

Krzysztof Pękala, Tomasz Sobów

Interwencje psychologiczne jako profilaktyka depresji poudarowej

Psychological interventions for preventing post-stroke depression

Zakład Psychologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adres do korespondencji: Mgr Krzysztof Pękala, Zakład Psychologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Sterlinga 5, 91-425 Łódź, tel.: 42 632 25 94, faks: 42 632 15 73, e-mail: krzysztof.pekala@umed.lodz.pl

Streszczenie

Celami artykułu są: prezentacja obecnych możliwości profilaktyki depresji poudarowej z zakresu interwencji psychologicznych oraz przybliżenie ich skuteczności. Opisywane zaburzenie afektywne z różnych przyczyn często bywa diagnozowane na niewystarczającym poziomie. Kolejnym problemem jest nieodpowiednie leczenie. Należy pamiętać, że depresja poudarowa wpływa na proces dochodzenia pacjenta do zdrowia, a więc jej szkodliwy wpływ nie ogranicza się do obniżenia nastroju. Wśród badań dotyczących metod prewencji depresji po udarze dominują te sprawdzające skuteczność farmakoterapii. Metaanalizy wskazują na niską skuteczność takich oddziaływań leczniczych i niespójność wyników. Wśród pozostałych metod znajdują się działania profilaktyczne o charakterze psychologicznym, które należałoby podzielić na kategorie, takie jak psychoterapia oraz inne, nieustrukturyzowane oddziaływanie (np. działania edukacyjne, wspierające czy multidyscyplinarne, ćwiczenia fizyczne) i dialog motywacyjny. Najskuteczniejszą ze sprawdzanych metod okazał się dialog motywacyjny. Kolejne narzędzie przynoszące rezultaty w prewencji depresji poudarowej to psychoterapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemów. Do efektywnych zalicza się również krótkoterminową terapię psychosocjalno-behawioralną. Zdecydowanie potrzeba większej liczby badań naukowych na ten temat, by można było zalecać odpowiednią formę profilaktyki. Większość opisanych prób cechuje stosunkowo niewielka liczebność. Warte sprawdzenia są zwłaszcza rozmaite metody psychoterapeutyczne stawiające indywidualne potrzeby chorego na pierwszym miejscu; jak się wydaje, nurty związane z podejściem behawioralnym dają nadzieję na większą skuteczność.

Słowa kluczowe: udar, depresja, profilaktyka, interwencje psychologiczne, depresja poudarowa

Abstract

The aim of this article is to describe the available measures of preventing post-stroke depression and their efficacy with regard to psychological interventions. The said affective disorder is often poorly diagnosed for a number of reasons. Also the treatment itself turns sometimes to be inappropriate. It is worth highlighting that post-stroke depression affects the process of recovery of the patient, thus its harmful effect is not limited to a mere depressed mood. Studies describing the measures of prophylaxis of depression after stroke are dominated by those assessing the efficiency of pharmacotherapy. Meta-analyses point to a low efficiency of this type of therapeutic effects as well as to the inconsistency of their outcomes. Other methods of prevention efforts include those of psychological nature which should be divided into different categories, such as: psychotherapy, other unstructured interactions (for example: education, emotional and instrumental support, service of multidisciplinary team, physical exercises) or motivational interviewing. The results show that motivational interviewing is the most effective of all methods. Problem-solving therapy appears to be another effective intervention within the prevention of post-stroke depression. Also a short-term psychosocial-behavioral therapy produces good results. There is a definite and urgent need for more research on this subject that would enable the recommendation of an appropriate form of prophylaxis. The majority of the described studies are characterized by a small number of patients. It seems that different psychotherapeutic approaches that place the individual needs of the patient in the first place are worth further research. Those related to the behavioral approach seems to bring hope for greater efficacy.

Key words: stroke, depression, prevention, psychological interventions, post-stroke depression

WPROWADZENIE

Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) udar dawna jest na całym świecie jedną z najczęściej występujących i najgroźniejszych chorób. Jakkolwiek w krajach wyżej rozwiniętych udaje się minimalizować śmiertelność z tego powodu, to jednak wciąż w wielu przypadkach borykamy się z problemem zaburzeń neuropsychiatrycznych i społecznych towarzyszących udarowi. Zaliczają się do nich: niepełnosprawność ruchowa, pogorszenie funkcji poznawczych, obciążenie systemu rodzinnego, zaburzenia lękowe (Hackett *et al.*, 2008).

Również depresja bywa istotnym następstwem udaru. Od czasu powstania i ugruntowania się terminu *depresja poudarowa* rośnie liczba badań biorących pod uwagę ten problem, w znacznym stopniu wpływający na proces zdrowienia. Szacuje się, że nawet u 1/3 pacjentów można zdiagnozować depresję poudarową. Mamy więc do czynienia z dodatkowym wyzwaniem dla organizmu, a konsekwencje tego wyzwania wykraczają poza jednostkę – udar i jego następstwa to bowiem problem nie tylko kliniczny, lecz także socjalny i ekonomiczny. Według raportu Instytutu Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego z 2013 roku (Bogucki *et al.*, 2013) udar plasuje się w Polsce na trzecim miejscu, jeśli chodzi o liczbę zgonów, i stanowi główną przyczynę niepełnosprawności osób po 40. roku życia. Część niekorzystnych statystyk jest podwyższona prawdopodobnie właśnie ze względu na występowanie nieleczonej depresji.

W literaturze sygnalizuje się kwestię nieodpowiedniej terapii depresji po udarze. Przejawia się to zarówno brakiem należytej diagnozy stanu afektywnego pacjenta (Pękała i Sobów, 2012), jak i niewłaściwym późniejszym leczeniem (Hackett *et al.*, 2008). Przyczyną bywają nieprawidłowo dobrane narzędzia diagnostyczne bądź aprioryczne założenia klinicysty na temat dopuszczalnego obniżenia nastroju ze względu na chorobę podstawową. Niewykluczone, iż lekarze mają zbyt małą świadomość ryzyka pojawienia się współistniejącej patologii – to tym bardziej niepokojące, że depresja poudarowa ma poważne konsekwencje dla procesu zdrowienia. Za jej sprawą zmieniają się bowiem (na niekorzyść pacjenta):

- prawdopodobieństwo utrwalonej niepełnosprawności – u osób dotkniętych depresją poudarową częściej pozostają deficyty ruchowe;
- śmiertelność – odnotowano zwiększoną śmiertelność w grupie pacjentów z depresją po udarze;
- zaangażowanie w rehabilitację – w związku z obniżeniem nastroju chorzy nie są zmotywowani do jakichkolwiek działań, w tym ćwiczeń niwelujących nabyte deficyty, co przekłada się na spowolnienie bądź zatrzymanie procesu zdrowienia;
- długość pobytu w szpitalu – depresja prowadzi do dłuższej rekonwalescencji po udarze;
- jakość życia postrzegana przez chorego – pacjenci z depresją poudarową określają swoją jakość życia gorzej niż ci po udarze, ale bez zaburzeń nastroju;

- funkcjonowanie poznawcze – osoby z zaburzeniami nastroju osiągają gorsze wyniki w skalach sprawdzających stan procesów poznawczych (Turner-Strokes i Hassan, 2002). Nie da się jednoznacznie stwierdzić, które z powyższych zmian są skutkami depresji po udarze, a które jej przyczynami lub czynnikami współistniejącymi (Ayerbe, 2013). Co jednak oczywiste, uniknięcie omawianego stanu jest zdecydowanie pożądane. Stosunkowo niewiele badań pokazuje działania wychodzące poza diagnozę i terapię już istniejącego zaburzenia nastroju, czyli działania profilaktyczne. Przeważająca część prac dotyczy farmakoterapii; wyniki badań z nią związanych bywają niespójne (Sobów, 2009).

ANALIZA INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNYCH

Interwencje psychologiczne należałoby podzielić na kilka grup. Nasręcza to jednak trudności – ze względu na często nieostre granice między nimi.

Pierwszą z kategorii wymienianych w badaniach jest psychoterapia. Metaanalizy skuteczności psychoterapii jako czynnika zapobiegającego wystąpieniu depresji poudarowej pokazują, że przynosi ona pewne pozytywne zmiany (Hackett *et al.*, 2008; Hildebrand, 2015), lecz w pracach oryginalnych można zauważyć, iż badacze przypisują tożsame interwencje psychologiczne do różnych grup. Podczas rozważania skuteczności psychoterapii w profilaktyce depresji po udarze należy brać pod uwagę stałą, intensywny rozwój psychoterapii i jej rozliczne szkoły – szacuje się, że ich liczba przekroczyła 400 i nadal rośnie (Prochaska i Norcross, 2006).

W Polsce najczęściej stosowanymi nurtami są: psychoanalityczny, behawioralno-poznawczy, humanistyczny i systemowy (wraz z próbami ich integracji), jak również nowe podejścia, zwane postmodernistycznymi. Zdecydowanym błędem byłoby określanie skuteczności wszystkich na podstawie badań uwzględniających jedno podejście.

Terapia poznawczo-behawioralna okazała się nieefektywna w kontekście depresji poudarowej (Lincoln i Flannaghan, 2003). Podobne wyniki uzyskała mało dookreślona i ustrukturyzowana „psychoterapia domowa” (Goldberg *et al.*, 1997). Stosowanie terapii skoncentrowanej na rozwiązywaniu problemów przyniosło znacznie lepsze rezultaty (House, 2000; Robinson *et al.*, 2008) – w obu cytowanych badaniach udało się uzyskać potwierdzenie skuteczności tej psychoterapii jako narzędzia profilaktyki depresji poudarowej na poziomie statystycznie istotnym. W obydwu przypadkach posłużono się metodą pracy terapeuty na podstawie instrukcji pisemnej. Robinson ewaluował pracę wyszkolonych psychoterapeutów, którzy swoje umiejętności musieli wcześniej potwierdzić pięcioma terapiami skutecznie przeprowadzonymi i zakończonymi pod okiem superwizora. Oddziaływanie polegały na organizacji sześciu sesji terapeutycznych (w pierwszym, drugim, trzecim, czwartym, szóstym i dziesiątym tygodniu po udarze), a następnie sesji wzmacniających (w czwartym, piątym, ósmym, dziesiątym i dwunastym miesiącu). Technika ukierunkowania na problem powstała

po to, by służyć pacjentom w podeszłym wieku z depresją. Uczestnik terapii wyznacza problem, nad którym chce pracować, a następnie przechodzi przez siedem etapów, by go rozwiązać. Wcześniejsze badania wskazały, że podejście skoncentrowane na rozwiązywaniu problemów nie zmieniło w stopniu istotnym statystycznie stanu afektywnego chorych (Forster i Young, 1996). Aspektem odróżniającym to badanie od wyżej omawianych prób jest osoba prowadząca terapię – w tym przypadku pielęgniarka. Jak pisze Forster, przed rozpoczęciem badań każda pielęgniarka przeszła dwudniowy kurs usprawniający umiejętności w zakresie komunikacji. Wydaje się to jednak zdecydowanie niewystarczającym przygotowaniem. Być może właśnie z tym wiąże się rozdźwięk obserwowany w wynikach badań nad podejściem skoncentrowanym na rozwiązywaniu problemów.

Za skuteczną metodę profilaktyki omawianego zaburzenia wolno uznać krótkoterminową terapię psychosocjalno-behawioralną (Mitchell *et al.*, 2009). Autorzy zbadali efektywność dziewięciu spotkań w ciągu ośmiu tygodni. Działania terapeutów – przeszkolonych pielęgniarek – były dostosowane do potrzeb chorych; jednocześnie trzymano się założeń co do zawartości tematycznej konkretnej sesji (Mitchell *et al.*, 2008). Technika ta została zaczerpnięta z badań dotyczących poprawy sprawności osób dotkniętych chorobą Alzheimera, w których okazała się skuteczna.

Drugą grupę interwencji psychologicznych tworzą wszelkie działania edukacyjne, wspierające i wielodyscyplinarne oraz ćwiczenia fizyczne – pozbawione jednego, ustrukturuwanego, spójnego systemu psychoterapeutycznego.

Narzędziem psychologicznym opisywanym w badaniach nad prewencją depresji po udarze jest terapia zajęciowa, czyli zbiór oddziaływań włączający pacjenta w wykonywanie rozmaitych czynności. Niekiedy prowadzi to do lepszego psychicznego i fizycznego funkcjonowania chorego. Terapeuci zajęciowi służą także jako dodatkowi informatorzy, edukatorzy pacjenta i jego bliskich. Dążą do poprawy codziennego funkcjonowania osoby dotkniętej udarem – również przez niwelowanie barier przed niezależnością, przystosowanie do otoczenia i do nowej sytuacji. Badania dotyczące omawianej grupy interwencji psychologicznych nie pozwalają na wyciągnięcie ostatecznych wniosków o ich skuteczności (Hildebrand, 2015). Żadne z uwzględnionych prób wykorzystujących ćwiczenia fizyczne jako metodę profilaktyczną nie przyniosły poprawy bądź utrzymania nastroju na odpowiednim poziomie (Cumming *et al.*, 2008; Lai *et al.*, 2006; Lennon *et al.*, 2008; Mead *et al.*, 2007; Olney *et al.*, 2006). Zdarzały się różnice między grupą kontrolną a grupą z interwencją, ale zanikały one wraz z zakończeniem oddziaływań lub krótko potem. Analizowane grupy w większości przypadków były mało liczne.

Podobny problem pojawia się w badaniach dotyczących wpływu edukacji chorych. Działania te nie przyniosły poprawy funkcjonowania afektywnego pacjentów (Ellis *et al.*, 2005; Hoffmann *et al.*, 2007; Johnston *et al.*, 2007). Można snuć przypuszczenia, że edukacja na temat udaru jest ważna, ale stanowi jedynie dodatek do działań podstawowych.

Prawdopodobnie analogiczna sytuacja ma miejsce w przypadku interwencji z zakresu udzielania wsparcia, np. przez asystentów rodzin, pielęgniarki środowiskowe czy w ramach terapii zajęciowej. Niezależnie od formy kontaktu (telefoniczny, osobisty, wizyty domowe, spotkania w instytucjach pomocowych) takie działania nie wpływały w sposób znaczący na nastrój chorych (Boter, 2004; Mayo *et al.*, 2008; Ryan *et al.*, 2006). Pojawiły się za to pozytywne zmiany, jeśli chodzi o spadek dystresu i lęku (Desrosiers *et al.*, 2007; Ryan *et al.*, 2006). Trzecim sposobem interweniowania profilaktycznego w przypadku depresji poudarowej jest dialog motywacyjny. Badania wskazują, że cztery sesje z wykwalifikowanym specjalistą (psychologiem bądź pielęgniarką) w odstępach tygodniowych pozwoliły niemal połowie badanych (49%) zachować nastrój na dobrym poziomie – to o 10% więcej niż w grupie kontrolnej. Iloraz szans na poprawę nastroju określa się na poziomie 0,64. Dodatkowo zauważono spadek dystresu u pacjentów. Nie odnotowano żadnych skutków niepożądanych (Watkins *et al.*, 2007). To informacja szczególnie ważna dla porównań różnych metod profilaktycznych oraz dyskusji nad tworzeniem procedur działań koniecznych po rozpoznaniu udaru.

Twórcy dialogu motywacyjnego, zyskującego obecnie coraz większą popularność, umieszczają go raczej w ramach poradnictwa czy pomocy psychologicznej niż terapii. Metoda ta powstała w celu pomocy osobom uzależnionym. Jest zbiorem technik komunikacyjnych, którym przyświeca idea centralnej roli pacjenta i jego celów w przebiegu leczenia. Duży nacisk kładzie się na współpracę osoby udzielającej pomocy z chorym – wyznaczającym kierunek działania i jego zakres. Kolejne prace badawcze z tego zakresu mogą zaowocować ciekawymi wnioskami.

Podsumowując: profilaktyka depresji poudarowej w ramach interwencji psychologicznych przynosi bardzo różne rezultaty w zależności od typu interwencji. Badacze nie zawsze są jednomyślni w zaliczaniu konkretnych technik do działań psychologicznych lub danych subkategorii. Warto też przyjrzeć się sposobowi stosowania tych technik – wiele badań pokazuje wyniki pracy nie psychologów czy psychoterapeutów, lecz osób przez nich przeszkolonych.

Gdy omawia się zagadnienia związane z profilaktyką depresji poudarowej, nie sposób nie wspomnieć o profilaktyce samego udaru. Główne czynniki ryzyka – wskazane w raporcie sporządzonym przez Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego (Bogucki *et al.*, 2013) – przedstawia tab. 2.

Jak widać, większość czynników da się modyfikować. Indywidualne zmiany na poziomie behawioralnym mogłyby przynieść pozytywne skutki w zakresie używek (alkohol i papierosy), diety czy aktywności fizycznej. Profilaktyka tytoniowa przełożyłaby się na 1,5–2,5-krotny spadek ryzyka zachorowania (w przypadku pojedynczej osoby), a prewencja nadużywania alkoholu zmniejszyłaby je trzykrotnie (Bogucki *et al.*, 2013). Wdrożenie odpowiedniej diety czy ruch fizyczny prowadzą do dalszego obniżenia ryzyka udaru, a więc i związanego z nim zaburzenia nastroju.

Badanie	N grupy badawczej	N grupy kontrolnej	Interwencja	Wnioski ogólne
Boter, 2004	263	273	Wsparcie pielęgniarki w formie kontaktu telefonicznego i wizyt domowych	Brak wpływu na objawy depresji
Cumming <i>et al.</i> , 2008	38	33	Bardzo wczesna mobilizacja (<i>very early mobilization</i> , VEM)	Brak długotrwałego wpływu na objawy depresji
Desrosiers <i>et al.</i> , 2007	29	27	Program nauki relaksacji	Metoda mało skuteczna
Ellis <i>et al.</i> , 2005	100	105	Konsultacje edukacyjne	Brak wpływu na objawy depresji
Forster <i>et al.</i> , 1996	120	120	Podejście skoncentrowane na rozwiązaniu problemów prowadzone przez wyszkoloną pielęgniarkę	Metoda mało skuteczna
Goldberg <i>et al.</i> , 1997	27	28	Terapia domowa	Metoda mało skuteczna
Hoffmann <i>et al.</i> , 2007	66	67	Edukacja na temat udaru dostosowana do potrzeb pacjenta	Brak wpływu na objawy depresji
House <i>et al.</i> , 2000	116	247	Terapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu	Metoda skuteczna
Johnston <i>et al.</i> , 2007	103	100	Edukacja na temat udaru	Brak wpływu na objawy depresji
Lai <i>et al.</i> , 2006	44	49	System ćwiczeń fizycznych	Brak długotrwałego wpływu na objawy depresji
Lennon <i>et al.</i> , 2008	23	23	Dodatkowe ćwiczenia z programu <i>cardiac rehabilitation</i>	Brak wpływu na objawy depresji
Lincoln <i>et al.</i> , 2003	34	77	Terapia poznawczo-behawioralna	Brak wpływu na objawy depresji
Mayo <i>et al.</i> , 2008	96	94	Wsparcie pielęgniarki w formie kontaktu telefonicznego i wizyt domowych	Brak wpływu na objawy depresji
Mead <i>et al.</i> , 2007	32	34	Ćwiczenia wytrzymałościowe	Brak wpływu na objawy depresji
Mitchell <i>et al.</i> , 2009	48	53	Krótkoterminowa psychosocjalno-behawioralna terapia prowadzona przez pielęgniarkę	Metoda skuteczna
Olney <i>et al.</i> , 2006	37	35	Ćwiczenia ruchowe	Brak wpływu na objawy depresji
Robinson <i>et al.</i> , 2008	59	58	Terapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu	Metoda skuteczna
Ryan <i>et al.</i> , 2006	45	44	Wizyty domowe multidyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego	Metoda mało skuteczna
Watkins <i>et al.</i> , 2007	204	207	Dialog motywacyjny	Metoda skuteczna w obniżaniu ogólnego dystresu i profilaktyce depresji

Tab. 1. Badania kliniczne nad profilaktyką depresji poudarowej przez interwencje psychologiczne. Wszystkie przedstawione badania mają charakter randomizowany

Czynniki modyfikowalne	Czynniki niemodyfikowalne
Palenie tytoniu Nadużywanie alkoholu Brak aktywności fizycznej Cukrzyca Zaburzenia gospodarki lipidowej Nadciśnienie tętnicze Migotanie przedsionków	Wiek Płeć Rasa Czynniki genetyczne

Tab. 2. Czynniki ryzyka udaru mózgu

PODSUMOWANIE

Prewencja depresji poudarowej jest tematem, którego z wielu przyczyn nie wolno lekceważyć. Najważniejsze wydają się następstwa pojawienia się tego zaburzenia w okresie rekonwalescencji – zwiększona śmiertelność i utrudniony powrót do zdrowia. Należy dodać, że istnieje ryzyko autodestrukcyjnych zachowań pacjentów dotkniętych tym zaburzeniem, łącznie z próbami samobójczymi (Pompili *et al.*, 2015).

Profilaktyce depresji po udarze poświęcono stanowczo zbyt mało badań, by wnioski z nich dało się przenosić na zalecenia co do postępowania w przypadku zdiagnozowania udaru. Większość istniejących badań opiera się na stosunkowo niewielkich próbach, stąd ograniczona możliwość

wyciągania bardziej zdecydowanych wniosków. Farmakologiczne działania profilaktyczne nie przynoszą spodziewanych rezultatów, a wyniki badań na ten temat bywają niespójne. Szczególnie niewiele wiadomo o profilaktyce przez interwencje psychologiczne. Na podstawie dostępnych opracowań można wnioskować, że to szeroko pojęte techniki behawioralne mają najwyższą skuteczność. Należą do nich: dialog motywacyjny, terapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu i krótkoterminowa terapia psychosocjalno-behawioralna. Wspólnym mianownikiem tych interwencji wydaje się idea traktowania chorego jako podmiotu terapii, człowieka wyznaczającego cele. Prawdopodobnie nie bez znaczenia są również łatwość stosowania metod oraz ich zrozumiałość dla odbiorców. Biorąc pod uwagę rozliczne utrudnienia w funkcjonowaniu

neuropsychiatrycznym, to właśnie proste techniki, łatwo dostosowywalne do potrzeb i stanu pacjenta, należy rozwijać i upowszechniać.

Skoro zawsze lepiej zapobiegać, niż leczyć, drogą podstawową powinna być może pozostać profilaktyka udaru – do czasu ustalenia skuteczniejszego działania na rzecz wykluczenia depresji już po pojawieniu się epizodu. Wiadomo, że do głównych przyczyn choroby zalicza się nieprzystosowawcze schematy zachowań i nawyki zdrowotne, a to obszar zbadany, jeśli chodzi o skuteczność oddziaływań profilaktycznych o charakterze psychologicznym. Niestety, obecna częstotliwość występowania udaru pokazuje, że to wciąż działania niewystarczające.

Profilaktyka przyniesie dobre rezultaty jedynie pod warunkiem poprawienia skuteczności diagnozy depresji poudarowej. Wzrost świadomości na temat tego zaburzenia i używanie odpowiednio dobranych narzędzi diagnostycznych powinny pomóc klinicytom osiągać lepsze efekty terapeutyczne.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo/Bibliography

- Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD *et al.*: Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 14–21.
- Bogucki M, Gierczyński J, Gryglewicz J *et al.*: Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2013.
- Boter H, HESTIA Study Group: Multicenter randomized controlled trial of an outreach nursing support program for recently discharged stroke patients. *Stroke* 2004; 35: 2867–2872.
- Carod-Artal FJ: Post-stroke depression: can prediction help prevention? *Future Neurol* 2010; 5: 569–580.
- Cumming TB, Collier J, Thrift AG *et al.*: The effect of very early mobilization after stroke on psychological well-being. *J Rehabil Med* 2008; 40: 609–614.
- Desrosiers J, Noreau L, Rochette A *et al.*: Effect of a home leisure education program after stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 1095–1100.
- Ellis G, Rodger J, McAlpine C *et al.*: The impact of stroke nurse specialist input on risk factor modification: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2005; 34: 389–392.
- Forster A, Young J: Specialist nurse support for patients with stroke in the community: a randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 312: 1642–1646.
- Goldberg G, Segal ME, Berk SN *et al.*: Stroke transition after inpatient rehabilitation. *Top Stroke Rehabil* 1997; 4: 64–79.
- Hackett ML, Anderson CS, House A *et al.*: Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3): CD003689.

- Hildebrand MW: Effectiveness of interventions for adults with psychological or emotional impairment after stroke: an evidence-based review. *Am J Occup Ther* 2015; 69: 6901180050p1–6901180050p9.
- Hoffmann T, McKenna K, Worrall L *et al.*: Randomised trial of a computer-generated tailored written education package for patients following stroke. *Age Ageing* 2007; 36: 280–286.
- House A: The treatment of depression after stroke. *J Psychosom Res* 2000; 48: 235.
- Johnston M, Bonetti D, Joice S *et al.*: Recovery from disability after stroke as a target for a behavioural intervention: Results of a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil* 2007; 29: 1117–1127.
- Lai SM, Studenski S, Richards L *et al.*: Therapeutic exercise and depressive symptoms after stroke. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 240–247.
- Lennon O, Carey A, Gaffney N *et al.*: A pilot randomized controlled trial to evaluate the benefit of the cardiac rehabilitation paradigm for the non-acute ischaemic stroke population. *Clin Rehabil* 2008; 22: 125–133.
- Lincoln NB, Flannaghan T: Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: a randomized controlled trial. *Stroke* 2003; 34: 111–115.
- Mayo NE, Nadeau L, Ahmed S *et al.*: Bridging the gap: the effectiveness of teaming a stroke coordinator with patient's personal physician on the outcome of stroke. *Age Ageing* 2008; 37: 32–38.
- Mead GE, Greig CA, Cunningham I *et al.*: Stroke: a randomized trial of exercise or relaxation. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 892–899.
- Mitchell PH, Teri L, Veith R *et al.*: Living well with stroke: design and methods for a randomized controlled trial of a psychosocial behavioral intervention for poststroke depression. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2008; 17: 109–115.
- Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ *et al.*: Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant. Living well with stroke: randomized, controlled trial. *Stroke* 2009; 40: 3073–3078.
- Olney SJ, Nymark J, Brouwer B *et al.*: A randomized controlled trial of supervised versus unsupervised exercise programs for ambulatory stroke survivors. *Stroke* 2006; 37: 476–481.
- Pękala K, Sobów T: Rodzaj narzędzi diagnostycznych a rozpoznawanie depresji poudarowej. *Post Psychiatr Neurol* 2012; 21: 23–30.
- Pompili M, Venturini P, Lamis DA *et al.*: Suicide in stroke survivors: epidemiology and prevention. *Drugs Aging* 2015; 32: 21–29.
- Prochaska JO, Norcross JC: Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006.
- Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ *et al.*: Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299: 2391–2400.
- Ryan T, Enderby P, Rigby AS: A randomized controlled trial to evaluate intensity of community-based rehabilitation provision following stroke or hip fracture in old age. *Clin Rehabil* 2006; 20: 123–131.
- Sobów T: Depresja po udarze mózgu: aspekty epidemiologii, patofizjologii, oceny klinicznej i postępowania. *Psychiatr Prakt Klin* 2009; 2: 124–131.
- Turner-Strokes L, Hassan N: Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clin Rehabil* 2002; 16: 231–247.
- Watkins CL, Auton MF, Deans CF *et al.*: Motivational interviewing early after acute stroke: a randomized, controlled trial. *Stroke* 2007; 38: 1004–1009.