

Ujęcie biopsychospołeczne w leczeniu depresji u osób starszych

Biopsychosocial approach for the treatment of depression in the elderly

WSTĘP

W 2000 r. Światowa Organizacja Zdrowia WHO (*World Health Organisation*) uznała depresję za czwartą, najgroźniejszą chorobę świata, biorąc pod uwagę koszty bezpośrednie (opieka medyczna, terapia, hospitalizacja), ale przede wszystkim koszty pośrednie

(niezdolność do prawidłowego pełnienia ról zawodowych i rodzinnych, szeroko pojęte koszty społeczne). WHO przewiduje, że w 2020 r. depresja zajmie już drugie miejsce na liście najpoważniejszych chorób świata

STRESZCZENIE ABSTRACT

Szacuje się, że około 10% ogólnej populacji cierpi na depresję, ale nawet 40% odczuwa stale lub okresowo zaburzenia nastroju. Szczególnie alarmujące są dane epidemiologiczne, dotyczące zaburzeń nastroju u osób starszych. Zespoły depresyjne stanowią istotny problem kliniczny nie tylko ze względu na znaczne rozpowszechnienie, ale także z tego powodu, że w znaczący sposób pogarszają i tak nie najlepszą jakość życia osób starszych. Niekorzystnie wpływają na ich funkcjonowanie społeczne, na przebieg i wyniki leczenia chorób somatycznych, a przede wszystkim zwiększają śmiertelność w tej grupie osób (m.in. w związku z wysokim ryzykiem śmierci samobójczej). Ponadto dane epidemiologiczne pokazują, że u osób otyłych obserwuje się nawet dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju. Ryzyko zachorowania na choroby serca i naczyń dramatycznie wzrasta z wiekiem, a jednocześnie w tej grupie pacjentów obserwuje się zwiększony odsetek zaburzeń depresyjno-lękowych. Tylko działania wielopłaszczyznowe, czyli tzw. ujęcie „biopsychospołeczne” problemu, obejmujące zarówno pracę z ciałem, psychoterapię, psychoedukację i aktywizację społeczną mają największą skuteczność w ujęciu długoterminowym.

It is estimated that about 10% of the general population suffers from depression, and as many as 40% of people experience permanent or periodic mood disorders. Epidemiological data concerning mood disorders in elderly people are particularly alarming. Depression syndromes are a serious clinical problem not only because of how widespread they are, but also because they adversely affect the already poor quality of life of the elderly, disturb their social life, impact the course and effects of treatment of somatic diseases, and most importantly, increase mortality in this group of people (i.a. due to a high risk of death by suicide). Moreover, the epidemiological data indicate that the risk of mood disorders is even twice as high in people with obesity. The risk of heart and vascular diseases increases dramatically with age, and at the same time this group of patients demonstrates a higher percentage of anxiety-depressive disorders. It is only a multiplane, i.e. the so-called “biopsychosocial” approach to the problem, including treatment of the body combined with psychotherapy, psychoeducation and social activation, that brings the best effects in a long-term perspective.

SŁOWA KLUCZOWE: osoby starsze, zaburzenia nastroju, ujęcie biopsychospołeczne, depresja

KEY WORDS: elderly people, mood disorders, biopsychosocial approach, depression

ta. Szacuje się, że około 10% ogólnej populacji cierpi na to schorzenie, ale nawet 40% odczuwa stale lub okresowo zaburzenia nastroju. Szczególnie alarmujące są dane epidemiologiczne dotyczące zaburzeń nastroju u osób starszych.

DEPRESJA U OSÓB STARSZYCH

Wśród klinicystów powszechne jest przekonanie o szczególnie częstym występowaniu depresji u osób w podeszłym wieku [1, 2]. Opiera się ono na rzeczywistych spostrzeżeniach faktu, że chorzy na depresję (dużą depresję wg kryteriów DSM) stanowią nawet 50% pacjentów w podeszłym wieku leczonych na oddziałach psychiatrycznych [1-3], 40% pacjentów dziennych oddziałów psychiatrycznych [1, 4], 30-40% pensjonariuszy domów pomocy [1, 2, 5], około 25% pacjentów oddziałów somatycznych [6, 7] oraz 15-30% chorych po 65. roku życia zgłaszających się do lekarzy rodzinnych [1, 2, 8].

Podeszły wiek niesie ze sobą wiele ograniczeń. Ludzie starsi są narażeni na liczne choroby somatyczne, których częstość dramatycznie wzrasta wraz z wiekiem. Jednym z powszechnych problemów zdrowotnych w tej grupie wiekowej jest nadwaga. Ponad 60% osób po 60. roku życia cierpi na nadwagę. Jest ona jednocześnie czynnikiem ryzyka takich chorób, jak: miażdżyca, nadciśnienie tętnicze i choroby serca, cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe, niektóre nowotwory, choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, kolanowych i kręgosłupa, zespół bezdechu sennego, stłuszczenie narządów wewnętrznych prowadzące do ich niewydolności. Dane epidemiologiczne pokazują, że u osób otyłych obserwuje się nawet dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju. Jest to bezpośrednio związane z problemami w codziennym funkcjonowaniu osób z nadwagą. Narastająca niepełnosprawność, problemy w wykonywaniu czynności dnia codziennego (np. wchodzenie po schodach, problemy z mobilnością), a przede wszystkim przewlekły ból związany z przeciążeniem kręgosłupa, stawów biodrowych i kolanowych znacząco obniżają jakość życia, a w konsekwencji wpływają na nastrój i samopoczucie.

Innym poważnym problemem zdrowotnym osób w podeszłym wieku są choroby układu sercowo-naczyniowego (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca tętnic, choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń mózgowych, zespół sercowo-płucny). Choroby te są główną przyczyną śmierci w Polsce. Każdego dnia umiera z tego powodu 500 osób, a co 8 minut kolejna osoba doznaje udaru mózgu. Ryzyko zachorowania na cho-

roby serca i naczyń dramatycznie wzrasta z wiekiem, a jednocześnie w tej grupie pacjentów obserwuje się zwiększony odsetek zaburzeń depresyjno-lękowych. Związek depresji z chorobami układu sercowo-naczyniowego jest dobrze udokumentowany. Frasure-Smith i Lesperance [9] przeanalizowali wyniki 143 prac, stwierdzając, że depresja lub objawy depresyjne wiążą się z następczym rozwojem choroby niedokrwiennej serca oraz zwiększonym ryzykiem zawału serca. Jednocześnie udowodniono, że obecność chorób układu sercowo-naczyniowego często poprzedza wystąpienie pierwszych objawów depresji [10, 11]. W tym przypadku prawdopodobny mechanizm łączący choroby naczyń z zaburzeniami nastroju, może wynikać ze zmian strukturalnych i niedokrwienia w obrębie kory przedczołowej, okolicach podkorowych, hipokampie oraz jądrze migdałowatym. Wszystkie te zmiany wiążą się z patofizjologią rozwoju depresji [12]. Obserwowane zależności mają zatem charakter dwukierunkowy i nie jest możliwe ustalenie, co jest przyczyną, a co skutkiem. Ostatnio analizuje się także istnienie trzeciego modelu, według którego choroby układu sercowo-naczyniowego i depresja mają ten sam czynnik sprawczy. Powstają w rezultacie oddziaływania cytokinin wydzielanych w odpowiedzi na stres [13, 14]. Z pewnością zmniejszająca się wydolność organizmu, szybkie męczenie, problemy w codziennym funkcjonowaniu oraz obawy o własne zdrowie i życie, to bezpośrednie przyczyny narastania zaburzeń depresyjno-lękowych u osób z chorobami kardiologicznymi.

Z badań GUS z 2012 r. wynika, że tylko 13% seniorów ocenia swoje zdrowie jako dobre albo bardzo dobre, 90% twierdzi, że ma przewlekłe problemy zdrowotne i ograniczenia mobilności. Takie wyniki plasują Polskę na 28. miejscu spośród 36 porównywanych państw rozwijających się lub wysoko rozwiniętych. Jednocześnie wraz ze starzeniem się społeczeństwa polskiego odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi również rośnie. Powszechnie uważa się, że zaburzenia nastroju oprócz zaburzeń funkcji poznawczych należą do najczęstszych objawów psychopatologicznych obserwowanych u osób w podeszłym wieku. Zespoły depresyjne stanowią istotny problem kliniczny nie tylko ze względu na znaczne rozpowszechnienie, ale także z tego powodu, że w znaczący sposób pogarszają i tak nie najlepszą jakość życia osób starszych, niekorzystnie wpływają na ich funkcjonowanie społeczne, na przebieg i wyniki leczenia chorób somatycznych, a przede wszystkim zwiększają śmiertelność w tej grupie osób (m.in. w związku z wysokim ryzykiem śmier-

ci samobójczej). Seniorzy borykają się z samotnością, problemami finansowymi, postępującym zniedołężnieniem, a w dobie wszechobecnego kultu młodości, także z izolacją społeczną. Pogardliwe stwierdzenia i różnego rodzaju niewybredne żarty dotyczące osób starszych mogą powodować frustrację i uczucie odstawienia na boczny tor, bycia niepotrzebnym ciężarem utrzymywanym przez młodszą, czynną zawodowo część społeczeństwa. Takie dzielenie społeczeństwa na lepszych – młodych i gorszych – starszych zwiększa poczucie osamotnienia osób starszych i nasila izolację społeczną.

Istotny jest również problem niechęci osób starszych do korzystania z leczenia psychiatrycznego. Z obawy przed społeczną stygmatyzacją nie zgłaszają się do poradni zdrowia psychicznego, zamykając sobie drogę zarówno do leczenia farmakologicznego, jak i leczenia psychoterapią, ponieważ tylko lekarz psychiatra może skierować pacjenta do korzystania z usług psychoterapeuty finansowanych przez NFZ. Z kolei stawki za usługi psychoterapeutyczne na rynku komercyjnym są tak wysokie, że przekraczają możliwości finansowe większości społeczeństwa, a z pewnością seniorów. Powszechne jest przekonanie klinicystów, że osoby starsze zwracające się po pomoc do psychiatry zgłaszają się w zaawansowanych stadiach choroby, będąc już na granicy całkowitego wyczerpania psychicznego. Wiadomo także, że leczenie psychiatryczne, tak jak i inne rodzaje leczenia, jest tym skuteczniejsze, im szybciej podjęte.

Objawy charakterystyczne dla depresji osób starszych to płacliwość, drażliwość, większa intensywność lęku i niepokoju, a przede wszystkim wysuwające się na plan pierwszy skargi somatyczne, a nawet hipochondryczne. Z tego powodu największy odsetek osób starszych z depresją szuka pomocy u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), skarżąc się na zły stan zdrowia, różnego rodzaju dolegliwości o niewyjaśnionej etiologii i domagając kolejnych badań diagnostycznych. Z kolei lekarze POZ w nawale pracy nie dostrzegają, że za takim zachowaniem mogą stać zaburzenia nastroju, a być może nawet pełnoobjawowa depresja.

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10 (*International Classification of Diseases*) depresję rozpoznaje się na podstawie następujących objawów:

- symptomy emocjonalne: obniżony nastrój, lęk, utrata radości życia (począwszy od utraty zainteresowań, skończywszy na zaniedbywaniu potrzeb biologicznych); czasem dysforia (zniecierpliwienie, drażliwość);

- symptomy poznawcze: negatywny obraz siebie, obniżona samoocena, samooskarżanie, pesymizm i rezygnacja, problemy z pamięcią i koncentracją uwagi;
- symptomy motywacyjne: problemy z mobilizacją do działania, które może przyjąć formę spowolnienia psychoruchowego, trudności z podejmowaniem decyzji;
- symptomy somatyczne: zaburzenie rytmu dobowego (m.in. zaburzenia rytmu snu i czuwania), utrata apetytu, osłabienie i zmęczenie, spadek libido, czasem skargi na bóle i złe samopoczucie fizyczne.

Wszystkie te objawy mogą być identyfikowane z procesem starzenia, dlatego znacznie częściej są bagatelizowane u osób starszych niż u młodych i pozostają nieleczone. Jednocześnie udowodniono, że współistnienie zaburzeń nastroju u osób cierpiących z powodu chorób somatycznych pogarsza rokowania, a nawet zwiększa ryzyko śmierci [15]. Niemniej jednak mechanizm tego zjawiska nie jest dokładnie poznany i w wielu przypadkach trudno jednoznacznie ustalić, co jest przyczyną, a co skutkiem. Jako czynniki wywołujące zwiększoną umieralność w grupie osób z depresją wymienia się: samobójstwa, niewłaściwy tryb życia (palenie tytoniu, nieprawidłowe odżywianie, picie alkoholu, mniejszą aktywność fizyczną), zaburzenia procesów biochemicznych (nadmierna aktywność osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, zaburzenia regulacji neuroimmunologicznej i sympatoadrenergicznej) oraz nieprzebranie zaleceń lekarskich [16].

Teorie biologiczne głoszą, że do depresji dochodzi, gdy w wybranych rejonach mózgu następuje spadek poziomu określonych neuroprzekaźników (noradrenalina, serotonina). Ujęcie biologiczne wiąże zaburzenia nastroju z uwarunkowaniami genetycznymi oraz określonymi czynnikami somatycznymi: przewlekłe przyjmowanie niektórych leków, nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, barbiturany, substancje halucynogenne), choroby neurologiczne, metaboliczne, kardiologiczne, układu oddechowego, endokrynologiczne, nowotwory. Niemniej jednak depresja może być zarówno zjawiskiem poprzedzającym pojawienie się choroby somatycznej, jak i jej konsekwencją. Silne wzajemne powiązania stanu emocjonalnego i somatycznego uwzględnia medycyna psychosomatyczna.

W ujęciu psychologicznym najczęściej opisywane są dwie teorie powstawania depresji: teoria poznawczo-behawioralna oraz teoria wyuczonej bezradności. Twórcą pierwszej z nich jest amerykański psychiatra

Aron Beck, który postawił tezę, że zarówno nastrój, jaki i zachowanie jednostki są determinowane przez sposób, w jaki widzi i interpretuje ona otoczenie. Beck stwierdził, że osoby z depresją charakteryzują pewne dysfunkcjonalne założenia i schematy poznawcze, które zostały wytworzone we wczesnym okresie życia, a później służą za podstawę do wartościowania, przewidywania i kierowania zachowaniem. W modelu tym dominującym sposobem myślenia jest negatywna triada poznawcza, która obejmuje krytyczne sądy na temat własnej osoby, świata i przyszłości. Interpretacja zaistniałych zdarzeń i sytuacji jest wypaczona z uwagi na popełniane, charakterystyczne błędy formalne. Taki sposób myślenia powoduje, że wszelkie zdarzenia, bieżące i przeszłe, są niekorzystnie spostrzegane i interpretowane. Negatywnie są formułowane także przewidywania dotyczące przyszłości [17].

Podobny, „wypaczony” tok myślenia opisał M. Seligman. Wiązał on powstawanie depresji z wyuczonym, zakorzenionym poczuciem braku kontroli nad sytuacją, które utrwaliło się na skutek negatywnych doświadczeń. Zwolennicy tego nurtu twierdzą, że osoby depresyjne przypisują porażki czynnikom wewnętrznym (zależnym od nich samych), w ich ocenie stałym („których nie da się zmienić”) i ogólnym („zawsze tak jest”), natomiast sukcesy wyjaśniają czynnikami zewnętrznymi (niezależnymi od nich samych i ich działań), zmiennymi (działającym chwilowo) i specyficznymi (pojawiającym się przypadkowo). Pod wpływem takiego spostrzegania siebie i otaczającego świata osoba staje się bezradna, pasywna i podatna na depresję [16, 17]. Na uwagę zasługuje także interpersonalny model depresji, który głosi, że „patologia jednostki jest odbiciem nieprawidłowości systemu, w którym dany osobnik funkcjonuje, zaburzenia nastroju pojawiają się zawsze w kontekście społecznym i interpersonalnym, będąc konsekwencją depresyjnych stosunków międzyludzkich. W tym ujęciu czynniki sprzyjające pojawieniu się zaburzeń afektywnych to: stresujące zmiany ról społecznych, konflikty pełnionych ról oraz konsekwencje wyborów indywidualnych [17].

MOŻLIWOŚCI LECZENIA I ZAPOBIEGANIA DEPRESJI U OSÓB STARSZYCH

W świetle przytoczonych teorii widać, że zaburzenia depresyjne są zjawiskiem niezwykle złożonym i wielopłaszczyznowym, gdzie zarówno czynniki biologiczne mogą mieć istotne znaczenie w rozwoju i przebiegu tej choroby, jak i różnego rodzaju czynniki psycholo-

giczne decydujące o relacjach interpersonalnych, czy też w postrzeganiu rzeczywistości w określony sposób. Dodatkowo, bardzo często przyczyny i objawy depresji tworzą rodzaj błędnego koła, gdzie na skutek zaburzeń nastroju dochodzi np. do nasilenia dolegliwości somatycznych, to z kolei pogarsza samopoczucie i jakość życia, a w konsekwencji prowadzi do jeszcze większego nasilenia dolegliwości somatycznych. Dlatego tylko działania wielopłaszczyznowe obejmujące zarówno pracę z ciałem, psychoterapię, psychoedukację, jak i aktywizację społeczną mają największą skuteczność w ujęciu długoterminowym. Podejście takie nazywa się ujęciem „biopsychospołecznym” w leczeniu depresji. Najważniejsze cechy tego podejścia to:

- duży nacisk stawiany na pracę z objawami somatycznymi – poprawa zdrowia poprzez regularne ćwiczenia fizyczne, relaksację, ćwiczenia oddechowe, choreoterapię i edukację prozdrowotną. Praca z ciałem zwykle jest zaniedbywana podczas leczenia depresji i zapobiegania jej nawrotom, a trzeba podkreślić, że stanowi jeden z trzech najważniejszych filarów skutecznego leczenia zaburzeń nastroju [18];
- psychoedukacja prowadzona przez odpowiednio przygotowanych specjalistów (psycholog, psychoterapeuta), co pomaga uczestnikom zajęć zrozumieć przyczyny złego samopoczucia, rozpoznać objawy nadmiernego stresu, objawy depresji lub innych zaburzeń psychicznych. Psychoedukacja ma również za zadanie przełamać tabu, dotyczące zaburzeń psychicznych, które ogranicza osoby starsze w poszukiwaniu pomocy u specjalisty;
- zajęcia prowadzone w formie grupowej, co zmniejsza poczucie osamotnienia i daje możliwość integracji społecznej. Przy czym sam fakt zajęć grupowych nie jest wystarczającym warunkiem, aby miały one terapeutyczny charakter, o tym decyduje atmosfera na zajęciach, umiejętność wykreowania więzi grupowej oraz postawa terapeuty, który poprzez swoje zachowanie modeluje relacje między uczestnikami zajęć [19].

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Skuteczny program profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego, skierowany do osób starszych, powinien przygotować i prowadzić zespół specjalistów, w skład którego powinien wchodzić lekarz, fizjoterapeuta, psycholog lub psychoterapeuta i terapeuta zajęciowy. Takie podejście daje szansę na skuteczne leczenie i przeciwdziałanie rozwojowi zaburzeń nastroju u osób starszych. W Polsce projekty tego typu realizuje Fun-

dacja Aktywizacji Seniorów Siwy Dym, mająca swoją siedzibę we Wrocławiu przy ul. Jagiellończyka 8c (www.siwydym.org.pl). Dzięki wsparciu finansowemu Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia oraz czynnemu zaangażowaniu pracowników i studentów Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu realizowane tam projekty można uznać za wzorcowe. Bez względu na rodzaj problemu, np. opieka nad osobą starszą z zaburzeniami psychogeriatrycznymi, otyłość czy zaburzenia nastroju, każdy projekt obejmuje:

- wsparcie informacyjne – edukacja prozdrowotna, psychoedukacja, szkolenia,
- wsparcie emocjonalne – grupa wsparcia prowadzona przez psychoterapeutę,
- wsparcie praktyczne – dostęp do różnorodnych form pracy z ciałem (gimnastyka ogólnousprawniająca, ćwiczenia oddechowe, zajęcia relaksacyjne, metoda Feldenkraisa, choreoterapia, joga dla seniorów itp.).

Do tej pory fundacja zrealizowała trzy projekty „Alzheimer’s Cafe – projekt dla opiekunów osób z zaburzeniami psychogeriatrycznymi”, „Lekka Przesada – projekt dla osób z nadwagą i otyłością” oraz „Depresja w Opresjach – projekt dla osób z zaburzeniami nastroju. Każdy projekt podlega wnikliwej obserwacji naukowej i na tej podstawie powstają prace magisterskie, doktorskie oraz artykuły naukowe oceniające skuteczność prowadzonych działań [20, 21, 22]. Dzięki temu dotacje ze środków gminy Wrocław, uzyskiwane przez Fundację Siwy Dym w ramach konkursów na realizację zadań publicznych, są uzupełniane przez środki pozyskiwane z funduszy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Taki sposób finansowania uzupełniony przez dopłatę do zajęć ze strony samych uczestników pozwala na prowadzenie działań o charakterze biopsychospołecznym, dalece wykraczającym poza możliwości placówek leczniczych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

LITERATURA

1. J. Turczyński, A. Bilikiewicz: *Depresja u osób w podeszłym wieku*, *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej*, 2(2), 2002, 99-107.
2. M. Evans, P. Mottram: *Diagnosis of depression in elderly patients*, *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 2000, 49-56.
3. S. Krzywiński: *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, wyd. PZWL, Warszawa 1993.
4. C. Turrina, O. Siciliani, M.E. Dewey i wsp.: *Psychiatric disorders among elderly patients attending an elderly day hospital; prevalence according to clinical diagnosis (DSM-III-R) and AGE-CAT*, *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 7, 1992, 499-504.
5. C.J. Philips, A.S. Henderson: *The prevalence of depression among Australian nursing home residents: results using draft ICD-10 and DSM-III-R criteria*, *Psychol. Med.*, 21, 1991, 739-748.
6. W.K. Burn, K.N. Davies, F.R. McKenzie, J.A. Brothwell: *The prevalence of psychiatric illness in acute geriatric admissions*, *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 8, 1993, 171-174.
7. T.G. O’Riordan, J.P. Hayes, R. Shelley: *The prevalence of depression in acute geriatric medical assessment unit*, *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 4, 1989, 17-21.
8. A.J.D. Macdonald: *Do general practitioners miss depression in elderly patients?*, *Br. Med. J.*, 292, 1986, 1365-1367.
9. M.M. Burg, M.C. Benedetto, R. Soufer: *Depressive Symptoms and Mortality Two Years After Coronary Artery Bypass Graft Surgery (CABG) in Men*, *Psychosom. Med.*, 65, 2003, 508-510.
10. M.M. Burg, M.C. Benedetto, R. Rosenberg, R. Soufer: *Pre-surgical Depression Predicts Medical Morbidity 6 Months After Coronary Artery Bypass Graft Surgery*, *Psychosom. Med.*, 65, 2003, 111-118.
11. A.A. Duits, S. Boeke, M.A. Taams i wsp.: *Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: a review and evaluation of multiple, recent studies*, *Psychosom. Med.*, 59, 1997, 257-268.
12. S. Höfer, S. Doering, G. Rumpold i wsp.: *Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease*, *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.*, 13, 2006, 398-406.
13. J. Hoyer, G.H. Eifert, F. Einsle i wsp.: *Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery*, *J. Psychosom. Res.*, 64, 2008, 291-297.
14. E.F. Morrill, E. Richardson, J.R. Keith, A.E. Puente: *Predictive value of neuropsychological assessment; with regards to life expectancy among cardiac bypass surgery patients*, *J. Clin. Psychol. Med. Settings*, 13, 2006, 337-341.
15. P. Cuijpers, R.A. Schoevers: *Przegląd czynników odpowiedzialnych za zwiększoną umieralność chorych na depresję*, *Med. po Dypl.*, 14(11), 2005, 169-175.
16. M. Yapko: *Kiedy życie boli. Zalecenia w leczeniu depresji. Strategiczna terapia krótkoterminowa*, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
17. M. Ledwoch: *Egzystencjalne aspekty depresji. Badania empiryczne*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2005.
18. A. Zagórska, A. Czopek, J. Obińska, M. Pawłowski: *Rola aktywności fizycznej w leczeniu depresji*, *Antropomotoryka*, 30, 2005, 49-59.
19. J. Szczepańska, J. Kowalska, M. Rychlik, A. Dorabiała: *Elementy psychoterapii w procesie usprawniania pacjentów geriatrycznego oddziału rehabilitacyjnego*, *Psychogeriatrya Polska*, 4(3), 2007, 149-158.
20. A. Nawrot, K. Boroń-Krupińska, L. Jaworska, J. Szczepańska-Gieracha: *Ogólna orientacja życiowa a podejmowanie regularnej aktywności fizycznej i działań prozdrowotnych u kobiet po 60. roku życia*, *Psychogeriatrya Polska*, 12(3-4), 2015, 69-80.
21. M. Samiec, K. Salomon-Krakowska, P. Morga i wsp.: *Analiza motywów i barier podejmowania aktywności fizycznej przez osoby po 60. roku życia*, *Gerontologia Współczesna*, 5(1), 2017, 207-213.
22. J. Kowalska, A. Gorączko, L. Jaworska, J. Szczepańska-Gieracha: *An assessment of the burden on Polish caregivers of patients with dementia: a preliminary study*, *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, DOI: 10.1177/1533317517734350, 2017.

Otrzymano/received: 11.08.2017

Poprawiono/corrected: 20.08.2017

Zaakceptowano/accepted: 06.09.2017

