

**Original:** Längle A (1987) 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

## **ALFRIED LÄNGLE**

### **DE-PRESIE SAU AUTO-PRESIUNE STRUCTURI DE BAZĂ EXISTENȚIAL/ANALITICE ȘI TERAPIA DEPRESIILOR PSIHOGENE ȘI NOOGENE**

Lucrarea vizează cercetarea modalităților existențiale ale depresivilor. Ca simptome primare sunt prezentate: o confruntare redusă cu realitatea transsubiectivă, sentimentele de lipsă de energie și de gol. Ca rădăcină comună a lor este prezentată lipsa experienței fundamentale, experiența de a ști că este bine să exiști.

#### **UN TABLOU AL DEPRESIEI**

Dacă întrebăm ce simptome are depresivul, vom primi răspunsul că lui nu-i este dat să trăiască din plin și liber. El își ține în față un mod de existență cunoscut după care tânjește. Viața lui este sărăcită în împlinire. Această împlinire fiind ori presimțită ori amintită din viața dinaintea depresiei. Strălucirea ei este îndepărtată, de neatins. Măreția vieții a decăzut până la ruinele unei stări vegetative.

Dacă am dori să prezentăm într-un tablou experiența suferinței depressive, atunci ne-am putea închipui un om care stă în fața unui munte înalt, el stând jos și privind spre culme. Muntele sus e într-o lumină solară. Să fii acolo sus e fericirea cea mai mare. Dar el e foarte jos în vale. Aici este întunecat și rece, e obosit și muntele e mult prea abrupt.

Ceialți oameni reușesc parcă într-o joacă să-1 urce și stau sus la soare. De multe ori strigătele lor de fericire ajung până în vale. Omul stă jos și nu întrevede nici o posibilitate să urce. Ca și paralizat, se blochează în această stare. El observă cât de departe este această lume de el și își simte slăbiciunea, se simte încleștat, zidit. Și ultimul impuls de a ajunge în lumea aceea îndepărtată dispăre. El suferă paralizat pentru că persoana sa spirituală a rămas intactă împotriva oricărei paralizii.

El vede cum ar trebui să fie în viață. A vedea aceasta concret, a nu se simți apt de așa ceva duce la o resemnare insuportabilă, care îl cuprinde total. El este „melancolic cu piele și păr, cu corp și suflet, dar nu cu spirit” (Frankl). Cu spiritul lui el înțelege că nu ar trebui să fie așa, că el astfel nu e chiar el însuși. Dar pentru el devine insuportabil a vedea că există această viață împlinită și are senzația că se târăște.

Aș dori să aduc în discuție o regulă analitic-existențială de diferențiere a depresiilor endogene și nevrotice. În evaluarea perspectivei vieții există o diferență mare între cele două forme de depresii. Acea formă de depresie gravă denumită în literatura psihiatrică endogenă, caracterizează prin faptul că cel atins este sută la sută convins că o viață bună este exclusă pentru el. Din acest motiv există aici și pericolul suicidului. Depresivul nevrotic (și noogen) crede că o viață bună ar fi posibilă pentru el și tânjește spre această viață.

În cazurile cronice, această diferență este mai mică. Personal sunt părere că aceste două forme de depresie se deosebesc una de alta, din punct de vedere psihologic, doar prin dimensiunea pierderii de perspectivă.

Prin această pierdere de perspectivă se ajunge doar la simptomele cunoscute și la starea depresivă. Intensitatea, iuțeala și totalitatea pierderii de perspectivă la depresiile endogene, indică de fapt că ele se dezvoltă pe baza instabilității proceselor biochimice. Această formă de depresie se datorează disfuncțiilor produse în procesele fiziologice. Această observație făcută de AE se confirmă și prin noile discuții clasificări ale depresiilor (DSM III).

Descrierea ce urmează se referă atât la depresia nevrotică, cât și la cea endogenă. La cea din urmă se observă o mai amplă participare somatică. O participare a dimensiunilor fizică, psihică și noetică oricum e prezentă la toate formele de depresie.

### CUM AJUNGE OMUL LA EXISTENȚĂ?

Nu pot ajunge la existență prin propriile mele forțe, cum nu sunt născut din mine. Scânteia care duce la ființarea omenească se produce prin întâlnirea capacităților mele noetice cu o situație care produce o vibrație în mine. În domeniul existențial, diviziunea obiect–subiect nu-și are valabilitatea. Existențialitatea omului se relevă atunci când disponibilitatea sa întâlnește un vis-a-vis, un obiect, care îl provoacă și care e în stare să-l pună în mișcare pe om.

Primul pas existențial este PERCEPEREA OPUSULUI. Acest fenomen filosofic, în psihologie se numește Percepție.

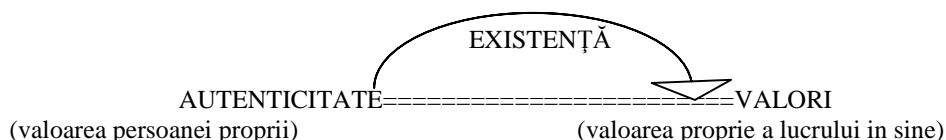
Al doilea pas este EVALUAREA PERCEPUTULUI, care în principiu este o (pre)-simțire a unui posibil sens.

În al treilea pas omul ia ATITUDINE, ceea ce îi dezvoltă personalitatea. Existențialitatea presupune o acțiune adecvată situației. va

(Descrierea acestor pași, la Längle, 1988, p. 40-52)

În principiu existențialitatea este o confruntare cu situația reală în care am fost introduși, cu sau fără voia noastră, întrebați sau neîntrebați. Existențialitatea înseamnă a ști în ce situație trebuie să mă abțin, să refuz; să hotărâsc pentru ce anume mă angajez, la ce să mă dedic și pe urmă să și fac lucrul respectiv. Viața existențială implică libertate și responsabilitate, care cuprind cele 3 existențiale: *spiritualitate*, *libertate* și *responsabilitate*, cum le denumește Frankl după Heidegger. Cele trei existențiale se contopesc în termenul de *autotranscendență*, care este o proiecție spre valorile care sunt percepute în deplinătatea lor. Transcenderea de sine se produce în urma înțelegerii și simțirii importanței și urgenței situației în sine, care devine prețioasă prin valoarea-i proprie, îmbogățind totodată propria valoare a persoanei.

Viața existențială se centrează pe două puncte focale care arată întinderea existențială a vieții:



Imag. 3: Existența este ca un arc, care se întinde între persoană și lucru, obiect

## MODUL DEPRESIV DE A EXISTA

Cum oare crește la depresiv, într-un mod atât de apăsător, sarcina de a-și trăi viața?

De ce îi părăsesc puterile pe depresivi?

De ce nu au viitor?

Ce face depresivul din existența sa?

Prin observațiile făcute asupra modului de modelare a existenței depresivului, reies din punct de vedere analitic existențial trei grupe de simptome:

1. confruntarea redusă cu realitatea (deficiența simțului realității);
2. sentimentul de neputință (lipsa de energie = Ohnmachtsgeföhle);
3. sentimentul de gol (Leeregeföhle).

Aceste grupe de simptome reprezintă preponderența depresivă a spiritualității subiective și obiective a omului. Ele se referă la:

1. Spiritualitate
2. Libertate și responsabilitate
3. Sensul și valorile, care sunt corelatul obiectiv al spiritualității subiective.

Schimbul normal între depresiv și lumea lui e disturbat în câmpul existențial. În loc să ajungă la AUTOTRASCENDENȚA eliberatoare, el rămâne ancorat doar în el însuși și prea preocupat de sine însuși.

Astfel apare o presiune contra LUI însuși ca și când natura proprie s-ar opune pereților de temniță ale EU-lui. Depresivul pendulează între autoagresiune și autocompătimire.

**Courard (?)** consideră **autodesprinderea (?)** slabă ca un semn al unei autorepresii, care ar conduce la incapacitatea de a crește ca persoană. Această observație este confirmată de cercetările analitic existențiale.

### I. DEFICIENȚA SIMȚULUI REALITĂȚII (confruntarea redusă cu realitatea).

Acest fragment arată cum depresivul se ține el singur în șah și nu mai ajunge să fie real în lume.

Terapeut: a existat în ultima vreme ceva ce v-a creat bucurie?

Pacienta: Da, un concert Rock, la care am fost cu soțul meu.

T: Dacă v-a făcut bucurie, n-ați dori să mergeți din nou?

P: Aceasta ar trebui să fie atunci în permanență! Nu ajunge să merg doar din când în când. Atunci desigur ar fi ceva constrâns!

#### 1. DIVERGENȚA ÎNTRE GÂNDIRE ȘI ACȚIUNE

Gândul la bucuria concertului n-a produs la pacientă o acțiune concordantă, ci dimpotrivă a evocat o poziție contrară. Nu s-a putut hotărî să meargă iarăși la astfel de concerte. Prin felul ei de a gândi, femeia depresivă s-a expus unei tensiuni, deoarece nu poate lăsa lucrurile așa cum sunt, lucrurile bune sau frumoase, cum nu poate aprecia nici pozitiv acțiunile ei proprii. Imaginațiile ei îi baricadează drumul spre lume și-i ascund viața. Gândirea ei rămâne neconfirmată, căci nu este urmată de acțiune. Și invers, acțiunile ei sunt devalorizate pentru că ele nu corespund imaginațiilor. În continuare sunt prezentate divergențele între gândire și acțiune, precum și unele expresii tipice ale depresivilor:

"Neîncetat am simțiri și gânduri, dar NIMIC nu transpun în practică. De ex. vreau să fiu mai independentă și îmi zic că vreau să merg la film. Dar atunci nici nu-l întreb pe soțul meu dacă pot să mă duc sau dacă ar merge și el cu mine. Și NIMIC nu se întâmplă"

„Știu ca mi-ar prinde bine să merg o zi pe săptămână la plimbare. În ultima săptămână Dvs. m-ați convins, dar săptămâna aceasta, nici măcar nu mi-am pus întrebarea. Și am stat împreună tot weekend-ul acasă și simt cum iar devin și mai depresivă.

Cu toate greutățile ce le am cu mama mea, nu venit NICIODATĂ, nici măcar ideea, să discut cu ea despre așa ceva. Întotdeauna doar acel „bună dimineața” și atât. Asta funcționează bine. Nu am avut curajul pentru că ar fi putut ieși scandal și atunci ÎȚI cade totul pe cap și mama e VEȘNIC jignită!” (observați generalizările și trecerea dintr-o dată la persoana a II-a).

În cazul terapiei este important să i se arate pacientului legătura dintre gândire și acțiune. Dându-i sarcini concrete, această divergență între gândire și acțiune se poate reduce destul de mult în 4-10 ședințe de psihoterapie.

### 1.1. *DEPRESIVUL, CAPTIV al INFINITELOR POSIBILITĂȚI*

"M-am întrebat recent ce fac eu când visez? Găsesc că fac un fel de galop de probă în care-mi măsoar gândurile cu realitatea. Mă gândesc la TOATE posibilitățile care ar putea surveni. Prietenul meu nu face așa. Își găsește o explicație pt. problemele lui și le-a și rezolvat. El nu face ceea ce eu fac tot timpul, adică să controlez lucrurile, dacă corespund realității și dacă teoriile despre ele corespund".

Iarăși: "Problema este că nu aleg între posibilități, ci mă opresc în domeniul posibilităților și mă preocup de legătura lor cu realitatea".

Natural că totdeauna TOTUL este posibil. Putem fi chiar totdeauna vinovați de totul. De fapt pacienții își atribuie fel de fel de greșeli, atâta timp cât se află în domeniul posibilităților și mai ales când aud critici la adresa lor.

Conștientul depresivului este marcat de predominanța POSIBILULUI. Însă nu se țin de ceea ce văd cu adevărat, nu trăiesc cu adevărat și nu fac în mod real ("reprezentarea realității"); ei trăiesc în presupuneri:

"Ceilalți ar trebui să observe ei înșiși..."

"Când el se uită așa la mine, precis că nu vrea ca să-l întreb..."

"Sunt convinsă că fiica mea divorțată și-ar dori s-o vizitez mai des"

- "Ați întrebat-o vreodată, cât de des și-ar dori vizite din partea Dvs?" (tăcere mirată).

"Nu, până acum, niciodată".

Nu e nimic de spus dacă oamenii fac presupuneri, se gândesc la diferite posibilități. Dar ceea ce este caracteristic pentru depresivi este supoziția în privința realității. Ipoteticul se tratează deja ca și cum ar fi realitate.

T: "De ce spuneți că n-ar avea sens să schimbați situația apăsătoare de acasă?"

P: "Pentru ca atunci aș fi nerecunoscătoare, ei ar crede ca aș fi nemulțumită și mi-ar face reproșuri".

T: "Și ce ar fi rău în aceasta?"

P: Rău ar fi că aș putea și eu gândi la fel cu ei și că reproșurile ar fi justificate"

T : „SUNTEȚI nerecunoscătoare?"

P: "Nu știu. Ceea ce gândesc și simt se contrazice. Asta dezlănțuie un sentiment de vinovăție! Cu toate că mă gândesc că aceasta nu este de loc drept. Când mă gândesc că un lucru ar fi drept, atunci întotdeauna simțământul mă încurcă!"

T: "Simțământul acesta este el chiar îndreptățit? Ați fost vreodată cu adevărat nerecunoscătoare, așa încât să vă zică asta cei de acasă?"

P: "Nu, nu mi s-a zis niciodată cu adevărat (devine aproape furioasă). N-a ajuns niciodată până acolo!"

T: "Deci nici măcar nu știți, în ce situație oamenii au gândit ca ați fi nerecunoscătoare? "Știți numai în ce situații credeți Dvs. ca oamenii ar fi putut gândi aceasta despre Dvs."

P: "MHM" - pauză. Observ că iar se repetă (expiră adânc) că fac mereu supoziții"

T: "Problema este că nici măcar nu știți ce este cu adevărat!"

P: „Nu știu cum ar reacționa oamenii de acasă cu adevărat. Mi-e frică de reacțiile pe care nu le cunosc”. Remediul terapeutic constă în faptul că trebuie intrat cu pacientul în lumea posibilităților sale și în discuție să se evalueze adevăratele sale posibilități. Pentru ca el să se poată stabili și se dau teme de casă, privind anumite situații de rezolvat.

### 1.2. *ABSENȚA COMUNICĂRII, absența dialogului, absența mutualității.*

Presiunea exercitată asupra vieții omului depresiv provine foarte des și din lipsa comunicării, a dialogului cu aproapele, cu cei din jur. Astfel a venit la ora de terapie o pacientă plângărească. S-a scuzat de la bun început, că vorbește atât de mult, dar că ar fi frământată în privința concediului. În doua zile va pleca cu soțul într-un concediu de ski și atunci va surveni din nou vechea ceartă. El ar vrea ca ea să schieze pe pista cea mare, dar ea nu știe să schieze bine. Lui i-ar place să iasă mult cu ea în lume, dar ea ar prefera să citească, să asculte muzică și să schieze doar pe pistele ușoare, care pentru el însă ar fi prea plicticoase. Zilnic s-ar ajunge la certuri și întreg concediul s-ar transforma într-un chin. Ar prefera să nici nu mai plece, dar nici asta nu i-ar putea-o spune.

Pacienta s-a simțit lipsită de apărare și ajutor. Gândurile ei au dus-o la escaladarea așteptărilor negative, iar acestea la o escaladare a fricii ei de a nu face față cerințelor bărbatului ei, ceea ce iar ar duce la depresie. Se gândește că ar fi o ratată, căci nu stăpânește nimic și că bărbatul ei ar fi de compătimit, fiind căsătorit cu o asemenea femeie etc., etc.

La întrebarea dacă a discutat aceste gânduri cu soțul ei, ea a răspuns că aceasta se întâmplă în fiecare concediu. La întrebarea dacă ea nu ar dori să discute dinainte cu soțul ei despre concediul apropiat și să ajungă la anumite înțelegeri cu el, ea a răspuns că discuții de genul acesta nu-i stau în fire și în afară de aceasta, soțul ei tot nu ar ține cont de acestea, și ei nu i-ar rămâne decât să explodeze..

Când i s-a sugerat că ar fi indicat un schimb de păreri între ei și că renunțarea nu ar trebui să fie doar din partea unuia, ea a răspuns că "nu am avut tăria să pretind din partea lui acest lucru, că doar n-ar fi decât o afacere, iar eu oricum pot să fac mai ușor acest lucru". Iar se scuză că vorbește atât de mult. Și soțul îi zice că acesta ar fi viciul ei, această pură autoerijare.

Am intervenit susținând ca vorbitul nu trebuie să fie un viciu. Mai ales nu atunci când este folosit pentru a se înțelege. Înțelegerile contractuale sunt făcute doar pentru ca părțile contractante să se înțeleagă mai bine. Concediul a trecut cu bine. N-a mai fost nevoie decât de câteva luni pentru a ști să folosească vorbitul pentru a comunica și a-l folosi și în alte domenii.

Dacă lipsește comunicarea, lipsesc și clarificări în contact cu aproapele și se instalează un cerc diabolic. Te simți înghesuit, împins să acționezi. Lucrul pe care ceilalți nu-l fac, crezi că trebuie să-l faci tu. Aceste multiple activități, care izvorăsc din sentimentul lipsei de libertate, de dependență, nu sunt subiectiv însoțite de trăirea succesului, a unei realizări. Depresivul crede că trebuie să se supună unui fel de constrângere necesară. La întrebarea: ce ar conduce la dezbinare între gândire și acțiune, am putea observa ce mare importanță are educația, cultura, normele sociale din familie și totodată o mare sensibilitate a depresivului. Pacientul confundă obiectivitatea cu răceala. Confirmarea prea rară a gândurilor prin acțiune îi oferă pacientului prea puține ocazii să formeze atribuții externe. El crede: "Tot ce e rău, vine de la mine!"

## 2. ÎNCREMENIREA IERARHIEI VALORILOR REALE, lipsa dialogului intern.

Forma agitată a depresiei e bogată în acțiuni pornite, dar e ca și paralizată în ducerea la îndeplinire a unei acțiuni începute. Pacienții încep multe lucruri, care pe urmă sunt întrerupte, pentru că înainte de a le termina apar altele mai importante. Devin haotici și încep să sufere din această cauză. Ei se lasă duși de șirul evenimentelor, fără să descopere ce ar fi mai important pentru ei și ce ar mai putea fi amânat. Ceea ce le lipsește, este o atitudine personală față de situație. Numai asta ar conduce la autodistanțarea necesară, care ar permite o privire de ansamblu asupra întâmplărilor. Dacă această atitudine lipsește, atunci o funcție de bază a omului nu s-a realizat, și personalitatea nu s-a desăvârșit.

"Zi de zi ajung un vacarm, deoarece fac întâi lucrurile neimportante. Până la urmă am chiar senzația că am și realizat ceva. Dar cu cât mai mult se adună lucrurile importante nerezolvate, cu atât sunt mai deprimată. Prin zăpăceala mea, singură îmi fac mai mult ce lucru".

Prin această evitare de luare a unei atitudini personale în funcție de importanța lucrurilor, apare un deficit acut de organizare. Altfel spus: depresivii duc și lipsa unui dialog intern.

## 3. FUGA DE PREZENT

Posibilitățile totdeauna se află în viitor. Ceea ce reprezintă ca esență încă nu ajuns o realitate, nu se află în prezent și cu atât mai puțin în viitor. Depresivul se confruntă sporit cu posibilitățile, pe care le anticipează intelectual, dar se împiedecă de prezent.

- "Tot ceea ce fac, fac fals".

Pacientul vorbește de "fals" luând în considerare lumea sa noetică. Cât de puțin își dezvoltă depresivul personalitatea sa (Personsein) se vede atunci când la întrebarea ce ar fi fost de fapt corect în cazul concret, el nu găsește nici un răspuns, rămâne dezorientat.

Pentru că prezentul este perceput atât de rău, se ajunge la două reacții:

- a. MĂSURI DE PROTECȚIE față de alte noi greșeli, refugiindu-se în lumea posibilităților anticipate;

- b. CONSOLARE ECHILIBRATOARE pentru prezentul rău își imaginează viitorul deosebit de luminos și promițător (comparați: tabloul cu muntele înalt, la care numai vârful este însoțit)

Prin aceasta are loc o emigrare gândită din prezent, într-o utopie, care îndepărtează astfel prezentul permanent dezamăgitor.

„Întreaga mea viață, încă din timpul școlii, am trăit spre puncte luminoase în viitor. În fiecare zi mi-am căutat ceva nou, care se afla în viitor”.

Am putea vorbi despre un vacuum existențial parțial. Depresivul nu se gândește la lucrurile din prezent, ci așteaptă permanent timpuri mai bune, sau îi e dor de timpurile mai bune din trecut. În raportul său față de timp, esențial pentru depresiv, îmi pare a fi fuga de prezent. Pentru el nu este semnificativ dacă punctul de reper este în viitor sau în trecut, trebuie doar să fie de neatins pentru viața prezentă. De multe ori întâlnim exprimări ale depresivilor cu reper în trecut: "atunci totul era atât de frumos, dar acum..." Aceasta atitudine are un efect fatal asupra existenței oamenilor depresivi, pentru că prin felul lor de a gândi, prin atitudinea lor față de viitor într-adevăr nu au viitor. Experiența lor din prezent aruncă umbra întunecoasă din ziua de azi, înainte înspre viitor. În felul acesta, o decizie asupra posibilităților reale viitoare este imposibilă. Amar este și faptul că trecutul, chiar dacă a fost atât de frumos, nu poate fi retrăit. Depresivul cade între două scaune, al TREBUIȚULUI și a DEVENIRII.

Baza pentru căutarea sensului este observarea (viziunea) posibilităților adică a FACULTATIVULUI. Depresivul se încurcă în gândirea despre posibil, dar nu reușește să transforme posibilul în realitate. Se ajunge la acele procese cognitive descrise de Beck:

1. Depresivul trage concluzii din evenimente și situații fără o evidență reală pentru acestea. Beck numește aceasta "Inferența arbitrară".
2. Abstracție selectivă: gândurile și verdictele se bazează pe detalii, se ignoră caracteristicile principale ale situației
3. O suprageneralizare: înclinare spre concluzii, chiar cu informații neîndestulătoare
4. Supra- și subaprecierea semnificației întâmplărilor, precum și a capacităților proprii.
5. Inexactitate în relatarea întâmplărilor, care împiedică procedura de rezolvare a problemelor.

Aceste cogniii depresive stau în legătură cu ceea ce în lucrarea prezentă am descris ca un deficit în împlinirea potenței noetice.

Prin neconfruntarea cu realitatea, prin neimplicare integrală cu trup și suflet și nu numai intelectualicește, "fundamentul existenței fuge de sub picioarele depresivului, așa încât se scufundă din ce în ce mai adânc într-un abis. Nivelul la care se află depresivul se scufundă mereu față de nivelul vieții, care se realizează în permanență în jurul său. Tensiunea între A FI (SEIN) și A DEVENI (SOLEEN) se manifestă deci pas cu pas.

## **II. SENTIMENTUL DE NEPUTINȚĂ**, de epuizare.

Acesta se formează în urma neîmplinirii libertății și a neasumării responsabilității. Aceste două existențiale stau bineînțeles într-o strânsă legătură cu existențialul abordat mai înainte: cel de confruntare spirituală și a luării de poziție.

### *2.1. DEFICIENȚA CAPACITĂȚII DECISIVE*

Dacă omul nu a descoperit ceea ce este bine, cum să se hotărască asupra unui lucru? Pentru a lua o decizie în libertate, omul are nevoie de orientare, care să-i permită să urmeze un țel.

P: Trebuie să termin definitiv cu prietenul meu. Am scris o scrisoare de despărțire, dar nu știu dacă s-o trimit (pacienta dorește ca terapeutul să ia o decizie în locul ei).

T: Eu nu înțeleg, Dvs. doriți să puneți capăt unei stări insuportabile și totuși credeți că după aceasta o să vă meargă și mai rău?

P: Este ca în filosofie, am încetat de mult să mă mai ocup de ea. Toți susțin că ar ști ceea ce este drept și eu acum nu mai știu ce este drept de fapt.

## 2.2. LIPSA CURAJULUI

Capacitatea de decizie nu depinde doar de ceea ce inițial se constată că ar fi din punct de vedere moral "corect" (drept). Pentru capacitatea de decizie mai este nevoie și de simțul realității, care indică ceea ce este important în situația de față. Dar pt. a constata ce anume este important, este nevoie pe lângă autodistanțare și de un "curaj primar", care constă în a găsi de unul singur, prioritatea din situație. Numai astfel devine posibilă o conduită în viață orientată după ordinea în care realitatea precede moralitatea. Acest principiu de ordine existențial nu se mai orientează după ușurința unei sarcini sau prioritatea aparentă. Dacă lipsește acest principiu al ordinii, omul se dedică la ceea ce e ușor și mai la îndemână. Cotidianul devine într-o măsură mare monoton, sumbru, nu mai există echilibru între efort și relaxare, între oboseală și refacere, între succes și eșec. Dacă depresivul face ceva plăcut, se simte totuși apăsător de tot restul, pe care ar mai trebui să-l facă. Dacă stă în fața unui lucru greu, a ceva neplăcut nu mai găsește resurse de putere, pentru că nu i se relevă importanța situației, „ponderea ei existențială”.

Depresivii declară de ex. că ar citi cu plăcere ziarul, ar merge la cinema, și-ar vizita prietenii. Însă nu reușesc pt. că sunt înconșunțați de atâtea alte lucruri, care ar trebui făcute în același timp.

"Nu pot lasa rufele necălcate, dar nici să calc nu-mi place."

"Totul este important. Aș dori să citesc, dar și lucrul trebuie făcut în același timp. Viața se scurge, zi cu zi, ca o masă nestructurată, devenind tot mai vâscoasă.

Bilanțul unei zile se târăște în următoarea, iar deficitul vieții crește zi de zi. Viața este amenințată de faliment.

Ceea ce îi lipsește pacientului poate afla în timpul terapiei:

1. Depresivul are nevoie de faze de meditare. Fiecare om are nevoie de pauze creatoare în care-și ordonează și-și planifică ceasul ce vine în funcție de importanta lucrurilor. Aceasta se întâmplă prin scoaterea pt. câteva minute din situația respectivă, uitându-se la ea de la o anumită distanță (autodistanțare).

2. Depresivul are nevoie de "delimitări" (Trennmarken). Fiecare problemă trebuie despărțită de cealaltă, să fie tratată ca un tot unitar. Deosebit de important este ca depresivul să-și încheie fiecare zi seara, astfel încât noaptea să poată deveni "cenzorul" necesar. Ziua trecută seara trebuie prelucrată din punct de vedere spiritual, în așa fel încât să poată "trage linie". Doar astfel devine posibil ca ziua următoare să devină o zi "nouă". Depresivul poartă sentimentul neîmplinirii, al zilei premergătoare în dimineața următoare, care la trezire, deja în pat, copleșește pe pacient prin reziduurile uriașe ale zilei precedente. E bine de luat în considerare și evenimente mai importante ca de ex.



concedii, zile de naștere, sărbători, care marchează, ca niște pereți despărțitori, etape de viață.

3. Hotărârea trebuie discutată și exersată cu pacientul. El s-a învățat să stea de o parte, să stea de cealaltă parte a lucrurilor și evenimentelor, să se închisteze în sine însuși, să vadă totul doar în lumina posibilului. Consecințele acestui "învăț" trebuie luate în considerare și gândite bine. Trebuie să învețe să facă "contracte", să ducă dialoguri, atât cu alții, cât și cu sine însuși.

El devine propria sa victima fiindcă îi lipsesc strategiile acestea. Fără conduită, este expus jocului întâmplării și a evenimentelor pentru că îi lipsesc mijloacele noetice.

### 2.3. PRESIUNEA OBLIGAȚIILOR

Cine este expus împrejurărilor, fără a putea cârmui, cum este cazul la depresiv, are sentimentul că nu i-ar rămâne nimic altceva ce făcut decât să se lase forțat de împrejurări. El nu vrea să se lase forțat, dar simte că trebuie să se lase forțat. Pentru a putea vieții se și lasă forțat. Consecința este ca el se dezice de responsabilitate și de viață.

Observăm că:

1. Activitatea depresivului este dictată de presiunea împrejurărilor. El crede că pt. a supraviețui trebuie să se lase forțat. Existențialul său de fond (Lebensgefühl) este: neliber. Deseori pacienții spun: "pot forțat!" Li se pare de neconceput că ar putea să zică simplu NU. În terapie este important, ca să i se arate pacientului, cum ar fi putut să zică NU, într-o situație concretă, relatată chiar de către el. Se poate apela la intenția paradoxală, ducând jocul chiar la extremă, așa încât pacienții să înceapă să râdă. De multe ori duc acest joc mai departe așa încât absurditatea consecințelor extreme, de care de fapt se tem depresivii, să devină vizibile și să se ajungă la un răs eliberator. Acest răs este prima luare de atitudine și punte spre libertate. Mijlocul pe care eu îl aleg cu plăcere este o prezentare obiectivizată a situației, pe care pacienții o pot vedea pentru prima oară dinspre afară. Aceasta conduce la autodistanțare.

Exemplu: Soțul cere cheile mașinii de la soție. Soția ar avea și ea nevoie de mașină. Din sentimentul ca TREBUIE să cedeze, îi dă cheia și e depresivă pt. restul zilei.

T: Ce ar fi fost dacă nu i-ați fi dat cheia?

P: Dar a trebuit, că a avut nevoie de mașină!

T: Ce s-ar fi întâmplat dacă ați fi spus NU?

P: Aceasta nu ar fi posibil!

T: Haideți să ne imaginăm ce s-ar fi întâmplat, dacă ați fi continuat ziceți NU!

P: El ar fi turbat și eu tot așa fi cedat!

T: Ce ar fi făcut într-adevăr soțul, dacă l-ați fi refuzat?

P: AR fi făcut un scandal monstru, ar fi ieșit o ceartă teribilă!

T: El nu ar fi putut să vă forțeze (dacă Dvs n-ați fi fost implicat de acord). Tot ce ar fi putut să facă, ar fi fost să vă ia cheile cu forța din mână. Ar fi putut să vă amenințe, să vă lege, să vă strângă de gât, să vă schingiuiască până la pierderea cunoștinței, pt. a afla unde sunt cheile... Și Dvs. ați fi continuat să ziceți NU! (*ducere ad absurdum*). Eventual ar fi putut să înceapă să plângă sfâșietor, dar Dvs. n-ați fi cedat. El n-ar avea nici un fel de posibilitate să vă forțeze, dacă Dvs VREȚI să ziceți NU. Ar fi putut face o criză de furie, dar Dvs. ați fi putut zice în continuare, cu tot calmul, că astăzi nu-i dați cheile. Ar sta în

fata Dvs ca un pudel plouat, neajutorat cum nu l-ați văzut niciodată! Atât vreme cât ziceți NU, el nu are ce face.

**P: (râzând) Chiar așa de departe n-ar merge soțul meu, sa mă lege..., să mă schingiue...**

T: Atâta timp cât ziceți NU, n-ar putea decât să vă chinuie, să vă omoare, dar n-ar putea să vă forțeze ca Dvs să VREȚI altfel!

P: (râzând) Așa de departe n-ar merge soțul meu. Ar putea să mă certe, dar nu m-ar lovi! (iar serioasă): Aveți dreptate! Nu m-am gândit niciodată astfel! Am crezut totdeauna că pot fi forțată!

La depresivi se găsește deseori, ca de altfel și la anxioși, obiceiul de a amâna până la imperiosul "ultim moment".

"Atunci n-am încotro, trebuie s-o fac. Nu-mi mai rămâne nici o scăpare, nici măcar cu mine însumi nu mai am ce discuta!"

2. Depresivul nu numai că se lasă constrâns în a acționa, ci mai lasă să cadă asupra sa și responsabilitatea, precum și vina. Dacă mediul înconjurător observă că un om se lasă forțat, face tot posibilul să-l facă pe el răspunzător pentru toate cele, manipulându-l, pt. a trage un anumit folos. Depresivul este o victimă recunoscătoare! Sentimentul său fundamental oricum, este de VINOVĂȚIE. Comportamentul celor din jur corespunde imaginației sale prereflexive și întâlnește în el un "corp de rezonanță gata pregătit. Acest fenomen este atât de des întâlnit, încât nici nu necesită o prezentare mai amplă.

În rezumat, depresivul nu acționează liber, nealegând conștient, iar responsabilitatea sa nu are caracterul unui răspuns existențial personal. În absența acestor existențiale omul nu reușește să-și trăiască viața SA.

### **URMĂRILE NEPUTINȚEI**

Ca urmare a neputinței se instalează nesiguranța de sine. Înșușitatea nu este asigurată, pt. că nu este raportată la poziția din care persoana ar putea să acționeze. Nevroticului anxios îi este, din acest punct de vedere, mai ușor. Mai devreme sau mai târziu își proiectează frica asupra unui obiect, de care poate să fugă. Astfel el măcar are senzația că cel puțin poate întreprinde ceva împotriva stărilor sale. Depresivul nu are aceasta posibilitate. Insuficiența sa îl duce la „PASIVITATEA PERSOANEI”, pe care o resimte apăsătoare, paralizantă.

Prin insuficiența internă și externă a unei baze personale de luat hotărâri, viața depresivului este condusă și determinată din afară, înstrăinată. El se lasă constrâns. Se orientează după ceea ce spun și fac ceilalți. Atitudinea sa conformistă de viață stă sub eticheta „LUĂRII ÎN CONSIDERAȚIE” (Rücksichtnahme). Nesiguranța, inhibiția paralizantă și înstrăinarea sunt simptomele relevante ale libertății netrăite.

Aș dori să vă prezint un extras mai amplu dintr-o întrevedere cu un pacient, pentru a vă putea arăta cum se influențează reciproc diferitele elemente ale unei existențe depresive și cum pot ele fi întâmpinate de analiza existențială și de logoterapie. În acest fragment este vorba îndeosebi de sentimentele de neputință, autopresiune, precum și de libertate față de propriile nevoi (spre interior) și spre exterior.

O pacientă de 30 de ani, care a mai venit în anii din urmă la consultații, s-a hotărât de curând să înceapă o terapie datorită depresiei și tulburărilor psihosomatice. În ziua consultației vine foarte nervoasă și cu o tahicardie în jur de 100. Povestește că după

ultima consultație s-a simțit bine câteva zile. Ar fi reușit să mai facă câte ceva, ar fi fost mai plină de încredere. S-a ocupat mai mult de fiica ei, fiindcă a realizat că fiică-sa are nevoie de ea. Acest lucru i-a făcut bine. Soțul ei, care o tratează despotic și lipsit de considerație, ar fi fost mai atent în alegerea exprimărilor sale.

P: Este așa de rău că acest sentiment de bine a durat doar câteva zile. După aceea a survenit iar acel „TREBUIE” și sentimentul de obligație s-a instalat din nou. Zile de-a rândul a mers bine și dintr-odată s-a instalat dezinteresul. Hansi (soțul ei) consideră că eu nu sunt om de familie. Dar eu nu-l cred... și pe urmă parcă totuși îl cred, mă acuz și mă simt vinovată, nu mai am nici un chef, mă apucă frica de propriile mele sentimente și de mine însumi. Sunt un om rău, provoc numai rău, până și bolile le conjur, sunt insuportabilă și tot timpul mă apucă palpitațiile. Și când spun ceva, soțul mă înțelege greșit. Astfel la sfârșitul săptămânii i-am spus soțului, că ar putea să mă întrebe și pe mine, ce aș dori EU să fac. Dar el a înțeles prin asta, că de acum încolo va trebui să se descurce singur.

T: Ce puteți face Dvs. în cazul acesta?

P: doamna din nou începe să povestească cât de rău merge totul și cât de complicat.

T: (femeia vorbește tot mai repede, se încruntă) Dacă vă gândiți la toate acestea vă simțiți ca o victimă neputincioasă. Trebuie să vedem dacă se poate găsi un drum, care să treacă PRIN problematică și să o depășească, pt. ca ea să nu se extindă la infinit.

P: Mi-e o frică grozavă, să nu fiu dată deoparte, să fiu călcată în picioare.

T: Acuma însă nu v-am întrebat ce frică aveți, ci să ne gândim ce ați putea să faceți.

P: Aș putea să fac ceea ce vreau să fac. Prin aceasta aș putea pune pe soțul meu în fața faptelor împlinite sau aș putea neconțent să-i spun ceea ce aș dori eu.

T: Cum ați făcut până acuma? Ce experiență aveți?

P: Nu am niciuna.

T: Cum ați procedat totuși?

P: Când am vrut să mă întâlnesc cu o prietenă, mă gândeam că poate soțul sau fetița sunt obosiți. Și după aceea m-am gândit, că ce o să vorbesc mare lucru cu prietena mea, tot n-are nici o importanță! Și atunci nici nu m-am mai bucurat de o întâlnire cu ea, cu toate că în suflet am simțit nevoia să vorbesc cu ea. Și nici n-am mai întâlnit-o.

T: Ce părere aveți despre procedeu Dvs? (terapeutul îi repetă cele întâmplate și trăite) De ce ați spus ceea ce ați spus?

P: Să-mi tai singură cheful.

T: De ce ați vrut să vă tăiați cheful, să vă dezgustați?

P: (se uită nedumerită)

T: Ați avut nevoie să vă întâlniți cu prietena. Cum a fost atitudine DUMNEAVOASTRĂ față de această nevoie? Ce părere aveți de această nevoie?

P: (după o lungă pauză) Cred că încerc să ignor nevoile.

T: Nevoile au importanță?

P: Probabil ca ele contribuie primordial la bucuria vieții. Nu știu!

T: Ați observat că Dvs. aveți nevoi, și că Dvs puteți proceda într-un fel sau altul cu cerințele Dvs. Ați observat că există o libertate în felul în care puteți aborda aceste cerințe?

P: Libertatea NU o am. Depinde de ce anume are importanță pt. mine.

T: Ați putea să-mi explicați aceasta?

P: Libertatea ar consta în decizia mea pentru nevoile MELE sau ale altora.

T: Exact. Cum se poate ajunge la o hotărâre?  
P: Prin EGOISM (pacienta râde)  
T: Deci este vorba de decizia: cerințele mele sunt îndreptățite, sau e vorba de nevoile celorlalți?  
P: Supra-Egoul meu îmi spune ce este îndreptățit și ce nu.  
T: Cum decurge asta în mod practic?  
P: Practic așa se întâmplă, că eu îl întreb pe soțul meu în mod indirect, dacă cerințele mele sunt sau nu sunt îndreptățite.  
T: Indirect?  
P: De fapt direct.  
T: Cum întrebați aceasta?  
P: (pauză lungă) De fapt nici nu-l întreb, ci mă orientez după dispoziția sa și atunci îmi dau seama ce e de făcut, să mă duc sau să nu mă duc...  
T: Aveți deci cerința să vă întâlniți cu o prietenă, va uitați la soț, cercetați dispoziția sa și vă întrebați: În situația aceasta, nevoia mea este sau nu îndreptățită? Și iar vă uitați la dispoziția sa, de care credeți că ar fi dependentă îndreptățirea Dvs. Unde rămâne părerea Dvs.)  
P: Nu există.  
T: CE anume hotărăște asupra nevoilor Dvs.?  
P: Dispoziția soțului.  
T: Și CINE hotărăște asupra îndreptățirii nevoilor Dvs?  
P: Soțul, sau un oarecare ALTUL.  
T: O spuneți cu toată claritatea.  
P: Da!  
T: O spuneți cu nemulțumire! Ce simțiți când spuneți acest lucru?  
P: Că nu este deloc plăcut, nici conversația asta, nici faptul în sine. Aceasta SUNT EU! Ar trebui să mă schimb total, dacă aș vrea să schimb situația. Procedul meu este extrem de automatizat.  
T: Adică procedura de a lăsa pe alții cu dispozițiile lor, să hotărască asupra nevoilor Dvs.?  
P: Da!  
T: De mult procedați astfel?  
P: Probabil toată viața mea!  
T: Cred totuși, că ați putea avea mai multă speranță decât vă dați seama. Ați uitat ceva... faptul că aveți libertate, pe care ați și folosit-o, dar nu v-ați dat seama de ea. Deci să ne uităm încă o dată: aveți o nevoie..., soțul vine acasă..., vă obligă să fiți de o părere cu el?  
P: „Moralicește mă obligă: spune mereu ca n-aș avea interes pt. familie, nu-l iubesc nici pe el nici pe copil... așadar e o presiune morală. Și în ultima vreme tot zice: nu mai zic nimic!”  
T: Deci aveți sentimentul ca el vă obligă să aveți aceeași părere cu el prin presiunea morală ce o exercită?  
P: Nici nu cred că această constrângere pornește de la el, ci de la mine. Iau lucrurile prea în serios. Ușor mă poate face nesigură de mine, fără ca să vrea asta în mod expres. Totdeauna am corelat binele meu și 1-am făcut dependent de dispozițiile altora.  
T: Ziceți că: m-am făcut dependentă?  
P: Da, totdeauna a mers așa. Așa a funcționat. Acasă, peste tot!

T: Dacă vă faceți singură dependentă, atunci puteți de fiecare dată să hotărâți singură, dacă de DATA ASTA, doriți să vă faceți dependentă. Cred că acum e deja destul de clar că libertate potențială există (dă aprobator din cap).

P: Da!

T: Și cum ați putea preceda?

P: (pauză)

T: De ex. ați putea spune soțului când vine acasă: Văd că ai cutare sau cutare dispoziție, eu am azi cutare sau cutare nevoie. Ia să vedem ce s-ar putea face! Ce părere aveți?

P: Bine!

T: Ați putea până data viitoare, să conveniți cu soțul, ca de acum încolo, fiecare din Dvs. să-și exprime cerințele proprii, fără pretenții, doar simpla expunere. Ar fi bine pentru Dvs?

P: Da, dar GREU! La fixarea următoarei ore de terapie, deja din nou își face griji, ca va lua prea mult timp terapeutului...

Îi reușește să realizeze ce și-a propus cu soțul. După trei luni (**6 ședințe ?**) pacienta a depășit depresia, dar desigur terapia nu a fost încă încheiată.

Elementele terapeutice din acest fragment:

1. Clarificarea atitudinii și față de nevoile ei (AD);
2. Realizarea faptului că o abordare a necesităților proprii precum și a celor din jur e posibilă (libertate);
3. Activarea persoanei prin găsirea de soluții în problemele concrete și a modurilor de abordare (Activare)

### III. SENTIMENTUL DE GOL (VIDUL)

Până acum s-a discutat cum anume își abordează depresivul spiritualitatea sa subiectivă. (Capacitatea de a te confrunta cu lumea, de a lua hotărâri proprii, cu care să poți fi de acord, decurgând din cele trei existențiale: Spiritualitate, Libertate și Responsabilitate).

În acest capitol ne îndreptăm spre fenomenele spiritualității obiective și vrem să vedem cum abordează depresivul sensul și valoarea. De fapt despărțirea aparentă între spiritualitatea subiectivă și obiectivă este o ficțiune, ele în realitate nefiind separabile. Existența nu se poate împlini dacă nu sunt luate în considerare sensul și valoarea.

Unele afirmații făcute în capitolele anterioare, devin inteligibile abia prin felul de abordare pe care îl practică depresivul cu sensul și valorile. Faptul că depresivul nu cunoaște ceea ce este bine și important este legat de faptul că depresivul nu percepe în viața sa personală VALOAREA PROPRIE.

„Mă încurcă faptul că mă pot transpune prea bine în alți oameni. Asta m-a dus acolo că nu am mai avut nici o linie proprie în depresia mea, pentru că am putut să înțeleg totul din orice unghi de vedere. Nu am mai știut unde mi-e locul meu: am pus totul sub semnul întrebării, ca într-o dependență; toate valorile personale, religioase, orice auzeam despre mine și chiar afirmațiile mele. Nesiguranța creștea înspăimântător. Eram ca și cum aș fi vrut să mă chinui singură. Am ajuns la stadiul final când mi-am spus: nu există nimic bun, nu există valori, fiindcă omul însuși e rău. Aceste gânduri au lucrat în mine permanent și m-au epuizat. Nici n-am mai ajuns să vorbesc de atâta gândit. Am amuțit. N-am mai avut nimic de spus la orice ar fi fost”.

Această redare a unei femei cu depresie endogenă arată plastic orbirea pentru binele situativ. Depresivii dacă reușesc să trăiască pe alocuri o valoare, atunci doar în sensul că ar fi „agreabilă”.

T: Spuneți că în viața Dvs. totul a fost atât de rău. Există ceva despre care ați putea spune că e „bine”?

P: (s-ar părea că pacienta nu înțelege întrebarea)

T: Această convorbire este „bună”?

P: Ce e bine?

T: E bine că stăm împreună și ne întreținem?

P: E mai simplu să mă plâng, și dacă mi-ați spune ceva frumos, m-ar liniști.

### 3.1. CONFUZIA DINTRE BINE ȘI PLĂCUT

O valoare este obiectivă pentru că este legată cu un anumit lucru. Depresivul nu percepe binele la un lucru, ci percepe doar propriile simțăminte pe care le observă în prezența obiectului respectiv. Dacă e vorba numai de un simțământ plăcut, atunci declanșatorii sunt interșanjabili, atâta timp cât produc sentimentul respectiv. Când plăcutul e văzut ca „bine”, atunci se confundă dimensiunea psihică cu cea noetică. Prin această greșală el neglijează realitatea omenească. Lumea își pierde valoarea ei proprie, iar pentru persoană valorile își pierd durabilitatea. Pentru că ceea ce este plăcut, este extrem de trecător. Plăcutul nu are durabilitate, căci adaptarea e prea rapidă. Toate valorile aparente însă dispar odată cu estomparea senzației de plăcut.

P: Să te plângi e mai simplu (și de fapt asta face toată viața ei).

Soțul ei, tatăl, toată familia îi reproșează asta. Ea plânge, pentru că sub tensiunea situației, asta e cel mai plăcut.

„Toți oamenii trăiesc pentru asta, ca să le fie plăcut”, consideră ea.

O altă pacientă: „Mi-e dor de prietenul meu!”

"De ce, pentru a-i da ceva sau pt. a primi ceva?"

"Pentru ca să primesc ceva".

Deoarece plăcutul este trecător, trebuie foarte curând căutat ceva nou. Se ajunge la o spirală, ca într-un comportament dependent. Plăcutul are efectul valiumului, dar nu împlinește motivul profund al căutării. Este așa de parcă depresivul s-ar fi ospătat la masa bogată a vieții, atunci când a gustat ceva "plăcut". Dar nu a mâncat destul și se scoală cu o foame și mai mare de la masă. Cerința de mai mult crește, el devine nesățios, cerând atenție, consolare, ajutor. Cei care lucrează cu depresivi cunosc acest lucru. Pentru împlinirea existențială, plăcutul nu e mai mult decât un "popcorn axiologic".

Evadarea de sub presiune poate fi plăcută pentru om pentru că apucă să mai răsuflă. Admirația abținută prin valori sancționate de societate poate fi râvnită și ea de depresiv. De ex. un pacient citește multe zile pentru a fi format. El duce corespondență internațională pt. că astfel poate fi apreciat și-și poate crea impresia că este iubit.

Plăcut e și orice fel de materialism. „Materialismul meu a fost totdeauna unicul meu izvor de fericire!”, spunea un pacient. Niciodată nu s-a putut sătura de el. A devenit bogat, dar stresul a devenit tot mai mare. A început să lase lucruri nerezolvate. Problemele nerezolvate l-au ros și i-au conferit un sentiment de gol și mai puternic. Imaginea de sine a ajuns periclitată.

### 3.2. ÎNTEMNIȚAREA ÎN SUBIECTIVISM

"Plăcut" este un simțământ în subiect, dar nu o calitate obiectivă. În fragmentul anterior era clar ca prin orientarea spre plăcut se face o confuzie între dimensiunea psihică și cea noetică. Paralel cu aceasta se constată și o confuzie între subiectiv și obiectiv. Atât de preocupat e depresivul cu umplerea golului său interior, încât se agață de fiecare fir de pai și orice îi pare destul de bun, în nenorocirea sa. El folosește obiectele pentru sine pt a se reechilibra din suferința sa, care l-a făcut nesățios, avid. Dar el nu se orientează înspre lucrul obiectiv, înspre un sens sau o valoare. Autotranscendența dispăre. Simțământul său de gol interior îl face să creadă că n-ar avea o bază de pornire pentru "pasul existențial spre exterior". Depresivul se scufundă în propria-i neputință și este inundat de reacția sa cauzată de vacuumul său existențial. (Frankl): De însetarea sa după viața inaccesibilă.

Aproape întotdeauna acest tablou e umbrit de o anxietate specifică, o frică de a nu fi respins și de frica de a nu rămâne de unul singur cu propriul gol interior. Pentru a-și menține atenția și pt a nu ajunge la conflicte, pacientul ia totul asupra sa. Renunță mereu. Această situație devine din ce în ce mai apăsătoare.

### 3.3. EXTENUARE PRIN PIERDEREA SIMȚULUI PENTRU SENS.

Autotranscendența scăzută aduce cu ea situația ca depresivul să nu aibă valori experimentale autentice. El nu se preocupă cu adevărat de frumusețea lucrurilor, nu trăiește îmbogățirea prin ele. Dar omul nu-și primește puterile numai prin regenerare, ci și prin valorile din exterior care îl împlinesc, îl îmbogățesc. Dacă lipsesc valorile trăirii, viața fiecărui om se devastează încetul cu încetul. Puterile sunt secătuite.

Valorile trăirii se pot experimenta desigur și prin realizări proprii. Când însă valorile create sunt permanent devalorizate, cum e cazul la depresivi, atunci lipsește satisfacția faptului împlinit. Consumul de energie, în ochii depresivului, pare că „n-ar fi meritat” și motivația pentru străduințe noi este blocată. Aceste tendințe de devalorizare sunt expresia inaccesibilității valorii fundamentale, la cele mai profunde simțiri personale.

### 3.4. INACCESIBILITATEA VALORII FUNDAMENTALE

Simțământul **E BINE CĂ EXIST** (Seinserlesniß) la depresiv este inaccesibil sau chiar necunoscut, Multiplele plângeri ale depresivului sunt de fapt expresia sentimentului de bază depresiv, adică acela că ar fi mai bine dacă nu ar exista. Deoarece această trăire a valorii fundamentale (Seinserlesniß) reprezintă o condiție obligatorie pentru perceperea oricărei valori, depresivul nu va percepe nimic ca "bun", ci în cel mai bun caz ca plăcut, pt. că satisface necesități psihice.

### 3.5. HIPERREFLEXIA AUTOVALORII, a însușității (= a ceea ce-mi este propriu)

Este de la sine înțeles, ca la o astfel de lipsa cronică de „hrană sufletească”, adică a valorilor în viață, se instalează o hiperreflexie asupra valorii. Depresivul, fără să vrea, pornește de la punctul cel mai potrivit: adică valoarea propriei sale vieți. Permanent sunt ocupați de valoarea de sine. Valoarea sinelui însă nu poate fi înfăptuită doar unilateral

dinspre persoană, ci poate fi înfăptuită numai trecând podul autotranscendenței. Beck și Ellis atrag atenția asupra faptului că depresivii sunt permanent preocupați să se valorizeze pe ei înșiși sau să se lase valorizați de către alții.

Eu însumi am găsit patru feluri de gândire în legătura cu hiperreflexia valorii de sine:

1. Supraaprecierea exteriorităților
2. Autoapreciere în oglinda celorlalți
3. Gândire negativistă
4. Autocompătimire și descurajare preliminară.

## **ETAPELE TERAPIEI**

În terapia existențial-analitică și logoterapică a depresivilor, pacienții trec, după experiența mea, prin patru stadii:

1. La începutul tratamentului conversațiile oglindesc PRĂPASTIA DINTRE GÂNDIRE ȘI ACȚIUNE (1) care abia acum i se conștientizează pacientului. Ei observă că permanent se rețin în domeniul posibilităților și se lasă conduși de presupuneri.

"Lucruri ca: "Hotărârile trebuie luate de la caz la caz" m-au paralizat mai totdeauna. Mi-am dorit întotdeauna reglementări, ideologii, teorii, care să includă decizia. Și fiecare atitudine a mea a devenit imediat ideologie. Am trăit numai din presupuneri".

După conștientizarea acestui comportament greșit existențial și cognitiv și după primele încercări de unire a gândirii cu acțiunea, urmează:

2. Faza de SUPĂRARE ȘI FURIE. Furia este deja o primă protecție față de depresie, pt. că îl ține pe om în activitate, care astfel nu mai cade în pasivitatea depresiei. Pacienți nedepresivi, dar care ar avea toate motivele să fie depresivi, se feresc de depresie prin furie. O experiență asemănătoare fac pentru prima oară și depresivii în acest al doilea pas.

3. Încetul cu încetul apare tristețea, suferința. Neputința fiind depășită, tristețea nu duce la resemnare. Acuma are loc prelucrarea vieții pierdute și găsirea unei noi atitudini față de ea. Această fază se termină prin apariția unei liniști interioare și a unui calm detașat.

4. Ultima fază în terapie este caracterizată printr-un REALISM OBIECTIV. Pretențiile exagerate sunt abandonate. Pacienții sunt dispuși să facă lucrurile și atunci când ele se vor dezvolta într-un cadru modest. Ei încep să pășească, învățând să aprecieze valoarea pasului singular și nu neapărat spectaculos.

Rezumatul stadiilor terapeutice:

1. Prăpastia dintre gândire și acțiune devine conștientă. Preponderența presupunerilor scade.
2. Mirare, supărare, furie.
3. Tristețe, doliu.
4. Realism și abandonarea pretențiilor exagerate.

Terapia se desfășoară, în paralel, în cinci pași. Stadiile îmbunătățirii pacientului nu se pot corela neapărat cu pașii terapeutici descriși mai înainte, ci prezintă o anumită fluctuație în cadrul terapeutic.

Pașii terapeutici oricum pot varia, în funcție de cerințe.



### 1. Primul pas: RAPORTAREA LA PREZENT

Pacientul este pus din nou în legătură cu sensul vieții. Fiecare AICI și ACUM, are întrebări de pus, care cer răspuns. Se vor face exerciții pentru ca pacientul să nu ocolească întâmplările actuale, să nu fugă de ele. Aceasta începe deja cu faptul că nici de boală nu trebuie fugit. Se va obiectiva maladiul (autodistanțare și conștientizarea capacităților personale). De ex. Cum ar putea bolnavul accepta depresia; Ce ar putea face... să se odihnească... mici activități? Ceea ce ar fi cel mai rău, ar fi să se lase copleșit de dorința că situația lui ar trebui să fie altfel.

### 2. EXERSAREA LUĂRII DE ATITUDINE

Pacientul trebuie să învețe să-și formeze păreri proprii și să ia o anumită atitudine. Deseori se întâmplă că pacienții pun întrebări în legătură cu semnificația bolii lor.

### 3. ELIBERAREA

Se lămurește cu pacientul procesul de a se lasă forțat. În cazul ca SE constata frica de frica la pacient, se pot folosi atât intenția para-doxa, cât și elemente din ea.

### 4. EDIFICAREA CÂMPULUI VALORIC

Uneori va fi nevoie și de folosirea metodei "trăirii valorii fundamentale" (Längle, 1984). Pe lângă revitalizarea experienței valorii fundamentale, trebuie să se producă și deschiderea spre valorile experimentale (Erlebniswerte). De mare valoare este și orientarea spre activitatea creatoare, stabilindu-se dinainte ce anume ar putea fi catalogat drept succes!

Pentru stabilizarea îmbunătățirii și ca o protecție față de recăderi depresive, se va urmări metodic concretizarea responsabilității. Profunde simțăminte de vinovăție, produse prin vină autentică sau vină imaginară, trebuie prelucrate pt. a le recunoaște efectele dăunătoare.

O pacientă s-a căsătorit cu soțul ei fără să-1 iubească, din calcul, de frica de a rămâne nemăritată. Ani de-a rândul s-a luptat cu un sentiment de vinovăție, până în cele din urmă uitând chiar motivul lui. Soțul s-a comportat tot mai imposibil, așa încât a devenit o povară permanentă pentru ea. Subconștient, ea și-a zis, că aceasta i se întâmplă pentru că s-a făcut vinovată față de el. De aceea a și suportat orice din partea lui. Înjosirile permanente au dus-o până la urmă la depresie.

Tratamentul logoterapeutic al depresiilor operează cu capacitatea centrală a omului de a lua o atitudine față de evenimentele exterioare și interioare. Acesta e NUMITORUL COMUM al tuturor pașilor terapeutici. Pașii enumerați mai sus se pot aplica în toate situațiile în care se impune o schimbare de atitudine. Desigur obținerea unei schimbări de atitudine e posibilă nu numai prin aplicarea metodei enunțate. Foarte prețioasă în tratamentul depresiei este îndrumarea pe care a dat-o Frankl pacienților săi, de a nu fi necăjiți în plus și de faptul că au o depresie. În tratarea depresiilor grave endogene se mai arată a fi de mare ajutor următoarea idee, pentru a evoca o nouă atitudine față de depresie. Se știe că depresivul suferă de sentimente de vinovăție fiindcă nu face lucrurile pe care ar trebui să le facă. Se impune o ușurare a pacientului, mai ales când există pericolul suicidului. Trebuie să-și dea seama, că nici nu poate fi vorba de vină adevărată, fiindcă el acum nici nu ar fi în stare, nu ar PUTEA face nimic.

"Vreți o dovada că nu PUTEȚI acuma să faceți nimic și deci nici nu puteți fi vinovat?"  
Doar VREȚI să faceți atâtea lucruri, dar pentru că nu PUTEȚI, suferiți! Sunt convins, că dacă ați fi în stare să faceți lucrurile pe care ar trebui să le faceți, atunci le-ați face imediat, chiar și cu tensiune dureroasă!"

Amintesc acum câteva strategii greșite pe care le folosesc depresivii și care îi duc la eșec:

1. A da atenție la ceea ce cred ceilalți despre tine și supunere pentru a obține atenția celorlalți

2. A se lăsa constrâns (pentru a realiza indiferent ce)

3. Lăsarea problemelor nerezolvate pentru altele aparent importante. Supracontrolul apare datorită unui Supra-Ego prea sever, care îl "roade" pe pacient din interior, ceea ce din punct de vedere existențial se explică printr-o "imagine de sine" periclitată

4. Mai multe lucruri se fac concomitent. Apare tactica de a recupera cele neîmplinite

5. Activitate permanentă.

6. Veșnica INCERTITUDINE privind totul și toate. Pentru a exclude pe cât posibil toate greșelile, pacientul se află într-un permanent galop de probă a gândurilor.

### **RĂDĂCINA EXISTENȚIALĂ A DEPRESIEI**

Dacă rezumăm acest capitol, putem înțelege bine de ce depresivul suferă de slăbiciune în hotărâri. Adevărata hotărâre se poate lua prin ancorarea în valoare și sens, proprie posibilităților existente. Indecizia, slăbiciunea pulsionii de pornire, tulburarea stării generale, afectivitatea negativă sunt, de fapt, simptome secundare ale depresiei, privite din punct de vedere analitic existențial.

Ca SIMPTOME PRIMARE dpv analitic existențial se găsesc:

1. Confruntarea perturbată cu lumea dinafară și dinăuntru

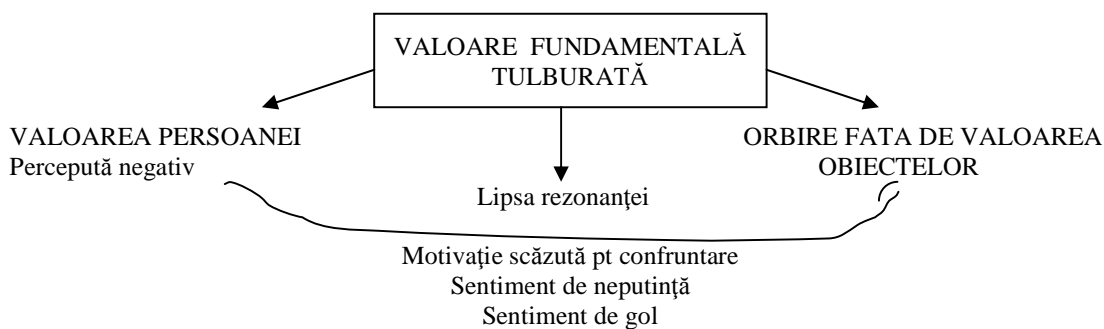
2. Netrăirea libertății și a responsabilității (sentiment de neputință)

3. Orbire față de lumea sensului și a valorilor (sentiment de gol).

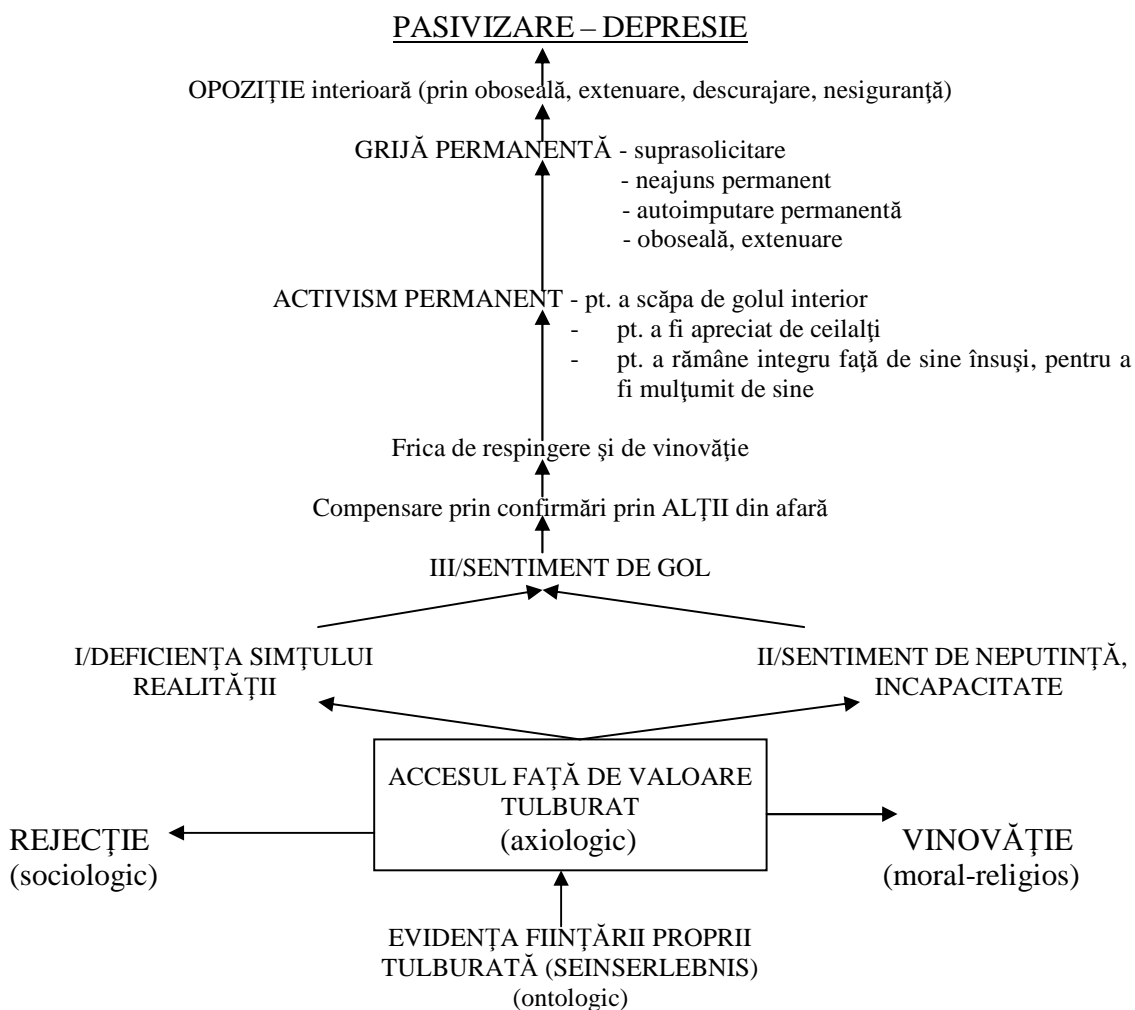
Depresivul nu ajunge la o EX-SISTENȚĂ satisfăcătoare, valoroasă. Lumea sa este o lume a lipsei de valori, a negativului, a vinovăției și deficientului.

În practica A.E. s-a cristalizat în decursul timpului că tulburările funcțiilor existențiale de bază au o rădăcină comună. Numai atunci se ajunge la tulburarea acestor funcții, când valoarea FUNDAMENTALĂ a omului este rănită. Depresivul nu poate să spună despre el: "Sunt și e bine că sunt". Aceasta este baza reușitei vieții.

Depresia se centrează asupra acestei întrebări majore a ființării negăsindu-i un răspuns adecvat, ratează raportarea la valoare.



Imag.2: Focarul existențial de la care pornește depresia



Imag. 3: Arată cum este de înțeles depresia ca a problemă axiologică. Stingherirea experienței valorice stă în legătură cu trăirile sociologice și moral-religioase, dar în primul rând cu experiența ONTOLOGICĂ DE BAZA tulburată. Modelul tipic de evoluție a depresiei.

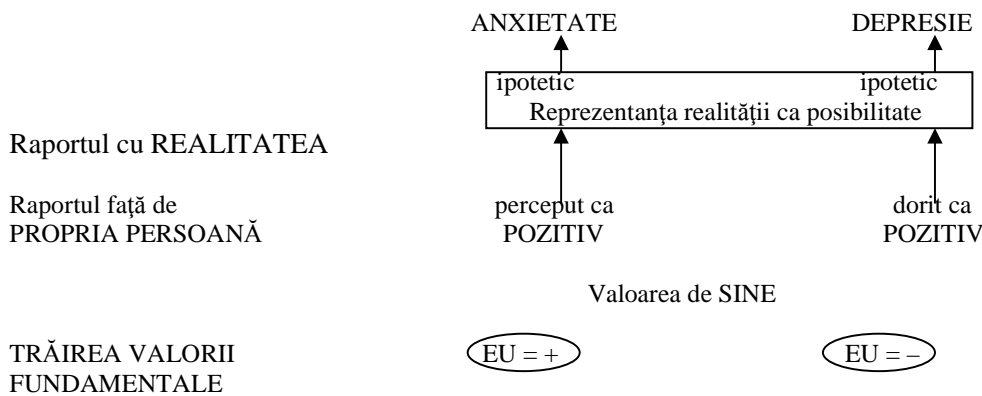
Dacă valorile care sunt intrinsece lucrurilor nu sunt "energizate" de VALOAREA FUNDAMENTALĂ, atunci lipsește "efectul de magnet", care face să ne simțim atrași de valori. Depresivul stă la distanță de valori și trăiește sentimentul că nu se poate apropia de

viață. Sentimentul de valoare este amortiț. Valorile nu sunt resimțite de către depresiv în mod real în prețiozitatea lor, ci sunt sesizate doar ca posibilități (inaccesibile), datorită cărui fapt depresivul înclină să se oprească în domeniul posibilităților. Omul poate accede la valori cu toată inima, numai dacă le consideră prețioase. Numai astfel capătă proporții omenești. Dacă nu-i reușește asta, valorile rămân doar posibilități străine de el, cu un iz de "trebuie", care nu-l mișcă în profunzimile sale.

Depresia este problema valorilor absente. Nici o mirare că într-o vreme de pierdere de valori cresc depresiile. În ultimă analiză depresia se bazează pe o trăire tulburată a ființării (Seinului). Pe lângă tulburarea bazei ontologice se mai adaugă cu efect întăritor și rădăcinile sociale și moral-religioase.

Este interesantă o comparație a depresiei cu anxietatea. Amândouă tablouri au anumite asemănări. Atât la anxietate cât și la depresie predomină reprezentarea realității ca o posibilitate. Dar dacă amândoi, anxiosul și depresivul, trăiesc cu o realitate construită ipotetic, atunci în ce anume constă diferența?

Constă în TRĂIREA VALORII FUNDAMENTALE.



Imag. 4: Cu unul și același raport față de realitate, nevroticul anxios se deosebește de depresiv prin raportul său față de propria-i persoană (EU).

Omul care suferă de anxietate își percepe valoarea intrinsecă drept pozitivă, de regulă chiar ceva exagerat. Depresivul dimpotrivă râvnește după o valoare intrinsecă pozitivă, căci reprezentarea realității ca posibilitate cuprinde la depresiv nu numai realitatea exterioară, ci și pe cea interioară. În măsura în care el își conferă eventual o valoare proprie, aceasta are doar un caracter ipotetic.

Pentru nevroticul anxios, realitatea este amenințător de aproape. El scapă prin FUGĂ. Raportul depresivului cu realitatea are o alta nuanță: el neavând nici o valoare proprie, pericolul de a fi distrus de realitate nu este o amenințare pt. el. El suferă mult mai mult de faptul că nu poate intra cu ea într-un contact real. Din punct de vedere existențial, cunoscuta "Triada Beck" (depresivul se vede pe el însuși, mediul înconjurător și viitorul său negativ) nu este numai o perspectivă deformată a lumii, căci felul de a o vedea așa este chiar logic și îndreptățit, ținând cont de condiția sa de trai.

Depresivul se vede negativ - deoarece se percepe negativ (valoare proprie intrinsecă tulburată)

Depresivul vede mediul său înconjurător negativ - deoarece el și-l face astfel (strategii tulburate)

Depresivul își vede viitorul negativ - deoarece și-l pulverizează singur prin absența raportului său cu actualitatea, prin definiția sa neconcretă privind succesul etc.

Depresivul poate chiar fi văzut ca un REALIST (Layne, 1983), fiindcă el are de fapt, toate motivele pentru aprecierile sale negative. Și pt. că depresivul este realist (poate mai mult decât normalul) nu-i putem scoate din cap gândurile sale negative. Vede lumea treaz și clar. Cu toate că are o reprezentare supra(hiper)realistă a tuturor posibilităților și a tuturor obligațiilor, el nu ajunge totuși să se apropie de realitate. Posibilitățile și

obligațiile îl lasă rece. Ele stau sub presiunea ucigătoare a OBLIGATIVITĂȚII. Depresivul posedă de fapt o imagine realistă asupra lumii, dar are o poziționare contorsionată față de ea, în special în ce privește acțiunea. De fapt este un „hiperrealist“, căci cunoaște realitatea și în consecință este foarte precaut. Dar depresivul nu este niciodată „Obiectivist“, care ar putea lăsa lucrurile așa cum sunt.

Viziunea sa realistă stă sub mărșăzirea dificilă a cogniției sale. În ceea ce ar putea sau ar trebui să fie apare în mod înspăimântător neantul care-l amenință: căci ceea ce nu este încă, poate niciodată să nu fie.

## Literatura

- Beck A.T. (1967) Depression: Clinical and theoretical aspects. New York; Harper & Row
- Beck A.T. (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. New York; International University Press
- Frankl V.E. (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie  
In: v. Gebsattel, V.E. Frankl, V.E. Schultz, J.H. (Hsg) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*,  
Band III, S.663-736
- Frankl V.E. (1984) *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Bern: Huber
- Jourard S. (1963) *Personal Adjustment*; New York; McMillan.
- Längle A (1984) Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung. In: *Sinn-voll heilen* Freiburg: Herder  
S 47-63
- Längle A (1988). Wende ins Existentielle. Die Methode der Sinnerfassung. In Längle A (Hsg) *Entscheidung zum Sein. Logotherapie in der Praxis*, München : Piper.
- Layne Ch: (1983) Painful Truth about the depressives' cognitions. In: *Journal Clin.Psych Vol.39.N6, Nov.*  
83 p.884-953.
- Michel W. (1979) On the interface of cognition and personality. *American Psychologist* 34, S.740-754.
- Zapotoczky H.G. (1986). Zur Wirksamkeit kognitiver Therapieansätze in der Depressionsbehandlung. In:  
*Der praktische Arzt* S.1727-1738

*Traducere: Dr.med. Wilhelmine Popa*