

# DEPRESIJA KOD STARIJIH OSOBA

zaštitni i faktori rizika



Autori

**Jana Dimoski**

Psychosocial Innovation Network (PIN) i Laboratorija za istraživanje individualnih razlika, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

**Nataša Todorović**

Crveni krst Srbije

**Milutin Vračević**

Crveni krst Srbije

**Maša Vukčević Marković**

Odeljenje za psihologiju i Laboratorija za istraživanje individualnih razlika, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu i Psychosocial Innovation Network (PIN)

Dizajn

Nikola Korać

Istraživanje je sprovedeno u saradnji sa Crvenim krstom Srbije.

Termini izraženi u publikaciji u gramatičkom muškom rodu podrazumevaju i muški i ženski rod lica na koja se odnose.

Beograd, 2023

# Kontekst

Decenijama unazad postoji globalni trend starenja stanovništva. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije očekuje se da će do 2030. godine svaka šesta osoba imati više od 60 godina (WHO, 2021). U Srbiji prema poslednjim dostupnim podacima ima 21% osoba starijih od 65 godina (RZS, 2022). Paralelno sa ovim trendom, tema starenja se našla u većem fokusu naučnih i stručnih krugova i postalo je jasno da se na zdravlje starijih može pozitivno uticati.

Zdravo starenje se prevashodno odnosi na unapređenje i održavanje funkcionalnosti u starijem dobu što može uticati i na veće blagostanje starijih (WHO, 2020). Pretpostavka koncepta zdravog starenja je da većina starijih ljudi može živeti ispunjen, zdrav i srećan život, aktivno doprinoseći svojoj zajednici i širem društvu. Iako se sa starenjem povećava učestalost fizičkih oboljenja, teškoće u domenu mentalnog zdravlja nisu nužni pratioci starenja i mnogi stariji ljudi imaju kapaciteta da nadoknade manje teškoće koje prate normalno starenje (npr. otežano kretanje; Warner Chaie & Willis, 2001).

Ipak, velika prepreka ka zdravom starenju jeste depresija, koja predstavlja najčešći mentalni poremećaj u starijem dobu (WHO, 2017). Depresija je psihički poremećaj koji može imati potencijalno vrlo ozbiljne posledice, poput visokog rizika od samoubistva (Conwell et al., 2002). Ona je tipično nedovoljno prepoznata i samim tim u nedovoljnoj meri tretirana (Lloyd-Sherlock et al., 2019), iako je njeno uspešno lečenje moguće i u starijem dobu, bilo lekovima bilo psihološkim tretmanom (Alexopoulos, 2005; Ciechanowski et al., 2004). Dodatno, često postoje pogrešna uverenja da je normalno i očekivano biti depresivan u starijem dobu, odnosno da je depresija donekle "prirodna" reakcija na starenje. Iako su ova uverenja u potpunosti pogrešna, ponekada otežavaju i samoj depresivnoj osobi i osobama u njenom okruženju da prepoznaju postojanje psiholoških teškoća.

Zbog toga, prevencija, prepoznavanje i lečenje depresije kod starijih osoba treba da se postavi kao prioritet. Cilj ovog istraživanja je sticanje uvida u to koji su faktori koji pospešuju depresiju ili, s druge strane, faktori koji starije osobe na neki način "čuvaju" od depresije. Drugim rečima, cilj istraživanja je bio razumevanje *faktora rizika* i *zaštitnih faktora* za depresiju u starijem dobu.

# Metodologija

Istraživanje je odobreno od strane Komisije za ocenu etičnosti pri Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu (broj protokola #2022-017). Ovo istraživanje rađeno je u partnerstvu sa Crvenim krstom Srbije. Ispitanici su pozvani da učestvuju u istraživanju od strane mreže obučениh anketara Crvenog krsta iz 13 gradova u Srbiji (Beograd, Boljevac, Inđija, Jagodina, Koceljeva, Kragujevac, Kruševac, Niš, Piroć, Sombor, Ušice, Vrbas, Zaječar), pod supervizijom Crvenog krsta Srbije.

Prikupljali smo kvantitativne podatke o depresiji, različitim psihološkim odlikama, stresnim životnim događajima koji su se dogodili u toku života, kao i o zdravstvenom statusu.

**Depresiju** smo merili Gerijatrijskom skalom depresije - GSD (Sheikh & Yesavage, 1986; Stolić et al., 2005) koja sadrži 15 pitanja o stanju starije osobe u prethodnoj nedelji. Odgovori koji se mogu dati su "da" ili "ne". Ukoliko starija osoba ima 6-10 odgovora koji ukazuju na depresiju, govori se o *blagoj do umerenoj depresiji*, dok je rezultat od ukupno 11 do 15 takvih odgovora ukazuje na *tešku depresiju*. Važno je razumeti da merenje depresije na ovaj način ne govori nužno i o dijagnozi depresije. Dijagnozu depresije može postaviti samo psihijatar, sprovođenjem ustaljenih psihijatrijskih postupaka. To znači da rezultatima koje dobijamo na ovaj način, zadavanjem skale GSD, govorimo o ugruboj proceni realnog stanja, a ne o zvaničnim dijagnozama.

Od **psiholoških karakteristika** merili smo:

- Nesigurne dimnezije afektivne vezanosti - skalom *Iskustva u bliskim vezama - revidirana nemačka forma* (Benk-Franz et al., 2018)
- Neadaptivne strategije prevladavanja stresa – skalom *Inventar strategija prevladavanja za stresne situacije* (Endler & Parker, 1990)
- Osećanje smisla života – *Upitnikom o smislu života* (Steger et al., 2006)
- Socijalnu podršku – subskalom subjektivnog doživljaja u okviru *Djuk indeks socijalne podrške* (Koenig et al., 1993)

# Ko su naši ispitanici?

55%

nema partnera

32%

živi samo

30%

više ili visoko obrazovani

5

prosečni broj doživljenih  
stresnih životnih događaja

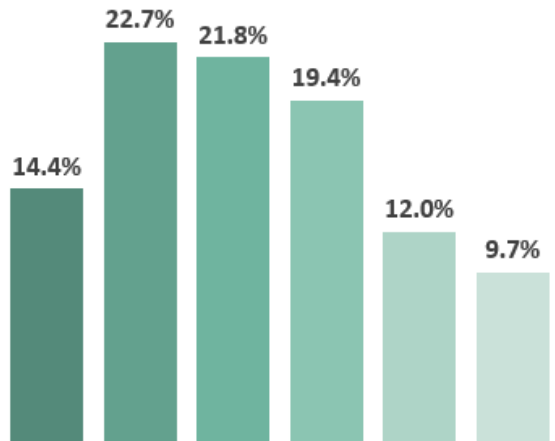
Smrtni slučajevi bliske osobe  
(supružnika, prijatelja, roditelja) 46% - 95%\*

Ozbiljna lična bolest ili  
bolest bliske osobe 40% - 49%

Velika finansijska kriza 40%

\*% osoba koje su doživele datu stresnu situaciju

- Ne mogu da priuštiti sebi ni osnovne stvari (hranu i mesečne račune)
- Mogu da priuštiti sebi hranu i plaćanje mesečnih računa, ali ne i odeću
- Mogu da priuštiti sebi odeću, ali ne i iznenadne veće troškove poput popravke bele tehnike
- Mogu da priuštiti sebi iznenadne troškove, ali ne letovanja ili zimovanja
- Mogu da priuštiti sebi letovanja ili zimovanja, ali ne i luksuznije poklone
- Mogu da priuštiti sebi sve što poželim



Grafik 1. Procena ispitanika o njihovom finansijskom statusu

# Ko su naši ispitanici?

Od ukupnog uzorka od 225 starijih osoba, 30% je muškog roda, dok je prosečan uzrast 73.5 godina. Ispitanici najčešće žive sa partnerom/partnerkom (41%), samostalno (32%) ili sa detetom (26%), dok ostatak ispitanika živi sa ostalim članovima porodice (npr. unuci, braća, sestre, šira porodica). Najčešće su ispitanici imali završenu srednju školu (45%), osnovnu školu (20%), višu školu/fakultet (27%), dok je 2% završilo post-diplomske studije, a 6% nema formalno obrazovanje.

U Tabeli 1 ispod prikazana je raspodela mesečnih penzija ispitanika. Ono što je takođe značajan podatak jeste da veliku većinu ispitanika (77%) niko drugi finansijski ne pomaže, odnosno finansiraju svoje troškove primarno na osnovu sopstvene penzije.

Manji od 15 000 dinara	6%
Između 15 000 i 25 000 dinara	27%
Između 25 000 i 35 000 dinara	25%
Između 35 000 i 45 000 dinara	21%
Više od 45 000 dinara	14%
Ne želim da se izjasnim	7%

*Tabela 1. Raspodela mesečnih penzija ispitanika*

Dodatno, ispitanici u proseku aktuelno imaju 5 zdravstvenih tegoba, i to najčešće kardio-vaskularne (79%), očne (63%), lokomotorne – odnosno probleme sa mišićima, zglobovima, kostima (60%), hroničan umor i opadanje fizičke snage (60%), kao i otežano kretanje (51%).

Za kraj, neki od stresnih događaja koje su ispitanici doživeli u toku života su i ozbiljni međuljudski problemi sa bliskim osobama (17%), krađa predmeta od velike vrednosti (15%), psihičko nasilje (npr. uvrede, ucene; 16%), ali i fizičko (npr. udaranje, štipanje, šamaranje; 8%) i seksualno (npr. dodirivanje po telu bez želje i pristanka; 4%).

# Rezultati

## Koliko je depresija učestala?

Rezultati pokazuju da 32%, ili 3 od 10 starijih osoba ima izražene simptome depresije. To znači da svaka treća starija osoba ima potrebu za nekom vrstom dodatne psihološke pomoći.



Od toga, 22% starijih osoba ima blage do umerene simptome, dok 10% ima teške simptome depresije.

U Tabeli 2 prikazane su stavke za merenje simptoma depresije, kao i postotak starijih osoba koji je izvestio da se u prethodnoj nedelji tako osećao.

*Tabela 2. Deo stavki iz instrumenta GSD i procenat ispitanika koji su odgovorili sa "Da" na datu tvrdnju*

Osećam se prilično beskorisno.	25%
Ne mislim da je divno živeti danas.	38%
Često se osećam bespomoćno	31%
Ne osećam se srećno većinu vremena	32%
Plašim se da će mi se nešto loše dogoditi	37%
Odustao/la sam od mnogih aktivnosti i interesovanja.	38%
Smatram svoju situaciju beznadežnom.	14%
Ne osećam se kao da sam pun/a energije.	52%
Nisam zadovoljan/na svojim životom.	20%

# Rezultati

## Koji su faktori rizika?

Rezultati istraživanja pokazuju da ima nekoliko faktora rizika, odnosno faktora koji kada su prisutni, verovatnije je da će biti prisutni i izraženiji simptomi depresije. Ti faktori su:

### 1. Anksiozna afektivna vezanost

Prema teoriji o afektivnoj vezanosti, ljudi kroz međuljudske odnose grade „unutrašnji radni model”, odnosno način na koji će razumeti sebe samog, druge, sebe u odnosu sa drugima, kao i odnose generalno (Bartholomew & Horowitz, 1991; Fraley et al., 2011; Meyer & Pilkonis, 2001). Afektivna vezanost (odnosno „unutrašnji radni model”) nastaje u ranom detinjstvu kroz odnos sa bliskom osobom, najčešće majkom (Krstić, 2018). Postoji nekoliko tipova afektivne vezanosti, ali dete uglavnom kroz odnos sa bliskom osobom razvije jedan dominantni tip. Taj dominantan tip afektivne vezanosti pokazuje stabilnost i u odraslom životu (Sibley & Liu, 2004), pa stoga i kod starijih osoba može biti povezan sa mentalnim zdravljem ili mentalnim problemima generalno, pa i sa depresijom.

Dominantni tipovi afektivne vezanosti mogu biti manje ili više adekvatni i zdravi. Jedan od manje zdravih tipova vezanosti je i anksiozna afektivna vezanost. Osoba koja je anksiozno afektivno vezana ima veliku želju za bliskošću sa drugima, ali istovremeno oseća i veliki strah od toga da će u tom odnosu biti odbačena, nepoštovana, i da joj ljubav neće biti uzvraćena u jednakoj meri (Doinita & Maria, 2015; Spence et al., 2018). Ove osobe se u velikoj meri emotivno oslanjaju na druge ljude, a u maloj meri se oslanjaju na sebe (Spence et al., 2018). Tako, na primer, osoba koja je anksiozno afektivno vezana bi se u velikoj meri složila sa tvrdnjom “Često brinem da bliske osobe neće želeti da ostanu sa mnom”.

Dakle, ovo istraživanje pokazuje da veća izraženost anksiozne afektivne vezanosti doprinosi i većoj depresiji u starijem dobu.



# Rezultati

## 2. Prevladavanje stresa orijentisano na emocije

Svaka osoba različito reaguje kada se susretne sa stresnom situacijom. Ipak, ljudi uglavnom imaju dominantan način reagovanja na takve situacije, koje nazivamo strategijama prevladavanja stresa. Te strategije mogu biti adaptivne, odnosno adekvatne, zdrave i dugoročno dobre za osobu koja ih praktikuje (npr. direktno rešavanje problema), dok neke druge mogu biti neadaptivne, odnosno nekonstruktivne i nezdrave.

Jedna od takvih neadaptivnih strategija je i prevladavanje stresa orijentisano na emocije. Osoba koja upražnjava ovu strategiju prevladavanja stresa, kada se susretne sa nekom stresnom situacijom oseća se kao da ne može da se sa njom izbori, oseća se preplavljeno i uznemireno i ima veliki i jak osećaj krivice što se uopošte i našla u takvoj situaciji i što „nije bila spremna” da se sa njom i izbori. Na primer, osoba koja praktikuje ovu strategiju složila bi se sa tvrdnjom „Kada se susretnem sa stresnom situacijom krivim sebe što sam previše emotivan/na u vezi sa situacijom” (Endler & Parker, 1990).

Rezultati pokazuju da starije osobe koje se u većoj meri oslanjaju na ovu strategiju prevladavanja stresa u isto vreme imaju i izraženije simptome depresije.

## 3. Niži finansijski status

Starije osobe koje su nepovoljnijeg finansijskog statusa bile su u većoj meri depresivne. Ovaj rezultat nije neobičan ukoliko uzmemo u obzir da je odsustvo finansija dugoročan stresor koji uključuje i zabrinutost za budućnost, neizvesnost i učestalije međuljudske probleme (Adler & Rehkopf, 2008; Safran et al., 2009; Woolf & Braveman, 2011). Dodatno, čak i kad prepoznaju da imaju neku psihološku teškoću i kada žele da potraže profesionalnu pomoć, osobe nižeg finansijskog statusa imaju teškoće da do profesionalne pomoći i dođu jer ona neretko zahteva i finansijska ulaganja. Prethodno istraživanje PIN-a je pokazalo da niži finansijski status predstavlja i najsnažniju barijeru za traženje profesionalne pomoći (Živanović et al., 2022).

# Rezultati

## Koji su zaštitni faktori?

Kroz istraživanje su identifikovani i neki zaštitni faktori, odnosno odlike osobe koje, kada su prisutne, na neki način “štite” stariju osobu od depresije. Ti faktori su:

### 1. Osećanje smisla života

Starije osobe koje u većoj meri imaju osećaj da njihov život ima smisao i svrhu kojom su oni zadovoljni i koja ih ispunjava, imaće u isto vreme i manju verovatnoću za razvoj ili intenziviranje depresije. Osećanje smisla života se kod starijih osoba stalno dovodi u vezu sa boljim mentalnim zdravljem (Hallford et al., 2016). Takođe, ono može biti posebno važno u periodima kada se starija osoba susreće sa promenama uloga u svom životu – npr. nakon gubitka supružnika ili nakon penzionisanja (Hallford et al., 2016).

### 2. Socijalna podrška

Starije osobe koje doživljavaju da je podrška koju dobijaju od strane bliskih osoba adekvatna, u isto vreme će biti u manjem riziku od razvijanja ili intenziviranja depresije. To znači da od depresije “čuva” situacija u kojoj se starija osoba oseća kao da je bliske osobe razumeju, da su spremni da je saslušaju i podrže, ali i da oseća da je ona sama korisna svojim bliskim osobama, da je upućena u važna dešavanja i da ima jasnu ulogu u međuljudskim odnosima sa bliskim osobama u svom okruženju (Koenig et al., 1993). Dakle, osobe koje su zadovoljne svojom socijalnom podrškom imaće i očuvanije mentalno zdravlje. Socijalna podrška je posebno važna u vreme kriza (Alesina & Giuliano, 2010; Bogenschneider et al., 2012), poput pandemije COVID-19 virusa koja je zbog po život ozbiljnih posledica i ograničavajućih mera prema penzionerima potencijalno i imala najsnažniji uticaj na starije osobe. Dodatno, i socijalna mreža starije osobe može prepoznati znake psiholoških teškoća i osnažiti stariju osobu da potraži pomoć, a prethodno istraživanje je pokazalo da će starije osobe sa većom socijalnom podrškom u većoj meri tražiti pomoć kada primete simptome depresije (Wang et al., 2022).

# Šta dalje? Preporuke za praksu

U nastavku teksta date su preporuke za praksu koje su bazirane na rezultatima istraživanja.

Neophodno je **povećati dostupnost** psihosocijalne podrške starijim osobama. U ovom istraživanju pokazano je da svaka treća starija osoba ima simptome depresije, što znači da je minimum svakoj trećoj starijoj osobi potrebna dodatna psihosocijalna pomoć. Starije osobe su i ranije identifikovane kao grupa koja je u najvećoj potrebi za dodatnom podrškom (Bjekić et al., 2022).

Psihosocijalna pomoć koja se nudi starijim osobama **mora biti besplatna**, pogotovo jer je pokazano da su starije osobe nižeg finansijskog statusa ujedno i depresivnije. Pravo na mentalno zdravlje spada u osnovna ljudska prava, i ne sme biti privilegija onih koji imaju novca da ga plate.

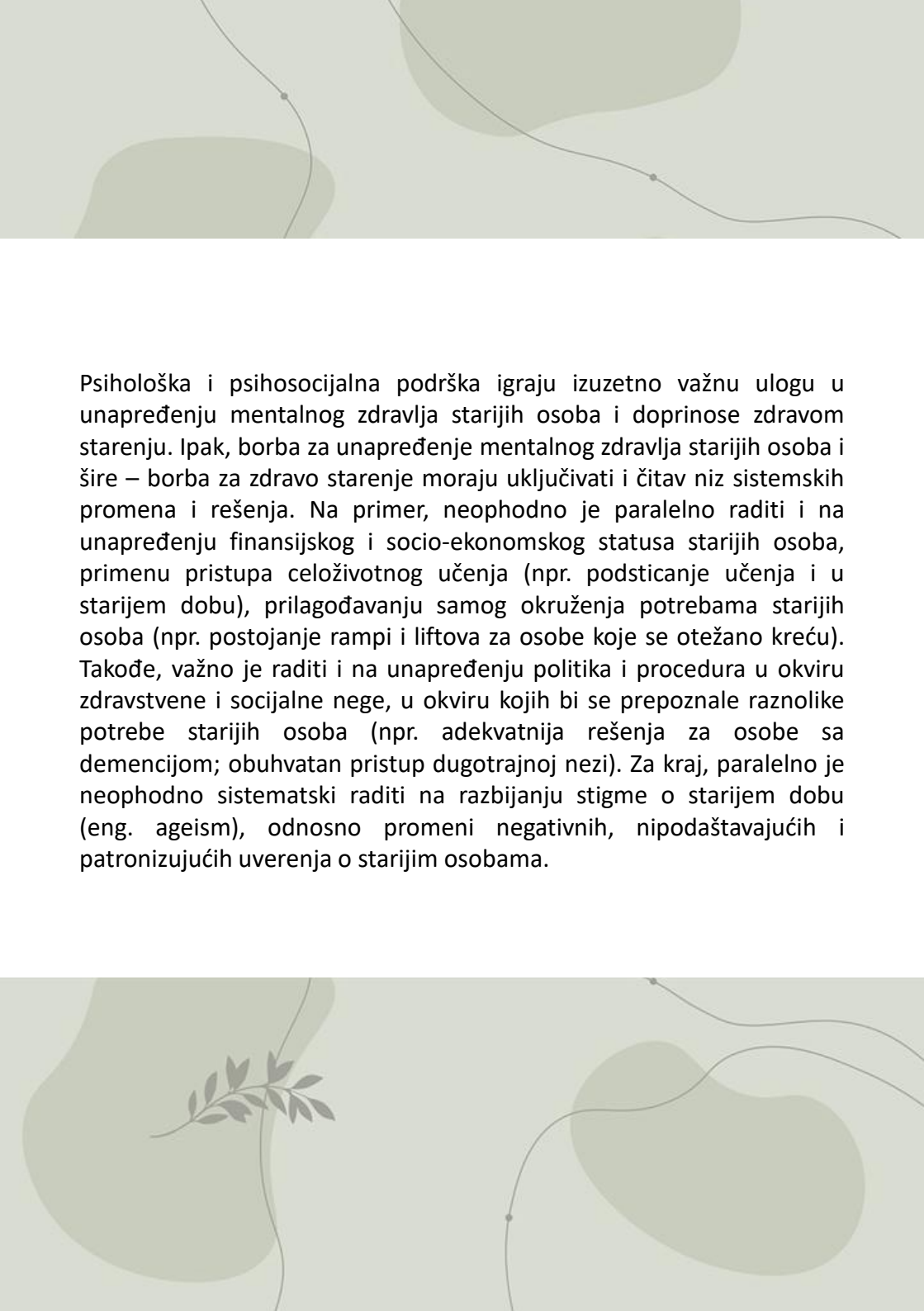
Potrebno je uložiti resurse u **prevenciju** depresije, s obzirom na to da je pokazano da postoji veći postotak starijih osoba sa blagim simptomima, u odnosu na one sa teškim. Kako su prethodna istraživanja pokazala da blaže forme depresije imaju potencijal da se razviju u teže kliničke simptome (Lyness et al., 2009), neophodno je tretman fokusirati ne samo na teško depresivne starije osobe, već i na one sa blagim simptomima, kao i na sve starije osobe koje su pod povišenim rizikom od razvijanja depresivnih simptoma.

Starijim osobama je potrebno omogućiti i **specijalizovanu psihološku pomoć** koja bi bila usmerena na sržnije promene (npr. promene afektivne vetanosti) ali i određenu vrstu **grupnog psihosocijalnog rada**. S obzirom na to da je socijalna podrška zaštitini faktor kod depresije, grupni rad je dobra prilika za ostvarivanje novih prijateljstava. Takođe, dobra je praksa u toku grupnog rada dodatno deliti učesnike u manje grupe ili parove, kako bi imali priliku za bolje uspoznavanje, ali ohrabrivati i kontaktiranje i u slobodno vreme, odnosno van samog psihosocijalnog rada.

S obzirom na to da je pokazano da je prevladavanje stresa orijentisano na emocije faktor rizika za depresivna stanja, u direktnom radu sa starijim osobama korisno je unaprediti **veštine konstruktivnog rešavanja problema**. Dobra praksa je početi sa opštijim temama poput toga šta je stres, kako da prepoznaju da su pod stresom, ali i koje su uobičajene reakcije na njega. Dalje, stručnjak može razgovarati sa korisnicima na temu toga kako oni lično reaguju na stresne situacije i koje strategije su im ranije u životu pomagale da se osećaju bolje i pravaziđu ga. Stručno lice treba da pomogne korisnicima da razumeju da konstruktivno rešavanje problema nekada znači prepoznati „crvene zastavice“ koje govore da dalje ne treba da se borimo sami, već je potrebno da se obratimo stručnjaku za mentalno zdravlje za pomoć.

S obzirom na pokazan značaj socijalne podrške, važno je sa starijim osobama stalno razgovarati o **usamljenosti**, koja je često osećanje kod starijih osoba (Keck, 2022), pa može imati pozitivno dejstvo i sam razgovor o ovoj temi. Ipak, važno je i fokusirati se na to šta starija osoba može da uradi da se bori protiv usamljenosti, odnosno ohrabrivati proaktivni pristup kod korisnika. Na primer, jedna od radionica može uključivati prisećanje na situacije usamljenosti u mlađoj fazi života uz instrukciju da daju savet “mlađem sebi”, odnosno da se osvrnu na to kako su mogli bolje da se nose sa usamljenošću.

Starije osobe sa većim osećanjem smisla života bili su u manjoj meri depresivni. Zbog toga je važno i u starijem dobu pokušati pronaći **nove izvore smisla života**, odnosno razumeti da starije osobe ulaskom u starije doba ne prestaju da budu autentični i aktivni članovi društva, već osobe koje i dalje mogu da razvijaju svoja interesovanja i budu pozitivan uticaj na ljude oko sebe. Na primer, starije osobe mogu imati želju da se oprobaju u nekim novim hobijima, zanimanjima, da se bave volontiranjem ili aktivizmom u zajednici i pomaganju drugim ljudima. Kvalitetni odnosi sa drugim osobama takođe mogu biti za neke korisnike izvor većeg smisla života. Za kraj, povećanju smisla života može doprineti i **način na koji komuniciramo** sa starijim osobama. Tačnije, starijim osobama može posebno prijati korišćenje tzv. narativnog pristupa, odnosno pristupa u kom se stalno oslanjamo na bogato iskustvo i lične priče starijih osoba. Ponovno pričanje i preispitivanje ličnih iskustava može dovesti do prepoznavanja novog značenja i smisla prethodnih iskustava, što može uticati i na drugačije, pozitivnije tumačenje budućnosti.



Psihološka i psihosocijalna podrška igraju izuzetno važnu ulogu u unapređenju mentalnog zdravlja starijih osoba i doprinose zdravom starenju. Ipak, borba za unapređenje mentalnog zdravlja starijih osoba i šire – borba za zdravo starenje moraju uključivati i čitav niz sistemskih promena i rešenja. Na primer, neophodno je paralelno raditi i na unapređenju finansijskog i socio-ekonomskog statusa starijih osoba, primenu pristupa celoživotnog učenja (npr. podsticanje učenja i u starijem dobu), prilagođavanju samog okruženja potrebama starijih osoba (npr. postojanje rampi i liftova za osobe koje se otežano kreću). Takođe, važno je raditi i na unapređenju politika i procedura u okviru zdravstvene i socijalne nege, u okviru kojih bi se prepoznale raznolike potrebe starijih osoba (npr. adekvatnija rešenja za osobe sa demencijom; obuhvatan pristup dugotrajnoj nezi). Za kraj, paralelno je neophodno sistematski raditi na razbijanju stigme o starijem dobu (eng. ageism), odnosno promeni negativnih, nipodaštavajućih i patronizujućih uverenja o starijim osobama.

# Literatura

Adler, N. E., & Rehkopf, D. H. (2008). US disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annual review of public health, 29*, 235.

Alesina, A., & Giuliano, P. (2010) The power of the family. *Journal of Economic Growth*, 15:93–125. <https://doi.org/10.1007/s10887-010-9052-z>.

Alexopoulos, G. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970. doi: 10.1016/s0140-6736(05)66665-2

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

Bogenschneider, K., Little, O., Ooms, T., Benning, S., Cadigan, K., & Corbett, T. (2012). The Family Impact Lens: A Family-Focused, Evidence-Informed Approach to Policy and Practice. *Family Relations*, 61, 514–31. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2012.00704.x>.

Brenk-Franz, K., Ehrental, J., Freund, T., Schneider, N., Straus, B., Tiesler, F., ... & Gensichen, J. (2018). Evaluation of the short form of “Experience in Close Relationships”(Revised, German Version “ECR-RD12”)-A tool to measure adult attachment in primary care. *PLoS one*, 13(1), e0191254.

Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P. et al. (2004). Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults. *JAMA*, 291(13), 1569. doi: 10.1001/jama.291.13.1569

Conwell, Y., Duberstein, P., & Caine, E. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01347-1

Doinita, N., & Maria, N. (2015). Attachment and Parenting Styles. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 203, 199-204. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.08.282

Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Personality Processes and Individual Differences*.

Fraley, R., Heffernan, M., Vicary, A., & Brumbaugh, C. (2011). The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615-625. doi: 10.1037/a0022898

Hallford, D., Mellor, D., Cummins, R., & McCabe, M. (2016). Meaning in Life in Earlier and Later Older-Adulthood: Confirmatory Factor Analysis and Correlates of the Meaning in Life Questionnaire. *Journal Of Applied Gerontology*, 37(10), 1270-1294. doi: 10.1177/0733464816658750

Koenig, H. G., Westlund, R. E., George, L. K., Hughes, D. C., Blazer, D. G., & Hybels, C. (1993). Abbreviating the Duke Social Support Index for use in chronically ill elderly individuals. *Psychosomatics*, 34(1), 61-69.

Krstić, K. (2018). *Afektivno vezivanje iz perspektive razvojne psihologije*. Lecture, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu.

Lloyd-Sherlock, P., Agrawal, S., Amoakoh-Coleman, M., Adom, S., Adjetey-Sorsey, E., Rocco, I., & Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 466.

# Literatura

Minicuci N. (2019). Old age and depression in Ghana: assessing and addressing diagnosis and treatment gaps. *Global Health Action*, 12:1. doi: 10.1080/16549716.2019.1678282

Republički zavod za statistiku. (2022). *Statistički godišnjak*. <https://publikacije.stat.gov.rs/G2022/Pdf/G20222055.pdf>

Safran, M., Mays, R., Huang, L., McCuan, R., Pham, P., Fisher, S., et al. Mental health disparities. *American Journal of Public Health*;99:1962–6. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.167346>.

Sheik, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. Brink (Eds.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. (pp. 165-173). New York: The Haworth Press.

Sibley, C., & Liu, J. (2004). Short-term temporal stability and factor structure of the revised experiences in close relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *Personality And Individual Differences*, 36(4), 969-975. doi: 10.1016/s0191-8869(03)00165-x

Spence, R., Jacobs, C., & Bifulco, A. (2018). Attachment style, loneliness and depression in older age women. *Aging & Mental Health*, 24(5), 837-839. doi: 10.1080/13607863.2018.1553141

Steger, M., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal Of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.80

Stolić, D., Jović, J., Bukumirić, Z., Rančić, N., Stolić, M., & Ignjatović Ristić, D. (2015). The Serbian version of the Geriatric depression scale: reliability, validity and psychometric features among the depressed and non-depressed elderly. *Engrami*.

Wang, X., Bergren, S., & Dong, X. (2022). Association Between Social Support and Depression Help-Seeking Behaviors Among US Chinese Older Adults. *Journal of aging and health*.

Warner Chaie, K. & Willis, S. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Woolf, S., & Braveman, P. Where health disparities begin: The role of social and economic determinants-and why current policies may make matters worse. *Health Affairs*, 30, 1852–9. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0685>.

World Health Organization. (2017, December 12). Mental health of older adults. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing 2021-2030*. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

World Health Organization. (2021, October 4). Ageing and health. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Živanović, M., Vukčević Marković, M., Dimoski, J., & Gvozden, M. (2022). *Mentalno zdravlje u Srbiji: procena potreba, faktora rizika i barijera u dobijanju stručne podrške*. GIZ.

