

Обзор экзистенциальноаналитической психотерапии депрессивных расстройств

Альфريد Лэнгле

Настоящая публикация является продолжением статьи А.Лэнгле, опубликованной в 1-м номере МПЖ в 2006 году. В ней автор в краткой, тезисной форме делает обзор главных направлений терапевтической работы с депрессивными пациентами с позиций современного экзистенциального анализа. Эта работа основана на понимании раскрываемого в предыдущей публикации психопатогенеза депрессии. Она представляет собой комплексный подход соответствующий комплексности самого страдания.

Abstract: В основе экзистенциально-аналитической работы с депрессивными людьми лежит феноменологическое понимание депрессии как утраты (**Verlust**) переживания ценности жизни. Последовательность терапевтических шагов ведет к самому глубокому пункту лечения депрессии, связанному с нарушением фундаментальных отношений с жизнью. В процессе лечения пациенты должны обрести новую почву, благодаря индукции фундаментальной ценности (прежде всего через грусть и терапевтические отношения) и формированию новой установки. Это требует провести ряд подготовительных и сопровождающих действий для того, чтобы размягчить затвердевшие в депрессивном страдании структуры и открыть Person для процесса изменения.

Ключевые слова: депрессия, терапия, фундаментальная ценность, персональное нахождение позиции

Overview of the Existential Analytical Psychotherapy of depressive disorders

Alfried Längle

Abstract: The existential analytical treatment of depression starts from its phenomenological understanding which lies in the loss of emotionally based experiences of values. The procedure needs several steps to eventually come to the deepest point of the treatment which is seen in the disturbed relationship to life itself. By the induction of the fundamental value (mainly through grieving and the therapeutic relationship) and finding of a new attitude towards it, the relationship to life can gain a new basis. This existential focus however needs a series of preparative and

accompanying activities to weaken the depressive structures fixated by the suffering and to open the person for the change process.

Key words: depression, therapy, fundamental value, personal positioning

1. Введение в экзистенциальное понимание депрессии

С точки зрения экзистенциального анализа депрессия – это психическое расстройство, тяжесть которого определяется нарушенным переживанием ценности жизни. Депрессия как расстройство психики имеет меньшую или большую (первичную или вторичную) соматическую часть. Однако помимо этого она наносит вред персональному измерению, влияя на позиции и установки в отношении окружающего мира (Umwelt) и внутреннего мира (Innenwelt), а также на решения (способность к принятию решения) и духовное переживание мира и себя самого. Таким образом, депрессия касается всех измерений человека: тела, психики и Бытия – Person.

Специфическим в депрессивном расстройстве является то, что соотнесение с реальностями мира и с самим собой (прежде всего, с телом) остаётся практически ненарушенным. Главное расстройство касается, напротив, осмысления ценности в персональном соотнесении. Вещи, которым человек обычно мог радоваться или которые переживались им как приятные, вызывающие интерес, блекнут в своих красках. Этот феномен известен в психотерапии как «негативная аффицируемость» („negative Affizierbarkeit“). Его экзистенциальным соответствием является обеднение «духовной пищи» („geistigen Nahrung“), каковой ценности являются для Person и утрата способности их переживать. Это те содержания, которые исполняют нашу жизнь, делают привлекательными наши отношения и сохраняют их. Ценности имеют оживляющее, укрепляющее и питающее воздействие на Person и на психику человека (Längle 2003a). Через ценности осуществляются(устанавливаются) отношения к(с) более глубокой структуре(ой) экзистенции,(-) к(с) самой жизни(ью). В своей глубине депрессия – это неудача, которую потерпел человек, занимаясь ценностью самой жизни. В депрессии нарушается «фундаментальная ценность», отношения с ценностью самой жизни и с её чувствованием. В депрессии нарушаются отношения с «фундаментальной ценностью» самой жизни и способность к её чувствованию.

2. Терапия

Экзистенциально-аналитическая терапия депрессии должна начинаться на *всех* уровнях (Frankl 1982a,b; Längle 1991), как это сегодня происходит во многих

психотерапевтических направлениях: на уровне отношений, на когнитивном, эмоциональном, соматическом, биографическом и социальном уровне. Здесь нас в особенности интересует экзистенциальное ядро.

- a) В экзистенциальном анализе при лечении депрессии особое внимание уделяется **терапевтическим отношениям**. Отношения должны быть проникнуты тёплым, понимающим обращением. Активное обращение к пациенту и его беде, эмпатическое вчувствование важны потому, что общение с терапевтом представляет собой новое соприкосновение с жизнью терапевт является собой новое соприкосновение с жизнью, рядом с которой (благодаря которому) пациент может согреться, и его нормативные застывшие структуры смогут размягчиться. Таким образом, рядом с терапевтом становится возможным возобновление отношений с жизнью. Терапевт становится словно бы представителем жизни, однако, благодаря *активному* обращению к пациенту в терапевтической ситуации, он в большей степени идёт навстречу пациенту, чем это способна сделать реальная жизнь в ситуации депрессивного отступления.
- b) **Обращение к настоящему и разделение (Fraktionierung) задач.** Депрессивный пациент в большей степени живёт в прошлом. У него мало актуальных отношений в аспекте близости с жизнью, они преимущественно дистантные. Что такое жизнь он может наблюдать у других, а не у себя самого. Такая дистанция по отношению к жизни нарушает ее конкретное формирование в повседневных вещах. Структура дня, фазы покоя, сон заслуживают особого внимания, поскольку способствуют разгрузке пациентов. Следует особенно уделить внимание, *обращается* ли пациент к тому, что делает (см. также сравнимые эффекты при Burnout – напр. Längle 1997; Nindl 2001). Поддержка намерений сохранить способность размышлений о сохранившихся способностях и выполнимых маленьких задачах делают возможным завязать отношения с жизнью.
- c) **Работа над когнитивными структурами и неправильной атрибуцией.** Этот шаг не является специфическим для экзистенциального анализа. Речь идёт о раскрытии и осознании кругов мышления, кругов истощения, генерализаций типа «всегда», «никогда», «все» и т.д.
- d) **Мобилизация персональных ресурсов и упражнение в занятии позиции.** Здесь используются специфические экзистенциально-аналитические элементы, в особенности центральная персональная способность - занятие позиции.

Самодистанцирование (Selbst-Distanzierung) (Франкл 1982a, b):

Самодистанцирование в отношении *чувств*. Например, „Сейчас чувства заморожены, но я не позволю им диктовать мне, что мне делать“.

Самодистанцирование в отношении *ожиданий*. Например, ожидание радости от того, что человек что-то делает.

Мы пытаемся разработать с пациентами персональное обхождение с отсутствием радости и с негативными чувствами. Это важно, ибо (поскольку) радость нам обычно помогает, обозначая, где именно мы находимся близко к жизни. Депрессивный человек, который при выполнении какой-либо деятельности не может больше радоваться, будет воспринимать это к тому же, как собственную неудачу. Как следствие, депрессивный человек может попасть в *эскалацию негативного*: он также будет грустить и по поводу того, что он больше не может радоваться и не способен создавать для себя радость. Поэтому в терапии следует учитывать эту спираль негатива. Можно разгрузить пациента, если обратить его внимание на то, что в период «чёрно-белого кино» депрессии неуместны ожидания в отношении того, что возникнет радость. Он должен в большей степени концентрироваться на когнитивных знаниях (первая фундаментальная мотивация), на интуитивном чувствовании в отношении правильного (третья фундаментальная мотивация), а не на чувствовании дефицитарного (вторая фундаментальная мотивация), чтобы таким образом ограничить вред. Благодаря этому, пациент освобождает себя от ожиданий позитивных эмоций, от того, что он должен радоваться. Разрыв заколдованного круга „депрессия через депрессию“ может рассматриваться как важный действенный элемент в терапии депрессии (работа над позицией).

Самопринятие (Selbst-Annahme): отнестись к тому, что делаешь, или оставить это.

Здесь важна установка, что само действие тоже имеет ценность, которая, вероятно, имеет большее значение, чем это осознается. Депрессивные пациенты склонны к тому, чтобы всё собственное обесценивать или рассматривать в аспекте нормы («ведь нужно же») и при этом утрачивают открытость по отношению к ценности, которой обладает действие.

Например, если кто-то говорит, что любит рисовать, но этим почти не занимается, а постоянно сидит перед телевизором, то с прагматической точки зрения стоит исходить из того, что просмотр телепрограмм всё же значит для него нечто большее, чем рисование. Однако, он этого не замечает. Эти неправильные представления о себе самом являются преувеличением собственной ценности, которое уже носит черты мании величия. В связи с такой «манией величия» можно только потерпеть фиаско („я не состоялся как художник...“). И в лечении депрессии речь тогда идёт о том, чтобы подтолкнуть это самопринятие и прекратить имеющееся (часто ежедневное) самообесценивание. Депрессивный человек полагает, что он не занимается важным, а тратит время на несущественное. С точки зрения культуры было бы более важным рисовать, заниматься искусством, а то, что он делает сейчас, ничего не стоит. Но не обесценивается ли здесь ценность телевидения? Не представляет ли для него телевидение в такой неизбежной ситуации также ценность, которая, возможно,

заключается в том, что благодаря этому источнику информации у него возникает чувство, что он находится ближе к реальной жизни, и таким образом нарушается его одиночество? Не является ли подобная ценность экзистенциально более значимой, чем та, которая признана с культурной точки зрения, но которая не способна греть душу? – Если какая-либо ценность является *основанием для предпочтения* одного действия перед другим, одной вещи перед другой и т.д., то в этом случае ежедневно происходит реальная оценка через предпочтение телевидения. Однако занятие позиции по отношению к этому реальному оцениванию у депрессивного человека часто отсутствует, или же оно не соотносится с возможной ценностью, имеющейся в «неправильном действии», потому что ригидное, нормативное мышление её не допускает. Благодаря тому, что человек признает наличие возможной ценности в отвергнутом действии, происходит примирение с самим собой и уходит стресс, связанный с обесцениванием.

Персональное нахождение позиции (Personale Positionsfindung - PP) (Лэнгле 1994b):

Цель этого метода заключается в том, чтобы перевести депрессивную «первичную эмоцию» в «интегрированную эмоцию» (см. Лэнгле 2003b). Эта попытка осуществляется путём использования трёх шагов, каждый из которых здесь кратко представлен одним типичным вопросом:

PP1 – позиция вовне: Что действительно есть? Это так? *На основании чего* я это распознаю?

PP2 – позиция вовнутрь: Если бы это было так, что бы я утратил? Мог бы я это выдержать *один раз*?

PP3 – позиция в отношении позитивного: *О чём* для меня идёт речь в этой ситуации? Что для меня лично является важным, ценным? Я здесь для того, чтобы что-то себе доказать или что-то сделать?

е) **Обработка и понимание чувства, что ты потерпел неудачу.** Пройти по неспособности что-то сделать и депрессивным ощущениям вплоть до позитивного ядра, благодаря чему негативное превращается в позитивное: „Имеется ли сильная сторона в том, что я рассматриваю как слабость?“ – „Действительно ли то, что я рассматриваю как неспособность является только таковым, или же там также есть возможность *Постоять-За-Себя*?“ Благодаря такой работе происходит *понимание интенции* поведения и устанавливаются отношения с собственной жизнью.

Например, приходит пациентка с депрессивным расстройством, потому что она недавно снова «оказалась неспособна». Она приняла приглашение подруг на кофе, дошла

до дома пригласившей её подруги, уже приложила палец к кнопке звонка и в последний момент отпустила его и вновь вернулась домой. Там она уединилась и впала в депрессивное настроение и депрессивное мышление. Она чувствовала себя ни к чему не способной и неудачницей. Это чувство усиливалось ещё больше из-за того обстоятельства, что она не позвонила подругам для того, чтобы извиниться.

Неспособность и обнаружение скрытой ценности её действий мы прорабатывали, используя феноменологический подход: что двигало ей(ею), чтобы пойти туда? – Почему она не позвонила? – Была ли у неё причина, по которой она не нажала на кнопку звонка? – Что это было? – После некоторого поиска выяснилось, что в тот момент, когда она должна была нажать на кнопку звонка, ей завладело чувство, что она не может прийти к подругам, потому что она очень депрессивна. Она думала совершенно чётко, что лишит их радости, если придёт с таким настроением. И теперь она поняла, что, исходя из очень позитивной причины – защитить подруг - повернулась и ушла и, в принципе, (по крайней мере, тоже) вернулась домой из-за любви к подругам. Благодаря пониманию себя исчезло чувство неспособности. А на почве своего депрессивного ощущения она теперь сама стояла и действовала как Person. И в этом действии она преследовала ценность, которая была для неё очень важной: оказать подругам дружескую услугу. Пациентка ушла с сеанса с чувством облегчения и глубоко тронутой. В дебрях депрессивных чувств она смогла встретить и принять себя.

f) Обработка чувства вины и конкретизация ответственности. Депрессивное чувство вины определяется, с одной стороны, диффузным *чувством ответственности*, в котором нужно прояснить реальное содержание и истинную ответственность, или фактическую вину. С другой стороны, оно идет от *завышенных представлений о ценности*, по отношению к которым также требуется критическая позиция и ревизия.

Кроме того, депрессивный человек склонен к тому, чтобы заполнять «пустоты *ответственности*», поэтому он предъявляет к себе чрезмерные требования и способствует возникновению фрустрации. Никто не может быть ответственен за чувства других людей, например за то, счастливы или несчастливы мать или отец. Однако депрессивный человек нагружает себя этим, чувствует себя ответственным, и одновременно неспособным и виноватым, тем самым, истощая себя.

g) Работа над отношениями и упражнение в принимающей установке по отношению к ценностям. Девиз: „Ежедневно делать себе самому что-то хорошее!“ Отвергающая, обесценивающая позиция по отношению к себе и связанная этим утрата отношений с собственной жизнью должны быть обработаны через конкретные, решительные действия и, благодаря ежедневному упражнению, должен быть приобретён новый жизнеутверждающий

опыт. Для осуществления на практике пациенту предлагается основной тезис учения о ценностях: «Ничто не есть «хорошо», что не есть также хорошо для меня». Здесь проводится работа с блоками ценности, с восприятием ценности и с травматизациями или потерями. Недостаток витальности при эндогенной депрессии требует специальной формы лечения, для чего в экзистенциальном анализе разработаны специальные шаги (Frankl 1983). Важной является также сенсбилизация в отношении *истощения*. (способность замечать и предотвращать истощение, в отношении которого пациент учится принимать профилактические меры). Пациент учится принимать профилактические меры.

h) Глубокая терапия фундаментальной ценности и грусть как главная работа в депрессии. После подготовительной работы на уровне ценностей рано или поздно происходит переход к этому глубинному слою экзистенциальноаналитической терапии, где работа с пациентом заключается в том, чтобы вскрыть и сделать ощутимыми те влияния, которые привели к тому, что он выстроил по отношению к жизни негативную установку. В общем, работа проходит через фазы гнева, грусти и мобилизации ресурсов путём дальнейшей работы с отношениями и с ценностями. (Längle 1993, 38-58).

Можно себе представить, что если пациента спросить, хорошо ли, что он есть, и какое чувство у него возникает в связи с вопросом, нравится ли ему жить, то он приблизится к больным сторонам своей жизни. Самую глубокую точку экзистенциальноаналитической терапии депрессии мы видим в том, чтобы заложить основу для новой установки в отношении жизни и чтобы пациент осознал, что эта установка, в конечном итоге, является решением, вытекающим из источника персональной жизни, который коренится в крайнем предчувствии и чувствовании Бытия здесь.

Самая глубокая точка экзистенциальноаналитической терапии достигнута, если мы приходим к эмоционально несомому занятию позиции, к «Да» по отношению к жизни. Это занятие позиции происходит на основании чувствования глубокой ценности жизни, для которой пациент через новый опыт и установки может вновь открыться и получить к ней доступ. Тогда с помощью решения он может подняться над депрессивными чувствами. Потому что депрессия в нашем понимании – это утрата экзистенциальной фундаментальной мотивации и, таким образом, активного компонента персонального действия. В депрессии речь в особенности идёт о том, что из-за болезненных чувств утрачено *обращение* к жизни и к жизненным ценностям. Для того, чтобы снова получить обращение, самую большую степень важности имеет грусть, иногда даже гнев. В любом случае существенным является то, что человек снова начинает чувствовать в себе силу жизни: утешающую силу слёз или укрепляющую и защищающую силу агрессии.

3. Терапия суицидальности

Здесь нам следует сделать несколько заключительных замечаний к всеобъемлющей статье Т.Ниндля, в которой он более подробно останавливается на работе с суицидальностью.

Суицидальность - это часто встречающийся феномен при депрессии. Если человек должен жить со всем психическим грузом депрессии, с соответствующей утратой силы, страдая от неспособности, от дефицита, от недостатка чего-то, от вины и т.д., без желаний и радости жизни, без перспективы на надежду, тогда суицидальные тенденции можно быстро понять. С экзистенциальноаналитической точки зрения мы понимаем желание лишиться себя жизни как симптом, который соответствует внутренней установке по отношению к жизни. Если учесть, что депрессивный человек оценивает свою жизнь как плохую, как обузу для других и поэтому - как источник непреодолимой вины, тогда суицидальность кажется логичным последствием и честным выражением переживания. Эта негативная оценка собственной жизни (в экзистенциальном анализе мы называем её «негативной фундаментальной ценностью») ведёт не только к негативным чувствам и аффектам, но также к персональной установке, которая содержит в себе *решение* против жизни. Поэтому суицидальность сама по себе - не болезнь, а решение человека в связи с болезнью. Это решение, осуществить то, что он думает и чувствует, то есть последовать за своей психической реальностью и своим убеждением. Это есть акт, который представляется ему как раз моральным внутри рамок его отношений. Существуют три основания, которые могут удержать депрессивного человека от его саморазрушительного намерения: *позитивная внутренняя установка по отношению к жизни, страх и недостаток силы*. Последнее имеет место особенно в середине тяжёлых депрессивных фаз. Однако, суицидальность проявляется в острой форме в начале и в конце депрессивной фазы, когда у пациента достаточно силы, чтобы реализовать своё намерение. Суицидальность в конце фазы особенно опасна, потому что тогда её никто не ждёт, ведь чисто внешне пациент чувствует себя лучше. Негативные чувства в значительной степени отступили, активность и предприимчивость стали сильнее – и всё же отсутствует новое подкрепление утверждающей установки по отношению к жизни. Таким образом, отступают видимые внешне депрессивные чувства и недостаток активности, но в глубине по-прежнему имеется мрачная, отвергающая жизнь установка.

Давайте кратко рассмотрим *позитивную внутреннюю установку по отношению к жизни* как самую сильную защиту от суицида. Эта установка может происходить из глубокого убеждения в отношении ценности жизни в сочетании с *когнитивным знанием* о том, что в настоящее время речь идёт о фазе недостаточного производства

нейротрансмиттеров в мозге или о психическом состоянии, которое соответствует утрате экзистенциальной ценности, но которое ещё не проработано Person и т.д. Такое знание причин депрессивного состояния важно для того, чтобы сохранить убеждение в том, что жизнь имеет ценность. Убеждение – это установка, это общее решение в отношении фундаментальной ценности жизни. Обычно подобное убеждение сопровождается воспоминаниями о жизни, когда она имела позитивную ценность – что означает, что у жизни есть также и другие стороны, которые сейчас нельзя увидеть.

Другая форма внутренней позитивной установки по отношению к жизни коренится в *вере*. Это понимание ценности жизни, которое основано не только на особом субъективном опыте, но также и на откровении, божественном знании. И всё же здесь следует быть внимательным: вера, которая покоится не на собственном опыте и не связана с воспоминаниями о позитивной ценности жизни, вряд ли сможет выдержать давление и груз депрессии.

Наконец, скрытой формой позитивной внутренней установки является отказ от суицида, из-за недостатка мужества. В этом чувстве «трусости», как пациенты называют свою установку в типичной самообесценивающей и аутоагрессивной манере, феноменологически обнаруживается неуверенность, сомнения, скрытая надежда, непризнанный импульс в отношении того, что, в конце концов, жизнь могла бы быть чем-то хорошим, или же, что она по своей природе неприкосновенна. За таким определённым и категорическим решением часто можно натолкнуться на уважение, которое превышает любую логику и аргументацию. Для терапевтов важно увидеть и учесть то, что скрывается за такими словами, потому что они таким образом могут лучше помочь пациенту в их Бытии Person.

В терапии суицидальности важно следующее:

- а) Предложить и проработать с пациентом понимание ситуации
- б) Взять с пациента обещание, что он не совершит суицид
- в) Если пациент откажется это сделать, то терапевт должен иметь жёсткую установку, чтобы пациент был постоянно в отношениях с другими людьми.

а) Терапевт приглашает пациента поговорить о его желании совершить суицид, о его намерениях или планах. Поскольку здесь речь может идти о скрываемых тенденциях, необходима эмпатическая формулировка запроса, которая поможет пациенту остановиться на этом вопросе или же которая поможет обойти скрываемое им намерение. Например: «Я хорошо понимаю Ваше положение, в котором Вы сейчас находитесь. Вы несёте огромный груз... Я могу себе представить, что в такой ситуации утрачивается желание жить, что,

вероятно, даже возникает мысль о том, чтобы с ней покончить. Разве Вы не так себя чувствуете?» – Таким образом, пациент может себя чувствовать понятым, и в случае согласия реагировать с облегчением. Это понимание также укрепляет отношения с терапевтом.

Если пациент не испытывает подобных импульсов и чувств, то этот запрос в любом случае не причинит вреда. Некоторые терапевты боятся, что они таким вопросом негативно повлияют на пациента или же вообще приблизят его к суициду. Несуицидальный человек воспримет этот вопрос как вызов по отношению к позитивной позиции в отношении его жизненной ситуации, даже если он депрессивен, и ответит нечто вроде: «Моя ситуация не настолько тяжела, как Вы думаете!».

Тот, кто чувствует себя суицидальным, напротив, отреагирует по-иному. Либо он согласится с облегчением, чувствуя себя понятым, или же будет стараться скрыть свои намерения по разным причинам. Это может быть желание избежать госпитализации или медикаментозного лечения; или же пациент недостаточно доверяет терапевту, для того, чтобы говорить об этом, или он уже решил и не хотел бы, чтобы препятствовали исполнению его замысла. Тогда следует ожидать, что пациент с возмущением отвергнет этот вопрос.

Каким же образом можно распознать эту опасность *диссимуляции*? Для этого Франкл предложил ещё в 20-е годы метод, который и сегодня широко применяется (1982а). В то время Франкл возглавлял отделение, где находились суицидальные пациентки, и перед их выпиской он должен был оценить риск того, что они могут совершить суицид. Он разработал краткую технику опроса, с помощью которой можно было хорошо оценить опасность диссимуляции. Вопросы центрировались косвенно вокруг того, как пациент соотносится со смыслом. Они опирались на следующее наблюдение: если пациент видит смысл в своей жизни, то это уменьшает риск суицида, если же он его не видит, то нет ничего такого, что бы его от этого удержало. Смысл – это важное вспомогательное средство (Hilfsmittel), ресурс против суицидальности.

Обнаружение скрытой суицидальности начинается, как сказано выше, с распроса о возможных суицидальных тенденциях. Если пациент хочет диссимулировать такие тенденции, то он будет стараться рассеять сомнения терапевта и при этом говорить нечто подобно этому: «Нет, таких мыслей у меня нет... Это бы никогда не пришло мне в голову... Вам не стоит беспокоиться!» При таком ответе может быть раскрыта возможная диссимуляция через вопрос, который на первый взгляд может показаться шокирующим: „Почему Вы это не сделали? Что дает Вам эту уверенность?» – В случае диссимуляции пациент заметно удивится и типичным будет то, что он станет заикаться: «Нет, скорее – нет, я этого не сделаю, не беспокойтесь, будьте уверены, я этого не сделаю...!» Диссимуляция

распознается на основании того, что человек не может соотноситься со смыслом и задать конкретное содержание. Если же пациент не диссимулирует, он спокойно сможет привести свои причины и, например, сказать: «У меня есть семья..., у меня есть та или иная задача..., я не хотел бы делать это из-за моей жены..., из-за Бога...и т.д.!»

б) Суицидальных пациентов спрашивают, могут ли они *пообещать*, что ничего с собой не сделают. Не рекомендуется задавать вопрос общего характера: «Вы можете пообещать, что Вы себя не убьете?» Большинство людей не смогут это прямо пообещать. Вопрос должен быть более конкретным и ограниченным: «Можете ли Вы мне пообещать, что в этом месяце (или на этой неделе) не причините себе вреда?» В тяжёлых случаях вопрос должен быть ещё больше сужен: «Вы можете мне пообещать, что мы завтра снова увидимся?»

Единственное содержание, которого может касаться обещание в острых и в особо острых случаях - это отношения между терапевтом и пациентом, а не возможный поступок. «Можете ли Вы мне пообещать, что в любом случае свяжетесь со мной, если Ваши мысли будут вращаться вокруг самоубийства? – Можете ли Вы мне пообещать, что позвоните мне, если Вы больше не сможете гарантировать, что ничего с собой не сделаете? Пообещайте мне, что в таком случае Вы наверняка позвоните, пусть днём или ночью, прежде чем Вы что-то с собой сделаете?» Необходимо скрепить это обещание рукопожатием, при этом открыто посмотреть друг другу в глаза. Если пациент хочет избежать рукопожатия или оно у него не очень крепкое, или если он избегает взгляда, то следует этого потребовать. Если больной пойдёт на это, то почти есть гарантия, что он себя не убьёт, не нарушив своего обещания. Это обещание имеет большой вес, потому что тяжело умирать с нарушенным обещанием!

с) Если пациента нельзя подвинуть к такому обещанию, то ситуацию следует рассматривать как очень критическую, и следует рассчитывать на имманентный суицид. В таком случае нельзя оставлять пациента одного. Рекомендуется госпитализация. Если это невозможно, то важно организовать социальную сеть из заслуживающих доверия лиц, которые в состоянии взять на себя ответственность и гарантировать, что они будут бдительными. Будет фатальным заблуждением отправить пациента домой, не убедившись в том, что кто-то там будет его курировать (не только по словам пациента!).

4. Профилактика депрессии.

Рассмотрим ещё несколько пунктов по предотвращению депрессии и по психогигиене.

а) **Уход за силами.** Профилактика заключается в том, чтобы следить за сферами истощения и быть чувствительным в отношении тех областей, где возникает потеря сил. Это часто

имеет место там, где человек действует в соответствии с чувствами долга или же прилагает к чему-то много усилий, например, на работе, во время вождения автомобиля, даже во время мытья посуды. Такие стрессовые факторы следует осознавать, потому что на них уходит много сил, и часто это ведёт к раздражительности и к мышечному напряжению (прежде всего в области плечей и спины). Благодаря включению фаз отдыха, внимательному отношению к продолжительности сна, к перерывам, к занятиям спортом, режиму дня, планированию недели можно предотвратить потерю сил и истощение. Ритмы и регулярность облегчают жизнь, отпадает необходимость принимать решения. Важно жить соответственно своей скорости, ибо, как показывает опыт, в любой депрессии есть доля истощения.

- b) **Медикаменты.** К области ухода за силами и, таким образом, к области первого фундаментального условия исполненной экзистенции (“первая фундаментальная мотивация” Лэнгле 1992b, 1999), относится использование медикаментов. Как литий, так и продолжительный приём антидепрессантов являются проверенными средствами профилактики депрессии.
- c) **Уход за ценностями.** Для сохранения радости жизни и жизненной силы, важно уделять внимание тем сферам жизни, которые нравятся. Фундаментальное чувство - хорошо, что ты живёшь и что ты есть на свете - должно сохраняться или даже усиливаться. Для этого важен следующий опыт, который приводит человека к отношениям с ценностями.
- Ухаживать за приятными переживаниями, понимая, что там, где радость – там жизнь. Недостаточно *знать*, что было бы полезно, нужно это также *переживать и делать*.
 - Наслаждаться *ценностями переживания*, уделять им время, обратиться к ним
 - Ухаживать за *отношениями*.
 - С вещами, которые что-то означают (важны) для человека, обращаться как с *ценностью*, что означает культуру жизни.
 - Ухаживать за *телом*, больше двигаться, заниматься спортом. Обращать внимание на „Wellness“. Тело - это как воск для «пламени свечи».
- d) Обратиться к „**жизненным препятствиям**“, к тому, что отнимает у человека жизнь:
- Задать себе вопросы относительно причины *нагружающих чувств (Belastende Gefühle)* и обсудить их с другими.
 - Начать *грустить*, если грусть отсутствует

- Обратиться к *разочарованиям* и *потерям*, принять чувство, связанное с неудачей или отказом. Если обращение к этим жизненным препятствиям отсутствует, то душа держится за то, что отрицает разум, что впоследствии приводит к депрессии.

е) **Бережное использование времени.** Время – это всегда время жизни. Благодаря бережному использованию времени человек обращает внимание на любовь к собственной жизни. Конкретно это означает: по возможности делать только то, что является для тебя важным и избегать траты времени на второстепенное. В особенности на это следует обратить внимание депрессивному человеку. Не отставать себя вновь и вновь и не «отказываться» от себя ради других.

ф) **Специальная работа над установками.** Депрессивный человек склонен к установке подчинения, особенно в начале депрессии. Ему свойственно приспособляться, чтобы «заслужить» ценную близость, подчиняться судьбе или авторитетам. Надлежит работать над тем, что важно вступаться за себя, проживать свои желания, потребности, запросы. Следует критически рассмотреть и изменить депрессивную идеальную картину: не всегда хорошо отставать себя и быть скромным. **Обработка установок желаний:** желания таят в себе опасность латентной пассивности. Человек отдан желаниям, если он ожидает, что другие их выполнят. Через фиксацию в установке желаний обладать вещами, которые он не имеет, человек переживает дефицитную сторону жизни сильнее. Основное правило гласит: желания так долго хороши, пока их можно оставить. **Работа над установкой самоуважения:** Для сохранения или роста самоуважения требуется чувствительность в отношении неуважения со стороны других. Его не следует больше терпеть. Если есть неуважительное отношение со стороны других, то хорошо заговорить об этом в качестве профилактики.

5.) Literatur

- Distelkamp Ch (1987) Existenz in der Depression. In: Längle A, Funke G (Hg) Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE Nr. 3/87, 15-19
- Frankl V E (1982a) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
- Frankl V E (1982b) Psychotherapie in der Praxis. Wien: Deuticke
- Frankl VE (1983) Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt
- Kühn R (1987) Auch Schwermut ist Noch-Mut. Versuch einer phänomenalen Einübung. In: Längle A, Funke G (Hg) Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE Nr. 3, 20-25
- Längle A (1984) Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung. In: Sinn-voll heilen. Viktor E. Frankls Logotherapie - Seelenheilkunde auf neuen Wegen. Freiburg: Herder, 47-63

- Längle A (1986) Existenzanalyse der therapeutischen Beziehung und Logotherapie in der Begegnung. In: Längle A (1986) (Hg) Die therapeutische Beziehung. Tagungsbericht der GLE 2, 1 (von 1985). Wien, GLE-Verlag, 55-75
- Längle A, Funke G (Hg) (1987) Mut und Schwermut. Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE 3, 2 (von 1987). Wien: GLE-Verlag
- Längle A (1987a) Depression oder Selbst-Pression? Existenzanalytische Grundstrukturen und Therapie psychogener und noogener Depressionsformen. In: Längle A, Funke G (Hg) Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE Nr. 3/87, 94-128
- Längle A (1987b) Mut und Schwermut. In: Längle A, Funke G (Hg) Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE 3/87, 9-14
- Längle A (1987c) Recenti sviluppi dei metodi logoterapeutici. In: Lineamenti per una Classificazione delle psicoterapie a cura di Luigi Peresson. Edizioni CISSPAT, Padova, 111-118
- Längle A (1988) Was ist Existenzanalyse und Logotherapie? In: Längle A (Hg) Entscheidung zum Sein. V. E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper, 9-21
- Längle A (1990a) Existential Analysis Psychotherapy. In: The Internat. Forum Logotherapy, Berkeley, 13, 1, 17-19
- Längle A (1990b) A Case History in Existential Analysis Psychotherapy. In: The Intern. Forum for Logotherapy, Berkeley, 13, 2, 101-106
- Längle A (1990c) Anmerkungen zur phänomenologischen Haltung und zum Wirklichkeitsbegriff in der Psychotherapie. In: Längle A (Hg) Selbstbild und Weltsicht. Phänomenologie und Methode der Sinnwahrnehmung. Wien: GLE-Verlag, 44-46
- Längle A (1990d) Methode der existenzanalytischen Psychotherapie. In: Zeitschr. f. klin. Psychopath., Psychother. 38, 253-262. En español: La terapia analítico-existencial, ejemplificada a través de una entrevista. In: Logoteoria, Logoterapia, Logoactitud. Revista de la Sociedad Argentina de Logoterapia, Buenos Aires, Mayo 1990, 16 – 21
- Längle A (1991) Depressive Verstimmung und Persönlichkeit, depressives Verhalten. Eine Fallstudie zur Interaktion von Psychopharmaka und existenzanalytischer Psychotherapie. In: Danzinger R (Hg) Psychodynamik der Medikamente. Interaktion von Psychopharmaka mit modernen Therapieformen. Wien/New York: Springer, 47-54
- Längle A (1992a) Der Krankheitsbegriff in Existenzanalyse und Logotherapie. In: Pritz A, Petzold H (Hg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann-Verlag, 355-370
- Längle A (1992b) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. Öffentl. Vortrag, Tagung der GLE in Zug/CH, 3. 4. 1992; publ.: Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 1999, 18-29
- Längle A (1993) (Hrsg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7 (von 1989 u. 1990). Wien: GLE
- Längle A (1994a) Existenzanalyse und Logotherapie. In: Stumm G, Wirth B (Hg) Psychotherapie - Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Wien: Falter-Verlag, 187-192
- Längle A (1994b) Personale Positionsfindung. In: Bulletin der GLE 11, 3, 6-21
- Längle A (1997) Burnout - Existentielle Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. In: Existenzanalyse 14, 2, 11-19
- Längle A (1998) Ursachen und Ausbildungsformen von Aggression im Lichte der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 15, 2, 4-12
- Längle A (1999) Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. In: Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146

- Längle A (2000) Depression. In: Stumm G, Pritz A (Hg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer
- Längle A (2003a) Wertberührung – Bedeutung und Wirkung des Fühlens in der existenzanalytischen Therapie. In: Längle A. (Hrsg.) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas, 49-76
- Längle A (2003b) Zur Begrifflichkeit der Emotionslehre in der Existenzanalyse. In: Längle A. (Hrsg.) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas, 185-200
- Lleras F (2000) Existenzphilosophie. In: Stumm G, Pritz A (Hg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer
- Nindl A (2001) Zwischen existentieller Sinnerfüllung und Burnout. Eine empirische Studie aus existenzanalytischer Perspektive. In: Existenzanalyse 18, 1, 15-23
- Pieringer W (1993) Zum Methodenstreit in der Psychotherapie. In: Längle A (Hrsg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7 (von 1989 u. 1990). Wien: GLE, 119-132
- Tellenbach H (1993) Phänomenologische Analyse der mitmenschlichen Begegnung im gesunden und im psychotischen Dasein. In: Längle A (Hrsg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7 (von 1989 u. 1990). Wien: GLE, 88-102
- Tutsch L (1987) Existenzphilosophie und Depression. In: Längle A, Funke G (Hg) Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE Nr. 3/87, 52-61
- Winklhofer W (1987) Psychiatrie und Existenzanalyse der Depression: “Vom Katecholaminstoffwechsel zur noetischen Dimension.” In: Längle A, Funke G (Hg) Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE Nr. 3/87, 38-51

Перевод О. Ларченко.

Ред. А. Баранников