

## ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СОВРЕМЕННОМ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ (ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ)

АЛЬФРИД ЛЭНГЛЕ\*

*Настоящая публикация является продолжением статьи А.Лэнгле «Экзистенциализм депрессии. Возникновение, понимание и феноменологический подход к лечению», которая была опубликована в предыдущем номере нашего журнала. На этот раз автор в краткой, тезисной форме представляет принципы и главные направления терапевтической работы с депрессивными пациентами в русле современного экзистенциального анализа. В статье представлен комплексный подход к лечению депрессивных расстройств, соответствующий комплексности самого страдания.*

*В основе экзистенциально-аналитической работы с депрессивными людьми лежит феноменологическое понимание депрессии как утраты (verlust) способности переживать ценность жизни. Последовательность терапевтических шагов ведет к самой глубокой точке в лечении депрессии, связанной с нарушением фундаментальных отношений с жизнью. Пациенты должны обрести новую почву, благодаря индукции фундаментальной ценности и формированию новой установки в отношении жизни. Эта цель предполагает ряд подготовительных и сопровождающих действий, направленных на то, чтобы размягчить затвердевшие в депрессивном страдании структуры и открыть Person для процесса изменения.*

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

---

\* Лэнгле Альфрид (Австрия) – доктор медицины и психологии, психотерапевт, известный своими работами в области теории и методологии экзистенциального анализа, вице-президент IFP (International Federation of Psychotherapy), президент GLE-international.

## 1. Введение в экзистенциальное понимание депрессии

С точки зрения экзистенциального анализа, депрессия – это психическое расстройство, тяжесть которого определяется нарушенным переживанием ценности жизни. Депрессия, являясь психическим расстройством, имеет менее или более выраженную (первичную или вторичную) соматическую часть. Однако помимо этого она наносит вред персональному измерению, влияя на позиции и установки человека в отношении как внешнего окружающего мира (Umwelt), так и внутреннего (Innenwelt), а также на его способность к принятию решений и на 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 соотношение с реальностями мира и с самим собой (прежде всего, с телом) как таковое остается практически не нарушенным. Основное расстройство касается, главным образом, осмысления ценности всего того, что ранее наполняло жизнь данного человека радостью и придавало ей смысл, то есть персонального измерения. Вещи, которые он всегда переживал как приятные и вызывающие интерес, вдруг начинают блекнуть в своих красках. Этот феномен известен в психотерапии как «*негативная аффицируемость*». Его экзистенциальным аналогом выступает обеднение «духовной пищи» и утрата способности переживать ценности Person (имеются в виду содержания, благодаря которым жизнь обретает полноту, вызывая в нас ощущение ее исполненности, и которые делают для нас привлекательными наши отношения, вызывая желание сохранять их как можно дольше). Ценности оказывают оживляющее, укрепляющее и питающее воздействие, как на Person, так и на психику человека в целом (Langle, 2003a). Через ценности устанавливаются отношения с более глубокой структурой экзистенции – с самой жизнью. В своей основе депрессия – это неудача, которую потерпел человек в том, что относится к ценности самой жизни.

Итак, можно сказать, что в состоянии депрессии нарушаются отношения человека с «фундаментальной ценностью» жизни и способность к ее чувствованию.

## 2. Терапия

Экзистенциально-аналитическая терапия депрессии должна начинаться на *всех* уровнях (Frankl, 1982 a,b; Langle, 1991), как это совершается сегодня во многих психотерапевтических подходах: на уровне отношений, на когнитивном, эмоциональном, соматическом, биографическом и социальном. Более всего, разумеется, нас интересует экзистенциальное ядро.

а) В экзистенциальном анализе при лечении депрессии особое значение придается **терапевтическим отношениям**. Они должны быть проникнуты теплым, понимающим и принимающим чувством. Активное обращение к пациенту и его беде, эмпатическое вчувствование приобретают в данном случае особую важность потому, что общение с терапевтом представляет для него *новое* соприкосновение с жизнью, благодаря которому он может согреться, а его застывшие нормативные структуры смогут несколько размягчиться. Таким образом, рядом с терапевтом для пациента становится возможным возобновление отношений с жизнью. Терапевт, словно бы, становится для него представителем самой жизни. Но мало этого: благодаря *активному* обращению к пациенту в терапевтической ситуации, психотерапевт в значительно большей степени идет ему навстречу, чем на это способна реальная жизнь в ситуации депрессивного отступления.

б) **Обращение к настоящему и разделение (fraktionierung) задач**. Депрессивный пациент в большой степени живет прошлым. У него мало актуальных отношений, позволяющих установить близость с жизнью, все его отношения преимущественно дистантные. Судить о том, что такое жизнь, он может не столько на основе собственного опыта, сколько наблюдая других. Такая дистанция по отношению к жизни нарушает ее конкретное формирование в условиях повседневности. Структура дня, фазы покоя, сон заслуживают особого внимания со стороны терапевта, поскольку все эти моменты способствуют разгрузке пациентов. Особенно важно выяснить, *обращается* ли пациент к тому, что он делает (Langle, 1997; Nindl, 2001). Поддержка намерений сохранить способность к выполнению небольших задач делает возможным завязать отношения с жизнью.

с) **Работа над когнитивными структурами и неправильной атрибуцией**. *Этот шаг не является специфическим для экзистенциального анализа*. Речь идет о раскрытии и осознании кругов мышления, «кругов истощения» – генерализаций типа «всегда», «никогда», «все» и т.д.

д) **Мобилизация персональных ресурсов и упражнение в определении своей позиции**. Здесь используются специфические экзистенциально-аналитические *элементы*, в особенности центральная персональная способность – находить и занимать собственную позицию. Ниже раскрываются основные из этих элементов.

**Самодистанцирование (Selbst-Distanzierung)** (Франкл, 1982а, б):

– в отношении *чувств* (например, «сейчас чувства заморожены, но я не позволю им диктовать, что мне делать»);

– в отношении *ожиданий* (например, ожидания непрременной радости, доставляемой тем, что человек делает).

Мы пытаемся разработать с пациентами персональные способы обращения со своими негативными чувствами и такими тягостными состояниями, как, например, отсутствие радости. Это важно, поскольку в обычных условиях радость нам помогает, обозначая области, где мы оказываемся ближе всего к жизни. Депрессивный человек, который при выполнении какой-либо деятельности не может больше радоваться, будет воспринимать и эту неспособность как собственную неудачу. В результате он может увлечься *эскалацией негативного*, поддаваясь печали по поводу того, что вообще не может больше радоваться и не способен ни в чем найти для себя радость. Поэтому в терапии следует учитывать возможность такой «накрутки» негатива по восходящей. Можно ослабить это давление на пациента, если обратить его внимание на то, что в период «черно-белого кино», как метафоры депрессии, ожидание, что радость сразу же оживет, едва для этого возникнут условия, вряд ли оправдано. Он должен в большей мере концентрироваться на когнитивных знаниях (первая фундаментальная мотивация), на интуитивном ощущении, что правильно, а что – нет (третья фундаментальная мотивация), а не на чувстве дефицитарного (вторая фундаментальная мотивация), чтобы таким образом ограничить возможный вред. Освобождая себя от ожиданий позитивных эмоций, пациент вместе с тем освобождается и от разрушительного чувства, которое возникает при мысли, что он должен радоваться, а радоваться не может.

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.

Здесь важна установка, что само действие тоже имеет ценность, которая нередко имеет большее значение, чем это осознается. Депрессивные пациенты склонны к тому, чтобы обесценивать все *собственное* (то есть свои дела, результаты своих действий, свои достоинства и пр.) либо рассматривать его в аспекте нормы («это просто нужно!»). При этом они утрачивают открытость по отношению к той ценности, которой реально обладают.

Например, некто утверждает, что любит рисовать, но вместо того, чтобы отдаться любимому делу, целыми днями сидит перед телевизором. С прагматической точки зрения, следует допустить, что просмотр телепрограмм для этого человека значит, все же, больше, чем рисование, однако он никакого расхождения между своими словами и делами до поры

до времени не замечает. Эти искаженные представления о себе являются преувеличением собственной ценности, своего рода манией величия, чертовой очередным фиаско («я не состоялся как художник...»). Когда события действительно принимают такой ход, следует подтолкнуть самопринятие пациента и тем самым положить конец, порой ежедневным, приступам самообесценивания. Депрессивный человек полагает, что он не занимается подлинно важным, а тратит время на что-то не существенное; с точки зрения культуры, гораздо важнее рисовать, заниматься искусством, а то, на что он тратит все свое время сейчас, не стоит равным счетом ничего. Но не обесценивается ли здесь ценность телевидения? Не представляет ли оно для находящегося в депрессии человека тоже ценность, которая заключается в том, что благодаря этому источнику информации у него возрастает чувство близости к реальной жизни, в результате чего преследующее его чувство одиночества и своей ненужности теряет прежнюю остроту? Не является ли подобная ценность экзистенциально более значимой, чем та, которая, хотя и признается с культурной точки зрения многими, но не способна согреть душу больного? – Если какая-либо ценность является реальным основанием для предпочтения одного действия перед другим, одной вещи перед другой, то ежедневно будет иметь место реальная оценка, заставляющая отдать выбор телевидению. Между тем, позиция по отношению к этому реальному оцениванию у депрессивного человека, как правило, отсутствует или же оценивание не соотносится с той возможной ценностью, которой обладает «неправильное действие», поскольку ригидное нормативное мышление ничего подобного не допускает. Когда же человек открыто признает возможную ценность в отвергаемом действии, происходит примирение с самим собой и стресс, связанный с самообесцениванием, уходит.

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

Цель данного метода заключается в том, чтобы перевести депрессивную «первичную эмоцию» в «интегрированную» (Лэнгле, 2003b). Эта попытка осуществляется посредством трех шагов, каждый из которых кратко представлен далее в форме нескольких вопросов:

**PP1** – позиция вовне: Что реально происходит? Это действительно так? *На основании чего* я об этом знаю?

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

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

е) **Обработка и понимание чувства, что ты потерпел неудачу.** Обнаружить неспособность что-либо сделать и, начав отсюда, пройти по депрессивным ощущениям вплоть до позитивного ядра, благодаря чему негативное превращается в позитивное: «Имеется ли какая-либо сильная сторона в том, что я считаю своей слабостью?» – «Действительно ли то, что я считаю неспособностью, является таковым и только, или же там тоже есть возможность постоять-за-себя?».

Благодаря такой работе происходит *понимание интенций* поведения и устанавливаются отношения с собственной жизнью.

Например, на прием приходит пациентка с депрессивным расстройством. Повод обычный: недавно она снова оказалась на что-то «неспособна». Она приняла приглашение своих подруг посидеть за чашкой кофе, дошла до дома одной из них, где они решили встретиться, уже приложила палец к кнопке звонка, но в последний момент вдруг передумала и вернулась домой. Там она закрылась от всех и предалась депрессивным чувствам и мыслям. Она ощущала себя ни к чему не способной неудачницей. Это чувство еще более усиливалось из-за того, что она даже не позвонила подругам, чтобы извиниться.

Неспособность и обнаружение скрытой ценности ее действий мы прорабатывали, используя феноменологический подход: что двигало ею, чтобы принять приглашение и пойти к подруге? – Была ли у нее причина, по которой она не нажала на кнопку звонка? – Что это было? – Почему она не позвонила, возвратившись домой? В результате поиска выяснилось, что в тот момент, когда она должна была нажать на кнопку звонка, ею овладело чувство, что она не может встретиться с подругами, потому что находится в состоянии депрессии. Она совершенно четко подумала, что лишит их радости, если придет с таким настроением. И теперь она поняла, что, исходя из очень позитивной причины – защитить подруг, – она повернулась и ушла. Иными словами, вернулась домой, в сущности, из-за любви к близким ей людям. Благодаря пониманию себя, исчезло чувство неспособности, неудачливости. И по отношению к своим депрессивным ощущениям она теперь сама стояла и действовала как Person. Своим, казалось бы, нелепым поступком она следовала ценности, которая была для нее чрезвычайно важной: оказать подругам дружескую услугу, не омрачать им радость встречи, не взваливать на них тяжесть своего настроения. Пациентка ушла с сеанса с чувством облегчения и по своему растроганной. В дебрях депрессивных чувств она смогла встретить и принять себя.

ф) **Проработка чувства вины и конкретизация ответственности.** Депрессивное чувство вины определяется, с одной стороны, диффузным *чувством ответственности*, в котором нужно прояснить реальное со-

держание и истинную ответственность или фактическую вину. С другой стороны, оно исходит из *завышенных представлений о ценности*, по отношению к которым также требуется критический взгляд и ревизия.

Кроме того, депрессивный человек склонен к тому, чтобы заполнять «пустоты ответственности», поэтому, как правило, он предъявляет к себе чрезмерные требования, что приводит к фрустрации. Никто не может быть ответственен за чувства других людей, например за то, счастливы или несчастливы наши мать или отец. Однако депрессивный пациент нагружает себя ответственностью такого рода и одновременно чувствует себя неспособным к ней и виноватым, тем самым бесконечно истощая себя.

**g) Работа над отношениями. Упражнение в принимающей установке по отношению к ценностям.** Девиз: «Ежедневно делать что-то хорошее для себя!». Отвергающая, обесценивающая позиция по отношению к себе и связанная с этим утрата отношений с собственной жизнью должны быть проработаны посредством конкретных, решительных действий. Благодаря ежедневному упражнению приобретается новый жизнеутверждающий опыт.

Для осуществления этой программы депрессивным пациентам предлагается тезис: «Ничто не есть «хорошо», что не есть так же хорошо для меня». Здесь проводится работа с блоками ценности, с восприятием ценности, а также с травматизациями или потерями. Недостаток витальности при эндогенной депрессии требует особого подхода в лечении, для чего в экзистенциальном анализе разработаны специальные шаги (Frankl, 1983). Важной является также *способность замечать и предотвращать истощение, в отношении которого 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 глубинному слою экзистенциально-аналитической терапии, одна из задач которой заключается в том, чтобы вскрыть и сделать ощутимыми те влияния, которые позволили пациенту или вынудили его выстроить негативную установку по отношению к жизни. В этой работе можно выделить фазы гнева, грусти и мобилизации ресурсов путем дальнейшей проработки отношений и ценностей пациента (Langle, 1993, s.38-58).

Очевидно, что если пациента спросить, хорошо ли, что он есть, и какое чувство у него вызывает вопрос, *нравится ли ему жить*, то он приблизится к большим сторонам своей жизни. Самую глубокую точку экзи-

стенциально-аналитической терапии депрессий мы видим в том, чтобы заложить основу для новой установки пациента в отношении жизни. При этом очень важно помочь ему осознать, что эта новая установка вытекает из источника его персональной жизни, который зарождается в предчувствии и чувствовании бытия здесь.

Эту задачу можно считать достигнутой, если мы приходим к утвердительному «да» по отношению к жизни, – позиции, занятой не на рациональной, но на глубоко прочувствованной эмоциональной основе. Такое обретение персональной позиции происходит вслед за пониманием ценности жизни, по отношению к которой пациент может вновь открыться и получить к ней доступ благодаря новым установкам и пережитому опыту. И тогда, с помощью нового решения, он может подняться над депрессивными чувствами, ибо депрессия в нашем понимании – это утрата экзистенциальной фундаментальной мотивации и активного компонента персонального действия. Здесь следует помнить, что болезненные переживания заставляют пациента забывать о том, насколько важно и необходимо *обращение* к жизни и жизненным ценностям. Вновь обрести эту способность помогает переживание грусти, а порой – гнева. Благодаря этим эмоциям человек снова начинает чувствовать в себе силу жизни: приносящую облегчение благотворную силу слез или укрепляющую и защищающую силу агрессии.

### 3. Терапия суицидальности

Здесь следует сделать несколько заключительных замечаний к всеобъемлющей работе Т.Ниндля, где он подробно описывает работу с суицидальностью (Nindl, 2001).

Суицидальность – весьма часто встречающийся феномен при депрессии. Если представить себе, что человек на протяжении длительного времени вынужден жить с тем психическим грузом, который тянет за собой депрессия, а именно, ощущая утрату сил, страдая от свалившейся на него неспособности действовать и от чувства вины, забыв желания и радости жизни, утратив надежду, тогда суицидальные тенденции можно понять. Желание лишиться себя жизни мы рассматриваем как симптом, который соответствует внутренней установке пациента по отношению к жизни. Если учесть, что депрессивный человек оценивает свою жизнь как никуда не годную, как обузу для других и, поэтому, – как источник непреодолимой вины, тогда суицидальность кажется логичным последствием и даже честным выражением переживания. *Негативная оценка собственной жизни* (в экзистенциализме мы называем ее «негативной фундаментальной ценностью») ведет не только к отрицательным чувствам и



аффектам, но и к персональной установке, которая содержит в себе *решение* против жизни. Поэтому суицидальность – *не болезнь* сама по себе, а *решение* человека, принятое 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 в рамках отношений пациента представляется ему, как раз, истинно нравственным.

Существуют три основания, которые могут удержать депрессивного человека от его саморазрушительного намерения: *позитивная внутренняя установка по отношению к жизни, страх и недостаток силы*. Последнее с особой силой переживается в самом разгаре тяжелых депрессивных фаз. Поэтому суицидальность в острой форме чаще всего проявляется в начале и в конце депрессивной фазы, когда у пациента достаточно силы, чтобы реализовать свое намерение. В конце фазы риск особенно высок, потому что в этом случае суицида никто не ждет, ведь чисто внешне пациент чувствует себя лучше: негативные чувства в значительной степени отступили, активность и предприимчивость стали заметнее... И все же отсутствует основное – новое подкрепление утверждающей установки по отношению к жизни. Таким образом, отступают видимые внешне депрессивные чувства и недостаток активности, но в глубине по-прежнему сохраняется и действует мрачная, отвергающая жизнь установка.

Рассмотрим кратко *позитивную внутреннюю установку по отношению к жизни* как самую сильную защиту от суицида. Она может проистекать из глубокого убеждения в ценности жизни, находя подкрепление в *рассудочном знании*, что дело всего лишь – во временном недостатке производства нейротрансмиттеров в мозге или в психическом состоянии, которое соответствует утрате экзистенциальной ценности, оставаясь еще не проработанным Person и т.д. Знание причин депрессивного состояния позволяет сохранить убеждение в том, что жизнь по-прежнему имеет ценность. Убеждение – это установка, общее решение в отношении фундаментальной ценности жизни. Обычно подобное убеждение сопровождается воспоминаниями о прежней жизни, когда она имела позитивную ценность, что означает, что у жизни есть также и другие стороны, которые просто в данный момент скрылись из поля зрения.

Другая форма внутренней позитивной установки по отношению к жизни коренится в *вере*. Понимание ценности жизни, обусловленное верой, основано не только на особом субъективном опыте, но и на откровении, божественном знании. И все же психотерапевту здесь следует быть внимательным: вера, которая покоится не на собственном опыте и не связана с воспоминаниями о позитивной ценности жизни, не всегда может 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 обнаруживаются 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 определенным 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 подобным образом могут лучше помочь пациенту в их Бытии Person.

**В терапии суицидальности** важно следующее:

a) предложить и проработать с пациентом понимание ситуации;  
b) взять с пациента обещание, что он не совершит суицид;  
c) в случае отказа от такого обещания, терапевт должен следовать жесткой установке, в соответствии с которой пациент постоянно должен находиться в окружении и в живых отношениях с другими людьми.

a) Терапевт приглашает пациента поговорить о его желании совершить суицид, о его намерениях или планах. Поскольку здесь речь может идти о скрываемых намерениях, необходима эмпатическая формулировка запроса, которая поможет пациенту либо услышать и принять этот вопрос, либо обойти скрываемое им намерение. Например: «Я хорошо понимаю положение, в котором Вы сейчас находитесь. Вы несете огромный груз... Я могу себе представить, что в такой ситуации может исчезнуть желание жить, вплоть до того, что возникает мысль... вообще покончить с жизнью. Разве Вы не так себя чувствуете?» – Таким образом, пациент может почувствовать себя понятым и, в случае согласия, реагировать с облегчением. Помимо прочего, такое понимание 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 вовсе приблизят его к суициду. Несуицидальный человек, даже если он находится в состоянии депрессии, может воспринять этот вопрос как вызов занимаемой им позитивной позиции в отношении своей жизненной ситуации и ответит что-нибудь вроде: «Моя ситуация не настолько тяжела, как Вы думаете!».

Тот, кто чувствует себя суицидальным, отреагирует по-иному. Либо он с облегчением согласится, чувствуя себя понятым, либо по разным причинам будет стараться скрыть свои намерения. Это может быть жела-

ние избежать госпитализации и медикаментозного лечения; или же пациент не настолько доверяет терапевту, чтобы говорить с ним на столь тяжелую тему, наконец, случается и так, что он уже решился и не хотел бы, чтобы кто-то препятствовал исполнению его замысла. Тогда следует ожидать, что пациент с возмущением отвергнет этот вопрос.

Каким же образом можно распознать опасность *диссимуляции*? С этой целью В.Франкл еще в 20-е годы предложил метод, который широко применяется и сегодня (Франкл, 1982а). В то время он возглавлял отделение, где находились суицидальные пациентки. Накануне их выписки он должен был оценить риск того, что они могут совершить суицид. Он разработал краткую технику опроса, с помощью которой можно было с необходимой точностью оценить опасность диссимуляции. Вопросы косвенно центрировались вокруг того, как пациент соотносится со смыслом. Автор метода опирался на следующее наблюдение: если пациент видит смысл в своей жизни, то это уменьшает риск суицида, если же он такого смысла не видит, то ничто не сможет его удержать. Смысл – важное вспомогательное средство (*hilfsmittel*), ресурс против суицидальности.

Обнаружение скрытой суицидальности начинается, как сказано выше, с вопроса о возможных суицидальных тенденциях. Если пациент хочет диссимилировать такие тенденции, то он будет стараться рассеять сомнения терапевта и говорить нечто подобное следующему: «Нет, таких мыслей у меня нет... Такое никогда бы не пришло мне в голову... Не стоит беспокоиться!» При подобном ответе возможная диссимуляция может быть раскрыта с помощью вопроса, который, на первый взгляд, может показаться шокирующим: «Почему бы Вы это не сделали? Что дает Вам такую уверенность?» – В случае диссимуляции пациент 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 некое конкретное содержание. Если же пациент не диссимилирует, он спокойно сможет привести свои аргументы и, например, сказать: «У меня есть семья..., у меня есть та или иная задача..., я не хотел бы делать, зная, как будет страдать жена..., из-за страха перед Богом... 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 не убьете себя?» Большинство людей не смогут дать такое обещание. Вопрос должен быть более конкретным и рассчитанным на определенный временной интервал: «Можете ли Вы мне пообещать, что в этом месяце (или на этой неделе) не причи-

ните себе вреда?» В тяжелых случаях вопрос должен быть еще больше сужен: «Вы можете мне пообещать, что завтра мы снова увидимся?»

В острых и в особо острых случаях единственное содержание, которого может касаться обещание, – 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 пообещать, что позвоните мне, если поймете, что не сможете больше гарантировать, что ничего с собой не сделаете? Пообещайте мне, что в таком случае Вы наверняка позвоните, будь то ночь или день, прежде чем решитесь на этот поступок?» 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 пойдет на это, то можно гарантировать с большой вероятностью, что он не нарушит своего обещания. Такое обещание имеет большой вес, ибо тяжело умирать с нарушенным обещанием!

с) Если пациента не удастся подвигнуть к такому обещанию, то ситуацию следует рассматривать как чрезвычайно критическую, расценивая ее как 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 (не полагаясь только на его заверения!), что имеется надежный человек или группа людей, которые будут там его курировать.

#### **4. Профилактика депрессии**

Рассмотрим еще несколько пунктов, касающихся предотвращения депрессии и психогигиены.

а) **Уход за силами.** Профилактика заключается в том, чтобы пристально следить за сферами истощения и быть чувствительным в отношении тех областей, где возникает потеря сил. Часто эта область находится там, где человек действует в соответствии с чувством долга или же прилагает к чему-то слишком много усилий, например, на работе или во время вождения автомобиля, даже в процессе мытья посуды поздно вечером после рабочего дня. Такие стрессовые факторы следует осознавать, потому что на них уходит много сил, и часто это ведет к раздражительности и к мышечному напряжению (прежде всего в области плеч 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 сообразно своей скорости, ибо, как показывает опыт, в любой депрессии есть доля истощения.

б) **Медикаменты.** К уходу за силами и, таким образом, к области первого фундаментального условия исполненной экзистенции («первая фундаментальная мотивация» – Лэнгле, 1992b; 1999) относится также использование медикаментов. Как литий, так и продолжительный прием антидепрессантов являются проверенными средствами профилактики депрессии.

с) **Уход за ценностями.** Для сохранения радости жизни и жизненной силы важно уделять внимание тем сферам жизни, которые нравятся. Фундаментальное чувство – хорошо, что ты живешь, и что ты есть на свете – должно сохраняться или даже усиливаться. Для этого важен опыт, который ведет человека к отношениям с ценностями. Имеется в виду следующее:

– ухаживать за приятными переживаниями, понимая, что там, где радость, – там жизнь. Недостаточно *знать*, что было бы полезно, нужно также *переживать* это и *делать*;

– наслаждаться *ценностями переживания*, уделять им время, обращаться к ним;

– ухаживать за *отношениями*;

– с вещами, которые 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) Обращение 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 прямое обращение к этим жизненным препятствиям отсутствует, то душа держится за то, что отрицается разумом, а это неизбежно приведет 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 тра-

ты времени на второстепенное. Для депрессивного человека соблюдение этого правила особенно важно. Не отставлять 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: отнюдь не всегда хорошо «задвигать» себя и быть скромным. **Обработка установок желаний:** желания таят в себе опасность латентной пассивности. Человек *отдан* желаниям, если он ожидает, что другие их выполнят. Из-за фиксации на желании обладать вещами, которых он не имеет, человек переживает дефицитную сторону жизни значительно сильнее. Основное правило гласит: желания хороши до тех пор, пока сохраняется возможность их 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.

*Перевод с немецкого: О.М.Ларченко  
Научная редакция: А.С.Баранников, Г.А.Петрова*

## ЛИТЕРАТУРА

- 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 V.E.* (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. Munchen: 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 Weltansicht. 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.
- Winkhofer 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.