

# ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Νταβατζίκος Αργύριος - Εργοθεραπευτής

ΚΔΑΠ/ΜΕΑ Δήμου Κορυδαλλού

*Την δεκαετία του 1970 αυξήθηκε το ενδιαφέρον για την γνωσιακή θεωρία. Αιτία ήταν οι επιτυχημένες εργασίες του Beck και του Ellis όσον αφορά την γνωσιακή ψυχοθεραπεία στην κατάθλιψη. Για τους εργοθεραπευτές αυτές οι εξελίξεις στην γνωσιακή θεωρία είναι δυναμικά ένα ισχυρό πλαίσιο αναφοράς, και αυτό γιατί οι εργοθεραπευτές, είτε εργάζονται σε ψυχιατρικά πλαίσια, είτε όχι, έρχονται αντιμέτωποι πολλές φορές με την κατάθλιψη. Το καταθλιπτικό επεισόδιο ταλαιπωρεί πολλούς ανθρώπους. Όχι μόνο τα άτομα που εισάγονται σε ψυχιατρικά πλαίσια, αλλά και τα άτομα που υπόκεινται σε σοβαρά σωματικά προβλήματα, στους οποίους μπορεί να βρει κανείς αρκετά χαρακτηριστικά της 'κλασικής' κατάθλιψης.*

## Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ.

Το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι διαφορετικό από την παροδική έλλειψη διάθεσης που βιώνουν οι περισσότεροι άνθρωποι σαν μια φυσιολογική αντίδραση στην απώλεια. Έτσι ο όρος 'καταθλιπτικό επεισόδιο' περιλαμβάνει ένα φάσμα φαινομένων: Στην μια του άκρη τοποθετείται ένα φυσιολογικό συναίσθημα που είναι συνηθισμένο και συμβαίνει σχεδόν στον καθένα από καιρό σε καιρό, ενώ στην άλλη του άκρη τοποθετείται μια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή. Όταν οι άνθρωποι αναπτύσσουν κατάθλιψη νιώθουν πληγμένοι και είναι συχνά ευσυγκίνητοι και επιρρεπείς στο να κλαίει. Ταλαιπωρούνται από ενοχές, πιστεύουν ότι απογοητεύουν τους ανθρώπους. Γίνονται πιο ευερέθιστοι απ' όσα συνήθως, πιο αγχωμένοι και βρίσκονται σε υπερένταση. Έχουν την τάση να αποσύρονται από τις δραστηριότητες που συνήθως θέλουν να κάνουν, και μπορεί να ξεδεύουν πολύ χρόνο στην καρέκλα ή ξαπλωμένοι στο κρεβάτι. Πιο επικίνδυνο είναι το ότι όσο περνά ο χρόνος τόσο περισσότερο νιώθουν ότι δεν υπάρχει τέλος σε αυτή την κατάσταση και ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει για να αλλοίξει τα πράγματα προς το καλύτερο. Έτσι η απελπισία μεγαλώνει και μπορεί να οδηγήσει σε επιθυμία για θάνατο και σκέψεις αυτοκτονίας.

Η έναρξη και η πορεία της φαίνεται να σχετίζονται με μια ποικιλία παραγόντων. Σε αυτούς περιλαμβάνονται νευρολογικές ανωμαλίες, ιστορικό οικογενούς κατάθλιψης ή αλκοολισμού, πρώιμη απώλεια γονέα ή πρώιμη παραμέληση, πρώιμα αρνητικά γεγονότα, συζυγικά προβλήματα, έλλειψη αυτοπεποίθησης για την ανάπτυξη στενής, εμπιστευτικής σχέσης, έλλειψη επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης, και

έλλειψη αυτοπεποίθησης για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα (12,24,28).

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Στα τυπικά καταθλιπτικά επεισόδια το άτομο συνήθως παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

- Μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό του.
- Ιδέες ενοχής και αναξιότητας (ακόμα και στον ήπιο τύπο).
- Ζοφερές και απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον.
- Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή.
- Καταθλιπτικό συναίσθημα.
- Ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας.
- Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για δραστηριότητες οι οποίες λογικά είναι ευχάριστες.
- Έλλειψη συναισθηματικής απαντητικότητας σε φυσιολογικά ευχάριστες συνθήκες και γεγονότα.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση.
- Μειωμένη ενεργητικότητα.
- Αυξημένη κόπωση μετά από ελαφρά προσπάθεια.
- Περιορισμένη δραστηριότητα.
- Διαταραγμένος ύπνος.
- Μειωμένη όρεξη.
- Απώλεια βάρους.
- Απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας (libido).

Σε μερικές περιπτώσεις, το άγχος, η δυσφορία και η κινη-

τική ανησυχία είναι δυνατόν να επικρατούν κατά την διάρκεια της κατάθλιψης και η μεταβολή του συναισθήματος μπορεί να συγκαλύπτεται από πρόσθετα χαρακτηριστικά, όπως ευερεθιστότητα, υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματων, και επίταση προϋπαρκόντων φοβικών ή ιδεοληπτικών συμπτωμάτων ή ενασχολήσεις υποχονδριακού τύπου (55).

## ΠΩΣ ΒΛΕΠΕΙ Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.

Η γνωσιακή ψυχολογία θεωρεί ότι η συμπεριφορά δεν είναι καθόλου μηχανική απόκριση του ατόμου, αλλά ότι καθορίζεται από περίπλοκες διεργασίες μέσα από μηχανισμούς όπως η σκέψη, η αντίληψη, το συναίσθημα. Έτσι τα λογικά και συμβολικά συστήματα, που δημιουργούνται σταδιακά στο μυαλό από την βρεφική κιά της ηλικία και τα οποία αναλύουν και ερμηνεύουν τις πληροφορίες, παίζουν αποφασιστικό ρόλο όσον αφορά το είδος της συμπεριφοράς που θα εκδηλωθεί. Όμως αυτά τα λογικά και συμβολικά συστήματα ή αλλιώς οι γνωσιακές δομές (cognitive structures) ή αλλιώς τα ερμηνευτικά σχήματα (interprets structures) δεν διαχωρίζονται από την συναισθηματική ζωή. Οι γνωσιακές δομές ή γνωσιακά σχήματα (cognitive schemata) ενός ατόμου δεν είναι αποκλειστικά γνωσιακά, με άλλα λόγια περιλαμβάνουν όχι μόνο τις βασικές αντιλήψεις του ατόμου αλλά και τις συναισθηματικές του ικανότητες. Τα πιο βασικά γνωσιακά σχήματα καθορίζουν τις στάσεις μας προς τον εαυτό μας και το περιβάλλον μας. Αυτά τα βασικά γνωσιακά σχήματα ανταποκρίνονται σε αυτό που συνήθως αποκαλείται «εαυτός» (3,6,9,10,25,27,28,31,37,38,41,44).

Κατά την λειτουργία των γνωσιακών ερμηνευτικών σχημάτων προκύπτουν:

1. Τα γνωσιακά γεγονότα (cognitive events), που περιλαμβάνουν σκέψεις, φαντασίες, ονειροπολήσεις καθώς και την έννοια των αυτόματων σκέψεων που προκύπτουν στον «χείμωρο» της συνείδησης. Οι αυτόματες σκέψεις συμβαίνουν έξω από την εστία της αντίληψης και έτσι, είναι κυρίως ασυνείδητες.
2. Οι γνωσιακές διαδικασίες (cognitive processes), που αναφέρονται στα βήθη που γίνονται στην αναγνώριση και την επεξεργασία των πληροφοριών. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα δεν αντιλαμβάνονται τους τρόπους με τους οποίους επεξεργάζονται τις πληροφορίες. Για παράδειγμα τέτοιων γνωσιακών βηθών είναι η επιλεκτική αφαίρεση, δηλαδή η τάση να αποσπάται μια λεπτομέρεια από μια πολύ γενικότερη κατάσταση και να χρησιμοποιείται για να κατασκευαστεί μια ιδιόμορφη κατανόηση της κατάστασης ως σύνολο. Επίσης άλλο παράδειγμα είναι η δικτομική ή πολωμένη σκέψη, δηλαδή η τάση όλες οι εμπειρίες με προσωπική σημασία να υψίζονται επεξεργασία με το σκεπτικό «είτε / είτε», ή μαύρο - άσπρο, χωρίς οποιαδήποτε απολύτως διαβάθμιση.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία βασίζεται στην αρχή ότι το περιεχόμενο των σκέψεων του ατόμου επηρεάζει τα συναισθήματα του και οδηγεί σε μια καθορισμένη συμπεριφορική αντίδραση. Ο όρος «συμπεριφορική» συμπεριλαμβάνει και τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις του ασθενή/παιδιού. Οι σχέσεις ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και την συμπεριφορά δεν είναι αποκλειστικά μονοσήμαντες, ελέγχονται από επαναστροφικούς μηχανισμούς, σχηματίζοντας έτσι ένα αλληλοεπιδραστικό κύκλωμα, δηλαδή το ένα επιδρά στο άλλο (6,7,9,14,18,25,27,28,38,41,44,45,53,56,57).

## ΤΟ ΓΝΩΣΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ.

Η βασική πεποίθηση πάνω στην οποία στηρίζεται η γνωσιακή θεωρία της κατάθλιψης του Beck είναι ότι οι καταθλιπτικοί άνθρωποι ερμηνεύουν μια ποικιλία γεγονότων με ένα διαστρεβλωμένο τρόπο, ανεξάρτητα από την βασισμένη πληροφορία. Η θεωρία της κατάθλιψης του Beck περιλαμβάνει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

- 1) Την αρνητική γνωσιακή τριάδα που συνίσταται σε μια αρνητική θεώρηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος.
- 2) την αυτόματη εμφάνιση των αυτό-ματαϊωτικών αρνητικών σκέψεων (negative automatic thoughts).
- 3) την εμφάνιση των συστηματικών διαστρεβλώσεων στην αντίληψη και επεξεργασία των πληροφοριών (δυσλειτουργικών γνωσιακών διαδικασιών (cognitive processes)) και
- 4) την εμφάνιση των βασικών «βιθανόντων» ή «σιωπηλών», δυσλειτουργικών γνωσιακών δομών (silent beliefs), που αποκαλούνται και δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, δυσλειτουργικοί κανόνες ζωής, πίστεις, δοξασίες, δυσλειτουργικές νοηματικές δομές.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς επεξεργάζονται επιλεκτικά τις πληροφορίες, κάνοντας δυσλειτουργικούς απαιροπροδιορισμούς και απασχολούμενοι με πιο αρνητικό αυτόματο τρόπο σκέψης. Άλλα γνωσιακά χαρακτηριστικά είναι οι διαταραχές της προσοχής, η μείωση της γνωσιακής ικανότητας και η γνωσιακή ασυμμετρία, δηλαδή μια ανισορροπία ανάμεσα σε αρνητικές και θετικές σκέψεις.

Με βάση την αρνητική γνωσιακή τριάδα αποτέλεσμα του πρώτου χαρακτηριστικού είναι η άποψη του ασθενή για τον εαυτό του ως ανάξιο, κοινωνικά ανεπιθύμητο, ηθικά ή φυσικά ελαττωματικό. Σύμφωνα με το δεύτερο συστατικό στοιχείο, ο ασθενής αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του αρνητικά, οπότε οι αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον βιώνονται ως απαιτητικές και γεμάτες από εμπόδια και προβλήματα που δεν είναι δυνατόν ναλυθούν. Με βάση το τρίτο χαρακτηριστικό εξηγείται η άποψη του ασθενή για το μέλλον ως ζοφικού, που δεν υπόσχεται τίποτα, παρά μόνο πλήρη και συνεχίζόμενη αποτυχία.

Έτσι τα αρνητικά χαρακτηριστικά της γνωσιακής τριάδας εξηγούν τα πιο πολλά από τα συμπτώματα όπως η απώλεια της πρωτοβουλίας και η απάθεια, η ανημποριά και η απειρησία, η αυτό-κατηγορία, η κούραση, οι τάσεις φυγής, η απόσυρση και η αυτοκτονική συμπεριφορά.

Οι αυτό-ματαϊωτικές αρνητικές σκέψεις εντάσσονται στην έννοια των αυτόματων σκέψεων που αναφέρθηκαν στα γνωσιακά γεγονότα. Αυτές οι αυτό-ματαϊωτικές αρνητικές σκέψεις συμβαίνουν χωρίς προηγούμενη σκέψη ή συλλογισμό, δηλαδή αυτόματα. Μάλιστα προκύπτουν σε καταστάσεις που ο ασθενής διαστρεβλωμένα αντιλαμβάνεται ως απειλή του χώρου του, και είναι αρνητικές γιατί σχετίζονται με δυσάρεστα συναισθήματα. Οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις μπορεί να συμβαίνουν τόσο γρήγορα που καθίσταται δύσκολο για τον ασθενή ακόμα και να τις αντιληφθεί. Έτσι κατά κάποιο τρόπο βρισκονται στην 'περιφέρεια' και όχι στο 'κέντρο' της συνειδησιακής λειτουργίας, δηλαδή το άτομο δεν είναι απόλυτα ενήμερο για την ύπαρξη τους. Αυτές οι σκέψεις μπορεί να αφορούν ερμηνείες για τωρινές εμπειρίες, προβλέψεις για μελλοντικά

γεγονότα ή αναποθήσεις γεγονότων που συνέβησαν στο παρελθόν. Αυτά, με την σειρά τους, οδηγούν στην εξέλιξη και τον άθλων συμπτωμάτων της κατάθλιψης όπως δυσλειτουργική συμπεριφορά (χαμηλή ενεργητικότητα, απόσυρση), δυσλειτουργία των κινήτρων (απώλεια ενδιαφέροντος, αδράνεια), συμπτώματα από το θυμικό (άγχος, ενοχή), συμπτώματα από τις γνωστικές λειτουργίες (πτωχή συγκέντρωση, απουσία βούλησης) και σωματικά συμπτώματα (απώλεια όρεξης, απώλεια ύπνου). Καθώς το καταθλιπτικό επεισόδιο εξελίσσεται, οι αρνητικές σκέψεις γίνονται όλο και πιο συχνές και όλο και πιο έντονες, ενώ οι πιο λογικές σκέψεις σταδιακά μειώνονται. Αυτή η διαδικασία διευκολύνεται σε αυτή την πορεία από την ανάπτυξη του όλο και περισσότερο διαβρωτικού καταθλιπτικού συναισθήματος. Έτσι ένας παράλογος κύκλος σχηματίζεται και εγκαθίσταται, μέσα στον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις, και έτσι παύει να προσπαθεί αποδεικνύοντας στον εαυτό του ότι οι αρνητικές σκέψεις ήταν σωστές και ότι δεν έχει πιο νόημα να προσπαθήσει, πέφτοντας, όπως λέει ο Seligman, σε μια κατάσταση μωθημένης αβοηθητότητας (learned helplessness), δηλαδή μαθαίνουν ότι το να προσπαθούν δεν έχει αποτέλεσμα. Ακόμη επειδή οι σκέψεις αυτές σχετίζονται με τους πιο βασικούς προσωπικούς κανόνες ζωής του ασθενή, δηλαδή πηγάζουν από κάποια από τα βασικά γνωσιακά σχήματα, και συγκεκριμένα από τις σιωπηλές πίστεις, γίνονται αποδεκτές αβασάνιστα, χωρίς εξέταση. Όμως, τα συνωδά αρνητικά συναισθήματα, τα οποία είναι πιο μεγάλης διάρκειας, αναγνωρίζονται πιο εύκολα από τον ασθενή. Οι σιωπηλές πίστεις βρίσκονται έξω από την εστία της συνείδησης του ατόμου, και όπως αναφέρθηκε παραμένουν ως επί το πλείστον «σιωπηλές» ή «ημιθάνουσες». Ωστόσο, αυτές εύκολα ενεργοποιούνται και γίνονται ισχυρές οποτεδήποτε το άτομο διαστρεβλωμένο αντιλαμβάνεται ένα γεγονός, οπότε αυτό μπορεί να δράσει ως ψυχοτραυματικό γεγονός (stressor). Τέτοιες δυσλειτουργικές πεποιθήσεις μπορεί να αφορούν, για παράδειγμα τι χρειάζονται οι άνθρωποι για να είναι χαρούμενοι (παράδειγματος χάρη 'αν έστω και ένα άτομο σκέπτεται άσχημα για μένα, δεν μπορώ να είμαι χαρούμενος') και τι πρέπει να κάνουν για να θεωρούν ότι αξίζουν σαν άτομα (παράδειγματος χάρη 'πρέπει να κάνω πάντα τέλεια ό,τι αναλαμβάνω'). Μόνο οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις δεν αρκούν για την ανάπτυξη καταθλιπτικού επεισοδίου. Προβλήματα αναφύονται όταν κρίσιμα γεγονότα προκύπτουν στην ζωή του ατόμου τα οποία περιπλέκονται με το σύστημα των πεποιθήσεων του ατόμου. Έτσι η ανάπτυξη των δυσλειτουργικών σχημάτων εαυτού συμμετέχουν τόσο βιολογικοί όσο και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (7,9,12,16,20,25,27,28,37,38).

## ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.

### ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.

Οι βασικοί στόχοι της εργοθεραπευτικής παρέμβασης, η οποία βασίζεται στην γνωσιακή θεωρία, στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού επεισοδίου είναι οι εξής:

- Η διακοπή του καταθλιπτικού μηρυκασμού, για να γίνει μείωση της συναισθηματικής φόρτισης.
- Η ανάπτυξη θετικής εικόνας εαυτού μέσω της ανάληψης και της αμφισβήτησης των δυσλειτουργικών ατομικών γνωσιακών διεργασιών.
- Η εκμάθηση υγιών στρατηγικών, δηλαδή γνωσιακών διεργασιών, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων

(6,20,21,30,33,46,52,53).

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.

Οι εργοθεραπευτές που εργάζονται με βάση το γνωσιακό πλαίσιο αναφοράς τοποθετούν τον εμπειρικό πειραματισμό στο κέντρο της εργασίας τους και την χρήση των δραστηριοτήτων τον εμπειρικό τόπο και τρόπο μέσα από τον οποίο τα άτομα μπορούν να βιώσουν επιτυχία, ευχαρίστηση, επάρκεια για τις ικανότητές τους. Έτσι ενώ στην γνωσιακή ψυχοθεραπεία οι δραστηριότητες συχνά χρησιμοποιούνται ως εργασίες για το σπίτι, που αργότερα συζητιάζονται στην επόμενη θεραπευτική συνεδρία, στην εργοθεραπεία οι δραστηριότητες είναι η «πραγματική εργασία», εκεί που εστιάζεται η θεραπευτική προσπάθεια. Αυτή η εμπειρία είναι θεραπευτική, όπως λέει ο Bandura, ο οποίος υποθέτει ότι αναπτύσσεται με τον τρόπο αυτό μια γνωσιακή έννοια την οποία ονομάζει αυτό-αποτελεσματικότητα (self-efficacy), δηλαδή ότι με την εμπειρία αυξάνεται η δύναμη και το σθένος του ατόμου, ο βαθμός στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει μια κατάσταση. Συνεπώς, οι εργοθεραπευτές μπορούν να δράσουν θεραπευτικά μέσα από το γνωσιακό πλαίσιο αναφοράς ακολουθώντας τις εξής βασικές αρχές:

- Η εργοθεραπευτική παρέμβαση δεν παρέχει έτοιμες λύσεις, αλλά βοηθάει τους ανθρώπους να βρουν τις απαντήσεις που ταιριάζουν σε αυτούς.
- Ο εργοθεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή πιστεύοντας στις δυνατότητες του, και σεβόμενος την ατομικότητά του.
- Οι εργοθεραπευτές προτρέπουν τους ασθενείς στον εμπειρικό πειραματισμό, δηλαδή στο να πειραματιστούν μέσα από τις δραστηριότητες. Και αυτό γιατί όπως έδειξε ο Beck είναι αδύνατο να μιλάει κάποιος σε ένα άτομο με καταθλιπτικό επεισόδιο έξω από τις πεποιθήσεις του, της αναξιοσύνης και τις ανεπάρκειες χωρίς να υπάρχουν μερικά γεγονότα στα οποία μπορεί να μπορείς να στηριχτείς.
- Η θεραπεία θα πρέπει να παρέχει στους ασθενείς ευκαιρίες για απόκτηση επάρκειας, και απόκτηση ελέγχου του εαυτού τους.
- Η όλη εργοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάζει στην λειτουργικότητα, και οι ασθενείς θα πρέπει να μπορούν να δουν δυναμικά τους εαυτούς τους ως ικανά άτομα.
- Σε κάθε επιτυχία του ασθενή ο εργοθεραπευτής δίνει ενθάρρυνση και ανατροφοδότηση.
- Σε κάθε θεραπευτική συνεδρία ο εργοθεραπευτής μπορεί να υπενθυμίζει τις επιτυχίες του ασθενή.
- Η εργοθεραπεία επικεντρώνεται όχι μόνο στις δραστηριότητες αλλά και στους δυσπροσαρμοστικούς (maladaptive) τρόπους σκέψης. Έτσι ο εργοθεραπευτής μπορεί να παρακολουθεί για αυτόματες αρνητικές σκέψεις και "θερμές γνωσίες" κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων, με σκοπό να τις αμφισβητήσει και έτσι να προάγει περισσότερο προσαρμοστική συμπεριφορά (6,13,18-21,23,25,30,33,35-37,52,53).

## Η ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (ΜΟΤΙΒΑΤΙΟΝ) ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

Για να κινητοποιήσουμε και να ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμμετάσχει στο θεραπευτικό πρόγραμμα χρειάζεται:

- Να αφιερώσουμε χρόνο για την ενημέρωση του ασθενή σχετικά με το προτεινόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα. Το άτομο είναι ανάγκη να γνωρίζει γιατί και πως θα εμπλακεί, και ότι γι' αυτό υπάρχει ένας στόχος, που έχει νόημα για τον ίδιο. Η συνεργασία του ασθενή είναι βασική και είναι πιο εύκολο να συνεργαστεί ο ασθενής όταν καταλαβαίνει περί τίνος πρόκειται. Έτσι είναι ανάγκη ο ασθενής να εμπλέκεται και να συμμετέχει όσο είναι δυνατόν περισσότερο στην επιλογή των στόχων, όπως λένε οι Good-Ellis και Fine, και στον σχεδιασμό των δραστηριοτήτων, έτσι θα έχει 'επενδύσει' στο όλο πρόγραμμα των δραστηριοτήτων. Σε αυτές τις συζητήσεις μπορούν να εξερευνηθούν ενδεχόμενοι φόβοι και πανθασμένες προσδοκίες.
- Να συμφωνήσει και το ίδιο το άτομο ότι θα καταβάλει προσπάθεια για την επιτυχία της δικής του θεραπείας (contractual method). Έτσι εργοθεραπευτής και ασθενής είναι σύμμαχοι και μαζί προσπαθούν να ανακαλύψουν τρόπους λύσεις των προβλημάτων του ατόμου. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής νιώθει ότι ο ίδιος έχει τον έλεγχο.
- Να ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κάνει πράγματα για άλλους, ιδιαίτερα για μέλη της οικογένειάς του ή για άλλα άτομα που θεωρεί σημαντικά. Και αυτό γιατί ενώ έχουν δυσκολίες στο να κινητοποιηθούν για την θεραπεία του εαυτού τους, είναι πιο εύκολο να κινητοποιηθούν για να κάνουν πράγματα για άλλους είναι πιο εύκολο να κινητοποιηθεί ο ασθενής αν ενθαρρυνθεί. Κατασκευάζοντας χρήσιμα αντικείμενα ή δώρα για άλλους αποδεικνύει ξανά στον εαυτό του, ότι αποτελεί άτομο που συνεισφέρει σημαντικά, και όχι άτομο ανόητο ή ανεπιθύμητο.
- Να είμαστε σε ετοιμότητα να ενθαρρύνουμε τον ασθενή, όταν έχει από την αρχή δυσκολίες στην συμμετοχή των δραστηριοτήτων, με το να προτείνουμε στον ασθενή να υιοθετήσει πιο λειτουργικές νοστροπικές όπως του τύπου 'δοκίμασε το, μπορεί να σου αρέσει' ή 'δεν χάνεις τίποτα αν προσπαθήσεις' ή 'ίσως νιώσεις καλύτερα να αρχίσεις' ή 'πρώτα η δράση και μετά έρχεται η επιθυμία (το κίνητρο)' ή 'η αρχή είναι το ήμισυ του παντός' ή 'τροχός που γυρίζει δεν ακουριάζει' ή 'είναι καλύτερα να ανάψεις ένα κεράκι, παρά να καθαρίσεις το σκοτάδι'. Έτσι με την τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων διευκολύνουμε την κινητοποίηση του ασθενή (1,6,9,12,13,26,29,52,54).

## Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΜΗΡΥΚΑΣΜΟΥ.

Ο καταθλιπτικός ασθενής, τον περισσότερο χρόνο, ανακυκλώνει τις αρνητικές σκέψεις του, καθώς και τα μεγαλοπρεπή του συναισθήματα, και έτσι βυθίζεται ακόμα περισσότερο σε αυτή την κατάσταση, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να βρει λύσεις και να είναι λειτουργικός στους ρόλους ζωής. Ένα χρήσιμο 'εργαλείο', που χρησιμοποιείται από την αρχή του επαγγέλματος της Εργοθεραπείας, για την διακοπή αυτού του φαύλου κύκλου, είναι οι δραστηριότητες που εκτρέφουν την συνείδηση του ασθενή από τις έμμενες και καταθλιπτικές σκέψεις του, και που κατευθύνουν την προσοχή σε πιο ευχάριστα ενδιαφέροντα. Αυτό βασίζεται στην θεω-

ρητική θέση ότι δεν μπορεί δυο απορροφητικές σκέψεις να απασχολούν το μυαλό συγχρόνως. Μάλιστα θεωρείται ότι οι δραστηριότητες όχι μόνο αποσπούν την προσοχή ενός ατόμου από τις αρνητικές του σκέψεις αλλά και ότι τις αποκλείουν από την πρόσβαση στην προσοχή. Αυτές οι δραστηριότητες είναι κατάλληλες για το αρχικό στάδιο της θεραπείας, όπου το άτομο βρίσκεται στην οξεία φάση του καταθλιπτικού επεισοδίου. Δεν αποσπεί βέβαια λύση στα προβλήματα του ασθενούς αλλά αποσπεί εργασία για την παραγωγή μικρής διάρκειας αλλαγών. Στην διάρκεια αυτών των αλλαγών ο ασθενής είναι πιο έτοιμος για να εργαστεί στο να βρει πιο βασικές λύσεις. Έτσι λοιπόν, ο περιορασμός έχει μια μικρή αλλά σημαντική θέση στην εργοθεραπεία (32,33).

Για παράδειγμα, δραστηριότητες που μπορούν να γίνουν για την διακοπή ή την μείωση του καταθλιπτικού μηρυκασμού είναι οι εξής:

1. *Δραστηριότητες αισθητηριακής ενημερότητας* (sensory awareness) τις οποίες προτείνουν και οι *Kremer, Nelson* και *Duncombe*. Με αυτές τις δραστηριότητες γίνεται μια προσπάθεια προσανατολισμού της προσοχής, από τις αρνητικές σκέψεις στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος (12,22,23,34,48,49).
2. *Επιτραπέζια παιχνίδια*. Τα επιτραπέζια παιχνίδια αποτελούν μια μορφή νοητικών ασκήσεων που απορροφούν την σκέψη, και έτσι είναι πολύ κατάλληλα για την διακοπή ή μείωση του καταθλιπτικού μηρυκασμού (6,12,20,49).
3. *Δραστηριότητες προσανατολισμού στο παρόν*, με σκοπό την εκτροπή της προσοχής στις πληροφορίες του περιβάλλοντος. Όπως για παράδειγμα παιχνίδια ερωτήσεων που προσανατολίζουν σε βασικές πληροφορίες όπως ημερομηνία, καιρός, ονόματα των μελών της ομάδας (6,12,30,49).

Όλες αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να γίνουν σε μια ομάδα ασθενών, αλλά μπορούν να γίνουν και σε ατομική βάση, δηλαδή μεταξύ του εργοθεραπευτή και ενός μεμονωμένου ασθενή. Αυτή η ατομική θεραπεία θα μπορούσε να είναι καλή για μια αρχική προσέγγιση του ασθενή, λόγω της απόσυρσης που μπορεί να παρουσιάζει το άτομο, και τις τάσεις, που γενικά έχουν οι καταθλιπτικοί, να συγκρίνουν την επίδοσή τους με των άλλων ανθρώπων, με σκοπό να βρουν «αποδείξεις» για την κατωτερότητά τους.

## Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΕΑΥΤΟΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ.

Η εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας, και κατ' επέκταση η αυτοεκτίμησή μας, σχετίζεται άμεσα όχι μόνο με το τι μπορεί να κάνουμε, αλλά και με το πως αξιολογούμε αυτό που κάνουμε. Έτσι λοιπόν, ενώ μέσα από τις δραστηριότητες ενός καταθλιπτικού ασθενή μπορεί να βιώσει την αίσθηση της επιτυχίας και της επάρκειας για τις ικανότητες του, έχοντας ως αποτέλεσμα θετικά συναισθήματα για τον εαυτό του, αυτή η αίσθηση της επιτυχίας, και τα επακόλουθα θετικά συναισθήματα δεν διαρκούν πολύ. Και αυτό λόγω ότι κατακλύζονται από αρνητικές γνώσεις, δηλαδή από διαστρεβλωμένους τρόπους σκέψης για τις επιτυχίες του, και έτσι τον οδηγούν ξανά σε αρνητικά συναισθήματα, και σε δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά (13,30,33,36).

Συνεπώς, ο εργοθεραπευτής θα πρέπει να κινηθεί πάνω σε δυο βασικούς άξονες:

- I. Να παρέχει δραστηριότητες που να είναι σχεδιασμένες με τέτοιο τρόπο που να εξασφαλίζουν την βίωση της επιτυχίας και της επάρκειας. Αυτό μπορεί να γίνει με την προσεκτική ανάλυση των απαιτήσεων των δραστηριοτήτων. Μια δραστηριότητα γίνεται θεραπευτική μέσα από την διαβάθμιση και την προσαρμογή, έτσι ώστε να γίνει ξεκάθαρο στο άτομο ότι μπορεί να εκτελεί με επιτυχία εργασίες (tasks). Η διαβάθμιση και η προσαρμογή μιας δραστηριότητας για την βίωση επιτυχίας μπορεί να γίνει με:
  - Την τροποποίηση του επιπέδου δυσκολίας.
  - Την ανάλυση της δραστηριότητας σε μικρά και εύκολα στάδια, καθένα από τα οποία πρέπει το άτομο να κατακτήσει.
  - Την τροποποίηση του τύπου και του αριθμού των ρόλων που αναμένεται να αναλάβει το άτομο μέσα σε μια ομαδική δραστηριότητα
  - Την τροποποίηση της υποστήριξης που προσφέρουμε, θα μπορούσαμε να αναλογιστούμε το βαθμό στον οποίο εκθέτουμε ή προστατεύουμε ένα άτομο από την αποτυχία.
  - Την τροποποίηση των προσδοκιών μας, απαιτώντας για παράδειγμα διαφορετικά επίπεδα επίδοσης των μελών.
  - Τροποποίηση της ποσότητας της κατεύθυνσης και της εξήγησης που δίνουμε, αν και αυτό εξαρτάται από την ικανότητα που έχουν τα μέλη και το πόσο εξοικειωμένοι είναι με την παρούσα κατάσταση.

Οι δραστηριότητες τροποποιούνται ώστε σταδιακά να γίνουν πιο δύσκολες. Και αυτό γιατί η βίωση, από το άτομο, μιας γρήγορης και αισθητής επιτυχίας μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα θετικά αισθήματα για τον εαυτό του. Αν όμως η δραστηριότητα αρχίζει να γίνεται πολύ εύκολη τότε μπορεί να προκύψουν αρνητικά συναισθήματα. Γι' αυτό το λόγο οι δραστηριότητες τροποποιούνται έτσι ώστε από την μια να εξασφαλίζουν μια εμπειρία επιτυχίας και από την άλλη να διεγείρουν, να 'προκαλούν' το ενδιαφέρον των ατόμων, χωρίς να είναι πολύ εύκολες ή απλές (29,30,35,53).

- II. Να είναι σε ετοιμότητα για την διόρθωση των διαστρεβλωμένων τρόπων ερμηνείας της πραγματικότητας, δηλαδή με το να αναλύει και να αμφισβητεί τις δυσλειτουργικές γνωσιακές διαδικασίες. Αυτό μπορεί να γίνει:
  - Με το να ενθαρρύνει ο θεραπευτής μια πιο ρεαλιστική άποψη της επιτυχούς εκτέλεσης μιας δραστηριότητας. Συνήθως οι καταθλιπτικοί ασθενείς προσπαθούν να ανταποκριθούν σε ένα φανταστικό και τελείως απρόοπτο πρότυπο, με βάση το οποίο κρίνουν τον εαυτό τους και τις επιδόσεις τους.
  - Με το να χρησιμοποιείται η δραστηριότητα ως ένας τρόπος για εξερεύνηση και αναζήτηση της δεξιότητας και της ευχαρίστησης που εισπράττει το άτομο, καθώς και για την αμφισβήτηση και την τροποποίηση των δυσλειτουργικών και ανακριβών σκέψεων, τόσο κατά την διάρκεια της δραστηριότητας, όσο και κατά την διάρκεια μιας καταπινής συζήτησης της εμπειρίας, ώστε να αποφευχθεί η επακόλουθη διαστρέβλωση της εμπειρίας από δυσλειτουργικές πεποιθήσεις.
  - Με το να ενθαρρύνει τον ασθενή να δει τα επιτεύγμα-

τα του κατά την διάρκεια της δραστηριότητας που είναι αποτέλεσμα της δικής του προσπάθειας.

- Με το να μετατρέπουν τα μειονεκτήματα σε πλεονεκτήματα, όπως για παράδειγμα οι αποτυχίες μετατρέπονται σε επιτυχίες, εξηγώντας ότι αποτελούν εμπειρίες με βάση τις οποίες μπορεί να επιτευχθεί επιτυχία στις μελλοντικές δραστηριότητες.
- Με το να θέσει μαζί με τον ασθενή συγκεκριμένους, ρεαλιστικούς, κατορθωτούς στόχους, πριν αρχίσει η δραστηριότητα.
- Με το να προτείνει στον ασθενή να κρατά ένα 'φύλλο εργασίας' για τους στόχους που έχουν τεθεί, αλλά και για την επιδεξιότητα και την ευχαρίστηση που εισπράττει, ώστε ο ίδιος ασθενής να αξιολογεί τα αποτελέσματα του, με έναν αντικειμενικό τρόπο, αμφισβητώντας τις αρνητικές του σκέψεις.
- Με το να προτείνει στον ασθενή να κρατά ένα 'ημερολόγιο' στο οποίο θα μπορεί να αναγράφει, μετά από αυτοπαρατήρηση, το πόσο χαρούμενος ή καταθλιπμένος έρχεται ή φεύγει από το τμήμα της εργοθεραπείας. Αυτό στοχεύει μέσα από μια χρονική αναδρομή (flashback) να αμφισβητήσει και να τροποποιήσει αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του, και για την πορεία της θεραπείας του (1,6,21,33,35,40).

#### ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.

Παράδειγματα δραστηριοτήτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για αυτό το σκοπό είναι οι εξής: η κηπουρική, η μαγειρική, η κεραμική, η ραπτική, ο χορός (8,30,34,47,49,50,52).

Ακόμη μπορεί να χρησιμοποιηθεί το παιχνίδι ρόλων. Μέσα από το παιχνίδι ρόλων μπορεί να μάθει ο καταθλιπτικός ασθενής να ερμηνεύει την πραγματικότητα με πιο λειτουργικούς και αντικειμενικούς τρόπους. Το παιχνίδι ρόλων είναι καλό να γίνεται σε συνεργασία με ειδικό στο dramatherapy ή από ειδικά εκπαιδευμένο εργοθεραπευτή (26,30,33,36,47,49,51,54).

Επίσης η χρήση των εικαστικών μέσων (visual arts). Με την χρήση των εικαστικών μέσων ο εργοθεραπευτής ενθαρρύνει τους καταθλιπτικούς ασθενείς να υιοθετήσουν μια προσέγγιση του τύπου 'δεν μπορείς να κάνεις τίποτα λάθος, δεν υπάρχει κανένα λάθος, η τέχνη σου δίνει την ελευθερία να εκφραστείς όπως θέλεις', με σκοπό να αμφισβητήσει τις αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις που υπαγορεύουν στους καταθλιπτικούς ασθενείς ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα ή ότι πάντα κάνουν κάτι λάθος (6,20,23,30,35,34,42,47,52,54).

#### Η ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΥΓΙΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ - ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.

Σκοπός τόσο της εργοθεραπείας όσο και της γνωσιακής ψυχοθεραπείας είναι το άτομο να αναπτύξει ικανότητες ώστε να είναι λειτουργικό και ανεξάρτητο στις δραστηριότητες του και στους ρόλους του. Έτσι, δεν αρκεί η ανάλυση και η αμφισβήτηση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και πεποιθήσεων του ατόμου, αλλά είναι απαραίτητη η εκπαίδευση από τον εργοθεραπευτή, για υιοθέτηση νέων, πιο λειτουργικών και προσαρμοστικών στρατηγικών ή απλώς γνωσιακών διεργασιών. Τέτοιες είναι η εκπαίδευση για θετική συμπεριφορά,

και για λύση προβλημάτων, ακόμη και για αντιμετώπιση του άγχους (4, 5, 9, 13, 43, 44, 39).

## I. Η Εκπαίδευση Για Θετική Συμπεριφορά (Assertiveness Training Program).

Πολλά άτομα με καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν δυσκολίες κατά την καθημερινή διαπροσωπική τους επικοινωνία η οποία μπορεί να είναι αναποτελεσματική, λόγω του ότι έχουν δυσκολίες στο να επικοινωνήσουν με έναν κατάλληλο, λεκτικό και μη λεκτικό, τρόπο στις διάφορες κοινωνικές καταστάσεις. Η έλλειψη εκπομπής τέτοιων ικανοτήτων συνήθως οφείλεται στην ψυχοπαθολογία των καταθλιπτικών ασθενών (απόσυρη, βίωση των σχέσεων ως απαιτητικές, παθητικότητα). Το σύνθετο αποτέλεσμα είναι η απόρριψη από τους άλλους ανθρώπους, που με την σειρά της προκαλεί μείωση της αυτοεκτίμησης και ενδεχομένως επίταση της ψυχοπαθολογίας, οπότε και μεγαλύτερα προβλήματα στην διαπροσωπική επικοινωνία. Έτσι γίνεται ένας φαύλος κύκλος. Η εκπαίδευση για θετική συμπεριφορά (assertiveness training) βοηθάει το καταθλιπτικό άτομο να επικοινωνεί με έναν κατάλληλο και κοινωνικά αποδεκτό τρόπο που καλυτερεύει τις διαπροσωπικές σχέσεις ουσιαστικά και μακροπρόθεσμα (12, 15, 17, 34, 35, 47).

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης για θετική συμπεριφορά κινείται σε δυο όζονες. Από την μια σκοπεύει στην απόκτηση κατάλληλων πεποιθήσεων για αποτελεσματική επικοινωνία, και από την άλλη παρέχει ευκαιρίες για εκπαίδευση σε κατάλληλες συμπεριφορές, καθώς και πρακτική τους σε ένα ασφαλές περιβάλλον.

Στόχοι ενός τέτοιου προγράμματος είναι:

1. Αύξηση της αυτοεκτίμησης.
2. Ανάπτυξη κατάλληλης μη λεκτικής επικοινωνίας.
3. Ανάπτυξη ικανοτήτων λεκτικής επικοινωνίας.
4. Ανάπτυξη κατάλληλης θετικής συμπεριφοράς (2, 15, 20, 26, 34, 47).

Στο όλο πρόγραμμα χρησιμοποιούνται οι τεχνικές: 1)Το παιχνίδι ρόλων (role-play), 2)Η μίμηση προτύπου (modelling), 3)Η λεκτική οδηγία (verbal instruction), 4)Η ανατροφοδότηση (feedback), 5)Οι «εργασίες για το σπίτι» (homework), 6)Η συζήτηση (discussion), 7)Οι ομαδικές διαβαθμιωμένες ασκήσεις (graded exercises) (2, 15, 17, 26, 34, 47).

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θετική συμπεριφορά περιλαμβάνει:

1. Παρουσίαση: Προσανατολισμός των ασθενών στο πρόγραμμα, και μοίρασμα (sharing) των κοινών προβλημάτων.
2. Ακούγοντας ερωτήσεις και κάνοντας ερωτήσεις: Ανάπτυξη και προαγωγή της ικανότητας του να είναι καλός ακροατής και του να ρωτάνε. Ακούουθεϊ συζήτηση για την σημαντικότητα αυτών των ικανοτήτων σε σχέση με την θετική συμπεριφορά.
3. Αυτοεκτίμηση: Αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης και πως αυτή σχετίζεται με την θετική συμπεριφορά. Αναγνώριση του πως οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους.
4. Τεχνικές εκπομπής θετικής συμπεριφοράς: Εκπαίδευση των ασθενών σε δομημένες τεχνικές εκπομπής θετικής συμπεριφοράς, και παροχή ευκαιριών για εξάσκηση και για ενίσχυση αυτών των δεξιοτήτων μέσα από παιχνίδι ρόλων.
5. Μη λεκτική επικοινωνία: Εξάσκηση στην παρατήρηση των ουσιαστικών στοιχείων, για παράδειγμα η στάση

του σώματος και η έκφραση του προσώπου

6. Θετική μη λεκτική επικοινωνία: Διάκριση μεταξύ μη λεκτικής επικοινωνίας που εκπέμπει θετικά μηνύματα και μη λεκτικής επικοινωνίας που εκπέμπει μη θετικά ή και επιθετικά μηνύματα.
7. Διατυπώνοντας αιτήματα (requests): Αναγνώριση των συμπεριφορών που απαιτούνται για να μπορεί να γίνουν τα αιτήματα με θετικό τρόπο, και πρακτική σε αυτές.
8. Ανταπόκριση στα αιτήματα και στις απαιτήσεις (requests): Αναγνώριση των συμπεριφορών που απαιτούνται για την ανταπόκριση στα αιτήματα με έναν θετικό τρόπο, και πρακτική σε αυτές.
9. Ικανότητες αντιμετώπισης των καταστάσεων με θετικό τρόπο: Παροχή τεχνικών για να μπορούν να τις εφαρμόζουν όταν αντιμετωπίζουν κάποιον που είναι επιθετικός ή παραπλανητικός. Τα μέλη κάνουν πρακτική των τεχνικών μέσα από παιχνίδι ρόλων καθημερινών καταστάσεων με θέμα όπως 'πηγαίνοντας πίσω ρούχα από ένα κατάστημα' και στην συνέχεια 'πηγαίνοντας πίσω ρούχα από ένα κατάστημα' που όντως ήταν ελαττωματικά (2, 11, 15, 17, 20, 26, 29, 30, 47).

## II. Η Εκπαίδευση Σε Τεχνικές Λύσεις Προβλημάτων.

Πολλές φορές τα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν δυσκολίες όταν βρίσκονται ενώπιον προβλημάτων που απαιτούν λύση. Σε αυτά τα άτομα συχνά ανευρίσκονται δυσχεαιουργικές γνώσεις ή πεποιθήσεις του τύπου 'το πρόβλημα αποτελεί ένδειξη της προσωπικής μου ανεπάρκειας' ή 'το πρόβλημα δεν λύνεται γιατί δεν είμαι ικανός να το λύσω' ή 'ένα ικανό άτομο θα το έλυσε γρήγορα και χωρίς προσπάθεια'. Οι πεποιθήσεις αυτές δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την λύση του προβλήματος, αυξάνουν το άγχος και μεγεθύνουν την αυτοκατηγορία. Ο εργοθεραπευτής θα πρέπει να στρέφει τον ασθενή σε θετικότερες και λογικότερες σκέψεις και λύσεις, όπως τα προβλήματα αποτελούν κάτι σύνθετο, φυσιολογικό και αναπόσπαστο ουσιαστικό της ζωής του ανθρώπου, ότι πολλές φορές η λύση ενός προβλήματος μπορεί να απαιτεί χρόνο και προσπάθεια. Ακόμη είναι ανάγκη να συγκερατείται από ενστικτώδεις ή συναισθηματικές αντιδράσεις του τύπου 'είναι καλύτερα να μην κάνω τίποτα' ή 'κάτι πρέπει να κάνω τώρα αμέσως', και να υιοθετεί προσεγγίσεις του τύπου 'στάματα και σκέψου'. Η εκπαίδευση των ασθενών σε τεχνικές λύσεις των προβλημάτων περιλαμβάνει, σύμφωνα με την Custer, τα εξής βήματα:

1. Την κατάτμηση του προβλήματος σε μικρά βήματα, για να μειωθεί η τάση που έχει ο ασθενής να νιώθει τα προβλήματα ότι τον συνθίβουν.
2. Την καταγραφή των στόχων, ώστε ο ασθενής να αξιολογεί το πρόβλημα ο ίδιος 'επί χάρτου', και να θέτει στόχο την λύση μόνο ενός μέρους του προβλήματος, μέχρις ότου η πίεση που δημιουργεί το πρόβλημα μειωθεί.
3. Την κατανόηση ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι από ένας τρόποι για να λυθεί το πρόβλημα, και έτσι δεν χρειάζεται να υπάρχει παραίτηση από τις προσπάθειες αν ένα σχέδιο δεν πετύχει(12, 21).

Οι τεχνικές για την εξεύρεση λύσεων στα προβλήματα περιλαμβάνουν:

1. Την εξέταση του προβλήματος. Ο προσδιορισμός του προβλήματος μετατρέπει την αφηρημένη περιγραφή μιας προβληματικής κατάστασης σε μια συγκεκριμένη

καταγραφή με όρους πρακτικούς και επιδεχόμενους έλεγχο. Έτσι λοιπόν γίνεται διάκριση: 1) Του αντικειμενικού από το υποκειμενικό, 2) Του σχετικού από το άσχετο, 3) Του επείγοντος από αυτό που μπορεί να περιμένει, 4) Του επιδεχόμενου λύση από εκείνου που δεν επιδέχεται.

2. Την παραγωγή εναλλακτικών λύσεων. Στην φάση αυτή ο ασθενής ενθαρρύνεται να βρει όσο πιο πολλές εναλλακτικές λύσεις, μέσα από την τεχνική της άμεσης καταγραφής οποιασδήποτε ιδέας (brainstorm). Αυτές βέβαια θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν σχετικές και συγκεκριμένες με το πρόβλημα. Δεν θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση των ιδεών, αλλά θα πρέπει να αφήνεται για αργότερα. Ακόμη ενθαρρύνουμε τον ασθενή να εξετάσει τον κατάλογο των λύσεων και να δει ποιος συνδυασμός προτάσεων μπορεί να είναι αποτελεσματικός (12,25,34).
3. Λήψη απόφασης. Στην φάση αυτή εξερευνάτε αν μέσα από τις εναλλακτικές ιδέες υπάρχει λύση, εάν απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες, και ποια από τις λύσεις ή συνδυασμό λύσεων είναι η πιο κατάλληλη (12,25).
4. Εκτέλεση και επαλήθευση των αποτελεσμάτων και των παρατηρήσεων. Αφού το άτομο θέσει σε εφαρμογή την λύση που επιλέχθηκε, καταγράφει την ικανότητά του και τα αποτελέσματα, και στην συνέχεια αυτά αξιολογούνται. Αν η αξιολόγηση δείξει ότι η όλη εκτέλεση ήταν επιτυχημένη, παρέχεται ενθάρρυνση και ανατροφοδότηση στον ασθενή. Σε διαφορετική περίπτωση το όλο πρόβλημα επαναπροσδιορίζεται, και η διαδικασία επαναλαμβάνεται (12,25).

## ΕΝ ΚΑΤΑΚΛΕΙΔΙ.

Η εργοθεραπεία, όπως διαφάνηκε, μπορεί να αναπτύξει πολλές δυνατότητες και 'εργαλεία', βασισμένα στη γνωσιακή θεωρία, για την καλύτερη αποκατάσταση των ατόμων με καταθλιπτικό επεισόδιο. Αυτό δεν σημαίνει ότι όσα παρουσιάστηκαν εδώ είναι η 'θεραπεία', μιας και η αναζήτηση καλύτερων λύσεων ποτέ δεν σταματά. Επιτυχία για αυτό το άρθρο θα ήταν αν ο αναγνώστης κατανόησε την γνωσιακή θεωρία ως πλαίσιο αναφοράς για την εργοθεραπεία στην κατάθλιψη, και αν βρήκε κάτι χρήσιμο που μπορεί να εφαρμόσει στην εργασία του.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. ΒΑΛΑΒΑΝΗΣ (Π.), Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ, ΙΝ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 1995, ΝΟ 49, 49-68.
2. ΔΕΓΛΕΡΗΣ (Ν.), ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ: ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ, ΙΝ ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ (Α.), ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ, 1ος ΤΟΜΟΣ, ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ, 1992.
3. ΔΕΓΛΕΡΗΣ (Ν.), ΣΙΩΠΗΛΕΣ ΠΙΣΤΕΙΑ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΙΝ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1993, ΝΟ 44, 97-101.
4. ΔΕΓΛΕΡΗΣ (Ν.), ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ, ΙΝ ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ (Α.), ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ, 1ος ΤΟΜΟΣ, ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ, 1992.

5. ΜΑΔΙΑΝΟΣ (Μ.), ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 2ος ΤΟΜΟΣ, ΤΕΥΧΟΣ Α, ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, ΑΘΗΝΑ 1989.
6. ΜΑΛΑΜΑΤΙΔΟΥ-ΡΟΥΣΣΑΚΟΥ (Ε.), ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΚΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1997.
7. ΜΑΝΟΣ (Ν.), ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1988.
8. ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ - ΤΖΩΡΤΖΑΚΗ (Α.), DANCE THERAPY - ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ, ΙΝ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1988, ΝΟ 24, 102-104.
9. ΜΠΡΟΥΜΑΣ (Β.), Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ, ΙΝ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1993, ΝΟ 44, 91-96.
10. ΝΑΣΙΑΚΟΥ (Μ.), Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΗΜΕΡΑ, 2Η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ, ΑΘΗΝΑ, 1982.
11. ΠΑΠΑΔΑΚΗ - ΜΙΧΑΗΛΙΔΗ (Ε.), Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΥΠΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, ΙΝ ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 1995, ΝΟ 53, 72-82.
12. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ (Ι.), ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1994.
13. ΣΙΑΝΝΗ (Α.), ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1998.

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

14. ATKINSON (R.), INTRODUCTION TO PSYCHOLOGY, 12TH EDITION, HARCOURT BRACE COLLEGE PUBLISHERS, ORLANDO, 1992.
15. BECK (A.), AN INVENTORY FOR MEASURING DEPRESSION, ΙΝ ARCHIVE OF GENERAL PSYCHIATRY, VOL. IV, 561-571.
16. BLACKBURN (I.), COGNITIVE THERAPY FOR DEPRESSION AND ANXIETY, 1ST EDITION, BLACKWELL SCIENCE, CAMBRIDGE, 1990.
17. BROWN (T.), ASSERTIVENESS TRAINING FOR CLIENTS WITH A PSYCHIATRIC ILLNESS: A PILOT STUDY, ΙΝ BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, APRIL 1992, 55(4), 137-140.
18. CARLSON (N.), PSYCHOLOGY: THE SCIENCE OF BEHAVIOR, 4TH EDITION, ALLY AND BACON, BOSTON, 1993.
19. CREEK (J.), ASSESSMENT, ΙΝ CREEK (J.), OCCUPATIONAL THERAPY AND MENTAL HEALTH, 1ST EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON, 1990.
20. CREEK (J.), COGNITIVE APPROACHES, ΙΝ CREEK (J.), OCCUPATIONAL THERAPY AND MENTAL HEALTH, 1ST EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON, 1990.
21. CUSTER (L.), OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION FOR AN ADULT WITH DEPRESSION AND SUICIDAL TENDENCIES, ΙΝ AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, SEPTEMBER 1991, 45(9), 845-848.
22. DAVISON (J.), HEALTH EDUCATION IN A PSYCHIATRIC SETTING, ΙΝ BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, SEPTEMBER 1987, 50(9), 313-315.
23. DEVEREAUX (E.), THE ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE MANAGEMENT OF DEPRESSION, ΙΝ AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, FEBRUARY 1992,

- 46(2), 175-180.
24. DICKIE (V.), MOOD DISORDERS, IN HANSEN (R.), CONDITIONS IN OCCUPATIONAL THERAPY, 1ST EDITION, WILLIAMS AND WILKINS, BALTIMORE, 1993.
  25. DOBSON (K.), COGNITIVE THERAPIES IN PRACTICE, IN BONGAR (B.), COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHOTHERAPY, 1ST EDITION, OXFORD UNIVERSITY PRESS, OXFORD, 1995.
  26. DROUET (V.), INDIVIDUAL BEHAVIOURAL PROGRAMME PLANNING WITH LONG-STAY SCHIZOPHRENIC PATIENTS, IN BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, JULY 1986, 49(7), 227-232.
  27. ELLIS (A.), RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY, IN FELTHAM (C.), WHICH PSYCHOTHERAPY, 1ST EDITION, SAGE PUBLICATIONS, LONDON, 1997.
  28. FENNEL (M.), DEPRESSION, IN HAWTON (K.), COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY FOR PSYCHIATRIC PROBLEMS, OXFORD MEDICAL PUBLICATIONS, OXFORD, 1989.
  29. FINLAY (L.), GROUPWORK IN OCCUPATIONAL THERAPY, 1ST EDITION, CHAPMAN AND HALL, LONDON, 1993.
  30. FINLAY (L.), OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE IN PSYCHIATRY, 1ST EDITION, CHAPMAN AND HALL, LONDON, 1988.
  31. FOSTER (M.), THEORETICAL FRAMEWORKS, IN TURNER (A.), OCCUPATIONAL THERAPY AND PHYSICAL DYSFUNCTION, 4TH EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON, 1996.
  32. FRIEDLAND (J.), DIVERSIONAL ACTIVITY: DOES IT DESERVE ITS BAD NAME?, IN AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, SEPTEMBER 1988, 42(9), 603-607.
  33. GARDNER (M.), COGNITIVE APPROACHES, IN CREEK (J.), OCCUPATIONAL THERAPY AND MENTAL HEALTH, 2ND EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON, 1997.
  34. GIBSON (D.), GROUP PROTOCOLS: A PSYCHOSOCIAL COMPENDIUM, 1ST EDITION, THE HAWORTH PRESS, NEW YORK, 1990.
  35. GILBERT (J.), DYSFUNCTIONAL ATTITUDES IN PATIENTS WITH DEPRESSION: A STUDY OF PATIENTS ADMITTED TO A PRIVATE PSYCHIATRIC HOSPITAL, IN BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, JANUARY 1994, 57(1), 15-19.
  36. GRAINGER (R.), DRAMA AND HEALING; THE ROOTS OF DRAMATHERAPY, 1ST EDITION, JESSICA KINGSLEY PUBLISHERS, LONDON, 1990.
  37. HAGEDORN (R.), FOUNDATIONS FOR PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY, 1ST EDITION 1992, 2ND EDITION 1997, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON.
  38. HOLLON (S.), COGNITIVE AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPIES, IN BERGIN (A.), HANDBOOK OF PSYCHOTHERAPY AND BEHAVIOR CHANGE, 4TH EDITION, JOHN WILEY AND SONS INC., NEW YORK, 1994.
  39. KEABLE (D.), MANAGING STRESS, IN WILLSON (M.), OCCUPATION THERAPY IN SHORT - TERM PSYCHIATRY, 3RD EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON, 1996.
  40. LARSON (K.), ACTIVITIES PATTERN AND LIFE CHANGES IN PEOPLE WITH DEPRESSION, IN AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, OCTOBER 1990, 44(10), 902-906.
  41. MEICHENBAUM (D.), COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN HISTORICAL PERSPECTIVE, IN BONGAR (B.), COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHOTHERAPY, OXFORD UNIVERSITY PRESS, OXFORD, 1995.
  42. NADEAU (R.), USING THE VISUAL ARTS TO EXPAND PERSONAL CREATIVITY, IN WARREN (B.), USING THE CREATIVE ARTS IN THERAPY, 2ND EDITION, ROUTLEDGE, LONDON, 1993.
  43. NEISTADT (M.), STRESS MANAGEMENT, IN HOPKINS (H.), WILLARD & SPACMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY, 8TH EDITION, J.B. LIPPINCOTT COMPANY, PHILADELPHIA, 1993.
  44. PERRIS (C.), ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ - ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΜΠΡΟΥΜΑΣ (B.), IN ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 1992, NO 38, 60-66.
  45. PETER (H.), COGNITIVE BEHAVIOUR INTERVIEWING FOR ADULT DISORDERS: A PRACTICAL HANDBOOK, 1ST EDITION, ROUTLEDGE, LONDON, 1989.
  46. PUNWAR (A.), OCCUPATIONAL THERAPY: PRINCIPLES AND PRACTICE, 2ND EDITION, WILLIAMS & WILKINS, BALTIMORE, 1994.
  47. REED (K.), QUICK REFERENCE TO OCCUPATIONAL THERAPY, 1ST EDITION, ASPEN PUBLISHERS INC., GAITHERSBURG, 1991.
  48. REMOCKER (A.), ACTION SPEAKS LOUDER: A HANDBOOK OF STRUCTURED GROUP TECHNIQUES, 5TH EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON, 1992.
  49. ROBINSON (M.), OCCUPATIONAL THERAPY IN ACUTE INPATIENT PSYCHIATRY: AN ACTIVITIES HEALTH APPROACH, IN AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, SEPTEMBER 1990, 44(9), 809-814.
  50. WARREN (B.), DANCE: DEVELOPING SELF-IMAGE AND SELF-EXPRESSION THROUGH MOVEMENT, IN WARREN (B.), USING THE CREATIVE ARTS IN THERAPY, 2ND EDITION, ROUTLEDGE, LONDON, 1993.
  51. WARREN (B.), DRAMA: USING THE IMAGINATION AS A STEPPING-STONE FOR PERSONAL GROWTH, IN WARREN (B.), USING THE CREATIVE ARTS IN THERAPY, 2ND EDITION, ROUTLEDGE, LONDON, 1993.
  52. WATSON (L.), PSYCHIATRIC CONSULTATION-LIAISON IN THE ACUTE PHYSICAL DISABILITIES SETTING, IN AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, MAY 1986, 40(5), 338-342.
  53. WILLSON (M.), COGNITIVE CHANGE, IN WILLSON (M.), OCCUPATION THERAPY IN SHORT - TERM PSYCHIATRY, 3RD EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON, 1996.
  54. WILLSON (M.), OCCUPATIONAL THERAPY IN LONG - TERM PSYCHIATRY, 2ND EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, LONDON, 1995.
  55. WORLD HEALTH ORGANIZATION, ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ICD-10 ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΕΦΑΝΗΣ (Κ.), ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ, ΑΘΗΝΑ, 1993.
  56. WORTMAN (C.), PSYCHOLOGY, 4TH EDITION, MC GRAW - HILL, NEW YORK, 1992.
  57. ZIMBARDO (P.), PSYCHOLOGY AND LIFE, 13TH EDITION, HARPER COLLINS PUBLISHERS, NEW YORK, 1992.