

Дж. Хардонэ
Кл. Портелли



ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО: понять и преодолеть

**Краткосрочная стратегическая
терапия**

Серия: Современные методы в психотерапии

ББК88.5

УДК159.9

Н 82

Нардонэ Джоржио,

Портелли Клодетт

Н82 Обсессивно-компульсивное расстройство: понять и преодолеть. Краткосрочная стратегическая терапия. / Дж. Нардонэ, К. Портелли; пер. с итал. Е. Первышева, при участии П. Сিনিцы. – М: 1000Бестселлеров, 2020. – 168 стр.

Среди психических расстройств и расстройств поведения, обсессивно-компульсивное расстройство, или ОКР, является одним из наиболее серьёзных и сильно ограничивающих дееспособность человека. Модель краткосрочной стратегической терапии Джорджио Нардонэ, отточенная на протяжении 25 лет с помощью метода исследования-вмешательства в области различных расстройств, предлагает эффективные инструменты борьбы с ОКР именно благодаря способности обходить рациональные конструкции и приводить к саморазрушению логику, поработившую разум. Автор много внимания уделяет конкретным клиническим случаям, в которых пациенты узнают, как можно разрушить оковы страха и obsessions благодаря использованию терапевтических стратегий, скрупулёзно подобранных и проработанных за долгое время;

Книга предназначена для специалистов-психотерапевтов, психологов, медиков, студентов означенных специальностей и других читателей, интересующихся современной психологией и решением человеческих проблем.

G. NARDONE con C. PORTELLI
OSSESSIONI, COMPULSIONI, MANIE

PONTE ALLE GRAZIE

Научный редактор Е. Первышева

ISBN 978-5-00144-123-6

© Е. Первышева (перевод)
© 2013, Adriano Salani Editore
© 2020, ООО «И-трейд»

Содержание

Введение	7
Обсессивно-компульсивное расстройство, или тирания абсурда	7
Глава 1. Формирование патологии: как разум заключает себя в тюрьму	11
Глава 2. Устойчивость расстройства: как разум держит себя в заложниках	16
Глава 3. Терапевтическое изменение: как вызволить разум из заключения	21
Терапевтические стратегии и стратагемы: логика проблем и решений	21
Краткосрочная стратегическая терапия и/или когнитивно-поведенческая терапия	23
Типы терапевтического вмешательства: технология, которая кажется волшебством	26
Терапевтическая коммуникация: реструктурирование и предписание	27
Глава 4. Если хочешь видеть - научись действовать: примеры клинических случаев	31
Случай 1. От сомнений по поводу грязи до фобии экскрементов	31
Случай 2. От профилактики к фобии: «Взгляд, который заражает»	37
Случай 3. От веры к умиляющему ритуалу: ложная молитва	44
Случай 4. Когда разумное становится неразумным: слишком хороший сын	46
Случай 5. Какое удовольствие выдёргивать волосы: от скверной привычки до мании	51
Случай 6. Привести в исполнение то, чего боишься: страх «медвежьей болезни»	55
Глава 5. Оригинальность патологии: особые случаи	64
Глава 6. Эффективность и экономность краткосрочной стратегической терапии в лечении обсессивно-компульсивного расстройства	76

ПРИЛОЖЕНИЕ	82
Терапевтическая технология в действии	82
Случай 1. Напряжённый музыкант	82
Первая сессия	82
Вторая сессия	92
Третья сессия	98
Четвёртая сессия	102
Пятая сессия	109
Шестая сессия	115
Седьмая сессия	121
Восьмая сессия	131
Случай 2. Контроль над вымышленной беременностью	133
Первая сессия	133
Вторая сессия	146
Третья сессия	146
Четвёртая сессия	152
Пятая сессия	155
Шестая сессия	159
Библиография	166

Глава 1.

Формирование патологии: как разум заключает себя в тюрьму

У ловушки, которую разум сам себе создаёт и в которую затем попадает, есть характерная особенность: в процессе формирования обсессивно-компульсивного расстройства можно обнаружить некоторые закономерности¹ в его структурировании; в то же время можно выделить разного рода стимулы, вызывающие определённые реакции и порождающие порочный цикл патологии. В обширном исследовании-вмешательстве², проведённом автором и его коллегами за более чем двадцатипятилетний период на выборке из более 20.000 случаев, были выделены 5 типов побуждающих стимулов, которые вызывают навязчивые мысли и действия.

Первый тип - это сомнение, которое порождает желание найти успокаивающий ответ.

Например, речь может идти о возможности быть инфицированным или заразиться какой-либо болезнью в результате контакта с носителем болезни. Подобное сомнение порождает желание

¹ В процессе формирования и устойчивого существования какой-либо патологии можно наблюдать, с одной стороны, определённые закономерности, то есть механизмы, которые присутствуют у всех пациентов, страдающих данным типом расстройства, с другой - особенности, то есть некоторые неповторимые признаки, как правило связанные с личными характеристиками данного пациента и/или системы отношений, в которую он включён.

² Под исследованием-вмешательством понимается методология исследования, разработанная Куртом Левиным, а также в кибернетике первого и второго порядков (фон Форстер, 1973), основанная на опытно-экспериментальном процессе, контролируемом во всех его фазах, что позволяет изучать проблему с помощью активного вмешательства. Благодаря данной методологии между теорией и клинической практикой возникает реципрокная связь. Исследование техник вмешательства предполагало значительную выборку пациентов с ОКР (минимум 100), валидным считалось вмешательство, которое удовлетворяло критериям эффективности, экономности, воспроизводимости, передаваемости и предсказуемости.

найти абсолютный и обнадеживающий ответ: любыми способами я должен предупредить заражение, или, при невозможности предупредить, я должен провести дезинфекцию, чтобы исправить произошедшее. Всё начинается с сомнения, которое порождает целую систему разумных защитных мер, предупреждающих или исправляющих, которые - будучи доведёнными до крайности - превращаются в обсессивно-компульсивную тюрьму. Этот тип умственной ловушки может выстроиться и вокруг сомнения в отношении чего-либо, что способно позитивно влиять на жизнь человека: например, я сдал на отлично экзамен, в тот день на мне были определённые брюки, определённая рубашка, и шёл я до университета определённым путём. На следующем экзамене я придерживаюсь того же ритуала, и преподаватель задаёт мне вопросы, ответы на которые я хорошо знаю; похоже, это работает, и тогда в следующий раз я сделаю всё точно также. Повторение подобного сценария может превратиться в неудержимую навязчивость; и, если вдруг у меня не будет возможности выполнить ритуал, а из-за страха экзамен пройдёт плохо, тем самым будет доказана связь между ритуалом и результатом экзамена.

При данном типе в ответ на сомнение я воспроизвожу последовательность действий или определённых мыслей, приводящих к желанному успокоению, и из-за этого я повторяю их, пока они не превращаются в неудержимую навязчивость. Необоснованное становится обоснованным.

Второй тип представляет собой *ритуальность*, корни которой лежат в ригидности идеологии, нравственных принципов или суеверий. Например, я боюсь, что согрешил, значит я должен молиться для того, чтобы искупить вину и заслужить прощение, это исправляющий ритуал, характерный для «карающей» религиозности. Или же я вынуждаю себя отказываться от чего-либо, что мне нравится для того, чтобы избежать искушения, но поскольку это в высшей степени тяжело, я обязываю себя выполнять предупреждающий ритуал, например, каждый раз омываться холодной водой, чтобы блокировать эротический импульс. При ригидных моральных убеждениях могут выполняться умиловительные ритуалы, например, совершать утреннюю ритуальную молитву, обеспечивающую благоприятный ход событий в течение дня, в стремлении вызвать к себе благосклонность Бога, чтобы со мной и моими близкими ничего не случилось.

Третий тип - *доведение до крайности рациональных рассуждений, пока они не превращаются в иррациональные*. Например, перед тем как принять какое-либо решение, я должен проанализировать возможные исходы, иначе есть риск ошибиться; так делать разумно, но если довести данный принцип до крайности, то это превращается в неспособность быстро принять какое-либо решение. Например, в ситуациях, где необходима незамедлительная реакция, я должен навязчиво проанализировать все варианты. Подобный процесс приводит к короткому замыканию: чем больше я пытаюсь обрести уверенность, тем меньше мне это удаётся. Попытка избежать ошибок превращается в неспособность действовать. Именно это и происходит, когда перед важными поступками я начинаю прибегать к разумным предупредительным мерам, но довожу это до крайности в попытке обрести уверенность, повторяя или пытаюсь проделать всё уже известным способом. Часто случается, что хирург, прежде чем войти в операционную, в качестве благоприятствующего ритуала выполняет необходимые процедуры мытья рук, дезинфекции, облачения в спецодежду, контролируя до изнеможения, чтобы всё было проведено в строго определённом порядке и впадает в кризис при малейшем отклонении от заведённого ритуала. То, что является разумным, превращается в иррациональную манию, которая губительно влияет на способность действовать. Когда я не уверен и боюсь, что совершил ошибку, я многократно всё перепроверяю, пока окончательно не теряю способность довести дело до конца. Например, бухгалтер, убеждённый в том, что он совершил ошибку в расчётах, проверяет и перепроверяет до изнеможения документы, пока полностью не блокируется.

Четвёртый тип представлен механизмом возникновения патологии на основе *разумных превентивных действий, доведённых до крайности*: профилактика превращается в фобию. Например, мать, внимательная к здоровью собственного ребёнка доходит до того, что больше не позволяет ему попадать в ситуации, которые считает потенциально опасными. С одной стороны, это хорошо, с другой стороны, это может превратиться в защитную капсулу, например, когда никто не может приблизиться к ребёнку, поскольку может быть носителем какой-либо инфекции, или когда избегают животных, боятся небольших скачков температуры, боятся ветра или пребывания на солнце. Часто в таких случаях дом становится храмом чистоты, и любой, прежде чем войти, должен быть продезинфицирован:

профилактика превращается в фобическую манию. При этом типе изначальных стимулов также существует множество предупреждающих, исправляющих и умиляющих ритуалов. Например, если было невозможно избежать какой-либо ситуации, то приступают к ожесточённой дезинфекции, или даже могут прибегать к магическими средствами.

Пятый тип - это *последствия травмы*. Чтобы защититься от того, что возникло в результате травмы, субъект может развить последовательность успокаивающих, иммунизирующих¹ мыслей и действий. Подобный механизм часто встречается у женщин, переживших насилие: после травматического события, вернувшись домой, они могут мыться до изнеможения, как если бы могли таким образом «смыть» с себя «грязь» случившегося. К сожалению, подобный способ трансформируется в неудержимую навязчивость, которая актуализируется каждый раз, когда в жизни женщины появляется что-то напоминающее о случившемся. Бывает достаточно взгляда мужчины, или ощущения того, что она кому-то нравится, чтобы начать выполнять ритуал очищения. Ритуал становится «функциональным», так как во время его выполнения, тревога и терзания, связанные с ощущением грязи, ослабевают в результате нескончаемого мытья, при этом сам этот ритуал разрушает личную жизнь и отношения субъекта. В подобных случаях ритуалы также могут быть исправляющими, предупреждающими и даже умиляющими, чтобы контролировать, пусть и иллюзорно, то, что может произойти.

Обсессивно-компульсивное расстройство, как никакая другая психическая и поведенческая патология, представляет собой эволюцию здорового состояния в нездоровое, даже абсурдное, на основе применения неопровержимой логики, но доведённой до крайности. От здорового сомнения можно прийти к патологическому ритуалу, от естественной реакции на психотравмирующее событие - к навязчивости, от безупречной морали - к инквизиторским истязаниям, от здравого смысла - к иррациональной мании, от профилактических мер - к фобическому поведению. В других случаях целью может быть

¹ Термин "иммунизирующий" относится к той цели, которую человек приписывает, придаёт данным мыслям и поведенческим актам, а именно способность защищать от нежелательных событий и источников страданий.

предупреждение или исправление чего-либо нежелательного или попытка предусмотреть собственное будущее. На базе этих механизмов структурируются три основных варианта расстройства, которые являются навязчивым проявлением пяти описанных побудительных причин. Подобные механизмы очень коварны и могут ввести в заблуждение кого угодно именно благодаря тому, что в их основе лежит убедительная логика. Навязчивая одержимость может проникать в разум различными способами и приводить к полному уничтожению способности к здравому рассуждению.

Таким образом, единственная возможная мера предупреждения - обращать внимание на те моменты, когда определённые действия или состояния начинают превращаться в неизбежные. *Неизбежность* и *неудержимость* являются первыми проявлениями навязчивости; следующий симптом - ритуальность, то есть, когда стереотипное действие или мысль нас успокаивают или гарантируют нам желаемый результат. Кроме того, мы должны следить за тем, когда наша потребность в контроле, предупреждая плохое, притягивая хорошее или исправляя негативные эффекты наших мыслей и действий, становится постоянной и приносит неудобства, превращаясь в то, что блокирует наши переживания и мешает нам рисковать и совершать ошибки, чтобы учиться на собственном опыте. Но всё это требует акробатической ловкости в управлении собой, другими и окружающим миром.

Глава 2.

Устойчивость расстройства: как разум держит себя в заложниках

Умственная ловушка, характеризующая обсессивно-компульсивное расстройство, является не только одним из наиболее коварных нарушений психики и поведения, но и одним из расстройств, наиболее устойчивых к терапевтическим, фармакологическим или психотерапевтическим вмешательствам. Это очевидно ввиду неординарности и даже вычурности логики расстройства: если попытаться бороться с ней методами, основанными на логике здравого смысла, как это происходит в классических психотерапевтических подходах, то мы наталкиваемся на неординарную логику расстройства. Что касается фармакологического лечения, то специфического и эффективного подхода к лечению обсессивно-компульсивного расстройства не существует, и в большинстве случаев пациент принимает коктейль из антидепрессантов, анксиолитиков, антипсихотиков и нейролептиков. Об этом мы подробнее поговорим в дальнейшем. В данной главе мы подробно рассмотрим, за счёт чего это расстройство сохраняет свою устойчивость, и чем оно поддерживается, то есть выявим механизмы, которые подпитывают патологию, когда она уже возникла. Опираясь на то, что уже было сказано, важно уяснить как расстройство в ходе своей эволюции, уже сформировавшись как патология, превращается в истинный гомеостаз¹, благодаря чему становится устойчивым к изменениям, как это, в конце концов, обычно и происходит в живых гомеостатических системах, даже если они дисфункциональны. Это означает, что равновесие, достигнутое организмом, поддерживается за счёт его взаимодействия с самим собой, с другими живыми организмами и с окружающим миром. Как бы

¹ Термин гомеостаз заимствован из концепций Клода Бернара и Уолтера Кэннона. Означает относительное постоянство внутренней среды, которое поддерживается благодаря непрерывному реципрокному взаимодействию динамических сил. В данном контексте термин «гомеостаз» отражает способность живых систем сохранять собственное внутреннее равновесие, пусть и дисфункциональное.

парадоксально это не звучало, но даже психическое расстройство может принять форму динамического равновесия, которое имеет тенденцию к сохранению. На основе данных утверждений, которые оформились в рамках точных наук, можно исследовать патологию - как на этапе зарождения, так и на этапе её устойчивого существования - как гомеостатическую систему. Ключевым моментом подобного исследования является выявление способа взаимодействия системы с окружающей действительностью и анализ тех из них, которые наиболее часто повторяются, поскольку именно эти «паттерны взаимодействия» поддерживают и подпитывают равновесие системы, даже если оно дисфункционально и дезадаптивно. Другими словами, в фокус внимания должны попасть способы, с помощью которых субъект пытается управлять своей реальностью, и среди них необходимо выявить избыточно повторяющиеся сценарии восприятия и реагирования, поскольку именно они отвечают за аутопоэзис¹ системы, то есть за её сформировавшееся, устойчивое равновесное состояние. С подобных позиций, в соответствии с наиболее строгими критериями научного исследования, были выявлены повторяющиеся формы взаимодействия субъекта с реальностью при обсессивно-компульсивном расстройстве. В первом приближении, как уже было показано в предыдущей главе, компульсивные ритуалы делятся на 3 типа: предупреждающие, умиляющие и исправляющие.

Эта простая классификация уже позволяет нам ориентироваться в способах самоподдержания расстройств. Как уже было сказано, расстройство подпитывают именно действия и мысли, которые субъект воспроизводит для предупреждения нежелательных событий, для содействия наступлению желательных событий или исправления того, что уже случилось. В то же время, очевидно, что каждый из трёх типов дисфункционального равновесия имеет собственную характерную логику, и, как увидим дальше, требует терапевтических инструментов, соответствующих их динамике. Для того, чтобы на основе прагматичного знания сконструировать терапевтическое

¹ Термин аутопоэзис введён в 1972 году Умберто Матураной и означает способность живой системы постоянно себя перестраивать, поддерживая и воспроизводя саму себя. По этой причине аутопоэтические системы склонны сохранять собственные характеристики благодаря их периодическому воспроизведению.

вмешательство, необходимо - после определения того, к какому из трёх типов относится ОКР, - сконцентрироваться на специфических способах борьбы с проблемой, предпринимаемых субъектом. Исследование-вмешательство позволило нам, как и в случае других патологий (Watzlawick, Nardone, 1997; Nardone, Portelli, 2005; Nardone, Balbi, 2009; Нардонэ, Балби, 2019), выявить повторяющиеся дисфункциональные попытки справиться с дискомфортом, характерные для этого расстройства:

- похожим образом, как при фобиях, так и при ОКР, субъекты склонны к избеганию того, что их пугает, от чего они должны защищаться, с чем должны были бы сталкиваться. Как и в случае панического расстройства, *стратегия избегания* незамедлительно понижает уровень страха, но в то же время подтверждает опасность ситуации, которой избежали; повторяясь, этот тип поведения усиливает расстройство, пока оно не превращается в настоящую фобию. В терминах стратегической терапии это первая *предпринятая попытка решения*, типичная для данного расстройства, которая его поддерживает;
- вторая предпринятая попытка – *постоянные требования заверений и просьбы о помощи*, которые обычно обращены к близким. Как и в первом случае, эта предпринятая попытка решения сначала позволяет субъекту почувствовать себя защищённым, а затем подкрепляет его неспособность самостоятельно справляться с пугающими ситуациями и, следовательно, только усугубляет проблему, вместо того, чтобы решать её. Не все люди страдающие ОКР используют подобный способ «решения проблемы»: часть пациентов, хоть и небольшая, не доверяют другим и предпочитают держать их подальше от ситуаций, создателями и жертвами которых они являются;
- третья, наиболее специфичная предпринятая попытка решения – *исполняемая ритуализированная последовательность действий*, которая должна уменьшать страх или позволить управлять импульсами удовольствия. Это значит, что независимо от того, основана ли навязчивость на фобическом восприятии или на неудержимой тяге к поиску приятных ощущений, компульсивный субъект систематически воспроизводит сценарий, который - с их точки зрения – показал себя на практике наиболее пригодным для

управления их ситуацией. Тем не менее, если наличие определённых ритуалов является закономерностью подобного класса проблем, то способы проявления расстройства через ритуалы бесконечны и подчас могут быть гротескными и изобретательными. Помимо классических ритуалов мытья, дезинфекции, проверки/контроля, повторения мысленных формул, ритуализированного счёта, упорядочивание вещей, накопительства, выдёргивания волос, нанесения телесных повреждений, можно обнаружить действительно необычные варианты, вплоть до сложнейшей последовательности ритуалов, которые должны быть выполнены в жёстко заданной последовательности. Если это не удаётся, субъект чувствует, что должен начать всё сначала.

Важно подчеркнуть, что в большинстве случаев после того, как расстройство структурируется в виде набора ритуалов, фобия, которая лежала в его основе, уходит на второй план, и *предпринятые попытки решения сами по себе становятся проблемой* (Watzlawick, 1976): как мы увидим ниже, когда удаётся разблокировать последовательность ритуалов и добиться того, что человек прекращает их выполнять, то есть перестаёт избегать пугающих прежде ситуаций, просить обнадеживающих заверений и защиты, часто расстройство саморазрушается, а первоначальная фобия "магическим" образом исчезает. Не случайно данная патология со свойственной ей устойчивостью является прекрасным примером для демонстрации теоретико-прикладных принципов стратегического подхода: понятие предпринятой попытки решения, которая поддерживает и подпитывает проблему, представляет собой тот рычаг, используя который можно достичь терапевтического изменения. Таким образом, терапевтическое вмешательство почти всегда заключается в разрушении дисфункционального равновесия, представленного различными способами подпитки проблемы.

Джорджио Нардонэ - вначале под руководством своих супервизоров Джона Уикленда и Пола Вацлавика, которые стояли у истоков формирования стратегического подхода, - а затем вместе со своими сотрудниками применили конструкт предпринятой попытки решения, использованный прежде как инструмент терапии, в качестве оперативного исследовательского критерия. Если специалисты Пало Альто годами занимались решением проблем, то Дж.Нардонэ с коллегами пытались ещё и объяснять проблемы, взяв на вооружение в

качестве инструмента исследования терапевтические решения, которые «сработали» (Nardone, 1998; Нардонэ, 2017; Nardone, Portelli, 2005; Нардонэ, Балби, 2019; Nardone, 2011). Другими словами, если создать стратегию, состоящую из терапевтических манёвров, способных разрешать определённый тип проблем на значительной выборке людей, то структура решения будет указывать на структуру проблемы, которая была устранена. Как сказали бы логики, повторяемость структуры и способов устойчивого существования проблемы раскрываются через воспроизводимую структуру решения проблемы. Методология исследования-вмешательства, будучи применена в клиническом контексте, позволяет получать знания о механизме устойчивого существования и поддержания расстройств психики и поведения посредством эффективных терапевтических вмешательств, воспроизводимых для определённого класса патологий. Подобные знания можно считать достоверными, только если обнаруженная стратегия решения воспроизводится на значительном количестве людей. В нашем случае терапевтический протокол с вариациями, соответствующими каждому из типов ОКР, был воспроизведён на десятках тысячах случаев в Италии и во всём мире, что доказывает транскультурную эффективность данных протоколов. Всё это позволило постичь механизм обсессивно-компульсивного расстройства, что, в свою очередь, сделало возможным усовершенствование техник терапевтического вмешательства, доведя их до уровня хирургической точности. Описание такой терапевтической технологии и является содержанием следующей главы.

Глава 3.

Терапевтическое изменение: как вызволить разум из заключения

В этой главе речь пойдёт о терапевтических стратегиях и стратагемах, разработанных для обсессивно-компульсивного расстройства за более чем 25-летнюю практику применения исследования-вмешательства; благодаря доказанной эффективности и экономности они представляют лучшее из того, что есть в психотерапии для лечения подобной патологии в краткие сроки. Кроме того, как было показано, именно поиск эффективных терапевтических стратегий и формирование на их основе протоколов лечения для разных вариаций ОКР позволили нам разобраться как формируется и устойчиво существует подобная форма патологического гомеостаза. В данной главе будут описаны отличительные черты стратегического подхода при его применении в клинической сфере. Всё вышесказанное делает краткосрочную стратегическую терапию уникальной и самобытной моделью, с присущей ей теорией и эпистемологией, со строгой научной методологией исследования, с техниками, конгруэнтными теории и исследованиям, результаты использования которых позволяют постоянно совершенствовать подход.

Терапевтические стратегии и стратагемы: логика проблем и решений

Прежде чем перейти к описанию терапевтических техник, мы считаем необходимым проиллюстрировать теоретические основания нашего подхода и его отличия от всех других психотерапевтических направлений, в том числе и от тех, с которыми наблюдается определённое сходство.

Для чёткого понимания разницы между краткосрочной стратегической терапией (Nardone, 1991; Watzlawick, Nardone, 1997; Nardone, Portelli, 2005; Nardone, Watzlawick, 2005) и другими психотерапевтическими подходами важно понять, как этот подход - на основе теории игр (Neumann и др., 1994), теории систем (von Bertalanffy, 1956, 1962), стратегической логики (Elster, 1979; Nardone, Salvini, 1997;

Nardone, Balbi, 2008, Нардонэ Дж., Балби Э., 2019), прагматики человеческой коммуникации (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971, Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д., 2000.), радикального конструктивизма (von Glasersfeld, 1975; von Foerster, 1973, 1987; Watzlawick, 1988), а также по-новому пользуясь техниками античного искусства стратагем (Nardone, 2003, Нардонэ Дж., 2017) и риторики софистов (Nardone, Salvini, 2004, Нардонэ Дж., Сальвини А., 2011), - рассматривает различные психические патологии не как нарушение биологических процессов, а как дисфункциональное равновесие, которое необходимо превратить в функциональное. Это дисфункциональное равновесие представляет собой динамический самоорганизующийся процесс, основой которого служат не какие-то определённые биологические нарушения, не смутные влечения, таящиеся в бессознательном, не результаты некорректного обучения, отнюдь, - оно является результатом избыточного и ригидного применения адаптивных стратегий, которые превращаются в дезадаптивные. То есть это «предпринятые попытки», показавшие себя эффективными в определённых проблемных ситуациях, которые со временем трансформировались в то, что поддерживает и усложняет проблему вместо её решения. Именно первоначальная эффективность подобных стратегий и заставляет человека повторно применять их фактически до формирования патологии. Как мы уже показали, обсессивно-компульсивное расстройство также сначала возникает, а затем устойчиво поддерживается благодаря неуспешным попыткам с ним справиться; эти предпринятые попытки кажутся действенными, однако их применение в итоге ухудшает расстройство, вплоть до развития полной недееспособности.

Исходя из этого, терапевтическое вмешательство представляет собой набор манёвров, позволяющих разорвать порочный круг применения контрпродуктивных попыток «решения», которые подпитывают патологию. Чтобы данные манёвры были эффективными, они должны быть нацелены на разрушение внутренней логики проблемы, переориентируя её в направлении решения. Для этого, как утверждает «теория игр», стратегия должна отвечать внутренним правилам текущей игры, и, в соответствии со стратегической логикой, должна представлять собой набор тактик и техник, специально созданных или адаптированных для достижения намеченной цели. Это означает, что патологию следует рассматривать как проблему, требующую решения, а не как болезнь, нуждающуюся в лечении в