемости и СДВ оказываются социальные последствия этих заболеваний. СДВ может мешать межличностным отношениям не меньше, чем учебе и работе. Чтобы завести друзей, надо уметь сосредоточиваться. Чтобы создать гармоничные отношения в группе, надо прислушиваться к тому, что говорят другие. Язык знаков бывает едва заметным: слегка прищуриться, приподнять брови, немного изменить интонацию, наклонить голову. Больные СДВ не улавливают таких сигналов, и это может привести к серьезным ошибкам в обществе и чувству неуместности. Особенно это выражено в детстве, когда социальные взаимодействия происходят быстро, а с нарушителями обращаются безжалостно: проступки, совершенные по рассеянности и импульсивности, могут закрыть человеку путь в группу и привести к непониманию между друзьями.

— Иногда я задумываюсь, почему меня до сих пор не убили, — рассмеялся Джим. — Может быть, мне просто везет, как всем ирландцам.

— Все может быть, — согласился я. — Но, вероятно, вы, сами того не подозревая, постепенно освоили маленькие хитрости. В каком-то смысле СДВ тоже элемент вашей национальности. Он не меньше, чем ирландское происхождение, определяет, какой вы человек, просто немного иначе.

Лечение Джима продолжалось около года и включало еженедельные психотерапевтические сеансы и небольшие дозы лекарств. Занятия больше напоминали тренировки, чем традиционную психотерапию: они были познавательными, содержательными, находилось место и инструктажу, и поддержке. Я «болел» за Джима со стороны, помогал ему выстраивать новые отношения с самим собой, учитывая СДВ; помогал организовывать и структурировать его жизнь, чтобы заболевание не очень мешало. Лекарства давали возможность сосредоточиться и доводить начатое до конца. Как он выразился, «убирали помехи из эфира».

Мы подробно рассмотрим лечение в восьмой главе, но в качестве введения предлагаю познакомиться с кратким обзором наиболее эффективных методик. Обратите внимание, что лекарства помогают очень хорошо, но лечение СДВ ни в коем случае ими не ограничивается. Лучшее всего комплексная программа.

[37]

Обзор терапии синдрома дефицита внимания

- 1. Диагноз:** первый этап лечения — постановка диагноза. Часто уже это приносит большое облегчение, потому что человек чувствует: «Наконец-то для моего состояния есть название!» Все начинается с диагноза.
- 2. Просвещение:** чем больше человек знает об СДВ, тем успешнее будет лечение. Если разобраться, в чем суть заболевания, будет легче понять, где именно оно мешает жить и что с этим делать. Это также позволяет сделать важный шаг: объяснить ситуацию окружающим.
- 3. Структурирование жизни:** больным СДВ остро необходимы внешние рамки и контроль. Конкретные, практические инструменты — списки, напоминания, простые системы учета, записные книжки, целеполагание, ежедневное планирование и тому подобное — значительно уменьшают хаотичность жизни с СДВ, улучшают результативность и возвращают ощущение власти над своей судьбой.
- 4. Тренинги и/или психотерапия:** больным с СДВ очень полезно иметь «тренера» со свистком на груди, который будет подбадривать, подсказывать, напоминать и вообще помогать идти к цели. Благодаря такого рода структурированной поддержке человек расцветает, а без нее теряется. Великолепный вариант — групповая терапия. При депрессии, заниженной самооценке и других внутренних проблемах помогает и классическая психотерапия.
- 5. Лекарственные средства:** ряд препаратов способны скорректировать многие симптомы СДВ. Лекарства работают, как

[38]

очки: помогают человеку сфокусироваться и уменьшают внутреннее смятение и тревожность, которые так распространены при СДВ. Механизм их действия заключается в коррекции дисбаланса нейротрансмиттеров, возникающего при этом синдроме в отделах мозга, которые отвечают за внимание, настроение и контроль над побуждениями. Хотя лекарства — это далеко не все, они могут принести человеку огромное облегчение и при правильном приеме совершенно безопасны.

В случае Джима лечение оказалось довольно успешным. К моменту нашего расставания его жизнь преобразилась: за восемь месяцев он открыл собственную компанию по компьютерному консультированию и начал специализироваться на какой-то операции с программным обеспечением, которую мне никогда не понять, но она очень нужна и востребована. Поскольку Финнеган стал сам себе хозяином, исчезли преследовавшие его проблемы с руководством. Конечно, нужно было правильно выстроить отношения с клиентами, и Джим над этим работал. К обоюдному удовольствию, наладились и отношения с Полиной. Он придумал целый ряд методик «управления собой», как он их называл, перестал вредить самому себе и начал пользоваться творческими способностями, которыми всегда был одарен.

Случай 2. Каролина

Каролина Довилль пришла ко мне во второй половине дня, «просто поговорить». Записываясь на прием из другого города, она сказала с сильным южным акцентом: «Голубчик, я знаю, что со мной. Я просто хочу посидеть, покивать и послушать».

Каролина оказалась дамой под метр восемьдесят, в пастельно-оранжевом шифоновом платье, белом шарфе и бежевой широкополой шляпе. Губы были накрашены персиковой помадой, а приятный тонкий аромат ее духов сразу наполнил помещение. Как и духи, Каролина быстро заполнила собой все пространство.

— Ничего страшного, если я закурю? — спросила она, зажигая сигарету. Вдохнув дым, широко распахнула голубые глаза и посмотрела прямо на меня.

[39]

— Чувствую себя в гостях у старого друга. Я видела ваши выступления. Читала некоторые ваши статьи. У нас обоих СДВ. Я психотерапевт, вы психотерапевт. Господи, мы почти соседи. Правда, живу я за пять тысяч километров отсюда, в Калифорнии.

— В Калифорнии? — удивился я. — Я думал...

— По моему акценту вы решили, что я откуда-то из южных штатов, и вы правы, потому что выросла я в Новом Орлеане. Но свадьба номер два забросила меня к Золотым воротам*, и больше я оттуда не уезжала.

— По телефону вы сказали, что хотите просто побеседовать.

— Я уже двадцать лет работаю психологом и последние десять специализируюсь на СДВ. Никогда никому не рассказывала свою историю, и мне показалось, что будет хорошо начать с вас. Мне понравилась ваша манера говорить.

Мы запланировали несколько сеансов. По мере того, как она рассказывала о себе, я все больше изумлялся ее стойкости и находчивости.

— Я сирота. По крайней мере была. Моя мама забеременела вне брака, а католичкам Луизианы в 1930-е годы не делали аборт. Так на свет появилась я. В два года меня удочерили. Мы с приемной мамой оказались совершенно не похожи друг на друга. Она была настоящей леди, такой манерной и организованной. Я, как бы это сказать, другая. У мамы никак не получалось приучить меня вести себя как подобает. Я сидела, раздвинув ноги, грызла ногти, юбка у меня задиралась, иногда я грубила, устраивала беспорядок. Первое воспоминание — как я сбежала из католической школы. Мне было четыре года, и на уроках стало ужасно скучно. Мы с Джимми Тандурасом тихонько выскользнули из задней двери и побежали по дорожке к реке. Через некоторое время Джимми испугался и пошел обратно,

* Мост «Золотые ворота» (Golden Gate Bridge) построен над одноименным проливом в Северной Калифорнии и соединяет Сан-Франциско с округом Марин. *Прим. ред.*

но я не такая. Я бродила по городу, пока не уснула. Меня нашли тем же вечером в придорожной канаве. Мама меня сильно наказала.

[40] Наверное, она жалела, что вообще пошла когда-то в этот приют.

Следующее, что хорошо помню, — я сижу на водонапорной башне. Мне точно было не больше шести. Когда научилась туда забираться, меня было не согнать. Выучившись читать, я иногда брала книгу, забиралась после обеда на башню и читала до вечера. Представляете? Проезжая мимо такой башни сейчас, я вздрагиваю. Это же ужасно высоко! А тогда, помню, болтала ногами, смотрела вниз и повизгивала от восторга.

— Вам никто не говорил, что туда не надо лазить?

— А никто не знал, — прошептала Каролина, как будто хранила секрет до этого дня. — Я была просто маленьким дьяволом. Мама меня сама так называла, хотя очень любила. Все дело в том, что у меня вечно были неприятности. Я терпеть не могла субботу — меня охватывало необъяснимое беспокойство. Тогда я не понимала, откуда оно берется, но сейчас думаю, это из-за того, что по субботам раскрывались все мои грехи за неделю. Мама работала учительницей, в будни была слишком занята и ничего не замечала, но потом приходила суббота, она осматривала мою одежду и обнаруживала, что белая хлопковая перчатка из парадной пары для церкви потерялась или вся в грязи. Или что я порвала шарф. Или что не хватает чего-то из одежды. У меня была привычка отдавать одежду приютским детям. Я тогда не знала, что меня удочерили, так что не представляю, зачем давала им одежду. Мама была просто в отчаянии.

— А ваш отец?

— Папа был как Крысолов из сказки. Он обожал детей и крепко любил меня. Это было замечательно, потому что мне нужна была вся любовь, какую только можно получить, особенно после того, как я начала ходить в школу и родился Уоррен. После всех осложнений мама наконец-то забеременела, уже в менопаузе, и родила Уоррена, моего брата. Он был ангелом. А школа? Первое школьное воспоминание — как меня отшлепала миссис Кимбл за то, что я не могла спокойно лежать в кроватке. Я вообще никогда не лежала и не сидела спокойно.

Я медленно училась читать, но, когда научилась, стала глотать книги одну за другой. «Маленькие женщины»*, «Таинственный сад»** и «Ханс Бринкер, или Серебряные коньки»*** — мои любимые. На крыше водонапорной башни, под столом на кухне — везде, где удавалось найти укромное место, я вытаскивала из кармана книжку и читала. С арифметикой же все было ужасно. Помню, были такие карточки с задачками и кто-то из одноклассников их раздавал. Так я специально берегла свой десерт, чтобы подкупить раздающего и получить самые легкие. Особенно мне нравились примеры с нулями: один плюс ноль равняется?.. Я всегда была в отчаянии, когда десерт не получалось спрятать в карман или под платье — пудинг, например.

[41]

— Но, несмотря ни на что, вы, похоже, были счастливым ребенком, — заметил я.

— Да, это правда. Я всегда была довольна. У меня такой темперамент, и это самое большое в мире счастье. Я всегда находила причину для радости. Как-то раз, во втором классе, меня наказали за то, что я ударила Нэнси Смитт: мне было сказано стоять за столом, в стороне от других детей. Это было утром, когда в школу приходили родители, поэтому стоять где-то сбоку было особенно неприятно и унижительно. Вы знаете, что я сделала? Стол доходил мне как раз до талии, поэтому я начала о него тереться и в возмущении унеслась куда-то далеко. Вокруг было много народу, но уверена, что никто не заметил, когда я мастурбировала прямо на глазах второклассников. Я, наверное, сама не поняла.

— Я всегда любила поболтать, — заметила Каролина, как будто намекая, что не изменилась. Но мне так не казалось. Мне очень нравилось слушать ее истории. Она рассказывала их приятным, густым, мягким южным голосом, переходя от одного случая к другому.

* *Олкотт Л. М.* Маленькие женщины. М.: Эксмо, 2014. *Прим. ред.*

** *Бернетт Ф.* Маленький лорд Фаунтлерой; Маленькая принцесса; Таинственный сад; Повести. М.: Русская книга, 1992. *Прим. ред.*

*** *Мейнс Д. М.* Ханс Бринкер, или Серебряные коньки. М.: ТриМаг, 2011. *Прим. ред.*

[42] — Самая большая проблема была в том, что меня постоянно дразнили, а я всегда бурно реагировала. Все мои эмоции как на ладони. Кто-то состроит гримасу, а я в ответ высовываю язык. Кто-то шепнет что-нибудь про меня, а я прыгаю ему на спину. А еще меня было проще простого довести до слез. Стоило лишь задеть — и готово, слезы ручьем. Вы сами знаете, как дети обращают внимание на такие вещи, поэтому меня постоянно провоцировали. Папа учил игнорировать их, но ничего не получалось. В третьем классе на игровой площадке я побила двух мальчиков, а это были времена, когда девочки вообще не дрались, не то что с мальчишками. Мама была совершенно подавлена, а папа отвел меня в сторонку и сказал, что гордится.

Бедная мама, ей часто приходилось краснеть за меня. В шестом классе учительнице так надоел беспорядок на моей парте — какие-то клочки бумаги, скатанная жвачка, гнутые вилки и даже остатки старых десертов, — что она взяла пару пакетов, сгребла весь этот мусор и после уроков отнесла нам домой, чтобы показать маме. Та просто остолбенела.

Она так пыталась сделать из меня леди. Однажды я захотела покраситься пергидролем, но мама не позволила. Тогда я сделала очень нехорошую вещь. Я взяла губную помаду и попробовала сделать на волосах полоски, но получила в результате какое-то жирное месиво.

Но, несмотря на все это, я как-то справилась. Я много читала и, скорее всего, благодаря этому на экзаменах получила хороший балл и стипендию на учебу в колледже. Все, и я в том числе, были в полном восторге. Ходили даже слухи, что я жульничала. Но с высоты сегодняшнего опыта думаю, что сильная мотивация переключила меня в сверхсосредоточенное состояние, которое встречается у людей с СДВ. Хоть раз маме не пришлось за меня стыдиться. С грехом пополам окончив колледж, я продолжила обучение, чтобы получить степень — в свободное время, потому что у меня уже появились дети. Потом на несколько лет оставила учебу, а затем вернулась, защитила диссертацию и стала тем человеком, который сидит сейчас перед вами.

— Вы не знали, что у вас синдром дефицита внимания? — спросил я.

— Нет, не знала, до тех пор пока сама не поставила себе диагноз, спустя долгое время после получения диплома. Что вы думаете? Картина похожая? [43]

— Да, безусловно. А что вы почувствовали, когда обнаружили, что все это время болели СДВ?

— Только огромное облегчение. У меня наконец появилось название для этого состояния, особенно эмоциональной реактивности, которая меня так нервировала. Раньше я считала, что это типичная женская истерика или что-то в этом духе. Все остальное тоже прояснилось: то, что я не могла сидеть спокойно, залезала на башню, эти драки, беспорядок, проблемы в школе. Все встало на свои места. Самое лучшее, что у всего этого было название. К моменту, когда я поняла, что это болезнь, уже научилась довольно хорошо с ней справляться.

— А почему вы решили со мной встретиться? — поинтересовался я.

— Чтобы услышать второе мнение, — ответила Каролина. — Надо чтобы кто-то, кроме меня, подтвердил диагноз.

— По-моему, это довольно классический случай СДВ. Можем сделать пару анализов для подтверждения, но вы ведь наверняка сами их провели. По-моему, вы и так знаете, что у вас СДВ. Это точно единственная причина, по которой вы пришли на прием?

Каролина, до сих пор говорившая почти без запинки и передышки, замолчала. Она сняла шляпу, показав открытое лицо с широким лбом и острым, волевым подбородком, а затем поправила светло-каштановые волосы. Высокая, элегантная, уверенная в себе. Ее слова удивили меня.

— Я хочу, чтобы вы меня похвалили. Скажите, что я хорошо справилась, — попросила она мягко. — Я знаю, это звучит по-детски, но вы себе не представляете, каких усилий мне это стоило. Я надеялась, что вы знаете, каково это. Ведь вы видите столько похожих на меня людей.

— Таких как вы — единицы, потому что вы не получали никакой помощи, побороли все обстоятельства одной интуицией

и упорством. Вы проделали удивительную работу, Каролина. Вы молодец! Можете собой гордиться.

[44] — Спасибо, — сказала она. — Мне важно было услышать это от человека, который по-настоящему разбирается в теме.

История Каролины в чем-то примечательна, а в чем-то характерна. В детстве у нее были типичные симптомы: гиперактивность, стремление к острым ощущениям, проблемы в школе, интенсивные эмоции и импульсивность. У нее было и много положительных качеств, о которых часто забывают, говоря об СДВ: смелость, упорство, настойчивость, обаяние, способность к творчеству, скрытые интеллектуальные таланты. Примечательно, что она сумела развить свои качества без особой помощи извне. Она не дала задушить себя неодобрением окружающих, не потеряла положительного образа самой себя и своего будущего. Самым опасным аспектом недиагностированного и нелеченого СДВ во многом оказывается удар по самооценке, который обычно получают такие люди. Они редко используют свои таланты, потому что сдаются, чувствуют себя потерянными и глупыми. Каролина — чудесный пример человека, который победил.

Случай 3. Мария

Мария Берлин пришла на консультацию после того, как прочла в газете про СДВ у взрослых.

— Я не знала, что такая болезнь существует, — призналась она, скрестив ноги и откинувшись на мягком кресле в моем кабинете. — Муж показал эту статью, и я задумалась.

— Расскажите немного о себе, — попросил я.

Когда видишь пациента впервые, всегда сложно понять, с чего начать. Есть стандартная методика сбора анамнеза* — имя, адрес,

* Анамнез — совокупность сведений о больном и его заболевании, полученных путем опроса самого больного и (или) знающих его лиц и используемых для установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов ее лечения и профилактики. *Прим. ред.*

формулировка проблемы и так далее, но такой подход бывает излишне формальным и не даст человеку сказать то, что он на самом деле хочет. Поэтому я обычно начинаю с предложения рассказать о самом важном по мнению пациента, хотя, конечно, это может запутать: неизбежное на первом сеансе волнение способно увести его далеко от темы.

[45]

Мария, однако, сразу перешла к делу.

— Я не знаю, что со мной не так. Может быть, все нормально. В любом случае я такая. Сколько себя помню. Мне сейчас сорок один. Главная проблема в том, что я никак не умею собираться и делать то, что запланировала. Вероятно, у меня просто такой ритм жизни. Я замужем, у меня двое детей — одному одиннадцать, другому восемь, и семья отнимает много времени. Но я уже несколько лет работаю над диссертацией, а она готова только наполовину.

— Вы где-нибудь работаете?

— Да. Точнее, когда хочу, тогда работаю. Я устроилась в городскую библиотеку, там очень гибкий график. Но вообще я пытаюсь открыть при нашем оздоровительном клубе секцию лечебной физкультуры для женщин после сорока. Я уже неизвестно сколько времени хочу написать брошюру на эту тему. Руководство в клубе очень лояльное, и, если я когда-нибудь возьмусь за дело, можно будет заниматься этим как собственным бизнесом и платить им только небольшую арендную плату. Они считают, что для клуба это хорошая реклама.

— А диссертацию вы пишете по...

— ...По совершенно другой теме. Английская литература. Только не спрашивайте, какая связь между литературой и физкультурой. Я уверена, что какая-то связь есть, но в чем она состоит, понятия не имею. Моя диссертация должна быть о Юджине О'Ниле*. Я влюбилась в него, когда подростком прочла *A Long Day's Journey into Night* («Долгий день уходит в ночь»), и в институте любовь не прошла. Но, вы знаете, лучший способ что-то разлюбить — это начать писать на эту тему диссертацию. Я устала

* О'Нил, Юджин (1888–1953) — американский драматург, лауреат Нобелевской премии по литературе, лауреат Пулицеровской премии. *Прим. ред.*

от О'Нила. Грустно, правда? Одно время думала, что смогу сказать про него что-то оригинальное, но теперь мне просто все равно.

[46] — А вы помните, что вы тогда собирались сказать?

— Ой, пожалуйста, только не заставляйте меня это вспоминать. Там речь шла о превращении автобиографического импульса в искусство. Избитая тема, да? Но у меня было новое видение, по крайней мере мне так казалось. Может быть, я просто фантазировала.

— Вы сбились с темы?

— Сбилась? — переспросила она и широко улыбнулась. — Вся моя жизнь — одно большое отклонение от курса. Я должна была выйти замуж за Артура, а вместо этого встретила Джима, и сейчас мы уже шестнадцать лет как женаты.

— А от мужа вы не отклонялись?

— Нет. Он для меня как якорь. Сама не знаю почему, но мне кажется, что он тоже за меня держится. Вообще, «якорь» — плохое слово. Оно звучит так, как будто Джим не дает мне двигаться, а на самом деле он дарит мне стабильность. Не знаю, что бы я без него делала.

Энергия, открытость Марии и вся ее история пока представлялись совершенно типичными для СДВ, как и ее свойство отклоняться от курса — в жизни и в разговоре.

— Расскажите мне еще что-нибудь.

— О чем? Что конкретно вы хотите узнать?

— Например, расскажите что-нибудь о своем детстве. Вы любили школу?

— Школа вызывала какие-то смешанные чувства. Я с первого дня очень любила читать, но делала это *очень* медленно. Школа, в которой я училась, была неплохой, но и не слишком требовательной. Я получала хорошие оценки. Все говорили, что я способна на большее, но мне было интереснее смотреть в окно или на других учеников, а уроки казались слишком уж нудными. Во всяком случае, лично для меня там ничего занятного не было.

— Вы окончили школу?

— С трудом. Зато потом, в колледже, училась прекрасно, представляете? Я осталась, чтобы получить магистерскую степень, но это, видимо, было большой ошибкой. Знаете, проблема в том,

что я сама не знаю, умная я или нет. У меня были и хорошие, и плохие периоды, меня и хвалили за одаренность, и ругали за то, что тугодум. Я сама не знаю, какая я.

[47]

— В этом нет ничего необычного. Когда больные СДВ получают образование, непоследовательные, хаотичные истории не редкость, — сказал я. — Вы были гиперактивным ребенком? Может быть, какие-то проблемы с дисциплиной?

— Нет-нет, я была хорошей девочкой. Мне хотелось при любой возможности всем угодить — до такой степени, что я даже старалась быть внимательной на уроках, ведь папочка сказал, что, если я хочу его порадовать, надо слушать учителя. Не было такого, чтобы я капризничала или не слушалась. Просто я всегда могла уйти в мир грез.

— Вам быстро становилось скучно?

— Я бы сказала, что да. Но еще, может быть, сами учителя были занудные. В колледже мне скучно не было.

— А что вам мешает сейчас?

— То же, что и всегда: переменчивая натура. Я то сосредоточиваюсь, то отвлекаюсь. Ничего не довожу до конца. Начинаю, а потом меня куда-то уносит, и я забываю о деле.

— Как вы пришли к физкультуре? — спросил я. Мария явно была в хорошей форме. Она выглядела не на сорок с небольшим, а лет на десять моложе. Темные волосы, красная помада, румяные щеки. Меня не удивило, что она занялась спортом. В нашей культуре это считается крайне важным, и к тому же это замечательная терапия при СДВ. Упражнения помогают и сосредоточиться, и снять напряжение.

— Как и ко всему остальному. Это случилось само собой. Одна подруга попросила ходить с ней на аэробику. Я сказала, что лучше умру, но она меня все же уговорила. К изумлению, мне очень понравилось. Я совсем не помешана на фитнесе: мне просто нравятся ощущения, которые дает аэробика, и связанные с этим социальные аспекты. Поэтому я познакомилась с членами клуба, стала брать дополнительные уроки, сдала экзамены на инструктора, а потом придумала идею «для тех, кому за сорок». Я и сейчас считаю ее прекрасной, но, наверное, руки до этого не дойдут.

[48]

— Как вы до сих пор с собой справлялись? — спросила и тут же подумал, что вопрос глупый. Но Мария, кажется, поняла, что я имею в виду.

— Действовала по обстоятельствам. Постоянно казалось, что я какая-то ненормальная. Однажды даже сходила к психиатру — это было время, когда я все еще боролась с диссертацией. Решила, что, может быть, мне мешает какой-то комплекс и я смогу вылечиться. Но мы вообще ни к чему не пришли, и я перестала ходить на сеансы. Теперь вот вы.

— Да, теперь моя очередь, — согласился я. — Вы пришли, потому что муж настоял?

— Нет, это была моя идея. Он просто показал мне ту статью. Так что вы думаете? Я совсем безнадежна? — спросила она с драматизмом в голосе.

— Вы, конечно, шутите, но я догадываюсь, что для вас это состояние более болезненное, чем вы говорите.

— Так и есть, — согласилась Мария и посмотрела мимо меня в окно. — Это такая коварная штука. Я всегда знала: что-то не так, но это глубоко в меня въелось, понимаете? У меня двое детей, муж, много дел, и я не позволяла себе слишком об этом задумываться, но было бы очень неплохо хотя бы начать доводить дела до конца.

— Да. Вижу, что вас это очень раздражает. А как насчет чтения? С этим нет проблем?

— Если вы в том смысле, чтобы прочесть написанное, то нет. Но я всегда очень медленно читала. Плюс я могу отвлечься в середине страницы, и неизвестно, когда вернусь к ней.

— Мария, — сказал я, — мне кажется, у вас может быть синдром дефицита внимания. Надо провести некоторые анализы и подробнее поговорить о вашем прошлом, но все рассказанное вами заставляет предполагать, что СДВ у вас с детства. Сны наяву; то, как вы читаете; то, что постоянно отклоняетесь от курса; ваша переменчивость, как вы ее называете; непостоянство. Все это может быть проявлением СДВ. Вы хорошо компенсировали синдром, то есть нашли способ с ним жить, но своих целей пока не достигли.

— И что это значит? Моя жизнь может измениться?

— Всегда сложно ответить на этот вопрос, потому что никогда не знаешь заранее, как пойдет лечение. Но вообще — да, если терапия поможет, все будет иначе.

[49]

Оказалось, что Мария не реагирует на лекарства. Я применяю при СДВ несколько препаратов, и какой-то из них дает хороший результат у 85% взрослых пациентов. Однако остальным лекарства по тем или иным причинам не помогают. У некоторых возникают побочные эффекты и непереносимость, кому-то просто не нравятся ощущения после приема, другие вообще не хотят пробовать медикаменты. А в некоторых случаях, как и у моей пациентки, лекарства просто ничего не дают.

Однако лечение СДВ одними таблетками не ограничивается: большое значение имеют просвещение, коррекция поведения, психотерапия. Марии все это пошло на пользу.

В первой фазе лечения мы сосредоточились на тщательном анализе СДВ. Узнав про этот синдром, женщина пересмотрела многие укоренившиеся взгляды на себя: что у нее «не все дома», а она ни на что не способна, ущербна.

Когда Мария осознала, что многие ее проблемы связаны с необычайно легкой отвлекаемостью, мы начали работать над планированием, чтобы помочь ей сосредоточиться. Она старалась задействовать положительные черты характера, которыми прежде не пользовалась в полной мере: работала в течение коротких промежутков времени, концентрировалась с помощью физкультуры, упражнялась в составлении списков, напоминаний, расписаний и ритуалов. Большие, на первый взгляд невыполнимые задачи можно разбить на несколько маленьких и посильных, при этом обязательны частый контроль и поощрения, а также полезно иметь своего рода тренера, который не даст сбиться с курса. В этом случае таким тренером стал я.

Это была не традиционная психотерапия, а ее разновидность, которую я называю тренировкой, чтобы подчеркнуть активную, воодушевляющую роль тренера-психотерапевта. Я не указывал Марии, что делать; скорее, спрашивал, чем хочет заниматься она

[50]

сама, и потом регулярно, раз за разом напоминал об этом. Можно сказать, что в начале лечения мы согласовали «план игры», и моя роль тренера заключалась в том, чтобы подбадривать ее, не давать упускать из виду поставленные цели и задачи и не позволять сбиваться с курса. Люди с СДВ настолько легко отвлекаются, что внешний контроль бывает крайне полезен.

Врач готов выслушать и обсудить надежды, страхи, фантазии и мечты пациента. Тренирующая терапия поощряет появление озарений, и такие догадки — один из самых мощных трансформирующих факторов в работе с больными СДВ.

Следует подчеркнуть, что авторы этой книги отдают должное ценности психоанализа в лечении, равно как и в исследовании человеческой психики. Психоанализ продолжает оставаться очень авторитетным и самым важным лечением в случаях, которые часто называют невротическим конфликтом*, или болью. Однако мы не рекомендуем применять его в качестве специфической терапии при синдроме дефицита внимания. Психоанализ пациента с недиагностированным СДВ может оказаться безнадежно неэффективным, но, если эта болезнь обнаружена и вылечена, психоанализ помогает. Не вызывает сомнений, что у людей с СДВ встречаются виды невротических конфликтов, которые полностью вылечиваются психоанализом и не поддаются методикам, рекомендуемым при СДВ. В таких случаях психоанализ принесет большую пользу, но лечения СДВ не заменит.

Мария пересмотрела взгляды на себя и свою жизнь. Совместная работа над просвещением, поощрением, тренировкой и анализ ситуации преобразили ее. Она завершила брошюру для оздоровительного клуба и открыла собственный бизнес, ставший успешным. Она пришла к выводу, что не будет заканчивать диссертацию. Как и многие люди с СДВ, она поддерживала проект только как организующее начало, как ось, позволявшую ей сосредоточиться, хотя и приносящую регулярную

* Невротический конфликт — это основное психологическое противоречие, способное повлечь развитие невроза. Например, конфликт между бессознательным (желанием) и сознанием (чувством долга). *Прим. ред.*

и предсказуемую боль и тревогу. Когда она начала добиваться успеха там, где действительно хотела, это стало для нее новым, намного более рациональным организующим принципом. Прежде всего появилось понимание, как работать над собой, как выжать максимум из своих способностей и научиться обходить свои ограничения.

[51]

Случай 4. Пенни

Родители Пенни Макбрайд пришли ко мне на прием, когда учитель предложил девочке пройти тест у психиатра.

— Не знаю, что и думать, — сказала мама пятиклассницы на первом сеансе. Она сидела, сложив руки на коленях, и смотрела в пол. — Будет ужасно, если мы что-то сделали неправильно.

— Если вы ко мне пришли, это еще не значит, что вы где-то ошиблись, — успокоил я женщину и подумал, что консультация у психиатра по поводу ребенка у многих людей вызывает негативные эмоции, хотя и не такие, как двадцать-тридцать лет назад. — Так что случилось с Пенни?

— Она отстаёт в школе, — сказал отец. — Больше ничего. Она хорошая девочка, с ней никогда не было проблем.

— Пенни просто постоянно мечтает, — продолжила мама. — Она всегда была моей маленькой фантазеркой, ее мысли где-то далеко...

— Расскажи доктору о сказках, — сказал отец.

— Она мой самый младший ребенок, — продолжила миссис Макбрайд, подняв палец вверх, как бы говоря мужу: погоди минутку. — У нас уже было четверо детей, я рожала каждые два года, а потом через шесть лет появилась Пенни. Для нее у меня было больше времени, чем для ее братьев. С ней легче, потому что она спокойнее; наверное, она больше похожа на меня, чем мальчики. Я люблю ребят... — женщина сделала паузу и посмотрела с высоты четвертого этажа на деревья, как будто подумав о сыновьях, на секунду забылась. Потом снова вернулась к теме

[52]

разговора: — Но мне кажется, мы с Пенни с самого начала были на одной волне. Когда у тебя четверо сыновей и ни одной дочери, ты почти забываешь, что такое быть девочкой. Так что когда появилась Пенни, не в обиду Джо и мальчикам, в моей жизни словно материализовалась родственная душа. Я не имею в виду, что мы психологически переплетены и я излишне вовлеченная мать или что-то в этом роде. Это не так, поверьте. Но в доме, где полно мужчин, полезно немного сбалансировать обстановку. В общем, сказки, которые упомянул Джо, сочиняем мы с Пенни. Мы называем их «Дальние истории». Они о детях, которые живут в Дальней стране. Название пришло мне в голову, когда Пенни было три годика. Я рассказывала ей сказку, и у малышки был такой отрешенный взгляд. Мне захотелось присоединиться к ней, где бы она ни была, поэтому я предложила «отправиться» в Дальнюю страну. Так начались эти истории.

— Они ей нравятся?

— Она их просто обожает. Ее можно успокоить такой сказкой практически в любой момент.

— Она добавляла к истории что-то от себя? Может быть, выдумывала что-нибудь?

(Умение добавлять что-то к сюжетной линии в целом позволяет оценить творческое воображение и языковые способности.)

— У нее лучше получается слушать. Я могу рассказывать сказку за сказкой, а она будет сидеть рядом и смеяться. Если задать вопрос, становится понятно, что часть она пропускает мимо ушей. Я объясняю себе, что она просто где-то далеко, но не могу точно сказать, что это значит. Просто такое ощущение.

— Видимо, вы хорошо подстроились к дочери, — заметил я.

— Знаете, теперь мне кажется, что она совершенно не воспринимает содержание, а просто любит слушать. — В голосе миссис Макбрайд послышались нотки сожаления. — И почему я раньше не обратилась за помощью?

Она расплакалась, и Джо Макбрайд, румяный мужчина в изящном деловом костюме и сдержанном фиолетово-бирюзовом

галстук, приобнял жену. Они сидели на диване в моем кабинете с каким-то напуганным и озабоченным видом.

— Полли хочет сказать, — пояснил Джо, — что мы представления не имели, будто есть проблема. Пенни была тихой маленькой девчушкой, и все.

[53]

— Попробуйте расслабиться. Я понимаю, что вы озабочены и вам сложно было обратиться ко мне. Но, может быть, я смогу оправдать ваши ожидания.

На Полли были красный шерстяной свитер и джинсы. Слегка седеющие светлые волосы покрывала бандана, и выглядела она так, как будто только что вернулась из похода с детьми. Своим видом женщина контрастировала со стильно одетым мужем.

— Довольно сильный шок, когда твоей дочери советуют пойти к психиатру, — сказала она, вытирая глаза рукой, а не платком, предложенным мужем.

Когда мы углубились в анамнез — а ключом к постановке диагноза в такой сложной области служат не замысловатые анализы, а история жизни ребенка, — передо мной возник портретмышленной девочки, у которой есть некоторые проблемы с речью и вниманием.

Осложнения в развитии языковых способностей могут возникать по-разному и на многих уровнях. У человека бывают сложности и с приемом, и с передачей. Проблемы на входе — их называют проблемами восприятия языка — могут нарушить и прием, и осознание информации, потому что выход зависит от того, что человек получает. Проблемы на выходе, которые называют еще проблемами выражения языка, могут влиять и на то, что человек может написать и произнести, и на то, что он представляет в мыслях.

Полноценный анализ проблем обучения и развития языковых способностей, включая дислексию, выходит далеко за рамки этой книги, но нельзя обсуждать СДВ, не упомянув языковых проблем и нарушения обучаемости в целом, поскольку они часто сосуществуют с этим синдромом и взаимно усугубляются.

[54]

Кроме того, придется коснуться других неврологических проблем, которые могут маскироваться под СДВ или ухудшать его течение: от таких очевидных, как, например, нарушения слуха, близорукость и проблемы с нервами, влияющие на артикуляцию, до более тонких афазий*, проблем с памятью и эпилепсии.

Я спросил Полли, поздно ли их дочь научилась говорить. Время важнейших достижений — ключевых этапов развития — не высечено в камне, но помогает быстро сориентироваться, стоит ли рассматривать возможность каких-то задержек. Обязательно нужно убедиться, что и врач, и родители одинаково понимают слова «рано» и «поздно». Некоторые полагают, что, если десятимесячный малыш не декламирует Шекспира, с ним что-то не то, а другие уверены, что молчать до трехлетнего возраста вполне нормально, а может, и к лучшему.

— Да, поздно, — сказала Полли. — Первые слова она начала произносить примерно в год и десять месяцев, а короткие предложения появились в три года. Педиатр посоветовал побольше читать ей вслух и вместе сочинять. Так возникли «Дальние истории».

— Они ей нравились? — спросил я.

— Она их обожала. Это было так трогательно... Я понимала, что Пенни улавливает не все, но она тихонько сидела и просила рассказывать дальше. А когда я останавливалась в середине, она тянула меня за руку и говорила: «Хочу еще!»

— А у нее получалось играть со словами?

— Что вы имеете в виду? — не поняла Полли.

— Рифмовать, повторять рифмы, выдумывать новые слова...

Полли, которая во время рассказа подалась вперед, на секунду задумалась.

— У нее не получалось точно подбирать рифму, но она постоянно придумывала какие-то словечки. Правильного слова не знала, поэтому получалось новое. Например, вместо того

* Афазия — полная или частичная утрата понимания речи окружающих и/или способности пользоваться собственной речью при сохранности слуха и функции артикуляционного аппарата. *Прим. ред.*

чтобы сказать «мы едем в аэропорт», она говорила, что мы едем в «самолетное место», а вместо «подарок на день рождения» — «штука на день коробок».

[55]

— Вы все хорошо помните, — заметил я. — А как вы на это реагировали?

— Я ее поправляла. А что, не надо было?

— Нет, это вообще не имеет значения. Я просто пытаюсь понять, как она воспринимала это с точки зрения эмоций.

— Пенни повторяла за мной новое слово. Мне не хотелось, чтобы она начала считать себя глупой.

— А вы сами думали, что она глупая? — спросил я.

— Нет, совсем нет, — горячо возразила Полли. — Если бы я так думала, наверное, не стала бы ее поправлять. Но я была уверена, что она умница и хочет говорить правильно. И я видела ее умение импровизировать и выдумывать слова, а это доказывало: она способная.

— Вы совершенно правы. Похоже, ей было сложно найти правильное слово, так сказать, на «складе». Или найти нужный склад. Или запоминать слова. Или переносить слово со склада на язык.

— Звучит довольно запутанно.

— Это и в самом деле непросто. Но главное, что мы понимаем сложность этого явления. Еще недавно людям казалось, что все легко и просто: человек либо умный, либо дурак. Еще были дополнительные категории, например гении и идиоты, но все равно в основе лежало незамысловатое представление об устройстве разума. Умные и глупые. Как простенькая игра в мяч. А потом мы стали понимать, как сложен на самом деле мир интеллекта и обучения. Например, Мел Левин, великий ученый в области проблем обучения, выделяет семь видов памяти, и проблема с обучением может коснуться любого из них. Именно это я имел в виду, когда говорил о переносе слов со «склада» — по аналогии. Теперь понятнее?

— Да. Это замечательно, — ответила Полли.

— А как обстоят дела в школе? Что случилось потом?

— Она с самого начала отставала в чтении, — сказал Джо и нахмурился.

— Это не совсем так, дорогой, — мягко возразила Полли, сдерживая раздражение его оценочным подходом. — Книжки ее интересуют больше, чем других детей. Просто она не все в них понимает. Но она всегда просила ей почитать и по-прежнему любит слушать «Дальние истории», даже сейчас.

— А как насчет фантазий? — задал я следующий вопрос.

Полли вручила мне стопку бумаг.

— Это учительские отчеты из первого класса. Там одно и то же: «Выключается. Кажется застенчивой. Не может сосредоточиться, если ей постоянно не напоминать». Один из преподавателей даже предположил, что у нее депрессия, потому что она все время тихо себя ведет. Но только в этом году, когда Бекки Трусдейл...

— Кто-кто? — переспросил я.

— Бекки Трусдейл, ее учительница в пятом классе. Она первой пришла к выводу, что у моей дочери может быть СДВ, или нарушение обучаемости. Должна признаться, что никогда не слышала про этот синдром, только про гиперактивность у мальчиков. Но Бекки говорит, что у девочек бывает то же самое и иногда вместо гиперактивности есть «отключение».

— Бекки права. У девочек, как и у мальчиков, может возникнуть СДВ. Гиперактивность — устаревшее название этого синдрома: недавно его заменили термином СДВ, чтобы указать на сбивчивость внимания, которая наблюдается у таких детей. Многие девочки с этим синдромом так и остаются без диагноза. Окружающие считают, что они просто тихие или даже страдают от депрессии, как в случае с Пенни.

Затем я вкратце рассказал семье Макбрайд о синдроме СДВ и подчеркнул, что он часто встречается у творческих, одаренных интуицией детей.

— У очень многих детей с СДВ есть и сильные черты: для некоторых мы даже не придумали названия, а некоторые всем хорошо знакомы. У них богатое воображение, они сопереживают, тонко подстраиваются под настроение и мысли окружающих, даже если пропускают мимо ушей большую часть сказанного. Самое главное — поставить диагноз до того, как ребенок серьезно пострадает от школьных неудач и обречет

унизительными ярлыками. С небольшой помощью они могут просто расцвести.

Потом я немного почитал вслух отзывы учителей. Полли оказалась права: они были переполнены указаниями на рассеянность, сны наяву, не доведенную до конца работу. Замечания напомнили мне термин, которым Присцилла Вейл, специалист по консультированию пар и проблемам языка в отношениях, описывает детей, не очень вписывающихся в заданные рамки: дети-загадки.

— Вы хотите встретиться с Пенни? — спросила Полли.

— Конечно. Но лучше мне самому к ней прийти. Разговор в кабинете врача часто заставляет детей с СДВ сосредоточиться. Порядок и новизна резко снимают симптомы СДВ, и даже страх, который дети иногда чувствуют, может помочь им собраться. Поэтому педиатрам легко не заметить этот диагноз: симптомы просто не здесь, не в кабинете. В школе картина будет ближе к истине. Так могу я прийти?

Полли и Джо Макбрайд с радостью согласились и договорились с Бекки Трусдейл. Учителя обычно довольно хорошо относятся к таким визитам. Они рады поделиться тем, что знают, и их свидетельства, как правило, очень ценны.

Я тихо зашел в кабинет во время урока математики и сел рядом с книжными полками в углу. Учитель, который меня привел, показал на Пенни и вышел. Я наблюдал, стараясь не обращать на себя внимание. Пенни оказалась очень милой девочкой с хвостом каштановых волос, в желтом платье и кроссовках. Ее парта стояла в заднем ряду у окна. Я был уверен, что она просто мечтала о таком месте.

Сейчас давайте немного отвлечемся и поговорим об окнах, школах и СДВ. Легко прийти к выводу, что окна — изобретение самого дьявола и в классе они нужны исключительно для того, чтобы искушать учеников, и ни для чего больше. Хорошие мальчики и девочки в окно не смотрят, а плохие не могут устоять перед прозрачным приглашением — широкой дорогой в небо, к деревьям и мечтам.

[58]

Страдающие СДВ тоже смотрят в окно и не могут не сбиться с мысли. Они отвлекаются, но при этом видят что-то новое или начинают другими глазами смотреть на старое. Они не только «отключаются» от мира, но и включаются в него, часто привнося свежесть и новизну. Такие люди часто становятся изобретателями и новаторами, творят, действуют. Может быть, они не всегда последовательны, но надо иметь достаточно мудрости, чтобы не вгонять их в рамки, которые им никогда не подойдут.

Так что же с дьявольскими окнами? Разве плохо в них смотреть? Неужели это верный признак грядущих проблем с учебой? Совсем нет. Я бы скорее задумался, не тот ли ребенок глупее, который в окно не смотрит.

Пенни удобно подперла щеку ладонью правой руки, пальцы левой неслышно стучали по деревянной парте, а глаза смотрели в окно. Я попытался понять, что ее привлекло, но увидел лишь небо и свисающую ветвь ближайшего дерева. Когда человек смотрит в окно, никогда точно не скажешь, что он там видит.

Время от времени, обычно в ответ на какой-то шум, Пенни поворачивалась к доске и цифрам на ней. С каждой минутой там появлялось все больше дробей. Девочка, видимо, что-то в них видела, потому что всякий раз хмурила брови. Она казалась не встревоженной, а безмятежно непонимающей. Затем поправляла волосы и, как будто следя за полетом пылинки, медленно поворачивала голову обратно к окну. Пенни не издавала ни звука. Никому не мешала. Можно сказать, ее спокойствие производило на класс умиротворяющее действие. Казалось, ее можно не замечать годами.

На перемене я подошел и представился. Родители уже предупредили девочку о моем приходе.

— Здравствуйте, доктор Хэлловэлл! — произнесла она и широко улыбнулась. — Мама сказала, что вы хороший.

— Твоя мама тоже очень приятная женщина. Она тебе еще что-нибудь сказала?

— Нет, больше ничего, — ответила Пенни, и ее лицо приняло такое выражение, как будто она должна что-то помнить, но не знает что.

— Ладно, ничего страшного. Хочешь выйти на свежий воздух?

— Мама сказала, что вы хотите со мной поговорить.

— Всего пару слов. Твои мама с папой пришли ко мне посоветоваться, как помочь тебе с успеваемостью и не только. Тебе нравится ходить в школу?

[59]

— Да! — ответила Пенни с энтузиазмом.

— А что тебе здесь нравится?

— Мне нравится учительница, другие дети, я люблю приходить сюда из дома, сидеть и слушать...

— А что тебе нравится слушать? — спросил я.

— Ой, вообще все! Больше всего — собственные мысли. Я люблю придумывать всякие истории. У нас с мамой есть такая игра...

— Она мне о ней рассказала, — признался я. — Звучит интересно. Утром на математике ты тоже этим занималась?

— Да. Я сочиняла историю о толстых старичках, похожих на шестерки, и смешных старушках, которые были как девятки. Они начали танцевать и превратились в восьмерки.

— Это здорово, Пенни. А как ты думаешь, восьмерки превратятся обратно в шестерки и девятки?

— Может, и превратятся, — сказала девочка, теребя на косичке резинку с желтыми блестками. — Вообще-то мне хотелось заставить их лечь и превратиться в бинокль, через который можно посмотреть далеко-далеко.

— Прямо в Дальнюю страну, — сказал я.

— Да, — ответила Пенни, немного покраснев от того, что я знал место из ее сказок.

— А есть в школе то, что тебе не нравится? — поинтересовался я.

Пенни уставилась на кроссовки.

— Я все время отстаю. И не делаю уроки.

— Вероятно, у нас получится с этим справиться, — сказал я. — Перемена почти закончилась. Может быть, встретимся как-нибудь, когда ты не в школе?

— С удовольствием, — согласилась Пенни. — Только сначала поговорите с мамой. Она решает, что мне делать.

— Обязательно. Было приятно с тобой познакомиться, Пенни. Еще увидимся.

[60] Бекки Трусдейл оказалась молодой учительницей, только что прошедшей стажировку в частной школе недалеко от Бостона. Она много знала об СДВ и нарушениях обучаемости.

— Очень рада, что вы смогли прийти, — сказала она. — Я не вызывала Пенни к доске, чтобы вы понаблюдали, как она себя ведет, если оставить ее в покое. Но она очень умная девочка.

— Да, — согласился я. — И выглядит счастливой, по крайней мере сегодня.

Мне показалось, что я расслышал в речи Бекки южный акцент.

— Вы с Юга?

Имппульсивность моего собственного СДВ поборола врачебную тактичность и последовательность.

— Да, — сказала Бекки, ничуть не обидевшись на смену темы. — Я выросла в Чарлстоне, а потом семья переехала в Мэн.

— Довольно большая перемена.

— Это точно. А вы откуда?

— Вообще-то в детстве я прожил несколько лет в Чарлстоне, — и мы оба замолчали. — А как давно вы знаете Пенни?

— С начала учебного года. Полтора месяца. Мало, чтобы как следует ее узнать, но достаточно, чтобы полюбить. Она напоминает мне маленькую художницу: сидит на задней парте и мечтает.

— Вы считаете, у нее депрессия? — спросил я.

— Нет, — рассмеялась Бекки. — Ничего похожего. Она воодушевляется всякий раз, когда с ней говоришь. Другие дети ее любят. Ее не трогают, когда она выключается. Они как будто смирились, что она такая.

— Что вас беспокоит больше всего?

— То, что она на самом деле не с нами, — ответила Бекки с колебанием. — И я боюсь, что чем дольше она ходит в школу, тем серьезнее становится проблема. Даже на этом уроке она много пропускает, но как-то компенсирует. Я совершенно точно знаю, что она могла бы учиться лучше.

Мы с Бекки проговорили до конца перемены. Я поблагодарил ее за помощь и попрощался, пообещав оставаться на связи.

В голове уже сложился перечень заболеваний, которые могли объяснить поведение Пенни. После того как я еще раз с ней встретился, поговорил с ее родителями и провел ряд неврологических и психологических анализов, перечень сократился до двух пунктов: синдром дефицита внимания без гиперактивности либо нарушение выражения или восприятия языка.

[61]

Синдром дефицита внимания усугубляет проблемы с обучением так же, как близорукость: человек не может как следует сфокусироваться, поэтому не способен в полной мере применять имеющиеся таланты. Первый этап лечения — надеть очки, то есть скорректировать СДВ, а затем снова оценить масштаб оставшихся нарушений обучаемости.

Очень помогла сама постановка диагноза — медицинское название, подразумевающее соответствующую терапию, ведь состояние Пенни ее родители считали особенностью темперамента. Когда все поняли, в чем дело, я выписал лекарства. Только медикаментозного лечения обычно недостаточно, однако в этом случае результаты оказались поразительными и очень быстрыми.

Для лечения СДВ применяют несколько препаратов. Они помогают человеку сосредоточиться и в каком-то смысле действуют как внутренние очки, повышая способность мозга достаточно долго фокусироваться на чем-то одном, отфильтровывая конкурирующие стимулы и отвлекающие факторы.

Несмотря на название, антидепрессанты применяют не только для лечения депрессии, в том числе и при СДВ у детей и взрослых. Еще одной распространенной группой лекарственных средств при этом синдроме можно назвать стимуляторы. С момента выхода первого издания книги были достигнуты большие успехи в разработке стимуляторов пролонгированного действия.

Уже через несколько дней после начала лекарственной терапии мне позвонили Бекки и родители Пенни. Они были совершенно изумлены. Пенни «включалась» на уроке, была сосредоточена на задании, активно и творчески участвовала в работе. Самое главное, что она начала получать настоящее удовольствие

[62] от школы, чего раньше не было. Девочка наслаждалась учебой. Единственным побочным эффектом была небольшая сухость во рту, вызванная антихолинергическими свойствами трициклов (они блокируют нейротрансмиттер ацетилхолин, который выступает посредником в различных функциях организма, включая слюноотделение). Этот эффект дают и многие безрецептурные лекарства от простуды, его можно потерпеть или исправить с помощью Life Saver* или других леденцов. Лекарства ничего не отняли у Пенни. Она по-прежнему фантазировала, когда хотела.

Это было только начало лечения, но, наверное, самый трогательный период для всех, включая меня. Как говорила потом мама девочки: «С ее глаз будто сняли пелену. Она увидела нас, а мы — ее. Она все такая же маленькая фантазерка, но теперь мечты не мешают».

* Популярны в США леденцы в форме спасательного круга. *Прим. ред.*

ГЛАВА

2

Скованные болезнью

Ребенок с СДВ

Первую информацию о синдроме дефицита внимания дали наблюдения за детьми — и еще до того, как стало ясно, что проблема сохраняется во взрослом возрасте. Сегодня СДВ — одно из наиболее полно изученных нарушений развития. По приблизительным оценкам, им страдают 5% детей школьного возраста, однако общественность понимает ситуацию плохо, синдром часто не распознают и неправильно диагностируют. Классические симптомы СДВ — отвлекаемость, импульсивность и повышенная активность — так часто ассоциируются с детским поведением как таковым, что возможность медицинского диагноза даже не рассматривается. Детей с недиагностированным СДВ считают «просто такими», полагают, что в них сильнее, чем в сверстниках, выражены «детские качества». Если человек не слышал об этом синдроме, ему вряд ли придет в голову, что это самое «сильнее» — намек на наличие заболевания.

Где заканчивается нормальное детское поведение и начинается неврологический синдром дефицита внимания? Как отличить непослушного ребенка от ребенка с СДВ? Как не спутать эту болезнь с эмоциональными нарушениями? А нужно всего лишь внимательно присмотреться к истории ребенка: в основе диагностики лежит главным образом сбор анамнеза.

Дополнительные данные врачу могут дать и психологические тесты. Результаты некоторых субтестов теста Векслера* (Wechsler Intelligence Scale for Children — WISC) — стандартного инструмента для исследования интеллекта у детей — могут указывать на наличие СДВ: как правило, это низкий балл в тестах на цифровые ряды, арифметические задания и на шифровку. Кроме того, у таких детей часто наблюдается большой разрыв между так называемым вербальным и невербальным промежуточным итогом. Есть и другие тесты, оценивающие внимательность и импульсивность, но следует подчеркнуть, что ни один не может быть решающим при постановке диагноза. Самым надежным диагностическим инструментом продолжает оставаться сбор анамнеза путем опроса ребенка, родителей и, что очень важно, изучения отчетов учителей.

Четкой грани между СДВ и нормальным поведением не существует: делать выводы надо скорее на основе сравнения конкретного ребенка с группой его сверстников. Если он заметно выделяется большей отвлекаемостью, импульсивностью и беспокойством и для такого поведения нет очевидной причины, например разрыва в семье, злоупотребления алкоголем или наркотиками, депрессии либо других заболеваний, целесообразно рассматривать возможность СДВ. Однако лишь профессионал, имеющий опыт работы с этим синдромом, может поставить такой диагноз.

Две самые распространенные ошибки — недостаточная или слишком частая диагностика.

Самой распространенной причиной пропущенного диагноза становится, прежде всего, незнание о существовании синдрома. Об этой болезни знает не каждый учитель, психолог и даже врач.

Осведомленные об СДВ профессионалы тоже не застрахованы от этой ошибки, если слишком сильно полагаются на психологические тесты — конечно, они реально способны помочь, но их результаты *не должны быть решающими*. Во время

* Тест Векслера (или Шкала Векслера) — один из самых известных тестов для измерения уровня интеллектуального развития, разработан Дэвидом Векслером в 1939 г. Состоит из 11 отдельных субтестов, каждый оценивается в баллах. Низкий балл по одному или нескольким субтестам свидетельствует об определенном типе нарушений. *Прим. ред.*

[66]

тестирования дети могут как проявлять, так и подавлять симптомы: упорядоченность, новизна и мотивация, связанные с процедурой тестирования, способны эффективно, хотя и ненадолго, «вылечить» ребенка. Он может сосредоточиться на структуре индивидуального тестирования, собраться в новой для него обстановке или так сильно стремиться «справиться», что СДВ отойдет на второй план. По всем этим причинам клинические данные, собранные живыми людьми — свидетельства учителей и родителей, — важнее результатов тестов.

Вторая распространенная ошибка в процессе диагностики противоположна первой: синдром дефицита внимания начинают видеть повсюду. Оценка должна быть осторожной и учитывать целый ряд расстройств, которые могут выглядеть в точности как СДВ. Некоторые из них, например гипертиреоз, врач должен проверить и исключить.

Необходимо не просто убедиться в отсутствии других заболеваний, вызывающих схожую симптоматику, но и понять, что СДВ — диагноз сравнительный. Он зависит не только от наличия симптомов как таковых, но и от их интенсивности и продолжительности. Большинство детей легко отвлечь, они иногда импульсивны и беспокойны, но СДВ болеют далеко не все, и при постановке диагноза надо быть очень осмотрительным, иначе он войдет в моду и потеряет содержательность.

Детям, действительно страдающим от синдрома дефицита внимания, невероятно важно поставить диагноз как можно раньше, чтобы свести к минимуму ущерб для самооценки, ведь их обычно неправильно понимают, обзывают ленивыми, непослушными, чуждыми, плохими. При недиагностированном СДВ жизнь ребенка и его семьи связана с ненужной борьбой, обвинениями, чувством вины, взаимными упреками, огорчениями, упущенными возможностями. Чем раньше будет поставлен диагноз, тем быстрее прекратится боль. Правильное лечение не положит конец сложностям в жизни ребенка, но, по крайней мере, поможет в них разобраться.

Все мы хотим, чтобы у детей сформировались уверенность в себе, правильная самооценка, которые помогут им выдержать житейские бури. Этот невидимый, но крайне важный процесс

длится всю жизнь: самооценка каждый день сплетается из нитей опыта. Если нити свиты из унижения, поражений и смущения, ткань из них будет неудобно носить. Поэтому надо сделать все, что в наших силах, чтобы нити состояли из успеха, уверенности и ощущения справедливости происходящего. Один из путей к этой цели — как можно раньше выявить у ребенка нарушение обучаемости, в частности СДВ.

[67]

В истории было много великих людей, которые смогли преодолеть проблемы с учебой. Хотя это и не доказано, Моцарт — хороший пример человека с синдромом дефицита внимания: нетерпеливый, импульсивный, легко отвлекающийся, энергичный, нуждающийся в эмоциях, творческий, дерзкий и независимый. Структурирование — одна из классических форм лечения СДВ, и строгие музыкальные формы, над которыми работал композитор, показывают, как упорядоченность прекрасно помогает успокоиться. На самом деле и СДВ, и нарушения обучаемости имеют положительные стороны, которые пока еще плохо изучены. У многих больных можно найти «изюминку»; трудновыразимый, но несомненный потенциал. Когда этот потенциал получается реализовать, результаты бывают блистательными. Альберт Эйнштейн, Эдгар По, Бернард Шоу и Сальвадор Дали были отчислены из школы, а Томас Эдисон считался одним из худших учеников в классе. Авраама Линкольна и Генри Форда учителя называли безнадежными. Джона Ирвинга из-за недиагностированного нарушения обучаемости чуть не отчислили из вуза. Можно составить очень длинный список людей, которые во взрослой жизни добились больших высот, хотя в школе учились очень плохо из-за незамеченных нарушений. К сожалению, перечень людей, которых школа сломала и которые так и не получили шанса самореализации, намного длиннее.

Завершим на этом вступление. Позвольте познакомить вас с миром Максвелла Маккарти.

Когда Максвелл появился на свет, мама взяла его на руки и заплакала от счастья. Он был долгожданным сыном Сильвии

и Патрика Маккарти, в семье которых уже росли две дочери. Максвелл смотрел на маму, а папа протянул руку и начал выводить пальцем на сморщенном лобике сына маленькие кружочки.

[68]

— Он похож на моего отца, — сказал Патрик.

— Дурачок, пока еще рано говорить.

— Я сердцем чувствую.

Отец Патрика, Максвелл Маккарти, в честь которого назвали новорожденного, был известным бостонским адвокатом, главным человеком в жизни Патрика, его героем и путеводной звездой. Интеллектуальные достижения и незыблемая порядочность в сочетании с дружелюбием и страстью к еде и выпивке делали Максвелла-старшего почти легендарной личностью. Когда Патрик смотрел на сына, он видел в нем что-то от собственного родителя. Большая голова, сделал он вывод, — признак ума. Искорки в глазах ребенка означают жизнерадостность, а порядочность и солидность ему даст строгое воспитание. Агукающего и укутанного в пеленки Максвелла Маккарти ждали великие свершения.

Мысли Сильвии были переполнены простой, безграничной радостью от того, что она прижимает к сердцу маленького мальчика. Она думала о его будущем еще до родов и желала ему того же, чего и другим детям: пусть у него будет то, чего не хватало в детстве ей самой. Психические заболевания, депрессия и алкоголизм были бичом ее семьи. Сильвии удалось окончить юридическую школу, где она познакомилась с будущим мужем, и теперь женщина работала на неполную ставку юристом и была матерью уже троих детей. Она потеряла все контакты с родней, но нисколько об этом не жалела. Она смотрела на сына и думала: «Мы будем тебя любить, ты наш красавец».

В младенчестве и раннем детстве Макс не любил оставаться в одиночестве. Он был компанейским и активным. Когда он научился ходить, спрятать что-то от него стало просто невозможно: Макс оказался очень шустрым. Мальчик был славным, но уход за ним отнимал все силы. Как немного мстительно сказала одна из сиделок после долгой ночи с Максом: «У вас очень трудный ребенок».

Когда мальчику исполнилось четыре, у него появилась кличка: «Безумный Макс».

— Как бы это вам сказать? — директор детского садика пыталась тактично объяснить Сильвии и Патрику. — Он чересчур восторженный.

[69]

— Можете ничего не приукрашивать, — серьезно сказал Патрик, на секунду забыв, что его окружают плюшевые мишки, зайцы и книги со сказками, а не тома в кожаном переплете.

— Дело в том, что он любит делать так много всего, что оказывается сразу повсюду. Не успеет начать одно, как тут же берется за другое. Он просто олицетворение радости, но в группе из-за него нарушается весь порядок.

В машине по дороге домой Патрик сказал:

— Мисс Ребекка пыталась нам намекнуть, что Макс невоспитанный.

— Нет, она не это имела в виду, — возразила Сильвия. — Он просто сорванец, как ты когда-то.

— Нет, я таким не был. У меня была дисциплина. Стандарты. А у Макса никаких стандартов нет.

— Слушай, ему всего четыре года! Может, позволишь ему побыть просто маленьким мальчиком?

— Разумеется. Но я не позволю ему быть испорченным маленьким мальчиком.

— Вон оно что! И в его поведении, конечно, виновата я одна? — рассердилась Сильвия.

— Я этого не говорил.

— Ты этого не говорил, но раз я нахожусь дома в два раза дольше тебя, ты мне прозрачно указал, кто отвечает за детей. Пэт, мальчикам нужны папы.

— Ага, теперь виноват я. Ловко ты все повернула.

Дальше они ехали молча.

В шестилетнем возрасте Макс пошел в первый класс частной школы. Поначалу все было нормально, но однажды, когда ученики парами сидели на полу и работали над заданием, Макс вдруг схватил баночку с краской, швырнул ее на пол, со всей силы пнул проект, который делал с одноклассником, и начал бить себя по лицу. Учительница оставила с классом ассистентку и вывела Макса в коридор, чтобы успокоить.

— Что с тобой случилось? — спросила она.

— Я сделал плохой проект, — сказал он, и по щекам потекли слезы.

— Но это же неправда! У тебя был очень хороший проект!

— Нет! Полный отстой!

— Макс, ты же знаешь, что в школе нельзя так выражаться!

— Знаю, — печально сказал Макс. — Мне не хватает дисциплины и высоких стандартов.

По заявке учителя малыш прошел несколько тестов, но, как оказалось, они проверяли только уровень интеллекта. IQ Макса был 145, но между вербальными и невербальными навыками было десять пунктов разрыва. «Видите? Он очень умен, — сказал тогда папа. — Ему надо как следует работать».

В начальных классах у ребенка были хорошие оценки, однако беспокоили замечания в отчетах. «Несмотря на все усилия, у меня не получается убедить Макса быть внимательным». «Макс, сам того не желая, постоянно отвлекает класс». «Макс отстает по социальной адаптации». «Макс, несомненно, умный ребенок, но прирожденный фантазер».

Сам мальчик не понимал, что происходит. Он пытался делать так, как ему говорили, например сидеть смирно. Но несмотря на искренние старания, у него ничего не выходило. Поэтому продолжал попадать в неприятности. Он терпеть не мог домашнюю кличку — этого «Безумного Макса», но каждый раз, когда на нее жаловался, сестры начинали его дразнить еще больше. Они дразнили — он начинал драку. Он не знал, как быть.

— Я не знаю, что с тобой делать, — сказал отец.

— Давай ты вернешь меня продавцу, как тот «фиат»? Может, на детей тоже распространяется гарантия?

(О праве возврата автомобиля родители много говорили.)

— Макс, Макс, — попытался обнять его отец. — Мы тебя ни на кого не променяем. Мы тебя любим.

— Так почему же, — сказал он, отстраняясь, — почему ты сказал маме, что все проблемы в нашей семье из-за меня?

— Я такого не говорил, Макс.

— Нет, папа. Говорил, — сказал Макс мягко.

— В таком случае ты меня не так понял. Нам просто нужно придумать какой-то план. Помнишь, мы смотрели американский футбол и я тебе говорил о плане игры? Какой план придумать, чтобы ты не попадал в неприятности? [71]

— Пап, ты тогда сказал, что разработать хороший план — дело тренера, а если он на это не способен, то его надо уволить. У нас в семье тренеры вы с мамой, разве нет?

— Да, сынок. Мы. Но нас уволить нельзя. И нам нужна твоя помощь.

— Я буду больше стараться...

Максу было всего девять лет. Той ночью он написал на листке бумаги: «Лучше бы я умер». Потом скомкал бумажку и бросил в мусорное ведро.

Однако его жизнь не была безрадостной. Как выразилась его учительница во втором классе, «из него ключом била энергия». И, как сказала та же учительница, он был очаровательный, как бутон. Ребенок был умен и обожал быть в центре событий. Он мог превратить телефонную будку в игровую площадку, а телефонную книгу — в роман. Отец говорил, что таких креативных, как Макс, еще не встречал. Ему просто хотелось помочь сыну научиться сдерживаться.

Чего Макс не умел делать, так это как следует себя вести, соблюдать правила, сидеть спокойно, поднимать руку. Он сам не знал, почему не может, а поскольку объяснений не было, начал верить в худшее: что он никудышный, несобранный, психованный, функционально отсталый и т. п. Когда он спросил маму, что такое функциональная отсталость, та сразу насторожилась и спросила, где он это услышал.

— Прочитал в книге, — соврал Макс.

— В какой книге? — уточнила мама.

— Просто в обычной книге. Какая вообще разница? Я их что, записываю?

— Нет, Макс. Я просто подумала, что тебя кто-то так назвал и ты не хочешь сказать кто, — она поняла свою ошибку, но слово не воробей. — Сынок, я не хотела тебя обидеть, — поспешила добавить мама и обняла мальчика.

— Пусти!

— Милый, это ничего не значит. Кто бы это ни сказал, он дурак.

[72]

— Папа тоже? — спросил Макс, сквозь слезы глядя маме в глаза.

К шестому классу оценки мальчика стали варьироваться от лучших в классе до едва проходных.

— Как же так? — недоумевал один учитель. — То ты один из лучших учеников, которых я только видел, то через неделю ведешь себя так, как будто тебя вообще нет на уроке?

— Понятия не имею, — мрачно ответил Макс. К тому времени он привык к подобным вопросам. — Наверное, у меня мозги так чудно устроены.

— С мозгами у тебя все в полном порядке.

— Мозг — это мозг, — философски произнес мальчик. — А вот хорошего человека найти сложно.

Учитель растерялся от умного не по годам замечания и замолчал, а Макс смиренно продолжил:

— Вы не пытайтесь во мне разобраться. Мне просто нужна дисциплина. Я буду больше стараться.

Позднее, на родительском собрании, один из учителей рассказывал: «Когда Макс сидит за партой, это похоже на какой-то балет. Поднимается нога, потом рука обвивается вокруг нее, потом появляется ступня, а голова пропадает из виду. После этого часто следует падение. Потом нередко ругань. Знаете, ему так сложно с самим собой, что даже неудобно делать ему замечания».

Родители слушали и виновато вздыхали. Хотя Макс к тому моменту уже был о себе невысокого мнения, смелость и гордость не позволяли никому в этом признаться. Иногда он разговаривал сам с собой. Даже бил себя. «Ты плохой, плохой, плохой, — твердил он. — Почему ты не изменишься?» Потом составлял списки решений. «Учиться усерднее. Сидеть спокойно. Делать домашнюю работу вовремя. Не огорчать маму с папой. Держать руки при себе».

Воспитанный в католической семье, он иногда разговаривал с богом. «Зачем ты сделал меня таким непохожим на других?» — спрашивал он.

А в другие моменты, самые отрадные, невозмутимо блуждал в своих мыслях, переходя от одного образа или идеи к другим.

Время проплывало мимо, а он этого даже не замечал. Часто такое состояние возникало, когда Макс читал. Он начинал с первой страницы, а к середине третьей его уже уносила фантазия о воздушных замках и блестящей победе в чемпионате по американскому футболу. Мальчик мог мечтать так полчаса, сидеть и смотреть на третью страницу. Это было одно из величайших удовольствий, но делать домашнюю работу в срок мешало.

[73]

У Макса были друзья, но он нервировал их своими чертами характера, которые они воспринимали как эгоизм. Став взрослее, он понял, что ему сложно следить за разговором в группе, и ловил себя на том, что безучастно смотрит в пространство. «Эй, что с тобой, Маккарти?» — говорили друзья.

Только прирожденная жизнерадостность помогала ему общаться, а благодаря уму он не получал совсем низких оценок в школе. Макс избежал социальной и образовательной катастрофы.

К девятому классу семья привыкла к своему Безумному Максиму. Он перестал огрызаться, стал спокойно относиться к подтруниванию и даже смеялся над собой, специально спотыкаясь или постукивая пальцем по голове со словами: «Псих». Ему сделали комнату в подвале: «Пусть беспорядок будет в одном месте, подалее от глаз моих. Раз ты не в состоянии держать свою комнату в чистоте, по крайней мере мы уберем тебя в самое незаметное место». Макс был совершенно не против.

Время, когда отец рисовал ему кружочки на лбу, было далеко в прошлом. Теперь Патрик только надеялся и молился, что сын сумеет выжить в жестоком мире, найдет для себя какую-то область, где его творческая жилка и доброта будут вознаграждены, а колоссальная безответственность и нерадивость не приведут к увольнению. В глазах же мамы Макс оставался обожаемым, гениальным растяпой. Иногда она чувствовала себя виноватой, что не сумела исправить его, но, воспитывая троих детей и оставив ради этого карьеру, женщина пыталась научиться не нервничать. Она даже чувствовала облегчение, что проблемы с Максом не разрушили семью.

Период относительного затишья и примирения закончился, когда Макс столкнулся с бурным миром высшего образования.

[74]

Его внутреннее беспокойство можно было усмирить только вовлеченностью в какую-то внешнюю, заряженную энергией активность.

Выход нашелся в спорте. Макс стал фанатичным бегуном на длинные дистанции. Он говорил, что последние километры долгого забега дают ему «приятную боль», психическое облегчение, «абсолютную ясность мыслей». Еще он оказался превосходным рестлером*. Макс был особенно хорош в движении, когда в начале матча врвался и делал захват. Здесь он мог безумствовать на законных основаниях, высвобождать всю накопленную энергию, разбивать вдребезги оковы хорошего поведения. Рестлинг дарил Максусвободу. Еще он обожал сбрасывать вес, чтобы попасть в категорию. «Конечно, это не самая приятная процедура, — говорил он. — Но я все равно ее люблю. Это сосредоточивает меня на чем-то одном, на главной цели».

Но приспособиться к жизни парень старался не только с помощью спорта. Он начал заигрывать с опасностью и экспериментировать с наркотиками, особенно кокаином, который, как он заметил, помогал успокоиться и сосредоточиться. Он всегда находился в движении. У него было столько романов, что он едва справлялся. Из-за всего этого на учебу оставалось мало времени, и он начал приходить на экзамены совершенно неподготовленным и пытаться как-то это скрыть. К сожалению, вскоре он обнаружил, что в вузе этот номер проходит далеко не всегда.

Где-то в глубине души Макс понимал, что сам притягивает неприятности. Однажды, выходя из дома, буднично сказал маме: «Знаешь, я как ходячая бомба с часовым механизмом».

Женщина решила, что он шутит, и рассмеялась: «Хотя бы не холостой патрон». Семья давно научилась обращать самоуничтожительные реплики Макса в шутку. Это была не черствость: они просто не знали, что еще можно сделать.

То, что произошло дальше, могло принять разные формы. Или вообще не произойти. В мире есть много взрослых максов,

* Рестлер — участник рестлинга (рестлинга, англ. wrestling), театрализованной постановочной борьбы с заранее определенным победителем. *Прим. ред.*

которым удалось избежать ловушки: они живут бурной жизнью, в круговороте сильных эмоций, а часто и больших достижений, с неизменным ощущением, что ходят по лезвию.

[75]

Макс, к счастью, не оступился. Он мог оставить учебу, подсесть на наркотики или алкоголь, совершить какой-нибудь опасный поступок. Но проблемой стал рестлинг. Пытаясь вогнать себя в правильный вес, он нарушил все меры предосторожности. Его нашли в той самой подвальной комнате, впадшим в кому из-за сильного обезвоживания. Во время госпитализации семейный врач оказался достаточно внимательным, чтобы увидеть в этом случае признак серьезных психологических проблем.

Тестирование показало, что, кроме высокого IQ, у Макса много проблем, в том числе серьезные признаки синдрома дефицита внимания. Кроме того, проективные тесты выявили крайне низкую самооценку, повторяющиеся депрессивные темы и образы. Внутренняя жизнь молодого человека оказалась резкой противоположностью его жизнерадостному облику: как выразился психолог, «полной хаоса и порывов в подогретом отчаянием тумане депрессии».

В кабинете психолога мать Макса расплакалась.

— Ты ни в чем не виновата, — мягко произнес молодой человек.

Отец покашлял, как бы защищаясь.

— И ты тоже не виноват, пап.

— Вообще никто не виноват, — прервала их психолог и начала объяснять Макс и его родителям, с чем они жили долгие годы.

— Но раз все дело в дефиците внимания, — спросила мама, — почему мы не поняли этого раньше? Я чувствую себя такой виноватой.

— Этот диагноз часто упускают, особенно у умных детей.

Для Макса все вставало на свои места и обретало смысл. То, что он и так о себе знал — давно, смутно, интуитивно, — наконец-то получило имя.

— Даже само название сильно помогает, — признался юноша.

— Да уж, это лучше, чем называть тебя Безумным Максом, — сказал папа. — По-моему, нам всем надо подумать над своим поведением.

— Главное, что теперь можно принять меры и скорректировать ситуацию, — резюмировала психолог. — Это будет нелегко, но жизнь станет намного лучше.

[76]

В истории с Максом я хотел бы выделить несколько аспектов. Прежде всего, он родился и вырос в относительно стабильной семье. Важно развеять любые представления, что в СДВ кто-то виноват. Недостаточное внимание со стороны родителей может усугубить ситуацию, но не вызвать ее. Причины этого заболевания точно не известны. Как уже говорилось выше, веские доказательства говорят в пользу генетики; плохое воспитание, несомненно, ни при чем.

Своевременной постановке диагноза помешал высокий интеллект Макса. Когда ребенок явно умен и получает хорошие оценки, возможность СДВ часто даже не рассматривается. Это ошибка. СДВ болеют многие очень умные и одаренные дети. Если не поставить в таких случаях диагноз, их таланты и творческие способности могут уйти на интересные проказы, а в школе они не будут демонстрировать максимум.

Следствием этого пункта можно назвать то, что диагноз СДВ не стоит воспринимать как смертный приговор. После всех тестирований и бесед с психиатром многие родители выходят из кабинета с мыслью, что впервые услышанная аббревиатура СДВ — это такой деликатный способ назвать их ребенка глупым. Частым, хотя и скрытым элементом эмоциональных последствий СДВ оказывается чувство собственной ущербности и отсталости. Родителям и учителям крайне важно убедить ребенка в обратном. Конечно, такой диагноз никого не обрадует, но и отчаиваться тоже не нужно. Если детям с СДВ помогать, они смогут опереться на свои эмоциональные и интеллектуальные ресурсы.

История Макса также напоминает о важнейшем различии между первичными и вторичными симптомами СДВ. Первичные симптомы касаются самого синдрома: отвлекаемость, импульсивность, беспокойность и т. д. Вторичные симптомы хуже всего поддаются лечению и развиваются вслед за нераспознанными

первичными симптомами. Это низкая самооценка, депрессия, скука и отчаяние в школе, боязнь учиться новому, испорченные отношения со сверстниками, иногда употребление алкоголя и наркотиков, воровство, даже агрессивное поведение из-за накапливающихся негативных эмоций. Чем позже будет поставлен диагноз, тем сильнее могут проявиться вторичные проблемы. В мире очень много взрослых с нераспознанным СДВ, которые видят самих себя в излишне негативном свете. У них может быть гиперкинетический тип личности, они бывают нетерпеливы, беспокойны, импульсивны, часто обладают развитой интуицией и творческими способностями, но не расположены к последовательной работе и часто не умеют достаточно долго прилагать усилия, чтобы создать стабильные близкие отношения. Обычно проблемы с самооценкой начинаются еще в детстве, поэтому чем раньше поставлен диагноз, тем легче справляться с этими вторичными проблемами.

[77]

История Макса хорошо иллюстрирует развитие синдрома дефицита внимания. Заболевание эволюционирует вместе с личностью и когнитивными способностями ребенка. Это не застойное, а динамичное явление, и его влияние со временем меняется. Если СДВ остается недиагностированным, задачи каждого этапа развития личности могут оказаться излишне сложными; при правильном диагнозе синдром тоже будет создавать проблемы, но их, по крайней мере, можно определить.

Хотя мы склонны сосредотачиваться на когнитивных аспектах СДВ, важно обращать внимание и на то, как заболевание влияет на межличностные отношения. Друзья считали Макса эгоцентричным и даже наркоманом, потому что это объясняло его «отключения» и недоступность. Многие взрослые тоже неправильно интерпретируют эмоциональный стиль ребенка с СДВ. Такие больные часто не улавливают тонких социальных нюансов и намеков, критически важных для выстраивания отношений с окружающими. Они могут казаться умудренными опытом, равнодушными, сосредоточенными на себе и даже недружелюбными, хотя на самом деле просто смущены или не осознают, что происходит вокруг. По мере того как смущение

[78]

нарастает, они могут рассердиться или отступить, и обе реакции вредят межличностным связям. Имейте в виду, что ребенку может быть одинаково сложно сосредоточиться на задании по математике и на рассказе о том, чем их друг занимался летом. В долгосрочной перспективе для способности нормально жить в этом мире осложнения такого рода могут оказаться не менее разрушительными, чем когнитивные проблемы.

Семейные проблемы, упомянутые в истории Макса, действительно могут усугубиться и способствовать болезненному течению СДВ. Такие дети часто становятся источником разногласий между супругами. Родители начинают сердиться и отчаиваются настолько, что их эмоции выплескиваются не только на ребенка, но и на партнера. То же самое может произойти в школе. Два-три ученика сundiagnosticированным СДВ способны превратить замечательный класс в зону боевых действий, а квалифицированного учителя — в эмоционально выгоревшего неврастеника. Вред, наносимый синдромом дефицита внимания, почти никогда не ограничивается одним человеком: его жертвой становятся целые классы и семьи.

Когда Тереза — медсестра отделения педиатрии больницы в Провиденс — познакомилась с близнецами Дэвидом и Дэнни, они с мужем были бездетной парой. «Впервые я увидела Дэвида и Дэнни, когда им было три года, — вспоминает Тереза. — Они поступили в наше отделение по социальным показаниям. У них действительно присутствовали серьезные проблемы со здоровьем, но главная проблема — семья.

В кабинете неотложной помощи стало совершенно очевидно, что мать психически неспособна о них заботиться. Они пробыли в больнице три с половиной месяца. Я видела их каждый день — они постоянно бегали по отделению. Они просто жаждали внимания и обожали всех, кто им это внимание давал. Я каждый день отмечала, что они были как будто сразу везде: бегали кругами, чем-то кидались, залезали на меня. Так мы познакомились».

У приемных детей заболеваемость СДВ выше. Была выдвинута гипотеза, что это связано с повышенной распространенностью факторов риска, связанных с СДВ (например, наркомании

и психических заболеваний) у родителей, отдающих детей на усыновление или лишенных родительских прав. Так или иначе, штат отдал Дэнни и Дэвида на воспитание Терезе и Мэтту. После нескольких бесед в Управлении социального обеспечения (УСО) семейной паре разрешили усыновить близнецов. Правда, их ждало много проблем. Дэнни и Дэвид были буйными, неконтролируемыми ребятами. Они находились в постоянном движении, бессистемно питались, не могли нормально разговаривать. С момента знакомства Терезе стало понятно, что с ними что-то не так, но неясно, что именно. Несомненно, отчасти проблема заключалась в том, что в первые три года жизни у них не было стабильного, надежного дома и хорошего питания, и можно только догадываться, какой вред это нанесло их нервной системе.

[79]

Но даже когда дети поселились в доме Терезы и Мэтта, серьезные осложнения не исчезли. Тереза рассказывает: «Были проблемы с поведением. В детском саду их постоянно хотели отчислить, потому что не справлялись с их активностью и импульсивностью: они не могли лечь и уснуть в тихий час, как остальные дети, брали вещи без спроса. Если им чего-то хотелось, они просто хватали, и все. Когда что-то приходило в голову, они без раздумий это делали. На улице они могли спокойно вскарабкаться на двухметровый столб и спрыгнуть оттуда — и это в четыре года! Они совершенно себя не контролировали. Поэтому, когда мы показали братьев психиатру, тот рекомендовал отдать их в спецшколу, где умеют справляться с “эмоциональными проблемами”».

Следующие пару лет мальчики ходили в специальный детский сад. Его сотрудники пришли к выводу, что причиной плохого поведения были неосознанные подавленные эмоции, связанные с усыновлением и тем, что биологическая мать их бросила. Тереза была не согласна с такой оценкой, но послушно следовала плану лечения, потому что этого требовало Управление социального обеспечения. На тот момент она еще не оформила опеку над детьми и была обязана слушаться под угрозой неполучения опекуинства.

Лечение ничего не дало. «И у Дэнни, и у Дэвида в группе было несколько воспитателей, но пришлось нанимать также репетитора: выяснилось, что их там вообще ничему не учат. Детям

было уже семь лет, почти восемь, а они не знали цифр и ничего не умели. Мне казалось, что в школе им что-то преподают, но у них толком не было ни чтения, ни письма, ни математики. Занятия длились от силы пятнадцать минут в день, а оставшееся время занимала терапия: дети сидели в группе и обсуждали свои проблемы. А если они отказывались об этом говорить, их наказывали. Не говоришь — наказывают. Наказание означает, что ты садишься кому-нибудь на колени. Тебя как бы исключают из группы. Если ты не хочешь сидеть на коленях и сопротивляешься, двое прижимают тебя к полу и держат до тех пор, пока ты не «начнешь себя контролировать».

В общем, ни Дэнни, ни Дэвид сдерживать себя не научились, зато стали чаще драться. Дома они рассказывали, что некоторые дети сегодня с разбитыми носами, потому что во время наказания их били лицом об пол. Дэнни и Дэвида тоже часто держали на полу. К концу года близнецы показывали мне, много лет проработавшей в педиатрии, как удерживать ребенка, не владеющего собой, и у них получалось лучше меня. Никаких сомнений, что к ним часто применяли такое физическое воздействие, потому что они прекрасно знали, как зафиксировать человека, чтобы тот не мог двигаться».

Я уточнил, были ли такие ограничения связаны с тем, что дети не обсуждают свои проблемы.

«Да. Если они отмалчивались и не участвовали в работе группы. Или когда Дэнни и Дэвид не могли сидеть спокойно на групповой терапии, смотрели в окно, вставали или бегали. Дэнни всегда был активнее и больше нарушал порядок, но не в том смысле, что спорил, а манерой поведения. Он несколько лет просто «ходил на ушах».

В общем, школа проблему больше никак не решала. Воспитатели постоянно напоминали Дэнни и Дэвиду об их биологической матери, интересовались, почему те не хотят ее обсуждать. Воспитатели повторяли, что говорить о том, как она их бросила, нормально. Им постоянно напоминали, что она их бросила. Мы с Мэттом всегда говорили Дэнни и Дэвиду правду: их биологическая мать психически не была способна ими заниматься.

Но выражались мы, конечно, не так. Мы объясняли, что их мама не могла о них заботиться из-за своих проблем. Она любила их, хотела их, сражалась за них, но просто не могла воспитывать детей. А в школе нам постоянно противоречили и рассказывали другую историю про мать, которая бросила собственных детей. Я воевала со школой и объясняла, что нельзя говорить детям плохие, неправдивые вещи о матери и неправильно убеждать, будто биологическая мать их оставила. Она их не оставляла — их у нее отобрали. Но школа настаивала, что мать бросила Дэвида и Дэнни, и дети должны говорить об этом. Если они не будут этого делать, к ним, так сказать, примут меры».

[81]

Затем воспитатели пришли к выводу, что мальчики нуждаются в более интенсивной терапии. «Их рекомендации, основанные на психологических тестах, сводились к тому, что Дэнни должен обучаться по программе Point Four* местной системы образования. Строже просто ничего нет. А для Дэвида они советовали программу Point Five — это этап перед началом постоянного наблюдения, шаг к помещению ребенка в психиатрический стационар. При этом диагноз им так и не поставили, если не считать эмоциональных нарушений. По сути, мне было сказано, что Дэнни и Дэвид ничего в жизни не добьются. У ребят определили низкий IQ, а учитывая их прошлое, говорили, что они никогда никем не станут».

Родители не поверили. После долгих споров с УСО они получили разрешение забрать близнецов из специальной школы и перевести в обычную. Оказалось, что в этой школе работал прекрасный специалист по педагогике, который предложил, что мальчиков, может быть, стоит проверить на СДВ. Это показывает, как важно второе мнение. Несколько лет в специальной школе, укомплектованной профессионалами высшей категории, упорно работающими над единственным диагнозом: поведенческие проблемы вследствие эмоционального конфликта. Этот

* Point Four («Четвертый пункт») — программа помощи США развивающимся странам в области образования, здравоохранения, а также путем передачи технологий. Свое название получила потому, что была озвучена четвертым пунктом в тексте речи президента Г. Трумэна.

диагноз был вполне точен, но, как часто бывает, тем, кто его поставил, невероятно сложно пересмотреть свое решение. В нашем случае понадобилось второе, непредвзятое и свежее мнение человека извне.

Когда Тереза и Мэтт услышали мнение педагога, то сами обнаружили у Дэнни и Дэвида тяжелую форму СДВ. Лечение, которое им назначили в спецшколе, было нацелено не на устранение синдрома, а скорее на раскрытие подсознательного конфликта, который потенциально мог причинить детям большой вред.

Тереза завершила свою историю: «Мы привели их к вам на прием в сентябре или октябре. Я поняла, что больше не могу контролировать их поведение дома — это просто опасно, и уже было много неприятных случаев. Однажды ко мне пришла знакомая, и, пока мы разговаривали, Дэнни полтора часа “ходил на ушах” по комнате, где мы сидели. Я давно к этому привыкла и не обращала внимания, но знакомая, которая тоже работала медсестрой, сказала: “Тереза, знаешь, не хочу сказать ничего дурного про Дэнни, но тебе не кажется странным, что он уже полтора часа не унимается?” Я ответила: “Да, но он просто очень активный”.

Но это и правда вышло за рамки нормального. Им было опасно находиться друг с другом, могло случиться что-то нехорошее. Поэтому я решила, что пришло время сменить подход, и дала Дэнни и Дэвиду год отдыха, чтобы посмотреть, как изменится ситуация...

Лекарства всего за две-четыре недели дали феноменальный эффект. Учителя поразились, что те самые хулиганы спокойно сидят на своих местах. Дэвид, который не мог усидеть за партой и пяти минут, не перевернув ее, больше так не делает. Все прекратилось.

Их перевели на основной поток и открыли доступ в ресурсную комнату* на случай, если что-то произойдет.

У них, конечно, не все хорошо — у любого ребенка бывают проблемы в школе. Поведение не всегда соответствующее, оно

* Ресурсная комната — помещение, где школьники могут играть в разнообразные коррекционные и развивающие игры, общаться со сверстниками, смотреть и обсуждать видеофильмы, просто отдыхать от уроков. *Прим. ред.*

все еще несообразно возрасту и, по моей оценке, никогда таким не станет. Всегда будет отставание — физическое, психическое, потому что в первые три года жизни они потеряли слишком много времени. Но мы с этим справляемся.

[83]

Сейчас они в четвертом классе. Всего за два года близнецы освоили программу за четыре класса, а ведь когда-то им говорили, что они никогда не покинут Point Four и ничего не добьются. А теперь проходят четыре года за два! В последних учительских отчетах нет ничего неудовлетворительного. У Дэвида были некоторые проблемы в этом семестре, он иногда дрался и так далее, но обоих ребят учителя считают очень умными, и большинство сверстников их любят. Эта школа с высокими требованиями: учителя сами говорят, что у них трудно учиться, к тому же Дэнни и Дэвид оказались единственными новичками. Остальные дети учились вместе четыре, а то и шесть лет.

Примерно полтора года назад ребята начали заниматься игрой на фортепиано. Их учительница считает, что Дэнни играет на уровне старшекласника, и оба примерно на шесть лет опережают ее ожидания. Они играют и слушают Баха, Бетховена, Моцарта, Чайковского, других великих композиторов. Представляете? Близнецы — невероятно талантливые пианисты. А еще они уже почти четыре года ходят на карате. В прошлом году оба получили призы в спарринге. У них очень хорошо получается. Карате учит концентрации, дисциплине — всему, что нужно для хорошей учебы.

Дети вообще потрясающе спортивные. Они легко могут начать заниматься любым спортом, какой им нравится, и добиться успехов. Я записала их на балет, и они уже выступали. Они — единственные такие мальчики во всей школе. Не мы с Мэттом заставляем их все это делать. У нас было много разговоров на тему “Послушай, это уже слишком...”. Получается, что, кроме балета и музыки, они три-четыре часа в день занимаются гимнастикой и карате. Их считают прирожденными гимнастами. А еще они играли в футбол, но в прошлом году я их сама забрала из секции. Тренер тогда очень огорчился, потому что они были звездами команды. Мы устроили семейный совет и решили:

[84]

“Ребята, это перебор. У вас много домашней работы, вам надо тренироваться, нельзя каждый день заниматься всем сразу”. Они расплакались: им не хотелось ничего лишаться. Но ведь иначе мы просто обанкротимся! Они ни в чем не уступают, хотят попробовать все. Сначала Дэнни думал, что балет — для девочек, а теперь его обожает и ждет своего выступления. Мальчики — звезды нового представления, у них к этому, похоже, тоже способности. А занятия карате помогают им в балете, потому что развивают гибкость.

Было много поводов для переживаний... Я волновалась, что мы давим на них, слишком много требуем, а еще — что они делают все это ради меня. Но ведь они не думают ничего бросать! Я бы сама хотела, чтобы они от чего-нибудь отказались! *(Смеется.)*

На это тратится много денег: сами занятия ежемесячно обходятся в несколько тысяч долларов, плюс расходы на соревнования, костюмы, разные мелочи.

Но оно того стоит. С их диагнозом лишнюю энергию надо куда-то девать, и нужно как следует подготовить их к подростковому периоду. Мы изо всех сил пытаемся удержать их от дурной компании. Я особенно волнуюсь за Дэнни, потому что он очень импульсивный, вы просто себе не представляете.

Если бы мы сразу отправили детей в правильное место, наверное, они были бы просто вундеркиндами. А вместо этого нас заставили поверить, что мы усыновили близнецов с тяжелыми отклонениями. Мы уже думали — во что впутались? Нам придется ухаживать за детьми, пока им не исполнится тридцать пять. Мы тогда так и говорили, а теперь уверены, что перед ними открыт весь мир. Они могут делать все, что только захотят.

Позвольте добавить. Я хочу рассказать о проблеме родителя, который проходит через все это и обнаруживает, что ребенку поставили неправильный диагноз и его можно было вылечить много лет назад.

Возникает невероятное чувство вины, особенно учитывая, что я профессионал, каждый день работаю с детьми, и тем не менее это допустила. Такое чувство... будто три, четыре, сколько

угодно лет назад я подвела близнецов, не обеспечила им должного ухода. Они добились бы гораздо большего, чем сейчас, хотя я не знаю, как далеко может теперь зайти эта пара!

[85]

Просто ужасно стыдно. Это все, что я могу сказать. Мэтт тоже это ощущает, но я сильнее».

Я спросил Терезу, как эта ситуация повлияла на их брак.

«Как обычно, если в семье есть дети с СДВ, особенно в сочетании с гиперактивностью, как у Дэнни с Дэвидом. В моем случае добавились проблемы со спецшколой и война с УСО. Это не просто отрицательно сказывается на семье, но и рушит много браков, порождает проблемы, которые никогда не получится решить. Синдром затрагивает многих людей. Появляются ссоры, непонимание между мужем и женой, разговоры о том, что произошло и чего не произошло, что должно было случиться, а что нет. Наш брак уже никогда не будет прежним. Если бы не Дэнни и Дэвид, если бы мы не обязались не бросать их, мы с Мэттом не были бы вместе».

История Дэнни и Дэвида очень поучительна, но один из самых важных ее уроков заключается в том, что она показывает огромное значение, которое в психиатрии имеет правильный диагноз. Какие трудности пришлось бы пережить мальчикам, если бы так и не начали лечить их настоящее заболевание!

Тереза и Мэтт — сильные, преданные родители. Они пережили кошмар и теперь нашли способ стабилизировать свою жизнь. Беседа с Терезой показывает, что с постановкой диагноза СДВ и началом лечения проблемы не заканчиваются. Управление СДВ — дело всей жизни.

Если бы понадобилось подобрать детей для плаката об СДВ, Дэнни и Дэвид оказались бы хорошими кандидатами. Учитывая, что им пришлось вынести, даже не верится, что они так хорошо справились. Я вижу с ними примерно раз в месяц. Они врываются ко мне в кабинет, обычно в цветной форме для карате, и тут же начинают играть — сначала, конечно, спросив разрешения. Они ведут себя точно так, как описывала Тереза, и просто удивительно слушать, как коротко стриженные, «крутые» ребята в кимоно рассказывают о Моцарте и Бахе.

[86] У Дэнни и Дэвида была сравнительно тяжелая форма СДВ, однако есть много умеренных случаев, которые остаются не выявленными вплоть до подросткового возраста. Следующий рассказ о мальчишке, выросшем в очень крепкой, любящей семье. В раннем детстве Уилл имел все, чего не хватало Дэнни и Дэвиду, в том числе прекрасных, внимательных учителей в двух хороших школах. И тем не менее диагноз СДВ вплоть до окончания школы так и не был поставлен. Ниже — выдержки из комментариев его учителей, начиная с детского сада и до двенадцатого класса.

Обратите внимание, что педагоги не смогли распознать СДВ, потому что не знали о его существовании. Симптомы проходят по этим отчетам красной нитью: вы увидите признаки отвлекаемости и импульсивности, неукротимой энергии и креативности, энтузиазма и непоследовательности. Отметьте безрассудное поведение, перепады успеваемости, упущенные возможности. Обратите внимание, как часто учителя жаловались, что Уилл неорганизованный и невнимательный. Оцените, как сильно в школе любили мальчику и ценили его богатое воображение, и отчаялись со временем от того, что ему было сложно не сбиваться с курса.

Детский сад, младшая группа, 1975 год: Уилл — активный, дружелюбный мальчик с богатым воображением. Ему очень нравятся люди и садик. Большую часть времени он играет со своим лучшим другом — обычно в супергероев. Для этого нужны воображение и много сил.

Детский сад, старшая группа: Уилл занимает в саду лидерское положение. Его все обожают.

У него от природы богатое воображение, фантазия и склонность к театральным представлениям. Его таланты можно использовать во благо, но при этом они иногда его отвлекают.

Первый класс: способности Уилла, по-видимому, превосходят его результаты, если судить по выполняемому объему работы. Он хорошо читает, пишет интересные, обычно веселые истории, хорошо понимает прочитанное, но при этом избегает простой работы в классе и дома и тратит больше времени, чем

ождается, на вопросы в учебнике. Он сложно выражает мысли, и речь пока незрелая.

Иногда Уилл хорошо работает самостоятельно, но бывает, что отвлекается на разговоры с одноклассниками — вступает в долгие обсуждения, которые мешают и другим, и ему самому. Он не заботится об учебных материалах и внешнем виде работ. Ему нужно научиться точнее выполнять инструкции.

[87]

Третий класс: Уилл не смог в полной мере воспользоваться возможностями, которые давал практикум, потому что значительная доля его времени и сил ушла на разговоры с окружающими. Есть некоторые сложности с организацией мыслей, и ему требуется развить более последовательный подход. Если Уилл серьезнее отнесется к работе, результаты будут более удовлетворительными.

Четвертый класс: Уилл начал год с замечательной работы на основе концепции прямой линии. Он нашел оригинальное решение. Этот факт, а также предыдущий опыт работы с Уиллом убеждают меня, что у него есть художественный потенциал.

С другой стороны, остальные его работы выполнены неряшливо, и поведение в целом крайне неудовлетворительное. Он не может сосредоточиться на задании и не дает раскрыться своим талантам. Мне хотелось бы, чтобы Уилл сделал усилие и вел себя в классе спокойно.

Шестой класс: Уилл не закончил много проектов...

По-видимому, в учебной обстановке он не может перестать веселиться.

Отсутствие способностей к самоорганизации по-прежнему мешает ему хорошо учиться.

После этого Уилла перевели в другую школу, и в седьмой класс он пошел уже там.

Седьмой класс: успехи Уилла в учебе варьируются от удовлетворительных до отличных. При более последовательных усилиях он мог бы, вероятно, хорошо успевать по всем предметам. Ему обязательно надо меньше отвлекаться на уроках.

[88] Успеваемость мальчика на уроках латыни будет гораздо лучше, если он установит регулярные часы для домашней работы.. Уиллу надо решить, достаточно ему проходного балла или он намерен достичь хороших результатов.

Восьмой класс (январь): для Уилла это был хороший год. Самая главная задача сейчас — удержать темп, необходимый для сохранения хороших оценок, и не быть легкомысленным. Последние несколько недель он весьма доволен собой на уроках, и это хорошо, при условии, что расслабленное отношение не будет его отвлекать.

Девятый класс (февраль), экология: Уилл не успевает по моему предмету. Он не может все конспектировать, не пользуется возможностью исправить неудачные контрольные, не поддерживает среднюю успеваемость: на экзамене получил только 67 баллов. Лень стала намного заметнее во второй половине курса. Уилл способен на большее! Оценка: 3+.

(Апрель.) Английский: сочинение слишком короткое и не раскрывает его мысли, обратите на это его внимание. Идеи Уилла стоят того, чтобы как следует постараться! Оценка: 3+.

(Апрель.) Экология: Уилл должен серьезнее относиться к учебе и использовать свои врожденные способности. Оценка: 2.

Десятый класс (ноябрь), французский: Уиллу хорошо помогают знания о Франции и чувство юмора. Ему нужно просто собраться.. Оценка: 4.

(Ноябрь.) Биология: Уилл способен добиться любых результатов, но до этого дня редко старался в полную силу. Он сам признает, что при большем старании у него получалось бы лучше, но все равно часто первый в классе начинает вести себя плохо. Меня очень огорчает, что такие дети, как Уилл, которые могут добиться очень хорошего результата, делают работу посредственно. Оценка: 3.

(Январь.) Биология: Уилл кардинально изменил свое отношение к учебе и стал больше стараться. В середине четверти я писала, что он редко старается. Это теперь не так... Но немного больше собранности не повредит. Оценка: 4.

(Апрель.) Французский: для Уилла эта весна будет долгой. Двадцать баллов на контрольной — неудивительно для перепадов

успеваемости, которые его преследуют. Еще меня беспокоит, что ему сложно сосредоточиться на уроке. Все это компенсируется его хорошим настроением... Конечно, его врожденные способности тоже могут помочь, если он будет их применять в полной мере. Оценка: 3+.

[89]

(Апрель.) Биология: таких учеников, как Уилл, очень приятно иметь в классе, потому что он всегда полон энергии и оживляет урок интересными вопросами. Но при этом он иногда совершенно не интересуется тем, что делает, и не реализует свой потенциал. Оценка: 4.

(Апрель.) Математика: отлично! В последнее время Уилл работает превосходно. Надеюсь, за этим успехом будет следующий, и Уилл закончит год отлично! Оценка: 4+.

(Июнь.) Математика: я не знаю, почему Уилл то работает как следует, то не делает *ничего*. В последний месяц он был больше занят своей одеждой, чем математикой. Оценка: 3.

(Июнь.) Английский: мне очень нравится учить Уилла, он умен и полон энтузиазма. А своим гражданским неповиновением в одежде — как Клингер в сериале М*А*S*Н* — он показал, что умеет применять абстрактные знания о морали на практике. Я польщена.

Одиннадцатый класс (январь), английский: Уилл написал экзамен лучше всех в классе, а последнее сочинение было просто выдающимся. Может быть, с возрастом он станет более последовательным. У него явно высокий интеллект. Оценка: экзамен 5–, семестр 4–.

(Январь.) Естествознание: у Уилла меняется отношение к учебе, и результаты сильно варьируются. Бывает, он буквально едва сдерживается, а потом происходит всплеск энергии и в итоге он хорошо работает. Такие колебания вредят Уиллу. Оценка: 4.

* М*А*S*Н («МЭШ», или «Чертова служба в госпитале МЭШ», 1972–1983) — американский телесериал, созданный по мотивам романа Р. Хукера «МЭШ: Роман о трех армейских докторрах» о жизни военного передвижного госпиталя во время корейской войны. Один из главных героев, капрал Макс Клингер — солдат, всеми средствами пытающийся освободиться от службы. Чтобы его признали сумасшедшим и комиссовали, притворяется женщиной: собирает гардероб женской одежды, которую носит вместо армейской униформы. *Прим. ред.*

[90]

(Июнь.) Английский: на меня произвела большое впечатление ясность его рассуждений на тему того, что действия человека не умаляют его фундаментальных положительных качеств. Оценка: 4–.

Двенадцатый класс (январь), физика: успеваемость Уилла продолжает оставаться крайне непредсказуемой, но ему удалось чуть-чуть подтянуть ее благодаря дополнительному экзамену по динамике движения. Уиллу приходится постоянно бороться с хроническим отставанием из-за пропущенных уроков, бессистемной организацией и невнимательностью, а также работать над тем, чтобы концентрироваться на текущей теме. К сожалению, позже у него будет гораздо меньше шансов исправиться... Оценка: 3–.

(Январь.) Философия: Уилл — красноречивый и страстный участник наших дискуссий. Его эссе об интернировании американцев японского происхождения было очень содержательным, хотя он сдал его с большим запозданием. Оценка: 3.

(Апрель.) Физика: могу только похвалить Уилла. Он стал пунктуальным и внимательным и ведет себя ответственно.

(Апрель.) Французский: Уилл вообще не старается. Может быть, он что-то и делает, но я этого не вижу...

(Апрель.) Этика: Уилл с удовольствием участвует в обсуждениях... но хотелось бы увидеть больше последовательности...

(Апрель.) Керамика: когда Уилл хочет, он способен сделать хорошую работу, но часто отвлекается на друзей.

Тренер по сквошу: у Уилла был хороший сезон. Несмотря на травмы и необходимость почти каждый день играть за нашего лучшего игрока, он сохранял очень позитивное отношение. Как и в футболе, нехватку талантов Уилл более чем компенсирует силой духа.

К сожалению, история Уилла очень типична. Ситуация с маленьким ребенком, который хорошо начинает, но затем постепенно отстает, а замечания учителей все больше превращаются в морализаторство, всегда должна указывать на возможность СДВ.

Я рассказал историю Уилла в виде учительских замечаний, потому что в них она очень хорошо проявляется. Перед нами предстает милый творческий мальчик, который уже в детском саду легко отвлекался сам и отвлекал других. В этих отрывках видно отчаяние учителей, понимавших, что Уилл способен на большее, если постарается. Мы видим парня, которого «очень приятно иметь в классе», но он может вывести учителя из себя, потому что «иногда совершенно не интересуется тем, что делает». Они показывают нам увлеченного, красноречивого Уилла, бунтарство которого проявляется даже в одежде, и Уилла, которому, похоже, вообще все равно. Они показывают нам Уилла непоследовательного. Как выразился один из учителей, «меня очень огорчает, что такие дети, как Уилл, которые могут добиться очень хорошего результата, делают работу посредственно». Как только один учитель говорит: «К сожалению, позже у него будет гораздо меньше шансов исправиться», — Уилл берется за ум и заставляет того же учителя через несколько месяцев написать: «Могу только похвалить Уилла». Но как только учитель хвалит его, Уилл перестает стараться.

[91]

Синдром дефицита внимания очень заметен: непоследовательность, креативность, провокационное поведение, победный настрой, неустойчивая мотивация, досадная забывчивость, неорганизованность и безразличие, недостаточные усилия, импульсивность и поиск вдохновения вместо дисциплины.

Я привожу в этой книге историю Уилла не для того, чтобы отчитывать школу, учителей, педиатров, родителей или кого-то еще за то, что пропустили диагноз. Эта мысль никому не пришла бы в голову, потому что никто не знал, что именно искать. Когда Уилл учился в школе, лишь немногие слышали об СДВ, и нельзя кого-то винить в том, что диагноз не поставлен. Учителей и родителей надо похвалить за неустанные терпеливые попытки помочь Уиллу реализовать свой потенциал. Эти люди нанесли ему реальный, но неумышленный вред.

Не зная об СДВ, человек, читающий эти отчеты, увидит непоследовательного мальчика, которому просто надо взяться за ум. Но когда знаешь, что такое синдром дефицита внимания

и каковы его симптомы, замечания учителей удивительным образом становятся описаниями различных его проявлений.

[92] Ситуация похожа на одну фотографическую иллюзию: когда смотришь на картинку впервые, не видишь на ней ничего, кроме черно-белого пятнистого хаоса. Потом вам говорят, что на самом деле это фотография коровьей морды, и на вас как будто смотрит корова. Больше не получится смотреть на фотографию, не замечая животного.

Насколько счастливее и продуктивнее были бы школьные годы Уилла, если бы у него вовремя выявили СДВ! Не было бы осуждения, которое просочилось во многие отчеты, непоследовательность в учебе можно было бы объяснить не только ленью, эгоизмом и безответственностью. От периодических плохих результатов можно было бы найти более действенное средство, чем уговоры и порицание. В общем, школа дала бы Уиллу гораздо больше.

Еще одна причина, по которой я включил в эту книгу историю Уилла, заключается в том, что ребенок с СДВ совсем не обязательно должен быть на пороге отчисления, страдать от конкретного нарушения обучаемости, гиперактивности или иметь серьезные проблемы с дисциплиной. Он может быть такой, как Уилл: привлекательный, всеми любимый школьник с периодами высоких и низких достижений, который переходит из класса в класс и не дает повода понять, что есть какие-то серьезные проблемы.

К моменту постановки диагноза СДВ Уилл был близок к отчислению из колледжа. Он уже говорил о себе: «я лентяй», «я прирожденный болтун», «я никогда не добиваюсь успехов» и «я талантливый, но даже не буду пробовать, если есть шанс неудачи».

Когда Уилл узнал об СДВ, его реакция была смешанной, и это встречается нередко, особенно у молодых мужчин. С одной стороны, он почувствовал облегчение. Уилл был в восторге, что узнал название своей проблемы, и это оказалось не ленью и не плохим характером. Он очень обрадовался тому, что это лечится. С другой стороны, мужчина был настроен скептически. Где-то в глубине души он не верил в этот диагноз: все было слишком идеальным, чтобы оказаться правдой. Называть себя лентяем иногда удобнее, чем смириться с СДВ.

Уилл чувствовал себя комфортно, когда смотрел на свою жизнь как на своего рода борьбу, бесконечные попытки начать работать над собой и «прийти в форму». Пусть он проигрывал, но хотя бы отчасти управлял ситуацией, а не был жертвой болезни под названием СДВ.

[93]

Кроме неприятия диагноза, Уилл начал противиться и лечению, включавшему медикаменты. По его словам, он не хотел думать с помощью таблеток. На самом деле препарат оказался очень эффективным и помогал ему сосредоточиться. Однако Уилл не соблюдал режим. Когда он принимал лекарство, оценки улучшались. Когда переставал — снижались. Линейная зависимость между успехами в учебе и приемом медикаментов, пожалуй, слишком сильно впечатлила молодого человека. У него появилось ощущение, что это препарат получает хорошие оценки, а не он сам. Поэтому Уилл периодически прекращал прием, пытаясь доказать, что способен добиться всего без посторонней помощи. Этот цикл: прием лекарства — улучшение успеваемости — прекращение приема — падение результатов — за время учебы в колледже повторился дюжину раз. Мой пациент по-прежнему не считал препарат допустимым средством, похожим на очки: для него это обман. Уилл подчинил жизнь своеобразному жесткому кодексу чести, и прием лекарств иногда ему противоречил.

Укоренившаяся самонадеянность нередко встречается среди молодых обладателей СДВ. Уилл предпочитал действовать в одиночку, с трудом пытаясь сосредоточиться и собраться, лишь бы не полагаться на лекарства. Ему было проще лечиться с помощью тренингов, советов семьи, психотерапевта и других людей, знавших о синдроме.

Благодаря сочетанию понимания, поддержки, периодического приема лекарств и большого труда Уилл довольно неплохо окончил колледж, хотя начало было почти катастрофическим. Он продолжает бороться со своим диагнозом и остается теплым, коммуникабельным, дружелюбным и творческим, хотя часто впадает в депрессию из-за низких результатов. Он категорически не хочет пользоваться диагнозом как оправданием,

но в то же время продолжает страдать от ограничений, которые создает СДВ.

[94] Неудивительно, что болезнь Уилла дорого обошлась его родителям. Они — типичные деловые американцы и всегда считали сына творческим, талантливым ребенком, который просто не может сконцентрироваться. Они перепробовали все приемы, к которым прибегают родители подростков: кричали на него, не пускали гулять, игнорировали, боролись, вели с ним переговоры, водили к психотерапевту, подкупали, ругали, умоляли, обнимали. Они всегда его любили и никогда не сдавались, но всегда раздражались от его непоследовательности и явного недостатка старания. Родители желали ему только добра, и им было больно бессильно наблюдать, как он рушит свое будущее.

После постановки диагноза СДВ и после того, как Уилл провел пару лет в колледже, он что-то сказал своей маме, и это побудило ее написать письмо, отрывок из которого я привожу ниже.

«Дорогой Уилл.

Мы хорошо знаем, как ты заботишься о нас, о семье, и хочешь делать это как можно лучше; знаем о твоей честности, гордости, милосердии. Ты невероятный человек и был таким с самого детства. Я всегда говорила, что ты родился с улыбкой на губах. Это правда. Когда ты был маленьким, люди смотрели на тебя и улыбались в ответ. В тебе от рождения была какая-то черта, которая заставляла людей радоваться, и ты тоже был счастлив.

У меня сердце кровью обливалось, когда веселый мальчуган начал тускнеть на моих глазах и превращаться в отчаявшегося подростка. Куда делся прежний Уилл? Мы с папой не могли понять. Мы не имели представления, что есть такая болезнь, как СДВ, и ты тоже об этом не знал. Что делать, когда видишь, как ребенок не выполняет свою работу? Он то старается, то нет, и так постоянно. Я кричала на тебя, пыталась тебя разбудить. Не помогло. Папа рассуждал здраво и надеялся чем-то увлечь тебя. Снова безрезультатно. Мы пробовали достучаться всеми известными способами и все время понимали, что что-то

упускаем. Мы знали, что не подобрали ключ. [Когда был поставлен диагноз], мы с папой осознали, что совершили ошибку.

Что нам сказать теперь? Нам жаль? Это очевидно, и надеюсь, ты это понимаешь. Нам просто невероятно жаль. Отчасти это не наша вина, никто не знал, что такое СДВ, но мы все равно во многом виноваты — мы же понимали, что есть проблема, и не нашли причину, а именно в этом задача родителей. Мы старались, но проиграли. Не потому, что ты был нам безразличен. Это далеко не так.

Ты мне веришь? Может быть, и нет. Но в душе я знаю, что ты понимаешь, как был важен для нас тогда и важен сейчас... Мы уверены, что ты замечательный, и обожаем быть с тобой рядом. Я считаю тебя не только своим маленьким мальчиком (это уже не так), но и одним из своих самых близких друзей. Кому я звоню, когда что-то идет не так с другими детьми? Сколько раз я спрашивала твоего совета? Ты не можешь не видеть, как сильно я ценю твое мнение...

А еще я думаю, что ты стремишься разобраться, кто ты и чего хочешь от жизни. Любой человек в твоем возрасте находится в той же ситуации. Не все говорят об этом, но большинство беспокоятся и задаются вопросами. Есть много поводов для волнений, но главное — разобраться, что делать с СДВ. Ты прав, когда говоришь, что мы с папой по-настоящему этого не поймем. Мы действительно не понимаем, хотя и пытаемся. Мы хотим понять. И хотим тебе помочь победить. Мне кажется, в прошлом году у тебя получилось, хотя ты продолжаешь борьбу, и она никогда не прекратится. Прошлой весной ты победил, и это отлично! Я думаю, прогресс колоссальный, тем более что это коварная и тяжелая болезнь. Просто удивительно, что ты не сдался.

Мы хорошо знаем, что такое отчаяние. Когда у тебя самого появится обожаемый малыш, ты поймешь, что чувствовали мы с папой. Мы, конечно, сердились на тебя, но гораздо сильнее переживали. Нам хотелось, чтобы ты чувствовал себя успешным и счастливым. Может быть, ты не замечал, но это так. Мы понимаем, что тебе приходится жить с СДВ, нам больно,

[96] *и мы не в состоянии это исправить. Только ты способен победить болезнь, и борьба будет непрерывной. Но поверь, что мы тебя понимаем, и ты нам очень дорог. Мы сделаем все, что в наших силах, но ты должен подсказать нам, как...*

*Мы всегда тебя любили и поддерживали в любых обстоятельствах. Всегда. Мне кажется, это то небольшое, на что ты можешь положиться в жизни. Твои родители считают, что ты **потрясающий**, и нет таких препятствий, с которыми мы — все вместе — не сможем справиться. Ты победишь СДВ. По-моему, ты уже сделал для этого очень много...*

*С любовью,
мама».*

ГЛАВА

3

Когда мысли разбегаются

СДВ у взрослых

*Я чувствую в моем мозгу
Разрыв — истлела нить.
И вот пытаюсь, шов за швом,
Края соединить.
Прилаживаю к мысли мысль,
Нижу их на иглу,
Но разбегаются они,
Как бисер на полу*.*

Эмили Дикинсон (1864)

Эмили Дикинсон с присущей ей простотой описывает страдания больного СДВ. Это стихотворение, конечно, посвящено не синдрому дефицита внимания, но оно удивительно четко передает субъективные ощущения больного. «Я чувствую в моем мозгу / Разрыв — истлела нить». В слове «разрыв» слышится привкус действия, оно придает этому описанию динамику. Кто из нас, страдающих СДВ, не метался от одного дела к другому, пытаюсь угнаться за нарастающим количеством мелочей и чувствуя, что голова вот-вот взорвется? А потом оставалось лишь смотреть, как наши проекты рассыпаются, словно бисер на полу. Большинство взрослых с СДВ изо всех сил стремятся выразить себя, но мысли ускользают, как будто отталкиваются при попытке соединить их друг с другом.

* Перевод Аркадия Гаврилова. Эмили Дикинсон (1830–1886) — американская поэтесса, ныне признается одной из величайших. *Прим. перев.*

Чем больше мы узнаем об СДВ у взрослых, тем сильнее осознаем масштабность его влияния*.

В 1978 году Леопольд Беллак организовал конференцию на тему «минимальной мозговой дисфункции» (ММД) у взрослых (тогда так называли СДВ). Сборник материалов этой конференции вышел в 1979 году. Это замечательная книга: точная, опережающая время, полная интереснейших данных. Участники, среди которых были Ганс Хюсси, Дэннис Кантвелл, Пол Вендер и Дональд Кляйн, затронули новую и важную тему. На конференции они сообщили о своем открытии: ММД (то есть СДВ) не остается в детстве, а сохраняется во взрослом возрасте и для взрослых может стать не менее обременительным, чем для детей. К сожалению, понадобилось еще десятилетие, чтобы клиническая значимость книги Беллака была оценена по достоинству, и люди осознали, как широко распространен у взрослых синдром дефицита внимания и как много людей страдают от этой болезни, если ее не диагностировать.

Сейчас книгу Беллака можно найти только в библиотеках. Она написана для специалистов и опубликована под названием *Psychiatric Aspects of Minimal Brain Dysfunction in Adults* («Психиатрические аспекты минимальной мозговой дисфункции у взрослых»). Популярных же изданий по сей день очень мало. Книга Пола Вендера *Hyperactive Child, Adolescent and Adult* («Гиперактивный ребенок, подросток и взрослый») отлично подойдет для неподготовленного читателя, она содержит и небольшой раздел о взрослых. Линн Вейс, психолог из Техаса, написала книгу под названием *Attention Deficit Disorder in Adults* («Синдром дефицита внимания у взрослых»), в которой тоже можно найти много полезного. Однако наши знания о проявлениях СДВ у взрослых пока отрывочны, и эта область науки находится в стадии становления.

Достаточно любопытно, что одна из ключевых работ о синдроме дефицита внимания, настоящий прорыв в понимании биологических основ этого заболевания, была посвящена не детям, а взрослым. Ее автором стал доктор Алан Заметкин

* Синдром дефицита внимания у взрослых описали, в частности, Пол Вендер, Джозеф Бидерман, Рейчел Гиттельман-Кляйн, Габриэль Вейс, Рассел Баркли, Кевин Мерфи, Рональд Кесслер, Ленард Адлер, Стивен Фараон, а также Беннетт и Салли Шайвиц.

[100]

из Национального института психического здоровья. В девятой главе мы подробно проанализируем его исследование. Заметкин показал, что у больных СДВ по сравнению со здоровыми людьми наблюдаются различия в уровне клеточного энергопотребления между областями мозга, регулирующими внимание, эмоции и контроль побуждений. Исследование было опубликовано в 1990 году в *New England Journal of Medicine*, одном из самых уважаемых и строго рецензируемых медицинских журналов. Хотя до этого были и другие работы, подводившие под СДВ биологическую базу, именно исследование Заметкина оказалось наиболее продуманным и убедительным.

В 1993 году Дэвид Хаузер и Алан Заметкин опубликовали в том же журнале еще одну статью, в которой привели дополнительные доказательства в пользу своей теории. Они обнаружили сильную взаимосвязь между редкой формой дисфункции щитовидной железы — так называемой генерализованной резистентностью к тиреоидным гормонам (ГенРТГ) — и синдромом дефицита внимания. Найти связь между заболеванием щитовидной железы и СДВ вообще интересно, но корреляция, о которой сообщали авторы (70% исследованных пациентов с ГенРТГ имели и СДВ), стала очень убедительным дополнением к растущему объему данных, свидетельствующих в пользу биологической и, по всей видимости, генетической природы СДВ.

Со времени выхода статей Хаузера и Заметкина исследования синдрома дефицита внимания у взрослых стали привлекать все большее внимание и заинтересовали многих ученых. Пока мы только начинаем осознавать масштабы проблемы — вероятно, от этого заболевания страдают более десяти миллионов взрослых, — и не понимаем в полной мере, насколько эффективно ее лечение.

Стала очевидна не только биологическая основа этого явления. Наши знания о человеческих аспектах СДВ тоже углубились. Все больше известно о том, как эта болезнь влияет на жизнь, какую форму принимает, в чем может помешать, в чем помочь и как лучше с ней бороться.

В отличие от детской формы синдрома, до настоящего времени не были выработаны, протестированы и подтверждены

диагностические критерии для взрослых пациентов. Мы составили перечень наиболее распространенных симптомов, основываясь на собственном клиническом опыте. Предлагаемые ниже критерии сформулированы в ходе лечения сотен взрослых больных СДВ и суммируют наиболее распространенные, по нашим наблюдениям, симптомы. Другие специалисты могут скорректировать их в соответствии с собственными данными.

[101]

Читая этот список, вы заметите, что определенные темы повторяются. У взрослых пациентов сохраняется классическая «детская» триада: отвлекаемость, импульсивность и гиперактивность (беспокойность), а также наблюдаются перепады настроения, депрессия, заниженные самооценка и самовосприятие. В целом симптомы становятся логическим следствием проблем, с которыми человек сталкивается уже в детстве.

Диагностические критерии синдрома дефицита внимания у взрослых

Внимание: критерий можно засчитывать, только если описанное в нем поведение выражено у пациента значительно сильнее, чем у большинства людей того же психического возраста.

А. Хронические нарушения, касающиеся пятнадцати и более из перечисленных ниже пунктов.

1. *Чувство невыполнения поставленных целей, недостигнутых результатов* (независимо от того, насколько это соответствует действительности).

Мы ставим симптом на первое место, потому что это самая частая причина, по которой взрослые обращаются за помощью к специалисту. Фраза «Я не могу привести дела в порядок» повторяется. По объективным данным человек способен достигать очень многого, а может испытывать серьезные трудности, не быть в состоянии реализовать врожденный потенциал, чувствовать, что заблудился в лабиринте жизни.

[102]

2. *Сложности с самоорганизацией.* Одна из серьезнейших проблем большинства взрослых больных СДВ. Без структуры, которую дает школа, без контроля со стороны родителей взрослому человеку трудно выдержать бремя организационных требований повседневной жизни. Очевидные «мелочи» скапливаются и создают крупные препятствия. Пропущенная встреча, потерянный чек, забытый дедлайн могут безнадежно испортить репутацию.
3. *Хроническая прокрастинация:* человек не может начать. У взрослых больных СДВ начало работы ассоциируется с тревогой и боязнью, что все пойдет не так, поэтому они откладывают его все дальше и дальше. Это, конечно, только усиливает тревожность.
4. *Проблемы с последовательностью.* Многие проекты выполняются одновременно. Следствие пункта 3. Отложив одно дело, человек берется за другое. К концу дня, недели или года накапливается множество проектов, из которых лишь немногие доведены до конца.
5. *Склонность говорить не задумываясь,* не учитывая время и уместность высказывания. Как ребенка с СДВ на уроке, взрослого больного может охватить порыв эмоций. Если пришла в голову какая-то мысль, ее обязательно надо озвучить. Такт и хитрость уступают детской словоохотливости.
6. *Частый поиск сильных стимулов.* Взрослые с СДВ постоянно ищут во внешнем мире что-то новое, захватывающее, способное сравниться с вихрями, бушующими в их сознании.
7. *Нетерпимость к скуке.* Следствие пункта 6. Обладатели СДВ редко скучают. Дело в том, что в ту самую миллисекунду, когда человека охватывает скука, он находит что-нибудь новое. Он просто «переключает канал».
8. *Легкая отвлекаемость, сложности с концентрацией внимания, склонность отключаться посреди страницы или разговора.* Часто эта черта сочетается с периодической способностью сверхсосредоточиваться. Классический симптом СДВ. «Отключения» происходят во многом самопроизвольно. Не успеешь оглянуться, как

мысли больного уже где-то блуждают. Часто такие люди обладают способностью к сверхъестественной сосредоточенности. Это говорит о том, что СДВ на самом деле — синдром непостоянства внимания.

[103]

9. *Развитые творческие способности, интеллект, интуиция.* Это не симптом, а черты, заслуживающие упоминания. Взрослые больные СДВ часто одарены необычайными творческими способностями, а среди неорганизованности и рассеянности видны проблески гениальности. Найти эту «изюминку» — одна из целей лечения.
10. *Сложности с соблюдением установленных правил,* выполнением «надлежащих» процедур. Это происходит не из-за каких-то неразрешенных проблем с руководством, как может показаться со стороны. Скорее это проявление скуки и фрустраций: старые подходы надоели, новые вызывают восторг, и невозможность работать так, как «надо на самом деле», приводит человека в отчаяние.
11. *Нетерпеливость, плохая переносимость фрустраций.* Фрустрации любого рода напоминают взрослому больному СДВ обо всех его прошлых неудачах. «Только не это, — думает он. — Опять двадцать пять», — потом начинает сердиться или отступает. Нетерпеливость вытекает из потребности в постоянной стимуляции, хотя окружающим может показаться признаком незрелости или неудовлетворенности.
12. *Импульсивность в словах или действиях,* например спонтанная трата денег, смена планов, карьеры, внедрение новых схем и т. п. В зависимости от порыва это может быть и один из самых опасных или полезных симптомов у взрослых.
13. *Склонность к бесконечному ненужному беспокойству,* поиску поводов для волнения, сочетающаяся с невниманием или пренебрежением к реальным опасностям. Внимание, не сосредоточенное на конкретной задаче, превращается в беспокойство.
14. *Ощущение опасности, неуверенность.* Многие взрослые с СДВ хронически чувствуют угрозу, какой бы стабильной

ни была их жизненная ситуация. Часто им кажется, что их мир может рухнуть.

[104]

15. *Лабильность настроения*, особенно когда больной не сосредоточен на другом человеке или проекте. На протяжении всего нескольких часов настроение без видимых причин может внезапно испортиться, потом улучшиться, потом снова испортиться. Тем не менее перепады настроения менее выражены, чем при депрессии и маниакально-депрессивном психозе.
Взрослые с СДВ в большей степени, чем дети, подвержены неустойчивости настроения. Во многом виноваты пережитые фрустрации и поражения, хотя отчасти причиной оказывается природа заболевания.
16. *Возбужденность*. У взрослых обычно не наблюдается свойственной детям полноценной гиперактивности. В поведении скорее видна нервозность: человек ходит по комнате, стучит пальцами по столу, не может усидеть в одном положении, часто встает из-за стола или выходит из комнаты, не может спокойно отдыхать.
17. *Склонность к зависимостям*. Этот пункт включает и потребление веществ, например алкоголя или кокаина, и различные действия, например пристрастие к азартным играм, шопингу, еде, работе.
18. *Хронически заниженная самооценка*. Прямое следствие многих лет волнений, неудач и простого непонимания. Даже если больной СДВ достиг в жизни многого, он обычно чувствует себя в чем-то ущербным. Удивительно, какую стойкость проявляют большинство таких людей, невзирая на все препятствия.
19. *Неспособность к точному самовосприятию*. Больные СДВ плохо умеют наблюдать за собой и неверно оценивают воздействие, которое оказывают на окружающих. Они обычно считают себя менее результативными и влиятельными.
20. *В анамнезе семьи — синдром дефицита внимания, маниакально-депрессивный психоз, депрессия, злоупотребление*

алкоголем, наркотиками и другие нарушения контроля импульсов или настроения.

Поскольку СДВ, видимо, передается по наследству и связан с упомянутыми заболеваниями, нередко (но необязательно) таковые можно найти у родственников.

[105]

- В. СДВ в детстве. (Его могли не диагностировать, однако анализ истории пациента должен показать соответствующие признаки и симптомы.)
- С. Ситуацию нельзя объяснить другими соматическими или психиатрическими заболеваниями.

Приведенные выше критерии основаны на нашем клиническом опыте и подчеркивают широту симптомов СДВ во взрослом возрасте. Пол Вендер предложил свой набор критериев для постановки этого диагноза у взрослых, который теперь используется многими врачами и учеными, работающими в этой области. Критерии Вендера построены на основополагающих симптомах СДВ и не затрагивают сопутствующих симптомов и явлений, например злоупотребление алкоголем и наркотиками и семейный анамнез. Их часто называют критериями Юты, поскольку Вендер, пионер исследований синдрома дефицита внимания, работает профессором психиатрии на медицинском факультете Университета Юты.

Критерии Юты

- Наличие в детском возрасте СДВ с двигательной гиперактивностью, а также одной из следующих характеристик: проблемы с поведением в школе, импульсивность, чрезмерная возбудимость и приступы гнева.
- Во взрослом возрасте — устойчивые проблемы с вниманием и двигательная гиперактивность, а также два из следующих пяти симптомов: аффективная лабильность,

вспыльчивость, непереносимость стресса, неорганизованность и импульсивность.

[106]

Между нашим перечнем и критериями Юты есть много общего. Главное различие в том, что мы признаем синдром СДВ без гиперактивности. Сам Вендер тоже соглашается, что СДВ без гиперактивности существует как клинический синдром, однако не включил его в свои критерии, так как они были разработаны для научных целей с использованием более однородной выборки пациентов. В нашей (и не только нашей) практике было множество людей, в особенности женщин, идеально соответствовавших клинической картине СДВ по обоим наборам критериев за исключением отсутствия гиперактивности в анамнезе. Такие пациенты хорошо реагируют на лечение стимуляторами и другими стандартными лекарствами, применяемыми при синдроме дефицита внимания. Их симптомы нельзя объяснить никаким другим заболеванием, и они значительно хуже реагируют на медикаментозное лечение, не соответствующее диагнозу СДВ. Поэтому мы полагаем, что больные без гиперактивности соответствуют нашим диагностическим критериям СДВ у взрослых.

Каким бы набором критериев вы ни руководствовались, мы не устаем повторять, что нельзя заниматься самодиагностикой. Для подтверждения диагноза и исключения других заболеваний необходима врачебная оценка.

Теперь, когда мы изложили некоторые диагностические критерии, давайте поговорим о том, как синдром дефицита внимания выглядит в реальной жизни. Какова типичная картина взрослого больного СДВ? Синдром включает много подтипов, и единого портрета не существует, поэтому, чтобы как следует понять эту проблему, давайте посмотрим на несколько зарисовок.

- Элизабет сорок шесть лет. Она с детства боролась с дислексией, но до недавнего времени не понимала, что больна синдромом дефицита внимания. «Я всегда знала,

что не могу читать. То есть читать я умею, но получается не очень. Тем не менее я не понимала, откуда у меня такая неорганизованность. Мне казалось, что я просто чудная, знаете, такая рассеянная дамочка. Я всерьез поверила в свою нелепость. Когда же записалась в женскую группу к психиатру и узнала об СДВ, все встало на свои места. Я поняла, почему занимаюсь прокрастинацией. Почему мне не хватает уверенности. Почему могу отключиться в середине разговора. Почему не могу собраться. Жаль, что я не знала об этом раньше».

- Гарри — успешный бизнесмен и активный член своего сообщества — робко подал мне толстую папку с отчетами учителей за двенадцать лет учебы в школе. Он был очень умным парнем и получил хороший балл в тестах на способности, однако я обнаружил в папке около шестидесяти писем раввина, возглавлявшего эту школу, его родителям. Казалось, все письма начинались одинаково: «С сожалением сообщаем вам, что...» Гарри как-то описывал свое главное школьное воспоминание — он сидит в кабинете директора, а тот берет старомодный диктофон и произносит одни и те же грозные слова: «Внести этот факт в дело Гарри». Гарри боялся своего «дела». «Оно переполнено моими юношескими страданиями. Прошу вас, вычеркните их из моей жизни», — попросил он. Хотя от прошлого не избавишься, на него можно посмотреть сквозь призму СДВ. Это помогло Гарри понять, почему у него «не получалось» в школе. «Это столько лет убивало мое уважение к себе! Всегда скрывал, что мне было очень сложно получить диплом. Теперь знаю, в чем была причина».
- Джек — редактор журнала. Он на хорошем счету, хотя и заработал репутацию грубияна. Джек может внезапно, без предупреждения, уйти со встречи, не любит перезванивать; сам того не подозревая, оскорбляет авторов; не пытаясь скрыть скуку, буквально в середине предложения меняет тему, и вообще ему не хватает

- тактичности. «Он гений, — говорит один из коллег, — но совершенно непредсказуемый. Иногда говоришь с ним, на секунду отвернешься — и его нет. Тебе кажется, что ваш разговор очень интересный, а тут... — и Джек исчез. Это, мягко говоря, раздражает. Но, с другой стороны, с ним прекрасно работать, он полон идей и энергии».
- Джордж ведет свои дела за рулем автомобиля. «Не знаю, зачем мне вообще офис. Я не могу там усидеть и пары минут. Появляется жутковатое чувство, будто меня заживо хоронят. Тогда я иду к машине, выезжаю на шоссе, включаю телефон — и все, я в деле. Чтобы думать, мне надо двигаться, вот и все».
 - «Я себе нравлюсь, — делится Грейс, которая работает в киноиндустрии. — Не знаю, нравлюсь ли остальным, но с другим характером мне было бы скучно. Хорошо, что я сама себе хозяйка, иначе меня давно уволили бы. Я прихожу и ухожу, когда захочется, беру новую работу, не окончив старую, с ходу принимаю решения и через час их отменяю. Не представляю, как у других получается жить предсказуемо. Может быть, им так лучше, но это точно не по мне. Лос-Анджелес, наверное, единственный город, в котором я способна выжить. Еще, возможно, Нью-Йорк, но там климат не очень. Когда я узнала об СДВ, поняла, что со мной происходит, но менять ничего не захотела. Полгорода болеют этим синдромом, и без него я вряд ли удержалась бы в моем бизнесе».
 - Кабинет Питера похож на... Наверное, лучше пусть он сам его опишет. «У меня много стопок бумаг. Все, что я делаю, отправляется в одну из них. Есть маленькие стопки, большие стопки, горы газет, кучи журналов, нагромождения книг и пачки счетов. В некоторых все перемешано. Это как поле, на котором торчат маленькие белые кучки, как грибы. В этом нет никакого порядка. Иногда стопка кажется недостаточно большой, и тогда я что-нибудь к ней добавляю, а иногда появляется пустое пространство, и туда можно что-нибудь сложить или

хочется что-нибудь перенести из одной кучи в другую. Но я как-то выживаю. Мне кажется, между мной и этими горами бумаг есть какая-то гармоничная связь».

[109]

По этим примерам хорошо видно, как проявляется у взрослых синдром дефицита внимания. Особенно показательны горы бумаг в последнем примере. Что-то подобное есть у очень многих взрослых больных: большие и маленькие беспорядочные «кучи» — побочный продукт работы мозга. То, от чего у других получается избавиться, больные СДВ складывают.

Люди с СДВ обожают автомобили и вообще движение. Многие взрослые с таким диагнозом рассказывают, что им лучше всего думается за рулем. Обладатели СДВ обожают большие города.

Синдром дефицита внимания не всегда очевиден, как в историях выше. Для многих взрослых это незаметная, но вполне определенная часть личности. Она как красная нить, вшитая в полосатую ткань: костюм выглядит по-другому, но саму нить видно только вблизи. Это может быть нить отвлекаемости, импульсивности, неорганизованности, вшитая в полосу креативности, общительности или трудолюбия. Лечение должно заключаться не в том, чтобы удалить эту нить, а, скорее, чтобы слегка изменить ее оттенок. Она должна подчеркивать фон.

Одна женщина пришла к выводу, что нуждается в помощи только во время работы над технической документацией. Поскольку это важная часть ее обязанностей, выполнять ее надо качественно. Пока она не обнаружила у себя СДВ, это был тяжкий, мучительный труд. Она не могла сосредоточиться и чем усерднее старалась, тем сильнее нервничала, отвлекаясь еще больше. Женщина пробовала принимать транквилизаторы, но они только вызывали сонливость. Немного помогал кофе, однако из-за него появлялась раздражительность. Когда диагноз СДВ был поставлен, ей назначили стимуляторы. Они довольно хорошо помогли сосредоточиться и не оказывали побочных эффектов. По ее словам, прием препарата за полчаса до начала работы с документами значительно облегчал процесс. В остальных случаях лекарства ей не требовались.

[110]

Еще один небольшой пример: пациенту было сложно общаться с другими людьми. Не было никаких скандалов: он просто чувствовал, что отталкивает окружающих, и ощущал даже этот момент: он с кем-то разговаривает, и беседа вдруг становится формальной. Мужчина не понимал, что именно он делает не так. Оказалось, что у него была легкая форма СДВ, самым проблемным проявлением которой стала неспособность следить за собственным поведением и правильно оценивать реакцию собеседника. Из-за этого человек казался равнодушным и заикленным на себе. По сути, его проблема заключалась в неспособности удерживать внимание, замечать мелкие знаки, от которых зависит умение вести себя в обществе, и регулировать собственные реакции. Перед тем как шагнуть в царство психодинамики и начать искать корни такого «эгоцентричного» поведения, психологу стоит остановиться на пороге — внимании. Включен ли свет? Нет ли у пациента неврологических проблем, мешающих замечать особенности межличностных отношений, начиная с интонаций и языка тела и заканчивая тактом, иронией и т.д.? Этот мужчина нуждался в определенной тренировке и ролевых играх, чтобы научиться улавливать то, чего раньше не видел. После коррекции скрытого СДВ его отношения с окружающими значительно улучшились.

Легкая форма СДВ может стать препятствием в целом ряде сфер жизни взрослого человека: в достижении поставленных целей; правильном восприятии межличностных связей; начале и завершении творческих проектов; в самоорганизации; в избавлении от повторяющихся негативных мыслей; в том, чтобы найти время для любимого дела; в борьбе с некоторыми навязчивыми моделями поведения.

Переосмысление личности с точки зрения внимания и когнитивного стиля в большинстве случаев нельзя назвать целью самоанализа у взрослых. Человек охотнее размышляет на темы «кто кого любит», «кто кого не любит», «почему моя семья поступала так, а не иначе», «как справиться с тем или иным страхом». Мы анализируем себя с помощью историй. Но сюжету

предшествует СДВ. Этот синдром словно настраивает освещение и готовит сцену. Если свет слишком слабый или на сцене не хватает чего-то важного, мы не до конца поймем спектакль. Прежде чем углубляться в историю, еще до разработки сюжетных линий самоанализа стоит пригласить профессионального осветителя и попросить реквизитора проверить, все ли на месте.

[111]

Когда взрослый человек узнаёт, что болен СДВ, это его немного пугает. Принято считать, что такие заболевания проходят еще в детстве, и после этого надо довольствоваться «встроенным освещением» — тем мозгом, который есть. Никто не ожидает, что, скажем, в сорок лет у него найдут нарушение обучаемости или синдром дефицита внимания. Никто не ожидает, что психотерапевт начнет корректировать проблемы с чтением и учебой или помогать лучше ориентироваться в жизни.

К диагнозу приходят окольными путями. У детей своего рода скрининговым центром по выявлению различных проблем обучаемости служит школа. У взрослых такого центра нет. Если сотрудник хаотичен, невнимателен, не достигает поставленных задач, на рабочем месте ему вряд ли посоветуют пройти тест на СДВ. Редкая супруга, глядя на вечно отвлекающегося мужа, скажет: «Дорогой, а ты когда-нибудь задумывался, что у тебя может быть синдром дефицита внимания?» В большинстве своем взрослые случайно узнают об этом диагнозе: слышат что-то на эту тему, читают попавшую им в руки статью, получают информацию о синдроме благодаря детям.

В моем кабинете это часто происходит следующим образом. Родители записываются на прием, чтобы показать сына или дочь. После оценки ситуации я анализирую с ребенком и родителями результаты, и кто-то из взрослых, обычно отец, спрашивает нарочито деловым тоном: «Извините, доктор, а вы когда-нибудь встречали СДВ у взрослых? Такое вообще бывает?» Так как синдром передается по наследству, нет ничего необычного, что болезнь есть у одного из родителей ребенка.

Однако если у взрослых больных нет прямой связи со специалистом по СДВ, например через сына или дочь, они остаются предоставлены сами себе. В медицинском сообществе и в областях,

[112]

связанных с психическим здоровьем, далеко не все знают об этом заболевании. Со временем, по мере накопления информации, ситуация изменится, но пока поиск помощи во взрослом возрасте может стать долгим и изнурительным. Люди, приходящие ко мне на прием, обычно уже обращались к специалистам по психическому здоровью. За последние годы я видел сотни пациентов и начал понимать, какое разнообразие скрывается за словами «СДВ у взрослых». В зрелом возрасте этот синдром даже более разнороден, чем у детей, и под одним диагностическим термином объединено, наверное, полдюжины клинических синдромов.

Лора пришла на прием по самой распространенной причине, с которой люди обращаются к психиатру: она чувствовала себя несчастной. У нее не было каких-то острых проблем, она не переживала сильного горя, но ее постоянно терзали «тревога и туманное чувство отчаяния».

— Отчаяние обычно не туманное, — заметил я.

— Оно пока еще не во мне, а где-то снаружи, приближается, как грозовая туча. Я решила, что лучше самой прийти к вам, пока не грянула буря.

Лоре было тридцать два. Она служила в церкви и была замужем за пекарем. Росли двое маленьких детей. Сначала мы посмотрели на самые очевидные вещи: все ли в порядке в семейной жизни? Не слишком ли изматывает служба? Как она общается с прихожанами? Не тяжело ли дается материнство? Нет ли каких-то духовных проблем, которые она отрицает? Оказалось, что ни один из этих вопросов не вызывает особого беспокойства. Лора любила мужа. По утрам, когда дети уходили в школу, им нравилось уединяться в пекарне и беседовать за чашкой кофе. Она обожала свою работу, и прихожане были настроены доброжелательно. Конечно, ее служба была непростой, но Лоре нравилось ощущать, что она нужна людям. В бога она верила твердо. Поколебалась ее вера в саму себя.

— Хорошо, — сказал я. — Давайте посмотрим на тучу, которая надвигается, как вы говорите. Можете ее описать? Из чего она состоит? Как она появилась?

— Это просто ощущение. Не знаю, как точнее его выразить. Мне кажется, что весь мой мир может рухнуть. Как в мультфильме: герой пробежал дальше обрыва и еще перебирает ногами, но уже висит в воздухе и через мгновение упадет глубоко в пропасть. Я не знаю, как вообще столько всего смогла сделать. Не знаю, как долго сумею это удержать. Я благодарю бога за свои успехи, но все равно остается чувство, что всего этого можно лишиться.

[113]

— На это есть какие-то причины? Может быть, что-то вызывает у вас особенное чувство вины?

— Нет. Не больше, чем мои ежедневные грехи, — улыбнулась Лора. — Нет, это не вина. Это ощущение угрозы. Ощущение, что я не та, за кого себя выдаю. На самом деле это не так: я-то знаю, что сознательно никем не притворяюсь. Но кажется, будто я проснулась на грандиозном балу и сама не знаю, как туда попала, и не понимаю, как это скрыть.

Несколько сессий мы с Лорой рассматривали ее чувства под разными углами: с точки зрения ее детства, религии, мечтаний, фантазий и другого подсознательного материала, который смогли освободить. Это дало нам много интересной информации, но не объяснило, *почему* она ощущала дыхание грозы.

Затем мы начали говорить об образовании и борьбе за хорошие оценки. Лора всегда была одной из лучших учениц — и в школе, и в колледже, и в семинарии, — поэтому даже не затрагивала эту тему во время первых бесед. Все было настолько успешно, что ей не приходило в голову искать проблемы в этой области. Но теперь она говорила, что учеба всегда давалась ей с большим трудом. Даже сама мысль об этом вернула страхи, боязнь неудачи, опасение не сделать чего-то вовремя, столкнуться с неприятием. Каждое задание было для нее испытанием. Она оттягивала все до последней минуты и не могла закончить вплоть до дедлайна. В ней жила уверенность, что для этого обязательно надо напрягаться, как близорукому ученику приходится всматриваться в буквы на доске.

— Меня все начало волновать, — объяснила она. — Тогда и родилось это чувство опасности.

— Когда именно?

— В колледже. Нет, еще в старших классах. Наверное, в последнем или предпоследнем. Когда программа стала трудной.

[114] Если не рассматривать историю Лоры через призму СДВ, можно решить, что она перфекционистка (эта черта у нее действительно есть), и поставить диагноз обсессивно-компульсивного расстройства или какого-то тревожного состояния. Но если предположить, что причина проблем — синдром дефицита внимания, а тревожность и перфекционизм развились в самом его начале, это прольет свет на ситуацию.

Окончив семинарию, Лора выбрала приход, вышла замуж и решила, что тревожные годы позади. Но гнетущее чувство возвращалось в других формах. Серьезным вызовом стало налаживание семейных отношений, обустройство дома. Муж помогал, но она все равно боялась что-нибудь забыть, упустить какую-нибудь важную мелочь. Лору окутывало давнее ощущение некомпетентности и опасности. У женщины выработалась привычка беспокоиться, и никак не удавалось от нее избавиться.

— Я хочу с ней наконец расстаться, — сказала она, — но не могу отважиться. Молюсь, чтобы бог меня избавил от этой муки, хочу почувствовать себя смелой и уверенной, но не решаюсь. Представляю, как отпускаю свои печали. Я словно наклоняюсь за борт шлюпки и смотрю, как большой тяжкий груз медленно погружается в толщу воды и скрывается там.

— И уходит обратно в подсознание?

— Нет. Пропадает навсегда. Я наклоняюсь над лодкой, встаю на колени и чувствую, что избавилась от груза. Он исчез навеки. Я видела, как он тонул, уходил от меня. Непередаваемое ощущение. Я могу избавиться от него в моих фантазиях. Почему же это не получается наяву?

— Возможно, вы в буквальном смысле не можете. Может быть, разум не отпускает вас, потому что так запрограммирован.

Мы провели ряд тестов. Хотя решающего «анализа на СДВ» не существует, имеющиеся варианты помогают подтвердить диагноз, прояснить сопутствующие нарушения обучаемости и другие скрытые эмоциональные проблемы. Тестирование письменное и занимает несколько часов: проверяются когнитивный

и организационный стили, устойчивость внимания, память, специфические способности, настроение, проводится нейробиологическое обследование. Хотя тестирование не всегда рекомендовано, оно, как правило, дает много полезной информации и в неоднозначных случаях упрощает диагностику.

[115]

Анамнез Лоры и результаты тестов показали, что у нее действительно взрослая форма СДВ. «Мне кажется, Лора, большую часть жизни вы тяжело трудились над преодолением хаоса, и из-за этого у вас сформировалась привычка волноваться. Одним токсичным состоянием вы боретесь с другим. Вы правы, когда говорите, что не можете избавиться от волнения, от груза. В каком-то смысле это страховочный трос вашей жизни, и мозг не хочет его отпускать».

Благодаря терапии Лора постепенно обрела большую уверенность. Исчезло ощущение, что она проснется на балу, появились определенная последовательность и логика в том, кто она и какое место занимает. Лечение, включавшее лекарства и психотерапию, не устранило проблему полностью, но Лора научилась лучше контролировать свои эмоции.

Мы поработали и над избавлением от тяжести. Во время сеансов психотерапии Лора мысленно наклонялась за борт, отпускала груз и смотрела, как он погружается в воду, а потом описывала, как он становится все меньше и, наконец, исчезает. Поначалу во время этих тренировок ей было страшно, но мы десятки раз анализировали этот образ, и постепенно груз уменьшился.

Следующий пример — о человеке, который не подозревал, что ему помогут. Дуглас и его жена Мелани пришли на прием показать сына, первоклассника с изумительным воображением, который в прошлом году серьезно заболел. Я пришел к выводу, что с их сыном все в порядке, но во время оценки проявились некоторые проблемы в браке Дугласа и Мелани, и мы решили о них поговорить.

Большинство семейных проблем, по крайней мере как мне сказали вначале, начиналось с Дугласа. Ему были свойственны неприятные колебания настроения. Мужчина много выпивал — около бутылки вина ежедневно. Он был очень активным биржевым

[116]

брокером и добился значительных финансовых успехов, каждый год выходя на шестизначные суммы. В своем деле он был настолько хорош, что ему давали большую свободу действий, несмотря на разногласия с руководством. Перед тем как стать брокером, Дуглас был джазовым музыкантом и до сих пор с удовольствием сочинял музыку. Еще он любил готовить и при любой возможности устраивал обеды, а также пытался много заниматься с детьми. В общем, времени на Мелани у него оставалось немного, но, по ее словам, хватило бы и этого, если бы он действительно был с ней, а не исчезал, когда ему захочется. Если Дугласа увлекал какой-то новый проект, идея, более сильный стимул, он мог пропасть в любую минуту.

Мелани полагала, что у Дугласа проблема в интимной сфере и алкоголем он пытается ее лечить. Мужчина же считал, что ему просто нужно немного свободы и личного пространства, чтобы быть самим собой, сочинять музыку, пить вино, готовить и думать о своем. Он признавал, что с ним бывает нелегко, но утверждал, что над этим работает.

Когда мы обратились к прошлому Дугласа и собрали больше данных, стало ясно, что среди всего прочего он, несомненно, страдает СДВ. Налицо были все характеристики «искателя острых ощущений», оставшегося без структуры и рутины: он человек творческий, полный энергии, неутомимый, легко отвлекающийся, импульсивный, ищущий стимуляции разными способами, временами заинтересованный, временами «отключающийся», с переменчивым настроением, независимый и тревожный.

Когда я объяснил Дугласу и Мелани, что такое синдром дефицита внимания, в комнате повисла пауза. Пара переглянулась, а потом они расхохотались.

— Это про меня! — воскликнул Дуглас. — Прямо в точку!

Мелани наклонилась и похлопала мужа по коленке.

— То есть для всех твоих выходок есть название? Дорогой, есть надежда?

Потом она посмотрела на меня.

— А с этим можно что-то сделать?

— Я думаю, что можно. Но сначала давайте еще немного побеседуем.

Любопытство и восторг были такими сильными, что сеанс продолжался в два раза дольше обычного. После этого Дуглас написал мне письмо, отрывок из которого я привожу ниже.

[117]

«Должен сказать, что описание моей личности как “классической” для больного СДВ стало полезной метафорой. По сути, это одно из самых выдающихся открытий моей жизни. Когда я услышал эту метафору, внезапно понял, что же происходило со мной более тысячи с лишним раз».

Затем он описал некоторые из своих проблем.

«У меня всегда были хорошие оценки по английскому, но однажды стало ясно: я настолько не могу понять прочитанное на одном из уроков, что не в состоянии ответить ни на один вопрос к тексту. Снова и снова перечитывал этот отрывок, но в пятый раз понимал его не лучше, чем в первый. Единственный раз в жизни я схитрил и заглянул в ответы... До сих пор помню чувство стыда, и оно потом посещало меня много раз. Даже теперь чтение дается мне с трудом, особенно учитывая, что моя профессиональная деятельность связана с документами. За последние годы я как минимум трижды просил врача выписать новые очки и контактные линзы, чтобы “решить” проблему с чтением, хотя, в сущности, все сводится к тому, что я начинаю читать страницу, понимаю три строчки, а затем вдруг обнаруживаю, что прочел уже все, но не помню ни слова.

До конца одиннадцатого класса я ни разу не был в школьной библиотеке и подобных местах. Три класса подряд закончил на одни пятерки и рассуждал так: “Думаете, это называется хорошо учиться? Погодите, в выпускном классе я себя еще покажу”. Я стал ходить в библиотеку и приложил все силы, чтобы поступить в Гарвард. Правда, я старался как никогда, но, например, в конце семестра на экзамене по математике получил всего пятьдесят баллов, хотя прежде не опускался ниже девяносто. Еще я не сдал историю, потому что ничего не помнил,

[118]

и в результате весь год у меня были проблемы по всем предметам, за исключением английского. Я мечтал о подготовительном курсе университета, и вдруг оказалось, что все пропало, и я не окончил даже среднюю школу.

Похожая ситуация была в музыкальном училище. Я много писал для других студентов, посвящал им свои произведения. Одна валторнистка попросила сочинить что-нибудь для ее выступления через семь-восемь месяцев. Прежде я занимался этим без определенного графика и писал произведения меньше чем за месяц. Но ее просьба подействовала на меня странным образом. Я не только не смог ничего закончить, но даже не начал.

Такие случаи я называл случайными поражениями. Они меня невероятно нервировали, и во многом из-за этого появилось чувство (наверное, я испытываю его до сих пор), что все предыдущие успехи однозначно были подделкой, фальшивкой, обманом и самообманом, и неизбежно возникал вопрос: “Почему ты просто не признаешься, что ум у тебя еще слабее, чем зрение? Может, лучше поддаться?” Но я почему-то не поддавался.

После этого было много случаев, когда из-за внешнего давления я на какое-то время совершенно терял способность сосредоточиться и впадал в серьезную депрессию, которая характеризовалась прежде всего самобичеванием. Мелани считает, что это — мой самый главный “таракан в голове”. Она не может придумать, как вывести меня из такого состояния. Я всегда считал, что описать ощущения и мысли о себе слишком сложно. Как будто заранее слышу весь разговор, знаю все его повороты и зигзаги. Так зачем разговаривать? Оно того не стоит. Именно поэтому, когда Мелани пробовала помочь мне и поддержать, сталкивалась с нетерпеливым “Спасибо, не надо” и в результате подолгу чувствовала себя одинокой. В такие периоды я приходил домой, садился у телевизора и смотрел новости или слушал музыку до поздней ночи, не в состоянии произнести ничего, кроме односложных реплик. Я всегда считал, что смотрел телевизор прежде всего из-за интереса к текущим событиям, но теперь очевидно, что в моменты перегрузки любимое кресло в обычном уголке гостиной благотворно влияло на мой разум. Независимо

от содержания вечерних новостей, это помогало разорвать негативную сверхсосредоточенность, в которую я впадал.

Если в такие периоды не было депрессии, я становился похож на гончую, ищущую стимулы. Когда я скверно себя чувствовал, снова начинал курить, несколько вечеров в неделю ходил на концерты громкого электроблюза, большие пил. Мелани считала, что все это просто признак деградации и что я в каком-то смысле сошел с ума. Но мне было ясно, что с помощью “погони за удовольствиями” я пытаюсь добиться хоть какой-то концентрации.

[119]

Последнее время я работал в Нью-Йорке аналитиком у особенно сложного руководителя. Однажды в пятницу после обеда мы с Мелани и детьми должны были поехать отдохнуть на выходные, но я сильно поссорился с этим человеком, Бобом. Это была последняя капля. Меня наш разговор так возбудил, что я всю дорогу и остаток вечера был просто не в состоянии разговаривать. Мелани это, конечно, очень не понравилось: она считала, что надо просто “взять себя в руки”. На следующий день мы с друзьями собирались кататься на лыжах. Но едва я подошел к подъемнику, как повернулся к Мелани и заявил, что мне надо домой. Я не просто хотел уехать: я должен был уехать. Не мог объяснить ни ей, ни себе, зачем мне это было надо, но знал, что не могу задержаться ни на минуту. Как обычно, мое поведение показалось ей совершенно неприемлемым, но Мелани прекрасно понимала, что меня не остановить. В пятидесяти километрах от нашего места нашел пункт проката машин, а в отеле сказал, что мне по медицинским соображениям нужно срочно вернуться в Бостон. Они выделили одного из младших сотрудников, чтобы тот довез меня до заправки, где была оставлена машина. Я добрался до Бостона, прослушал сводки о нападении Ирака на Кувейт и тут же направился в офис, где было все, что нужно для возвращения в “свежее”, “ясное” умонастроение: компьютеры, картотека, входящие документы, календарь и все остальное. В результате я смог успокоиться и поразмышлять о том, о чем не мог думать в окружении жены, детей и друзей.

[120]

Добравшись до офиса, понял: это именно то, что нужно. Однако выразить свои мысли не мог. По сути, я просто стеснялся говорить на эту тему, потому что и друзья, и Мелани позволяли себе пренебрежительные замечания о моей привычке работать по выходным. С тех пор как я стал самостоятельным человеком — сначала композитором, а теперь профессиональным финансистом, — всегда нуждался в том, чтобы ежедневно быть, так сказать, на посту, хотя бы часть дня. Это помогло сосредоточиться и включиться в работу. Тем не менее ни один из моих друзей, ни жена, ни дети такой потребности не испытывали и давно для себя решили, что подобное поведение можно изменить, если я чуть-чуть расслаблюсь. Мне не надо будет ходить в офис, освободится время для детей, и все будет прекрасно. Хотя я обожал проводить время с семьей, быть таким же отцом, как человек без СДВ, я просто не в состоянии. Совершенно очевидно, что без строгого расписания и времени наедине с собой — обязательно в одиночестве — я впадаю в панику».

Многие из симптомов Дугласа можно было бы объяснить и другими диагнозами: алкоголизмом, фобиями, тревожным, депрессивным или обсессивно-компульсивным расстройством, но ни один из этих вариантов не объяснял его симптомов так хорошо, как синдром дефицита внимания. Проблемы с чтением в школе довольно типичны для СДВ. У него могла быть и дислексия, но то, что он «выключался» через несколько строчек, — очень характерный признак. Его независимость, потребность делать все по собственному графику, в удобное время тоже свойственна больным СДВ, равно как и его плохая переносимость фрустраций и ощущение нереальности происходящего. Когнитивные нарушения обесценивали в его глазах любые успехи и больно били по самооценке.

Мы видим, как сложно было Дугласу вытерпеть напряжение в отношениях, в том числе выразить свои ощущения Мелани. «Я всегда считал, что описать ощущения и мысли о себе слишком сложно. Как будто заранее слышу весь разговор, знаю все его повороты и зигзаги. Так зачем разговаривать? Оно того не стоит».

Это не значит, что он не мог запланировать разговор. Мог, конечно. Но именно неизбежное напряжение, связанное с выражением собственных ощущений, вызывало тревогу. Построить объяснение от А до Я — несложное на первый взгляд задание — многих людей с СДВ раздражает. Они способны удержать в уме информацию, но им не хватает терпения последовательно ее изложить. Это слишком нудно. Куда лучше сказать все сразу. Иначе, как говорит Дуглас, оно того не стоит. Скучно.

[121]

Стоит отметить и другие симптомы. Дуглас лечил депрессивное настроение с помощью насыщенной жизни и алкоголя, а тревожность снимал благодаря структурированию. Побег с горнолыжного курорта домой, в порядок любимого офиса, у кого-то мог указать на проблему в интимной сфере, а у кого-то — на своего рода агорафобию*, но для Дугласа это был способ справиться с тревожностью, которую порождала неупорядоченная жизнь в горном отеле.

В восьмой главе, посвященной лечению синдрома дефицита внимания, мы увидим, как бывает важен порядок, а его отсутствие нервирует детей и взрослых с этим заболеванием. Дуглас искал структуру регулярно. Ему отчаянно не хватало ее в той поездке на курорт. Хотя нам всем в жизни нужен внешний каркас — немного предсказуемости, рутины, организации, — больные СДВ нуждаются в нем гораздо больше, чем большинство из нас, потому что им не хватает *внутренней* структуры. Их охватывает страх, что их мир в любой момент может рухнуть, и часто они живут на грани катастрофы, как жонглеры, которым бросили слишком много шариков. Их внутренний мир страстно жаждет уверенности, указателей, инструкций. Они нуждаются в опорах, к которым Дуглас тянулся в трудную минуту — компьютерам, картотеке, входящим документам, календарю, — потому что они убеждены: без этого их захлестнет хаос. Они нуждаются в порядке часто и очень сильно. Броситься с горнолыжного курорта домой, чтобы принять лекарство или уложиться в дедлайн, может и здоровый человек, но Дуглас вернулся, потому что

* Агорафобия — навязчивый страх, боязнь открытых пространств. *Прим. ред.*

[122]

там были его компьютеры и календари — созданные им опоры, чтобы обрести организованность и контроль над ситуацией. Без этих структур он чувствовал, как почва уходит из-под ног. Отчаянно, интуитивно искал он удовлетворение своих потребностей, и нашел лучшее лекарство. Можно живо представить, как он устраивается в кресле, протягивает руку к календарю, включает компьютер, проверяет входящие сообщения и облегченно вздыхает. Тревога отступает, а порядок успокаивает, как старый добрый друг.

Дуглас показал нам, как пользоваться структурой для «самолечения». Но как психотерапевту превратить структуру в метод терапии?

Специалист обязан вести себя активно и указывать пациенту, как реорганизовать свою жизнь. В отличие от методик, применяемых в психоаналитике, врач, занимающийся СДВ, должен предлагать конкретные варианты, способы организации, поддержания сосредоточенности, планирования, соблюдения графиков, расстановки приоритетов в предстоящих задачах и в целом борьбы с хаосом повседневности. Психотерапевт должен делать это не *за* пациента, а *вместе* с ним, чтобы тот мог научиться заниматься этим самостоятельно.

Психотерапевт может, например, предложить больному купить ежедневник, а потом поработать над его ведением или найти специалиста по финансовому планированию и напоминать о составлении плана. Такие действия — табу в большинстве видов традиционной психотерапии, но для больных СДВ они очень важны. Им нужны указания. Им нужна структура. Психотерапевт не должен говорить пациенту, на ком жениться, но он, несомненно, должен натренировать устраивать свидания.

Дуглас интуитивно чувствовал важность структуры. Я могу привести в пример самого себя как человека, который интуитивно понимал, что нуждается в структуре больше, чем кто бы то ни было. Задолго до того, как я узнал о своем диагнозе, понял, что без особого рода организационной поддержки не обойтись. На медицинском факультете я, например, во многом полагался на карточки, которые все четыре года помогали мне усваивать

огромный объем информации. Карточки особенно выручали на первых двух курсах, когда студентов знакомят с базовыми медицинскими дисциплинами. Я разбивал предмет на сотни фрагментов и записывал на каждой листке один-два факта. Одну карточку запомнить было несложно, а поскольку я сосредоточивался на них последовательно, уже не приходилось бороться с непосильным на вид предметом целиком. Такая методика структурирования — разбивать большие задания на маленькие (в моем случае большой курс на небольшие карточки) — очень пригодится любому студенту, но в особенности больным СДВ, потому что крупные проекты и сложные дела быстро их подавляют. Узнав, что такое СДВ, я понял, что на протяжении всей учебы эффективно «лечил» у себя эту болезнь с помощью различных методик структурирования.

[123]

Когда Дуглас ближе познакомился с СДВ, смог доходчиво описать чувства, связанные с этим заболеванием. Одним из лучших оказалось изложение одного из снов.

«Я, Мелани и еще примерно двенадцать студентов сидим на лекции по химии. Преподаватель пятидесяти шести лет яростно выводит мелом на доске длинные ряды уравнений, определяет константы — x , y и z , а затем задумывается.

Через несколько минут он поворачивается к аудитории и пытается нас заинтересовать. По его словам, все написанное касается разработки цизимара, но он не поясняет ни что из себя этот цизимар представляет, ни для чего используется, ни почему нам должно быть интересно узнать, как его «разработать».

Потом он решает уравнения, погружается то в одну, то в другую константу, очень скоро получает ответ — ноль и гордо оборачивается. Все присутствующие тоже переполняются гордостью.

Когда преподаватель начинает объяснять решение, я — видимо, единственный, кто не понял, ради чего все это было, — не очень громко спрашиваю: «Скажите, пожалуйста, что такое цизимар и почему мы хотим его разработать?» Но он

[124]

не слышит, так как возбужденно рассказывает, что вышло в результате решения уравнения. Я спрашиваю еще раз, на этот раз громче, и привлекаю внимание. Он замолкает, смотрит на меня, и все тоже оборачиваются. “Цизимар используют для балансировки щебня”, — говорит он и возвращается к теме. Я делаю секундную паузу, полагая, что теперь все остальное прояснится. И я осознаю, что хорошо представляю себе щебенку и при этом понятия не имею, зачем кому-то может понадобиться ее балансировать. Поэтому я спрашиваю: “А зачем балансировать щебень и в каких случаях вы хотите это делать?”

Тут становится ясно: я сбил с мысли и преподавателя, и студентов. Но мне все равно надо знать, что происходит, потому что неприятно слушать рассуждения, не имея представления, о чем они. Преподаватель берет со стола похожий на ложку предмет, наполненный какой-то маслянистой черной солью, явно точно отмеренной, нависает надо мной и начинает напористо говорить. Оказывается, эта ложка цизимара — результат всего, что он только что объяснил, и в определенных обстоятельствах она используется для балансировки щебня. Все это время я пытаюсь понять, что он имеет в виду, но это безнадежно. И он, и все остальные понимают, а я нет. Поэтому я встаю, поднимаю руки к небу, говорю: “Это какая-то чушь! Я пошел!” — и выхожу из аудитории, зная, что все оставшиеся (возможно, за исключением Мелани) считают меня тупым.

Где-то в глубине души я догадываюсь, что не совсем глуп, хотя действительно так себя чувствую. Предполагаю, что надо немного отвлечься от этой ситуации, подышать свежим воздухом, и тогда проблема решится сама собой.

На самом деле в моей жизни часто все так и было.

Для меня сон Дугласа — один из самых ярких примеров непонимания, которое терзает многих больных СДВ. На самом деле мой пациент очень хорошо успевал по математике и химии, но бывали моменты, как в этом сне, когда из-за своей болезни он совершенно ничего не понимал. Чувство нарастающей паники; ощущение, что какую-то чушь выдают за связный разговор;

боязнь, что мир погряз в бессмысленных рассуждениях, выдаваемых за содержательный обмен мнениями, — с этим неясным состоянием больные СДВ должны бороться изо дня в день.

[125]

Хотя Дуглас по-прежнему нуждался в индивидуальной терапии — лечение СДВ не сняло боли и всех его психологических конфликтов, — они с Мелани вышли из тупика. Применяя сочетание парной психотерапии, лекарственных средств и структурирования, Дуглас научился отчасти выносить напряжение; рассказывать жене о своих чувствах и слышать, что она ему говорит; научился планировать и предвидеть свои эмоциональные потребности, а не просто импульсивно на них реагировать. Многое в поведении этой пары стало понятно в контексте СДВ, и теперь Мелани меньше обижается на мужа. Когда Дуглас стал лучше слушать и общаться, реже «отключаться» во время разговора, то заметил, что его меньше тянет к алкоголю. Сначала он просто хотел сделать жене приятное, вознаградив ее за трудности, которые она из-за него испытывала, но позже ослабело и само желание выпить. В этой семье сейчас все хорошо.

Следующий случай познакомит нас с жизнью Сары, женщины, которой отец с малых лет говорил, что «у нее соображения, как у сойки», и главная ее проблема в том, что она «лентяйка». Хотя в душе она восставала против таких замечаний, что-то в ней принимало, впитывало эти колкости, встраивало их в образ самой себя. Теперь Саре пятьдесят, она замужем, дети выросли, и она занимается гончарным ремеслом. На консультацию женщина приехала из другого города: ее муж Джефф обнаружил у себя СДВ, и Сара пришла к выводу, что на многие из ее симптомов можно посмотреть так же.

Когда они вдвоем вошли в кабинет и сели, Сара быстро улыбнулась, чтобы сдержать слезы.

— Я не хочу плакать. Я говорила себе, что не буду плакать, — произнесла она.

— Если вы здесь расплачетесь — ничего страшного. Может быть, попробуете объяснить, чем вызваны эти слезы?

[126] — Я очень долго, много лет считала себя глупой, хотя знала, что это не так. Вот, я принесла с собой список, — добавила она, доставая какие-то бумаги. — Записала все, что могла. Прочитай-те, пожалуйста.

Она вручила мне помятые листы.

В первом пункте говорилось о леденцах от кашля. Я спросил Сару, что имеется в виду.

— Это история с леденцами, которые кто-то забыл в нашей машине. На следующий день я их заметила и подумала, что надо бы выкинуть. На первой остановке я уже забыла о них. Потом села в машину, снова увидела их и подумала, что выброшу на заправке. После заправки обнаружила, что леденцы так и лежат. Я весь день ездила, а леденцы все лежали и лежали в машине. Возвращаясь домой, я решила захватить их и выбросить, но, пока открывала дверь, снова благополучно об этом забыла. Когда же на следующее утро садилась в машину, меня приветствовали леденцы. Со мной был Джефф. Я посмотрела на конфеты и расплакалась. Муж спросил, в чем дело, и я сказала — в леденцах от кашля. Он решил, что я схожу с ума. «Но ты не понимаешь! Со мной всю жизнь так. Я что-то вижу и собираюсь сделать, а потом не делаю. Это не только с банальными вещами вроде этих леденцов. С серьезными делами то же самое». Вот почему я заплакала.

Это настолько классическая для СДВ история, что я стал называть постоянные сложности с выполнением только что составленных планов «признаком леденцов». Подобные ситуации возникают не столько из-за прокрастинации, сколько из-за того, что сиюминутная занятость отвлекает или мешает запоминанию. Человек может встать со стула и пойти на кухню за стаканом воды, а по пути забыть, зачем шел. То же самое проявляется и в большем масштабе: например, самое важное дело в расписании на день — сделать определенный звонок. Скажем, это имеет серьезные последствия для бизнеса. Вы собираетесь позвонить, вы хотите позвонить, вы не боитесь этого и даже настроились и чувствуете уверенность в своих силах. И тем не менее день идет, а вы так и не звоните. Невидимый щит прокрастинации словно

отделяет вас от решения задачи. Вместо этого вы затачиваете карандаши, говорите с коллегами, оплачиваете какие-то счета, обедаете, отвлекаетесь на мелкие проблемы, перезваниваете куда-то, чтобы освободить время для важного звонка, и обнаруживаете, что день прошел, а вы так и не позвонили. Или другой пример: вы решили подарить супруге цветы, весь день держите это в уме, по-настоящему хотите купить букет и даже в метро представляете, в какой магазин зайдете, но в итоге жена открывает дверь, вы говорите: «Здравствуй, дорогая», — а цветов в руке нет. Иногда это происходит из-за подсознательного нежелания дарить цветы, но иногда, и намного чаще, чем думает большинство, виноват синдром дефицита внимания. Человек хочет и собирается что-то сделать, но просто не делает: этот «признак леденцов» весьма распространен у взрослых больных СДВ.

[127]

Остальное в перечне симптомов Сары было как будто взято из статьи о синдроме дефицита внимания.

- В детстве я любила помечтать на уроке.
- Папа называл меня «лентяйкой» и говорил, что у меня «соображение, как у сойки».
- Я получила 730 баллов на устных экзаменах в колледж, но не сдала работу вовремя и получила тройку по английскому.
- Люблю новизну, часто меняю интересы.
- У меня много идей, но мне сложно упорядочить их, чтобы воплотить.
- Рабочий стол завален.
- Я все забываю.
- Часто мне сложно подобрать слово, поэтому я могу сказать, что придет в голову, или просто молчу и глупо себя чувствую.
- Лучше всего мне работается в рамках: все должно вписываться в общую картину. По-моему, я всегда ищу структуру.
- Сложно идти по прямой. Я обычно сворачиваю к чему-то или кому-то.

[128]

- Считаю, что думаю не так, как большинство.
- Если на лекции не очень интересно, я обычно засыпаю.
- Проблемы с письмом. Иногда я пишу не то, что хочу, пропускаю буквы или они выходят неправильной формы.
- Уборка в ванной в субботу: смотрю на работу и чувствую, что ее слишком много. Включаю радио, чтобы развлечься. Потом музыка начинает меня раздражать, и я ее выключаю. Вспоминаю о работе и берусь за нее. Все идет нормально. Часто я чувствую, что мне надо пробить стену, чтобы заняться делом.
- Как бы я ни старалась быть организованной, меня всегда окружает беспорядок!
- Работа по дому напоминает какой-то поток сознания: перескакиваю от одного к другому без всякой логики, просто по расписанию.
- Всегда пытаюсь все организовать, но это дается нелегко. Если организовать не получается, не могу вспомнить, где что лежит.
- Легко теряю мысль.
- Жизнь кристаллизуется вокруг проектов. Они дают мне пищу для размышлений.
- Чувствую, что надо постоянно подталкивать себя, особенно чтобы *начать* чем-то заниматься.
- Люблю простые вещи, старинную музыку, не романтическую.
- Пропалываю сад, навожу порядок. Мне нравится этим заниматься.
- Опаздываю. Даже если у меня много времени, я всегда его чем-нибудь заполняю, а потом довожу все до последнего или теряю чувство времени. У меня нет ощущения проходящего времени.
- В душе я чувствую отчаяние. Подбадривания других людей не помогают. Я нуждаюсь в переменах.
- Двери и выдвигаемые ящики: никогда не закрываю за собой, потом возвращаюсь, замечаю и закрываю.
- Про себя я словно кричу: «Я не дура!»

- Меня легко обидеть и оттолкнуть.
- Плохо убираю за собой. Меня подавляет большой беспорядок.
- Есть общие проблемы с отвлекаемостью и неорганизованностью.
- Я спокойнее всего, когда делаю что-нибудь своими руками, например работаю в саду или на гончарном круге.

[129]

Познакомившись со списком Сары, я спросил, как она его составила.

— Я просто диктовала, а Джефф записывал. Что вы думаете по этому поводу?

— Думаю, ваш список можно использовать как листовку об СДВ у взрослых. Я просмотрел его, и почти все описывает клиническую картину. Но, конечно, не полностью.

Всегда есть что-то еще. Проблемы, особенно у взрослых, почти никогда не ограничиваются одним синдромом дефицита внимания. Трудности Сары — ее чувство отчаяния и непохожести, ощущение, что «внутри что-то нуждается в переменах», — были вызваны не только СДВ, однако успешное устранение этих проблем должно учитывать наличие синдрома. Саре необходимо было разобраться со своим чувством опасности, воспоминаниями о жестоком обращении со стороны отца, ощущением, что она не такая, как все. Занимаясь этими вопросами, она очень помогла бы себе, если бы поняла, как именно усложняет картину СДВ.

Мы начали медикаментозную терапию, но Саре она поначалу не помогала. Тем не менее большую пользу ей принесла уже постановка диагноза; понимание, что такое СДВ и как это заболевание объясняет многие ее симптомы. Ей также пригодились мои практические советы. Полный список я приведу в восьмой главе, а здесь упомяну лишь те, которые больше всего помогли Саре.

1. Вступить в группу взаимной поддержки или организовать ее.
2. Попробовать избавиться от негативных эмоций.
3. Часто пользоваться внешним структурированием: списками, напоминаниями, файлами, ежедневными ритуалами и т. д.

[130]

4. С бумажной работой следовать принципу «взялся — доведи до конца».
5. Устанавливать дедлайны.
6. Делать то, что получается хорошо, и не тратить время на попытки добиться успеха в том, что выходит плохо.
7. Понимать перемены настроения и уметь с ними справляться.
8. Предвидеть, что после успеха начнется депрессия.
9. Учиться стоять за себя. Взрослые с СДВ так привыкли к критике, что часто не могут отстаивать свои интересы.
10. Учиться подшучивать над своими симптомами — в душе и с окружающими. Если расслабленно подходить к синдрому в целом и уметь над ним посмеяться, другим будет намного проще вас понять.

В дополнение к поставленному диагнозу, обучению и практическим советам я направил Сару к психотерапевту в ее районе и согласился при необходимости консультировать по телефону. После того как она уехала, я корректировал ее лекарственную терапию, пытаясь подобрать правильный режим. Сначала назначил антидепрессант дезипрамин, потому что, в отличие от стимуляторов, его надо принимать всего раз в день и он часто дает более равномерный эффект. Я начал с очень низкой дозы — 20 мг в сутки, но это почти не дало результата. Нет единого мнения, сколько дезипрамина нужно назначать пациенту. Обычная дозировка при депрессии варьируется от 100 до 300 мг в сутки, однако я пришел к выводу, что при СДВ бывают эффективны значительно меньшие дозы. И так как они вызывают меньше побочных эффектов, обычно я начинаю с 10–20 мг в день. Для Сары я постепенно довел дозу до 40 мг в сутки, что привело к серьезным улучшениям, о которых она пишет ниже. После довольно длительного курса консультирования и правильного подбора лекарств я получил от Сары следующее письмо.

«Уважаемый доктор Хэлловэлл!

Я хотела бы рассказать вам, как мне помогает назначенный препарат.

Корректировка, которую вы произвели, дала заметный эффект: в целом я чувствую себя более расслабленной, позитивной, эмоционально уравновешенной. Кроме того, меньше смущаюсь. Раньше я не замечала за собой этой черты, но, мне кажется, во многом из-за нее я избегала конфликтов и чувствовала напряжение при общении: под действием стресса плохо соображала и не могла быстро отвечать. Кажется, теперь мне стало проще взаимодействовать с людьми, а в конфликтных ситуациях появилось больше шансов разобраться в своих чувствах и высказать то, что я думаю. Не могу сказать, что отлично получается, но, несомненно, стало лучше.

[131]

Меня меньше пугают непредсказуемые люди.

На моем столе и рабочем месте стало меньше хлама, мне легче приводить все в порядок. Пока еще не так, как должно быть, но хотя бы какой-то прогресс...

По вечерам у меня остается больше сил, мысли теперь яснее. В целом жизнь начала приносить больше удовольствия.

Муж говорит, что я стала спокойнее, лучше себя контролирую и активнее участвую в беседах на общие темы.

Единственный побочный эффект, который заметила, — ухудшился сон. Но я все равно засыпаю, поэтому это не так страшно.

Советы по нелекарственной терапии оказались очень полезными, они помогают не сбиваться с курса. Я часто их перечитываю.

Еще размышляла о проблеме с отцом. В последний раз я вам писала: не могу представить, что хочу иметь с ним дело. С тех пор заметила в себе желание общаться с людьми постарше, которых я по каким-то причинам считаю родственными душами. Наверное, если как следует подумать, и отец, и тетя с его стороны, и моя сестра тоже болеют СДВ или чем-то похожим.

Некоторое время тому назад снилось, что я оказалась в доме своего детства и крайне рассердилась на женщину, которая была для меня чем-то вроде старшей сестры. Она очень деятельный человек, может выполнять десяток дел одновременно. Думаю, это был образ моей матери, которая заботилась обо мне, но не понимала по-настоящему.

[132]

Наверное, после того как я и муж обнаружили у себя СДВ, самым большим плюсом стало то, что мы теперь понимаем друг друга. Раньше казалось, что друзья понимают меня гораздо лучше, чем он, но после постановки диагноза и начала лечения муж стал намного веселее, энергичнее, с ним легче разговаривать. До этого он был похож на машину, которая пытается дать ответ. Теперь я чувствую, что он понимает меня лучше всех на свете».

Как и у детей, у взрослых СДВ принимает самые разные формы. Есть тяжелые случаи, когда человек едва способен нормально жить из-за сильнейшей неорганизованности, крайней несдержанности и полной неспособности доводить дело до конца. Кроме того, страдающий СДВ бывает скован вторичными симптомами — низкой самооценкой или депрессией. С другой стороны, иногда СДВ протекает очень мягко, и симптомы вообще едва заметны.

Такую форму заболевания легко не заметить даже людям, знающим о существовании диагноза. Симптомы бывают довольно неочевидными или скрыты другими — мы обсудим это в главе, посвященной диагностике, — а иногда человек так хорошо сумел адаптироваться к болезни, что кажется, будто проблем нет вовсе.

В моей практике было много случаев, когда это заболевание удавалось обнаружить лишь на поздних стадиях лечения другой болезни. Например, я пять лет проводил поддерживающую психотерапию одного очень успешного бизнесмена и только потом понял, что у пациента легкая форма СДВ. Берни приходил примерно раз в месяц обсудить заботы и беспокойства своей занятой жизни. Я был для него как доверенное лицо: со мной он затрагивал темы, которые хотел сохранить в тайне и которые при этом лежали вне сферы ответственности его бизнес-консультанта. Это были вопросы восприятия конкурентов, того, как он их оценивал, как они к нему относились, его мысли о мире бизнеса в целом, его опасения. Наша совместная работа, казалось, не имела ничего общего с СДВ и никак не затрагивала концентрацию внимания, управление импульсами, сдерживание беспокойства,

борьбу с прокрастинацией и неорганизованностью и прочие жалобы, которые обычно слышишь от больных синдромом дефицита внимания. Наши сеансы были необычной, но эффективной моделью психологической поддержки. Лишь когда мы заговорили об одном из его детей, а это произошло примерно через пять лет после нашего знакомства, я упомянул о симптомах СДВ. Мы на секунду посмотрели друг на друга, и у нас промелькнула одна и та же мысль: может быть, мы что-то упускаем?

[133]

Хотя синдром дефицита внимания не очень мешал Берни, его действительно беспокоили отвлекаемость, импульсивность и переменчивость настроения. Он часто «отключался» на встречах, ловил себя на том, что не может слушать разговор по телефону, даже если хочет; испытывал дискомфорт от прокрастинации и чрезмерных обязательств, сердился и становился несдержанным без видимых поводов. Когда он начал принимать стимуляторы, эти симптомы отступили, а работоспособность повысилась так, что он только качал головой от изумления. «Я теперь за одно утро делаю больше, чем раньше за неделю!» Поскольку Берни был человеком находчивым и одаренным интуицией, он, сам того не подозревая, лечил СДВ, стратегически применяя структурирование и делегируя другим то, чего не любил или не мог делать. «Но теперь благодаря лекарствам я такой сосредоточенный и организованный, каким себя не помню», — признался он.

Я чувствовал себя глупо: получалось, что специалист по СДВ пропустил симптомы у пациента, которого видел ежемесячно в течение пяти лет. Но дело в том, что, работая с Берни, я, образно выражаясь, закрыл диагностическую тетрадь. Когда наши беседы стали регулярными, я перестал мыслить категориями диагностики. Лишь упоминание симптомов его ребенка, к счастью, вновь вернуло меня в этот режим. Это стало для меня серьезным уроком. Я осознал, насколько то, что мы видим, зависит от контекста. Вот я, профессионал, специально обученный выявлять симптомы синдрома дефицита внимания, много лет работаю с человеком, у которого есть многие из этих симптомов, а я их не замечаю. И оказался просто не готов заметить. Контекст моей

[134]

работы с Берни определял его как человека, не страдающего от СДВ, поэтому я не видел очевидных симптомов. Готов поспорить, что не заметил бы их у близкого друга и даже у собственной жены — опять же из-за контекста.

Это беда всех взрослых: о нас уже сложилось какое-то впечатление, да и мы сами уже имеем о себе определенное мнение. Из-за этого провести радикальную переоценку невероятно сложно, а для постановки диагноза СДВ нужно именно это.

В большинстве случаев синдром протекает тяжелее, чем у Берни, но при этом большинство страдающих от СДВ во взрослом возрасте нельзя назвать неудачниками. Это заболевание есть у многих весьма успешных людей, особенно творческих — художников, актеров, писателей, а также ученых; представителей профессий, требующих энергии и риска, и у тех, кто работает на себя.

Недавно я лечил одного врача — назовем его Джошуа. Он обратился ко мне по поводу депрессии. Джошуа было за пятьдесят: высокий плотный мужчина, борода с проседью и характерный акцент. Я не смог определить его национальность и предположил:

— Вы говорите как южанин?

— Возвышенности Теннесси. Один из многих южных диалектов.

Он оказался теплым, дружелюбным человеком, специалистом по общей хирургии, но уже не оперировал, а консультировал.

— Когда медицина перестала быть медициной и свелась к работе с бумажками, я ушел, — пояснил он. — С профессиональной точки зрения у меня все хорошо. И в браке тоже. Я просто не живу так, как мог бы. Не достигаю вершин. Я не такой творческий, каким мог бы быть. Вероятно, на то нет оснований, но мне кажется, я способен на большее. Не знаю, сможете ли вы помочь. У меня депрессия, но она всю жизнь то разгорается, то утихает. Я долго страдал алкоголизмом, но уже двадцать один год не пью.

— Как вы бросили? — спросил я.

Он усмехнулся, словно насмехаясь над различными организациями, которые претендуют на помощь людям с зависимостью.

— Применил единственный верный способ: завязал. В один прекрасный день просто перестал пить. До меня дошло, что эта привычка убьет или меня самого, или пациента, что еще хуже.

Не могу сказать, что не скучаю по выпивке, но с тех пор не пил ни разу. Когда я бросил пить, депрессия немного ослабла, но все равно такое настроение бывает. Черное, тягучее время, когда

[135]

— Вы начинаете себя ругать?

— Да. Так всегда было. Я ругаю самого себя, обзываю, раз за разом вспоминаю все неудачи. Знаете, сейчас могу рассказывать обо всем этом как о симптоме, но, когда это все на меня находит, лучше умереть. Я часами, даже днями зацикливаюсь на этих мыслях. Могу делать обычные дела, работать, но голос внутри меня звучит не переставая. Жена не может его остановить, никто не может. Я много раз ходил к психиатрам и перепробовал, наверное, все существующие антидепрессанты, но ничего не помогает. Может быть, придется с этим жить.

Он поднял брови, как будто рисуя знак вопроса там, где голос поставил точку.

— Не знаю, — сказал я. — Давайте попробуем получше разобратся в этих настроениях.

Выслушав долгую историю, я понял, что мрачные периоды Джошуа были нетипичны для депрессии. В них нет апатии, безнадежности и пессимизма. Он не терял сон, не переставал работать, не отгораживался от мира, как многие в этом состоянии. Имел место скорее активный внутренний монолог, как будто проповедник с амвона бичевал его за грехи. Кроме того, Джошуа никогда не думал о самоубийстве и не терял надежды на будущее.

С другой стороны, с самого детства у пациента наблюдалось множество признаков СДВ, которые он компенсировал структурированием и целеустремленностью.

— Знаете, — сказал я, — думаю, что может быть полезно посмотреть на вашу депрессию с другой точки зрения. Предположим, что это своего рода пагубное порождение вашего внимания. Вы теряете перспективу. Вместо того чтобы распределять внимание равномерно, вы излишне фокусируетесь на негативе. Это подспудный, но мощный процесс. Затем вы ощущаете, как какой-то безумный проповедник начинает вас обличать, и не можете перестать его слушать. Если говорить о диагнозе, то рассказанное

вами заставляет думать, что у вас, вероятно, взрослая форма синдрома дефицита внимания.

[136] — Вы имеете в виду то же самое, что у гиперактивных детей? — скептически спросил Джошуа.

— Совершенно верно. Но ваша разновидность особенно сильно поражает настроение. Вы концентрируетесь на плохом настроении и не можете сдвинуться с места. Вы не смеете его отпустить, опасаясь хаоса, идущего ему на смену.

Что-то в моих словах привлекло пациента. Он начал смотреть в угол потолка и с удивлением в голосе повторил: «Концентрируюсь на плохом настроении. Интересная мысль. Продолжайте».

В описанном выше случае Лора сосредоточивалась на тревожности, своем главном симптоме. Джошуа же наибольшее беспокойство причиняло персеверативное*, негативное мышление. Я рассказал ему про СДВ с тревожностью и депрессией, и он согласился, что это не исключено.

— Вы подразумеваете, что мой разум может попасть в цикл повторений — руминаций**, как вы их называете, — как бегущая в ловушку ондатра? Ловушка закрывается, и зверь не может вырваться. Я так это ощущаю и постоянно борюсь с этим. Я называл это состоянием депрессией, потому что оно причиняло сильную боль, но теперь, когда вы нашли иное сравнение, я понимаю, что это скорее борьба, а не депрессия.

— Именно так. Обычно вы концентрируетесь на задаче, графике или еще какой-либо логической схеме, но, попав в одну из таких ловушек, начинаете фокусироваться на беспокойстве и презрении к самому себе. Если получится игнорировать эти мысли — хотя это непросто — и посмотреть на сам процесс руминации, может быть легче вырваться из западни. Вместо того чтобы вступать в спор и отвечать вашему «проповеднику», игнорируйте его. Единственный способ это сделать — выйти из его

* Персеверация — устойчивое повторение какой-либо фразы, деятельности, эмоции, ощущения; «застывание» в сознании человека какой-то одной мысли. *Прим. ред.*

** Руминация (в психиатрии) — навязчивый тип мышления, при котором одни и те же темы или мысли постоянно возникают в голове человека, вытесняя все другие виды психической активности. *Прим. ред.*

«церкви». Сходите на пробежку. Позвоните кому-нибудь. Напишите письмо. Включите громкую музыку. Делайте все что угодно, лишь бы переключить внимание с ненависти к себе на что-то другое. Если у вас подобное расположение духа, не время заниматься самокопанием. Остерегайтесь «проповедника» — он притягивает. Вы человек интеллигентный, любите слова, выросли в строгих моральных рамках, поэтому, когда слышите аргументы против себя, едва ли можете удержаться от возражения. Но если вступите в диалог — вы попались! Вы не сможете переспорить «проповедника». Последнее слово всегда будет за ним.

— Вы правы, — согласился Джошуа и добавил с улыбкой, — вы говорите так убедительно, будто сами были на моем месте.

— Скажем так: мне очень многие об этом рассказывали.

— А другие симптомы? Каковы они?

— Вы упомянули, что выпивали; рассказывали, как любите заниматься прокрастинацией; беретесь за много дел сразу; не можете организовать себя; трудоголизм для вас — способ стимуляции; вы подолгу не можете начать, например, письменную работу и постоянно ее откладываете. Во всем этом может быть виноват синдром дефицита внимания.

Когда диагноз подтвердился, мы согласовали курс лечения. После начала лекарственной терапии и нескольких сеансов, посвященных более глубокому анализу ситуации, Джошуа стало заметно лучше. Он обнаружил, что по-настоящему любит свою работу. Начал замечать, что происходит вокруг. Но самое главное, исчезли периоды мрачного настроения. Иногда он по-прежнему чувствовал себя несчастным, но это было не так опасно, как раньше. «Я научился избегать “проповедника”, — пояснил он. — Вижу, как он хмурится, и смеюсь». Поняв, что концентрируется на депрессии и тревоге, Джошуа смог побороть эту склонность. Лекарства помогали и сосредоточиваться, и контролировать настроение. Когда концентрация и организация перестали быть тяжким трудом, он заметил, что работа стала упорядоченнее, и у него появилось время начать ряд проектов, которые он до сих пор откладывал. Как и многие, обнаружившие у себя СДВ во взрослом возрасте, Джошуа пришел в восторг от нового понимания своей личности

[138] и от эффективности лечения. «Вы знаете, я не ожидал многого. То, что вы сделали, просто изумительно. Я как заново родился. Моя жена вне себя от счастья. Мир просто обязан знать об СДВ».

Хотя я разделяю радость Джошуа, придется сдержать его энтузиазм. Восхитительна начальная фаза лечения СДВ — время открытия у себя этого синдрома; использования догадок, с этим связанных; понимания, что лекарства действительно работают. Это может по-настоящему преобразить жизнь человека. Перед ним открываются новые возможности. У некоторых пациентов перемена просто поразительная: это как внезапно заговорить на иностранном языке, на котором раньше не понимал ни слова, или начать виртуозно владеть теннисной ракеткой, которая прежде лежала в руке, как кирка, или написать и сдать в печать книги, статьи и проекты, которые до этого были только в мыслях.

С другой стороны, после начальной фазы лечения борьба обычно не заканчивается. Некоторым счастливицам везет, но большинство больных продолжают ежедневно сталкиваться с проблемами. Лечение действительно помогает справиться с симптомами, но не устраняет их. СДВ никуда не уходит. Его нельзя удалить хирургически. Если у человека есть этот синдром во взрослом возрасте, с ним придется жить до конца дней.

Люди, проходящие лечение от СДВ, обычно продолжают бороться с неорганизованностью, отвлекаемостью и недостаточным контролем импульсов, но им еще сложнее справиться с вторичными симптомами, которые развились за годы жизни с недиагностированным СДВ. Это неуважение и недоверие к себе, низкая самооценка, депрессия, боязнь общения, нервозность в отношениях и злость на прошлое. Такие раны заживают очень медленно.

ГЛАВА

4

Жить и любить с СДВ

*Синдром дефицита
внимания в парах*

Когда один или оба партнера больны синдромом дефицита внимания, повседневная жизнь становится очень нестабильной. Одна женщина, живущая в такой паре, призналась: «Никогда не знаешь, чего ожидать. На него ни в чем нельзя положиться. Цирк какой-то». Синдром может нарушить интимные отношения и истощить обоих партнеров. Однако если правильно отрегулировать ситуацию, супруги смогут сотрудничать, а не воевать друг с другом.

Когда СДВ лежит в основе семейных проблем, диагноз часто не замечают, потому что они могут выглядеть не особенно необычными. Муж возвращается домой и тут же берет в руки газету. Ему сложно быть внимательным, особенно если речь идет о чувствах; он слишком много пьет и борется с низкой самооценкой, игнорируя непрерывные попытки жены приблизиться к нему. Или жена хронически фантазирует, впадает в депрессию, жалуется, что не реализует потенциал и чувствует себя дома как в ловушке. В обоих случаях картина совпадает с СДВ, но лишь немногие это понимают, потому что симптомы довольно стандартны.

Часто эти проявления приводят пару на грань развода. Например, Сэма и Мэри Ротман направил ко мне психотерапевт, к которому муж записался из-за того, что жена считала лечение единственной альтернативой расставанию. Обоим было сорок с небольшим, они женаты восемь лет и воспитывали ребенка — пятилетнего Дэвида.

На первый сеанс они опоздали на пятнадцать минут. Сэм сказал, что из-за пробок.

— Это не помешало бы, если бы мы вышли вовремя, — быстро встала жена. [141]

— Она права. Но со мной всегда так. Я постоянно везде опаздываю.

— Кем вы работаете?

— Я по профессии врач скорой помощи, но уже несколько лет не практикую. Какое-то время работал мультипликатором, сейчас пытаюсь реализовать себя как писатель-фрилансер.

— И как успехи?

— Приходится непросто, но заказы есть. По крайней мере пока.

— Сэм, давай скажем доктору, зачем мы пришли, — вмешалась Мэри.

— Хочешь объяснить сама, или мне рассказать? — спросил Сэм, взглянув на жену. Они уселись на противоположные концы дивана. Оба казались моложе своих лет: Сэм высокий, элегантный, с вьющимися черными волосами; Мэри пониже, темные волосы разделены пробором, очки в роговой оправе, в руках ноутбук.

— Мы пришли, потому что... — начала Мэри и остановилась, словно собираясь с мыслями. — Мы здесь, потому что, откровенно говоря, муж превращает мою жизнь в ад. Нет, он меня не бьет, не изменяет, не пьет и не играет в азартные игры. Он просто ведет себя как безответственный маленький мальчик. Мне не мешает, что он сменил работу, потому что медицина для него недостаточно интересна. Мне не мешает, что он встает посреди ночи, потому что ему ни с того ни с сего стало скучно и захотелось полетать. Мне не мешает, что он заказывает билеты в Австралию для всей семьи, не спросив меня, а потом называет занудой, потому что я от этого не в восторге. Мне не мешает, что муж больше путешествует, чем проводит время дома. Мне не мешает, что у него безумно дорогая страховка, потому что он летает на самолете, занимается планеризмом и прыгает с парашютом. Мне не мешает, что Сэм вечно все теряет, не помнит, где что положил, и забывает про дни рождения и годовщины. Мне не мешает, что он не способен дольше пяти минут смотреть телевизор, не переключая каналы, даже если передача ему нравится. Со всем этим можно ужиться. Но мне

[142]

категорически не нравится, что он вообще не замечает меня! Он так занят собой, что я с тем же успехом могла быть роботом. У него нет ни малейшего представления о моей внутренней жизни. Он и не подозревает, что у меня есть какая-то внутренняя жизнь. Он не знает меня. После восьми лет в браке мужчина, за которого я вышла замуж, меня толком не знает. И даже не подозревает об этом. Это превращает мою жизнь в кошмар, а Сэма совершенно не волнует. Он для этого слишком забывчивый. Вот почему мы здесь, доктор. По крайней мере я. Расскажи теперь о себе, дорогой.

Мы оба посмотрели на Сэма. Сэм глубоко вдохнул и медленно начал.

— Ты всегда хорошо излагаешь. Что тут добавить? Она права. Но я не специально так себя веду. И то, что ты говорила про свой внутренний мир, — это неправда. Я знаю, что у тебя есть внутренний мир. И мне кажется, я почти всегда знаю, что у тебя на душе.

— Да что ты говоришь! Ну, расскажи.

— Во-первых, ты думаешь обо мне, — начал Сэм.

— Вот видите! — не дала ему закончить Мэри. — Он так зацелен на своей персоне, что полагает, будто я больше ни о чем не думаю.

— Могу я на секунду вас прервать? — вмешался я. — Есть ведь какая-то особая причина, по которой вы обратились ко мне, а не к какому-нибудь другому психиатру, правда?

— Да, есть, — согласился Сэм. — Несколько месяцев назад жена настояла, чтобы я начал ходить на психотерапию.

Мэри вздохнула, закатила глаза, но промолчала.

— Мой мозг прав — ничего, что я так называю вашу профессию? В общем, Гарри — я его имею в виду, — он мне нравится, но поначалу я не был в этом так уверен. Без обид, но психиатрия — не та область медицины, которой я по-настоящему доверяю. Гарри показалось, что у меня может быть синдром дефицита внимания, и, если мы хотим начать парную терапию, возможно, имеет смысл показаться человеку, который разбирается в этом. Я понятно говорю?

— У Сэма такая черта, — вставила Мэри. — После того как он выговорится, любит добавить это «Я понятно говорю?».

Ты рефлекторно киваешь, а на самом деле думаешь: «Нет, вообще ничего не понятно».

— Честно говоря, на этот раз и правда все ясно, — сказал я. — После разговора с вами позвонил Гарри и поделился своими идеями.

[143]

— Замечательно, — сказал Сэм. — Он не терял времени.

Когда мы рассмотрели историю Сэма, обнаружилось множество свидетельств в пользу диагноза СДВ.

— А как отличить СДВ от простого эгоизма? — поинтересовалась Мэри. — Я, конечно, не психиатр, но разве нет чего-то вроде патологического нарциссизма? По-моему, Сэм страдает как раз этим. Он только о себе и думает.

— Может быть, будет правильнее посмотреть на его поведение под немного другим углом. Скорее всего, он не замечает никого, кроме себя, потому что постоянно отвлекается или его тянет какая-то форма интенсивной стимуляции, позволяющая избежать скуки.

— Понятно. Ему со мной скучно.

— Нет, дело не в вас, а в повседневности. Он не научился сосредоточиваться на повседневной жизни, включаться в нее. Вместо этого ему нужна скорая помощь — в прямом и переносном смысле, — чтобы сфокусировать внимание.

— Я тебя не считаю скучной, Мэри. Честное слово, — горячо заверил Сэм.

— Но если я для тебя важна, почему ты не обращаешь на меня внимания? Почему никогда ничего не помнишь? Но если бы ты заботился обо мне, то запоминал бы — ты же знаешь, как для меня важны такие вещи.

— Видите ли, в чем дело, — прервал я Мэри. — Вероятно, он физически не может все это запомнить. По крайней мере, не так, как другие люди.

— Но он же окончил мединститут!

— Это был тяжелый труд, — быстро вмешался Сэм. — Ты себе не представляешь. Вся эта зубрежка. Меня перед экзаменами натаскивали друзья. Было нелегко.

— Плюс к этому высокая интенсивность ситуации мотивировала вас и помогала сосредоточиться, — добавил я.

— То есть наша семья слишком пассивная, чтобы привлечь его внимание? Вы это имеете в виду? — съязвила Мэри.

[144]

— Не совсем так, но я сомневаюсь, что вам хотелось бы превратить свой брак в нож у горла, как мединститут.

— В этом вся моя проблема. По-моему, единственный способ заставить его обратить на меня внимание — приставить ему к горлу нож. Я уже устала так жить. Я хочу, чтобы он тоже взял на себя ответственность. Мне не важно, как это называется: СДВ, эгоизм или идиотизм, но я от этого устала. Я хочу, чтобы он меня узнал. Я хочу, чтобы вместе со мной волновался, когда Дэвид идет в школу, а не просто кивал головой. Не хочу вкладывать все, что собираюсь сказать, в пять секунд внимания, которые он мне выделяет в день. Я не хочу чувствовать, что вышла за незрелого человека, который все никак не найдет себя. Он может наконец повзрослеть?

— А если я скажу вам, что все это обычно наблюдается у людей со взрослой формой СДВ?

— И что теперь? Я все равно хочу жить по-человечески.

Можно сказать, желание Мэри исполнилось. Это произошло не сразу, потому что, кроме постановки диагноза СДВ, пришлось сделать много других вещей. В чем-то очень помогли индивидуальные сессии Сэма у Гарри, что-то мы сделали на парной терапии.

Получив диагноз СДВ, Сэм начал принимать лекарство три раза в день. Оно хорошо помогало сосредоточиваться и эффективно удерживать внимание, а также снизило перепады настроения. Никаких побочных эффектов не наблюдалось. Препарат сделал его менее эгоцентричным, сбавил темп его жизни. Сэм перестал нуждаться в стимуляции и постоянных отвлечениях и вернулся к реальной жизни. Благодаря лекарству он разобрался в собственных чувствах, «узнал» жену и перестал витать в облаках.

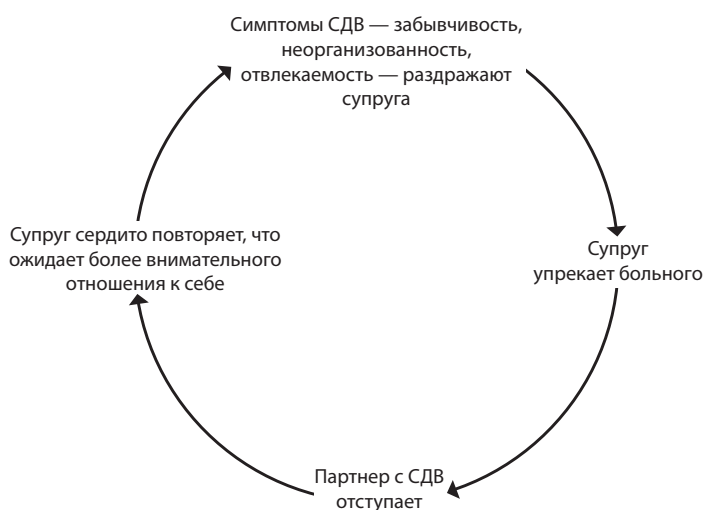
Однако на этом борьба не закончилась. Сэму и Мэри пришлось потрудиться, чтобы спасти семью. Потребовались упорство и ежедневная непрерывная забота друг о друге. Сэму надо было отвыкнуть от многих привычек, а Мэри — избавиться

от накопившихся гнева и обиды. Они любили друг друга, хотели быть вместе и работали над этим, но им не было легко.

Синдром дефицита внимания не возникает в вакууме. Партнер человека с таким диагнозом может получить от восприимчивого обсуждения не меньшую пользу, чем сам больной. Пытаясь удержать ситуацию под контролем, не допустить финансового и эмоционального краха семьи, привести дела в порядок, партнер может испытывать сильные нагрузки. Для Мэри же самым полезным инструментом оказалось знание об СДВ. До того как она узнала об этом заболевании, и в частности о болезни Сэма, ей оставалось объяснять неприятные черты мужа «эгоизмом» и «нарциссизмом». Когда она поняла, что такое СДВ, и осознала, что это неврологическое заболевание, ей стало намного легче прощать промахи мужа и искать решение проблемы.

Кроме пересмотра поведения Сэма с точки зрения СДВ, Мэри нуждалась в том, чтобы Сэм уделял внимание *ее* жизни. Быть супругом взрослого больного СДВ — выматывающее дело, Мэри может это подтвердить. В таких случаях один из супругов чувствует, что его не слышат, и это очень раздражает. Чем сильнее раздражение, тем больше пренебрежения с его стороны, а чем больше пренебрежения, тем дальше отстраняется партнер.

В парах, где один из двоих болен СДВ, часто наблюдается следующий цикл.



[146]

Чтобы прервать этот цикл, нужно не только вылечить СДВ, но и разобраться с чувством гнева у партнера, не отягощенного этим заболеванием. Накопленный за много лет гнев может оказывать пагубное влияние, и за несколько недель или месяцев оно не спадет. Если супругу без СДВ годами приходилось брать все на себя, постоянно чувствуя отсутствие поддержки и невнимание, он неизбежно будет сердиться. Просто сказать: «Знаешь, у меня СДВ» — мало, чтобы его успокоить. Это может даже испортить ситуацию. Обнаружив после стольких лет страданий, что для неорганизованности и отвлекаемости была причина — нелеченное заболевание, — супруг может рассердиться еще больше: «То есть всех моих мучений могло и не быть? Теперь мне просто хочется его убить».

Человека можно понять. Надо обязательно признать и выразить эмоции, а потом взглянуть на ситуацию шире. Мэри важно было почувствовать, что ее ценят и слышат. Важно, чтобы Сэм признал — с ним бывает нелегко, независимо от того, виноват он в этом или нет. Не то чтобы Мэри желала обвинить Сэма. Ей, скорее, хотелось, чтобы муж понял, сколько боли он причинил ей своим заболеванием. Как Сэм нуждался в том, чтобы Мэри поняла суть СДВ и его влияние на поведение, так и Мэри было необходимо, чтобы Сэм понял, каково жить с больным супругом и как это повлияло на ее поведение. Во время психотерапии пар, где один болен СДВ, должны высказываться чувства *обоих* партнеров, и относиться к ним нужно с одинаковой серьезностью.

Иногда муж или жена считают себя «идентифицированным пациентом» и требуют, чтобы супруг не участвовал в лечении. Эдгар пришел ко мне с женой, но сначала попросил поговорить со мной наедине. На прием ко мне он записался, потому что родные отказались от него: решили, что с них довольно. Поскольку семья владела автосалоном, в котором работал Эдгар, в их власти было его уволить. Однажды его вызвали и сказали, что больше не могут работать с настолько безответственным человеком. Ему было сказано, что с голоду умереть не дадут, но видеть у себя на работе и дома больше не желают. Они полагали, что единственный способ с ним справиться — просто не общаться. Они думали, что он родился неудачником, вдобавок раздражающим.

— Что я могу вам сказать, доктор? — он глядел на меня через толстые стекла очков, жуя жвачку и морща лоб от беспокойства. — Я очень неприятный человек. Родственники решили, что не могут меня вытерпеть, и выгнали. Если честно, я их понимаю. Наверное, жена сделает то же самое, это просто вопрос времени.

[147]

Затем морщины на лбу разгладились, и он улыбнулся. Понизив голос, чтобы никто не подслушал, хотя в кабинете больше никого не было, Эдгар тихо произнес:

— Но знаете что, доктор? Я себе нравлюсь такой, какой есть. Я должен быть самим собой и все, понимаете? Да, я выкинул несколько тысяч долларов на круиз, в который мы так и не поедem. Почему жена не в восторге, что я подарил ей поездку? Да, я катаюсь по шоссе с Диланом* в динамиках на полную громкость и курю косяк. Что в этом такого? Лучше ничего быть не может. Я не могу сидеть в офисе, смотреть на милых людей внизу в салоне, строить планы на день и быть хорошим. Это просто не мое. Разве это плохо? Почему я ничего не стою, если десять лет не был у стоматолога? Даже это есть в их списке, представляете? Какое им дело, хожу я к стоматологу или нет? Кому нравится ходить к дантисту? За это меня отлучили от их общества? Говорю вам, доктор, я бываю неприятным, но такого обращения не заслуживаю.

— А вам самому мешает ваш характер? — спросил я.

— Мешает, конечно. Но я ничего не могу с этим поделать. Иногда мне чего-нибудь хочется, и я не успеваю подумать, как уже делаю. Я даже перестал давать обещания Аманде, потому что никогда не держу слово. Со мной невозможно, она правильно говорит. Вы знаете, что мне по-настоящему нравится? Я люблю в три часа ночи, когда не могу заснуть, спуститься в зал салона и включить во всех автомобилях радио на полную громкость. Прекрасное чувство: стоишь в лучах включенного света и слушаешь рев радио, пока все остальные спят. Весь мир для меня одного. Так, как я хочу. На моих условиях.

— А семья... — начал я.

* Дилан, Боб — американский музыкант, художник, писатель и киноактер. Культовая фигура в рок-музыке на протяжении пятидесяти лет. *Прим. ред.*

[148]

— Их тошнит от этого. Они говорят: «Как это выглядит со стороны, если кто-то посреди ночи играет в автосалоне?» или «Эдгар, пора повзрослеть!» А я на это: «Вы правы, я постараюсь». Но никак не могу вырасти. Кажется, в этом моя проблема, доктор. Я просто застрял в детстве.

Хотя Эдгар вел себя необычно, описание взрослого больного СДВ как незрелого или ребенка не редкость. Окружающие не знают, как еще можно объяснить такого рода поведение, поэтому попрекают человека несоответствием взрослым стандартам. Они надеются пристыдить его и заставить изменить поведение. Такая тактика обычно не срабатывает.

— Эдгар, — сказал я. — А как вы сами думаете, почему вы все это делаете?

— Я не знаю, доктор! Господи, я как раз за этим сюда пришел. Это вы должны мне сказать.

— Я попытаюсь, но мне надо больше информации. На какие еще ваши действия люди жалуются?

— На то, что я гоняю по трассе и делаю то, что вам рассказал, в демонстрационном зале. Еще я оскорбляю клиентов. Даже не знаю, как вам объяснить. Если мне не нравится чье-то отношение, не могу удержаться. Недавно сказал одной женщине, что с таким характером ей самое место в автоинспекции. Она постоянно молча подсовывала мне какие-то бумажки. Это раздражает, знаете. Но вообще родственники правы, не стоит так разговаривать с клиентами. Клиент всегда прав. Иногда я просто ничего не могу с собой поделать.

— Это доставляет удовольствие, правда?

— Несомненно. Родня в глубине души тоже веселится. Им будет не хватать моего общества.

Как обычно бывает, проблема Эдгара таилась не только в синдроме дефицита внимания, но он составлял большую ее часть. Его импульсивность, беспокойность, нетактичность и кипучая энергия тоже были причиной пристрастия к такому поведению. Несмотря на неприятный, по его словам, характер, Эдгар был довольно симпатичным человеком, и я уверен, что родственникам на самом деле будет его не хватать.

— А вам когда-нибудь бывает грустно, Эдгар?

— Я стараюсь не унывать. Это не для меня. Моя философия — жить!

[149]

Потом я встретился с Аmandой и Эдгаром вместе. Аманда оказалась женщиной с добрым лицом, на пятнадцать сантиметров выше мужа и настолько же уравновешенной, насколько Эдгар был возбудимым.

— Сама не знаю, за что его люблю, но все равно люблю. Но Эдгар меня доводит до сумасшествия. Самое интересное, что он и себя доводит. Не верьте, он не плохой человек. Просто он как постоянно кипящий котелок. Есть какой-то способ убавить огонь? — спросила она.

— А как вы с нимживаетесь?

— Ой, это целая история. Ни одной спокойной минуты. Я просто немного устала и знаю, что с него этого тоже довольноно.

Через несколько недель знакомства с Эдгаром и ряда тестов я был уверен, что у него синдром дефицита внимания. Его диагноз следовало отличить от мании. При мании наблюдается более сильная «эйфория». Иначе говоря, человек с манией находится под ббльшим давлением и почти не способен себя сдерживать, в отличие от больного СДВ, а также проявляет определенные симптомы, которые при СДВ отсутствуют: в частности, речевой напор, когда пациент буквально захлебывается словами, в нем борются идеи, он перескакивает от темы к теме, не останавливаясь ни на секунду. Мания производит качественно иное впечатление: пациент кажется стороннему наблюдателю неконтролируемым, в то время как больной СДВ просто выглядит рассеянным и как будто куда-то спешит. На основе истории детства Эдгара, которая указывала на СДВ, и его нынешней ситуации, в которой наблюдались периоды возбуждения, но не мании, а также на основе психологического тестирования было определено, что у Эдгара — синдром дефицита внимания.

Я не стал заниматься с ним индивидуально и решил проводить сеансы вместе с Амандой. Жене не меньше, чем Эдгару, важно было понять, что происходит. Его способность к осознанию проблемы поначалу была минимальной, а наблюдения

[150]

за собой — ненадежными. Можно сказать, что Аманда стала его тренером и напоминала о вещах, о которых он иначе забыл бы. В большинстве случаев такая парная терапия неэффективна, потому что определяет одного из партнеров в качестве пациента. Но при СДВ это целесообразно.

Благодаря Аманде и лекарствам у Эдгара со временем выработалась определенная привычка думать, прежде чем действовать и говорить, а также расслабляться и сосредоточиваться, не прибегая к быстрой езде, громкой музыке и марихуане. Он даже записался к стоматологу. Эдгар часто просил увеличить дозу препарата и заниматься с ним во время сеансов предельно честно, называя вещи своими именами. «Я это выдержу, доктор. Давайте!» Мне приходилось объяснять, что больше не всегда значит лучше, и некоторые его просьбы «провести капитальный ремонт», как он это называл, были в тот момент просто невыполнимы.

Через полгода Эдгар с Амандой пришли к выводу, что дальше справятся сами. Когда завершить терапию СДВ — сложный вопрос. У некоторых лечение занимает всего несколько сеансов, но большинству пациентов этого недостаточно. Один больной или с партнером должны обдумать много моментов, и хороший психотерапевт в силах облегчить этот процесс. Некоторое время может потребоваться на подбор подходящего лекарства и дозировки. Наконец, помощи психотерапевта иногда требует и эмоциональная подстройка под СДВ. Средняя продолжительность лечения СДВ у взрослых составляет от трех до шести месяцев.

Подошло время последнего визита Аманды и Эдгара. Родственники позволили ему вернуться к работе на испытательный срок. Аманда сказала, что его действительно не хватало.

— Огромное спасибо, доктор, — произнес Эдгар. — Никогда бы не подумал, что скажу эти слова человеку вашей профессии, если вы понимаете, о чем я.

— Эдгар! — воскликнула Аманда

— Вы знаете, за что благодарите? — поинтересовался я.

— Конечно, доктор, — сказал Эдгар. — Я благодарю вас за то, что вы солидно прочистили мне мозги.

— Эдгар! — снова возмутилась Аманда.

— Все в порядке, — сказал я. — На самом деле это настоящий комплимент. Но мне любопытно, считаете ли вы сейчас, что мы здесь говорили о разумных вещах?

[151]

— Скажу вам честно, доктор. Я не помню большей части того, что вы мне рассказывали. Рядом сидит Аманда, моя палочка-выручалочка. Она записывала все эти рекомендации и перечитывала вслух дома. Она составляла списки, делала все то, что вы считали нужным, следила за тем, чтобы я принимал лекарства. Знаю ли я, чем мы тут с вами занимались? Я знаю, что у меня СДВ. Это я выучил. Сейчас я чувствую себя совсем по-другому. Я не такой нервный и лучше себя контролирую.

— Вам не хватает травки и гонок на машине?

— Честно? Я по ним не скучаю, хотите верить, хотите нет. Мне теперь вообще страшно об этом вспоминать. Но, может быть, это просто из-за того, что я провел много времени с вами и Амандой. Еще посмотрим, что будет завтра.

Я слышал, что супруги не расстались, Эдгар работает, и его жизнь складывается неплохо.

При работе с парами и СДВ возникает много других вопросов. Один из самых важных и хуже всего освещенных в литературе — сексуальность.

Влияние СДВ на половую сферу изучено недостаточно. В практике мы наблюдали многих пациентов, и мужчин, и женщин, которые жаловались либо на неспособность сосредоточиться во время секса, чтобы он приносил удовольствие, либо на противоположную проблему: крайнюю зацикленность на гиперсексуальности.

Гиперсексуальные пациенты могут пристраститься к сексу как к форме интенсивной стимуляции, помогающей им сосредоточиться. Многих взрослых с СДВ притягивают именно стимулирующие ситуации: это для них способ развеять скуку, очистить разум от отвлекающих факторов. Некоторые начинают заниматься физически опасными видами деятельности,

[152]

например автогонками, скалолазанием и прыжками с канатом, либо рискуют в азартных играх или заводят опасные романы. Все это для них лишь способ сконцентрироваться. На некоторых взрослых больных секс действует как своего рода стимулятор, и они занимаются им не только ради удовольствия, связанного с оргазмом, но и для радости, которую дает концентрация.

С другой стороны, людей, не способных во время секса уделить достаточно внимания партнеру, любовники часто обвиняют в холодности, фригидности и даже в связях на стороне. На самом деле интимная близость может приносить им большое наслаждение: обладателям СДВ просто сложно сосредоточиться в этот момент, равно как и во время любого другого занятия.

Одна женщина после лекции оставила анонимную записку. Мне впервые так откровенно рассказали, что отвлекаемость может непосредственно мешать интимным отношениям.

«Дорогой доктор Хэлловэлл!

Мне доставил искреннее удовольствие разговор с вами, и я хотела задать этот вопрос, или, точнее, высказаться во время дискуссии, но, откровенно говоря, постеснялась. Поэтому оставляю эту записку, надеясь, что поднятые в ней темы принесут пользу другим.

Я женщина сорока двух лет, кажется, довольно привлекательная, и я люблю своего мужа. Он мне верен и называет женщиной своей мечты, однако я ни разу не испытала оргазма, пока год назад мне не поставили диагноз СДВ. Честно говоря, мы с мужем никогда не были удовлетворены нашей половой жизнью. Он с самого начала обожал меня: я думаю, именно поэтому он не уходит. Но секс? В лучшем случае было скучно.

Я очень долго считала, что проблема просто в моей фригидности. Я выросла в католической семье и так и не избавилась от влияния, которое на меня в свое время оказала религия. Но ситуация все равно терзала изнутри: ведь у меня же есть сексуальные ощущения! Они у меня всегда были! Я просто не могла на них сосредоточиться в постели с мужем. Прочитала много эротической литературы, меня невероятно тянуло к другим

мужчинам, хотя я и не пользовалась этими возможностями. Консультировалась с несколькими психотерапевтами, чтобы снять, как мне казалось, психический блок. Почему я чувствую себя сексуальной, выгляжу сексуальной, одеваюсь сексуально, замужем за потрясающим человеком и все равно думаю о списке покупок на завтра, занимаясь с ним любовью? Может быть, время от времени это нормально, но не постоянно же!

Самое плохое, что я начала ненавидеть себя за это и чувствовать колоссальную неполноценность. Не хочется об этом говорить, но я даже подумывала о побеге. Но я никогда не уйду. Дети, муж — я не могу их бросить, хотя временами бывает очень плохо и начинает казаться, что, может быть, без меня им будет лучше.

Однажды мне повезло. Друг посоветовал нового психотерапевта, и эта женщина знала про синдром дефицита внимания. Она за два сеанса поставила диагноз и начала лечение. Разница в состоянии огромная! Я никогда не читала о том, как СДВ влияет на сексуальность, но в моем случае изменение к лучшему было невероятным. Теперь я могу сосредоточиться, быть здесь и сейчас. Через некоторое время я даже перестала нуждаться в лекарствах. Надо было просто понять, что все дело в СДВ, а не в какой-то неполноценности или скрытой вине, а еще в нужное время проявить инициативу, включить успокаивающую музыку, подавить сны наяву в своей голове и открыто разговаривать на эти темы с мужем. Он оказался необыкновенным человеком. Все это время он ругал себя не меньше моего.

Удивительно, каким неочевидным и невероятно важным стало для меня это открытие. Не перестаю думать, что в мире есть множество женщин, которые легко отвлекаются и при этом считают себя сексуально неполноценными или просто скучными.

Теперь я могу испытывать оргазм, но это не все. Секс стал вызывать у меня восторг, а не страх. Я могу в мыслях быть с мужем, а не где-то еще. Я научилась наслаждаться собой во время занятий любовью. Этого никогда не было бы, не узнай я об СДВ. Лечение помогло мне во всех сферах жизни, но больше, чем что-либо,

[154]

исправило интимные отношения. Моя главная проблема — плохая сосредоточенность, а я об этом даже не подозревала. Я постоянно думала, что все намного сложнее. Теперь, когда я узнала относительно простой, но правдивый ответ, хочется поделиться им с вами, и я надеюсь, вы передадите его дальше».

Поскольку у меня не было возможности поблагодарить анонимного автора этой записки, позвольте сделать это сейчас. Спасибо вам, кем бы вы ни были. Благодаря вам я начал обращать внимание на те аспекты СДВ, которые большинство из нас почти не замечают. Сейчас я уже собрал много свидетельств. Они непоследовательны, но пациенты действительно сообщают, что СДВ влияет на их сексуальность либо в направлении невосприимчивости, либо гиперсексуальности. Обычно лечение помогает и тем, и другим.

Женщина из письма выше — хороший пример человека, который чувствует себя невосприимчивым к сексу. Чтобы показать, как СДВ приводит к гиперсексуальности, я приведу историю Брайана, тридцатидевятилетнего неженатого мужчины, считавшего себя зависимым от секса. Он постоянно искал флирта и связей с женщинами, чувствуя, что не способен устоять перед сексуальным искушением. Он был неспособен долго находиться в отношениях из-за неискоренимой неверности. В отличие от многих мужчин, попадающих под это описание, Брайана такое поведение не устраивало. Он хотел остановиться, завести постоянную партнершу, создать семью. Ему не нравилось быть донжуаном, как он себя называл, и тем не менее не получалось противиться силе женского притяжения.

Брайан годами посещал психотерапевта, пытаясь найти корни своей проблемы. Они рассматривали ситуацию под самыми разными углами. Может быть, он отыгрывал какую-то подсознательную враждебность к женщинам, соблазняя их и бросая? Может быть, его преследовал фундаментальный страх перед интимностью, заставлявший искать новую пару, как только он с кем-то сблизился? Может быть, он пытался компенсировать чувство сексуальной неполноценности, снова и снова доказывая

собственную привлекательность для противоположного пола? В ходе психотерапии они коснулись этих и многих других вариантов.

[155]

Ко мне Брайан попал, когда психотерапевт предположил наличие зависимости от женщин. Он прочел статью об СДВ и решил проверить, не поможет ли пациенту рассмотрение проблемы с этой точки зрения.

Это действительно помогло. Изучив прошлое Брайана с детства до взрослого возраста, я обнаружил, что у него всегда были проблемы с отвлекаемостью и сдерживанием импульсов. Многие больные СДВ обнаруживают, что определенные формы стимулирующего поведения помогают сосредоточиться, и неосознанно обращаются к ним, как к своего рода самолечению. Для одних источником сильной стимуляции и сопутствующей концентрации становятся азартные игры. Другие обращаются к рискованным занятиям, например гонкам и парашютному спорту. Брайан стимулировал себя романами, которые помогали ему сосредоточиться.

Ниже приведены «подсказки» — руководство для пар, в которых один из партнеров болен СДВ. Эти советы должны стать отправным пунктом для беседы. Лучше всего вместе прочесть рекомендации вслух, после каждого пункта обсуждая, будет ли это полезно в их случае. Затем можно начать разрабатывать собственный способ борьбы с СДВ в отношениях. Самое главное, как обычно бывает с семейными проблемами, — наладить общение и перестать бороться друг с другом.

1. Убедитесь, что диагноз поставлен правильно. Есть много симптомов, маскирующихся под СДВ: от чрезмерного увлечения кофе до тревожных состояний, диссоциативного расстройства и гипертиреоза. Прежде чем начать лечение, проконсультируйтесь с врачом и убедитесь, что у вас действительно синдром дефицита внимания, а не что-то другое. Когда диагноз подтвержден, как можно глубже изучите болезнь.

[156]

По этой теме выходит все больше литературы, и чем подробнее вы и ваш партнер узнаете об этом синдроме, тем лучше сможете помочь друг другу. Первый шаг к лечению — у вашего партнера или кого бы то ни было — просвещение.

2. Не унывайте! Если относиться к СДВ с юмором, можно найти много поводов для улыбки. Не упускайте шанса посмеяться, когда хочется. Мы, психологи, хорошо знаем, что из ярости, слез и смеха надо выбирать последнее. Чувство юмора — ключ к счастливой жизни с СДВ.
3. Объявите перемирие. После того как диагноз поставлен и вы достаточно о нем прочитали, сделайте глубокий вдох и поднимите белый флаг. Перед тем как строить новые отношения, обоим пригодится передышка. Надо избавиться от накопившегося негатива.
4. Выделите время для беседы. Нужно спокойно обсудить друг с другом много вопросов: что такое СДВ, как синдром влияет на ваши отношения, что каждый из вас хочет получить, какие чувства вы по этому поводу испытываете. Не разговаривайте на бегу, во время рекламы, мытья посуды, между звонками и т. д. Договоритесь на определенное время. Посвятите его себе.
5. Говорите откровенно. Поделитесь тем, что у вас на сердце. В разных парах СДВ проявляется по-разному. Рассуждайте, какие его аспекты заметны в вашей паре. Скажите, что вас выводит из себя, что вам нравится, что хотите изменить, что сохранить. Попытайтесь высказаться до того, как оба начнете реагировать. Больные СДВ склонны преждевременно заканчивать обсуждение и переходить к итогам, но в этом случае итоговая черта — само обсуждение.
6. Запишите жалобы и пожелания. То, что вы хотите изменить и сохранить, лучше держать в письменном виде, чтобы не забыть.
7. Составьте план лечения. Вместе проведите мозговой штурм и разработайте программу воплощения этого плана. Здесь может быть полезна помощь специалиста, но сначала неплохо попробовать самостоятельно.

8. Последовательно внедряйте разработанный план. Помните: одной из характерных черт синдрома дефицита внимания оказывается недостаточная последовательность, поэтому придется потрудиться, чтобы не отклоняться от намеченного курса.
9. Составляйте списки. Со временем это войдет в привычку.
10. Пользуйтесь досками для записи. Письменные сообщения сложнее забыть. Конечно, придется выработать привычку смотреть на эту доску!
11. В стратегических местах — у кровати, в машине, в ванной и на кухне — разложите блокноты.
12. Подумайте, не стоит ли записывать то, что вы хотите от другого человека, и каждый день вручать ему список. Это нужно делать только по обоюдному желанию, а не в приказном порядке. Ведите главный журнал для вас обоих и не забывайте каждый день с ним сверяться.
13. Критически посмотрите на вашу интимную жизнь в свете СДВ. Как упоминалось ранее, синдром может влиять на сексуальный интерес и половое влечение. Хорошо знать, что в этих проблемах виновен синдром дефицита внимания, а не что-то еще.
14. Избегайте паттерна «один сорит, другой убирает». Надо избегать ситуации, когда партнер без СДВ потакает больному, постоянно исправляя за ним ошибки, как супруг, не страдающий алкоголизмом, иногда потворствует супругу-алкоголику, защищая его. Разработайте стратегию, чтобы сломать эту модель поведения.
15. Избегайте паттерна «один надоедает, другой отворачивается». Не нужно, чтобы партнер без СДВ постоянно требовал от больного уделить ему внимание, собраться с мыслями, отложить газету и т. д. Людям с СДВ ежедневно необходимо свободное время. Лучше всего согласовать это время заранее, а не ссориться каждый раз, когда возникнет такая потребность.
16. Избегайте паттерна «жертва — обидчик». Партнер с СДВ не должен считать себя беспомощной жертвой, попавшей в лапы беспощадного, всемогущего хищника. Такая динамика легко

[158]

может развиваться, поэтому надо быть осторожным. Больной СДВ нуждается в поддержке и порядке, здоровый партнер пытается это дать. Однако если не хватает открытого, ясного общения, поддержка и структура могут выглядеть контролем и надоеданиями.

17. Избегайте паттерна «раб — хозяин». Это похоже на пункт 16, но довольно интересно, что именно здоровый партнер зачастую чувствует себя рабом своего больного избранника. Партнер без СДВ может ощущать, что симптомы изо дня в день разрушают отношения.
18. Избегайте садомазохистской борьбы как обычного способа взаимоотношений. До постановки диагноза и лечебного вмешательства многие пары, столкнувшиеся с СДВ, большую часть времени атакуют и контратакуют друг друга в надежде пройти этот этап и перейти к решению проблем. Здесь надо опасаться скрытого удовольствия, которое может доставлять такая борьба. СДВ невыносим, поэтому одному партнеру может понравиться наказывать другого. Попробуйте обратить гнев на беспорядок, а не на человека. Говорите «я ненавижу СДВ», а не «я ненавижу тебя»; «СДВ выводит меня из себя», а не «ты выводишь меня из себя».
19. В целом опасайтесь контроля, доминирования и подчинения, которые просматриваются в большинстве отношений, не говоря уже о ситуациях, отягощенных СДВ. Попробуйте избавиться от этих явлений и начать сотрудничать, а не конкурировать и бороться.
20. Порвите «пленки» с негативными мыслями. Многие больные СДВ давно уже смирились со своей участью и считают себя безнадежными. То же самое может произойти с парой в целом. В этой книге еще не раз будет сказано, что негативное мышление — самая разрушительная сила в лечении синдрома дефицита внимания. Я называю его «пленками негативности». Они могут беспощадно, бесконечно, как магнитофон, крутиться в голове больного. Они как будто включаются с восходом солнца и утихают, только когда человек забывается сном. Они играют, скрипящими голосами говорят «ты

не можешь», «ты плохой», «ты дурак», «ты не справишься», «посмотри, как ты отстал», «ты неудачник от рождения». «Пленки» могут надоедать на деловой встрече и когда человек задумался в машине по дороге домой. Они могут вытеснять другие мысли во время интимных отношений: сложно быть романтичным, когда тебя переполняют неприятные воспоминания. Мысли соблазняют, как сатанинская любовница, и заставляют «любить» себя. Порвать «пленки» очень сложно, но с помощью сознательных, последовательных усилий их удастся стереть.

[159]

21. Щедро пользуйтесь похвалой и воодушевлением. Поставьте в «магнитофон» позитивную кассету. Каждый день стремитесь сказать что-нибудь хорошее о своей второй половинке и себе самом. Сознательно, целенаправленно поддерживайте друг друга. Даже если сначала слова прозвучат неискренне, со временем они станут приятными и очень помогут.
22. Учитесь управлять настроением. Если знать заранее, что на «Доброе утро, дорогой!» вам могут ответить «Оставь меня в покое!», будет легче пережить такую реакцию без бракоразводного процесса. А если другой член пары узнает что-то о своих перепадах настроения, ответом на «Доброе утро, милый!» может стать «Извини, у меня сейчас приступ СДВ», а не агрессия.
23. Позвольте человеку, который лучше умеет все организовывать, заниматься этим. Нет смысла мучить себя непосильными задачами. Если вы не можете расплачиваться по чековой книжке — и не надо. Если не можете ходить по магазинам детской одежды — не ходите. Это одно из преимуществ жизни в паре: есть вторая половинка, и она поможет. Однако работу, которую кто-то делает за вас, надо замечать, ценить по достоинству и отвечать взаимностью.
24. Уделяйте время друг другу. Если единственный способ — внести в график специальные часы, внесите! Это совершенно необходимо. Многие больные СДВ избегают этого. Общение, выражение привязанности, совместные игры и развлечения — этого не будет, если не проводить время вместе.

- [160] 25. Не используйте СДВ в качестве оправдания. Оба партнера должны нести ответственность за свои действия. Хотя никто не должен оправдываться своей болезнью, знание о синдроме дефицита внимания может неизмеримо облегчить понимание.

В 2010 году мы с моей женой Сью, занимающейся психотерапией пар, опубликовали книгу о браке под названием *Married to Distraction*. В ней говорится не только об СДВ, но и о том, как наш век рассеянности и отвлекающих факторов повлиял на все аспекты интимных отношений. Книга хороша и тем, что в ней представлена точка зрения не просто женщины (моей жены), а женщины, вышедшей замуж за больного СДВ (меня).

ГЛАВА

5

Большая борьба

СДВ и семья

Представьте себе сценку, характерную для многих семей, в которых кто-то болен СДВ:

— Мам, я тебе уже говорил, что сделаю домашнюю работу к вечеру воскресенья, значит, сделаю ее к вечеру воскресенья! Отстань от меня, пожалуйста!

Томми Элдридж пнул корзину для бумаг у маминого письменного стола и выбежал из гостиной в кухню.

Мама встала со стула и направилась за ним.

— Нет, я от тебя не отстану! Почему я должна тебе доверять? Ты уже в десятом классе, осталось учиться год с небольшим, сейчас весна, а ты отстаешь по двум предметам. Ты только и делаешь, что обещаешь. Все, с меня хватит. Если ты хочешь сломать себе жизнь...

— Мам, успокойся уже. Я не собираюсь ломать себе жизнь. У меня просто будет несколько плохих оценок, вот и все.

— Несколько плохих оценок? Да у тебя все оценки плохие! И дело вообще не в оценках. Дело в усилиях, которые ты вкладываешь в учебу. Вернее, не вкладываешь. Тебе просто это не интересно. Пока тебя выпускают из дома, тебе все равно, что будет завтра. В эти выходные ты из дому не выйдешь, — сказала она и дала сыну подзатыльник.

— Ах так?! Да ты просто сука, знаешь?

Мать Томми совершенно потеряла самообладание, дала ему пощечину, наклонилась вперед, пытаясь ударить и по руке,

но упала на пол и заплакала. Парень попытался помочь, но она оттолкнула его. В кухню вошел папа:

— Вон отсюда! — рявкнул он и бросился к всхлипывающей жене. [163]

— Я не хотел ее обижать, — оправдывался юноша.

— Вон из дома! — повторил отец. — И не возвращайся.

— Ну и прекрасно, — заявил Томми и выбежал из кухни, хлопнув дверью.

На следующий день, в воскресенье, семья снова в сборе. Другие дети куда-то ушли, а родители сели поговорить с Томми, которого привела домой полиция, подобрав на автобусной остановке в три часа ночи.

Они смотрели друг на друга и вспоминали накопившиеся за много лет обиды.

— Нам надо что-то придумать, — начал отец.

— Пусть сначала извинится, — прервала его мать.

— Извини, — произнес Томми. — Я не хотел говорить это и делать тебе больно.

— Так зачем тогда говорил?

— Не знаю. Само вырвалось.

— В этом вся твоя проблема, Томми, — продолжила мама. — Ты не думаешь о том, что делаешь, и не делаешь того, что, по твоим же словам, собираешься сделать.

Позвольте здесь остановиться. То, что сказала миссис Элдридж, достаточно хорошо описывает СДВ: *«Ты не думаешь о том, что делаешь, и не делаешь того, что собираешься сделать»*. Если бы в этот момент она прервалась и сказала Томми: *«Судя по тому, что я сейчас произнесла, твое поведение вовсе не неизлечимое упрямство, а синдром дефицита внимания!»* — результаты могли бы быть благоприятными. Но обычно эти ссоры идут чередой, и разгорается пожар, сжигающий многие семьи.

В семьях, где один из детей (или и взрослый) болен синдромом дефицита внимания, начинается процесс, который мы называем Большой борьбой. Ребенок с СДВ хронически неспособен держать слово, выполнять свои обязанности по дому, стабильно

[164]

учиться в школе, не выбиваться из семейного расписания (вовремя вставать по утрам, приходить в школу, возвращаться к обеду, быть готовым вовремя выйти из дома), содержать в чистоте свою комнату, а также вносить вклад в семейную жизнь и в целом не отставать. Из-за этого родители непрерывно вводят ограничения, наказания становятся все строже, ребенка загоняют во все более узкие рамки. Это, в свою очередь, порождает сопротивление и отчуждение, ребенок реже идет навстречу, а это раздражает родителей. Они начинают воспринимать ситуацию не как неврологическую проблему, а как вызывающее поведение, которое нужно регулировать дисциплинарными воздействиями.

Родители все больше устают от ребенка и реже прислушиваются к его оправданиям и объяснениям. Им меньше хочется верить в обещания лучше стараться, они охотнее прибегают к строгим мерам, как правило, тщетно пытаясь контролировать поведение сына или дочери. Постепенно роль «проблемного ребенка» прочно закрепляется за больным СДВ, и он становится главным виновником всех семейных конфликтов. Давно известно, что подобную мишень не сделать без толпы и добровольца. В Большой борьбе толпу образует семья, а поведение, связанное с СДВ, выталкивает на роль добровольца ребенка. Практически все, что в семье идет не так, как надо, привыкли сваливать на больного. Со временем он оказывается окутанным насмешками и презрением, это душит в нем уверенность и уважение к себе.

Большая борьба может длиться годами и напоминать настоящую войну. Проводятся сезонные кампании на разных фронтах — домашних заданий, дисциплины, работы по дому, послушания и ответственности, или на всех фронтах сразу. Атаки следуют за контратаками, стороны применяют шпионаж и особые вооружения, заключают временные перемирия, ненадолго сдаются. Периодически бывают случаи дезертирства, предательства, союзов, побед и поражений. К сожалению, в большинстве гражданских войн страдает народ, в этом же случае — вся семья.

Большая борьба обычно начинается безобидно: одна из сторон пытается убедить другую что-то сделать. Скажем, в пятом классе из школы приходит первый неудовлетворительный

отчет, и родители стремятся скорректировать программу учебы. Или папа пытается убедить сына вставать утром вовремя, чтобы успеть отвезти его в школу и не опоздать на работу. Или мама нервничает из-за того, что дочь отказывается читать книги. Как бы то ни было, если противостояние началось, сложно не дать ему перерасти в Большую борьбу.

[165]

Родители считают, что выполняют свой долг, и делают все возможное, чтобы исправить ребенка. Им кажется, что, если они сложат оружие, сын (или дочь) будет бесконечно бездельничать. Сам же страдалец полагает, что сражается за независимость и сопротивляется превращению в бездушную машину. Еще хуже, если ребенок не знает, что происходит, и просто реагирует, как может. Удар, контрудар, ты нападаешь, я контратакую. Причины войны давно забыты, а бои все идут: конфликт живет своей жизнью. Через некоторое время вряд ли кто-то сумеет вспомнить, за что борется, потому что накопившиеся обиды успели перерасти в неприязнь и семья много лет выясняет отношения.

Беда в том, что Большая борьба редко приводит к конструктивному результату. Бывают кратковременные выигрыши, например выполненная домашняя работа, но цена их обычно так велика, что они едва ли того стоят. Пока не поставлен диагноз СДВ и все стороны не поймут, что на самом деле происходит, прогресс будет невелик.

К сожалению, хрестоматийные симптомы СДВ — отвлекаемость, импульсивность и повышенная активность — так часто ассоциируются с собственно детским возрастом, что вероятность основополагающих неврологических проблем часто даже не рассматривается. С ребенком вроде Томми обращаются как с бунтующим подростком. Каждая сторона поднимает ставки, недопонимание накапливается, и Большая борьба набирает обороты.

— Что я, по-вашему, должен сделать? — спросил Томми. — Совершить самоубийство?

— Ты должен собраться, — начала перечислять мать. — Ты должен воспользоваться всеми преимуществами и помощью, которую мы тебе пытаемся дать. Тебе нужно заниматься с репетитором.

[166]

Ты должен принести домой дневник, чтобы мы могли взглянуть на оценки. Ты обязан говорить правду, когда тебя спрашивают, будет ли в пятницу контрольная. Ты должен забыть мысль, что весь мир на тебя ополчился и никто тебя не понимает. Тебе нужно проявлять к нам хоть немного уважения. Ты должен...

— погоди секунду, — прервал ее отец, — Томми, ты ведь даже не слушаешь, что тебе говорят, правда?

Подросток изучал свои красно-фиолетовые кроссовки.

— Я слушаю, пап. Если хочешь, могу повторить. Я все это уже сто раз слышал.

— Так почему же ты ничего не делаешь? — процедил отец сквозь зубы.

Томми глянул на него так, словно хотел сказать: «Отвали!» — но сдержался и выдал из себя слова, которые для многих детей с СДВ становятся последней линией обороны:

— Я не знаю.

Тут отец не выдержал:

— Что значит «не знаю»? Я могу принять что угодно, но не это. Ты просто хочешь, чтобы от тебя отстали. «Не знаю!..» С какой стати ты не знаешь? Не можешь придумать, почему ты такой бес-толковый? Может, ты просто глупый? Но я-то знаю, что ты не глупый, хотя уже начинаю сомневаться. Перестань косить под дурачка!

Мама схватилась за голову:

— Как мне хочется махнуть на тебя рукой! Просто дать тебе жить, как хочется, и не думать обо всем этом.

— Так дай, — мрачно пробубнил Томми.

Мама с папой посмотрели друг на друга, сын нервно грыз ногти, а Большая борьба в очередной раз не принесла результатов. Это был далеко не первый разговор. Томми уже исполнилось шестнадцать, он учился в десятом классе. Первые годы в школе все было неплохо, и учителя считали его очень сообразительным и творческим мальчиком. Но в последние несколько лет ситуация изменилась. Теперь он едва справлялся. Родителям казалось, что они относятся к учебе серьезнее сына. В доме было так много споров по поводу Томми, что младший брат начал на него

обижаться, а старшая сестра, уже заканчивавшая школу, пыталась стать миротворцем между Томми и родителями.

Отчет о последних школьных годах юноши напоминает сводки из генерального штаба.

[167]

Март. Томми обещает регулярно заниматься с учителем по французскому. Потом говорит, что так и делает, и родители ему верят.

Июнь. Учитель по французскому отправляет домой записку, в которой удивляется, почему Томми не обращается к нему за помощью, ведь он близок к тому, чтобы не быть аттестованным. Томми с отцом так ссорятся, что подросток убегает из дому.

Октябрь. На родительском собрании родителей Томми спрашивают, все ли у них в порядке дома. В школе юноша ведет себя так безобразно, что учителя беспокоятся, не принимает ли он наркотики и нет ли каких-то неизвестных им проблем. Родители заверяют, что в их браке все нормально и дома тоже все хорошо. Вернувшись домой, выясняют, что не так с Томми.

Январь. Томми, всю осень говоривший родителям, что самостоятельно работает над проектом по естествознанию, за неделю до сдачи признается, что такничего и не сделал. Папа говорит, что может вытерпеть все, кроме обмана, и Томми должен ощутить последствия на себе. Мама возражает, что последствия — это плохая оценка по предмету, и оно того не стоит. Папа: «И что ты предлагаешь? Сделать все за него?» Мама: «Да, но как-то его наказать». За неделю юноша с папой делают призовой проект, основанный на идее компьютерной программы, которую подросток придумал сам, но так и не сумел воплотить в жизнь. Оказалось очень интересно работать над проектом, папа забывает о наказании, и некоторое время после получения награды вся семья сияет от счастья.

Март. В день, когда семья должна уехать в отпуск, Томми вдруг говорит, что никуда не поедет. Под давлением он признается, что ему душно в семье. Папа читает сыну лекцию о том, как он должен быть всем благодарен. Подросток пассивно слушает и едет на отдых. Там его по достоинству оценивает охрана гостиницы: он спрыгивает в бассейн с балкона второго этажа, потому

что, по его словам, скучает. Мама с папой запирают его в номере на сутки и ссорятся.

[168] **Июнь.** Томми обещает покосить траву, чтобы заработать в пятницу поход с друзьями в кино, но забывает об этом. На следующий день обещает, что покосит после футбола, но опять забывает. В воскресенье отец предупреждает его, что тот не выйдет из дома, пока газон не будет скошен. Томми видит в этом вызов и самовольно уходит, перед этим подговорив сестру сказать, что он занимается на втором этаже. Отец ловит его, когда тот возвращается домой. В ярости он начинает кричать на сына, потом бьет кулаком по кухонному столу. Отец сжимает кулак и уже отводит руку для удара, но вовремя спохватывается. Томми пугается. Спустя секунду, глубоко вдохнув и медленно выдохнув, отец говорит: «Даже не представляешь, как ты меня разочаровал, сын».

Томми вздрагивает и чувствует, что на этот раз все серьезно: до этого папа никогда не называл его «сын». «Я просто хотел сходить к Питеру, а потом подстричь газон. Ты бы не разрешил». Отец разворачивается и выходит. «Пап, прости! Я сейчас все попошу! Честное слово, я не хотел!» Отец не оглядывается.

Наконец Элдриджи решили обратиться за помощью к специалисту. Они поговорили с репетитором сына, и он предложил пройти диагностику у детского психиатра. «Мне кажется, мы что-то упускаем», — сказал он родителям Томми.

Психиатр побеседовал с подростком наедине, потом с родителями, а затем со всеми вместе. Юношу направили на ряд тестирований, а затем врач предложил им снова встретиться для окончательной оценки.

Был поставлен диагноз СДВ. Когда психиатр объяснял, что это значит, мать Томми пристально смотрела на него. «Синдром дефицита внимания, или СДВ, — это распространенное заболевание, — начал доктор, — и для него разработаны хорошие методы лечения. Однако пока оно не диагностировано и им не занимаются, может возникнуть серьезное непонимание. Думаю, это

произошло и в вашей семье. Многое в поведении Томми можно объяснить с точки зрения этого синдрома. Основные симптомы — сильная отвлекаемость, импульсивность и беспокойность. Все это есть у мальчика».

[169]

Психиатр продолжал объяснять, и тут мама Томми расплакалась. «То есть он ни при чем? Я все эти годы ругала сына за то, с чем он не мог справиться? Я чувствую себя такой виноватой! Это ужасно».

Если СДВ у ребенка диагностировано сравнительно поздно, скажем в старших, а не начальных классах, родители чувствуют вину и гнев. Они винят себя, что не смогли распознать болезнь раньше, и злятся, что им никто про нее не рассказал. Если смотреть со стороны, довольно очевидно, что диагноз легко не заметить, поскольку во многих школах и у многих специалистов знания об СДВ все еще отрывочны. Когда диагноз поставлен, не только ребенок, но и многие родители нуждаются в помощи, чтобы справиться с тяжелыми чувствами. Диагноз может потребовать полного перераспределения семейных ролей.

— Итак, ты больше не семейный псих, — заговорил четырнадцатилетний брат Томми на сеансе психотерапии, призванном объяснить всей семье поставленный диагноз.

— Алекс, не говори так! — сказала мама.

— Но это же правда! Он был шутком, а теперь мы будем говорить, что у него какая-то болезнь. По-моему, это просто чудесная отговорка.

Реакция Алекса типична для братьев и сестер, узнавших о диагнозе. Они чувствуют обиду, что больному уделяют столько внимания, и злятся, полагая, что их собственный труд не оценят по достоинству.

— Знаешь, мне приходится много трудиться, чтобы все было как надо. Давай, я тоже скажу: «Ой, на этой неделе я не могу, у меня СДВ». Ко мне тоже будет особое отношение?

— Но ты же здоров! — возразил папа.

[170] — А откуда тебе знать? Спорим, что если я себе позволю, то тоже «заболею»? А Томми наверняка выздоровел бы, если бы старался.

— Что ты имеешь в виду? — не поняла мама.

— Доктор тут говорил, что при СДВ сложно удерживать внимание и концентрацию. А с кем такого не бывает? Я вам точно говорю: когда урок ведет мистер Хэйворт, мне тоже невероятно сложно быть внимательным и сосредоточиваться. Я не понимаю, почему нельзя называть обманом, когда Томми врет о выполненной домашней работе. Его СДВ заставляет врать? Это какая-то лицензия на убийство? Теперь он может увернуться от чего угодно.

— Это совершенно не так, — прервал его психиатр. — На Томми по-прежнему надо возлагать ответственность, просто теперь мы лучше понимаем, с чем он сталкивается. Это то же самое, как если бы он много лет страдал близорукостью, а теперь мы дали ему очки.

— Не знаю, — буркнул Алекс, глядя на брата так, как будто тот только что ограбил банк. — По-моему, это какая-то ерунда.

Томми отклонился назад, показал брату средний палец и сказал:

— Ты просто зануда.

— Вот видите? — кивнул на него Алекс.

— Погодите минуту, — прервал папа. — Давайте не будем опять ссориться. У нас последнее время хватало ссор.

— А что нам остается? — спросила сестра. — Если нельзя говорить о Томми, нам будет не о чем говорить.

— Это неправда, Сьюзи, — возразила мама.

— Может, и неправда, но, если перестать воевать по поводу Томми, нам точно не о чем будет говорить.

— А кто тебе сказал, что мы не будем спорить о Томми? — спросил Алекс. — Я, например, не говорил, что с этим смирись.

— Никто и не говорит, что надо с этим мириться, — прервал его психиатр. — Сьюзи высказала хорошую мысль. Ваши споры по поводу Томми могут служить какой-то цели, поэтому их сложно заменить.

— Какой цели, например? — спросил папа.

— Ну, во-первых, они могут доставлять удовольствие, — пояснил психиатр.

— Удовольствие? Что вы подразумеваете? — мама задохнулась от изумления. — Это же кошмар какой-то!

— Не могу утверждать, но мне кажется, что даже самые ужасные ссоры могут быть своего рода семейным развлечением. [171]

— По-моему, так оно и есть, — сказала Сьюзи, глядя на Алекса. — Я знаю по крайней мере одного человека, которому это явно нравится.

— И что из того? — возразил Алекс. — Он же сам на них напрашивается.

— Могут быть и другие причины для ссор, — продолжил психиатр. — Пока Томми принимает удар на себя, он снимает груз с других.

— Вы так говорите, как будто Томми просто невинная жертва, — сказал папа.

— Я не это имел в виду. Просто предполагаю, что каждый из вас может захотеть оставить все как есть.

Семьи, как и большинство сообществ, противятся переменам. Например, если один член семьи хочет уйти, это часто считают предательством. Если кто-то растолстел и пытается сбросить вес, другие начинают саботировать его усилия. А если какой-то член семьи хочет выйти из роли, которую играл годами, это обычно дается нелегко, потому что остальные родственники стремятся ему помешать. Если человек играет роль клоуна, он останется клоуном. Если он ответственный старший ребенок, скорее всего, в семейной иерархии таковым и будет до конца дней. Если человек паршивая овца, ему будет сложно избавиться от этого образа в глазах родных, сколько бы хороших поступков он ни совершил.

То же самое с СДВ. Когда диагноз поставлен и семья сталкивается с необходимостью перемен, этот вызов часто встречают сильным сопротивлением. В описанной выше ситуации недовольство выразил брат Томми, Алекс, но говорил он не столько за себя, сколько за семейную систему в целом. Если представить семью в виде взаимосвязанной группы, а не набора отдельных личностей, легче увидеть, как движения одного ее члена приводят в движение другого, словно по цепочке нейронов. Один человек

[172]

может выражать мнение, которое вся семья в какой-то мере разделяет, но не озвучивает, потому это возложено на кого-то определенного. В примере выше Алекс, выражая скептицизм и обиду на поставленный диагноз, позволяет другим членам семьи быть более понимающими по отношению к Томми. Давайте посмотрим, что произойдет, если младший брат начнет колебаться.

— По-вашему, я не хочу, чтобы Томми поставили этот диагноз, потому что иначе огонь будет направлен на меня? — спросил Алекс.

— Да, что-то в этом роде, — произнес психиатр.

— Наверное, вы правы.

— Алекс, ты нормально себя чувствуешь? — спросила мама с натянутой улыбкой.

— Да, мам. Почему ты постоянно ставишь под вопрос мое мнение?

— По-моему, Алекс хочет нас переиграть, — сказал папа, — и согласиться еще до того, как мы его заставим.

— Это он пытается проявить благородство, — заметила с сарказмом Сьюзи.

— Да. Его прямо распирает от доброты, — бросил Томми, скрепив руки на груди. — Не верьте ему ни на секунду.

Само то, что Алекс пытается потихоньку выйти из своей роли; сомнение в назначенной ему линии поведения подвергается огню критики со стороны всех членов семьи. У Алекса есть работа — роль, которую надо играть. Если он этого не делает и хоть немного колеблется, семья начинает беспокоиться и нападает.

Такого рода невидимые процессы часто встречаются в семейных отношениях. Их сложно уловить, и они могут помешать изменениям, через которые должна пройти семья после постановки диагноза СДВ.

«Погодите минуту, — вмешался психиатр. — Дайте Алексу шанс. Может быть, он открывает двери переменам». При поддержке психиатра Алексу разрешили на некоторое время выйти из роли антагониста и скептика и допустить, что Томми действительно

по-настоящему болен и это оправдывает пересмотр семейных ролей и правил. Хотя в нашем случае ответственным за этот шаг стал Алекс, решение приняла вся семья. Именно она дала разрешение на изменения или, по крайней мере, на рассмотрение такой возможности. В этом случае Большая борьба может пойти на убыль, и есть шанс подготовить почву для мирного соглашения.

[173]

Когда Большая борьба утихает, семья может начать переговоры. Ключевые предпосылки для достижения консенсуса — во-первых, постановка диагноза СДВ и, во-вторых, убеждение «семейного бессознательного» изменить привычную систему. Как обратиться к «семейному бессознательному»? Как заставить его принять перемены? Психотерапевты обычно используют интерпретацию (в примере выше психиатр применил ее, когда предположил, что по каким-то причинам семья не хочет перестать воевать с Томми), а также конфронтацию (когда психиатр открыто вмешался в процесс, предложив дать Алексу шанс и не позволив родственникам заставить его вернуться к своей старой роли). Другие методики, которыми может воспользоваться психотерапевт, — это направление, поддержка и внушение. Их можно применить как во время семейной терапии, так и вне ее. Обычно начать процесс изменений помогает какая-то форма семейного совета или совместный визит к психотерапевту. Не стоит думать, что психотерапия *необходима* для согласования изменений, однако семье полезно учесть некоторые ловушки таких переговоров. Какой бы вариант ни был выбран, надо понимать, что существует такая вещь, как «семейное бессознательное», и оно может попытаться саботировать самые конструктивные и благожелательные попытки изменить ситуацию.

Когда семья намерена измениться, лозунгом должно стать слово «переговоры». Поначалу это может оказаться сложной задачей, но надо пытаться выносить напряжение, связанное с поиском консенсуса, слушать и мириться друг с другом до тех пор, пока каждый не будет услышан и не примет участие в выработке окончательного решения. Людям легче выполнять согласованные, а не навязанные договоренности.

[174] На одном из сеансов психотерапии с участием Томми и его родителей мама сказала:

— Нам, так или иначе, придется придумать, как быть с твоей домашней работой.

Юноша вжался в кресло. Психиатр заметил это и предложил:

— Давайте подойдем к проблеме по-новому.

Повисла напряженная пауза.

— Хорошо, — сказал папа. — Видимо, мне придется взять это на себя. Кажется, теперь я понимаю, что мой подход был не самым разумным. Что я могу сказать? Так вырастили и меня. Мой отец тоже был упрямый. Если я не делал того, что было сказано, он снимал ремень и порол меня до полного послушания.

— Это помогало? — спросил психиатр.

— Конечно, помогало. Но ненадолго. Делать я делал, но стал ненавидеть его. Теперь, думаю, я простил его: он по-другому не умел, и с ним самим, вероятно, поступали точно также. Но это стоило нам хороших отношений. Я до сих пор не могу с ним нормально общаться. Не представляю, как с ним обсуждать что-то важное. Мы разговариваем очень сухо. Но мы просто хотим, чтобы отношения когда-нибудь наладились.

Томми с явным интересом посмотрел на отца.

— Ты никогда не говорил мне об этом, пап.

— Да, по-моему, не говорил. Но я не хочу и не буду совершать ту же ошибку! Пойми меня правильно: я ни разу не брался за ремень, но и не хотел идти у тебя на поводу. Когда мы пришли в этот кабинет, я думал о многом. Мне очень не хочется, чтобы мы с тобой всю жизнь не разговаривали. Не знаю почему, но мне нравится твоя наглая рожа и твой писклявый голосок.

— Эй, пап, мне тоже нравится твоя метровая талия!

Мама Томми смотрела и слушала. В какой-то момент, когда ни сын, ни муж не слышали, она одобрительно кивнула психиатру.

— Девяносто шесть сантиметров, — поправил папа.

— Ладно, пусть девяносто шесть. Значит, ты тоже хочешь взять на себя домашнюю работу? — спросил подросток.

— Да. Хорошо бы, конечно, чтобы *ты* захотел делать домашнюю работу, но ты ведь не хочешь. А что ты вообще хочешь?

— Много свободного времени, денег, девушек и крутую тачку, — усмехнулся Томми.

[175]

Затем папа с сыном при молчаливом мамином одобрении стали согласовывать план, который устраивал их обоих. Чтобы это произошло, сначала нужно было создать атмосферу поддержки и сотрудничества, а затем отказаться от противостояния в переговорах.

К сожалению, иногда СДВ настолько угрожает родительской власти, что один или оба супруга реагируют чрезмерно и пытаются взять под контроль все до последней детали, начинают настаивать на своем праве диктовать, как все должно быть сделано. Теоретически просвещенная монархия может показаться привлекательным решением, однако в семьях с СДВ она редко приносит результат. Тому есть несколько причин. Во-первых, монархи обычно совсем не такие просвещенные, как им самим кажется. Во-вторых, членам семьи по понятным причинам не нравится, когда им постоянно указывают, что делать. В-третьих, властная рука, как правило, не снимает напряжение и конфликты. Например, если бы на описанном выше сеансе папа Томми начал говорить что-нибудь туманно воинственное и конфронтационное, вроде «Томми, не забывай, что мы тут главные и ты должен жить по нашим правилам», — беседа вряд ли прошла бы конструктивно. Стороны заняли бы полярные позиции, напряжение возросло, и даже если бы Томми отчасти согласился с отцом, то никогда в этом не признался бы, боясь потерять лицо.

Конечно, переговоры возможны не всегда, а в младшем возрасте нередко и нежелательны. Маленькие дети, больные СДВ, остро нуждаются в структуре и рамках. Они сами хотят ограничений и будут испытывать родителей, пока не добьются своего. В таком возрасте разумнее сказать: «Мы идем в Макдональдс», а не «В какой из пяти ресторанов нашего района ты хочешь сходить сегодня вечером?» Ребенок окажется во власти стимуляции и восторга, связанного с таким обилием вариантов, и он может два часа увлеченно размышлять, где поужинать. В этом случае

[176]

лучше проявить здравый смысл, вмешаться и принять решение. Вердикт «мы идем в Макдональдс» может вызвать протесты, но в глубине души ребенок испытает облегчение.

Искусство переговоров — ключ к семейному управлению СДВ, нужно учиться ему с ранних лет, но нельзя на него полагаться, если речь идет о маленьких детях. В некоторых случаях они просто не в состоянии вынести такое напряжение. Порой ребенок превращает переговоры в спор, получая от этого большое удовольствие. Пререкания стимулируют, а больные СДВ обожают стимулы. Скучающий малыш может специально провоцировать ссоры в семье просто потому, что ему нравятся связанные с этим эмоции. В таких случаях уместно применить родительскую власть: «Будет, как я сказал, потому что я так сказал», — и пресечь любые дискуссии до тех пор, пока ситуация не стабилизируется.

Когда дети подрастут, переговоры станут очень важным инструментом: это рычаг управления поведением не только в семье, но и во всех человеческих сообществах. Тем не менее семье, столкнувшейся с СДВ, встать на путь переговоров очень сложно. Не отчаивайтесь, если беседа постоянно превращается в противостояние. Во-первых, имейте в виду, что больной СДВ в любом возрасте диалогу предпочитает борьбу, потому что она сильнее стимулирует. Ссоры в семье возбуждают больше, чем разумное, мирное сосуществование, а кидаться картофельным пюре в стену интереснее, чем вежливо передавать тарелку. Большинство таких людей обожают возбуждение и стимуляцию, поэтому Большая борьба обычно привлекает, захватывает их сильнее, чем какие-то нудные переговоры.

Во-вторых, переговорный процесс для человека с СДВ всегда сложен тем, что влечет за собой фрустрации. Их сложно вынести любому человеку, но при синдроме дефицита внимания проблема глубже: больному проще быстро завершить разговор, пусть и вопреки собственным интересам, чем мучительно трудиться и доводить дело до конца. Это как спокойно сидеть на уроке: для большинства детей и взрослых с СДВ почти невыносимо. (Практическая рекомендация: предложите больному походить по комнате во время переговоров.)

Есть ли какие-то общие принципы, которые, с учетом всего вышесказанного, помогут провести семейные переговоры? Одну из лучших книг, посвященных искусству переговоров, выпустил Harvard Negotiation Project*. Это «Переговоры без поражения: Гарвардский метод»**. Изначально работа предназначалась для бизнеса и дипломатии, но она учит эффективно вести переговоры в семье лучше, чем многие книги по психологии и семейной терапии.

[177]

Авторы рекомендуют метод, который они называют *принципиальными переговорами*, или *переговорами по существу*. В его основе лежат четыре базовых пункта.

1. *«Отделяйте людей от проблемы»*. Смысл в том, чтобы искать решение без опасения задеть чье-то эго или гордость. Если проблема носит личный характер, человек может не согласиться с самым разумным вариантом, чтобы сохранить свое реноме.
2. *«Концентрируйтесь на интересах, а не на позициях»*. В этом разница между переговорами и дебатами. Дебатирующие команды любой ценой защищают или атакуют определенную позицию. Это их единственный интерес. Как у пехоты: ни шагу назад. Нельзя допускать, чтобы переговоры перерастали в «окопную войну». Во время переговоров у сторон может быть много интересов, и именно ими, а не какой-то позицией надо руководствоваться. Вообще говоря, позиция человека не всегда совпадает с его интересами, поэтому не все хотят отождествляться с какой-либо точкой зрения, чтобы сохранить возможность ее изменить. Это особенно верно для подростков: в пылу спора они иногда упрямятся, не слыша противника, и в результате из гордости отстаивают то, чего на самом деле совершенно не хотят.
3. *«Находите взаимовыгодные варианты»*. Это особенно важно в семьях с СДВ: у больных этим синдромом есть склонность

* Этот проект создан в Гарвардском университете, его цель — разработка технологии эффективных переговоров и разрешения конфликтов. *Прим. ред.*

** Фишер Р., Юри У., Паттон Б. Переговоры без поражения: Гарвардский метод. М. : Манн, Иванов и Фербер, 2012. *Прим. ред.*

[178]

преждевременно прекращать обсуждение, чтобы избежать связанного с ним напряжения. Не думайте, что все нужно обсудить за один раз. Поднимите проблему и позвольте всем несколько дней подумать. Пусть каждый предложит разные варианты и выходы из ситуации: намного легче думается, когда на тебя никто не давит. Ни в коем случае нельзя никого запугивать или слишком рано настаивать на каких-то соглашениях.

4. *«Настаивайте на использовании объективных критериев».* Это позволяет сторонам обращаться к какому-то стандарту, а не только к собственной воле или мнению. Вот примеры объективных стандартов, которые могут пригодиться в семейных переговорах: как поступают в таких случаях другие семьи? Что советуют в школе? Какова рыночная цена этой услуги/вещи? Что говорят врачи о безопасности такого действия? Какое расписание рекомендует тренер? Что говорит закон? Есть ли некие ценности или религиозные предписания, которые могли бы помочь в переговорах?

Часто родители переключаются между «жестким» и «мягким» стилем. Они то вводят жесткие ограничения и суровые наказания, то раскаиваются в излишней «жесткости» и переключаются в «мягкий», но также неэффективный режим. Томми испытал и то и другое: его выгоняли из дому, а потом мама пекла для него печенье, пытаясь поддержать. В принципиальных переговорах, описанных Фишером и Юри, главное не мягкость или жесткость, а разговор по существу, о принципах и проблемах, поиск обоюдного выигрыша и разрешение конфликта интересов на основе справедливых стандартов, а не власти и силы воли.

Так, для семьи Томми было важно положить конец противостоянию между ним и родителями и перейти к проблеме успеваемости. Пока преобладала борьба за власть и проблема была неотделима от людей (согласно терминологии Фишера и Юри), Большая борьба не утихала. Как только Томми с папой смогли дружелюбно поговорить и найти точки соприкосновения, появилась возможность начать настоящие переговоры.

После того как семья разработала план действий, произошло то, что часто бывает в семьях с СДВ: один из них попытался снова спровоцировать конфликт. Томми согласился раз в два дня делать с репетитором свою домашнюю работу. Однажды за ужином Алекс решил подразнить брата за то, что ему приходится заниматься с учителем.

— Репетиторы нужны только умственно отсталым, — заявил он.

— Да пошел ты... — начал Томми.

— погоди секунду, — прервала мама. — Алекс, зачем ты пристаешь к брату? Не видишь, что он старается? Когда мимо будет проходить Шэрон Макколл, мне тоже над тобой посмеяться?

Алекс покраснел. Томми расхохотался. На некоторое время за столом воцарился мир.

Чтобы подавить Большую борьбу, нужно потрудиться. Нужна ежедневная работа, иначе проблема появится снова.

Ниже приведены некоторые принципы борьбы с СДВ в семьях.

Двадцать пять советов по борьбе с СДВ в семье

1. Получите точный диагноз. Это отправная точка любой терапии синдрома дефицита внимания.
2. Займитесь просвещением. Все члены семьи должны знать факты об СДВ. Это первый этап лечения. Когда все поймут, в чем дело, многие проблемы решаются сами собой. Образовательный процесс по возможности должен охватить всю семью. У всех будут возникать вопросы. Позаботьтесь, чтобы они не остались без ответа.
3. Попытайтесь изменить семейную репутацию больного. Репутация в семье, как и в городе, и организации удерживает человека в определенной группе и форме. Изменение репутации может сделать ожидания человека оптимистичнее. Если от кого-то ждут ошибки, скорее всего, он действительно

[180]

поскользнется. Если ожидают успеха, вероятность неудачи резко снижается. Поначалу в это сложно поверить, но СДВ скорее дар, чем проклятие. Постарайтесь заметить и развить у обладателя синдрома позитивные стороны и скорректировать его репутацию так, чтобы эти стороны стали заметнее. Помните: этот человек, как правило, вносит в семейную жизнь что-то уникальное: энергию, креативность, особое чувство юмора. Такие люди обычно оживляют своим присутствием любую встречу, и с ними интересно, даже когда они нарушают порядок. Они не терпят дураков, лишены благоговения перед авторитетами и не боятся говорить то, что думают. Они способны многое дать, и семья в большей степени, чем любая другая группа людей, может помочь им реализовать свой потенциал.

4. Сделайте так, чтобы все поняли: в СДВ никто не виноват. Не виноваты мама и папа. Не виноваты братья и сестры. И бабушка тоже не виновата, и даже сам больной СДВ не виноват. Не виноват никто. Крайне важно донести эту мысль до всех членов семьи. В нее должны поверить. Скрытое чувство, что СДВ — просто оправдание безответственного поведения или следствие лени, будет сводить лечение на нет.
5. Объясните, что СДВ касается всех. В отличие от большинства заболеваний, этот синдром серьезно и ежедневно затрагивает каждого члена семьи. Все должны участвовать в решении, поскольку каждый — часть проблемы.
6. Отслеживайте «баланс внимания» и стремитесь корректировать любые нарушения. Больному СДВ ребенку родители изо дня в день уделяют больше внимания, чем его братьям и сестрам. Это внимание может быть и негативным, но такой дисбаланс все равно приводит к обидам и лишает остальных детей того, в чем они нуждаются. Имейте в виду, что брат или сестра с диагнозом СДВ — это нелегкое бремя. Детям нужно дать возможность выразить свои опасения, беспокойства, обиды и страхи, связанные с этой ситуацией. Им нужно позволить сердиться и приходить на помощь. Следите, чтобы из-за неравномерного распределения внимания больной

СДВ не стал хозяином положения и не начал доминировать на семейной сцене.

7. Попробуйте уклониться от Большой борьбы. Она часто осложняет ситуацию, если СДВ не диагностирован или лечение не приносит успеха. Борьба настраивает больного ребенка против родителей или взрослого больного против супруга и приводит к ежедневному выяснению отношений. Негативные эмоции плохо влияют на всю семью. Как и отрицание и попустительство, характерное для семей, страдающих от алкоголизма, Большая борьба нередко определяет (и разъедает изнутри) семьи с СДВ. [181]
8. Когда диагноз поставлен и семья поняла, в чем он заключается, надо устроить семейный совет и сообща найти решение. Пользуясь изложенными выше принципами, попробуйте договориться о приемлемых для всех правилах игры. Чтобы избежать тупика Большой борьбы и непрерывного конфликта, разумно выработать привычку к переговорам. Для этого может потребоваться серьезная работа, но со временем обычно удастся достичь соглашения. Любые условия надо четко оговаривать. Лучше всего их записать, чтобы при необходимости было к чему обратиться. Следует оговорить конкретные обязательства всех сторон, а также план действий в случае достижения или невыполнения поставленных задач. Пусть война закончится мирным договором.
9. Если дома переговоры не приносят пользы, подумайте, не стоит ли обратиться к семейному психотерапевту. Опытный специалист поможет членам семьи выслушать друг друга и прийти к согласию. Во взрывоопасной обстановке очень полезно иметь рядом человека, способного удержать ситуацию под контролем. Подумайте о приобретении пособия по переговорам, например уже упомянутой книги Фишера и Юри.
10. В контексте семейной терапии нередко выручают ролевые игры. Они позволяют показать членам семьи, какими они видят друг друга. Поскольку больные СДВ плохо умеют наблюдать за собой, им необходимо посмотреть, как их изображают: это живо продемонстрирует поведение, которое

они, вероятно, и изменили бы, если бы осознавали. В этом поможет видеосъемка.

- [182]
11. Если чувствуете, что начинается Большая борьба, попытайтесь отступить и прекратить ее в самом начале. Разгоревшийся конфликт очень сложно погасить, поэтому лучший способ — профилактика. Не позволяйте борьбе стать непреодолимо притягательной.
 12. Каждый член семьи должен быть услышанным. СДВ влияет на всех, хотя не все об этом говорят. Дайте высказаться молчунам.
 13. Постарайтесь остановить негативный процесс и превратить его в позитивный. Аплодируйте, поощряйте успехи. Человек должен быть нацелен на победу, а не мрачно ожидать неизбежного провала. Замечать только положительное — одна из самых сложных задач, с которыми сталкивается семья в борьбе с СДВ, однако, если это получится, результаты могут быть потрясающими. Воспользуйтесь услугами хорошего семейного психотерапевта, тренера — кого угодно, лишь бы сосредоточиться на выработке позитивного подхода друг к другу и к проблеме.
 14. Распределите обязанности. Каждый должен понимать, чего от него ожидают. Каждый должен знать правила и последствия их невыполнения.
 15. Родители должны избегать циклов любви и ненависти. Бывает, что сегодня ребенок раздражает и его наказывают и отталкивают, а на следующий день он радуется и его хвалят и любят. Этого плохо в любом случае, но для детей с СДВ особенно, поскольку они очень быстро превращаются из маленьких дьяволят в ангелов и обратно. Постарайтесь, чтобы ваше отношение к ребенку было ровным. Если будете колебаться вместе с ним, семейная жизнь станет бурной и непредсказуемой.
 16. Выделите время, чтобы посоветоваться с супругом. Постарайтесь действовать единым фронтом: чем меньше вами будут манипулировать, тем лучше. Постоянство помогает вылечить СДВ.
 17. Не скрывайте диагноза в узком семейном кругу. Здесь нечего стыдиться, и чем лучше родственники понимают, что происходит, тем эффективнее смогут помочь. Кроме того,

не исключено, что у кого-то из них тоже есть это заболевание, хотя его обладатель об этом не догадывается.

18. Постарайтесь нацеливаться на проблемные зоны. Типичные примеры — время учебы, сна, ужина, утренние часы, переходные моменты (выход из дома и т. д.) и отпуска. Когда проблемная зона четко определена, к ней можно подойти конструктивнее. Обсуждайте возможные улучшения, выдвигайте конкретные предложения. [183]
19. Устраивайте всей семьей мозговые штурмы. Пока не наступил кризис, общайтесь и думайте, как скорректировать проблемную зону. Пробуйте предложенные решения, отбирайте самые лучшие. Подходите к проблемам сообща, не забывая о позитивном отношении и вере в собственные силы.
20. Прислушивайтесь к советам учителей, педиатров, психотерапевтов, других родителей, детей. Иногда человек не слышит близких или не верит им, но готов прислушаться к такому же совету извне.
21. Постарайтесь сделать так, чтобы на СДВ смотрели как на любое другое заболевание: сделайте его как можно естественнее в глазах всех членов семьи. Подстройтесь к болезни, как к особому таланту или интересам, например музыкальному дару или спортивным способностям, развитие которых повлияло бы на семейную рутину. К больному надо приспособиться, но нельзя давать болезни доминировать. В минуты кризиса это может казаться невозможным, но помните: плохие периоды не длятся вечно.
22. СДВ может лишить семью сил, исказить отношения и настроить родственников друг против друга. Для эффективного лечения нужно время. Иногда ключ к успеху прост: не сдаваться и *сохранять чувство юмора*. Сложно быть оптимистом, когда дела, кажется, идут все хуже и хуже, но не забывайте, что терапия может подолгу не давать видимых результатов. Еще раз обратитесь за консультацией, прибегните к дополнительной помощи и не сдавайтесь.
23. Никогда не переживайте в одиночку. Постарайтесь привлечь как можно больше людей: педиатра, семейного врача,

[184]

психотерапевта, группу поддержки, профессиональные организации, друзей, учителей, школу. Используйте любую помощь, какую только сможете найти. Группы поддержки могут удивительным образом уменьшать непреодолимые преграды и помогают сохранять трезвый взгляд на ситуацию. Человек ловит себя на мысли: «Получается, мы не единственная семья с этой проблемой?» Даже если сама проблема остается, она начинает казаться решаемой, менее необычной и угрожающей. Ищите поддержку. Никогда не переживайте в одиночку.

24. Обращайте внимание на ограничения и чрезмерный контроль. Больные СДВ часто преступают границы, не желая того. Важно, чтобы каждый член семьи знал и чувствовал, что он личность, а не игрушка в коллективе. Кроме того, диагноз СДВ может показаться кому-то из родителей такой угрозой его власти, что он превращается в тирана, фанатично настаивающего на постоянном тотальном контроле. Такое отношение только усиливает напряженность и пробуждает у других желание взбунтоваться. Членам семьи становится сложнее выработать в себе чувство независимости, необходимое для эффективного функционирования в обществе.
25. Не теряйте надежду. Надежда — краеугольный камень терапии синдрома дефицита внимания. У вас должен быть человек, которому можно позвонить и рассказать плохие новости и который поможет собраться с духом. Никогда не забывайте о положительных аспектах СДВ: энергии, креативности, интуиции, добросердечности. Помните, как много обладателей этого заболевания добиваются успеха в жизни. Даже если кажется, что болезнь топит вас и вашу семью, верьте: все наладится.

Синдром дефицита внимания способен разорвать семейные узы в любом возрасте. Джордж родился в Новой Англии*, в консервативной, уважаемой семье. В жизни он перепробовал много профессий, содержал жену и детей, но так и не реализовал

* Новая Англия — исторически сложившийся регион США; расположен на крайнем северо-востоке страны; включает штаты Вермонт, Коннектикут, Массачусетс, Мэн, Нью-Гэмпшир и Род-Айленд. *Прим. перев.*

своего потенциала и не исполнил ожиданий, которые возлагали на него аристократичные родственники. Когда в пятьдесят семь лет мужчина узнал, что болен СДВ, и именно болезнь стала причиной его неудач в жизни, он пришел в восторг и поспешил поделиться новостью со старшей сестрой. Та ответила холодно: «Джордж, если ты нашел повод для радости, я рада за тебя».

«Я не ожидал многого. Пусть даже просто “Не может быть!” Но вообще ничего? Я этого не понимаю».

Приведенное ниже письмо Джордж написал сразу после разговора с сестрой, но не стал отправлять. На одном из сеансов он передал его мне с объяснением: «Неотправленное письмо моей старшей сестре, безупречной с виду дочери, жене солидного бизнесмена, ставшей безупречной с виду матерью, женой и столпом общества, классическому порождению идеальной семьи. С тех пор как в середине марта я поделился с ней недавним открытием — диагнозом СДВ, я не получил от нее ни единой весты. Это занятно, потому что она довольно много времени тратит на добрые дела для всех окружающих. Письмо я написал в качестве упражнения. Наверное, оно мне поможет, даже если никогда его не отправлю».

«Дорогая Патриция,

как ты, несомненно, помнишь, со времени нашего последнего разговора прошло достаточно много времени. Если не ошибаюсь, я звонил тебе в середине марта, чтобы поделиться своим открытием — синдромом дефицита внимания. Потом мы обменялись парой слов на Пасху, но ты быстро (и, должен сказать, довольно бесцеремонно) перепоручила меня Дэвиду. Я пару раз безуспешно пытался до тебя дозвониться, но потом стало очевидно, что ты сама не делаешь никаких заметных усилий, чтобы со мной связаться. Чем больше проходило времени, тем сильнее я убеждался, что лучше подойти к вопросу иначе. Не могу точно сказать, в чем дело; следовательно, не уверен, что выбрал правильную форму. Тем не менее я решил как можно искреннее сообщить тебе о своих мыслях.

Не знаю, известно ли тебе, что синдром дефицита внимания лишь недавно в достаточной степени изучили у детей,

[186]

а для взрослых пациентов в этом диагнозе кроется еще много неясного. Не знаю, известно ли тебе, что... хотя, погоди минутку, письмо не об этом. Рассказать тебе об СДВ на самом деле не главное. Гораздо интереснее попробовать чуть подробнее описать изменения, которые происходят в моей жизни, и, возможно, побудить тебя ответить взаимностью.

Если помнишь, в марте я позвонил тебе, чтобы поделиться, без сомнения, важнейшим прозрением моей жизни. Эта болезнь не просто тихо мешала мне выполнять то, чего от меня ожидали: она заставила меня (и многих других) верить, что неспособность добиваться результата — это сознательный выбор, глубочайший недостаток характера. Сколько себя помню, я искренне полагал, что так оно и есть. При этом и мне, и всем, с кем я общался, было очевидно, что у меня есть способности, ум, хорошие внешние данные, тактичность и все остальное, что представляется важным в погоне за успехом... Стоп. По-моему, я опять пишу не о том.

На самом деле мне просто хочется спросить: что происходит у тебя в голове? Твой брат, которого ты много раз заверяла в искренней любви и преданности, рассказывает, что у него серьезное неврологическое заболевание и побочные эффекты буквально окутывают все его действия, отношения и мысли. Почему ты не предложила мне поддержку, не посочувствовала, не проявила интерес — вообще никак не отреагировала? Если ты почему-то не испытываешь этих чувств, почему же не возмутилась и не назвала меня симулянтом, помехой, пятном на нашем образцовом американском семействе? Почему ты вообще ничего не сделала? Может быть, я незначительный раздражающий фактор, раз ты со своих высот не удостоила меня снисходительным ответом?

Пэтти, это не имеет ни малейшего смысла. Я твой брат, Джордж. У меня неврологическое заболевание, которое называется «синдром дефицита внимания». Никто не виноват, что оно у меня есть, никто специально не влиял на то, чтобы оно как-то проявлялось. Я не сержусь и не сожалею об этом, хотя из-за болезни у меня были бесчисленные проблемы с самыми

*простыми действиями, которых я ожидал от себя, а другие ожидали от меня. Я не властен над стороной моего разума, отвечающей за удержание интереса почти ко всему значительному в моей жизни. Я казался себе и другим ленивым и немотивированным человеком, растрачивающим природные таланты. Это хронически отбивало у меня всякую охоту что-то делать. Я очень, очень долго был не в состоянии выдать из себя ни капли настоящего энтузиазма к чему бы то ни было, кроме вылезания из долгов. Это **не** плод моего воображения и не оправдание неудачной жизни. Эта болезнь есть не только у меня, но и у тысяч мне подобных. Мой диагноз несомненен. Его безоговорочно подтвердили три независимых специалиста по СДВ у взрослых. Я прочитал не один и не два рассказа о жизни с недиагностированным синдромом, и в большинстве случаев сам мог бы написать что-то подобное. Характеристики симптомов как будто писали с меня самого. К счастью, я не оказался в тюрьме, как многие другие больные, не спился и избежал множества других печальных, но не столь редких исходов.*

[187]

Сейчас я пробую различные комбинации лекарств, которые помогут мне управлять концентрацией внимания, и одновременно пытаюсь распутать накопившиеся за много лет схемы творческого поведения, благодаря которым я пережил столько взлетов, падений, отчаяния, смущения и даже немало веселых минут. Не могу сказать, что этот коварный недуг — благословение, но признаю, что это везение — узнать о нем, а не бороться с собой до конца своих не очень радостных дней.

Пожалуйста, поделись своими мыслями. Я не ожидаю от тебя ничего конкретного, но мне интересны твои мысли по этому поводу, какими бы они ни были. Будет мило с твоей стороны, если наши кровные и семейные узы сохранятся и мы по-прежнему будем делиться друг с другом жизненным опытом. Но если ты по каким-то причинам считаешь это невозможным, я переживу. Просто поставь меня в известность.

*С уважением,
твой брат Джордж»*

[188]

После некоторых колебаний Джордж решил не отправлять письмо. «Я думаю, пришло время перестать выпрашивать у нее какое-то одобрение. Она все равно не сможет его дать. Сам не понимаю, почему в таком возрасте я оглядываюсь на других». Со временем он начал получать одобрение окружающих и, прежде всего, стал доволен самим собой. Его долгую борьбу смогли наконец понять, по крайней мере он сам, жена и дети. Тем не менее было бы легче, если бы сестра сумела войти в его положение.

Семья обладает большой силой. Она может исцелить человека и причинить ему боль. Если семья захочет по-новому взглянуть на раненого родственника, помочь его вылечить, это может оказаться эффективнее, чем все лекарства, терапевтические приемы и заклинания, вместе взятые. Но если родные откажутся по-другому посмотреть на своего Джорджа, если начнут говорить: «Очередная глупая отговорка! Может, просто возьмешься за ум?» — это может снизить эффективность любого лечения. Немногим из нас дано пересилить влияние семьи, ее способность и опустошить нас, и вдохнуть в нас жизнь. Немногие способны перешагнуть через потребность в любви и одобрении отца и матери, братьев, сестер, других родственников. Если это желание будет исполнено, оно принесет добро и поддержку. Если человека отвергнут — будет нанесен вред.

Чтобы использовать свою мощь во благо, семья должна принять вызов. Все сообщества, и особенно семьи, избегают нарушения статус-кво, какой бы плохой ни была ситуация. Когда больной СДВ хочет измениться, он приглашает семью измениться вместе с ним. Это всегда сложно, причем не только в проблемных, но и в здоровых семьях. Однако, руководствуясь знаниями, информацией и при должном ободрении и поддержке большинство семей способны успешно адаптироваться.

ГЛАВА

6

Из чего состоит слон

Подтипы СДВ

До сих пор не существует общепринятого краткого определения синдрома дефицита внимания, поэтому приходится полагаться на описания его характерных симптомов. Такие описания часто относятся к какому-то одному элементу, подчеркивают тот или иной аспект синдрома, и все это напоминает притчу о слепцах, которые пытаются описать слона. Один из них щупает хобот и заявляет, что слон — продолговатый, трубчатый и выпускает теплый воздух. Другой схватился за хвост и рассказывает о чем-то тонком и гибком. Третий щупает ногу и утверждает, что слон похож на ствол дерева. Еще один трогает живот и возражает: слон — это что-то громадное и мягкое, как губка. И ни один слепой не может отойти от слона и увидеть его целиком.

То же самое можно сказать про СДВ. Сосредоточиваясь на отдельных элементах этого синдрома, мы рискуем упустить из виду другие, которые разительно отличаются. Например, если делать акцент на невнимательности, можно не заметить того, что большинство больных СДВ периодически способны невероятно фокусировать внимание. Или можно рассказать о гиперактивности и проигнорировать, что многие подобные люди — тихие мечтатели. Сложно, глядя на большую картину, понять, что все эти аспекты — часть единого целого. Тем не менее, исследуя различные элементы (подтипы) синдрома дефицита внимания, можно прийти к более полному пониманию этого сложного явления. Формально диагностическая номенклатура признает всего два подтипа СДВ:

с гиперактивностью и без гиперактивности. Еще одна широкая классификация — деление на СДВ у детей и СДВ у взрослых.

Мы хотели бы ввести еще несколько подтипов. Не все из них получили официальное признание, но, основываясь на нашем клиническом опыте, считаем их полезными для выделения самых частых и характерных проявлений этого заболевания. Поскольку многие связанные с СДВ вторичные симптомы развиваются постепенно, перечисленные ниже подтипы преимущественно относятся к взрослым. Список начинается с самых распространенных.

[191]

1. СДВ без гиперактивности.
2. СДВ с тревожностью.
3. СДВ с депрессией.
4. СДВ с нарушениями обучаемости.
5. СДВ с возбужденностью или манией.
6. СДВ со злоупотреблением алкоголем и наркотиками.
7. СДВ у творческих личностей.
8. СДВ с рискованным поведением и СДВ «сильной стимуляции».
9. СДВ с диссоциативными состояниями.
10. СДВ с пограничными чертами личности.
11. СДВ с кондуктивным и оппозиционным расстройствами (у детей) и антисоциальными чертами личности (у взрослых).
12. СДВ с обсессивно-компульсивным расстройством.
13. Псевдо-СДВ.

СДВ без гиперактивности

Одно из самых распространенных заблуждений в отношении синдрома дефицита внимания — мнение, что он всегда сопряжен с гиперактивностью. Многие уверены, что если ребенок не лезет на стену, не имеет проблем с поведением и дисциплиной, то у него нет и СДВ. Или если взрослый не беспокойный, то у него не может быть этого синдрома. Порой кажется, что

диагноз в общественном сознании сводится к симптому двигательной гиперактивности.

[192]

Это ошибочно, но неудивительно, ведь синдром дефицита внимания впервые был описан именно у гиперактивных детей, и наши знания о нем во многом базируются на исследованиях этой популяции. Сравнительно недавно ученые пришли к пониманию, что СДВ можно болеть и без гиперактивности, во всяком случае во взрослом возрасте, однако репутация успела прижиться, и устаревшие убеждения не торопятся сдавать позиции.

Современные данные свидетельствуют, что в мире множество детей и взрослых имеют полный набор симптомов СДВ, но при этом не только не гиперактивны, но даже не проявляют активности вообще. Скорее наоборот: они ведут себя медлительно.

Такие люди — мечтатели. Это дети, часто девочки, которые сидят на задней парте, крутят пальцем волосы, смотрят в окно и подолгу о чем-то думают. Это взрослые, которые «отключаются» во время разговора или посреди страницы. Такие люди склонны иметь очень развитое воображение. Они строят лестницу в небеса и убегают по ней в середине беседы, или пишут в уме пьесы, хотя не закончили работу на день, или вежливо кивают головой в знак согласия, хотя вообще не слышали, что было сказано. Они уходят тихо, без лишнего шума, характерного для их гиперактивных собратьев, но в остальном все так же.

СДВ без гиперактивности встречается у обоих полов, но у девочек и женщин, по-видимому, распространен шире, что может быть связано с особенностями экспрессии соответствующего гена или с отсутствием хромосомы Y.

В таких случаях главным симптомом обычно служит отвлекаемость — тихое, незаметное смещение внимания, которое, однако, происходит четко, как разрыв киноплёнки. Представьте, что вы только что были в одном месте, а уже в следующую секунду перемещаетесь куда-то еще. Сами этих движений даже не замечаете: вы смирились с ними, как со сменой сцен в фильме. Перед вами разворачивается своя мысленная история, внутренняя экранизация событий дня, и вас точно так же увлекает нить повествования.

В каком-то отношении это очаровательный симптом. Разум блуждает, как ручеек, ветвится, повторяет изгибы ландшафта: тут свернет, там блеснет водопадом, тихо, по собственному расписанию пробивая путь к большой реке мысли.

[193]

Но, с другой стороны, ничего очаровательного в этом нет. Временами невозможность положиться на свою способность что-то запомнить, успеть в срок, не сбиться во время важного разговора, сосредоточиться на том, что очень хочется прочитать, или на проекте, который ждет завершения, совершенно сковывает человека. Кажется, что блуждающий ручей уносит вас очень далеко, и совсем не туда, куда вы стремитесь.

«Бывает, я работаю за своим столом, — жалуется одна пациентка, — и вдруг, сама того не осознавая, переключаюсь на какую-то другую идею, подсказанную проектом. Потом начинаю следовать за мыслью или даже выхожу из-за стола, чтобы что-то принести, но, пока иду, забываю, зачем шла. Я почти как лунатик. Такое рассеянное состояние может продолжаться часами. В голове проплывает много интересных мыслей, я размышляю над множеством творческих идей, но работа не выполняется. Если я на что-то отвлекаюсь, несколько минут могу сознательно бороться и сосредоточиваться, но, как только перестаю следить за своими действиями и погружаюсь в работу, попадаю во власть этих причуд. Если бы получалось сосредоточиться хотя бы на час, я бы, наверное, сделала свою работу за день».

После того как женщина вылечила СДВ, ее жизнь преобразилась. «Это чудесно, — призналась она. — В общем и целом ощущения такие же, как и раньше, но я стала выполнять всю положенную работу! Я начала завершать проекты, которые много лет откладывала, и в конце дня не могу поверить, сколько всего удалось сделать. Но производительность — это еще не все. Я стала совершенно по-другому смотреть на себя, перестала считать себя какой-то чудной и ущербной, начала верить, что не просто не глупее других, но и довольно умна. Знаете, это разительная перемена. Жалко, конечно, что я не узнала о своей болезни раньше».

Концентрации внимания может мешать не только СДВ, но и многие другие факторы. Самые распространенные из них —

[194]

лихорадочный темп повседневной жизни, травмирующие события в прошлом и настоящем, депрессия, злоупотребление алкоголем и наркотиками, лекарственные препараты, тревожные расстройства, реакция на горе, серьезные жизненные перемены и различные заболевания (например, некоторые виды эпилепсии, которые требуют консультации врача).

Тем не менее диагноз СДВ нельзя игнорировать. Особенно внимательным нужно быть, если отсутствует гиперактивность. Такой человек кажется просто одним из многих, кто «не может собраться с мыслями». Хочется встряхнуть его и сказать: «Приснись! Возьмись за дело! Перестань разменивать жизнь на пустяки!» Но если кто-то из близких вдруг поймет, что проблема не в лени и общей незадачливости, а в чем-то более глубоком, жизнь человека станет гораздо лучше.

СДВ с тревожностью

Некоторые больные синдромом дефицита внимания живут в состоянии хронической тревожности. Их беспокоят не невнимательность или импульсивность, связанные с этим заболеванием, а, скорее, сопутствующая им тревога.

Тревога бывает логичной, очевидной и иррациональной, скрытой. Логичную тревогу человек испытывает, когда хронически забывает о своих обязанностях, «спит» наяву, необдуманно действует и говорит, опаздывает, не укладывается в сроки. Все это типично для СДВ, и жизнь в таком состоянии, конечно, вызывает непрерывное беспокойство: «Что я забыл?», «Что еще пойдет не так?» Человек пытается уследить за своими делами, как жонглер за мячиками.

В существование скрытой тревожности сложно поверить, но мы часто наблюдаем это явление в клинической практике. Она выражается в том, что больной тревожным СДВ активно ищет поводы для тревоги и волнения. День или любой момент отдыха для него начинается с быстрого сканирования горизонтов психики

в *поисках* причины для беспокойства. Обнаружив ее, больной «берет цель», как самонаводящаяся ракета, и больше не отпускает. Каким бы банальным ни был повод, какие бы страдания ни причиняло волнение, человек возвращается к навязчивой мысли и ярко ее переживает. Некоторые из этих людей действительно больны obsessивно-компульсивным расстройством, но большинство нет. На самом деле беспокойство для них — это способ организовать свое мышление. Они как будто чувствуют, что лучше потерпеть болезненные переживания, чем бороться с неуверенностью и хаосом.

[195]

Прочитайте описание, сделанное пациентом: «В ту самую минуту, когда из головы уходит одна проблема, я берусь за поиски следующей. Обычно это какая-то ерунда, например неоплаченный счет или то, что мне пару дней назад сказали по поводу веса. Но я мучаюсь этими мыслями, пока они не испортят настроение».

Склонность концентрироваться на волнении — определяющая черта СДВ с тревожностью. Это встречается нередко. Почему мысли такие навязчивые? Отчасти потому, что человек не знает причины своего поведения. Это, как большинство психологических привычек, будет сохраняться до тех пор, пока не наступит прозрение и больной не начнет сознательно менять ситуацию.

Другим объяснением навязчивого, нередко крайне болезненного стиля мышления мы считаем реакцию испуга при СДВ. События развиваются следующим образом.

1. Что-то пугает человека. Это может быть изменение состояния, например пробуждение или переход от одной задачи к другой; завершение дела или какая-то новость. Повод обычно банальный, однако испуг все равно требует некоторой реорганизации части головного мозга.
2. За испугом следует небольшая паника. Мозг не знает, куда смотреть и что делать: он был на чем-то сосредоточен, а теперь от него требуют перемен. Это очень дезорганизует, поэтому разум тянется к чему-то горячему, на чем можно сконцентрировать внимание. Поскольку волнения — это очень

горячие эмоции и тем самым хорошо организуют, нужно найти повод для беспокойства.

- [196] 3. Панику сменяет тревожная руминация. Это неприятно, но, по крайней мере, приносит порядок. Человек может раз за разом, тысячи раз в день прокручивать в голове одно и то же: «Я успею заплатить налоги?», «Она на меня как-то не так посмотрела. Может, она сердится?», «Я сдал экзамен или не сдал?» — и паника, вызванная «испугом», сменяется сосредоточенной болью.

Весь смысл этой последовательности — избежать хаоса. Никто не любит хаос, но большинство людей могут потерпеть миллисекунду и даже секунду, чтобы перейти от одного задания к другому, из одного состояния в другое, от стимула к стимулу. Разум же, пораженный СДВ, нередко не способен на это. Он вынужден фиксироваться на волнении и концентрируется на нем. Вернее, увязает.

СДВ с депрессией

Иногда первый симптом, который приводит больного СДВ в кабинет психиатра, — это проблемы с настроением, особенно депрессия. Синдром дефицита внимания обычно описывают другими характерными симптомами — отвлекаемостью, импульсивностью и беспокойством, поэтому при жалобах на депрессию этот диагноз не рассматривают. Однако СДВ и депрессия, несомненно, часто сосуществуют.

Это совсем неудивительно, если взглянуть на жизнь типичного человека, больного синдромом дефицита внимания. Уже в детстве он сталкивается с хроническими фрустрациями и чувством поражения. Он никак не добивается результата, его называют глупым, ленивым, упрямым. Ему необычайно сложно справиться с требованиями повседневной жизни, он отключается, вместо того чтобы сосредоточиться, раз за разом срывает сроки.

Его переполняет энергия, но самооценка подпитки не получает. Человек может прийти к выводу, что не стоит и пытаться, жизнь слишком сложна и сводится к борьбе, поэтому, наверное, будет лучше, если она закончится.

[197]

Отрадно наблюдать, как люди с недиагностированным СДВ мужественно смотрят в глаза отчаянию. Они не сдаются. Даже если их уже много раз сбивали с ног, они встают, снова падают и еще раз поднимаются. Их очень сложно повалить окончательно. Такие больные обычно не склонны жалеть себя: они скорее разозлятся, встанут и возьмутся за дело снова. В этом смысле их можно даже назвать упрямыми: они не смиряются с поражением. Тем не менее депрессия может сохраняться.

Хотя к депрессии, часто наблюдаемой у больных СДВ, отчасти может подталкивать жизненный опыт, не исключены и биологические факторы. Вполне вероятно, что у СДВ и биологической депрессии (вызванной не жизненными событиями, а биологией) общая патофизиология, то есть оба состояния могут быть физиологически и генетически связаны. То, что нарушается при депрессии — «патологическая» часть физиологии, — может нарушиться и при СДВ.

Джеймс Хадсон и Харрисон Поуп из Школы медицины Гарвардского университета опубликовали инновационное исследование, в котором предложили интересную гипотезу: у восьми заболеваний, в том числе депрессии и СДВ, может быть общая патофизиология. Они назвали эту группу «расстройства аффективного спектра», и кроме двух упомянутых болезней включили в нее булимию, обсессивно-компульсивное расстройство, катаплексию*, мигрень, паническое расстройство и синдром раздраженного кишечника. Такая классификация поддерживается клиническими данными и тем, что заболевания реагируют на схожие препараты. Если лекарство, которое успешно лечит глубокую депрессию, так же хорошо лечит и СДВ, может быть, имеет смысл предположить связь между этими состояниями?

* Катаплексия (от *греч.* *cata* — движение вниз, *plege* — удар) — кратковременное расслабление мышц, сопровождающееся падением больного. *Прим. ред.*

[198]

Хотя это необязательно соответствует действительности — в медицине есть несвязанные заболевания, которые лечат теми же лекарствами, — гипотеза, безусловно, достойная внимания, тем более что Хадсон и Поуп приводят убедительные доказательства физиологической связи восьми расстройств аффективного спектра.

Учитывая биологию и жизненный опыт, неудивительно будет обнаружить, что депрессия связана с СДВ.

Часто, однако, проблемы с настроением при синдроме дефицита внимания не столь очевидны. Они недостаточно тяжелы, чтобы назвать их депрессией, но и не просто обычное плохое настроение. Посмотрите, как свое состояние описывает больная.

«Я вряд ли когда-нибудь буду по-настоящему счастливым человеком. Сколько себя помню, постоянно грустила. Иногда я забываюсь и в такие моменты, наверное, могу даже показаться счастливой. Но как только начинаю думать, неприятные чувства возвращаются. Это не отчаяние. Я никогда не пыталась совершить самоубийство. Ничего подобного. Просто дело в том, что я никогда не чувствовала себя удовлетворенной — ни собой, ни жизнью, ни будущим. Это неравный бой. Кажется, я всегда считала, что жизнь просто не может быть другой: это одна большая череда разочарований, которые прерываются редкими проблесками радости».

Это описание вызывает в памяти ремарку Сэмюэла Джонсона*, человека, в жизни которого можно найти достаточно свидетельств СДВ и депрессии. Он как-то заметил, что «жизнь — это путь не от удовольствия к удовольствию, а от надежды к надежде». Также он пишет: «В жизни надо вынести многое, и мало найдется поводов для радости». Еще говорил, что «наш мир кишит грехами и печальями».

Неутихающая грусть и безрадостность часто сопутствуют СДВ и иногда исчезают после успешного лечения синдрома. Это как убрать из глаза соринку: человек начинает видеть красоту

* Джонсон, Сэмюэл (1709–1784) — английский лексикограф, литературный критик и эссеист. Автор «Словаря английского языка». *Прим. ред.*

там, где были какие-то неясные, размытые контуры. У людей, страдающих этим подтипом СДВ, отвлекаемость — неотъемлемая часть заболевания — мешает осознавать удовольствие, воспринимать порядок и чувствовать, что в жизни все может быть хорошо.

[199]

Процитированной выше пациентке даже не приходило в голову, что жизнь может измениться к лучшему. Если что-то шло на поправку, она просто этого не замечала и постоянно отвлекалась на какие-то сравнительно безобидные переживания, которые так сбивали ее, что она за деревьями не замечала леса. Чувство хронического разочарования было в равной степени порождением действительных неудач и неспособности замечать порядок и стабильность своего мира.

Мы не хотим сказать, что любая депрессия связана с СДВ. Это далеко не так. Однако существуют хронически безрадостные люди, у которых синдром дефицита внимания действительно есть, но они об этом не подозревают.

Здесь возможны два варианта. Первичное нарушение — неспособность уделять внимание — может привести к вторичной проблеме — депрессии, или обе болезни — СДВ и депрессия — сосуществуют и независимо развиваются из той же физиологической патологии.

СДВ с нарушениями обучаемости

Нарушения обучаемости причиняют боль не только из-за напряжения, которое вызывают в жизни человека, но и из-за ощущения оторванности от языка, мыслей, самовыражения, творчества, книг, слов, чувств и людей.

Можно сказать, что разнообразие нарушений — это еще и множество причудливых вариантов мышления. С одной стороны, ребенок с дислексией или СДВ может заикаться, запиняться и сбиваться с мысли, иногда терять связь с миром, книгой

[200]

в руках, собеседником. Но, с другой стороны, он способен в неожиданном свете видеть мир. Он может заметить что-то новое и удивительное. Поэтому невероятно важно следить, чтобы «окна разума» у таких детей были чистыми, не допускать, чтобы на них появились грязные разводы стыда, несправедливой критики, пораженческого мышления, заниженной самооценки.

Позвольте рассказать вам историю о маленьком мальчике с выраженной фобией — страхом писать. Эту «выраженность» нашла у него психолог. «Карл явно боится писать, — говорится в ее отчете. — Я пришла к такому выводу на основе результатов психометрических тестов. Проективное тестирование также указывает на частичную неспособность подбирать слова в стрессовой обстановке, а также неполное высвобождение превербальных структур памяти при инициировании образов воспоминанием и импровизированной стимуляцией. Это приводит к относительному торможению способности формировать и выражать мысли письменно — иными словами, к тенденции избегать внешних напоминаний и стрессоров, связанных с процессом письма. На психодинамическом уровне эти неврологические факторы осложняются тем, что у Карла наблюдается раннее осознание внутренних конфликтов родителей. Он проявляет необычное для восьмилетнего мальчика понимание нереализованных литературных амбиций матери, равно как и смешанных чувств стыда и гордости отца по поводу определенных вербальных успехов в своей карьере, а именно популярности в качестве автора так называемых телевизионных ситкомов. Таким образом, неврологические и психодинамические факторы совокупно образуют в Карле интенсивную двойственность: он не может определиться, хочет или не хочет писать, должен или не должен, может или не может, что именно значит “писать”. Если эти проблемы не найдут своего разрешения, фобия по отношению к письму сохранится. Я рекомендую не вмешиваться в этот тонкий баланс, проявить уважение к оборонительной структуре Карла и подождать, пока вопросы разрешатся сами собой. Если этого не произойдет, крайне полезными могут быть занятия в ресурсной комнате».

Присцилла Вейл, моя знакомая и специалист по вопросам обучения, прочла все это и громко расхохоталась: «Что это вообще такое?» Она совершенно не поверила мнению и рекомендациям психолога и решила избрать другой подход. Присцилла сказала Карлу, что, даже если ему очень хочется писать, придется ограничиваться — три-пять листов блокнота в день. Затем она начала заниматься с ним всевозможными забавными проектами, которые подразумевали письменное выражение мыслей: игры, головоломки, загадки, списки желаний, письма кумирам. Очень скоро Карл стал просить листок побольше.

[201]

— Даже не знаю, — говорила Присцилла, поглаживая подбородок. — Тут еще много места, постарайся уложиться.

— Ну пожалуйста, миссис Вейл! — умолял Карл.

— Ну, если ты думаешь, что справишься...

— Справлюсь? Да я могу гораздо больше! — воскликнул Карл с гордостью.

Вскоре Карл начал писать больше, чем многие профессиональные писатели. «Фобия по отношению к письму» и ресурсная комната были забыты, и Карл с воодушевлением писал строку за строкой, даже не подозревая, что он «на это неспособен».

Думаю, отношения человека со словами зарождаются во многом как романтическая связь. Люди встречаются в самый неожиданный момент, в самом странном месте. Они могут столкнуться дождливым воскресным вечером в пустом зале прачечной или пересечься взглядами через весь зал посреди свадебного вальса. Они знакомятся и начинают отношения без каких-то планов. Затем может последовать и продолжительное ухаживание, и бурный роман. Они могут долго избегать друг друга — иногда это даже кажется фобией, как в случае с Карлом, или быстро слиться в страстном порыве, полюбить друг друга с первого взгляда. Кто-то вступает в своего рода эпистолярные отношения со словами, выражая чувства в строгой прозе и элегантных заметках, а кто-то пишет стихи. Кто-то штампует слова и показывает их миру, как объявления на столбе, а кто-то держит слова в запасе. Одни читают сбивчиво и раболепно, как нервный влюбленный, а другие, кажется, родились ораторами. Все мы относимся

[202]

к языку по-своему, и он тоже по-разному дарит нам свою благосклонность. Язык невероятно прекрасен, бесконечно разнообразен и пронзителен, но он же вызывает отчаяние, смятение, истощает человека, не прощает ошибок.

Присцилла Вейл — выдающийся психолог, интуитивно чувствовала и знала по опыту, как подружить Карла и слова. Всем, кто работает со словами, известно: язык — это не бездушный инструмент, который можно взять с полки, как молоток, а живой спутник, с которым мы идем на протяжении почти всей сознательной жизни. Для многих он становится лучшим другом, и его общество воспринимается как данность.

Но другим язык дается нелегко. Им приходится прилагать усилия, чтобы удержаться в компании слов. Эти люди — к ним я причисляю и себя, так как страдаю от дислексии и СДВ, — никогда не знают, чего ожидать от языка. Отношения полны непредсказуемости: человек то подобен Аврааму Линкольну, из-под пера которого выходит Геттисбергская речь*, то неуклюже подбирает слова, как мальчик на первом свидании.

Когда я учился в старших классах — еще в 1960-е, — классификация нарушений обучаемости была довольно незамысловатой. В принципе, нарушение было всего одно: глупость. Лекарство тоже было одно: больше трудиться. Конечно, было ясно, что кому-то лучше дается математика, кому-то — английский, и лишь немногим счастливицам — и то и другое. Конечно, люди любили говорить об «особой помощи» и репетиторстве, а некоторые даже слышали о дислексии. Но тем не менее более изящного объяснения явления не было.

Сегодня наука об обучении продвинулась далеко вперед, а по мере того, как наши знания растут, усложняется и картина. Научный язык в этой области перегружен терминологией, а отчеты об исследованиях сложны для восприятия: ученые оперируют понятиями вроде «проблемы обработки слуховой информации», «зрительно-пространственная дисфункция», «расстройство

* На открытии Геттисбергского кладбища 19 ноября 1863 г. президент США Авраам Линкольн произнес свою самую известную речь, которую и в наши дни называют образцом ораторского искусства; он говорил всего три минуты. *Прим. ред.*

рецептивной речи», «нарушения невербального обучения», «проблема с подбором слов», «нарушение обучаемости на языковой основе» и т. д. Все это очень острые темы, но за ними почти невозможно уследить, если не заниматься этим каждый день. Специалисты придумывают собственную терминологию и соревнуются друг с другом, чей лексикон приживется. Комитеты собираются и утверждают термины, а потом встречаются снова и меняют их, хотя вы еще не успели выучить старую версию. Например, комитет, созванный, чтобы выработать определение синдрома дефицита внимания для четвертого издания Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders («Руководство по диагностике и статистике психических расстройств»; сокращенно DSM-IV-TR), уже в 2003 году для пятого издания придумал новое определение.

[203]

Едва ли можно надеяться, что можно будет поспеть за номенклатурой, но в то же время это не должно отпугивать. Из-за страстия к загадочным словам и ссылкам люди, занимающиеся проблемами обучения и СДВ, слишком часто не проясняют ситуацию, а вносят путаницу. Человек должен быть в состоянии узнавать важную информацию по этим темам, не заглядывая в словарь иностранных слов.

Многих детей, которых мы описываем в этой книге, Присцилла Вейл называет детьми-загадками. Они вне каких-то заданных рамок, не все в них поддается объяснению. Эти дети изумляют тем, что могут то отставать во всем, то отвечать блестяще, сегодня прекрасно читать на уроке, а завтра — отрешенно смотреть в окно, в свободное время решать сложные математические задачи, но быть не в состоянии хоть что-то посчитать на контрольной. Если вы хотите получше познакомиться с такими детьми и узнать, как им помочь, непременно прочитайте работы Присциллы, особенно *Smart Kids with School Problems*, или загляните в *Superparenting for ADD*, которую я написал в соавторстве с Питером Йенсенем.

Хотя дети-загадки (да и взрослые-загадки тоже) оправдывают свое название, их загадочностью нередко оказывается синдром дефицита внимания. Имея дело с этим заболеванием, важно помнить, что ему могут сопутствовать другие сложности: дополнительные

[204]

нарушения обучаемости отмечаются у 10–80% больных СДВ, в зависимости от того, какие затруднения учитывать и как их определять. Прекрасная книга Брюса Пеннингтона *Diagnosing Learning Disorders* («Диагностика нарушений обучаемости») приводит в порядок различные термины и дает им прозрачное объяснение. Пеннингтон умеет очень доступно писать на эти темы, и его обзоры и интерпретация исследований полезны как специалистам, так и обычным читателям.

Если исходить из заданных Пеннингтоном нейрофизиологических рамок, синдром дефицита внимания представляет собой одно из так называемых нарушений обучаемости. Нарушением обучаемости называют проблемы в нейрофизиологической системе человека, которые негативно сказываются на успеваемости в школе (конечно, иногда ребенок плохо учится и без всяких нарушений — могут быть виновны исключительно эмоциональные или социальные факторы). Большую группу таких заболеваний составляет умственная отсталость. Все остальные рассмотрены в книге Пеннингтона по мере убывания распространенности: это дислексия и другие нарушения развития, связанные с языком; синдром дефицита внимания; нарушения, связанные с правым полушарием (в частности, особые затруднения с математикой, письмом и изобразительными искусствами, а также проблемы с социальным познанием); нарушения из спектра аутизма и приобретенные нарушения памяти (чаще всего из-за закрытой черепно-мозговой травмы и эпилепсии). Затруднения при обучении — специфические проблемы с математикой, чтением и языком — по классификации Пеннингтона составляют подгруппу нарушений обучаемости.

Таким образом, СДВ — лишь одна из разновидностей нарушений обучаемости. Ему могут сопутствовать другие подобные проблемы, например дислексия или приобретенное нарушение памяти, а также конкретные затруднения, например с математикой.

Деление на нарушения и затруднения может поначалу показаться сложным. Затруднения — это подгруппа нарушений. Они поражают конкретные способности: математические, лингвистические и т. п. Нарушения — это неспецифические заболевания, которые поражают когнитивные способности в целом.

Собственно, СДВ нельзя назвать специфическим затруднением, поскольку он не поражает какую-либо когнитивную функцию. Однако этот синдром касается всех областей познания и усугубляет любые затруднения при обучении. Так, при СДВ могут наблюдаться специфические затруднения с математикой и другие проблемы, особенно с изучением иностранных языков.

Затруднения с математикой заслуживают тщательной оценки. Они бывают разных видов и варьируются от культурно обусловленных — например, девочкам могут привить убеждение, что они должны плохо успевать по этому предмету, и со временем оно развивается в фобию, — до неврологических проблем. Среди последних также можно выделить разные подтипы. Одни затруднения связаны с пространственными отношениями, другие — с концептуализацией, третьи — с памятью и переработкой данных. Если врачу удастся точно определить, с какого рода сложностями он имеет дело, это помогает решить, насколько сильное вмешательство допустимо. Затруднения с математикой и языком можно скорректировать разными методами, от занятий с репетитором и специальных пособий, например счетных палочек Кюизенера (разноцветные палочки разной длины, с помощью которых маленькие дети учатся считать), и до специальных школ, где ребенок получит интенсивную профессиональную поддержку. Специальная помощь может оказаться очень полезной, но проблему не решит. Затруднения не исчезнут: человек просто научится справляться с ними по мере сил.

Как определить момент, что ребенок достаточно долго и усердно работал над математикой или иностранным языком и ему можно отдохнуть? Такого рода решения лучше всего принимать, проконсультировавшись со школой, семьей, специалистом по обучению и самим ребенком. Нельзя поддаваться слишком рано, так как это скажется на качестве обучения. С другой стороны, нельзя и бесконечно зубрить, потому что выигрыш будет невелик, а время окажется потраченным впустую и пострадает самооценка. Этот вопрос надо поднимать периодически и подходить к нему гибко, чтобы эффективная учеба не наносила вреда уверенности в себе.

[206]

Самое распространенное и наиболее изученное нарушение обучаемости — дислексия: в США ей подвержены, в зависимости от определения, до 30% населения. Если коротко, дислексия — затруднения с чтением или письмом на родном языке, которые нельзя объяснить какими-то другими причинами, например недостаточным обучением в школе, плохим зрением или слухом, повреждениями мозга или умственной отсталостью. Поскольку не все случаи этого заболевания одинаковы, термин, возможно, стоит употреблять во множественном числе — «дислексии». Некоторые дислектики испытывают особенные сложности с орфографией. У других наблюдается так называемое «зеркальное чтение» — они прочитывают слово справа налево: «онко» вместо «окно» и т. д. Третьи не переставляют буквы, но следующие буквы и звуки угадывают, а не читают, нередко неправильно, поэтому, например, путают «конфликт» с «конфетой», или «волокно» с «волшебством», или «метафору» с «медициной». В работе Альберта Галабурды из Гарвардского университета говорится, что мозг дислектиков выглядит иначе: у них наблюдаются аномальные утолщения (узлы) в коре. Эти узлы могут влиять на восприятие и обработку фонем — отдельных звуков, из которых состоят слова. Базовая проблема обработки фонетики, в свою очередь, ведет к характерным для дислексий затруднениям с чтением, орфографией и письмом. Первичные симптомы СДВ — хаотичная неустойчивость внимания, импульсивность и беспокойность — могут затруднить чтение и тем самым имитировать дислексию, однако это два разных заболевания. Отличать их важно с практической точки зрения, поэтому их лечение тоже разное.

Обе болезни могут и сосуществовать, и возникать отдельно. Синдром дефицита внимания у дислектиков встречается чаще, чем в целом в популяции, однако у больных СДВ не отмечено повышенной заболеваемости дислексией. Иначе говоря, у дислектика больше шансов заболеть СДВ, чем у здорового, а у больного СДВ вероятность болеть дислексией такая же, как у среднестатистического человека.

При СДВ нередки и проблемы с обработкой звуковой информации. Такие нарушения мешают мозгу в полной мере понимать

то, что он слышит. Ребенок или взрослый с этой проблемой не имеют дефектов органа слуха: звук легко передается в головной мозг, однако уже коре сложнее обработать его и полностью распознать смысл.

[207]

Например, ребенок на уроке может услышать, что учитель говорит: «Джордж Вашингтон был первым президентом США», но понять это как «Джордж Вашингтон — президент США». Если потом спросить его про Джорджа Вашингтона, он повторит свою переработанную версию и будет выглядеть нелепо и глупо.

Из-за неспособности правильно осмыслить сказанное у детей могут возникать и социальные сложности. Взрослые тоже страдают от этих проблем как на работе, так и в общении.

Мы пока еще не осознаем, насколько глубоко процессы обработки слуховой информации мешают учиться или общаться, но они могут невероятно сильно вмешиваться в повседневную жизнь, и больных СДВ это касается особенно.

Нарушения обучения, каким бы ни было их определение или причины, обычно довольно болезненны. Прочтите, например, воспоминания писателя Джона Ирвинга об учебе в Академии Филлипса в Эксетере.

«Я смирился с устоявшимся мнением, что мне учиться нелегко, следовательно, я глупый.

Я учился настолько плохо, что мне потребовалось пять лет, чтобы сдать трехлетний минимум по иностранному языку, а на пятый год обучения — на втором «старшем» курсе — я по второму разу проходил математику III (математику II я тоже прошел дважды). Я был настолько слабым, что латынь I сдал на двойку и провалил латынь II. Потом я перешел на испанский и там едва выжил...

В Эксетере мне не поставили диагноза нарушения обучаемости или дислексии: я просто считался глупым. Не сдал экзамен по орфографии и был отправлен на коррекционные занятия по этому предмету. Поскольку я не мог выучить, как пишутся

[208]

слова, и до сих пор ошибаюсь, мне посоветовали обратиться к школьному психиатру! Я и тогда, и теперь считаю этот совет совершенно абсурдным, но, если ты плохо учишься в Эксетере, у тебя формируется настолько устойчивое чувство собственной ничтожности, что, скорее всего, однажды и правда понадобится психиатр...

Жаль, что, когда я там учился, я не знал слово, описывающее то, что так усложняло мои школьные годы. Жаль, что я не мог сказать друзьям: “У меня дислексия” или “У меня нарушение обучаемости”. Приходилось молчать, а с самыми близкими друзьями я шутил по поводу собственных умственных способностей».

Люди, страдающие от нарушений обучаемости, ведут тяжелую борьбу, и, если она осложняется чередой несправедливых ярлыков — «тупой», «ленивый» и так далее, — под угрозой оказывается самооценка человека. Люди с подобными нарушениями настолько часто чувствуют на себе осуждающие взгляды, что это можно назвать правилом. В последнее время начало складываться что-то похожее на понимающий, сострадательный подход к ним, но о таких людях все равно постоянно слышишь язвительные замечания: эти «умственные инвалиды» якобы просто ищут повод, чтобы им подтянули оценку или чтобы можно было пожаловаться руководителю на дискриминацию.

Здесь стоит упомянуть господствующую в нашем обществе предвзятость, которая мешает диагностике СДВ и других нарушений обучаемости.

Когда речь заходит о нарушениях обучаемости, это становится очевидно. В нашей образовательной системе, несмотря на все реформы, ведущим принципом продолжает оставаться такой: «Не справился — сам виноват». Школа, считаем мы, как свободный рынок. Умные добиваются успеха. Если ты не добился успеха — что ж, значит, ты не так умен. Несмотря на все милые слова, большинство учащихся, родителей и учителей, кажется, по-прежнему согласны с разделением на «умный/глупый». Они, видимо, полагают, что представление об уме как о сложной материи, не делящейся

людей на умных и дураков, — просто изящный способ избежать неудобной правды: либо мозги есть, либо их нет.

Такой подход может превратить школьные годы в долгое гнетущее испытание.

[209]

Сегодня у нас есть знания, позволяющие на раннем этапе выявлять детей с нарушениями обучаемости и избавлять их тем самым от эмоциональных травм, связанных с непониманием; от ярлыков вроде «тупица»; от постоянной неспособности все уловить и ежедневного недоумения, почему не получается.

Подумайте на секунду, как важно невинное любопытство, с которым ребенок приходит в школу. Подумайте о ростках знания, о листиках самооценки, которые выглядывают из этой любознательности. Если подпитывать их, за много лет, проведенных ребенком в школе, а потом в колледже и далее, они вырастут в солидный багаж знаний, в чувство уверенности при изучении нового, в ощущение собственного «я». Посмотрите в глаза трехлетней малышки, которая пытается выдуть мыльные пузыри, или четырехлетнего мальчика, трудящегося над карточным домиком, или пятилетнего сорванца, ловящего равновесие на своем первом велосипеде. Подумайте, какая сосредоточенность видна на их лице и как важно для ребенка все правильно понять. Вспомните собственное чувство восторга и опасности, когда вы в детстве пробовали что-то новое. Вспомните, что больше всего на свете боялись не неудачи, а того, что над вами будут смеяться, вас унижат. Не забывайте о лицах детей, которые открывают свой разум, чтобы учиться.

Посмотрите на первоклашек. Они доверчиво ждут, что взрослые покажут им путь; они с нетерпением и восхищением смотрят на жизнь и свое будущее. А потом изучите, что время делает с этими лицами. Взгляните на лицо маленькой девочки, которая не очень хорошо читает, а от нее требуют стараться сильнее. Она любит помечтать, а ей говорят быть внимательнее. На уроке она замечает что-то захватывающее, например бабочку на стекле, и радостно кричит, а ее выгоняют из класса и ведут к директору. Она забывает домашнюю работу, а ей заявляют, что она просто не учится. Она пишет полные интересных мыслей истории, а ее

[210]

попрекают плохим почерком и орфографическими ошибками. Она просит помощи, а ей говорят, что надо стараться самой, а не сваливать работу на других. Она начинает чувствовать себя несчастной, а ей говорят, что она уже большая, а большие девочки сильнее стараются. Дух ребенка жестоко ломают. Я не могу вспомнить большей драгоценности, чем детские души. Жизнь неизбежно спускает нас с небес на землю, но делать это с детьми без какой-то особенной надобности, просто во имя образования, — трагедия. Категорически нельзя превращать радость учебы — восторг, который видишь в каждом ребенке, экспериментирующим с чем-нибудь новым, — в страх.

Тем не менее с детьми, испытывающими проблемы с обучаемостью, это происходит сплошь и рядом. Ситуацию можно предотвратить, если определить стиль обучения каждого отдельного ребенка и применить это знание на практике.

Работая со взрослыми больными СДВ, я постоянно слышу, что школьные годы прошли не так, как надо. Люди рассказывают об этом во многом так же, как жертвы травмы. Слушая их, я сначала наблюдаю период оцепенения: мало эмоций, просто длинное повествование о том, каково человеку приходилось в школе. Я сочувствую, и постепенно в пациенте пробуждаются эмоции: обида, гнев, страх, разочарование.

«Вы себе не представляете, как я ненавидела ходить в школу, — рассказывает Франни, женщина за тридцать. — Все было как в тумане. Я хотела просто пережить день, чтобы меня никто не трогал. Всегда отвечала “не знаю”, лишь бы не ошибиться. Вообще, я обожала читать и сочинять истории, но учителя видели только то, что я с опозданием сдаю сочинения, неряшливо пишу и неграмотно и медленно читаю. Одна учительница вообще заявила: “У тебя почерк как у слабоумной”. Не могу сказать, что она была злой. Просто ей казалось, что так она мотивирует меня больше стараться. Но в десятилетнем возрасте такие вещи слышишь по-другому, и я начала думать, что я какая-то недоразвитая. И это я, которая любила читать и выдумывать рассказы! От этого не было никакой пользы: как я ни старалась, все равно писала некрасиво и делала ошибки. Я всерьез считала себя дефективной. Представление о себе свелось

к тому, что я хуже других. Я начала опасаться заводить друзей. Каждый год у меня были один-два “вроде бы” приятеля — других самых слабых ребенка в классе. Мы дружили по умолчанию и в каком-то классе даже называли себя “отверженными”».

[211]

Выяснилось, что у Франни и дислексия, и СДВ. Лечение осложнялось ударом, который школа нанесла по ее самооценке. К счастью, все закончилось хорошо: она открыла свой бизнес и работает корректирующим репетитором, специализируясь на женщинах с нарушениями обучаемости.

Если остаются какие-то вопросы, связанные с сопутствующими нарушениями обучаемости и затруднениями при обучении у больных СДВ, иногда прояснить суть помогает нейропсихологическое тестирование. Чем конкретнее определена проблема, тем точнее можно спланировать терапию. Тесты должны ответить, например, на следующие вопросы: это специфические затруднения с математикой или только синдром дефицита внимания? Насколько хорошо человек читает? Какие сильные и слабые стороны есть в его когнитивном профиле?

Такие тесты входят в так называемую нейропсихологическую батарею и в основном проводятся письменно. Некоторые из них напоминают задачи на понимание прочитанного, как в начальной школе. Другие скорее похожи на игры: испытуемого просят сложить лабиринт из фрагментов или нарисовать по памяти геометрическую фигуру. Иногда нужно сочинить историю по картинке или нескольким предложениям либо решить математическую задачу. Если тест проводит чуткий экзаменатор, от заданий можно даже получить некоторое удовольствие, и иногда они довольно забавны — в этих случаях информация полезнее всего. В батарею включены тесты на внимание, память, наблюдательность, слуховое восприятие, пространственные отношения, подбор слов, словарный запас, вычислительные способности, общие знания и импульсивность. Нередко добавляются тесты на зрение и слух или неврологическое исследование.

Больные дислексией в популяции больных СДВ часто самые творческие и одаренные интуицией люди. Правильный диагноз и лечение могут им очень помочь.

СДВ с возбужденностью или манией

[212]

Иногда синдром дефицита внимания может напоминать маниакально-депрессивный психоз: оба заболевания связаны с высокой энергичностью. Маниакально-депрессивные состояния характеризуются периодическими серьезными переменами настроения: от сильно приподнятого до очень пониженного. Очень повышенное настроение — периоды мании — может напоминать СДВ тем, что сопровождается крайне активным поведением, значительной отвлекаемостью, импульсивностью и явным пренебрежением личной безопасностью.

Мания отличается от синдрома дефицита внимания интенсивностью. Обычный человек может симулировать энергичное состояние СДВ, но не способен так же воспроизвести манию. Мания — это высшая из известных форм одержимости, формирующаяся без применения веществ. Такой больной может много дней не спать, тратить сбережения всей жизни на дикие предприятия или путешествия, говорить без умолку с утра до ночи.

Маниакальные люди не контролируют себя в полном смысле этого слова. Они не умеют тормозить. Их темп речи не просто быстрый: слова буквально вылетают изо рта. Этот симптом — так называемый «речевой напор» — совершенно сбивает с толку. Когда слушаешь охваченного манией человека, появляется желание куда-нибудь спрятаться. Вас как будто обстреливают словами. Разум больного перепрыгивает с темы на тему, как лягушка с кувшинки на кувшинку: едва задержится на чем-то, как уже перелетел в другое место. Этот симптом метко называется скачкой или вихрем идей. Вести сколь-нибудь продолжительную логическую беседу с больным практически невозможно. Позвольте привести пример из периода работы в психиатрическом стационаре.

«Доброе утро, мистер Джонс!»

«А? Доброе утро, доктор; доброе утро всем милым загогулинам на вашем галстуке и другим загогулинам тоже доброе

*утро; кстати, загогулины ярко показывают хаос физики и математики; скоро его выразят количественно; если вы не зубрили свои интегралы, у вас нет шансов, придется просто пройти мимо этой темы, как корова проходит над луной в песенке, которую вы, может быть, слышали в детстве; у вас когда-нибудь было детство, доктор? Можно смело предположить, что мы все были когда-то детьми; это безопасное **предположение**; первые три буквы предположения — **п-р-е**, поэтому не п-р-е-пирайся и предположи что-нибудь, как любил говорить один мой старый учитель; здравый совет, особенно для планетарного звездочета, вы согласны? В звездах есть что-то большее, чем в каждом мозге, если мозг собрать, соединить как сосиски; кстати, люблю сосиски на завтрак...»*

[213]

Больные СДВ тоже могут переходить от темы к теме, но у них это происходит без маниакальной внезапности и напора, как в приведенном выше примере. Хотя при СДВ иногда возникают беспокойство и сильный прилив энергии, мощной одержимости нет.

На практике эти синдромы могут сосуществовать. Больной СДВ способен на некоторое время впасть в манию, а потом циклически перейти в депрессию.

Сдругой стороны, крайне возбужденным больным СДВ может быть ошибочно поставлен диагноз маниакально-депрессивного психоза. Это имеет ощутимые последствия, потому что антидепрессанты, чаще всего применяемые для лечения мании, — при СДВ обычно не только не помогают, но и довольно часто усугубляют течение болезни. Таким образом, если человек возбужден и есть подозрение на манию, а на антидепрессанты он не реагирует, важно рассмотреть в качестве возможного диагноза СДВ. Если предположение окажется верным, больной может пойти на поправку после терапии одним из препаратов, используемых при синдроме дефицита внимания.

Приведу пример. Сорокатрехлетний мужчина — назовем его Джеймс — пришел на обследование на предмет взрослой формы СДВ. Он двенадцать лет жил с диагнозом маниакально-депрессивного психоза — или, согласно текущей официальной

[214]

нозологии, биполярного расстройства. В качестве терапии он принимал очень большую дозу антидепрессантов. Джеймс рассказал, что с тех пор, как двенадцать лет назад он начал принимать препарат, дозировку постепенно повышали. Он все равно постоянно пребывал в каком-то отвлеченном состоянии и считал, что это не очень помогает, но боялся прекратить прием.

Его история трудоустройства по-настоящему примечательна. В год перед постановкой диагноза биполярного расстройства он сменил 124 места работы — настоящих, подтвержденных налоговой декларацией. Именно быстрые и частые увольнения привели к постановке такого диагноза: их причины указывали на манию. В середине рабочего дня он вдруг начинал произносить пространные тирады о порочности брэнного мира; мог оскорбить руководителя в уверенности, что его собственные решения разумнее; уходил из-за грандиозных идей о лучшем месте работы; увольнялся, чтобы реализовать совершенно сумасшедшие планы: например, однажды какой-то мошенник пообещал ему золотые горы и втянул в продажи по почте. Иногда его увольняли просто по причине излишней экзальтированности, мешающей сработаться с коллегами.

Джеймс был очень умен — его IQ достигал 144, но к моменту обращения он работал ночным сторожем с полуночи до восьми утра, а по вечерам посещал занятия в колледже. Он продержался на этой работе дольше всего, целых семнадцать месяцев: вероятно, благодаря тому, что рядом никого не было, и поэтому никто не указывал, что делать, он не мог оскорбить коллегу и его самого никто не мог увлечь. Однако занятия были не очень успешными: мужчине не доставало внимательности, и из-за этого он балансировал на грани отчисления.

Мне показалось, что история Джеймса связана и с СДВ, и с маниакально-депрессивным психозом. Поскольку лекарство, видимо, не помогало снять симптомы, а препараты второго эшелона от мании оказались неэффективными, мы решили попробовать средства от СДВ.

Результаты оказались поразительными. Благодаря новому лекарству Джеймс почувствовал себя намного бодрее, сосредоточеннее

и, как он выразился, «живее». Оценки повысились в среднем до 95%. Его жена не верила своим глазам: «Это совершенно другой человек! Я всегда знала, что он умный, но сейчас, наконец, он может этим воспользоваться».

[215]

Через шесть недель антидепрессанты отменили полностью. Мания не возвращалась, и результаты лечения оставались хорошими.

СДВ со злоупотреблением алкоголем и наркотиками

Из многих масок, за которыми может прятаться СДВ, злоупотребление алкоголем и наркотиками — одна из самых непроницаемых, поскольку вызывает схожие проблемы. Имея дело с алкоголиками, кокаинистами и зависимыми от марихуаны людьми, мы часто настолько поглощены последствиями этих вредных привычек, что не задумываемся об эффекте, который привязывает человека к наркотику. СДВ — одна из основополагающих причин злоупотреблений и при этом излечимая, поэтому его признаки особенно важно найти.

Люди выпивают, принимают кокаин и курят травку по множеству причин, самые частые из которых — минутное удовольствие, утоление боли, стремление расслабиться, социализироваться. Потребление становится злоупотреблением, а потом болезнью. Так, алкоголизм сегодня считается заболеванием со своими генетической и естественной историей, специфическим лечением и прогнозом. «Боль человеческого бытия», по словам Сэмюэла Джонсона, заставляет людей пить или, наоборот, склонность выпивать причиняет боль алкоголику — вопрос открытый, однако совсем не исключено, что алкоголизм порождает сам себя, без каких-то других фундаментальных факторов.

Более изящным подходом, чем представление алкоголизма и злоупотреблений в качестве болезни, оказывается гипотеза

[216]

о самолечении. Ее сторонник — Эдвард Ханцян, психоаналитик и специалист в области злоупотребления алкоголем и наркотиками. Он предположил, что люди прибегают к вредным привычкам для лечения неких базовых неприятных ощущений. Они используют вещества, будь то алкоголь, кокаин, табак, марихуана или что угодно, как своего рода самим себе выписанное лекарство от беспокоящих их эмоциональных затруднений. Вещество порождает собственные физические и эмоциональные проблемы, поэтому его неоднократное применение переходит в попытки вылечить побочные эффекты самолечения — например, пить, чтобы справиться с похмельем. Тем не менее злоупотребление начинается именно с попытки облегчить какие-то неприятные ощущения. Человек может алкоголем заливать депрессию или бороться с низкой самооценкой с помощью марихуаны.

Такой взгляд на проблему особенно полезен для понимания связи между СДВ и злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Многие люди с недиагностированным синдромом дефицита внимания чувствуют себя плохо и не понимают почему. Некоторые, как мы упоминали выше, страдают от депрессии. Некоторые чувствуют возбуждение или тревогу. Намного больше больных просто отвлекаются и не могут сосредоточиться, живут в своего рода бессвязном чистилище, ожидая своей участи. Это чувство подавленной тревоги — психиатры называют его дисфорией — в глазах людей, которые его испытывают, не имеет ни контекста, ни даже названия. Это просто жизнь. Можно прожить с чем-то много лет, но не осознавать, что это отдельная сущность. Это кажется просто частью человека. То же самое со многими нашими чувствами: пока им нет имени, они вплетены в наше самоощущение. Название дает нам некоторые рычаги влияния на них: способность сказать «мне грустно» делает печаль не такой удушливой. Когда чувство распознано, его можно попытаться сдержать или изменить. С другой стороны, если человек не может сказать «мне грустно» или «я сержусь», эти эмоции управляют им или подавляют, а он почти не отдает себе в этом отчета.

Это верно и для дисфории, сопутствующей СДВ. «Внутренняя отвлекаемость», которую испытывают многие больные СДВ, — своеобразное ощущение. Если его не распознать и не лечить, оно часто ведет к попыткам «самолечения» алкоголем и наркотиками, а потом и к злоупотреблению ими.

[217]

Хотя и кокаин, и другие вызывающие привыкание вещества представляют собой наиболее специфическое лечение от связанной с СДВ дисфории, алкоголь и марихуана тоже могут использоваться в этих целях. Алкоголь обычно заглушает внутренний шум, на который жалуются многие взрослые с СДВ, и ненадолго снимает тревожность, очень часто сопровождающую этот синдром. К сожалению, в долгосрочной перспективе алкоголь становится депрессантом, поэтому ежедневный синдром отмены и похмелье, связанное с хроническим злоупотреблением алкоголем, только усиливают тревожность. Марихуана обычно тоже заставляет умолкнуть внутренний голос и, как выразился один мой пациент, помогает «остыть». К сожалению, это тоже лишь кратковременный эффект, и неоднократное потребление марихуаны в качестве противотревожного средства приводит к снижению мотивации.

Важно понимать, что зависимых людей, страдающих от СДВ, можно вылечить и от синдрома, и от зависимости, причем, если справиться с СДВ, вероятность возвращения к вредной привычке уменьшается.

В качестве примера обсудим случай двадцатитрехлетнего молодого человека, назовем его Питер. Он обратился ко мне, когда вышел из тюрьмы, где провел шесть месяцев за торговлю марихуаной. До ареста он настолько подсел на наркотик, что вокруг него начала вращаться вся его жизнь. В тюрьме Питеру в руки попала статья об СДВ, и он послал ее матери. Сопоставив факты из его детства в школе и дома, она тоже решила, что вероятность СДВ достаточно высока. Однако после того как Питер освободился, он оказался в тисках, которые знакомы многим людям, отбывавшим наказание за наркоманию: медицинское сообщество встречает их сильнейшим предубеждением и страхом, если не презрением. Большинство врачей не рады, когда к ним приходят бывшие преступники.

[218]

Это неудивительно, но очень прискорбно, ведь лечение, в котором таким людям отказывают, — ключ к тому, чтобы удержать их от возврата к прошлому, к очередному сроку. Достаточно нескольких отказов в помощи, и человек снова встает на путь самолечения и наркомании.

Питеру удалось убедить меня, что он искренне ищет помощи, и я его принял. Когда я пересмотрел школьные записи, которые дала его мать, и выслушал рассказы о детстве от матери и самого Питера, сложилась классическая для СДВ-картина. Педиатр ставил ему диагноз гиперактивности, но последующее лечение оказалось недостаточным. В старших классах Питер учился все хуже. Хотя он был очень умен — его IQ составлял 126, причем из-за СДВ этот результат, вероятно, был заниженным, — его отчислили за неуспеваемость.

Одна проблема следовала за другой, и красивый умный парень из хорошей семьи оказался за решеткой. После выхода из тюрьмы он решил идти по жизни самостоятельно. Обозленный, циничный и оскорбленный, Питер был полон решимости держаться подальше от наркотиков, получить образование и наверстать упущенное время.

Лечение от СДВ оказалось решением проблемы, которое он искал. «Как ни странно, теперь к травке меня вообще не тянет. Лекарства будто разорвали эту связь». Он устроился на работу, начал заниматься в вечерней школе. Питер ставил перед собой амбициозные цели и получал самые высокие оценки в группе. Отзывы с работы были просто выдающимися. Девушка не бросила его, когда он отбывал наказание, и теперь была уверена, что все будет хорошо. Но самое яркое свидетельство эффективности лечения пришло от матери Питера. Она написала мне письмо, отрывок из которого я привожу ниже.

«Уважаемый доктор Хэлловэлл!

Когда вы видели мой почерк последний раз, я была матерью, исполненной отчаянной надежды. В эти выходные Питер впервые после назначения лекарств приехал к нам погостить. Поистине невозможно выразить словами эмоции, переполняющие мое сердце.

Питер, который пришел домой в этот раз, был именно таким, каким — я знала! — он должен быть. Впервые в жизни он по-настоящему беседовал с отцом и со мной.

[219]

Когда они с мужем пытались что-нибудь сделать вместе или даже просто поговорить, у меня всегда учащалось сердцебиение — это все равно что услышать тиканье бомбы с часовым механизмом. А теперь я смотрела, как они разговаривали, смеялись, даже вместе загрузили фургон (у них никогда это не получалось без ссор). Муж потом удивлялся: как приятно, что Питер дома.

Моя собственная реакция не поддается описанию. Пока он был у нас — до трех дня в воскресенье, — мы с ним все время общались. Все эти годы, даже в кошмарные минуты, меня преследовало странное чувство. Под внешней грубостью, длинными волосами, Grateful Dead, даже последним адским периодом я всегда видела в Питере что-то особенное, и теперь это проявилось. Может быть, это совсем просто: видеть, как они с Лорейн [его девушка] смеются, заботятся друг о друге, слышать планы на будущее, видеть, что он направляется туда, где, я знаю, его таланту найдется применение.*

Видеть, как твой любимый сын приближается к катастрофе — общается с плохими людьми, принимает наркотики, страдает от низкой самооценки, враждует с системой, наконец, попадает в тюрьму, — любому родителю невыносимо, и сложно не сломаться, не поддаться. Но приходится.

А еще удивительно, как все произошло. Человек, мой сын, находит статью в совершенно невероятном месте, в женском журнале, и рассказывает о ней матери, а потом это вырастает в знание, которое меняет жизнь...»

Прошел год со времени нашей встречи с Питером. Он не вернулся к наркотикам. У него все хорошо.

* Grateful Dead (дословно: «Благодарные мертвецы». США) — рок-группа, основанная в 1965 г. Вместе с Jefferson Airplane и некоторыми другими стали основоположниками американского психоделического рока. *Прим. ред.*

СДВ у творческих личностей

[220] Хотя творческая жилка часто встречается у людей с синдромом дефицита внимания, здесь мы обсудим ее как отдельный подтип, чтобы выделить вопросы, связанные с СДВ и креативностью.

Полноценное рассмотрение сути творческих способностей и их психологических и неврологических истоков выходит далеко за пределы этой книги. Для практических целей мы определяем творческие способности как склонность видеть жизнь иначе, по-новому интерпретировать личный опыт, придавать форму свежим идеям.

Несколько характеристик личности СДВ способствуют этому. Прежде всего, больные СДВ терпимее к хаосу, чем большинство людей. Жить, постоянно отвлекаясь на стимулы и не имея возможности отсеять лишнее, — значит непрерывно сталкиваться с хаосом. Такие люди привыкли к нему, ожидают его. При всех проблемах, которые создает хаос, это может способствовать творческому процессу. Чтобы перестроить жизнь и создавать, человек должен уметь некоторое время легко терпеть беспорядок и легко сосуществовать с неизвестным, без — используя строку из Китса — «раздраженных поисков фактов и причин». Если слишком поспешно отбрасывать пришедшую в голову мысль, потому что она кажется излишне причудливой, странной или неупорядоченной, красота, которая может крыться в этой фантазии, будет потеряна.

Когда человек с СДВ получает некий стимул — изображение, фразу, идею, образ, вопрос, — то не сразу ставит его «на место». Он даже не знает, где это место находится. Поэтому, например, счет за водоснабжение может пробудить опасения по поводу поездки на рыбалку, и в следующую секунду родится идея, связанная с коммерческими рыболовными турами. Сама неопределенность, с которой больные СДВ реагируют на большинство стимулов, позволяет таким сообщениям изменяться перед тем, как прочно обосноваться в голове. Склонность путаться и путать — ее очень часто считают главным бичом СДВ — может самым благоприятным образом развить креативность.

Вторым основным симптомом синдрома дефицита внимания можно назвать импульсивность. А что такое творчество, если не импульсивность, направленная в нужное русло? Человек не планирует появление творческих мыслей. Они приходят не по расписанию, то есть их рожают порывы, а не расписанный заранее ход событий. Человек может создать условия, в которых шанс пережить момент творчества максимален, может подготовиться к этому разум, но сама идея, фраза или образ приходят будто бы из ниоткуда. А в этом «ниоткуда» многие больные СДВ живут постоянно: ни здесь, ни там, ни где-то конкретно, а скорее то тут, то там, в неопределенном месте, повсюду и непонятно, где точно. Именно из ниоткуда появляется творчество.

[221]

Следующая характеристика, способствующая креативности у людей с СДВ, — это способность, которую часто упускают из виду: умение время от времени невероятно интенсивно сосредоточиваться. Как уже говорилось выше, термин «дефицит внимания» вводит в заблуждение. Все дело в непоследовательности внимания. Хотя разум, пораженный СДВ, действительно блуждает, когда ничем не увлечен, верно и то, что за интересующий его предмет он держится мертвой хваткой. Больной СДВ ребенок может часами кропотливо собирать модель самолета. Взрослый может проявлять чудеса концентрации перед дедлайном или стать одержимым каким-то проектом и завершить его за десятую долю отведенного времени.

Четвертый элемент Рассел Баркли называет «гиперреактивностью» разума. Двоюродная сестра традиционного симптома гиперактивности, гиперреактивность у больных людей распространена шире. Люди с СДВ постоянно реагируют. Даже когда выглядят спокойными и уравновешенными, внутри обычно все в постоянном движении: взять эти данные и переместить туда, процедить эту мысль через эмоциональное сито, бросить ту идею в огонь, чтобы она загорелась, взорвалась или угасла. Главное — движение. Такая гиперреактивность помогает творить, потому что увеличивает число столкновений в головном мозге. Каждое столкновение (как у субатомных частиц) потенциально может излучать новый свет или порождать новую материю.

[222]

Но человек не всегда умеет обуздать эти процессы ради своей пользы. Некоторые не оставляют попыток всю жизнь. Они бурлят творческой энергией, но не используют ее себе во благо. Ребенок может растратить творческие способности на умные замечания в классе, а взрослый способен придумать множество изумительных идей, но так и не составить план для их воплощения. В главе о лечении мы обсудим способы конструктивного управления энергией.

СДВ с рискованным поведением и СДВ «сильной стимуляции»

«Какая у меня самая большая мечта? — спрашивает взрослый с СДВ. — Прожить день в комнате с тремя включенными телевизорами и чтобы я держал пульт. Еще одновременно работают компьютер, факс, CD-плеер, мобильный телефон, передо мной непременно лежит раскрытая газета, а три сделки приближаются к завершению».

Поиск очень стимулирующих ситуаций часто становится центральным элементом синдрома дефицита внимания у детей и взрослых.

Некоторые больные СДВ дети постоянно стремятся к активности. В гиперактивных (но не мечтательных) детях можно увидеть истоки поиска сильной стимуляции у взрослых. Ребенок с синдромом дефицита внимания и гиперактивности жаждет новизны и нуждается в возбуждении. Ему обычно нравится жить в быстром темпе. Если обстановка скучная и нет каких-то конфликтов, он может их создать. Такие дети провоцируют драки с братьями или сестрами не потому, что злятся, а потому что скучно. Или ребенок портит тихий вечер — не потому, что расстроился, а потому что ему не хватило стимуляции. Или начинает строить из себя клоуна на уроке — не потому, что особенно остроумный или нуждается во внимании окружающих, а потому, что урок показался неинтересным. Возбуждение и опасность,

которую дают взрывы смеха в классе, с лихвой превосходят любые награды за примерное поведение. Важно, чтобы родители или учитель об этом знали. Довольно рискованно принимать такое поведение слишком близко к сердцу и позволять ребенку всерьез выводить себя из равновесия: сильная реакция и связанное с ней возбуждение может стать именно тем, что ребенок хотел получить.

[223]

То же самое бывает и у взрослых, которые ищут интенсивной стимуляции, часто связанной с риском. Хотя при СДВ быстро становится скучно и постоянно хочется разнообразия, взрослые, больные этим подтипом синдрома, испытывают к скуке особенное отвращение. Такой человек — обычно мужчина — может прибегать к относительно мирным способам стимуляции: ставить жесткие дедлайны на работе; регулярно устраивать изнурительные тренировки; заниматься несколькими проектами сразу; носить с собой игры или кроссворды; браться за очень амбициозную работу; жить на краю хаоса, не следя за счетами, ежедневниками и тому подобным; ради забавы провоцировать обсуждения на повышенных тонах. Но средства могут быть и более радикальными. Это азартные игры, опасные романы, очень рискованные сделки, экстремальные виды спорта, например спуск на лыжах с почти отвесных склонов, прыжки с канатом, автогонки и другие авантюрные мероприятия, в том числе собственного изобретения. Тихая, расслабленная обстановка может вызвать такой стресс, что взрослый с СДВ окажется буквально на грани истощения. При этом тот же самый человек, как ни странно, может найти покой и расслабленность в суматохе дел и в опасных ситуациях.

Брайан Джонс, тридцатисемилетний руководитель страховой компании, — хороший пример. Он появляется на работе в половине седьмого утра после десятикилометровой пробежки и двадцати минут на тренажере-«лестнице». Мужчина не помешан на фитнесе: без утренней нагрузки он чувствует, что не удержится в тесных рамках рабочего дня. Компания использует Брайана в качестве живой бомбы с часовым механизмом, приглашая его на встречи, в которых необходим взрывной

[224]

элемент, или для работы с клиентами, которые никак не могут определиться. За спиной младшие сотрудники называют его «Ба-бах» из-за легендарной взрывоопасности. Он всегда на грани увольнения, то повышения по службе.

По выходным Брайан выходит на охоту за действием. Он попробовал экстремальные горные лыжи и влюбился в них. Катался на болидах «Формулы-1». Регулярно прыгал с парашютом. Иногда просто ездил по городу на машине, проскакивая на красных светофорах, ускоряясь на знаках «Стоп», устраивая гонки на улицах с односторонним движением, — все что угодно, лишь бы побороть состояние, которое он называет «бесконечной избыточностью повседневной жизни». Брайан любит азартные игры и довольно удачлив, однако с недавних пор пристрастился делать вслепую пятисотдолларовые ставки на скачках. Он даже не смотрит в программу заездов и выбирает лошадь, руководствуясь только собственной прихотью. На консультацию он пришел после того, как проиграл четыре ставки подряд.

«Меня беспокоит не проигрыш как таковой, — признался он. — А то, насколько я люблю действовать. Я имею в виду, доктор, что мне это не просто нравится. Я это обожаю. Хочу вернуться и поставить вслепую тысячу долларов, однако такие суммы быстро принесут мне крупные финансовые неприятности. Но мне все равно хочется. Я кажусь себе человеком, который не может удержаться перед запретным романом. В скачках я наконец-то нашел то, что привлекает мое внимание. Это заставляет кровь бурлить в жилах, но, как ни странно, одновременно успокаивает меня и расслабляет. Все другие отвлекающие факторы — маленькие комары, жужжащие вокруг моего мозга, пытаясь укусить, — все они улетают, когда я вхожу на ипподром. В смысле как только я сделал ставку — я здесь. Я живу. Я начинаю видеть и слышать. После этого все остальное кажется нудным. Теперь по утрам мне обязательно нужна стимуляция, чтобы заставить работать».

У Брайана была взрослая форма СДВ. Он хорошо реагировал на лечение, включавшее лекарства и психотерапию. Препарат помогал сосредоточиться, тем самым снижая влечение к сильным

стимулам, которые он использовал как инструмент для концентрации. Психотерапия давала ему возможность определять свои чувства и держаться за них некоторое время. Одна из причин, по которой такие люди ищут стимулы, заключается в том, что они не могут долго выносить напряжения обыденности. Если им грустно, одиноко, страшно или, прежде всего, скучно, в поисках облегчения они совершают необдуманные действия. Когда препарат помог Брайану сосредоточиться, он применил психотерапию, чтобы научиться оставаться с найденной эмоцией. Он начал замечать, что его эмоции могут стимулировать сами по себе, причем безопасно и даже с пользой.

[225]

Брайан бросил азартные игры и работает над регулированием тяги к сильным стимулам, чтобы наслаждаться обычными радостями жизни. Вопреки своим опасениям, он не стал скучным человеком, однако изменились его способы поддержания интереса к жизни.

Игромания — распространенное заболевание: в США оно затрагивает от трех до пяти миллионов человек. У нас пока нет точных цифр, какая доля игроманов страдает от СДВ, — по грубым оценкам, это 15–20%. Следствием игромании, связанным с СДВ сильной стимуляции, оказывается хроническая чрезмерная трата денег: кредитные карты коварно сделали такое поведение доступным. Страдающий страстью траты человек любит скрасить пресные будни пробежкой по торговому центру. И для игрока, и для шопоголика лечение может предотвратить финансовую катастрофу.

Любое из нижеперечисленного может быть намеком на СДВ сильной стимуляции:

- хроническое рискованное поведение любого рода;
- личность типа А;
- личность искателя острых ощущений;
- аддиктивное поведение*;

* Аддиктивное поведение — реализация желания уйти из реальной жизни путем изменения состояния сознания. *Прим. ред.*

[226]

- взрывной характер;
- зависимость от физических нагрузок;
- вспыльчивость, нетерпеливость;
- устойчивое влечение к азартным играм;
- буйное поведение;
- частое попадание в неприятные ситуации;
- неоднократные бурные романы;
- хронические чрезмерные траты.

Сюда можно добавить и другие нарушения контроля импульсов, например kleптоманию и пироманию.

Суть такого подтипа взрослого СДВ — желание интенсивной стимуляции. Когда понимаешь эту склонность и находишь для нее имя, распознаешь ее не только у себя. Куда бы ни попали люди с таким диагнозом, они везде создают зоны активности. Они как будто несут с собой радиоактивный элемент, постоянно излучающий энергию; всегда пытаются быть лидером, не отказывают себе в удовольствиях, ловят момент и растягивают приятные минуты. Такие люди могут заключить сделку во время сиесты, превратить заднюю комнату летнего домика в новостной отдел бизнес-центра, устроить банкет из всего съедобного, прервать разговор на середине фразы, догоняя какую-то идею, привести духовой оркестр на поминки. С этими людьми очень интересно, но вынести их иногда крайне непросто. Как Брайан Джонс, они бывают результативными и успешными и при этом ходят по лезвию. Они могут осмелиться пойти туда, где не ступала нога человека, но там непременно попасть в неприятности. Им нередко нужна помощь.

Хотя точно не известно, почему опасность и острые ощущения так притягивают взрослых с определенным типом СДВ, подобная схема поведения не редкость. Возможно, дело в том, что всплеск эмоций и чувство опасности, аналогично стимуляторам, помогают сосредоточиться, иницируя изменения на уровне нейротрансмиттеров. Стимуляторы, стандартные препараты при СДВ, усиливают выделение адреналина в головном мозге. Рискованное поведение делает то же самое и поэтому может представлять собой форму самолечения.

Очень рискованные ситуации могут давать дополнительную сильную мотивацию, которая, как мы знаем, помогает сосредоточиться. В такие минуты тоже происходят связанные с нейротрансмиттерами физиологические изменения, которые усиливают концентрацию. Особенно это верно для опасных моментов. Как сказал Сэмюэл Джонсон: «Могу ручаться, сэр, что человек, который знает, что через пару недель его вздернут на виселице, отлично собирается с мыслями».

[227]

Каким бы ни был механизм этого явления, важно рассмотреть потенциальный диагноз СДВ у взрослых, которые склоняются к поиску острых ощущений, опасному, рискованному поведению или хронически не способны расслабиться и получить удовольствие без интенсивной стимуляции. Даже те, у кого мы просто отмечаем известный тип личности А, могут иметь это заболевание в скрытой форме. Хотя психологические конфликты, несомненно, вносят вклад в такое поведение, психодинамическая терапия может упускать из виду биологическую компоненту. Если не принимать во внимание биологию, психотерапия имеет шанс оказаться неэффективной.

СДВ с диссоциативными состояниями

Наверное, сложнее всего точно оценить симптом синдрома дефицита внимания, который мы называем отвлекаемостью, или невнимательностью. Все довольно хорошо понимают, о чем идет речь, однако порой крайне непросто определить, что заставляет человека быть таким. Вот неполный список причин:

- СДВ;
- депрессия;
- тревожные состояния;
- наркомания и синдром отмены;
- стресс;

[228]

- эпилепсия (малые припадки);
- кофеинизм*;
- депривация** сна, утомленность;
- диссоциативные расстройства.

Этот скромный список подчеркивает важность точного понимания причин появления симптома перед постановкой диагноза. Здесь мы обсудим последнюю из перечисленных выше причин: диссоциативные расстройства.

Слово «диссоциативный» описывает диссоциацию — отсоединение чувства от вызвавшей его причины. Диссоциативное состояние — это тусклое, эмоционально нейтральное состояние, в котором человек отрезан от внешней ситуации и внутренних чувств. Оно часто возникает после травмы, когда жертва стремится убежать от болезненных воспоминаний, и даже во время самой травмы, поскольку это единственное средство защитить себя от невыносимых мучений. Травмой может быть, например, насилие, пережитое в детском возрасте, участие в боевых действиях и любые события, которые причинили настолько огромную психическую или физическую боль, что человек не в состоянии ее вынести.

Вызванные травмой диссоциативные состояния очень напоминают отвлеченность при синдроме дефицита внимания. В последние годы благодаря первоклассным исследованиям Джудит Херман и Бесселя ван дер Колка мы многое узнали об эмоциональных травмах. Чем больше появляется описаний насилия в детском возрасте, тем больше мы замечаем людей, которые перенесли травму, но не в состоянии о ней рассказать. Один из научных вопросов, на которые пока нет ответа, — насколько пересекается популяция людей, перенесших травму с последующим развитием диссоциативных состояний, с популяцией больных СДВ.

* Кофеинизм — разновидность токсикомании, связанная с длительным злоупотреблением кофеина в чистом виде или в составе некоторых продуктов (кофе, чай). *Прим. ред.*

** Депривация (от лат. *deprivatio* — потеря, лишение), в данном случае — отсутствие сна и потребности в нем. *Прим. ред.*

Чтобы отличить диссоциативное состояние от отвлекаемости, первым делом нужно рассмотреть прошлое пациента. Перенес ли он какую-либо травму? Конечно, многие жертвы не могут этого сказать: бывает, человек лишь в середине курса психотерапии постепенно вспоминает какие-то ужасные события, которые забыл на много лет. Безопасная, защищающая обстановка психотерапевтического сеанса позволяет почувствовать достаточную уверенность, чтобы вернуться к этому воспоминанию и попытаться пробиться через боль.

[229]

С другой стороны, нужно разобраться, свидетельствует ли история человека о наличии синдрома дефицита внимания, даже если такой диагноз не был поставлен. Люди, страдающие СДВ, не забывают о событиях, указывающих на этот синдром: часто просто не понимают их значения.

Даже если человек поделился свидетельствами СДВ, а о травмах не упомянул, нет никаких гарантий, что перенесенные травмы не выйдут на поверхность во время психотерапии. Надо всегда помнить: то, что выглядит как отвлекаемость, может оказаться диссоциативным состоянием.

СДВ с пограничными чертами личности

Диагноз пограничного расстройства личности был впервые описан в 1950-х годах. Его называли так, потому что считали «границей» между психозом и неврозом.

С тех пор наши знания об этом состоянии заметно углубились, однако исходный термин сохранился. Сейчас этот синдром описывают следующим образом: обладатели пограничного расстройства личности плохо определяют чувство собственного «я». С одной стороны, они страстно желают отношений, готовы практически слиться с другим человеком, а с другой стороны, резко прерывают связи, бегут от интимности, как только отношения появляются. Они переживают периоды глубокой

[230]

психической боли, полные гнева, страха и депрессии. Их часто посещают суицидальные настроения. Для них характерны попытки самоубийства в раннем детстве (чаще всего вскрывают вены или используют передозировку). Обычно это не приводит к смерти: скорее, помогает ребенку успокоиться. Объяснение попытки самоубийства как способа самоуспокоения может показаться странным, но тем не менее многие люди с пограничной личностью сообщают о колоссальных сложностях в управлении собственными чувствами. Иногда внутри вырастает своего рода эмоциональный монстр и возникает ощущение, что он может совершенно подавить личность. Хотя перерезать вены на запястье больно физически, это наносит удар по чудовищу, и тревоги растворяются в тихой струйке крови.

Одна из основных эмоций при пограничном синдроме — гнев, который может вырваться наружу неожиданно и совершенно без повода. Пограничные личности тонко чувствуют, когда их отталкивают. Они склонны магнетически втягивать других людей — по иронии, обычно опекающих их, — в личную драму, а потом делят их на хороших и плохих. Им сложно разглядеть в окружающих смесь отрицательных и положительных черт, поэтому они выходят из положения: идеализируют одних и совершенно не ценят других. Внутреннюю боль часто заглушают наркотиками и алкоголем. Сочетание экстремальных симптомов делает их жизнь хаотичной, болезненной, непредсказуемой и часто трагичной.

Как все это связано с синдромом дефицита внимания? Если еще раз взглянуть на перечисленные выше симптомы, можно заметить несколько точек пересечения. Плохо определенное внутреннее «я» при пограничном расстройстве может очень сильно напоминать отвлеченное, фрагментированное «я» больного СДВ. Резкие разрывы отношений нередки и при СДВ, если человек непреднамеренно «выключается». Больной СДВ ищет мощные стимулы, чтобы сосредоточиться, а пограничные личности — чтобы справиться с болезненными ощущениями. Оба синдрома связаны с сильной импульсивностью. Люди с СДВ несут в себе большой гнев из-за частых фрустраций по поводу неправильно идущих дел, а страдающие пограничным синдромом — из-за

частых фрустраций по поводу неудовлетворенных эмоциональных потребностей. При обоих синдромах больные нередко обращаются к наркомании и алкоголизму как формам самолечения. Эти сходства резюмированы в таблице.

[231]

Сходство СДВ и пограничного расстройства

СДВ	Пограничное расстройство
Отвлеченное внутреннее «я»	Плохо определенное внутреннее «я»
Отключение в отношениях	Разрывы отношений
Самоорганизация с помощью сильной стимуляции	Облегчение боли с помощью сильной стимуляции
Часто импульсивность	Часто импульсивность
Гнев из-за фрустраций по поводу результативности	Гнев из-за неудовлетворенных эмоциональных потребностей
Нередко наркомания и алкоголизм	Нередко наркомания и алкоголизм
Нестабильность настроения	Нестабильность настроения
Часто недостаточные достижения	Часто недостаточные достижения

Мы слышали от других специалистов и видели в своей практике много пациентов с диагностированным пограничным расстройством, которые на самом деле страдали синдромом дефицита внимания.

Практически это важно потому, что лечение СДВ сильно отличается от терапии пограничного расстройства личности.

В качестве примера рассмотрим случай Бонни. В детстве девочка дома проявляла физическую агрессию, в школе вела себя импульсивно и плохо училась. К третьему классу родители и учителя прозвали ее кошмаром, и она на долгие годы замкнулась на противостоянии с матерью. Бонни чувствовала невероятную обиду на попытки матери «вогнать ее в традиционные рамки» и восставала при любом удобном случае. В подростковом возрасте девочка принимала наркотики и регулярно не ночевала дома. Все это время ее водили по психотерапевтам — и по индивидуальным, и по семейным

[232]

проблемам, но это не помогло. В старших классах Бонни стала привлекательной девушкой и постоянно была окружена поклонниками. Она специально поддерживала слухи о своей половой жизни, чтобы нервировать мать, а та отвечала безуспешными попытками как-то ее ограничить. Хотя училась Бонни плохо, выпускные экзамены сдала на высокие баллы, а потом поступила в хороший университет. Там она наконец успокоилась, влюбившись в литературу. Ей было крайне сложно сдавать работы вовремя, но диплом девушка все же получила. Вскоре после этого забеременела и вышла замуж за мужчину, который ей нравился, но которого она не любила.

Ребенок стал организующим стержнем жизни Бонни, во многом как литература в колледже. Но когда он пошел в школу, женщину начали одолевать суицидальные настроения. Когда ребенка не было рядом, Бонни ощущала пустоту. У нее не получалось убедить себя, что, хотя ее малыша нет дома, он по-прежнему с ней связан. Вернулось старое удушливое чувство опасности. Чтобы побороть его, она запила, и муж в итоге отвез жену в наркологический центр, где ей поставили диагноз «пограничное расстройство личности».

Два года терапии не принесли улучшения. Бонни страдала от хронической депрессии и, по ее словам, «отвлекалась от любой цели». Затем случайно прочитала о синдроме дефицита внимания и проконсультировалась со своим психотерапевтом. Та оказалась открытой новым идеям и порекомендовала пройти тестирование на СДВ в нашей клинике.

Когда я рассмотрел историю жизни пациентки и провел ряд психологических тестов, стало очевидно, почему ей поставили диагноз пограничного расстройства. В то же время отметил для себя и другие аспекты ее прошлого и увидел многочисленные основания для диагноза СДВ. Бонни и ее психотерапевт согласились попробовать соответствующие лекарства.

Результаты оказались потрясающими. То, что Бонни воспринимала как депрессию, оказалось состоянием бесцельной отвлеченности. Когда препарат помог ей сосредоточиться, она поступательно пошла к цели и теперь успешно учится в аспирантуре по английскому языку. Ее работа с психотерапевтом внезапно стала результативнее, и теперь женщина не сбивается с курса.

Она смогла проработать многие детские проблемы, вместо того чтобы избегать их или пытаться забыть. Диагноз СДВ благодаря лекарствам не только повлек за собой улучшение концентрации, но и снял часть вины и самобичевания по поводу пограничного расстройства, которые преследовали Бонни.

[233]

Сама того не подозревая, в прошлом она лечила СДВ, находя оси для самоорганизации. Сначала это была ось борьбы с матерью. Это нанесло большой вред психике, но послужило конструктивной цели — упорядочить мысли и чувства. Затем появилась ось обучения литературе в колледже, а после этого — ось ухода за ребенком. Но когда сын пошел в школу, отношения с ним перестали наполнять ее день. Организующая ось исчезла, отвлекаемость взяла верх, и Бонни начала спасаться алкоголем.

Мы не знаем, насколько распространен СДВ с чертами пограничной личности. Не удивлюсь, если такие случаи станут отмечать чаще по мере того, как диагноз СДВ будет привлекать более широкое внимание. Характерная для пограничного расстройства картина — сочетание внезапного гнева, погони за сильными стимулами, импульсивности, суицидальных мыслей и попыток, самобичевания, недостаточных достижений и неорганизованности — вполне может оказаться скрытой формой СДВ.

СДВ с кондуктивным и оппозиционным расстройствами (у детей) и антисоциальными чертами личности (у взрослых)

И у детей, и у взрослых, особенно мужского пола, определенные виды агрессивного и вызывающего поведения могут маскировать синдром дефицита внимания или сопутствовать ему.

«Кондуктивное расстройство» и «оппозиционно-вызывающее расстройство» — два разных диагноза, характеризующие

[234]

определенные модели агрессивного детского поведения. Хотя эти термины могут вызывать в воображении мрачные образы детей, проходящих принудительное психиатрическое лечение, и старомодное противопоставление хорошего и нарушенного поведения, таким больным очень сложно мирно сосуществовать с другими в любой обстановке. Они часто дерутся, не уважают правила, противятся ограничениям, мешают другим работать и играть. Они могут даже нарушать закон. Хотя в обоих расстройствах присутствует генетический элемент, о котором мы только начинаем узнавать, среда очень сильно влияет. Часто такие дети растут в крайне неблагополучных семьях, где родителей подолгу нет дома и воспитанием они не занимаются, где могут употреблять наркотики, где в норме физическое и сексуальное насилие, где царят крайнее пренебрежение, недостаточное питание, плохие жилищные условия, недостает образования и вообще поддержки. «Плохое» поведение ребенка — часто критический предупредительный сигнал, говорящий о потребности вмешательства и помощи.

Беспокойное, гиперреактивное поведение ребенка с синдромом дефицита внимания может напоминать поведение ребенка с кондуктивным или оппозиционным расстройством. Чтобы их отличить, надо внимательно присмотреться к ситуации. Вообще, оба заболевания могут сосуществовать, однако чаще детям с СДВ ставят неправильный диагноз кондуктивного расстройства, и наоборот. У детей, больных только СДВ, не просматривается гнева и умысла, наблюдаемых при кондуктивном и оппозиционном расстройствах. Если ребенок с СДВ споткнется и упадет, он может рассердиться. Если упадет ребенок с оппозиционным расстройством, он немедленно попытается кого-то в этом обвинить и будет планировать тайную месть. Разрушительные всплески у ребенка с СДВ обычно импульсивны и спонтанны, в то время как у детей с кондуктивным расстройством они, как правило, запланированы в ответ на кажущееся оскорбление или травму. С другой стороны, дети, страдающие только кондуктивным расстройством, не проявляют признаков отвлекаемости и беспокойства, свойственных детям с СДВ. Бывает непросто поставить им точный диагноз, поскольку все — родители, учителя,

школьное руководство — настолько разозлены «плохим» поведением, что даже не пытаются разобраться в причинах, стремясь просто его подавить.

[235]

Типичный пример: ребенок, который в школе «ходит на ушах». Я не уверен, что уместно использовать это выражение, потому что он обычно не ходит на ушах, а ездит на окружающих, но я много раз слышал это словосочетание, и обычно под ним подразумевали мальчика 6–12 лет, который, где бы ни появился, заставляет всех качать головами и ворчать. Он может опрокинуть стол на дне рождения, выплеснуть банку краски на уроке рисования, сбить с ног маленькую девочку на перемене, толкнуть учителя, когда тот наклонится за куском мела. Бывает еще хуже: нецензурная брань в ответ на просьбу что-то сделать, истерики на уроке, разбитые окна и поломанные стулья. Если ребенка просят пойти в спортивный зал, он падает на пол, стучит кулаками и орет. Однажды в очереди такой больной карандашом проткнул ладонь товарищу.

Занимаясь подобными случаями, важно разобраться в причинах агрессии, а не просто наказывать за плохое поведение. Среди многих возможных причин — кондуктивное или оппозиционное расстройство, синдром дефицита внимания или их сочетание.

Есть аналогичная группа взрослых, обычно мужчин, которые ведут себя так, что многие считают их лечение бессмысленной, либеральной роскошью. Некоторые из них попадают в тюрьмы или психиатрические лечебницы с диагнозом антисоциального расстройства личности. Как и с обладателями пограничных расстройств и нарушения контроля импульсов, многие пациенты с диагностированным антисоциальным расстройством на самом деле страдают СДВ.

Больных антисоциальным расстройством иногда называют социопатами, или психопатами. В нашем мире это нарушители спокойствия. Они плюют на закон, проверяют на прочность ограничения, не держат слово, лгут, жульничают и воруют. При этом они часто очень обаятельные и симпатичные.

Если в детстве у антисоциального взрослого явно просматриваются признаки СДВ, а не оппозиционного расстройства,

[236] возможно, диагноз был поставлен неправильно или выполнены формальные требования, однако человек все равно хорошо реагирует на лечение, специфичное для СДВ.

От мужчин с историей буйного поведения — тех самых, которыми полны тюрьмы и психиатрические больницы, — можно услышать много классических для СДВ рассказов. В их агрессивности виновато не отсутствие совести, психоз или какой-то болезненный семейный конфликт, а неспособность вынести фрустрации и характерная для СДВ импульсивность. Когда поставлен правильный диагноз и назначено надлежащее лечение, ситуация часто меняется к лучшему.

СДВ с обсессивно-компульсивным расстройством

Довольно интересно, что многие замечательные исследования и по СДВ, и по обсессивно-компульсивному расстройству (ОКР) были написаны одним человеком — доктором Джудит Рапопорт из Национального института психического здоровья в Вашингтоне. Ее книга по ОКР под названием *Boy Who Couldn't Stop Washing* («Мальчик, которому постоянно нужно было мыться») — образец ясного изложения психологических концепций.

В своей книге и других публикациях Рапопорт пишет, что ОКР может возникать совместно с другими синдромами, в том числе СДВ. Симптомы ОКР — это одержимость, ритуальное мышление, компульсивное, циклическое поведение, навязчивые неприятные мысли, предрассудки, контролирующие поведение, а также неспособность противодействовать этим симптомам, несмотря на все старания. Как и СДВ, это биологически обусловленное заболевание.

Если оба синдрома сопутствуют друг другу, синдром дефицита внимания может поначалу остаться незамеченным, поскольку симптомы ОКР причиняют больше проблем, а если разрушительные симптомы СДВ преобладают, можно пропустить

лежащее в основе ОКР. Лечение этих заболеваний отличается, поэтому важно диагностировать у больного и то и другое.

[237]

Псевдо-СДВ

В заключение этой главы поговорим о феномене культурно обусловленного синдрома дефицита внимания, который мы называем псевдо-СДВ. Хотя это не болезнь и даже не подтип заболевания, мы затронем эту тему, так как она напрямую связана с истинным СДВ.

Наша культура у любого может вызвать похожие на СДВ симптомы. Каковы ее характерные черты, типичные для синдрома дефицита внимания? Быстрый темп. Стремление скорее подвести итог. Короткие, обрывающиеся клипы. Кнопки на пульте от телевизора. Сильная стимуляция. Неугомонность. Насилие. Тревожность. Изобретательность. Творчество. Скорость. Сосредоточенность на настоящем: ни будущего, ни прошлого нет. Неорганизованность. Белые вороны. Недоверие властям. Видео. Погоня за удовольствиями. Все на бегу. Сжатые сроки. Приоритет функциональности.

Важно иметь это в виду, иначе можно подумать, что все вокруг больны СДВ. Это заболевание созвучно культуре, хорошо в нее вписывается.

Не слишком ли часто мы ставим этот диагноз? Не слишком ли широко и расплывчато наше определение синдрома? Когда люди впервые слышат описание СДВ, обычно замечают: «Разве не у всех то же самое?», «По-моему, такое поведение вполне нормально?» или «Как вы можете называть болезнью такое распространенное явление?»

Может показаться, что наши культурные нормы все больше и больше соответствуют диагностическим критериям СДВ. Многие, особенно жители мегаполисов, обитают в мире, порождающем дефицит внимания. Нам надо действовать быстро, учитывать сразу много факторов, не отставать. Требования к нашему вниманию и поток информации, который приходится перерабатывать,

[238]

очень высоки. Взрыв коммуникационных технологий и стандартная реакция на самую вездесущую форму — телевидение — дают хорошие примеры характерного для СДВ поведения. Мы сидим с пультом в руке, переключаемся с канала на канал, поглощаем дюжину программ одновременно, ловим тут строчку, там картинку, схватываем суть шоу за миллисекунду, а за секунду оно нам уже наскучивает, и мы переключаемся на следующее, на очередную стимуляцию. Кроме того, вокруг раздается постоянное отвлекающее жужжание виртуального мира.

Практически каждый может найти у себя его симптомы. Большинство людей знают, какво жить под обстрелом стимулов, все время отвлекаться на перекрикивающие друг друга сигналы, страдать от обилия обязательств и недостатка времени на их выполнение, хронически куда-то спешить, опаздывать, быстро «отключаться», легко поддаваться фрустрации, испытывать сложности со снижением темпа; не уметь расслабиться, когда появляется шанс; тосковать по сильным стимулам, быть прикованным к телефону, факсу, экрану компьютера.

Однако это еще *не* значит, что большинство людей больны синдромом дефицита внимания. Такое состояние можно назвать «псевдо-СДВ». Как мы объясним в главе, посвященной диагностике, истинный СДВ — это медицинский диагноз, требующий экспертной оценки. От настоящего синдрома и действительно больных людей от всех, отождествляющих себя с этим заболеванием, псевдо-СДВ отличает продолжительность и интенсивность симптомов.

Это верно для многих психиатрических диагнозов. Например, большинство из нас знают, какво приходится параноикам. У кого время от времени не появлялось чувство, что кто-то плетет против нас интриги, хотя на самом деле это не так? В такой ситуации мы начинаем нервничать и задумываться: может, за нами следят? Может быть, налоговая служба взялась за нас? Или руководитель думает о нас плохо? Та шутка на встрече — это какой-то завуалированный намек? Однако моменты паранойи еще не делают человека параноиком. Истинно параноидальных личностей такие мысли булбуряют хронически и интенсивно. Именно

интенсивность и продолжительность симптомов отличают чувствующего неуверенность человека от настоящего параноика.

Аналогично все мы время от времени чувствуем подавленность. Но это не значит, что мы страдаем от серьезной депрессии. Большинство периодически играют в азартные игры — покупают лотерейный билет или бросают монетку в автомат, чувствуя прилив эмоций при выигрыше. Однако это не делает их патологическими игроманами. Большинство иногда боятся высоты, неуютно себя чувствуют в закрытом помещении или пугаются змей, но не до такой степени, чтобы это можно было назвать фобией. Только если симптомы интенсивнее нормы, длятся достаточно долго и мешают в повседневной жизни, можно рассмотреть возможность медицинского диагноза.

[239]

То же самое с синдромом дефицита внимания. Человек с истинным СДВ переживает симптомы большую часть времени и более сильно. Самое главное, что эти симптомы обычно мешают ему жить сильнее, чем среднестатистическому человеку.

Настоящее заболевание надо отличать от псевдо-СДВ, чтобы диагноз сохранил серьезность. Если у каждого, кто отвлекается, спешит или быстро начинает скучать, находить СДВ, этот диагноз превратится в очередную мимолетную моду. Может быть, псевдо-СДВ — интересная метафора для нашего времени, однако сам синдром далеко не метафора. Это настоящее, биологически обусловленное, иногда калечащее заболевание, которое требует тщательной диагностики и не менее внимательного лечения.

ГЛАВА

7

Как узнать, что я болен?

Постановка диагноза

Диагноз — линия, где заканчивается «норма» и начинается СДВ, и она прочерчена довольно произвольно. И тем не менее уместно вспомнить Эдмунда Берка*, который заметил, что между ночью и днем нет четкой границы, однако никто не станет отрицать, что разница между ними есть.

Существует логичная последовательность этапов постановки диагноза СДВ. Ключевым будет изучение истории пациента, его воспоминаний о своей жизни, подтвержденных и усиленных (особенно при диагностике СДВ у ребенка) наблюдениями близких: родителей, супруга, учителей, братьев и сестер, друзей. Контрольного теста на СДВ не существует: не помогут анализы крови, электроэнцефалография, компьютерная или позитронно-эмиссионная томография, рентген, патогномоничные неврологические симптомы** и психологические тесты.

Важно подчеркнуть: диагноз СДВ основан прежде всего на изучении истории жизни человека. Чтобы определить, есть ли у вас эта болезнь, требуется поговорить со специалистом, разбирающимся в этой области. Самый главный «тест» при постановке диагноза — сбор анамнеза. Это старомодная, а не высокотехнологичная медицина. Доктор задает вопросы, слушает ответы, хорошо узнает своего пациента и делает выводы. В наши дни

* Берк, Эдмунд (1729–1797) — английский государственный деятель, оратор и политический мыслитель, известный прежде всего своей философией консерватизма. *Прим. ред.*

** Симптомы, однозначно описывающие определенную болезнь; причина для постановки диагноза. *Прим. ред.*

принято уважать только модные технологии. Тем не менее диагноз СДВ всецело зависит от правильного сбора анамнеза — самой простой из всех медицинских процедур. Более мощного (и, по иронии, более дешевого) диагностического инструмента просто нет в природе. Доктор должен обязательно ему доверять и воспользоваться им, прежде чем направлять вас на сложные, дорогие и не всегда нужные тесты.

[243]

Процесс постановки диагноза выглядит следующим образом.

1. Обращение за помощью

Возникает ситуация, заставляющая искать помощи. У детей это обычно плохие успеваемость и поведение. У взрослых главные причины — неспособность собраться, хроническая неорганизованность и прокрастинация, проблемы в достижении профессиональных целей, с близостью в отношениях, хроническая тревожность и депрессия, злоупотребление алкоголем и наркотиками, игромания и хроническая отвлекаемость. Большинство взрослых, страдающих СДВ, не подозревают о своей болезни. Человек просто чувствует: что-то не так, но не понимает, что именно. Многие лечились от других заболеваний, так как замаскированный синдром не удалось выявить.

2. Сбор анамнеза

Первый шаг в процессе диагностики — найти врача, который разбирается в проблематике СДВ, а затем изложить ему историю своей жизни. Если после этого врач придет к выводу, что: 1) у пациента имеются симптомы СДВ; 2) они есть с детства; 3) эти симптомы выражены в значительно большей степени, чем у лиц того же психологического возраста; 4) нет других диагнозов, объясняющих эти симптомы, — можно ставить предварительный диагноз СДВ.

Здесь следует помнить пару моментов. Лучше всего, если историю изложат как минимум двое. Больные СДВ очень плохо умеют наблюдать за собой, поэтому гораздо надежнее пригласить другого человека, который поможет, расскажет подробности или представит иную точку зрения на изложенные факты.

[244]

В детском возрасте анамнез нужно собрать у самого ребенка, его родителей и из письменных отчетов учителей и опроса их по телефону. У взрослых сведения предоставляет сам пациент, а также супруг или супруга, друг или родственник. Если это возможно, хорошо рассмотреть документы, относящиеся к периоду обучения в школе и колледже.

Изучая историю пациента, врач должен прояснить для себя перечисленные ниже пункты. Первый визит будет эффективнее и результативнее, если пациент заранее их обдумает.

- *Семейный анамнез.* Были ли случаи СДВ или гиперактивности у родителей, дедушек, бабушек, более дальних родственников? (Маловероятно, поскольку поколение назад этот диагноз ставили редко, но если да — это крайне важная информация.) Отмечались ли любые связанные заболевания, например депрессия, маниакально-депрессивный психоз, алкоголизм и наркомания, антисоциальное поведение, дислексия и другие нарушения обучаемости? Воспитывался ли человек в приемной семье? Это имеет большое значение, так как СДВ намного чаще встречается среди усыновленных, чем в общей популяции.
- *История беременности и родов.* Были ли какие-либо факторы риска, например злоупотребления матери во время беременности (в том числе табакокурение и спиртные напитки), плохая медицинская помощь во время беременности, какие-либо травмы или кислородная недостаточность во время родов, любые болезни в послеродовом периоде?
- *Медицинские и физические факторы.* Врач должен провести стандартный опрос: наличие перенесенных заболеваний, операций, травм и так далее, а также текущая лекарственная терапия, потребление алкоголя, табака, кокаина, марихуаны и других наркотиков. Желательно затронуть вопросы интимной сферы: больные СДВ часто имеют разнообразные сексуальные проблемы,

самыми частыми из которых оказываются гипо- или гиперсексуальность.

Следует спросить о конкретных физических факторах, часто связанных с СДВ: пациент левша, правша или амбидекстр, не было ли в детстве частых ушных инфекций, заболеваний верхних дыхательных путей и других болезней, особенно аллергий; нарушений сна, в частности трудностей с засыпанием, частых пробуждений ночью и затрудненного пробуждения по утрам; неуклюжести, неловкости, плохой зрительно-моторной координации, недержания мочи, предрасположенности к происшествиям и частых соматических заболеваний.

[245]

- *Рассмотрение так называемой «истории развития».* В каком возрасте пациент начал ходить, разговаривать, научился читать и т. д.? У больных СДВ развитие зачастую происходит хаотично: в одних областях они опережают норму, в других отстают.
- *История обучения в школе.* Какие чувства вызывала школа? Чем она была для пациента? Это ключевой вопрос при сборе анамнеза. Многие больные СДВ признаются: именно в школе впервые осознали, что с ними что-то не так. Пациент медленно учился читать и писать? Были ли проблемы с организацией, своевременностью, импульсивностью? Наполнены ли учительские отчеты замечаниями вроде «Если бы только Джонни спокойно сидел и был повнимательней!..», или «Джонни учился бы гораздо лучше, если бы начал учиться...», или «Джонни интереснее общаться с другими, чем учиться...». Были ли недостигнутые цели правилом, а не исключением? Была ли успеваемость непоследовательной, хаотичной?
- *Домашняя история.* В отношении детей младшего возраста врач задает вопросы о поведении в ключевые моменты дня, например, когда ребенок встает по утрам, одевается, идет в школу, ужинает с семьей, переходит от одного дела к другому, ложится спать. У подростков и взрослых вопросы прежде всего касаются внешнего

[246]

- вида рабочего стола, беспорядка дома или в рабочем кабинете, общего уровня неорганизованности и надвигающегося хаоса. Также могут возникать вопросы о количестве стимулирующих гаджетов в распоряжении пациента (компьютеров, стереосистем, аудиоплееров, факсов, автоответчиков, видеокамер, тренажеров, игровых приставок, телевизоров, коммутаторов, спутниковых антенн, мобильных телефонов) и о продолжительности времени, проводимого с семьей по сравнению с затрачиваемым на переходы от проекта к проекту и сон.
- *Колледж и дальнейшее образование.* Появляется ли тема недостаточных достижений или особых сложностей? Были ли какие-то формально диагностированные затруднения при обучении?
 - *История трудоустройства.* Наблюдаются ли паттерны недостаточных достижений, проблемы с руководством, частая смена работы, трудности с выполнением дедлайнов, прокрастинация? Пациент выглядит на работе как «белая ворона»? Проявляет особенную креативность? Тяжело работает? Есть ли повторяющиеся проблемы с неуместными и несвоевременными репликами?
 - *История межличностных отношений.* Сложно ли пациенту удерживать связи — как во время разговора, так и в длительных отношениях? Любит ли он общение? Есть ли тенденция к межличностному непониманию? Его невнимательность часто путают с безразличием?
 - Перед первым визитом к специалисту стоит свериться (или сверить историю ребенка) со списками критериев в таблицах I и II и Критериями Юты.

Формальные диагностические критерии для СДВ у детей приведены в стандартном психиатрическом руководстве DSM–III-R (Diagnostic and Statistical Manual — «Диагностическое и статистическое руководство») и подытожены в таблице I.

Приведенные критерии относятся к детям и прошли статистическую оценку — это значит, что они были протестированы

на различных группах детей в сравнении с другими критериями, чтобы проверить, какие факторы наиболее информативны при дифференциальной диагностике СДВ. Эти критерии включены в диагностический справочник по психиатрии.

[247]

Официальные, статистически подтвержденные критерии диагностики СДВ у взрослых пока отсутствуют: само существование этого синдрома во взрослой популяции признано сравнительно недавно. Однако на основе нашего клинического опыта (сотни взрослых больных синдромом дефицита внимания) мы предлагаем критерии постановки диагноза СДВ у взрослых, которые приводим в таблице II. Это сокращенная версия симптомов, рассмотренных в третьей главе.

Кроме перечисленных выше критериев рекомендуется оценить себя по Критериям Юты, разработанным Полом Вендером.

К каким бы диагностическим критериям вы ни обращались, мы не перестаем повторять, что нельзя заниматься самодиагностикой. Хотя информация и примеры, приведенные в этой книге, могут подсказать, что вы, ваш ребенок или родственник больны СДВ, для подтверждения диагноза и исключения других заболеваний важна врачебная оценка.

3. Анализ возможных диагнозов

При постановке диагноза врач обязан исключить другие заболевания, которые могут выглядеть как СДВ, а также поискать потенциальные сопутствующие проблемы. Часто диагноз СДВ упускают из виду, потому что он маскируется чем-то иным, например злоупотреблением алкоголем и наркотиками, депрессией, тревожностью. Также диагноз может быть поставлен неправильно, если эти симптомы связаны с другими заболеваниями, например гипертиреозом.

В таблице IV перечислены некоторые заболевания, которые могут напоминать СДВ и нуждаются в проверке при постановке диагноза, а также ряд заболеваний, которые могут сопутствовать СДВ или маскировать его. Хотя некоторые диагнозы в списке могут показаться незнакомыми, его можно использовать как ориентир и уточнить у врача.

[248]

В большинстве случаев проверка на предмет этих заболеваний требует врачебной оценки. Возможно, понадобятся определенные анализы крови, например исследование функции щитовидной железы, или другие диагностические методы, например электроэнцефалография. Однако это показано не всегда и должно быть назначено врачом.

Хотя полноценное обсуждение дифференциальной диагностики — списка возможностей, которые надо обязательно рассмотреть перед подтверждением диагноза, — требовало бы более глубоких знаний медицины, чем предполагает эта книга, следует учитывать некоторые критерии, приведенные ниже.

Таблица I

**Диагностические критерии синдрома дефицита
внимания и гиперактивности у детей
(согласно DSM-III-R)**

Внимание: критерий можно засчитывать, только если описанное в нем поведение выражено у пациента значительно сильнее, чем у большинства людей того же психического возраста.

- A.** Наличие как минимум восьми из следующих пунктов в течение как минимум шести месяцев.
1. Часто, сидя, крутит руками или ногами либо вертится (у подростков и взрослых может быть ограничено субъективным ощущением беспокойства).
 2. С трудом может усидеть на месте, когда требуется.
 3. Легко отвлекается на внешние стимулы.
 4. Едва дожидается хода в игре или групповых ситуациях.
 5. Часто отвечает, не дожидаясь конца вопроса.
 6. С трудом выполняет полученные инструкции.
 7. С трудом удерживает внимание на задачах и игровых действиях.
 8. Часто переключается с одного незавершенного дела на другое.
 9. Практически не умеет играть тихо.
 10. Часто излишне много говорит.
 11. Часто перебивает и вмешивается.

12. Невнимательно слушает, что ему говорят.
13. Часто теряет вещи в школе и дома.
14. Часто участвует в физически опасных действиях, не учитывая возможных последствий.

[249]

Обратите внимание: пункты перечислены в порядке убывания дискриминативности согласно данным общенационального полевого испытания критериев DSM–III-R для расстройств социального поведения.*

- В.** Начинается до семилетнего возраста.
- С.** Не соответствует критериям первазивного расстройства развития**.

Таблица II

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Внимание: критерий можно засчитывать, только если описанное в нем поведение выражено у пациента значительно сильнее, чем у большинства людей того же психического возраста.

- А.** Хроническое нарушение как минимум двенадцати из следующих пунктов.
 1. Ощущение невыполнения поставленных целей, недостижения результатов (независимо от того, насколько это соответствует действительности).
 2. Сложности с самоорганизацией.
 3. Хроническая прокрастинация: человек не может взяться за дело.

* Дискриминативность — дифференцирующая, различающая способность теста в целом или отдельного тестового задания, указывающая на их способность разделять отдельных испытуемых по уровню выполнения. *Прим. ред.*

** Первазивное расстройство развития — общий термин, включающий аутизм, синдром Аспергера и несколько других расстройств. Когда предполагается наличие у пациента какого-то типа аутизма, но он не совсем соответствует диагностической формуле, то ему ставится диагноз «первазивное расстройство, развитие неуточненное» или «атипичный аутизм». *Прим. ред.*

- [250]
4. Проблемы с последовательностью. Многие проекты ведутся одновременно.
 5. Склонность говорить не задумываясь, не учитывая время и уместность высказывания.
 6. Частый поиск сильных стимулов.
 7. Нетерпимость к скуке.
 8. Легкая отвлекаемость, сложности с концентрацией внимания, склонность отключаться посреди страницы или разговора. Часто эта черта сочетается с периодической способностью сверхсосредоточиваться.
 9. Развитые творческие способности, интеллект, интуиция.
 10. Сложности с соблюдением установленных правил, выполнением «надлежащих» процедур.
 11. Нетерпеливость, низкая переносимость фрустраций.
 12. Импульсивность в словах или действиях, например импульсивная трата денег, смена планов, карьеры, внедрение новых схем и тому подобного, горячность.
 13. Склонность к бесконечному ненужному беспокойству, поиску поводов для волнения, перемежающаяся с невниманием или пренебрежением к действительным опасностям.
 14. Ощущение опасности.
 15. Лабильность настроения, особенно когда больной не сосредоточен на другом человеке или проекте.
 16. Физическая или когнитивная беспокойность.
 17. Склонность к зависимостям.
 18. Хронически заниженная самооценка.
 19. Неспособность к точному самонаблюдению.
 20. В семейном анамнезе — синдром дефицита внимания, маниакально-депрессивный психоз, депрессия, злоупотребления алкоголем и наркотиками и другие нарушения контроля импульсов или настроения.
- В.** СДВ в детстве. (Его могли не диагностировать, однако анализ истории пациента должен показать соответствующие признаки и симптомы.)
- С.** Ситуацию нельзя объяснить другими соматическими или психиатрическими заболеваниями.

Таблица III

КРИТЕРИИ ЮТЫ для диагностики синдрома дефицита внимания у взрослых

[251]

- Наличие в детском возрасте СДВ с дефицитом внимания, двигательной гиперактивностью, а также одной из следующих характеристик: проблемы с поведением в школе, импульсивность, чрезмерная возбудимость и приступы гнева.
- Во взрослом возрасте — устойчивые проблемы с вниманием и двигательная гиперактивность, а также два из следующих пяти симптомов: аффективная лабильность, вспыльчивость, непереносимость стресса, неорганизованность и импульсивность.

Таблица IV

ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ СОПУТСТВОВАТЬ СИНДРОМУ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ, НАПОМИНАТЬ ИЛИ МАСКИРОВАТЬ ЕГО

- Тревожное расстройство.
- Биполярное расстройство и мания.
- Кофеинизм (чрезмерное потребление кофе или колы).
- Кондуктивное расстройство* (у детей).
- Депрессия.
- Нарушения контроля импульсов (воровство, поджоги и т. п.).
- Хроническая усталость.
- Плодный алкогольный синдром в анамнезе.
- Гипер- или гипотиреоз.
- Отравление свинцом.
- Затруднения в учебе.
- Прием лекарственных препаратов (например, фенобарбитала или фенитоина).

* Для него характерно агрессивное поведение, раздражительность и неадекватные формы выражения гнева, антисоциальные действия, жестокое обращение с людьми и животными, повреждение имущества, ложь, кража, прогулы школы и побег из дома, заниженная самооценка. *Прим. ред.*

[252]

- Обсессивно-компульсивное расстройство.
- Оппозиционное расстройство* (у детей).
- Игромания.
- Личностные расстройства, например нарциссические, антисоциальные, пограничные, и пассивно-агрессивные расстройства личности.
- Феохромоцитома**.
- Посттравматическое стрессовое расстройство.
- Эпилепсия.
- Ситуационные нарушения, например развод, потеря работы или другие жизненные проблемы.
- Злоупотребление алкоголем и наркотиками (например, кокаином, марихуаной).
- Синдром Туретта***.

Как уже было сказано в шестой главе, посвященной подтипам СДВ, синдром дефицита внимания часто скрывается за другими диагнозами, например депрессией, алкоголизмом, употреблением марихуаны и кокаина, игроманией и прочими упомянутыми выше заболеваниями. Эти диагнозы могут маскировать лежащий в основе СДВ или их сложно от него отличить. Чтобы распутать этот узел, очень полезно проанализировать детство пациента. Есть ли свидетельства наличия СДВ в детском возрасте? Если да, то наблюдаемый симптом, скажем злоупотребление алкоголем и наркотиками, может и заглушать причину — СДВ.

Сложнее отличить те состояния, которые развиваются на основе синдрома дефицита внимания естественным образом.

* Ребенок постоянно спорит со взрослыми, устраивает скандалы и испытывает сильное чувство обиды и гнева. *Прим. ред.*

** Гормонально-активная опухоль надпочечников. При кризе повышается артериальное давление, возникают головная боль, нарушения зрения, потливость, беспокойство, чувство страха, раздражительность, тремор, сердцебиение, одышка, тошнота, рвота, боль в животе, груди, побледнение или покраснение лица. *Прим. ред.*

*** Специфическое психоневрологическое расстройство, при котором у человека наблюдается один или несколько различных тиков, в некоторых случаях дополняющихся копролалией, то есть неконтролируемым выкрикиванием бранных слов. *Прим. ред.*

Поведение таких больных может напоминать так называемые личностные расстройства. Например, при пассивно-агрессивном типе личности человек не может проявить агрессию прямо и вместо этого выражает ее пассивно, через бездействие и отсутствие реакции. Он не скажет руководителю, что не согласен с ним, а пропустит назначенную встречу. Он не объяснит жене, что сердится на нее, а с головой уйдет в чтение газеты. Вместо того чтобы конкурировать за желанную работу, «забудет» вовремя подать заявление. Мы традиционно рассматриваем пассивно-агрессивное поведение с точки зрения психодинамики и пытаемся психотерапией помочь пациентам разобраться в себе, найти страхи, мешающие прямому выражению агрессивных чувств. Однако забывчивость, опоздания, сложности с подстройкой к разговору — самая суть СДВ, и пассивная агрессия может быть в действительности вызвана им.

Аналогично СДВ может стать причиной поведения, напоминающего нарциссическое, когда человеку, говоря упрощенно, сложно уделять внимание другим. Такие люди выглядят поглощенными собой, озабоченными собственным местом в мире, неспособными к подлинному состраданию и любви. Если эти проблемы можно связать с ранними этапами жизни, когда человек переживал депривацию, нарциссизм действительно вероятен, и правильным лечением будут психотерапия и психоанализ. Если же неспособность уделять другим внимание связана с СДВ, эти методы не помогут, и потребуются специальная терапия этого синдрома, чтобы убрать «нарциссические» симптомы и помочь человеку нормально взаимодействовать с окружающими.

Критически важно провести дифференциальную диагностику как можно раньше. Можно потерять много времени, пытаться вылечить пациента от заболевания, которого у него нет, или оставив без внимания истинный диагноз.

4. Дополнительное психологическое тестирование

Когда врач рассмотрит анамнез (ваш или вашего ребенка), поставит диагноз и исключит другие заболевания, он должен решить, проводить ли психологическое тестирование.

[254]

Психологическое тестирование может быть очень полезно, чтобы прояснить любые сопутствующие затруднения при обучении и выявить другие проблемы, которые могли не проявиться при анализе истории, например скрытую депрессию, проблемы с самовосприятием, скрытые расстройства мышления и психозы. Так, проективное тестирование позволяет определить, *что* испытуемый неосознанно проецирует на тестовый стимул. Классический пример проективного тестирования — интерпретация пятен (в частности, знаменитый тест Роршаха). Человека, которого тестируют, просят посмотреть на ряды стандартизированных чернильных пятен. То, что он видит в них — порождения его воображения, — может обнажить скрытые аспекты подсознания. Иногда люди «узнают» сцены невероятного насилия или разрушения; они могут бороться со сдерживаемым гневом или подавленными воспоминаниями о травмирующем обращении. Иногда пациенты сочиняют о пятнах невероятно грустные истории. Это может указывать на скрытую депрессию. Если человек не видит в пятнах ничего, кроме хаоса и нераспознаваемых форм, это может свидетельствовать о проблемах с обработкой информации и даже о невыявленном психозе.

Психологическое тестирование также может предоставить данные, подтверждающие диагноз СДВ. Результаты по некоторым шкалам тестов Векслера на умственные способности (WISC у детей и WAIS у взрослых) у больных СДВ обычно низкие.

В так называемую нейропсихологическую батарею для СДВ входят и другие тесты на внимательность. Какой именно применить, зависит от врача, проводящего испытания. Это не жесткий набор, а скорее ряд тестов, из которых пациент может выбирать. Тестирование такого рода — больше искусство, чем наука. Психолог принимает решение в зависимости от поставленной задачи. Если проблема и исследовательская задача заключаются в СДВ, некоторые специалисты применяют тест, в ходе которого испытуемому предлагают десять секунд смотреть на абстрактный рисунок, а потом воспроизводить его по памяти. Другие используют так называемый тест на непрерывную деятельность, в котором человек должен следить за паттерном вспышек. Когда появляется

заранее определенный паттерн, надо нажать кнопку; если паттерн не появляется, нажимать не надо. Иногда вы нажимаете кнопку, когда не нужно, а иногда должны нажать, но не делаете этого — все зависит от бдительности. Тест призван оценить продолжительность концентрации внимания и импульсивность: правильные нажатия служат мерой внимания, а неправильные — импульсивности. Однако этот тест далеко не безупречен. На результаты могут значительно повлиять внешние факторы, например мотивация и настроение человека, условия в помещении, где проводится тест, легкость обслуживания машины.

Другие специалисты применяют TOVA (Test of Variables of Attention) — тест вариабельности внимания: испытуемый должен реагировать на различные формы, высвечивающиеся на экране, в условиях, аналогичных тесту на непрерывную деятельность. Наконец, есть тест Эриксона и тест Go/No-Go. Тест Эриксона — это задача на интерференцию реакции, которая проверяет, насколько правильно человек способен отреагировать на стрелку, смотрящую в противоположном от окружающих стрелок направлении (в отличие от случаев, когда все стрелки направлены одинаково). Тест Go/No-Go — когда пациент должен выполнить действие только при определенном условии.

Какой бы тест ни был избран, цель — количественно оценить внимание, отвлекаемость и импульсивность. Однако никакая схема тестирования не может окончательно исключить или подтвердить наличие у пациента синдрома дефицита внимания. Она может лишь подкрепить или уменьшить клинические доказательства в пользу этого диагноза.

Здесь уместно настоятельно предостеречь от излишнего доверия психологическим тестам. Часто люди слишком сильно полагаются на них при диагностике СДВ, что, однако, считается грубейшей ошибкой, поскольку результат порой бывает ложно-отрицательным. Это значит, что тесты показывают отсутствие заболевания у многих больных СДВ людей.

Дело в том, что сама процедура тестирования может стать «лекарством» от синдрома дефицита внимания, стерев симптомы на некоторое время. Три лучших способа скорректировать

[256]

СДВ — это занятия один на один, сильная мотивация и новизна. При личном общении больные синдромом дефицита внимания обычно могут сосредоточиться, хотя в группе — например, на уроке, на рабочем месте или вечеринке — легко отвлекаются. В обстановке сильной мотивации симптомы СДВ часто пропадают. А новое, необычное, незнакомое место может стимулировать человека с СДВ до такой степени, что вызовет концентрацию внимания. Процедура психологического тестирования дает испытуемому все три «лекарства» сразу. Она проходит один на один с психологом, который устно инструктирует пациента по ходу теста и тем самым не позволяет отключиться. Испытуемый, как правило, сильно мотивирован и пытается «не провалиться». Кроме того, ситуация очень стимулирует новизной. Эти факторы, вместе взятые, делают обстановку прохождения теста практически идеальным «лекарством» от этого заболевания, но далеко не идеальным местом для его выявления. Следует с большим скепсисом относиться к результатам тестов, которые не показали наличия СДВ, если клинические, «живые» данные поддерживают этот диагноз.

Часто история человека настолько сложна, что никто не подозревает у него наличия синдрома дефицита внимания. Пациентка — назовем ее Андреа — пришла ко мне и поведала о трехлетней истории непонимания и обид, которые она пережила в психиатрической системе. Как-то июньским утром ее привезли в отделение неотложной помощи с головокружением. Обследование затянулось: были проведены всевозможные исследования, включая рентгеновское и МРТ, взяты различные анализы крови, метаболические исследования, тесты на иммунную функцию и даже на беременность. Когда соматических причин приступа головокружения обнаружено не было, женщину направили в отделение психиатрии.

Из-за серии недоразумений ее сочли агрессивной и склонной к суициду. Потом, почти как в кино, последовала трагикомическая история: одно неверное заключение повело за собой другое. Войдя в кабинет психиатра, Андреа тут же заявила, что она не сумасшедшая. Психиатр, оказавшийся формалистом, кивнул и записал ее слова. Это рассердило женщину:

— Почему вы за мной записываете? Может, лучше со мной поговорить, а?

— Вас в жизни часто игнорируют? — поинтересовался психиатр. [257]

К концу обследования Андреа настолько вышла из себя, что схватила со стола пепельницу и пригрозила, что выкинет в окно, если ее немедленно не выпустят.

— Пожалуйста, не надо, — спокойно заметил психиатр.

— Как вы можете быть таким спокойным? — возмутилась Андреа. — Вы что, не видите, что я вся на нервах?

— Да, я вижу, что вы нервничаете.

— Так что вы тут расселись? — продолжала шуметь Андреа. — Ноль эмоций! Ноль реакции! Может, мне сказать, что у меня склонность к самоубийству? Может, вы тогда отреагируете?

Психиатр действительно отреагировал: женщину в принудительном порядке госпитализировали в психиатрическое отделение на основании потенциальной агрессии и суицидального поведения.

К моменту, когда недоразумение разрешилось, у Андреа сформировалась довольно сильная неприязнь к психиатрии. Но ей по-прежнему нужна была помощь. Хотя головокружение больше не возникало, после госпитализации появился ряд жалоб, которые беспокоили ее мужа. Он переживал, что она стала нервной, забывчивой и ненадежной. Он был озабочен ее переменами настроения и вспыльчивостью. Его смущало, что она непоследовательно ведет себя с детьми, но прежде всего то, что она слишком много пьет.

Андреа с мужем записались на парную терапию: их отношения начали портиться. Симптомы не проходили, а муж все сильнее уставал от этой ситуации.

Полгода они прожили отдельно, и в итоге женщина сама обратилась в отделение лечения алкоголизма. Она чувствовала себя ужасно виноватой в размолвке и действительно начала бесконтрольно пить. Консультант проанализировал ее историю и допустил возможность СДВ. До этого подобный вопрос не поднимался. Здесь нет ничьей вины: в то время о синдроме дефицита внимания практически никто не знал. Но врач оказался в курсе: его сына лечили от СДВ, и он много читал на эту тему.

[258]

— Когда он описал симптомы, — призналась мне Андреа, — я почувствовала, как будто меня помиловали. Внезапно оказалось, что есть объяснение и оно необязательно сводится к невротичности. Я прочла все, что смогла найти. Все сходилось. Прочитала старые школьные отчеты и действительно увидела в них множество упоминаний о том, что я неусидчивая и очень мечтательная.

— Что было после этого? — спросил я.

— Когда я рассказала мужу про СДВ, он тоже согласился, что это вполне вероятно. Даже если бы лекарства были не такими эффективными, как на самом деле, я рада, я выбралась из психиатрического кошмара. Наконец мне поставили правильный диагноз.

Если вам кажется, что вы больны СДВ, прежде всего проконсультируйтесь у человека, имеющего опыт работы с этим состоянием. Профессионально распознать СДВ, возможно, смогут детские психиатры, неврологи, психологи и педиатры. Обязательно спросите, есть ли у консультанта опыт в диагностике и лечении СДВ, и если да, то у детей, взрослых или и тех и других. Самое главное здесь — не звания и степени, а то, насколько значителен опыт диагностики. В какой-то момент надо привлечь врача-непсихиатра, чтобы проверить, не упущено ли какое-то соматическое заболевание. Если нейропсихологическое тестирование целесообразно, его должен проводить человек с ученой степенью в клинической психологии. Убедитесь, что он обучен проводить его и имеет опыт работы с СДВ и затруднениями при обучении.

Поскольку СДВ у взрослых — сравнительно новое «открытие», бывает сложно найти клинициста с опытом лечения этого заболевания. Ниже в этой главе и в конце книги вы найдете списки полезных ресурсов. Также хорошим отправным пунктом поисков может стать медицинский вуз в вашем районе. Помогут медицинские и психиатрические общества, психологические ассоциации.

Приведенные ниже вопросы дают представление, о чем будет спрашивать опытный диагност. Это не тест для подтверждения диагноза, но вопросы помогут читателю лучше почувствовать,

что такое синдром дефицита внимания, и в целом понять, следует ли искать профессиональной помощи для постановки фактического диагноза.

[259]

Чем больше утверждений, с которыми вы согласны, тем вероятнее, что вы больны СДВ. Поскольку любой человек согласится с некоторым количеством пунктов и мы не установили какой-то шкалы для оценки, опросник следует использовать только на неформальной основе.

1. Вы левша или амбидекстр.
2. У вас в семье кто-то употребляет алкоголь или наркотики, страдает депрессией или маниакально-депрессивным психозом.
3. У вас переменчивое настроение.
4. В школе или на работе окружающие считают, что вы не достигаете того, чего можете.
5. Вам сложно начать что-то делать.
6. Вы часто барабаните пальцами, притопываете, вертитесь, ходите взад-вперед.
7. Вы часто обнаруживаете, что, задумавшись, перечитываете абзац или всю страницу.
8. Вы часто «отключаетесь».
9. Вам сложно расслабиться.
10. Вы очень нетерпеливы.
11. Вы беретесь за много проектов одновременно. Можете сравнить себя с жонглером, у которого в воздухе на шесть шариков больше, чем он в состоянии поймать.
12. Вы импульсивны.
13. Вы легко отвлекаетесь.
14. Даже если вы легко отвлекаетесь, бывает так, что вы сосредоточены, как лазерный луч.
15. Вы страдаете хронической прокрастинацией.
16. Бывает так, что вы в восторге от проекта, а потом не можете последовательно им заниматься.
17. Вам сложнее, чем другим, сделать так, чтобы вас поняли.
18. Вы очень рассеянны: иногда можете выйти из комнаты, чтобы что-то взять, а когда дойдете до места, не помните, зачем шли.

- [260]
19. Вы курите.
 20. Вы много пьете.
 21. Если когда-нибудь пробовали кокаин, он не давал эйфорию, а помогал сосредоточиться и успокоиться.
 22. Вы часто меняете волну радиостанции в автомобиле.
 23. Вы мучаете пульт от телевизора, постоянно переключая программы.
 24. Вы чувствуете одержимость: внутри вас как будто мотор, который вы не можете замедлить.
 25. В детстве вас называли мечтателем, ленивым, не от мира сего, импульсивным, несносным или просто плохим.
 26. Неспособность длительно поддерживать разговор мешает вам в романтических отношениях.
 27. Вы всегда на ходу, даже когда по-настоящему этого не хочется.
 28. Вы не любите стоять в очереди сильнее, чем большинство людей.
 29. Вы от природы не способны сначала читать инструкции, а потом делать.
 30. У вас взрывной темперамент.
 31. Вам приходится постоянно следить за собой, чтобы не сболтнуть лишнего.
 32. Вы любите азартные игры.
 33. Когда кто-то никак не может перейти к сути дела, у вас внутри все вскипает.
 34. Вы были гиперактивным ребенком.
 35. Вас притягивают очень напряженные ситуации.
 36. Вы часто пытаетесь делать сложные вещи, а не то, что вам дается легко.
 37. У вас хорошо развита интуиция.
 38. Вы часто попадаете в какую-то ситуацию, хотя совершенно этого не планировали.
 39. Вам легче потерпеть бормашину стоматолога, чем составлять списки и следовать им.
 40. Вы хотите организовать жизнь лучше, но всегда оказываетесь на краю хаоса.
 41. Вы чувствуете «зуд», который нельзя унять, аппетит к чему-то большему, но не знаете, к чему именно.

42. Вы можете назвать себя гиперсексуалом.
43. Человек, который оказался больным взрослой формой СДВ, представил следующую необычную триаду симптомов: употребление кокаина, частый просмотр порнографии и страсти к кроссвордам. Даже если у вас нет этих симптомов, вы можете его понять.
44. Вы склонны к зависимостям.
45. Вы флиртуете чаще, чем хотите на самом деле.
46. Дома вы росли в обстановке хаоса, без ограничений.
47. Вам сложно переносить одиночество.
48. Вы часто боретесь с депрессивными настроениями с помощью какого-либо потенциально вредного импульсивного поведения, например трудоголизма, чрезмерных трат, переедания, злоупотребления спиртным.
49. У вас есть дислексия.
50. В вашей семье были случаи СДВ или гиперактивности.
51. Вам по-настоящему сложно переносить фрустрации.
52. Вы становитесь беспокойным, когда в вашей жизни нет «действия».
53. Вам сложно прочесть книгу от начала и до конца.
54. Вы регулярно не соблюдаете правил и совершаете мелкие правонарушения, лишь бы не переносить фрустрацию.
55. Вас одолевает иррациональное беспокойство.
56. Вы часто переставляете местами буквы в словах и цифры.
57. В качестве водителя вы были виновником более четырех аварий.
58. Вы хаотично тратите деньги.
59. Вы горячий, готовый к действию человек.
60. Вы считаете, что в вашей жизни не хватает структуры и рутины, и успокаиваетесь, когда находите их.
61. Вы разводились более одного раза.
62. Вы боретесь за поддержание самооценки.
63. У вас плохая зрительно-моторная координация.
64. В детстве вы были немного неуклюжи в спорте.
65. Вы часто меняете работу.
66. Вы «белая ворона».

[262]

67. Вы почти не можете читать и писать служебные записки.
68. Вы практически не в состоянии поддерживать актуальность адресной книги, телефонной книги, картотеки.
69. Вы то душа компании, то впадаете в угрюмость.
70. Если у вас неожиданно появилось немного свободного времени, вы часто нерационально его используете или впадаете в депрессию.
71. У вас более творческая натура и богатое воображение, чем у большинства людей.
72. Сосредоточиваться и не отключаться для вас хроническая проблема.
73. Вам лучше всего работается короткими рывками.
74. Вы доверяете банку сводить баланс на своей чековой книжке.
75. Вы охотно пробуете что-то новое.
76. Одержав успех, вы часто впадаете в депрессию.
77. Вы очень любите мифы и другие организующие истории.
78. Вы чувствуете, что не можете в полной мере реализовать свой потенциал.
79. Вы очень беспокойны.
80. В школе вы любили помечтать на уроке.
81. Вы когда-то были клоуном класса.
82. Вас когда-либо описывали как вечно нуждающегося и даже ненасытного.
83. Вам сложно точно оценить влияние, которое вы оказываете на других.
84. Вы склонны подходить к проблемам интуитивно.
85. Заблудившись, вы пойдете наугад, а не обратитесь к карте.
86. Вы часто отвлекаетесь во время интимной близости, хотя и получаете удовольствие.
87. Вас усыновили или удочерили.
88. У вас много аллергий.
89. В детстве вы часто болели ушными инфекциями.
90. Вы работаете намного эффективнее, когда сами себе начальник.
91. Вы умнее, чем можете показать.
92. Вы чувствуете надвигающуюся опасность.

93. Вам сложно хранить секреты.
94. В самый неподходящий момент вы часто забываете, что хотели сказать.
95. Вы любите путешествовать.
96. У вас клаустрофобия.
97. Вы задумывались, не сошли ли с ума.
98. Вы очень быстро разбираетесь в сути вопросов.
99. Вы много смеетесь.
100. Вам было сложно сосредоточиваться так долго, чтобы прочесть этот список до конца.

ГЛАВА

8

Что теперь делать?

Лечение СДВ

Общие принципы

Большинство людей, обнаруживших у себя синдром дефицита внимания, будь то дети или взрослые, страдают от сильной душевной боли. Они чувствуют смущение, унижение, занимаются самобичеванием. Ко времени постановки диагноза многие больные уже не верят в себя. Многих постоянно не так понимают. Многие были не у одного и не двух специалистов, но так и не нашли настоящей помощи и отчаялись.

Больные СДВ могут вообще забыть, что такое хорошее самочувствие, и потерять последнюю надежду, что все будет хорошо. Часто они нуждаются в необычайной стойкости и находчивости (и подобных качеств у них немало).

И тем не менее их умение надеяться и мечтать беспредельно. В большей степени, чем обычные люди, больные СДВ обладают развитым воображением и способностью видеть будущее. Их мысли и мечты всегда гипертрофированы. Они могут малейшую возможность превратить в судьбоносный шаг. Случайную встречу легко сделают роскошным свиданием.

Как и большинство мечтателей, они очень сильно воспринимают удары по своим мечтам. Но их планы рушатся так часто, что они начинают сторониться надежды.

В болезни же любая надежда начинается с диагноза, а при СДВ, в большей степени, чем при других заболеваниях, уже сама постановка диагноза оказывает мощный терапевтический эффект. Стены, возведенные многими годами непонимания, начинают рушиться, когда ясна причина проблем.

[267]

Как правило, диагноз просто указывает, как лечить больного, однако при СДВ он *сам по себе* в значительной степени становится лечением и приносит огромное облегчение. Представьте, например, что близорукий человек никогда не слышал о близорукости и годами считал нечеткое зрение и связанные с ним проблемы в учебе результатом недостаточных стараний или моральной порочности. Можете вообразить, какое облегчение он почувствует, обнаружив, что есть такое состояние, как близорукость, и что оно никак не связано со стараниями и моралью, а просто это заболевание нервной системы? То же самое с синдромом дефицита внимания. Диагноз освобождает человека.

Все остальное лечение логически вытекает из понимания диагноза.

Просвещение

Когда диагноз поставлен, нужно как можно больше о нем узнать. Чем больше вам известно об этом заболевании, тем лучше получится спланировать лечение, чтобы удовлетворить свои потребности, и тем понятнее станет прошлое, если посмотреть на него через призму СДВ. Эффективное лечение часто требует радикального пересмотра самовосприятия. Понимание многочисленных форм, которые принимает СДВ, поможет не только определить, как синдром повлиял на вас, но и объяснить это окружающим — родным, друзьям, коллегам, учителям.

Возможность информировать окружающих крайне важна. Синдром дефицита внимания оказывает глубокое социальное воздействие: он влияет на семью, внутреннюю жизнь, работу, учебу в школе. Больному нужно уметь объяснить людям, с которыми

[268]

выпало жить рядом, что происходит у него в душе. Так, если получится донести суть СДВ до руководителя и он поймет и почувствует, у вас появится шанс значительно улучшить условия труда. Аналогично, если вы сумеете по-человечески объяснить диагноз своей второй половинке, отношения перейдут в совершенно новую фазу. В целом способность грамотно отстаивать свои интересы крайне важна для успешной жизни с синдромом дефицита внимания: значит, нужно как можно больше узнать об этой болезни.

По мере того как вы узнаете об СДВ, вы меняете самого себя. Знание — сила, поэтому у вас появится мощь, которой раньше не было. Новое знание станет частью вашей личности и тихо, незаметно начнет менять вас в новом направлении.

Лечение синдрома дефицита внимания — это не пассивный процесс: болезнь не получится вылечить без усилий. Напротив: надо быть активным, работать и учиться.

У взрослых процесс самообразования незамысловат. Читайте, посещайте лекции, общайтесь со специалистами и другими больными СДВ — и постепенно узнаете о синдроме столько, сколько можно. Однако если болеет ребенок, у родителей и учителей обычно возникает множество вопросов. Что из этого надо говорить ему? В каком возрасте можно считать его достаточно большим, чтобы посвятить в суть СДВ? Должны ли другие дети в классе знать, что их одноклассник болен этим синдромом? А если ребенок решит, что такой диагноз означает только то, что он глупый? Какую информацию ему надо знать о лекарствах?

Все это сложные вопросы, и единственно правильного ответа на них нет. Тем не менее, основываясь на обширном опыте работы с детьми, семьями и школами, я пришел к выводу, что лучше всего руководствоваться следующим принципом: говорите правду.

Если говорить правду и ребенку, и в школе, это поможет избежать стигматизации* синдрома дефицита внимания. Это поможет сделать такое состояние нормальным в глазах окружающих.

* Стигматизация (от греч. *Στίγμα* — ярлык, клеймо), здесь — навешивание социальных ярлыков. *Прим. ред.*

Чтобы передать информацию самым простым и наиболее точным образом, не надо требовать от человека о чем-то умалчивать и изобретать инфантильные эвфемизмы. Вместо того чтобы выдумывать завуалированную версию правды, лучше говорите как есть, и вы покажете, что нечего скрывать, бояться и стыдиться. Ребенок и так видит все насквозь, к тому же появляется привкус секретности и опасности.

[269]

Я обычно рассказываю ребенку об СДВ в присутствии одного или обоих родителей. Определенного сценария нет, но введение в синдром дефицита внимания может звучать, например, следующим образом (учтите, что я часто останавливаюсь, чтобы ответить на вопросы, и стараюсь, чтобы парочку задал ребенок. Читать больным СДВ детям монологи — пустая трата времени: они через два предложения перестанут слушать):

«Джимми, ты знаешь, вы с мамой и папой пришли ко мне, чтобы поговорить, как у тебя дела дома и в школе. Я кое-что узнал, и мне кажется, смогу тебе помочь. Мы с тобой говорили, как ты воспринимаешь школу, и ты тогда сказал, что очень сложно быть внимательным и слушать, что нравится смотреть в окно, сложно спокойно сидеть и ждать в очереди, сложно поднимать руку и т. д. Честно говоря, я тебя хорошо понимаю. Знаешь почему? Потому что у нас с тобой такая штука, которая называется “синдром дефицита внимания”.

Синдром дефицита внимания, или просто СДВ, — это что-то вроде близорукости, когда человеку нужно носить очки. Только близорукость у нас в глазах, а СДВ — в том, как мы думаем. Нам нужны очки для наших мыслей, чтобы было легче сосредоточить внимание, чтобы не мечтать так много и не перескакивать с темы на тему, чтобы быть не такими забывчивыми, чтобы легче собираться по утрам и после занятий.

Если у тебя СДВ, это не значит, что ты глупый. Есть много очень умных людей, у которых было то же самое, — Томас Эдисон, Вольфганг Моцарт, Альберт Эйнштейн, актер Дастин Хоффман. Слышал про него? Просто нам нужна специальная помощь, вроде очков, чтобы сделать как можно больше. Это

[270]

не конкретно очки, а другие вещи, которые помогают сосредоточиться и собраться. Иногда выручают списки, напоминания и расписания. Иногда помогает репетитор или тренер. Иногда надо принимать таблетки.

СДВ есть у многих других детей. Если кто-то тебя спросит об этом — сам решиай, говорить или нет, но не забывай, что здесь нет ничего плохого. Это же нормально, если кто-то носит очки?»

Я пытаюсь объяснять все как можно проще и честнее и верю в то, что говорю: если человек болен СДВ, в этом нет плохого и стыдиться тут нечего. Большинству детей нужно некоторое время, чтобы привыкнуть к своему диагнозу. Поначалу они обычно стесняются и испытывают дискомфорт, однако, по моему опыту, чем раньше открыто поговорить на эту тему и четко прояснить все вопросы, тем раньше ребенок примет это состояние как еще один элемент повседневной жизни.

То же самое я советую школьным учителям. Говорите правду. Если ребенок проходит специальное лечение от СДВ, другим детям надо об этом рассказать и объяснить, в чем дело: они все равно заметят, если что-то происходит, и даже могут знать, в чем причина. В противном случае придется окутать лечение пеленой тайны. Я советую прежде всего получить разрешение у родителей и самого ребенка, а затем объяснить детям, что такое синдром дефицита внимания и почему их однокласснику требуется особое отношение: например, он сидит ближе всех к учителю, пишет контрольные без ограничения по времени, получает разрешение выходить из кабинета, когда чувствует излишнее возбуждение или надо принять лекарство; получает индивидуальные домашние задания и т. д. Поскольку индивидуальный подход в любом случае нужно согласовать с больным СДВ ребенком, а другие дети так или иначе это увидят, лучше дать им точное объяснение, а не позволять появляться искаженным слухам. Более того, почти наверняка это не единственный ребенок в классе с СДВ или какой-то еще формой нарушения обучаемости. Чем раньше сложится понимание, что собой представляют эти болезни, тем раньше к ним начнут нормально относиться. Так будет лучше для всех.

Десять советов родителям и учителям, как объяснять СДВ детям

[271]

1. Говорите правду. Это центральный, руководящий принцип. Во-первых, больше узнайте об СДВ сами, а потом перескажите своими словами, чтобы было понятно ребенку. Не надо вручать ему книгу или отправлять за объяснением к специалисту. Когда вы узнали об этом заболевании, объясните его сначала себе, а потом ребенку. Говорите прямо, честно и доходчиво.
2. Точно формулируйте мысли. Не выдумывайте пустых терминов, употребляйте слова правильно. Ребенок будет носить ваше объяснение с собой, куда бы ни направился.
3. Объясняя суть СДВ детям, сравнивайте этот синдром с близорукостью. Это точная и нейтральная метафора.
4. Отвечайте на вопросы. Поощряйте ребенка спрашивать. Не забывайте, что не на все детские вопросы у вас найдется ответ. Не бойтесь признаться, что вы чего-то не знаете, но потом обязательно разберетесь и объясните. Хороший источник информации — книги, написанные специалистами по СДВ. Загляните, например, в *Hyperactive Children, Adolescents, and Adults* («Гиперактивные дети, подростки и взрослые») Пола Вендера и *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* («Синдром дефицита внимания и гиперактивности») Рассела Баркли или свяжитесь с CHADD (Children with Attention Deficit Disorders — «Дети с синдромом дефицита внимания») — общенациональной организацией, занимающейся просвещением родителей, учителей и специалистов по вопросам синдрома дефицита внимания.
5. Не забудьте объяснить ребенку, что СДВ не глупость, не отсталость, не дефективность, не изъян характера и т. д.
6. Приведите в пример образцы для подражания из истории (например, Томаса Эдисона) или из личного опыта, например какого-то члена семьи (может быть, маму или папу).
7. Если возможно, поставьте окружающих в известность, что ребенок болен СДВ. Расскажите об этом его одноклассникам

[272]

- (предварительно согласовав с ребенком и родителями), проинформируйте родственников. Посыл должен быть тот же самый: скрывать и стыдиться нечего.
8. Предупредите ребенка, что диагноз нельзя использовать как отговорку. Сообразив, что такое СДВ, большинство детей проходят через попытки использовать болезнь в качестве оправдания. СДВ — это объяснение, но не оправдание. Отвечать за свои поступки все равно придется.
 9. Просвещайте других. Рассказывайте о заболевании другим родителям и ученикам. Говорите с родственниками. Самое мощное оружие в борьбе за надлежащее обращение с ребенком — знание. Распространите знание так далеко, как только можете. В мире очень много невежества и неверной информации об этом синдроме.
 10. Потренируйтесь с ребенком отвечать на вопросы других людей, особенно сверстников. Главный принцип все тот же: говорить правду. Можно попробовать ролевые игры: разыграйте сценку, где кто-то дразнит ребенка, и заранее отрепетируйте решение ситуации.

Структура

Новое понимание самого себя, которое дарят правильный диагноз и самообразование, естественным образом перестраивает и меняет структуру жизни человека как внутри, так и снаружи. Принимая СДВ во внимание и пытаясь избавиться от устоявшегося негативного самовосприятия, человек пересматривает и трансформирует образ собственного «я». Это внутреннее изменение структуры. Кроме того, он меняет свою повседневную жизнь, вводя элементы организации и контроля. Это внешнее реструктурирование.

Создание структуры — центральный элемент лечения СДВ. Слово «структура» звучит обыденно и, наверное, вызывает в воображении блеклые образы чертежей и каких-то каркасов,

однако результативность этой методики бывает ошеломительна. Благодаря структуре можно выразить талант. Без нее любое дарование порождает лишь хаос. Подумайте, с какой жесткой структурой работал Моцарт. Ее тесные рамки помогали интенсивнее выразить гений великого композитора. Пятистопный ямб Шекспира, рифмованные куплеты Поупа*, ритм бегуна на длинные дистанции, строгий отсчет времени поваром-импровизатором — любое творчество нуждается в структуре. Многие взрослые с СДВ не смогли воплотить серьезнейший потенциал, потому что оказались неспособны придать своей творческой энергии форму и направление.

[273]

Представьте себе ртуть в градуснике. Если вы когда-нибудь разбивали термометр, знаете, что произойдет: содержимое рассыплется маленькими капельками. Разум с СДВ разбегается во все стороны, как бисер, и структура — это сосуд, необходимый, чтобы вместить живое серебро, не дать ему оказаться и здесь, и там, и сразу везде. Структура позволяет разуму с СДВ найти себе наилучшее применение, а не расплыться.

Под структурой подразумеваются важные инструменты, например списки, напоминания, блокноты, ежедневники, системы документации, картотеки, доски объявлений, расписания, рецепты, ящики входящих и исходящих документов, автоответчики, компьютерные системы, обычные и наручные будильники. Структура — это и набор внешних мер контроля, которые человек внедряет, чтобы компенсировать ненадежность контроля внутреннего. Большинство людей с СДВ не могут на себя положиться, чтобы привести в порядок дела и не отклониться от поставленной цели. Для них очень важна надежная внешняя система. Установить ее *не* значит быть скучным. На самом деле разработка действующей схемы может потребовать большой находчивости. Когда система создана, она будет успокаивать человека и подпитывать его уверенность в себе.

Мы особенно рекомендуем схему реорганизации жизни, которую назвали планированием паттернов. Эта система управления

* Поуп, Александр — английский поэт XVIII в., один из крупнейших авторов британского классицизма. *Прим. ред.*

[274]

временем работает по тому же принципу, что и автоматическая оплата счетов: если составить расписание (перечисления денег или выделения времени), не придется планировать это в каждом отдельном случае. Все будет происходить само собой: вы вносите в расписание на неделю регулярные встречи и обязательства и посещаете их «на автомате». Благодаря этому освобождается время на планирование, и вы можете сосредоточиться на других делах. Мысль несложная, но она позволяет существенно снизить стресс, связанный с наведением порядка в жизни.

Следовать этому совету несложно. Сначала составьте список всех фиксированных затрат времени — регулярных задач, обязанностей и встреч, которые ждут вас на этой неделе. Затем постройте в календаре или ежедневнике сетку недели и внесите все эти дела в свой временной сегмент. Например, вы можете решить, что вещи из химчистки забираете по четвергам в 16:30, физкультурой занимаетесь в среду и пятницу в семь утра, банк посещаете в полдень по понедельникам и четвергам, а раз в две недели около шести вечера вторника — посещение профессионального семинара.

Очень скоро эти регулярные задачи укоренятся в вашем подсознании. Вечер четверга станет временем химчистки, и через некоторое время вы будете направляться туда почти не задумываясь. Среда и пятница — дни спорта: вам и не придется волноваться и тратить минуты на планирование, и всегда найдется время для упражнений. Вы заранее, без спешки, решаете, какие дела и обязанности достойны предварительного планирования и куда их поместить. Вы знаете, что сделаете их, и представляете когда. Это значит, что вам не придется каждый день гадать, *когда* пойти в химчистку, и пойдете ли вы *вообще* в банк, и *как* найти время на занятия спортом, и *можете ли* когда-нибудь снова добраться до профессионального семинара.

Благодаря структурированию в вашей жизни станет намного больше порядка. Удивительно, как много энергии съедает планирование однообразных, ежедневных задач и как легко это сделать благодаря предложенной схеме.

Больные СДВ иногда всю жизнь не хотят заниматься самоорганизацией. Они избегают ее так же, как некоторые боятся

пойти к стоматологу: постоянно откладывают, а проблема только усугубляется. Один человек восемь лет не платил налогов: не в знак протеста и не потому, что у него не было денег, а потому что не мог запланировать это дело. Еще одна женщина оказалась на грани развода из-за неспособности хоть что-то выбросить: ее дом был полон хлама. Другой мужчина терял десятки тысяч долларов в год на налоговых вычетах из-за укоренившейся привычки выбрасывать чеки. Проблемы с самоорганизацией есть у каждого, но людям с СДВ они мешают особенно.

[275]

По отношению к детям, больным СДВ, «мешают» — мягко сказано. Неспособность организовать свою жизнь может привести к краху не только больного СДВ ребенка, но и всю его семью. Неорганизованность — извечный и совершенно нормальный элемент любого детства. По крайней мере, хочется в это верить. У слишком аккуратного ребенка тоже есть свои проблемы. Однако ребенок с СДВ может впасть в другую крайность.

Однажды я лечил одиннадцатилетнего мальчика по имени Чарли. Он был просто копией Тома Сойера и, сам того не желая, доводил семью полнейшей неорганизованностью. Вместе с семьей мы нацелились на самые проблемные области. Кое-что особенно выводило из себя пятнадцатилетнюю сестру Молли: Чарли каждое утро оставлял в ванной беспорядок как раз перед тем, как туда входила Молли: на полу валялось нижнее белье, в самой ванной — грязное полотенце, на раковине — прилипшие капли зубной пасты, на зеркале — отпечатки, круг унитаза поднят (и часто свидетельствовал, что Чарли не снайпер), вода капала, а вентилятор выключен, поэтому пар все еще наполнял помещение. Молли тысячу раз просила брата так не делать, он всегда отвечал, что постарается исправиться, но ничего не менялось. Ей хотелось его убить или по крайней мере сильно покалечить.

После переговоров мы придумали план. Чарли с сестрой составили список из десяти пунктов, который мальчик должен проверять, прежде чем выйти из ванной. Они повесили этот список на двери внутри, чтобы Чарли точно его не пропустил. Каждое утро он должен был отмечать пункты в списке. Он сам добавил одиннадцатый, последний пункт, который радостно

отмечал: «Все, можно выходить!» Этот простой план, маленький элемент структуры, сработал очень хорошо: брат с сестрой решились проблему, и Чарли остался цел и невредим.

[276]

Десять советов по структурированию и организации жизни ребенка с СДВ

1. Запишите проблему. Сядьте вместе с ребенком или всей семьей и обозначьте проблемные зоны: поведение за обеденным столом, в ванной, спальне, где-то еще. Хорошо определить и тем самым ограничить проблему, а не оставлять ее в царстве неопределенности.
2. Придумайте конкретные средства для каждой проблемной зоны.
3. Используйте конкретные напоминания: списки, расписания, будильники и т. д.
4. Хорошо ввести программу поощрения. Воспринимайте это не как взятку, а как стимул. Дети с СДВ — прирожденные предприниматели.
5. Обеспечьте постоянную обратную связь. Дети с СДВ часто сами не замечают, что делают. Не ждите, пока дом развалится на части, чтобы начать собирать его обратно.
6. При любой возможности возлагайте на ребенка ответственность. Например, если он уже достаточно большой, чтобы утром самостоятельно просыпаться, пусть за это отвечает. Если опоздает и его не отвезут в школу, пусть оплатит такси из карманных денег или другого дохода.
7. Не стесняйтесь хвалить и поддерживать ребенка. Больные СДВ просто расцветают в теплых лучах похвалы.
8. Касательно школы: подумайте, не стоит ли пригласить тренера или репетитора. Не надо отказываться от родительской роли и становиться в зависимости от ситуации инспектором, репетитором, будильником или учителем.
9. Дайте ребенку любые устройства, которые кажутся ему полезными. Спросите, как помочь. Экспериментируйте с разными

планами и устройствами. Один ребенок, чтобы сделать домашнюю работу, заводил будильник каждые двадцать минут — делил задание на части. Другой пришел к выводу, что ему легче печатать на компьютере, а не писать. Третьему сосредоточиться на учебе помогали наушники. Главный принцип: все средства хороши (кроме незаконных и опасных).

[277]

10. Не забывайте: переговоры, а не борьба.

Психотерапия и тренинги

Больному СДВ бывает лучше начать лечение с установления отношений со специалистом, который разбирается и в этом синдроме, и в психотерапии.

Специалист при этом обязан помнить несколько моментов. Занимаясь неврологическими проблемами, он должен помочь справиться и с проблемами эмоциональными. Нельзя забывать об общих вопросах психотерапии: подтексте, неявных сигналах, глубинных мотивах, подавленных воспоминаниях и невыраженных желаниях. Психотерапевт должен отложить в сторону все априорные представления, вытекающие из диагноза, и постараться прежде всего узнать пациента таким, какой он на самом деле. Пациент должен почувствовать: его понимают. Это, наверное, кажется несложным, но достичь взаимопонимания в принципе очень непросто.

Необходимо жирно подчеркнуть красным карандашом: во время лечения ни в коем случае нельзя забывать, что пациент — это прежде всего личность, и лишь потом больной СДВ. Хотя симптомы синдрома дефицита внимания могут доминировать в клинической картине, нельзя допустить, чтобы они вытеснили человеческую суть. Такому пациенту, как и любому другому, нужно быть выслушанным и понятым, необходимо, чтобы в нем увидели человека со своей историей, неповторимыми привычками и вкусами, личным набором воспоминаний и дорогих сердцу вещей, а не просто очередного клиента, больного СДВ.

[278]

Хотя ваш психотерапевт, возможно, хорошо осведомлен о синдроме дефицита внимания, конкретно о вашей жизни он не знает ничего. Увлекательной психотерапию делает не то, что специалист знает, а то, чего он не знает. Он обязан хотеть и быть готовым узнать это от вас.

Чувство, что вас понимают, способно лечить раны лучше, чем любое лекарство, добрые слова или советы. Чтобы пациент это ощутил, психотерапевт должен найти время его выслушать и очень постараться не отвлекаться. Со временем и благодаря упорству вы с психотерапевтом будете слог за слогом, образ за образом формировать ощущение понимания самого себя — иногда впервые.

Когда контакт установлен или, вернее, пока формируется, реструктурировать жизнь человека очень помогает внешняя поддержка. Больным СДВ помощь бывает чрезвычайно полезна. Человек может совершенно не уметь организовывать, но, ощущая себя частью команды, добивается больших успехов.

Нам особенно нравится концепция тренера. Он необязательно должен быть психотерапевтом: это может оказаться друг или коллега — человек, который что-то знает об СДВ и готов ежедневно уделять пациенту 10–15 минут своего времени.

Кто такой тренер СДВ? Как следует из названия, он похож на обычного тренера, который стоит рядом со свистком на шее, выкрикивает слова поддержки, указывает, напоминает что-то игроку. Тренер иногда бывает надоедливым и не дает игроку расслабляться во время матча, а может и утешить, если игрок чувствует, что вот-вот сдастся. Прежде всего, тренер заставляет игрока сосредоточиться на текущей задаче и его подбадривает.

Тренер — особенно в начальной фазе, первой паре месяцев лечения — может помешать вернуться к прокрастинации, неорганизованности, негативному мышлению. Последнее — самое вредное и разрушительное. Лечение начинается с надежды, с душевного порыва. Тренер, человек со стороны, должен крикнуть больному, когда тот начинает возвращаться в старую негативную колею, и направить его по верному пути.

Советы тренеру

В начале лечения тренер должен проводить короткие (10–15 минут) ежедневные проверки, лично или по телефону. Разговор должен касаться и практических, конкретных вещей: какие у пациента планы? что ему предстоит сделать завтра? как он к этому готовится? И абстрактных: как пациент себя чувствует? как настроение? Вопросы можно задавать по следующей схеме:

[279]

- *Помощь.* Спросите, какого рода помощь нужна человеку. Узнайте, что у него нового, посмотрите, в чем именно его можно поддержать.
- *Обязанности.* Спросите, какие конкретно обязанности ждут человека и что он делает, чтобы к ним подготовиться. Задайте вопрос сами, иначе подопечный может забыть вам сказать.
- *Планы.* Спросите о текущих планах. Очень полезно напоминать больным СДВ о стоящих перед ними задачах. Они часто забывают о своих целях — в самом буквальном смысле — и перестают над ними работать. Если обладатели СДВ не знают, какие у них цели, попробуйте вместе сформулировать. Целеполагание создает своего рода защиту от бессмысленности действий, приближает человека к желаемому.
- *Ободрение.* Самая интересная часть работы тренера. Надо заниматься этим всерьез и не стесняться переборщить. Тренер вступает в битву с хаосом и негативными мыслями, и чем оптимистичнее он будет, тем лучше. Не дайте себя отпугнуть цинизмом. Негатив, накопившийся в течение всей жизни, уйдет не сразу.

Из-за проблем с самооценкой, тревожностью и депрессией, возникающих после появления СДВ, таким больным показана традиционная психотерапия. Хотя основную проблему лучше всего лечить структурированием, лекарствами и тренировкой,

[280]

вторичные психологические проблемы могут потребовать текущей психотерапевтической помощи. Было бы неправильно лечить первичные проблемы с вниманием, отвлекаемость, импульсивность и беспокойство и не обращать внимания на порожденные ими серьезные проблемы с самооценкой, депрессию, сложности в семье и браке.

Занимаясь психотерапией взрослых больных, специалист должен помогать структурировать сеанс и проявлять активность. Фундаментальное правило психоанализа — пациент говорит, что ему приходит в голову, — при синдроме дефицита внимания может оказаться абсолютно бесполезным. В голову человеку приходит так много всего, что он не знает, с чего начать или где остановиться. Врача может захлестнуть поток, в котором будет не интересный материал из подсознания, а бесполезные сведения, рискующие превратить психотерапию в бесконечный бесцельный монолог, который раздражает и врача, и пациента.

Больному будет гораздо легче не сбиться с курса, если психотерапевт создаст некую структуру и обозначит направление. Если сложно начать, можно задать наводящие вопросы, например: «Как решается проблема с начальством?» Когда пациент начнет уходить в бесперспективную тему, психотерапевт может попробовать вернуть его к исходному предмету. Это бывает совсем не похоже на обычное поведение грамотного специалиста во время открытой, ориентированной на инсайт психотерапии: она как раз требует, чтобы клиент отклонялся от темы, контроль сознания ослабевал и открывалось то, что скрыто под поверхностью. Для пациентов с СДВ такой подход может оказаться вредным, потому что оба участника беседы потеряются в бессмысленном лабиринте, состоящем из неоконченных мыслей и образов.

Если вы больны СДВ, психотерапевт должен провести вас через ваши мысли и ассоциации, помогая расставлять приоритеты в порождениях психики, обращая внимание на то, что имеет отношение к делу, и игнорируя лишнее. Если в процессе потеряется жемчужина — это, конечно, плохо, но все равно лучше, чем весь курс терапии раскрывать пустые раковины.

Чтобы проиллюстрировать эту мысль, приведу пример. В начале сеанса один из пациентов, сорокадвухлетний мужчина, проходивший лечение от СДВ и депрессии, сказал: «Теперь я уверен, что средства жены мне больше не понадобятся». Уверенность в унаследованном женой состоянии была центральным вопросом психотерапии, так как пошатнуло чувство независимости и самооценку больного. Он строил планы на эти деньги только в воображении, поскольку семейный бюджет складывался из доходов обоих, а зарабатывали они примерно поровну.

[281]

В ответ я с интересом посмотрел на пациента и сказал:

— Правда? И почему же?

— Потому что у меня на работе произошел прорыв. В магазине пообещали оплатить мне специальное обучение, после которого я смогу возглавить отдел, вероятно, уже в этом году.

— Интересно, — сказал я, надеясь на развитие темы.

— Да. Кстати, хотел с вами поговорить насчет лифта в этом здании. Почему его никак не починят? Подниматься сюда через четыре пролета очень тяжело.

В этот момент мне надо было принять решение. Если бы я занимался пациентом без СДВ, скорее всего, промолчал бы или задал дополнительные вопросы про лифт, предполагая, что пациент подходит к важному смещению аффекта, выражая чувства в отношении меня, психотерапевта, через мысли по поводу лифта, и того, как ему трудно было прийти ко мне на сеанс. «Почему вы плохо заботитесь о своем здании, о лифте, о пациентах, обо мне? — мог он спрашивать меня. — Почему на вас нельзя положиться?» Или, в поисках воспоминаний и подсознательных фантазий, я мог бы спросить пациента, с чем у него ассоциируются лифты. Иногда такие вопросы приоткрывают старые воспоминания и вызывают совершенно новый, неожиданный поток материала. С другой стороны, пациент поднял вопрос сломанного лифта сразу же после того, как объявил о крупном успехе на работе, а это, несомненно, могло заставить меня поразмышлять, не чувствует ли он какого-то смущения в связи с повышением. Возможно, он думает, что должен что-то исправить — и в лифте, и в себе самом? Не сомневается ли он — намеками, которые часто

[282]

использует подсознание, — окажется ли на «высоте» задания, заслуживает ли «подъема» в этой области или ему нужен дополнительный «лифт», может быть, с моей стороны? С другим пациентом я мог бы углубиться в любой из этих вариантов.

Однако в этом случае просто сказал: «Да, я понимаю, что это раздражает. На этой неделе обещали починить. Расскажите, пожалуйста, поподробнее, какие чувства у вас вызывают события на работе?» Кто-то может возразить, будто я упустил шанс, так как, по сути, сам вернул пациента к тому, что мне казалось важным. Однако я не хотел терять шанса, который мужчина представил в начале сессии, рассказав о возможном повышении.

Если бы этот человек ответил: «Нет, знаете, я хочу поговорить о лифте», — я, конечно, не стал бы возражать. Но он ничего не сказал и легко вернулся к разговору о своем повышении, как если бы прежде всего хотел поговорить об этом.

Мне пришлось решить, поднял он тему лифта по скрытым мотивам, к которым лучше присмотреться, или потому, что это пришло ему в голову без каких-то серьезных причин, например потому, что он отвлекся либо услышал шум поезда за окном или телефонный звонок в соседнем кабинете. Принимая решение, я взял на себя роль цензора и отсекал отвлекающие факторы. Эту роль мне часто приходится играть, работая с пациентами, страдающими от СДВ. Риск, связанный с принятием решения за пациента, заключается в том, что я непреднамеренно игнорирую важный материал.

Психотерапевт обязательно должен принимать такого рода решения все время работы с больными СДВ. Даже если человек не страдает этим синдромом, врачу все равно приходится постоянно взвешивать то, что слышит, и обдумывать, на чем сосредоточиться, а мимо чего пройти мимо. Однако в случае с синдромом дефицита внимания необходимо вести себя активнее.

Кроме того, психотерапевт должен учитывать проблемы с восприятием, которые мешают пациенту разобраться в социальных ситуациях. Часто больные СДВ не к месту высказываются или странно ведут себя при общении. Иногда они кажутся заикленными на себе и как будто не осознающими чужие

потребности. Дейв, тридцатипятилетний мужчина с СДВ, стоял у офисного кулера и пил воду. К нему подошел коллега. «Привет, Дейв!» — сказал он, наливая воду. Тот не ответил. «Будь так любезен и в виде исключения сдай оценки вовремя, ладно? Ты сделал прекрасную работу». Дейв по-прежнему не отзывался. «Наверное, ты тут засиделся допоздна прошлым вечером?»

[283]

Дейв тем временем думал о том, как построить трехмерный овал в виде яйца для научного проекта дочери. Он выкинул стакан, заметил коллегу, что-то буркнул и ушел. Тот крикнул ему вслед: «Приятно было пообщаться!» Дейв не остановился. Для коллеги эта встреча стала очередным примером того, что Дейв со странностями.

Дело не в том, что Дейв эгоистичный и поэтому не услышал и не заметил коллегу. Просто мысленно он находился в другом месте. Его психотерапевту было бы важно узнать об этой склонности и дать ему практические рекомендации, как вести себя с людьми. Под советами я подразумеваю конкретные указания, например: «Стоя у офисного кулера, не забывайте, что к вам кто-то может подойти», или «Когда вы видите друга, недостаточно просто что-то проворчать», или «Дайте развернутый ответ», или «Во время разговора устанавливайте зрительный контакт и выслушайте собеседника прежде, чем отвечать». Такого рода консультирование — конкретное, очевидное, возможно, даже нудное — может невероятно помочь больному СДВ. Такие люди иногда живут без друзей и плохо адаптируются в обществе просто потому, что *не знают, как правильно себя вести*. Они не понимают правил. Они не знают движений в этом танце. Их никогда не учили тому, что всем кажется привычным. Людям с синдромом дефицита внимания этой второй природы может не хватать. Им нужны уроки правильного взаимодействия. «Считывать» ситуацию им иногда не менее сложно, чем читать текст. Опытному человеку эти уроки покажутся банальными, но пациенту с СДВ, который способен потеряться в разговоре так же, как в середине страницы, они могут подарить шанс установить контакт с окружающими.

Подчеркнув важность «тренировки», концентрации и направленной психотерапии, надо заметить, что работа, которую

[284]

психотерапевт проводит с пациентом, не так проста, как может показаться. И лучше всего, чтобы тренировка была обманчиво простой. Основные рекомендации, прорабатываемые на одном занятии, напоминают своего рода регулирование дорожного движения — этот разговор остановить, тот направить жезлом в сторону... Однако тренировка способна оказаться тонкой, непредсказуемой и творческой методикой.

Отправной точкой для большинства больных СДВ, без сомнения, становится индивидуальная терапия, но крайне полезными могут оказаться и дополнительные формы психотерапии, особенно семейная, парная и групповая. Основные вопросы парных и семейных сеансов мы уже рассмотрели в предыдущих главах, поэтому здесь давайте поговорим только о групповой.

Группа — при любых проблемах, не только при синдроме дефицита внимания — удивительно мобилизует позитивное настроение. Под правильным руководством получается безопасная, экономичная и очень успешная разновидность терапии СДВ и у детей, и у взрослых. На самом деле индивидуальная терапия в детском возрасте может вообще проигнорировать реальные проблемы, потому что они проявляются только в коллективе. Ребенок может сидеть на индивидуальном сеансе и с удовольствием играть, совершенно не проявляя симптомов, которые приводят к большим затруднениям в повседневной жизни в школе и дома. В то же время групповая психотерапия может решить вопросы по мере их появления непосредственно в группе. Например, ребенок, который не может удержать внимание, если вокруг другие дети, на индивидуальной терапии не проявит этой черты. Или ребенок, который плохо себя ведет, если его просят поделиться с товарищами, не покажет этого на индивидуальном сеансе. В группе эти виды поведения проявятся.

Групповая психотерапия взрослых больных СДВ дает несколько преимуществ. Во-первых, это шанс встретиться и пообщаться людям, которые борются со схожими жизненными проблемами и фрустрациями.

Во-вторых, участники группы способны многому научить друг друга. Они могут рассказать о собственном опыте, поделиться советами и получить то же самое от других. В каком-то смысле лучший психотерапевт для больного СДВ — это другой больной СДВ, который знает проблему изнутри.

[285]

В-третьих, группа может дать участникам такую мощную поддержку и понимание, на какую не способен ни один психотерапевт. Теплый прием, который человек находит в группе, очень ободряет.

В-четвертых, группа может подарить колоссальную энергию. Это как резервуар горючего, из которого можно заправляться каждую неделю.

В-пятых, как и в детских группах, больные СДВ сообща могут точно воспроизводить проблемные ситуации и учиться с ними бороться — например, разыграть эпизод с Дейвом у кулера. Участники могут слушать друг друга по очереди, делиться мыслями, некоторое время молчать, замирать на месте. Они могут услышать отзывы, узнать, как их воспринимают окружающие. Научившись выносить напряжение этих чувств в группе, они применяют этот навык и во внешнем мире.

В-шестых, группы решают проблему потери связности. Многим больным СДВ сложно найти место, где они почувствуют себя частью чего-то большего, чем их собственная личность. Хотя они, как правило, отзывчивые и общительные люди, в душе у них иногда кроется сильное ощущение изоляции, одиночества и оторванности. Группа дает ощущение принадлежности, общности. После этого человеку проще почувствовать себя частью большого целого в других областях жизни.

Чтобы проиллюстрировать мощь групповой психотерапии, расскажу историю одной группы, которую я вел. Некоторое время назад я начал применять этот метод лечения ко взрослым пациентам с СДВ. Раньше и не слышал о таком подходе, но по указанным выше причинам идея показалась хорошей. Чтобы сформировать первую группу, я объявил о своей идее во время лекции. Из записавшихся отобрал десять человек, и мужчин, и женщин, и мы договорились встречаться раз в неделю.

Я не знал, чего ожидать. Коллеги, с которыми поделился своими планами, удивились: «Десять больных СДВ в одной группе? Да ты же с ними не справишься! Они вообще придут вовремя?» [286]

Наступил вечер первой встречи. Я терпеливо ждал в своем кабинете. Занятия должны были продлиться с 19:00 до 20:15. В 19:15 еще ни один из десяти приглашенных не пришел. Я даже начал сомневаться: может, из-за своего СДВ сам указал им неправильную дату? В 19:20 появился первый. Он ворвался в кабинет и уже был готов извиняться за опоздание, но, обнаружив, что больше никого нет, расхохотался и воскликнул: «Ну а что вы хотели?» В итоге на первую встречу пришли семь человек. Еще трое прислали сообщение, что заблудились по дороге.

Но те, кто сумел до меня добраться, оказались самой замечательной группой, которую я когда-либо вел. Они тут же нашли общий язык, объединенные стремлением обрести взаимопонимание, рассказать свои истории, быть готовыми помочь друг другу.

Я дал группе базовые установки: «Пытайтесь приходиться вовремя. Не начинайте неформально общаться друг с другом вне группы. Если вы должны пропустить сеанс, постарайтесь сообщить об этом заранее». Мы договорились встретиться двадцать раз с возможностью продления еще на десять недель, если участники того захотят. Я позвонил заблудившимся и передал им задание на следующую неделю.

На следующий сеанс пришли все и вовремя. Мы посмеялись над сложностями с ориентированием на местности, тем самым положив начало обыкновению по-доброму подтрунивать над проблемами СДВ, чтобы справиться с ними. «Просто чудо, что на этой неделе здесь собрались все, и к тому же вовремя!» Радость наполнила помещение, хотя мы даже не успели познакомиться. Они как будто интуитивно знали друг друга и понимали, насколько важным может оказаться их объединение. С самого начала они были готовы к взаимопомощи.

Пациенты начали делиться своими историями. Один за другим, спонтанно в кабинете звучали смешные и грустные рассказы. Участники переглядывались и кивали в знак одобрения и согласия, когда видели себя в рассказах других. Они казались

людьми, которые всю свою жизнь чувствовали себя «другими» и только теперь обнаружили, что не одиноки. До слез хохотали, с искренним пониманием слушали о чужой боли, недоразумениях, фрустрациях, потерянных шансах, узнавали советы.

[287]

Мне вообще ничего не надо было делать. Когда один участник прерывал кого-то, остальные говорили: «Не перебивайте, пожалуйста! У нас всех тут СДВ, поэтому давайте уделять внимание каждому». Они заботились друг о друге на каждом сеансе. Я откинулся на спинку стула и время от времени отвечал на фактические вопросы об этом заболевании, но в целом группа делала всю работу сама. Когда из-за предыдущих договоренностей мне пришлось пропустить несколько встреч, группа просто собиралась у меня в кабинете.

За несколько недель у пациентов выработалось мощное чувство единства. Одна женщина, начинающая актриса, даже отказалась от роли, потому что репетиции совпадали по времени со встречами группы. Другой человек уехал в отпуск и прислал нам открытку. Участники договорились, что могут звонить друг другу в случае эмоционального кризиса. Я беспокоился, что это может привести к образованию подгрупп или нарушению конфиденциальности, но ничего подобного не произошло.

Когда настало время решать, продлевать ли занятия еще на десять недель, все были «за», но одна женщина призналась, что у нее нет на это денег. На следующей неделе я получил анонимное письмо: в конверт была вложена сумма, необходимая для оплаты дополнительных десяти недель занятий. Человек, написавший письмо, назвался «одним из участников группы СДВ для взрослых».

У меня возникла дилемма. Как поступить? Принести деньги в группу? Отдать их? А кому? Что если эта женщина на самом деле просто хотела изящно уйти? Может быть, нельзя грубым давлением заставить ее продолжать? Что если другие, не получившие такую «стипендию», почувствуют себя обманутыми? Что делать с любопытством? Группа может попытаться вычислить анонимного спонсора. А как быть с моим любопытством? Я обратился за советом коллеге с большим опытом групповой терапии.

Он тоже немного растерялся, но посоветовал поднять этот вопрос на занятии и посмотреть, как с ним справятся участники.

[288]

На следующей встрече мы решили провести еще десять недель вместе, а затем остановиться. Тут я сообщил, что получил анонимное пожертвование, чтобы оплатить участие женщины, которая собиралась отказаться от занятий.

Участники лишь восхитились щедрым жестом, а потом перешли к другим темам. Я думал: «Как же так? Разве вам не интересно знать *больше*? Разве вы не видите в этом сложные, динамические вопросы? Разве не надо проанализировать последствия этого подарка?» Однако я не позволил себе развивать тему, и поэтому случай вошел в историю группы следующим образом: был получен щедрый подарок, который позволил всем заниматься еще десять недель в полном составе. У меня по-прежнему остаются те же вопросы, но я вижу в этом подарке прежде всего свидетельство того, как важно было участникам оставаться вместе и наконец-то чувствовать понимание.

Лекарственная терапия

В наши дни существуют лекарства, способные резко улучшить качество жизни человека, страдающего синдромом дефицита внимания. Эффективное средство дает поистине изумительные, революционные результаты. Однако лекарства не панацея. Они работают не всегда и в любом случае лишь облегчают, а не лечат синдром. Пациент должен принимать препарат под наблюдением врача и в рамках комплексной программы лечения, которая включает тщательную диагностическую оценку, просвещение по вопросам СДВ и сопутствующим проблемам с обучением, практические предложения по изменению образа жизни и управлению настроением, консультации, тренинг, психотерапию, а также, при необходимости, семейную или парную терапию.

Приведенная ниже информация по препаратам призвана стать дополнением к беседам с врачом или другим консультантом.

Ни в коем случае нельзя принимать какие-то медикаменты, пока вы не уверены, что знаете все необходимое и вам комфортно проходить такой курс лечения.

[289]

Перед началом лекарственной терапии, естественно, нужно быть уверенным в диагнозе. После этого следует определить целевые симптомы, которые позволят объективно оценить эффективность препарата. Типичные целевые симптомы при синдроме дефицита внимания — сильная отвлекаемость, неспособность сосредоточиться, например на рабочей задаче, чтении книги, домашней работе, материале на уроке, а также импульсивные слова и действия, сложности с удержанием внимания во время разговора, плохая переносимость фрустраций, вспышки гнева, перепады настроения, сложности с самоорганизацией, хроническая прокрастинация, неумение расставлять приоритеты, субъективное внутреннее чувство шума и хаоса, желание резко менять темы и проекты, склонность волноваться, а не действовать, и другие симптомы, связанные с СДВ. Важно постараться определить их как можно конкретнее.

Когда у вас будет точный диагноз и определены целевые симптомы, возможно, вы решите применить лекарственные препараты.

Очень часто на начальной стадии лечения пациенты крайне неохотно пробуют медикаменты. Родители не хотят давать ребенку таблетки, а взрослые больные надеются справиться самостоятельно, без помощи каких-то неизвестных препаратов. Колебания могут быть сильными, и действовать обязательно надо осторожно.

Дети, особенно мальчики, часто уверены: принимать лекарства — как будто признать, что с тобой все не так; согласиться, что ты «отсталый», «сумасшедший», «дурак» — то есть заслуживаешь самых неприглядных ярлыков. Еще они часто полагают, что лекарство — это костыли, и лучше ими не пользоваться. Такая терапия нередко вызывает у них смущение и унижает, и важно проанализировать эти чувства и отреагировать на них мягко и уважительно. Могут потребоваться месяцы, даже годы, прежде чем ребенок — или взрослый — почувствует, что готов дать шанс лекарствам. Это совершенно нормально. Не надо навязывать

[290]

таблетки, пока человек не готов к этому. Решение об их назначении ни в коем случае не должно быть односторонним. Это не место для борьбы. Диалог должен длиться столько, сколько нужно, вплоть до достижения консенсуса.

Конечно, пациент совершенно не обязан пробовать лекарства и должен принимать их только с полным пониманием возможных рисков и преимуществ. Однако часто человек отказывается от медикаментов из-за слухов и суеверий, не принимая во внимание научные факты. Вокруг многих препаратов, применяемых для лечения СДВ, множество ложной информации. «Ты из-за лекарства съедешь с катушек», — шепчет один другому. «Читал в газете, что таблетки превращают людей в маньяков-убийц!»; «Это такая школьная лоботомия!»; «Из-за этой таблетки ты превратишься в карлика!» Такие реплики, напоминающие заголовки желтой прессы, слышны постоянно. В них нет ни капли правды.

На самом деле препараты, используемые для лечения СДВ, при правильном применении совершенно безвредны и иногда потрясающе эффективны — как хорошо подобранные очки для близорукого. Но многие люди так и не доходят до рационального рассмотрения доказательств и принятия взвешенного решения. Вместо этого они категорически отвергают лекарства, как если бы голосовали против зла и греха, и тем самым подвергают себя или своих детей ненужной боли и отчаянию. Это как если бы человек с плохим зрением решил, что очки — это плохо и надо просто сильнее щуриться.

Хотя лекарства действуют не всегда, в случае успеха они творят чудеса. Понятно, если пациент отказывается от них осознанно, оперируя фактами. Но лишать себя медикаментозной терапии из предубеждения — ошибка. Информацию ниже мы приводим в надежде, что принятое решение будет как можно более компетентным.

С момента выхода первого издания изменилось не так уж много. Создавать новые эффективные препараты для головного мозга непросто, и мы по-прежнему ждем революционных разработок, которые решат связанные с ним проблемы.

Сегодня, как и ранее, есть два основных класса препаратов, одобренных FDA* для лечения синдрома дефицита внимания: стимуляторы и антидепрессанты. Дети и взрослые принимают одни и те же лекарства, и при правильной постановке диагноза некоторые препараты эффективны примерно в 80% случаев. Чтобы подобрать правильное лекарство и дозу, может потребоваться несколько месяцев проб и ошибок, поскольку мы пока еще не умеем предсказывать, какое лекарство и в какой дозе поможет конкретному пациенту. Стоит проявить терпение и не сдаваться слишком рано, так как увеличение дозы или смена препарата часто дают совершенно иной результат.

[291]

Если препарат действует, он поможет лучше сосредоточиться, концентрировать усилия длительный период времени, снимет тревожность и фрустрации, уменьшит раздражительность и перепады настроения, сократит время растерянного невнимания, улучшит контроль импульсов и благодаря всему этому увеличит эффективность работы. Эти первичные результаты могут привести к вторичным: укрепление уверенности в себе, чувство благополучия и самооценки.

Лекарства действуют не всегда, и даже когда они эффективны, иногда приходится отменять их из-за непереносимости побочных эффектов. Однако в таких случаях немедикаментозные формы лечения также приносят значительную пользу.

Сначала давайте рассмотрим стимуляторы. Лекарства короткого действия сохраняют эффект примерно два-четыре часа, следовательно, нужно принимать их отдельными дозами в течение дня. Обычная схема приема — три раза в день: за завтраком, через четыре часа после завтрака или в обед, а затем примерно в четыре-пять часов дня. Стандартную схему можно менять. Главное, чтобы лекарство действовало, когда пациенту надо сосредоточиться, и чтобы между приемами проходило около четырех часов.

* FDA (Food and Drug Administration) — агентство Министерства здравоохранения и социальных служб США, один из федеральных исполнительных департаментов. Занимается контролем качества пищевых продуктов, лекарственных препаратов, косметических средств, табачных изделий и некоторых других категорий товаров, а также контролирует соблюдение законодательства и стандартов в этой области. *Прим. ред.*

[292]

Однако недавно произошел серьезный прорыв — на рынке появилась эффективная форма пролонгированного действия. До внедрения в 2000 году препарата пролонгированные версии стимуляторов были не очень полезны, однако фармацевтические компании поработали над улучшенными брендовыми препаратами и дженериками*, которые работают намного лучше, чем более старые препараты.

Эти новые лекарства особенно полезны при лечении детей, которые часто забывают принять таблетку в обед или не хотят, чтобы кто-то видел, как они это делают. Ранее детям, имевшим такие опасения, назначали пролонгированные формы стимуляторов. Предполагалось, что они будут действовать в течение восьми часов, однако во многих случаях продолжительность действия была меньше заявленной производителем.

Как подсказывает название, стимуляторы действуют на нейротрансмиттеры, активируя и стимулируя центральную нервную систему. При синдроме дефицита внимания это приводит к тому, что человеку становится легче сосредоточиться и не отключаться. Кроме того, стимуляторы выравнивают настроение.

Чтобы развеять распространенные заблуждения, следует перечислить, что стимуляторы *не* делают. Они не затуманивают чувства пациента. Они не вызывают привыкания в дозах, назначаемых при СДВ. Они далеко не всегда уничтожают креативность и «изюминку», которая есть у очень многих больных СДВ.

Однако побочные эффекты не исключены. Например, самыми частыми становятся плохой аппетит и бессонница. Может подняться давление. Все это зависит от дозы, и такого эффекта можно избежать путем ее снижения. В начале лечения порой появляются легкая тошнота и головная боль, но это обычно проходит за несколько дней. При угасании действия препарата человек иногда чувствует ухудшение или изменение настроения. К этому обычно можно приспособиться, меняя дозу и время приема. Препарат порой вызывает нервозность, сохраняя при

* Дженерик — лекарственное средство, аналогичное патентованному, продающееся под международным непатентованным названием либо под патентованным, отличающимся от фирменного названия разработчика препарата. *Прим. ред.*

этом терапевтический эффект. Иногда ее можно снять добавлением небольшой дозы бета-блокаторов.

Другие побочные эффекты встречаются намного реже. Это непроизвольные мышечные судороги и так называемый синдром Туретта, торможение роста у детей (которое компенсируется скачком роста после отмены препарата), изменение числа форменных элементов и веществ в крови (нормализуется после отмены препарата) и чувство дрожи и общие неприятные ощущения, которые также проходят после отмены. Побочные эффекты очень редки, и в целом это крайне безопасное лекарство, если принимать его под соответствующим наблюдением.

[293]

Можно принимать как брендовые препараты, так и дженерики, но, по нашему опыту, оригинальные варианты работают лучше.

Как и с другими лекарствами, терапевтическая доза для разных людей варьируется. Можно продолжать увеличивать дозу вплоть до появления побочных эффектов — потери аппетита, бессонницы и других — или пока не будет достигнут терапевтический эффект и целевые симптомы не уменьшатся.

Иногда препарат просто не действует, вне зависимости от дозировки. В других случаях его отменяют слишком быстро, еще до достижения правильной дозы и появления результата. Дозу можно увеличивать вплоть до появления нежелательных эффектов, однако после их обнаружения придется снизить или полностью прекратить прием препарата. В последнем случае можно попробовать другой стимулятор или иной класс лекарственных средств. Следует иметь в виду, что, если не действует один стимулятор, это еще не значит, что не поможет другой.

Часто лекарство неэффективно потому, что от него слишком рано отказались. Чтобы найти правильную дозировку и верную схему приема, могут потребоваться недели, даже месяцы. Иногда эффективна даже маленькая доза, но только в определенное время. Иногда небольшое повышение дозы дает совсем иной результат. Иногда добавление второго лекарства улучшает действие первого. Это может быть утомительно, как примерка многих пар обуви, но оно того стоит.

[294]

Сам человек, принимающий лекарство, не всегда осознает, что оно эффективно, но учителя, друзья, члены семьи, начальник замечают резкое улучшение сосредоточенности и производительности. При оценке эффективности следует учитывать свидетельства как минимум еще одного человека, а не только самого пациента. Поведение детей очень удобно изучать по анкетам, которые заполняет учитель. Для взрослых оценка гораздо менее формальна, но все равно должна быть объективной.

Хотя антидепрессанты и стимуляторы — совершенно разные вещества, они часто оказывают аналогичное действие на целевые симптомы СДВ. Иногда, если стимулятор не дает эффекта, поможет группа антидепрессантов, и наоборот.

У антидепрессантов есть несколько преимуществ перед стимуляторами. Во-первых, их, как правило, достаточно принимать всего раз в сутки, избегая необходимости вспоминать о таблетке несколько раз в день. (Как не забыть принять таблетку, которая должна помочь не забыть принять таблетку?) Во-вторых, они не провоцируют экстремальных эмоций, испытываемых некоторыми пациентами при приеме стимуляторов. Их действие часто более ровное, сглаженное. В-третьих, это не препараты строгого учета, поэтому выписывать их намного проще.

При лечении СДВ у детей и взрослых оказались полезными несколько других препаратов. К ним относятся трициклики.

Кроме того, есть различные дополнительные препараты, которые могут быть полезны для лечения побочных эффектов или улучшения действия основного лекарства. Мы уже упоминали о бета-блокаторах для лечения нервозности или тревоги, которую иногда вызывают стимуляторы.

Есть еще несколько лекарств, достойных упоминания. Многие женщины, страдающие от СДВ, чувствуют сильное ухудшение симптомов в предменструальном периоде. Как сообщила одна из пациенток: «Большую часть месяца я принимаю лекарства, и все нормально... но, когда жонглирую двенадцатью делами сразу и наступает ПМС, нормально жить становится просто невозможно».

Пока нет научных доказательств, связывающих предрасположенность к предменструальному синдрому с синдромом дефицита

внимания, однако многие пациентки отмечают, что симптомы ПМС проявляются необычайно сильно. Возможно, это распространенная сопутствующая проблема. Она может мешать женщине справиться с ее СДВ и способна значительно усугубить уже имеющиеся тревожность, депрессию и перепады настроения. Добавление лекарств, связанных с метаболизмом серотонина, может оказаться очень полезным для больных женщин. Эти препараты способны облегчить типичные симптомы ПМС и урегулировать нейроэндокринный дисбаланс, ввергающий в хаос и без того расшатанную систему.

Если СДВ сопровождается депрессией, а часто именно так и есть, может оказаться довольно полезным дополнение лечения антидепрессантами. Не следует принимать антидепрессанты и стимуляторы одновременно: часто депрессия проходит вместе с симптомами СДВ. Однако если депрессия сохраняется, терапия антидепрессантами может помочь.

СДВ иногда сопровождается вспышками гнева, раздражения и даже агрессивного поведения. Есть целый ряд препаратов для лечения таких симптомов. Стабилизаторы настроения помогают контролировать эти всплески. Бета-блокаторы тоже могут уменьшить «взрывоопасность».

Лекарства, применяемые при лечении СДВ, собраны в таблице ниже.

Первичные симптомы	Препарат	Механизм действия
Невнимательность Отвлекаемость	Антидепрессанты	Усиливает определенные нейротрансмиттеры
Импульсивность Мини-паника Гиперактивность	Стимуляторы	Усиливает определенные нейротрансмиттеры

Прием лекарств бывает связан с эмоциональными проблемами — это особенно проявляется у детей, но и у взрослых тоже. Многих пугает мысль, что надо принимать что-то «для мозгов»

[296]

или давать такие препараты детям. Это вызывает в памяти картины серьезных психических заболеваний. Важно как можно более открыто обсуждать эти страхи и предубеждения.

Решение о приеме препаратов от СДВ должно основываться не на вере, а на научных фактах. Некоторые спрашивают: «Вы верите в применение лекарств для лечения СДВ?» — как будто это какой-то религиозный принцип. Мы подходим к вопросу рационально. Для большинства больных СДВ лекарства оказываются крайне полезны. Для некоторых неэффективны. Доказано, что вредят они очень немногим. Если диагноз СДВ поставлен точно, то лучшие научные данные, имеющиеся в нашем распоряжении, свидетельствуют, что пробовать лекарственную терапию стоит, но она может и не подействовать.

Перед тем как начинать медикаментозную терапию, полезно обсудить все, что пациент думает по этому поводу, а также предоставить ему как можно больше научной информации на эту тему. В отношении лекарств, применяемых для лечения СДВ, бытует много ложных представлений и откровенной дезинформации.

Напоследок необходимо подчеркнуть еще несколько моментов, связанных с лекарственной терапией. Медикаментами лечение СДВ не ограничивается. Это полезное и мощное дополнение, но его ни в коем случае нельзя считать полноценным лечением. Прием лекарств обязательно должен отслеживать врач. Категорически нельзя принимать препараты, если это вызывает какой-то дискомфорт. Уделите некоторое время тому, чтобы подготовиться к такой терапии: поговорите о ней, заранее получите ответы на свои вопросы, и тогда ваши шансы на успех значительно возрастут.

Практические советы

В этом разделе мы предлагаем краткие советы, практические подсказки, которые помогут жить с синдромом дефицита внимания и бороться с ним. Они были собраны нами за многие годы лечения больных СДВ, работы с их проблемами и жалобами. В основе советов — решения, найденные самими пациентами.

Когда вы будете читать этот список, наверное, обнаружите, что многие идеи уже применяете. Некоторые советы очевидны и необязательно относятся к людям с СДВ, а некоторые покажутся неподходящими в вашей ситуации. Но мы надеемся, что вы найдете для себя что-нибудь новое и полезное.

[297]

Когда человек читает эти подсказки впервые, ему не терпится тут же воплотить их в жизнь. Однако после первого всплеска энтузиазма и улучшений он обнаруживает, что старые привычки, связанные с СДВ, начинают понемногу возвращаться на свое место и последовательно пользоваться советами сложно, какими бы «правильными» они ни были. Как сказал один пациент: «Если бы я мог постоянно следовать этим советам, они мне были бы не нужны, и никакого СДВ у меня не было бы». Другой признавался: «Бывают дни, когда я могу следовать советам, а бывает, что не получается».

Тем не менее важно помнить, что эти подсказки — лишь часть программы лечения. Очень немногие больные СДВ способны самостоятельно последовательно их внедрить. Им нужна помощь человека, которого мы называем тренером, либо группы, психотерапевта, любого другого внешнего источника. Пусть вас не пугает, если поначалу будет сложно пользоваться всеми этими подсказками в жизни. Потребуется время, тяжелая работа, поддержка (и терпение) внешнего мира, но, со всеми оговорками, советы способны дать солидную практическую помощь.

Пятьдесят советов по управлению синдромом дефицита внимания у взрослых

Осознание и просвещение

1. Убедитесь, что диагноз поставлен правильно.

Необходимо точно знать, что вы работаете с профессионалом, который по-настоящему понимает СДВ и исключил связанные и схожие состояния, например тревожность, возбужденную

депрессию, гипертиреоз, маниакально-депрессивный психоз и обсессивно-компульсивное расстройство.

[298]

2. Займитесь самообразованием.

Наверное, самым мощным лекарством от СДВ будет понимание этого заболевания. Читайте книги. Общайтесь со специалистами. Разговаривайте с другими взрослыми, больными СДВ. Их можно найти через группы поддержки, местные и национальные организации по борьбе с этой болезнью. Так вы сможете разработать собственное лечение, подходящее именно вашему варианту синдрома.

3. Выберите тренера.

Полезно иметь рядом тренера или человека, который будет за вами присматривать, и обязательно с юмором. Тренер поможет собраться, не сбиться с цели, будет вас воодушевлять и напоминать вернуться к работе. Будь то друг, коллега или психотерапевт (делать тренером супруга или супругу можно, но рискованно), тренер должен настаивать, чтобы вы доводили дело до конца, мотивировать вас, контролировать и в целом заниматься вами. Тренер может оказать невероятную помощь в лечении СДВ.

4. Ищите ободрения.

Взрослые с СДВ очень нуждаются в ободрении. Отчасти дело в многочисленных, накопившихся с годами сомнениях в себе, но не только в этом. Такие люди больше других увядают без подбадривания и расцветают, если его получают. Ради ближнего они часто работают так, как не стали бы трудиться для себя самого. Это не плохо: они просто такие. Это надо признать и воспользоваться этим.

5. Осознайте, что нельзя назвать СДВ.

Это не конфликт с матерью, не подсознательный страх успеха, не пассивно-агрессивная личность и т. д. Больные СДВ, конечно, не застрахованы от всех этих состояний, но важно отделять синдром от других проблем, потому что лечить его нужно совершенно иначе.

6. Просвещайте и привлекайте других.

Важно не только понять диагноз самому. Не менее значимо, чтобы вас поняли окружающие — друзья, родные, учителя, коллеги. Когда они узнают, в чем заключается проблема, им будет проще вас понять и помочь добиться целей.

[299]

7. Перестаньте винить себя за поиск сильных стимулов.

Поймите, что вас в любом случае тянет к интенсивной стимуляции, поэтому надо выбирать стимулы с умом, а не постоянно корить себя за «плохие».

8. Соберите отзывы людей, которым доверяете.

Взрослые (и дети тоже), страдающие синдромом дефицита внимания, крайне плохо за собой наблюдают, и со стороны может показаться, что они отрицают очевидное.

9. Подумайте о вступлении в группу поддержки или об организации такой группы.

Много полезной информации об СДВ еще не описано в книгах: речь идет о бесценном опыте людей, больных этим синдромом. В группе такая информация может быть озвучена. Еще одним плюсом будет поддержка, которой так остро не хватает больному.

10. Попробуйте избавиться от негативного настроения.

Он мог заразить вас за годы, пока вы не знали, что в вашем состоянии виновен синдром дефицита внимания. Здесь поможет хороший психотерапевт.

11. Не чувствуйте себя скованным традиционной карьерой и привычными способами адаптации.

Позвольте себе быть самим собой. Прекратите пытаться стать человеком, которым вы якобы должны стать — например, образцовым студентом или организованным руководителем, — и разрешите себе быть таким, какой вы есть на самом деле.

12. Помните, что у вас неврологическое заболевание.

[300] Оно передается по наследству. Оно возникло по биологическим причинам. Так устроен ваш мозг. Это *не* ваш личный недостаток, не моральный изъян и не какой-то невроз. Это не слабость характера и не неспособность повзрослеть. Для лечения не надо напрягать волю, терпеть боль, наказания и жертвы. Всегда об этом помните. Как бы многие люди с СДВ ни старались, им бывает очень сложно смириться, что истоки этого синдрома коренятся в биологии, а не в слабости характера.

13. Попытайтесь помочь другим больным СДВ.

Помогая, вы многое узнаете об этом заболевании и лучше себя почувствуете.

Результативность**14. Создайте внешнюю структуру.**

Структура — это основа немедикаментозного лечения СДВ у детей, но взрослым бывает не менее полезна. Она действует, как стенки трека, которые не дают вылететь бобслейным саням. Активно пользуйтесь перечнями, записками, цветовым кодированием, ритуалами, напоминаниями, папками. Применяйте описанное выше планирование.

15. Сделайте жизнь ярче.

Попробуйте сделать среду оживленной, но не переборщите. Если ваша система организации стимулирует, а не нагоняет скуку (представьте себе!), вы с большей вероятностью будете ею пользоваться. Например, наводите порядок с помощью цветового кодирования. Это стоит подчеркнуть. Учтите, что многие больные СДВ ориентированы на зрительное восприятие, поэтому постарайтесь, чтобы вещи запоминались по своему цвету: папки, служебные записки, тексты, расписания и т. д. Практически все черно-белое можно сделать более запоминающимся, приковывающим взгляд, если добавить красок.

16. В бумажной работе пользуйтесь принципом «взялся — доведи до конца».

Получив документ, записку, какие-то письменные материалы, попытайтесь сразу ими заняться: сразу же, на месте ответьте, выбросьте либо перешлите дальше. *Не надо* откладывать ничего в долгий ящик, в кучу предстоящих дел. Для людей, больных СДВ, это с тем же успехом может называться кучей дел, которые останутся невыполненными. Они станут маленькими кошмарами на столе или в комнате, будут потихоньку подпитывать вину, тревогу и обиду, а еще займут много места. Выработайте привычку делать бумажную работу немедленно. Примите мучительное решение выбрасывать что-то неактуальное или поборите инертность и ответьте *безотлагательно*. Что бы вы ни сделали с документом, при любой возможности занимайтесь им только раз.

[301]

17. Создайте вокруг себя обстановку поощрения, а не уныния.

Чтобы понять, что такое атмосфера уныния и поражения, большинству взрослых больных достаточно вспомнить школу. Теперь вы выросли и получили все права и свободы, поэтому позаботьтесь, чтобы постоянно не сталкиваться с напоминаниями о своих ограничениях.

18. Признайте и не забывайте, что некоторый процент начатых проектов и взятых обязательств неизбежно останется нереализованным. Лучше предвидеть неудачи, а не удивляться им и страдать по этому поводу. Воспринимайте их как текущие расходы.

19. Открыто принимайте вызовы.

Люди с СДВ расцветают, когда перед ними стоит много задач. Если понимать, что не все они окажутся золотой жилой, и не слишком впадать в перфекционизм и щепетильность, можно многое сделать и избежать проблем. Гораздо лучше быть чересчур, чем недостаточно занятым. Есть старая поговорка: хочешь сделать дело — попроси занятого человека.

20. Ставьте дедлайны.

[302]

21. Разбивайте большие задачи на маленькие.

Определяйте дедлайны для маленьких фрагментов, и большие задачи будут решены. Это один из самых простых и мощных инструментов структурирования. Большое дело подавляет воображение больного. Сама мысль о попытке его выполнить заставляет отвернуться. Но если большое целое разбить на мелкие части, они могут показаться вполне по силам. (Например, я смог написать книгу только благодаря этой методике.)

22. Расставляйте приоритеты, а не занимайтесь прокрастинацией.

Если не можете решить вопрос за один раз (см. совет № 16), не забудьте определить его приоритетность. Когда взрослый с СДВ попадает в цейтнот, он теряет трезвый взгляд на вещи: оплата штрафа за парковку может показаться не менее неотложным делом, чем тушение загоревшейся корзины для бумаг. Иногда человека просто парализует. Поэтому расставляйте приоритеты. Глубоко вдохните. Важное делайте в первую очередь. Затем переходите ко второй и третьей задачам. Не останавливайтесь. Прокрастинация — это характерная черта СДВ у взрослых. Вам понадобится серьезная самодисциплина, чтобы вовремя ее заметить и предотвратить.

23. Смиритесь со страхом, если все идет слишком хорошо.

Смиритесь с нервозностью в минуты, когда все кажется слишком легким, когда нет конфликта. Не усложняйте дело просто ради стимуляции.

24. Обратите внимание, где и как вам лучше всего работается.

В шумном помещении, в поезде, завернутым в три одеяла, под музыку — что угодно. Дети и взрослые с СДВ иногда делают максимум в довольно странных обстоятельствах. Позвольте себе работать так, как вам больше всего нравится.

25. Помните, что делать два дела одновременно — нормально.

Можно вязать и разговаривать, принимать душ и думать о серьезных вещах, делать пробежку и планировать деловую встречу. Часто людям с СДВ требуется делать несколько дел сразу, иначе вообще ничего не получится.

[303]

26. Занимайтесь тем, что у вас хорошо получается.

Опять же, если покажется легко — ничего страшного. Нет такого закона, чтобы делать только то, что умеешь плохо.

27. Выделяйте время, чтобы собраться с мыслями между делами.

Больным СДВ сложно вынести переход от одного к другому, и мини-перерывы помогут в этом.

28. Держите блокноты в машине, у кровати, в кармане куртки.

Никогда не знаешь, когда в голову придет хорошая мысль или надо будет что-то запомнить.

29. Читайте с карандашом в руке.

Не только ради заметок на полях и подчеркивания, но и чтобы записать каскад «посторонних» мыслей, неизбежно возникающих в голове.

Управление настроением

30. Выделите специальное время, чтобы «выпустить пар».

Раз в неделю запланируйте для себя некоторое время, чтобы спокойно избавиться от ненужных мыслей. Периодически выбирайте какое-нибудь любимое дело — включайте громкую музыку, идите на скачки, устраивайте праздник, — чтобы расслабиться безопасным образом.

31. «Подзаряжайте аккумуляторы».

[304]

Связано с предыдущим пунктом. Большинству взрослых с СДВ ежедневно требуется некоторое время, которое можно со спокойной совестью потратить на себя. Чтобы не переживать лишний раз, можно назвать это временем для «подзарядки аккумуляторов». Сделайте что-нибудь спокойное: вздремните, почитайте, помедитируйте.

32. Выберите «хорошие», полезные привычки.

Подумайте, например, о физкультуре. У многих взрослых больных СДВ аддиктивный или компульсивный тип личности, то есть они всегда на что-то «подсаживаются». Попробуйте выбрать для этого что-нибудь позитивное.

33. Замечайте перемены настроения и учитесь ими управлять.

Независимо от того, что происходит во внешнем мире, ваше настроение будет меняться. Не тратьте времени на поиски виновных и сосредоточьтесь на том, чтобы научиться переносить плохое настроение. Знайте, что оно пройдет, и применяйте стратегии, которые быстро его улучшат. Меняйте обстановку: делайте что-то новое (желательно не в одиночку). Поговорите с друзьями, поиграйте в теннис, почитайте книгу.

34. (Связано с предыдущим пунктом.) Замечайте циклы, очень распространенные у взрослых больных СДВ:

- что-то — изменение, переход, разочарование и даже успех — пугает вас. Повод может быть довольно тривиальным, совершенно рядовое событие;
- за испугом следуют мини-паника и потеря способности трезво воспринимать ситуацию. Мир переворачивается вверх дном;
- вы пытаетесь справиться с паникой и впадаете в режим одержимости и навязчивых мыслей по поводу того или иного аспекта ситуации. Это может продолжаться часами, днями, даже месяцами.

Чтобы прервать негативную одержимость, составьте список друзей, которым можно позвонить. Имейте в запасе несколько видео, которые всегда захватывают воображение и отвлекают. Под рукой должно быть все необходимое для физических упражнений. Если вы чувствуете прилив злости, поможет боксерская груша или подушка. Отрепетируйте несколько ободряющих аффирмаций, например: «Это все уже было. Это плохое настроение из-за СДВ. Скоро пройдет. Все в порядке».

[305]

35. Научитесь называть свои чувства.

Многие больные СДВ, особенно мужчины, расстраиваются и сердятся, потому что не умеют выразить свои чувства словами. Практика и тренировка этому научат.

36. Ожидайте, что после успеха начнется депрессия.

Как ни парадоксально, после крупного успеха больные СДВ, как правило, жалуются на депрессию. Дело в том, что исчезают сильные стимулы, связанные с преследованием цели, брошенным вызовом, подготовкой. Что сделано — то сделано. Не важно, победа это или поражение: взрослому с СДВ начинает не хватать конфликта, мощной стимуляции, его охватывает подавленность.

37. Придумайте символы, лозунги, поговорки, чтобы быстро обозначить промахи, ошибки и колебания настроения и взглянуть на них со стороны.

Если вы случайно не туда свернули и из-за этого возили семью по окрестностям лишние двадцать минут, лучше сказать: «Опять этот мой синдром», — чем шесть часов ссориться по поводу подсознательного желания саботировать поездку. Дело не в оправданиях: отвечать за свои поступки надо в любом случае. Просто неплохо знать истинную причину ваших действий.

38. Используйте тайм-ауты.

Все как у детей. Если вы от чего-то расстроились или чем-то чрезмерно возбуждены, сделайте передышку. Отойдите. Остыньте.

39. Научитесь отстаивать свои интересы без борьбы.

[306] Взрослые с СДВ настолько привыкли к критике, что начинают без надобности защищать свои интересы. Будьте самостоятельны, никому ничего не доказывая.

40. Старайтесь не прерывать проекты и сделки, не выполнив их до конца. Не останавливайте разговоры на полуслове.

Даже если вам очень хочется, не переходите преждевременно к сути дела.

41. Растяните момент успеха, запомните его и сделайте правилом.

Вам придется сознательно и целенаправленно тренироваться, потому что больные СДВ склонны забывать об успехах, излишне сожалеть об ошибках и ожидать худшего.

42. Помните, что СДВ — это еще и склонность к чрезмерной фокусировке, а иногда гипертелецеленности.

Эти качества можно использовать и конструктивно, и деструктивно. Помните об отрицательных сторонах этого явления: тенденцию впадать в одержимость и постоянно думать о воображаемых проблемах.

43. Активно и регулярно делайте физические упражнения.

Включите их в свой график и придерживайтесь плана. Это помогает позитивным образом избавляться от избытка энергии и агрессии, уменьшает шум в голове, благотворно стимулирует гормональную и нейрохимическую системы, успокаивает и расслабляет организм. Если добавить общеизвестную пользу для здоровья, важность физических упражнений станет очевидной. Пусть они будут интересными, чтобы не возникало желания их бросить. Занимайтесь ими долго, всю жизнь. Один из вариантов физической активности — интимная близость — очень хорошо помогает при СДВ.

Межличностные отношения

44. Отнеситесь максимально серьезно к выбору второй половинки.

[307]

Конечно, этот совет касается всех без исключения, но удивительно, насколько от партнера зависит, будет взрослый больной СДВ окрылен или приземлен.

45. Научитесь шутить над СДВ.

Относитесь с улыбкой к себе и своим симптомам: забывчивости, способности заблудиться в трех соснах, бестактности и импульсивности. Если добавить юмор, окружающие будут намного проще воспринимать ваши промахи.

46. Планируйте общение с друзьями.

Тщательно придерживайтесь этого расписания. Крайне важно поддерживать связь с другими людьми.

47. Вступайте в правильные сообщества.

Найдите группы, где вас любят, ценят, понимают, наслаждаются вашим обществом. Больные СДВ намного сильнее, чем многие другие, черпают силу в групповой поддержке.

48. Не задерживайтесь там, где вас *не* понимают и не ценят.

Люди с СДВ не только больше всех получают от групп поддержки, но и быстрее теряют силу и уверенность, находясь в негативных группах. Кроме того, они склонны оставаться в них слишком долго, тщетно пытаясь исправить положение, даже когда все говорит о том, что ничего не получится.

49. Делайте комплименты.

Замечайте других. Если вам сложно общаться с людьми — учитесь.

50. Устанавливайте дедлайны в социальной жизни.

[308] Без сроков и дат ваша общественная жизнь может атрофироваться. Полезно структурировать не только рабочую неделю, но и организовать свой социальный календарь. Так вы не потеряете контакт с друзьями и получите очень нужную социальную поддержку.

Наши советы относятся к лечению взрослых, однако во многих случаях они применимы и к детям и подросткам. В то же время есть важная область лечения детей, которой эти советы не касаются: управление синдромом дефицита внимания в школе. Чтобы у детей с СДВ все было хорошо, совершенно необходимо, чтобы их учитель понимал диагноз и умел работать с такими учениками. Время, проведенное в классе, может как укрепить, так и уничтожить самооценку и интеллектуальный потенциал ребенка.

Чтобы помочь учителю вести урок в коллективе, где есть ребенок с СДВ, мы предлагаем пятьдесят советов именно для этой ситуации. Родители могут поделиться ими со школой.

Учителя знают то, чего не видят многие специалисты: есть не один синдром дефицита внимания, а много. СДВ редко существует в «чистой» форме. Обычно он переплетается с другими проблемами, например затруднениями в учебе и нарушениями настроения. Болезнь меняется с погодой, она непостоянна и непредсказуема. Лечение СДВ, несмотря на безмятежный тон некоторых публикаций, остается вопросом трудным и требует самоотверженности. Эффективность лечения этого заболевания в школе зависит от информированности и настойчивости коллектива и конкретного преподавателя.

Приведенные ниже советы предназначены для учителей, занимающихся с детьми всех возрастных групп. Некоторые из них очевидно более уместны в младшем возрасте, другие пригодятся более старшим детям, однако общие темы — структура, просвещение и ободрение — относятся ко всем без исключения.

Пятьдесят советов по управлению СДВ в классе

[309]

1. Убедитесь, что вы имеете дело с СДВ.

Разумеется, диагностировать СДВ не входит в обязанности учителя, но вы можете и должны задавать вопросы. В частности, посмотрите, проверяли ли у ребенка слух и зрение, исключены ли другие проблемы со здоровьем. Удостоверьтесь, что выполнена адекватная оценка. Спрашивайте, пока все для себя не проясните. За этим должны следить родители, однако учитель может помочь.

2. Ищите поддержку.

Когда в классе есть два-три ребенка с СДВ, вести урок бывает крайне утомительно. Заручитесь поддержкой школы и родителей. Найдите специалиста, с которым можно проконсультироваться, если появятся проблемы. (Специалист по вопросам обучения, детский психиатр, социальный работник, школьный психолог, педиатр. На самом деле специализация не имеет значения: главное, чтобы он много знал о синдроме дефицита внимания, видел детей с этой болезнью, ориентировался в классе и умел ясно выражать свои мысли.) Держите связь с родителями, чтобы координировать работу. Привлеките коллег.

3. Знайте свои ограничения.

Не бойтесь попросить о помощи. Учитель не обязан быть экспертом по СДВ, поэтому не надо стесняться обратиться за советом, если вы чувствуете такую потребность.

4. Спросите ребенка, чем ему помочь.

У детей с СДВ часто развита интуиция, и они могут подсказать, как им удобнее учиться. Спрашивайте сами: ребенок может стесняться первым заговорить на эту тему. Попробуйте сесть рядом с ним и спросить, как ему лучше всего заниматься.

[310]

Часто самый знающий «эксперт» — сам ученик, и удивительно, почему их вообще не спрашивают или игнорируют их предложения. Кроме того, убедитесь, что ребенок, особенно в старшем возрасте, понимает, что такое СДВ. Это поможет вам обоим.

5. Помните про эмоциональную составляющую учебы.

Такие дети нуждаются в особой помощи, чтобы урок принес им удовольствие, вызывал восторг вместо скуки и страха. Важно обращать внимание на эмоции, связанные с обучением.

6. Помните, что больные СДВ дети нуждаются в структуре.

Им нужно, чтобы внешняя среда упорядочивала то, что они не могут сами структурировать изнутри. Составляйте списки. В моменты растерянности детям с СДВ очень помогает возможность обратиться к таблице или списку.

Им нужно напоминать. Им нужно сообщать заранее. Им нужно повторять. Их нужно направлять и очерчивать для них границы. Им нужна структура.

7. Опубликуйте правила.

Напишите их и повесьте на видном месте. Дети будут увереннее, зная, чего от них ожидают.

8. Повторяйте расписания.

Запишите их. Озвучьте. Повторяйте. Больным СДВ нужно слышать все многократно.

9. Старайтесь установить зрительный контакт.

Это поможет вернуть ребенка с небес на землю. Делайте это почаще. Взгляд может отвлечь его от мира фантазий, побудить задать вопрос или просто молча ободрить.

10. Посадите ребенка рядом со своим столом или там, где обычно находитесь.

Это поможет предотвратить «отключения», которые преследуют больных СДВ детей.

11. Определяйте границы, вводите ограничения.

Они должны быть содержательными и успокаивающими, а не карательными. Вводите ограничения последовательно, предсказуемо, быстро и явно. *Не надо* вдаваться в сложные «юридические» дискуссии на тему справедливости — длинные разговоры вас только отвлекут. Возьмите на себя ответственность.

[311]

12. Расписание должно быть как можно более предсказуемым.

Закрепите его на классной доске или положите на парту ребенка. Почаще обращайтесь к расписанию. Если вы решили что-то поменять, а так поступает большинство хороших учителей, много раз предупреждайте и подготавливайте детей. Им очень трудно переносить неожиданные изменения. Особенно потрудитесь подготовить все заблаговременно. Объявите о предстоящем событии и периодически напоминайте о нем по мере приближения.

13. Помогайте детям составлять собственные расписания.

Запланируйте время, которое ребенок проводит вне школы. Это поможет ему избежать характерной для СДВ прокрастинации.

14. Отмените регулярные контрольные или проводите их реже.

Большой образовательной пользы от них нет, но, несомненно, они мешают многим больным СДВ детям показать свои знания.

15. Создавайте «предохранительные клапаны».

Можно, например, ненадолго выпускать ребенка из класса. Если ввести это в правила поведения на уроке, больной СДВ ученик сможет просто выйти, а не выплескивать свою энергию через буйное поведение во время занятий. Это научит его важным инструментам — наблюдению и самоконтролю.

16. Делайте ставку на качество, а не количество домашней работы.

Детям с СДВ часто нужно снизить нагрузку. Если они запоминают концепции, можно это позволить. На учебу они потратят [312] столько же времени, но объем будет им по силам.

17. Отслеживайте успехи.

Регулярная обратная связь приносит таким детям большую пользу. Она помогает не сбиться с курса, узнать, что от них ожидают, достигнуты ли цели, и в целом очень подбадривает.

18. Разбивайте большие задачи на маленькие.

Это одна из самых важных педагогических методик у детей с СДВ. Большие задачи быстро подавляют ребенка, после чего следует эмоциональная реакция «я-никогда-с-этим-не-справлюсь». Если разбить задание на посильные фрагменты, каждый из них будет казаться достаточно маленьким и выполнимым, и подавленность обойдет ребенка стороной. В целом такие дети могут сделать намного больше, чем им самим кажется. Разбивая задания, учитель позволяет ребенку доказать это самому себе. Для маленьких детей этот метод оказывается невероятно полезным в профилактике приступов плохого поведения, порождаемых фрустрацией предчувствия. В старшем возрасте разбивка помогает избежать пораженческих настроений.

19. Позвольте детям игры, развлечения, яркое, нестандартное мышление.

Больные СДВ обожают играть и с энтузиазмом реагируют на это. Игры помогают сконцентрировать внимание — и ваше, и ребенка. В их «лечении» очень много скучных вещей — все эти структуры, расписания, списки и правила, и надо показать, что это необязательно делает человека, учителя или урок скучным. Если вы можете время от времени позволить себе маленькие шалости — очень хорошо.

20. Следите, чтобы не было излишней стимуляции.

21. Как можно активнее ищите и подчеркивайте успехи.

В жизни этих детей так много поражений, что им полезен любой позитив. Этот пункт невозможно переоценить: ребенок нуждается в похвале, она его лечит. Больные СДВ обожают, когда их одобряют. Это как вода для растения: благодаря ей они растут, а без нее чахнут и вянут. Часто самое вредное в СДВ не сам синдром, а вторичный удар по самооценке, так что как следует «поливайте» таких детей одобрением и похвалой.

[313]

22. Помните, что у таких детей нередко бывают проблемы с памятью.

Учите их маленьким хитростям, например мнемоническим правилам. Доктор Мел Левин, педиатр, специалист по развитию и проблемам обучения, отчасти связывает проблемы детей с «активной рабочей памятью» — свободным местом, доступным, так сказать, на столе разума. Любые маленькие фокусы, которые вы сможете придумать — намеки, рифмы, коды и прочее, — могут значительно улучшить память.

23. Используйте планирование.

Учите планировать и выделять важное. Эти методики детям с СДВ усваивать сложно, но в случае успеха они очень помогают структурировать и оформлять знание в процессе учебы. Планирование дает ребенку чувство владения материалом *во время обучения*, когда он больше всего в этом нуждается: часто главной эмоцией для них становится ощущение тщетности происходящего.

24. Объявляйте, что собираетесь сказать, перед тем как скажете.

Скажите. Затем объясните, что вы сказали. Поскольку многие дети с СДВ лучше воспринимают информацию визуально, а не на слух, по возможности напишите, что собираетесь сказать, а потом говорите.

25. Упрощайте инструкции.

Минимизируйте выбор. Сделайте прозрачным составление расписаний. Чем проще вы выражаетесь, тем больше

вероятность, что вас поймут. Говорите образно. Как цветовое кодирование, красочная речь привлекает внимание.

[314]

26. Ваши отзывы помогут ребенку посмотреть на себя со стороны.

Дети с СДВ обычно плохо умеют наблюдать за собой, поэтому часто не имеют представления, как себя ведут и как их воспринимают другие. Попробуйте рассказать им об этом в конструктивной форме. Задавайте вопросы: «Ты знаешь, что только что сделал?», «Как ты думаешь, можно сказать то же самое по-другому?», «Почему девочка расстроилась, когда ты сказал это?»

27. Говорите, чего ожидаете от ребенка.

28. Присуждайте баллы.

Это поможет скорректировать поведение и создать систему поощрения у младших школьников. Больные СДВ дети хорошо реагируют на награды и премии. Многие похожи на маленьких бизнесменов.

29. Если ребенку сложно считывать социальные сигналы — язык тела, тон голоса, уместность, — незаметно давайте четкие и явные подсказки для социальной тренировки.

Скажите, например: «Перед тем как рассказывать историю, попроси собеседника изложить свою» или «Не смотри по сторонам во время разговора». Многих детей с СДВ считают равнодушными или эгоистичными, хотя на самом деле они просто не научились общаться. Этот навык обычно приходит сам собой, но ему можно научиться и натренировать его.

30. Учите сдавать экзамены.

31. Превращайте все в игру. Мотивация помогает лечить синдром дефицита внимания.

32. Разделяйте группировки детей, которые конфликтуют друг с другом, меняйте учеников местами, пересаживайте. Можно попробовать много вариантов.

[315]

33. Обращайте внимание на социальные связи.

Детям нужно ощущать вовлеченность, связь с другими. В этом случае они будут ощущать мотивацию и реже отключаться.

34. При любой возможности возлагайте на ребенка ответственность.

Пусть он придумает, как не забыть положить в рюкзак все нужное, или разрешите ему самому, без напоминаний, просить о помощи.

35. Попробуйте ввести блокнот для общения с родителями.

Это хорошо помогает наладить повседневное взаимодействие и избежать кризисных встреч, а ребенок получит обратную связь, в которой очень нуждается.

36. Экспериментируйте с ежедневными отчетами о прогрессе.

Их можно передавать родителям через ребенка или, когда ученик подрастет, читать ему непосредственно. Смысл не в дисциплине, а, скорее, в информировании и ободрении.

37. Устройства вроде таймеров и будильников помогут ребенку следить за собой.

Например, если он не может запомнить, когда принимать лекарства, лучше купить наручный будильник, чем перекладывать ответственность на учителя, а во время урока таймер на парте точно покажет, какой этап занятия пройден.

38. Подготовьтесь к неожиданному появлению свободного времени.

Детям с СДВ надо заранее знать, что произойдет, чтобы внутренне быть готовыми к этому. Время, не учтенное в расписании, может излишне возбудить их.

39. Хвалите, поддерживайте, ободряйте.

[316] **40. Старшим детям предложите писать для себя небольшие конспекты, чтобы не забыть вопросы по учебному материалу.**

Записывать можно не только то, что говорит учитель, но и собственные мысли. Это поможет эффективнее слушать.

41. Многим детям сложно писать от руки, поэтому подумайте о других вариантах.

Предложите им научиться печатать. Возможно, стоит разрешить сдавать контрольные в устной форме.

42. Берите пример с дирижеров.

Сначала привлечите внимание оркестра (замолчите на секунду или постучите палочкой). Держите класс «в ритме», указывая, откуда хотите получить реакцию.

43. По возможности прикрепите к ученику «наставника» по каждому предмету, с которым можно будет связаться по телефону.

(Идею предложил Гэри Смит, написавший прекрасную серию предложений по ведению урока.)

44. Чтобы избежать стигматизации, объясните другим ученикам ситуацию. Лечение не должно восприниматься как что-то необычное.

45. Чаще общайтесь с родителями ребенка.

Встречи не должны быть связаны только с проблемами и кризисами.

46. Поощряйте чтение вслух дома.

В классе тоже как можно больше читайте вслух. Используйте истории. Учите не отклоняться от темы.

47. Повторяйте.

48. Стимулируйте занятия физкультурой. Эффективнее всего будут энергичные упражнения.

[317]

Это один из лучших методов лечения СДВ и у детей, и у взрослых. Он помогает избавиться от избытка энергии, сосредоточиться, стимулирует выделение определенных гормонов и полезных нейрохимических веществ и просто приносит радость. Позаботьтесь, чтобы физкультура была удовольствием и ребенок хотел заниматься ей всю жизнь. Джон Рэйти написал в 2008 году бестселлер под названием *Spark: the Revolutionary New Science of Exercise and the Brain*, посвятив целую главу пользе упражнений. Они действуют аналогично стимуляторам.

49. Детям старшего возраста объясняйте важность подготовки к занятиям.

Чем яснее ребенок понимает суть урока, тем лучше усваивает материал в классе.

50. Будьте готовы к озарениям.

Эти дети намного талантливее и одареннее, чем может показаться.

Они творческие, игривые, спонтанные, полные юмора. Они обычно стойкие и всегда поднимаются после удара, великодушные, рады помочь. В таких детях часто есть «изюминка». Помните: в какофонии скрыта мелодия — симфония, которую еще предстоит написать.

Распространенные проблемы при лечении СДВ

Лечение синдрома дефицита внимания очень индивидуально. В зависимости от тяжести болезни и сложности ситуации оно может длиться от нескольких сеансов до нескольких

[318]

лет. Иногда терапия ограничивается постановкой диагноза и отчасти информированием пациента. Иногда требуются значительные усилия, годы индивидуальной и семейной психотерапии, различные препараты, много настойчивости и терпения. Иногда улучшения видны сразу. Иногда они происходят медленно, почти незаметно. В лечении СДВ нет единого рецепта. Каждый случай особенный и требует своих решений. Тем не менее есть общие принципы, о которых мы уже говорили в этой главе.

Существуют и характерные препятствия, с которыми часто сталкиваются при лечении синдрома дефицита внимания.

1. Важные для пациента люди — учитель, родитель, супруг, работодатель, друг — не хотят принимать диагноз.

Окружающие «не верят» в СДВ и не желают разговаривать на эту тему. Это как будто противоречит их религии, каким-то базовым этическим принципам. Они заставляют больного чувствовать себя обманщиком, а недоверие может подорвать надежду, которую дают диагноз и лечение. Часто слышны вариации на тему: «Никакого синдрома дефицита внимания не существует. Это просто оправдание твоей лени. Напрягись, поработай над собой и не морочь нам голову шарлатанскими диагнозами».

Справиться с такой реакцией непросто. Лучше всего освободить больного от необходимости решать подобные проблемы, потому что это обычно порождает противостояние. Целесообразнее, если скепсисом и недоверием, которые возникают у людей, связанных с пациентом, займется специалист, поставивший диагноз.

Главное здесь — просвещение. Предоставьте факты, противопоставляйте их предрассудкам, слухам, сплетням, предубеждению и дезинформации. Постарайтесь избежать провокационных дискуссий. Люди, выступающие против диагноза, за своими возражениями часто скрывают эмоциональную подоплеку. Они могут сердиться на пациента, обижаться на него за прошлое и не желать, чтобы все вдруг так легко объяснилось. Они хотят кары, а не диагноза, поэтому им не нравится идея

СДВ, и они пытаются ее дискредитировать. В такие моменты лучше всего придерживаться научных данных, не отходить от проверенной информации об этой болезни. В какой-то момент людям приходится признавать свой гнев: причина обычно кроется в прежнем раздражающем поведении больного СДВ. Эти эмоции совершенно понятны и допустимы, но их нельзя использовать для борьбы с корректно поставленным диагнозом.

[319]

2. После первого всплеска улучшений прогресс замедляется.

Когда диагноз СДВ поставлен, особенно у взрослых, наступает период эйфории. Наконец-то есть имя для всех страданий, которые человек вынес за многие годы! После начала лечения чаще всего начинается быстрый эмоциональный рост. Однако проходит несколько месяцев, кривая улучшений начинает выравниваться, и человек может впасть в отчаяние. Это нормально и понятно. Начало лечения захватывает, и можно разочароваться, увидев, что всех жизненных проблем это не решит. Именно в этот момент важны поддержка психотерапевта, специальной группы, друзей, семьи, книг. Помощь нужна, чтобы не сбиться с курса и не вернуться к старым привычкам негативного мышления и саботажу.

3. Человек, которому недавно поставили диагноз СДВ, отказывается от лекарств.

По не всегда понятным причинам идея лекарственной терапии иногда вызывает сильную негативную реакцию. Это очень часто бывает и у взрослых больных, и у детей, и у родителей. Понятно, что никто не хочет без надобности принимать таблетки. Любые лекарства, и особенно влияющие на головной мозг, заслуживают осторожного обращения. Вменяемый человек не должен принимать лекарства против своей воли, и его нельзя запугивать.

Если возникло стойкое сопротивление медикаментозной терапии, не надо ее назначать. Однако перед принятием такого варианта нужно изложить научные факты, чтобы решение пациента основывалось на знании, а не на суевериях. Иногда

[320]

требуются месяцы и даже годы, чтобы человек оказался готов изменить мнение. Шанс, что лекарства подействуют, будет намного выше, если принимать их с полным осознанием потенциальной пользы и рисков.

4. Кажется, никакие препараты не действуют.

Главное — не сдаваться. Поскольку область лечения СДВ, особенно у взрослых, лишь осваивается и в ней все время появляются медикаменты и новые способы применения уже имеющихся, мы по-прежнему во многом действуем методом проб и ошибок. Пока еще нельзя с уверенностью предсказать реакцию пациента на то или иное лекарство от СДВ. Если один препарат не действует, надо пробовать другой. Если второй не сработает — вероятно, поможет третий. Большое значение имеют и подбор дозы, и режима приема. Чтобы найти правильное лекарство, дозировку и время приема, может понадобиться не один месяц.

Некоторые пациенты необычайно чувствительны к препаратам. Если эта черта выявлена, проблем нет. Бывает, что человек переносит лишь небольшие дозы. Когда болит голова, он принимает четверть таблетки аспирина, а глоток кофе на всю ночь лишает сна. То же самое бывает с лекарствами, применяемыми при СДВ. Очень маленькая доза, 10 мг дезипрамина, может оказаться для некоторых людей передозировкой и слишком возбудить. В таких случаях можно принимать 10 мг раз в два дня или, как делает один мой пациент, делить таблетку на четыре части и принимать в сутки 2,5 мг. Важно учитывать такую чувствительность к дозировке, потому что иногда люди, которым микродоза может принести пользу, слишком рано сдаются и начинают считать, что вообще не могут принимать лекарство.

Безуспешные попытки точно подобрать препарат или их комбинацию и правильную дозировку могут приводить пациента и врача в отчаяние, но важно не останавливаться.

5. Некоторые фармацевты с излишним рвением относятся к федеральным правилам оборота лекарств и заставляют клиента

чувствовать себя так, как будто он приобретает что-то нелегальное.

Фармацевт смотрит на рецепт, потом на пациента и как будто говорит: «Вам стимуляторы? Вы что, наркодилер?» Дело в том, что у некоторых людей эти препараты прочно ассоциируются со «спидами». Пока в обществе не победит мнение, что это безопасные, эффективные и не вызывающие привыкания лекарства от СДВ у взрослых, неприятные ситуации, видимо, будут повторяться.

[321]

6. Не получается найти человека, который способен понять чувства больного.

Страдать от одиночества и быть непонятым, «не таким как все» — один из самых тяжелых аспектов синдрома дефицита внимания. Прекрасный способ справиться с этой проблемой — вступить в группу поддержки. Такие группы объединяют людей, дают им информацию, укрепляют уверенность в себе и со временем помогают побороть чувство изоляции и одиночества.

7. Сложно решить, кому и как говорить об СДВ.

У больного должна быть возможность поговорить об СДВ, не сталкиваясь с подозрениями или недоверием. Однако так бывает редко. Люди, ничего не знающие об этой болезни — то есть большинство, — легко могут неправильно понять описание синдрома и решить, что это оправдание для лени, или что человек психически болен, или что это просто красивый синоним глупости. Рассказывая другим о своем диагнозе, следует ожидать непонимания и не позволять себя оттолкнуть. Надо подготовить информацию, чтобы скорректировать неверные представления. Постарайтесь не защищаться, а проявлять понимание к чужой точке зрения. Если человек никогда не слышал об СДВ, на первый взгляд болезнь и правда кажется довольно подозрительной: «Ты хочешь сказать, что есть какое-то неврологическое заболевание, которое объясняет твои опоздания, забывчивость, несдержанность и неорганизованность? Я тебя умоляю!» Проявите

терпение. Со временем, возможно, вы сможете все объяснить, и не исключено, что собеседник вспомнит других знакомых с аналогичным диагнозом и, вероятно, даже найдет СДВ у себя.

Особенно сложно поднимать эту тему на работе.

Сначала просто расскажите о самом заболевании и только потом признавайтесь, что вы больны. Заниматься просвещением стоит хотя бы потому, что, если руководитель поймет ваш диагноз, он сможет сделать вашу жизнь на работе более удовлетворительной и продуктивной. Если компания на вашей стороне, несложно разработать программу по СДВ на рабочем месте. «Школьные» стратегии — структуры, списки, напоминания, разложение больших задач на маленькие, устранение временных ограничений, уменьшение отвлекающих стимулов, поощрение и поддержка — очень помогают на работе, если только окружающие относятся с пониманием. Работодатель в этом очень заинтересован. Больные СДВ упорно и энергично трудятся. Раскрыть их истинный потенциал — это как направить поток в турбину гидроэлектростанции.

8. В вашем районе нет хорошего специалиста для постановки диагноза или лечения СДВ либо не получается найти информацию об этом заболевании.
9. Есть несколько хороших мест, где можно получить информацию и лечение. Во-первых, это медицинское общество вашего региона, а также объединения неврологов, педиатров и психиатров. Во-вторых, любой медицинский вуз подскажет, как найти специалиста по СДВ: просто обратитесь на кафедру неврологии, педиатрии или психиатрии. В-третьих, существует несколько организаций и интернет-ресурсов, посвященных СДВ. Это превосходные источники информации и группы поддержки. Попытки ввести структуру оканчиваются неудачей.

Когда человек понимает важность структуры и решает внедрить систему самоорганизации, он обнаруживает, что она постоянно рушится или попытки ее придерживаться раз за разом

терпят поражение. Именно здесь незаменим тренер. Он не даст системе рухнуть и поможет человеку ее пересмотреть и будет поощрять ее соблюдение. Нет ничего удивительного, если потребуется некоторое время, прежде чем система заработает, ведь ей придется заменить целую жизнь без всякой системы. Однако больной СДВ быстро теряет энтузиазм, не хочет переживать очередное поражение и поэтому отступает. В эти моменты должен вмешаться тренер, подбодрить, поддержать, вселить надежду.

[323]

10. У человека есть чувство стыда и смущения по поводу СДВ.

Это очень распространенная реакция, особенно если суть синдрома должным образом не объяснена. Люди склонны стигматизировать любое заболевание головного мозга, однако благодаря поддержке и просвещению больной должен прийти к пониманию, что у СДВ много плюсов и минусов и в мире достаточно успешных людей, страдающих от этого синдрома. Люди с СДВ должны идти по жизни с гордо поднятой головой. Вопреки трудностям они дают этому миру очень много радости, юмора и достижений.

ГЛАВА

9

Место обитания и имя

Биология СДВ

Синдром дефицита внимания «живет» в головном мозге и всей центральной нервной системе. Хотя средовые факторы оказывают влияние на течение заболевания, большинство специалистов в этой области сейчас сходятся во мнении, что характерные проблемы больных СДВ людей проистекают из нарушений нейробиологической функции. Именно понимание биологической компоненты этого синдрома произвело революцию в нашем восприятии СДВ за прошедшее десятилетие и позволило лечить его максимально эффективно.

Многое еще предстоит узнать. Механизмы, лежащие в основе СДВ, продолжают оставаться неизвестными. Не выявлены конкретное мозговое нарушение, система нейротрансмиттеров, ген, который приводит к развитию СДВ. Система внимания невероятно сложна, и от нас пока ускользает, что именно в головном мозге вызывает этот синдром.

В обеспечение внимания тем или иным образом вовлечены практически все структуры головного мозга. Внимание управляет нашим сознанием, переживаниями во время бодрствования, действиями и реакциями. Благодаря вниманию мы взаимодействуем с внешним миром.

Тем не менее были сделаны некоторые шаги к определению подоплеки СДВ с точки зрения анатомии и химии мозга, и с каждым шагом мы все больше убеждаемся в том, *что* не имеет отношения к синдрому дефицита внимания: это не злонамеренное плохое поведение, не моральный изъян, не отсутствие желания

стараться и интереса к миру. Современные нейробиологические данные подтверждают, что синдром коренится в центральной нервной системе.

[327]

Долгий путь к определению природы и причин СДВ, пройденный психологией и медициной за последнее столетие, — это захватывающее переплетение идей, дедукции и настойчивости.

Когда все началось, сказать невозможно. Безусловно, симптомы СДВ сопровождали человечество с начала времен. Однако современная история проблемы — летопись перехода этих симптомов из области морали и дисциплины в царство науки и медицины — началась на переломе XIX и XX веков.

В 1904 году британский престижный медицинский журнал *Lancet* опубликовал нескладный стишок, который, вероятно, можно назвать первым упоминанием синдрома дефицита внимания в медицинской литературе.

Федюшка-вертушка*

*«Скоро ль будешь ты уметь
Смирно за столом сидеть?
Скоро ль шалостям конец?» —
Строго так спросил отец.
В страхе маменька сидит,
Ничего не говорит,
А сынок, как без ушей,
И не слышит тех речей.
Федюшке,
Вертушке,
Совсем не сидится,
На стуле вертится,
Дрыгает ногами*

* Стихотворение немецкого психиатра Генриха Гофмана из сборника *Struwwelpeter*. Русский перевод книги вышел в 1849 году под названием «Степка-растрепка». Цитируется по книге: «Степка-растрепка. Стихи для детей, Генриха Гофмана». М.: Карьера Пресс, 2012. По оригинальному изд. 1857 г. издательства Маврикия Вольфа, Санкт-Петербург, 1857. Сохранены орфография и пунктуация первого издания. *Прим. перев.*

И машет руками.
 «Перестанешь ли, глупец!» —
 Закричал в сердцах отец.
 На картину вы сюда
 Посмотрите, господа.
 Ну, уж Федя наш попался!
 Все качался да качался,
 Вдруг — ведь сам же виноват —
 Опрокинулся назад
 И за скатерть из всех сил
 Уцепился, потащил
 Хлеб, тарелки за собой!
 Ай да мальчонка удалой!
 Очень папенька сердит!
 В страхе маменька сидит,
 Ничего не говорит.
 Федя, где ты? Не видать...
 А! Под скатертью ты, знать!
 Вылезай-ка поскорей
 И взгляни сюда, злодей!
 Ох, пропал весь наш обед!
 Ни вина, ни супу нет!
 Блюдо в дребезгах лежит!
 Ужас, папенька сердит!
 В страхе маменька сидит,
 Ничего не говорит!

У Федюшки-вертушки (в оригинале — непоседы Филипа) много воплощений в популярной культуре, в том числе Деннис-мучитель и Кельвин из комикса «Кельвин и Хоббс»*. Почти каждый знает какого-нибудь маленького мальчику, который врежется во все, что может, лазает по деревьям, царапает мебель, дерется с братьями и сестрами, грубит — в общем, совершенно

* Ежедневный комикс, автор — американский художник Билл Уоттерсон. Главные герои — 6-летний мальчик Кельвин и тигр Хоббс. *Прим. ред.*

не контролирует себя: кажется, что дело в дурной наследственности, и щедрость и усилия родителей не помогают. Чем это объяснить? И почему такие люди существуют на протяжении многих столетий?

[329]

Рассказ можно начать с уже упомянутого (в первой главе) Джорджа Стилла, врача, который в 1902 году описал группу из двадцати детей — непослушных, чересчур эмоциональных, страстных, вредных и слабо сдерживающих себя. На каждую девочку в этой выборке приходилось по три мальчика, и проблемы с поведением у них появились еще до восьми лет. Больше всего Стилла поразило то, что дети воспитывались в благоприятной атмосфере и родительская опека была «достаточно хорошей». Ученый изначально исключил детей, выросших в плохих условиях. Учитывая полученное воспитание, Стилл выдвинул гипотезу, что у несдержанного поведения может быть какая-то биологическая основа, генетически наследуемая склонность к моральным порокам. Он еще больше убедился в своей теории, когда обнаружил у некоторых членов семей этих детей психиатрические проблемы: депрессию, алкоголизм, девиантное поведение.

Хотя, безусловно, нельзя было исключать чисто психологическую патологию, которая передавалась из поколения в поколение как своего рода семейный невроз, Стилл предположил, что генетика и биология играют не меньшую, а то и большую роль, чем свободная воля, и это надо учитывать в поиске истоков проблемы. Это был совершенно новый подход.

Решающие доказательства теории Стилла были получены лишь спустя десятилетия, однако его идеи оказались революционными. В XIX веке и ранее «плохое», неконтролируемое поведение детей считалось моральным изъясном, в котором виноваты либо родители, либо сами дети, либо и те и другие. Обычно все лечение сводилось к физическим наказаниям. Учебники по педиатрии того времени пестрят советами, как правильно бить ребенка, и объяснениями о том, как это полезно. Лишь когда клиницисты предположили, что поведением управляет неврология, а не дьявол, подход к воспитанию стал добрее и эффективнее.

[330]

Загадочное противоречие между воспитанием и поведением в этой популяции захватило воображение психологов на пороге XIX и XX столетий. Наблюдения Стилла поддерживали теорию Уильяма Джеймса, отца американской психологии. Джеймс полагал, будто недостатки того, что он называл сдерживающей волей, моральным контролем и удержанием внимания, соединяются друг с другом причинной связью через какой-то основополагающий неврологический дефект. Он выдвигал осторожные предположения, что дело может быть в снижении порога ингибирования ответа на различные стимулы в головном мозге или в синдроме отсоединения внутри мозговой коры, из-за чего интеллект отсоединяется от «воли» и социального поведения.

Идеи Стилла и Джеймса были подхвачены в 1934 году, когда Юджин Кан и Луис Коэн опубликовали в *New England Journal of Medicine* статью под названием *Organic Driveness*. Кан и Коэн утверждали, что, по их наблюдениям, у гиперактивного, импульсивного, морально незрелого поведения людей, пораженных эпидемией энцефалита 1917–1918 годов, есть биологические причины. Эта эпидемия хронически обездвижила некоторых жертв (Оливер Сакс писал на эту тему в своей книге «Пробуждения»*), а у других вызвала хроническую бессонницу с нарушениями внимания, регулирования деятельности и контроля импульсов. Иными словами, у них были все черты, которые сейчас включаются в диагностическую триаду симптомов СДВ: отвлекаемость, импульсивность и беспокойство. Кан и Коэн первыми предположили связь между соматическим заболеванием и симптомами СДВ.

Примерно в то же время Чарльз Брэдли работал над другой линией доказательств, связывавших похожие на СДВ симптомы с биологическими причинами. В 1937 году он успешно применил стимулятор амфетамин (бензедрин) для лечения детей с нарушениями поведения. Это было счастливое и довольно неожиданное открытие: почему стимуляторы помогают уменьшить возбуждение у гиперактивных детей? Как часто бывает

* Сакс О. Пробуждения. М.: АСТ, 2013. *Прим. ред.*

с важными медицинскими открытиями, Брэдли не смог объяснить механизм явления и сообщил только, что оно есть.

Вскоре заболевание, отмеченное в этой популяции детей, получило название ММД — минимальная мозговая дисфункция. Лечение проводилось двумя стимуляторами с доказанным серьезным влиянием на поведенческие и социальные аспекты этого синдрома. К 1957 году была предпринята попытка сопоставить симптомы «гиперкинетического синдрома», по терминологии того времени, с определенными анатомическими структурами головного мозга. Морис Лауфер в журнале *Psychosomatic Medicine* утверждал, что дисфункция связана со средним мозгом. Он видел в гиперкинезе доказательство нарушений работы зрительного бугра (таламуса), который должен фильтровать стимулы. Эта гипотеза так и не подтвердилась, однако популяризировала идею, что нарушение связано с излишней активностью какой-то области головного мозга.

В 60-х годах клинические навыки работы с больными гиперкинезом непрерывно совершенствовались, а врачи учились лучше замечать нюансы детского поведения. Стало очевидно, что синдром как-то связан с генетически обусловленными нарушениями работы биологических систем, а не плохим воспитанием и дурным поведением. Определение синдрома оттачивалось благодаря исследованиям семей и статистическому анализу эпидемиологических данных. Это снимало вину с родителей и детей, хотя такая пагубная и несправедливая тенденция сохраняется у плохо информированных людей до сих пор.

К началу 70-х определение синдрома уже не ограничивалось очевидной гиперактивностью поведения и включало более незаметные проявления — отвлекаемость и импульсивность. Уже утвердилось мнение, что СДВ образует кластеры в семьях и не вызван плохим воспитанием. Стало известно, что симптомы часто получают скорректировать стимуляторами. Считалось, хотя и без доказательств, что у СДВ есть биологическая основа и что заболевание передается по наследству. Тем не менее такой более точный и комплексный подход к проблеме не сопровождался какими-то крупными открытиями в отношении биологических причин синдрома.

[332]

Поскольку биологические доказательства все не появлялись, некоторые начали утверждать, что СДВ — это мифическое заболевание, объяснение, придуманное, чтобы оправдать порочных детей и их родителей. Как обычно бывает в психиатрии, интенсивность дебатов была обратно пропорциональна объему фактической информации.

Как в хорошем детективе, путь от подозрения к доказательству — от гипотез к эмпирическим данным, от Кана и Коэна к Полу Вендеру, Алану Заметкину, Рейчел Гиттельман-Кляйн и другим современным исследователям — был усеян ложными уликами, противоречивыми результатами и множеством интуитивных реакций.

Одной из первых попыток объединить действие стимуляторов с тем, что было известно о головном мозге, была сделана в 1970 году Конаном Корнецким, который предложил катехоламиную гипотезу гиперактивности. Катехоламины — это класс веществ, в который входят нейротрансмиттеры норадреналин и дофамин. Поскольку стимуляторы возбуждают норадреналиновую и дофаминовую систему, Корнецкий сделал вывод, что СДВ, возможно, вызван недостаточной выработкой или использованием этих нейротрансмиттеров. Хотя сама гипотеза представляется логичной, биохимические исследования и клинические анализы метаболитов нейротрансмиттеров в моче, проведенные за последние два десятилетия, не подтвердили особой роли катехоламинов в этом заболевании.

Возможно, какая-то конкретная система нейротрансмиттеров не служит регулятором СДВ. Нейроны могут превращать дофамин в норадреналин. Многие лекарства, которые действуют на катехоламины, влияют и на серотонин. Некоторые препараты, действующие на серотонин, влияют на норадреналин и дофамин. Нельзя исключить и влияния других нейротрансмиттеров, например гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), которое было показано в ряде биохимических исследований. Наиболее вероятно, что действие дофамина, норадреналина и серотонина — ключевое, и лекарства, которые влияют на эти нейротрансмиттеры, оказывают самый выраженный эффект на симптоматику СДВ.

Итак, можно ли сказать, что СДВ — просто химический дисбаланс? Как часто бывает в психиатрии — и да, и нет. Нет, потому что не был найден способ достоверно измерить конкретный дисбаланс в системах нейротрансмиттеров, который может вызывать СДВ. Да, так как имеется достаточно доказательств изменений нейрохимических систем у больных СДВ, чтобы считать, что проблема рождается в химии головного мозга. Скорее всего, все дело в нарушении регуляции на катехоламин-серотониновой оси. Это танец, где один неверный шаг влечет за собой неправильное движение партнера, что, в свою очередь, приводит к следующей ошибке. Сама того не понимая, пара выбивается из ритма, и кто скажет, с чего все началось?

[333]

Алан Заметкин и его коллеги из Национального института психического здоровья, может, и не определили, как именно это происходит, но убедительно продемонстрировали сам факт: «биохимический танец» в мозге людей с СДВ и не страдающих этим синдромом отличается. Заметкин построил мост там, где до него приходилось прыгать в неизвестность. Его работа настолько важна, что стоит изучить ее лучше.

Исследование Заметкина вышло в 1990 году и посвящено изучению активности работы мозга у взрослых больных СДВ и в контрольной группе путем измерения потребления мозгом глюкозы — источника энергии — во время теста на непрерывную деятельность. Потребление глюкозы — хороший маркер метаболической активности. Тест на непрерывную деятельность был разработан специально для измерения внимания и бдительности к стимулам. В исследовании Заметкина испытуемые должны были показывать, слышат ли они определенные тоны, нажимая кнопки на подключенном к компьютеру аппарате. Тест был проведен у двадцати пяти взрослых с детской гиперактивностью в анамнезе, соответствующих Критериям Юты Пола Вендера. Все участники — восемнадцать мужчин и семь женщин — были биологическими родителями детей с СДВ. В контрольную группу вошли пятьдесят участников с теми же демографическими параметрами, но без СДВ.

Метаболизм глюкозы группа Заметкина измеряла позитронно-эмиссионной томографией (ПЭТ). Томограф похож на очень

[334]

дорогую камеру, которая фиксирует радиацию, излучаемую мозгом после того, как он во время определенного задания получил меченую радиоизотопами глюкозу. Путем компьютерной обработки объемный массив данных складывается в изображение, которое можно рассматривать и использовать для сравнений. С помощью этой методики Заметкин выявил в головном мозге испытуемых с СДВ дефицит потребления глюкозы, то есть использования энергии, по сравнению с контрольной группой. В целом метаболизм глюкозы в группе с СДВ был снижен на 8%.

Уменьшение потребления глюкозы наблюдалось в самых разных областях мозга, но важнее всего то, что снижение метаболической активности было самым большим в префронтальной и премоторной областях коры. Лобная (фронтальная) область — значимый регулятор поведения. Она контролирует импульсы, позволяет нам планировать и предвидеть, она инициирует то или иное поведение. Входящие в нее сигналы поступают из нижних отделов мозга, которые регулируют возбуждение, отсеивают ненужные стимулы и отвечают за реакцию «бей или беги». Лобная область получает импульсы и из лимбической системы — вместилища эмоций, голода, жажды, сексуальности и прочих физиологических импульсов. Кроме того, лобная область, вероятно, служит участком хранения рабочей памяти — сочетания непрерывного опыта и долгосрочной памяти. Таким образом, лобные доли синтезируют чувствительную и когнитивную информацию, дирижируют вниманием, и их можно назвать местом зарождения действия.

Как указал Заметкин, подавление активности лобной доли, выявленное путем ПЭТ-сканирования, согласуется со взглядами на функциональную нейроанатомию СДВ других исследователей. И Джеффри Мэттс, и Камилло Гуальтьери выдвигали предположения, что лобные доли задействованы в синдроме дефицита внимания, так как симптомы СДВ и симптомы, возникающие из-за травм и повреждений лобных областей, схожи. В работе Гордона Челуна (1986) эта идея была сформулирована в виде лобнодольной гипотезы, которая гласила, что гиперактивность и импульсивность — по сути, один из видов растормаживания: многие

симптомы СДВ возникают из-за того, что мозг в значительной мере теряет способность «давить на тормоза». Это происходит из-за нарушения торможения в коре — внешнем слое головного мозга. Без коркового торможения головной мозг не может посылать должные тормозящие сигналы и блокировать ненадлежащие реакции. Согласно гипотезе Челуна, именно в коре лобной доли происходит или не происходит действие при СДВ. Торможения не происходит, и параллельно растет гиперактивность.

Кроме подтверждения гипотезы Челуна, открытия Заметки на поддерживают и работу 1984 года Ганса Лу и соавторов, которые обнаружили снижение кровотока в лобных областях мозга у больных СДВ, а также уменьшенный кровоток в правом полушарии мозга по сравнению с левым. Это любопытно, поскольку некоторые исследователи связывают синдром дефицита внимания именно с дисфункцией правого полушария: в целом оно контролирует так называемые исполнительные способности — к принятию решений, а также зрительно-пространственные и умение одновременно обрабатывать стимулы из многих источников. К специфическим проблемам, связанным с дисфункцией правого полушария, относится топографическая агнозия (плохая ориентация на местности) и социально-эмоциональное нарушение обучаемости. Марта Денкла, специалист по нейропсихиатрии нарушений обучаемости, указывает, что проблемы с правым полушарием могут мешать человеку схватывать конфигурацию деталей — «видеть целую картину». Правополушарные нарушения, несомненно, очень напоминают жалобы, которые мы слышим от пациентов с СДВ: они всегда теряют ключи, теряются в пространстве, не замечают общей картины и никогда в полной мере не понимают других людей.

Связана ли возможная функциональная нейроанатомия СДВ с ролью конкретных систем нейротрансмиттеров? Да, связана. Префронтальные области головного мозга богаты катехоламинами, и некоторые исследования показали, что старые обезьяны, в префронтальной коре которых отмечен дефицит дофамина и норадреналина, плохо выполняют тесты на отсроченную реакцию, которые, как и тесты на непрерывную деятельность, измеряют

[336]

внимание и бодрствование, а также функционирование рабочей памяти. Кроме того, дофамин образует путь от двигательных и лимбических центров во фронтальные области головного мозга. Дофаминовые нейроны этих нижних областей проходят через центральные лобные доли и достигают префронтальной коры. Это, конечно, ничего не доказывает, но свидетельствует о роли дофамина в сопряжении двигательной активности, эмоций, внимания и контроля импульсов, поскольку дофаминовые нейроны проходят через области мозга, регулирующие эти функции.

Недавно появились предположения, что дофамин может даже регулировать общую эффективность работы коры. Нарушение использования катехоламинов фронтальными областями объяснило бы недостаточный контроль импульсов, проблемы с вниманием и обучением, и, хотя более чем вероятно, что на проявления СДВ влияют и другие нейротрансмиттеры и структуры головного мозга, связь катехоламинов и фронтальной области слишком четко соответствует картине синдрома, чтобы ее игнорировать.

Довольно интересно, что рабочая память может играть значительную роль при синдроме дефицита внимания. Как обнаружила и сформулировала Патриция Голдман-Ракич, рабочая память может стать причиной многих клинических проявлений синдрома, поскольку контролирует нашу способность рассматривать пережитый опыт, оценивать текущие события и строить планы на будущее. Ракич живо описывает, что случилось бы, если бы рабочая память отказала: мозг начал бы воспринимать мир как серию не связанных друг с другом событий, ряд разрозненных слайдов, а не как непрерывную последовательность вроде кинофильма. Мы слышали, как наши пациенты с СДВ иногда описывают мир теми же словами: жизнь кажется им лишенной истории. Каждое событие кажется новым.

Клиницистам, работающим с синдромом дефицита внимания, родителям больных этим синдромом детей и взрослым пациентам известно, как раздражает неспособность пользоваться накопленным опытом, сосредоточиваться на последствиях и вообще решать проблемы посредством заданий, ориентироваться в социальных ситуациях и идти по жизни, опираясь на то,

что уже знаешь. Если за рабочую память отвечают фронтальные области головного мозга и эти области у людей с СДВ недостаточно активны, можно ли сделать вывод, что у таких пациентов нарушена рабочая память? Вероятно, можно, но не окончательно. Когда наши методы исследований и измерений станут лучше, это можно будет проверить.

[337]

Все вышеперечисленное не объясняет, почему синдром дефицита внимания возникает в семьях и передается из поколения в поколение. Большинство исследований семейного риска СДВ были эпидемиологическими и рассматривали либо заболеваемость у родителей, потомства, братьев и сестер, либо у разнояйцевых и однояйцевых близнецов. Работа Джозефа Бидермана с соавторами показала, что до 30% родителей больных СДВ детей сами больны этим синдромом. Другие ученые обнаружили схожую заболеваемость у родителей. Исследования также указывают, что родственники детей, больных СДВ, имеют больший риск заболеть этим синдромом, чем родственники детей в контрольной группе. На сегодня не удалось определить статистической вероятности передачи СДВ от родителей к детям. Имеющиеся данные и научная интуиция подсказывают, что наличие СДВ, несомненно, повышает вероятность заболевания у одного из детей, однако выразить эту вероятность количественно пока не получается.

Исследования последовательно показывают более высокую заболеваемость СДВ у однояйцевых близнецов по сравнению с разнояйцевыми. О чем это свидетельствует? Разнояйцевые близнецы генетически связаны так же, как братья и сестры: разница лишь в том, что первые девять месяцев развития они росли в одинаковой среде. С другой стороны, однояйцевых близнецов объединяет не только одинаковая пренатальная и постнатальная среда, но и идентичный генетический материал. Более высокая распространенность СДВ у людей с одинаковым генетическим «чертежом» означает, что геном человека должен влиять на проявление этого заболевания. Крупное исследование (127 пар однояйцевых близнецов и 111 пар разнояйцевых) недавно показало,

что у 51% однойцевых пар оба близнеца имели СДВ, в то время как в разнойцевой группе этот показатель составил только 33%.

[338]

Можно задуматься, почему у однойцевых близнецов не наблюдается стопроцентного соответствия. Ответа на этот вопрос, наверное, не знает никто. Большинство исследований генетически обусловленных расстройств (включая шизофрению), проведенных на однойцевых близнецах, показывают примерно 50%-ный уровень совпадения. Работы по СДВ вписываются в эту схему, что вполне можно считать доказательством генетической предрасположенности к этой болезни.

В будущем могут быть получены более серьезные доказательства генетической подоплеки синдрома дефицита внимания. Как мы видели на примере всего исследования нейробиологии СДВ, научный поиск обычно проходит путь от предположений к проверяемым гипотезам и открытиям. Работа Бидермана и других ученых подтверждает, что гены как-то влияют на это заболевание. Но как именно? Одну из первых улик, возможно, дает неоднозначное исследование 1991 года, опубликованное в *Journal of the American Medical Association* американской командой под руководством Дэвида и Бренды Камингс и посвященное роли определенных дофаминовых рецепторов в нейропсихиатрических заболеваниях. Так называемый D2-рецептор кодируется геном, который оказался причастен к раннему проявлению наследственного алкоголизма. Ученые предположили, что тот же ген может быть связан с целым рядом других психиатрических расстройств.

В ходе исследования изучили выборку из более чем трех сотен человек. Оказалось, что у пациентов с синдромом Туретта, СДВ, аутизмом и алкоголизмом этот ген встречается чаще, чем у людей без этих заболеваний. Авторы статьи не утверждают, что этот ген оказывается первопричиной вышеперечисленных болезней, но полагают, что он играет модифицирующую роль и усугубляет некоторые нейропсихиатрические заболевания, если они уже имеются из-за какого-то неизвестного, первичного гена. Команда Камингс пришла к заключению, что их исследование подтверждает генетическую природу СДВ. Хотя некоторые исследователи не согласны с их результатами по различным

техническим причинам, сама работа может говорить о том, что мы выходим на следующий уровень понимания генетической основы СДВ благодаря его связи с другими видами нарушений. Например, если базовый ген управляет некой структурой мозга, другие модифицирующие гены могут порождать разнообразные синдромы, создавая различные вариации этой структуры.

Имеющиеся данные, как минимум, доказывают, что СДВ — заболевание генетического происхождения, при котором биологическая система претерпевает определенные изменения — химические, нейроанатомические или возрастные — и выходит из равновесия. Именно отсутствие баланса, дисрегуляция нейробиологической системы организма нарушает способность человека уделять среде избирательное внимание. Мир становится страной без дорожных указателей, а человек — машиной, остро нуждающейся в отладке. Широта и сложность системы внимания отчасти отвечают за обилие «подтипов» СДВ. Где один человек отступает под давлением стимулов, другой становится гиперактивен, и стимулов ему мало. Где один большой тревожится, другой впадает в депрессию. Каждый вырабатывает собственные стратегии компенсации, которые в ходе развития добавляются или вычитаются из различных подсистем головного мозга. Поэтому мистер А становится эстрадным комиком с маниакальными чертами, а миссис Б — волшебницей-архитектором с обсессивно-компульсивным характером. У них рождаются скульптор и летчик-испытатель. Никто в этой семье не сможет управлять банковским счетом, и все будут сожалеть, что в сутках всего двадцать четыре часа.

Учитывая такое разнообразие проявлений, можно ли охватить и описать синдром так, чтобы учесть все исследования и клинический опыт, проиллюстрировать и отсеять множество симптомов и результаты анализов при СДВ? За правильное понимание фактического дефицита внимания, который преследует людей с СДВ, соперничают несколько научных школ. У каждого подхода есть свои достоинства, и каждый может служить метафорой для этого синдрома. В частности, Пол Вендер в начале 70-х предположил, что СДВ возникает из-за пониженной

[340]

активации центра подкрепления в мозге и его связей. Он полагал, что нечувствительность к последствиям у таких больных возникает из-за неспособности быть «предрасположенными» похвалой или наказанием, связанной с понижением активности нервных систем, модулирующих реакцию награды-наказания. Аргументы Вендера весьма заманчивы, поскольку объясняют очень многие наблюдаемые при СДВ проблемы поведения и согласуются с нейроанатомическими и нейрохимическими данными.

Рассел Баркли описывает первичную проблему при СДВ как дефицит системы мотивации, из-за которого становится невозможно сколь-нибудь долго выполнять задание, если нет постоянной обратной связи и вознаграждения. Работу Баркли часто понимают неправильно, считая, что ребенок или взрослый не мотивирован, то есть просто ленив. Однако есть разница между определением человека как немотивированного и как не имеющего биологической предрасположенности выполнять задание без частых напоминаний: первое — оценочное суждение, второе — описание неврологического заболевания. «Когда играешь в Nintendo*, никакого СДВ нет», — любит говорить доктор Баркли. Это, конечно, не значит, что ребенок чувствует мотивацию только в приятных ситуациях: просто быстрая, захватывающая видеоигра и постоянные награды, по сути, достаточно увлекают ребенка, приковывая его внимание.

Описанное Баркли нарушение целенаправленного поведения и саморегуляции можно объяснить низкой активностью фронтальных областей мозга. Если есть проблемы с созреванием или регуляцией лобных долей и подключенных к ним систем, внутренние подсказки, которые нацеливают человека на задание и сосредоточивают на достижении результата, будут недостаточно громкими, сильными и вынятными. Другая группа исследователей видит в дефиците внимания проблему с возбуждением системы мозга. Эти ученые согласны, что сигналы, которые получают дети с СДВ, недостаточно громкие и хорошие,

* Игровая приставка. *Прим. ред.*

но считают, что виной всему не недостаток внутренних подсказок, а наличие или отсутствие внешних.

Ларри Сильвер, известный ученый в области СДВ, описывает этот синдром с точки зрения неправильно функционирующей системы фильтрации в ретикулярной активирующей системе — одном из нижних отделов мозга. Согласно модели Сильвер, поврежденная система фильтрации, которая регулируется катехоламинами, недостаточно эффективно отсеивает ненужную информацию и сенсорные стимулы, тем самым пропуская всех, кто подойдет к «стойке регистрации» ретикулярной активирующей системы, дальше — в «номера» фронтальной области мозга. Человека бомбардирует информация, он должен заботиться о десятках тысяч «постояльцев», хотя «отель» рассчитан на тысячи. Он постоянно перегружен, каждую минуту получает сообщения о малейших аспектах внешней среды. Неудивительно, что такой человек будет отвлекаться, или, как утверждает Сильвер, будет склонен уйти от всего этого и вообще закрыть «отель».

[341]

Еще СДВ можно рассмотреть в категориях недостаточного возбуждения систем головного мозга. Согласно этой точке зрения, больной СДВ получает недостаточно входящих сигналов из нижних областей мозга во фронтальные области. Невнимательное, гиперактивное, рискованное поведение при синдроме дефицита внимания призвано повысить уровень возбуждения во фронтальной коре. Теория оптимального возбуждения, как ее иногда называют, лежит в основе ряда очень эффективных инновационных стратегий обучения. Сидни Зенталл считает, что усиление соответствующих стимулов помогает намного эффективнее учиться. Поскольку ребенок с СДВ замечает новые стимулы и обычно обращает на них внимание, ключ к обучению — приукрасить уроки и методики цветами, анимацией, разнообразием, ограничивая при этом все внешние стимулы и не давая отвлекаться. Мы уже видели, что эта стратегия работает и у взрослых с СДВ: например, обозначенные цветом заметки, папки и ключи помогают организовать. Рассказывая о собственной жизни с СДВ, доктор Зенталл признавалась: она носит в кармане маленькие игрушки, чтобы было чем развлечься во время скучных

[342]

встреч или периодов низкой стимуляции. Зенталл — одна из самых интересных и живых исследователей, занимающихся синдромом дефицита внимания. Она придумала множество практических способов усилить стимуляцию повседневной жизни, например записывать собственные мысли, когда слушаешь других; делать как минимум два дела одновременно во время лекции и добавлять как можно больше красок внешней среде.

Однако мы считаем, что лучшую модель СДВ создала научная школа, которая мыслит категориями торможения и растормаживания, а не мотивации и возбуждения. Челун, Гуальтьери, Лу и целый ряд других ученых и клиницистов представили синдром дефицита внимания как неспособность остановить поток сигналов, в противовес неспособности получать правильные сигналы. Больные СДВ постоянно чувствуют давление следующего дела, и следующего, и следующего. Они захвачены в плен событиями внешнего мира. Хотя разница между этим и предыдущими объяснениями может показаться поверхностной, она имеет большое значение при описании синдрома. Эта разница подчеркивает, что положительные элементы будут корректировать проблемные. Вместо того чтобы усматривать в СДВ неспособность уделять внимание намекам, эта разница акцентирует умение человека с СДВ обращать внимание на намного большее число намеков по сравнению со среднестатистическими показателями. Синдром дефицита внимания, согласно этой модели, вовсе не неумение сконцентрироваться, а способность концентрироваться на всем сразу. Мир всегда живой и изобилует интересными вещами. Такой анализ поддерживается научными данными и позволяет снять обвинения в лени и бремени вины, с которыми приходится жить больным. Они начинают учитывать сильные стороны, не концентрируясь только на слабых.

Модель растормаживания вписывается в сложившуюся картину функциональной нейроанатомии и нейрохимии мозга. Как отмечалось выше, фронтальная кора и ассоциированные с ней системы и нейротрансмиттеры имеют ключевое значение для обработки ингибирующего поведения, мыслей, действий, эмоций — импульсов, с которыми все мы живем, но которые

одни из нас регулируют лучше, чем другие. Если при СДВ есть проблема с созреванием фронтальных систем или регулированием дофаминовой системы, которая подает информацию во фронтальные области, этот синдром вполне можно описать как проблему способности к торможению.

[343]

Но если синдром дефицита внимания — это проблема с торможением, можно понять феномен схлопывающегося времени у таких больных. Вместо того чтобы вырезать дискретные действия, которые создали бы ощущение отдельных моментов, человек борется с непрекращающимся потоком событий. Все происходит одновременно, без замедления. Взрослые с СДВ описывают и болезненную вербальную спешку — неспособность остановить речь, — и вербальный паралич, вытекающий из невозможности остановить мысль так надолго, чтобы подобрать слова. Назойливость в отношениях, которая так характерна для больных СДВ, — это неумение остановиться у границ другого человека. Неумение создавать интимные отношения — это неспособность сделать достаточно долгую паузу, чтобы хотя бы просто выслушать другого человека, не говоря уже о том, чтобы понять его и проявить уважение к его потребностям. Импульсивность, неумение планировать и всплески — все это неспособность сдерживать поток действий и чувств.

Как уже было сказано, некоторые больные СДВ сверхсосредоточиваются на какой-либо деятельности, например скалолазании, вождении и работе, — вероятно, из-за того, что это позволяет им забыть об ожиданиях, ассоциирующихся со «временем». Наши пациенты часто сообщают, что чувствуют себя спокойнее всего, если совершенно захвачены возбуждением, что бы его ни вызывало. Это могут быть развлечение, катастрофа, смертельная опасность. Такие ситуации позволяют больному СДВ не только двигаться вперед, но и забыть, проигнорировать необходимость тормозить. В чрезвычайной ситуации человек дает «полный вперед» и испытывает огромное облегчение.

Клиницист обязан найти способ, который позволит больному СДВ притормаживать. С биологической точки зрения одной из самых успешных стратегий оказывается медикаментозная

[344]

терапия. Препараты, применяемые для лечения СДВ, взаимодействуют с катехоламиновой системой, корректируя разрегулированные процессы внимания и замедляя спешку. Как было подробно описано в восьмой главе, наиболее распространенные препараты — стимуляторы и трициклические антидепрессанты. Стимуляторы действуют на катехоламиновую систему. Трициклики — дезипрамин и имипрамин — действуют на катехоламиновую и серотониновую системы, прежде всего на норадреналин. Обе группы препаратов повышают уровень нейротрансмиттеров, делая их доступными для головного мозга.

Поскольку мы точно не знаем, что вызывает СДВ, механизм работы лекарств также неизвестен. Они могут действовать и в начале, и в конце цепочки, и в нижних отделах мозга, и в коре. Воздействуя на нижние отделы, могут модулировать возбуждение и стимулировать всю систему, пропуская в лобные доли лишь те сигналы, которые имеют отношение к делу. Если они действуют непосредственно на фронтальные области головного мозга, это возбуждает «сонную» кору. Вендер предполагает, что лекарства работают примерно в середине этой петли, в лимбической системе. Он считает, что, возможно, действие норадреналина в лимбической системе нарушено, а поскольку входящие стимулы из нижних отделов мозга должны пройти через нее, прежде чем достигнут лобных долей, проблема с регуляцией этой области может приводить к растормаживанию регуляторных процессов во фронтальных областях.

Как бы то ни было, мы ощущаем действие лекарств именно в коре, вершине головного мозга. Они корректируют функционирование и использование нейротрансмиттеров во фронтальных областях и улучшают регуляторные функции и внимание. Их эффективность подтверждена разными методами во многих исследованиях. Использование стимуляторов в целом улучшает результаты тестов на непрерывную деятельность, успеваемость в школе, отчеты и оценки за поведение.

В отличие от практически всех остальных нейробиологических расстройств, эффект появляется немедленно. Это указывает на то, что лекарство воздействует на уровне синапсов — клеточных соединений, где один нейрон передает сигнал

следующему. Препараты сразу же облегчают «общение» клеток мозга друг с другом, как если бы клетки договорились между собой и сняли блокаду с синапса. Другие препараты, влияющие на мозг, например, применяемые для лечения депрессии, шизофрении, паники и тревожности, перестраивают нейронную сеть. Они постепенно меняют чувствительность рецепторов к нейротрансмиттерам или как-то иначе меняют структуру системы нейронной коммуникации. Они работают не как дворники, а как регулировщики, перенаправляя информацию по другим каналам.

[345]

Не исключено, что стимуляторы создают химическое равновесие во фронтальных областях мозга, не требуя изменений системы в целом. Это позволяет контролировать тонус фронтальных систем, то есть работа лобных долей становится легче и менее подвержена прерыванию. Человеку проще останавливать поток мыслей и чувств, контролировать действия. Начало и окончание периодов становятся яснее, и человек наконец получает способность обдумывать, планировать, делать паузы. Жизнь вместо бессвязной становится плавной и упорядоченной.

Сегодня мы лишь начинаем понимать многие аспекты биологии синдрома дефицита внимания. Поскольку способность ученых тестировать, измерять и оценивать биологические процессы, вовлеченные в неврологические нарушения, будет расти, следующие несколько десятилетий обещают быть захватывающими. Вряд ли мы найдем волшебную пилюлю, которая избавит человека от СДВ, но когда-нибудь методы лечения станут настолько искусными, что фрустрации и сомнения жизни с этим синдромом уйдут, а больные смогут наконец с уверенностью положиться на свои мысли.

Литература и источники информации об СДВ

Н иже приведены книги и другие публикации, которые, по нашему мнению, помогут больше узнать об СДВ и нарушениях обучаемости у детей и взрослых. Это лишь подборка, и прекрасных содержательных публикаций, посвященных синдрому дефицита внимания, гораздо больше.

Answers to Distraction

Revised and Updated. *Edward M. Hallowell and John J. Ratey.* Anchor Books, New York, 2010.

Книга дополняет «Почему я отвлекаюсь». Доктора Хэлловэлл и Рэйти отвечают на самые частые вопросы о синдроме дефицита внимания.

Delivered from Distraction: Getting the most Out of Life with Attention Deficit Disorder

Ballantine Books, New York, 2005.

Хэлловэлл и Рэйти предлагают новый скрининговый опросник для взрослых и перечисляют методы, которыми врачи, родители и работники образования могут воспользоваться для диагностики и лечения детей с СДВ. В книгу включены советы, которые помогут больным этим синдромом полноценно жить.

ADD and the College Student: a Guide for High School and College Students with ADD

[348]

Patricia O. Quinn. Magination Press, Washington, D.C., 2001.

Практическое руководство для студентов и учеников старших классов: им требуется много подсказок.

ADD-Friendly Ways to Organize Your Life

By Judith Kolberg and Kathleen Nadeau. Routledge, New York, 2002.

Книга описывает конкретные дилеммы и вызовы, стоящие перед взрослыми с СДВ. Она дает организационные навыки, чтобы сосредоточить энергию на сильных сторонах, а не на болезнях.

ADHD: a Complete and Authoritative Guide

By *Michael I. Reiff*, M.D. American Academy of Pediatrics, Chicago, 2004.

ADHD & Me: What I Learned from Lighting Fires at the Dinner Table

By *Blake E. S. Taylor.* New Harbinger, Oakland, CA, 2008.

Написана, когда автору было семнадцать лет. Повествование молодого человека о том, каково жить и расти с этим распространенным заболеванием.

Attention Deficit Disorder: a Different Perception

Thom Hartmann. Underwood Books, Novato, CA, 1997.

Интересная теория. Том Хартманн немало потрудился, чтобы сделать СДВ «нормальнее». У него много интересных мыслей и легкий стиль.

Attention Deficit Disorder in Adults: a Different Way of Thinking

Fourth Edition. *Lynn Weiss*, Ph.D. Taylor Publishing Company, Dallas, 2005.

В книге подчеркнуты различные проявления СДВ у взрослых и приведен обзор методов лечения и стратегий борьбы с заболеванием.

A Bird's-Eye View of Life with ADD and ADHD: Advice from Young Survivors

By *Chris A. Zeigler Dendy* and *Alex Zeigler*.

[349]

Издание для подростков, в котором они найдут советы сверстников. Авторы — двенадцать молодых людей, больных СДВГ.

The Disorganized Mind

By *Nancy A. Ratey*. St. Martin's, New York, 2008.

Книга посвящена ежедневным аспектам синдрома дефицита внимания и гиперактивности, в том числе сложностям с организацией и концентрацией. Нэнси Рэйти этот диагноз поставили в вузе. Как профессиональный тренер по СДВГ, она предлагает конкретные инструменты, с помощью которых взрослые больные смогут преодолеть неприятные ситуации в личной и профессиональной жизни.

Diagnosing Learning Disorders: a Neuropsychological Framework

Second edition. *Bruce B. Pennington*. The Guilford Press, New York, 2008.

Превосходный обзор, но написан скорее для профессионалов, чем для неподготовленных читателей.

Is It You, Me, or Adult A.D.D.? Stopping the Roller-Coaster When Someone You Love Has A. D.D.

By *Gina Pera* and *Russell Barkley*, Ph.D. 1201 Alarm Press, San Francisco, CA, 2008.

Книга адресована парам, где один или оба партнера больны синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Представляет собой вдумчивый синтез медицинской и популярной литературы, а также творческое исследование влияния СДВГ на отношения.

Making ADD Work: On-the-Job Strategies for Coping with Attention Deficit Disorder

By *Blythe Grossberg*. Penguin, New York, 2005.

[350]

Карьерный консультант, психолог Блайт Гроссберг дает советы по управлению симптомами СДВ в рабочей рутине и предлагает идеи известных бизнесменов, руководителей, профессиональных спортсменов и других людей, проложивших свой путь к успеху вопреки болезни.

Straight Talk About Psychiatric Medications for Kids

Revised edition by *Timothy E. Wilens*. The Guilford Press, New York, 2004.

Книга поможет читателю понять, что рекомендует врач их ребенку и какие есть варианты.

Taking Charge of ADHD: the Complete Authoritative Guide for Parents

Revised edition by *Russell A. Barkley*. The Guilford Press, New York, 2000.

Полезная публикация для учителей и других лиц, участвующих в опеке и обучении детей с СДВГ.

Trauma and Recovery

Judith Lewis Herman, M.D. Basic Books, New York, 1997.

Хотя эта замечательная книга не затрагивает синдром дефицита внимания, в ней прекрасно описаны проблемы, связанные с травмами. Поскольку многие люди с затруднениями в обучении и СДВ перенесли в жизни травмирующие ситуации, мы упоминаем книгу в этом списке.

You Mean I'm Not Lazy, Stupid, or Crazy?!: A Self-Help Book for Adults with Attention Deficit Disorder

Updated edition. *Kate Kelly* and *Peggy Ramundo*. Scribner, New York, 2006.

Написана взрослыми больными СДВ. Содержит советы по самоорганизации, борьбе и жизни с этим заболеванием.

Благодарности

Одними из самых больших наслаждений при написании этой книги были помощь и поддержка, которую мы получили из разных источников.

Прежде всего, нам помогали пациенты. Это их книга. Они давали нам знания об СДВ, делились своими историями, чтобы мы передали их другим, и тем самым вложили в этот проект частичку себя. Мы надеемся, что эта книга достойна такой щедрости.

Нам помогали многие другие люди. Мы благодарим Сандру Фрид Томас, бывшего президента CH.A.D.D (общенациональной организации по СДВ), которая поощряла нас с самого начала. Джилл Нирим, нашего литературного агента, — за ее строгое руководство. Сюзан Грейс Галасси — за то, что прочла первую рукопись, и Джонатана Галасси — за поддержку в течение всего проекта. Спасибо Присцилле Вейл за ее консультации, особенно в отношении дислексий и других языковых нарушений. Покойная Кэрол Ринцлер оказала нам помощь во многих вопросах. Благодарим коллектив Pantheon и нашего редактора Линду Хили за неизменно полезные предложения и придирчивое, творческое чтение рукописи, которое значительно улучшило книгу. Ее ассистента Дженнифер Троун благодарим за то, что она ненавязчиво, но мастерски не давала нам отвлекаться. Фреду Вимеру спасибо за превосходное техническое редактирование.

Мы благодарны Лин, Тому и Тиму Блисс за множество полезных предложений. Джеймсу Хэлловэллу — за его неустанный скепсис, который помог сохранить взвешенный подход к теме.

[352]

Нас тепло поддерживала Эллиен Д'Амброзиа. Питер Метц давал бесценные консультации, невзирая на собственную занятость. Кевину Мерфи, Расселу Баркли и другим сотрудникам клиники СДВ Медицинского центра Массачусетского университета мы признательны за их помощь и советы по СДВ у взрослых. Рекомендации Бетси Буш всегда были очень полезны. Эдвард Ханцян предложил ряд превосходных идей в отношении СДВ и зависимостей. Спасибо Полу Вендеру за ободрение и советы, а также Кэтрин Леверони, Андреа Миллер и другим сотрудникам Джона Рэйти в Медфилдской больнице штата за неутомимое внимание к подробностям.

Мы признательны за помощь в работе Лизе Поуст. Элизабет Леймкулер провела многочисленные наблюдения СДВ у взрослых. Беседы с Леопольдом Беллаком помогли думать в правильном направлении. Джон и Бен Хэлловэлл поощрили младшего брата взяться за перо, а наши жены Сью Хэлловэлл и Нэнси Блэкмор дарили новые идеи, поддержку, терпение и энтузиазм от начала и до конца этого проекта.

Об авторах

Эдвард Хэлловэлл — врач, специалист по взрослой и детской психиатрии. Имеет кабинеты частной психиатрической практики в Нью-Йорке и Бостоне. Живет с женой Сью и детьми Люси, Джеком и Такером.

www.drhallowell.com

Джон Рэйти — врач, доцент кафедры психиатрии в Гарвардской медицинской школе. Имеет частную практику. Живет в Бостоне.

www.johnratey.com

**Максимально полезные
книги от издательства
«Манн, Иванов и Фербер»**

Заходите в гости: <http://www.mann-ivanov-ferber.ru/>

Наш блог: <http://blog.mann-ivanov-ferber.ru/>

Мы в Facebook: <http://www.facebook.com/mifbooks>

Мы ВКонтакте: <http://vk.com/mifbooks>

Предложите нам книгу:
<http://www.mann-ivanov-ferber.ru/about/predlojite-nam-knigu/>

Ищем правильных коллег:
<http://www.mann-ivanov-ferber.ru/about/job/>

Научно-популярное издание

**Хэлловэлл Эдвард
Рэйти Джон**

Почему я отвлекаюсь

**Как распознать синдром дефицита внимания
у взрослых и детей и что с ним делать**

Главный редактор *Артем Степанов*

Ответственный редактор *Ксения Вострухина*

Литературный редактор *Елизавета Ульянова*

Арт-директор *Алексей Богомолов*

Дизайн обложки *Facultative Works*

Верстка *Елена Бреге*

Корректоры *Вероника Ганчурина, Юлия Молокова*