

DOI: 10.26693/jmbs05.03.040

УДК 616.89-008.454-053.9

Гринь К. В.

## ДЕПРЕСІЇ ПІЗЬНОГО ВІКУ: ПОШИРЕНІСТЬ ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

ekaterina.grin83@gmail.com

Населення світу швидко старіє. Найпоширенішими нейропсихіатричними розладами серед людей похилого віку є деменція і депресія. Середня тривалість життя хворих з психічними розладами менше, ніж у здорових людей. Близько 25% смертності від заподіяння собі шкоди припадає на частку людей у віці 60 років або старше. Депресія – другий за поширеністю (після серцево-судинних захворювань) чинник, що призводить до непрацездатності або втрати здоров'я.

Близько 10% населення страждає на депресивні розлади, на які припадає 30% глобального тягаря несмертельних захворювань. На літніх людей, окрім звичайних факторів стресу, що виникають в житті всіх людей, можуть також впливати більш характерні для старості чинники, такі як значне і неухильне погіршення когнітивних здібностей і зниження функціональних можливостей. У житті людей похилого віку значно частіше відбуваються такі події, як втрата близьких, зниження соціально-економічного статусу після виходу на пенсію, що призводить до соціальної ізоляції, самотності або психологічних розладів.

В умовах первинної допомоги депресія недостатньо діагностується. Симптоми депресії часто збігаються з іншими проблемами літнього віку, пояснюються характерологічними особливостями, соматичними і неврологічними захворюваннями. Хоча саме прояви депресії значною мірою обумовлюють погане самопочуття, більш часті факти звернення до лікаря, виклики швидкої допомоги та навіть госпіталізації. Чіткої і однозначної класифікації депресивних розладів похилого віку не існує. Провідні науковці та клініцисти пропонують розглядати старечі депресії, як «органічні депресивні розлади».

Аналіз етіопатогенетичних чинників, проблем систематизації та клініко-психопатологічних проявів депресивних розладів у осіб літнього віку дозволив визначити, що процес старіння часто ускладнюється виникненням психічної патології, найчастіше депресивними розладами. Це призводить до непрацездатності, значного зниження якості життя, або навіть суїцидальних спроб. Стигма, пов'язана з психічними хворобами, обумовлює небажання лю-

дей звертатися за допомогою, що в свою чергу призводить до формування затяжного перебігу та поглиблення депресивних розладів.

Необхідним є формування індивідуального підходу в медицині до пацієнтів сенильного віку, фокусування уваги на скаргах соматичного та психічного характеру, своєчасне спрямування лікарями загальної практики до спеціалістів-психіатрів.

**Ключові слова:** депресивні розлади, похилий вік, клініко-психопатологічні особливості.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота є фрагментом НДР кафедри експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією «Фармакологічне дослідження біологічно активних речовин та лікарських засобів для корекції порушень гомеостазу різної етіології», № державної реєстрації 0117U004681.

**Епідеміологічні показники депресій пізнього віку.** За чисельними статистичними дослідженнями встановлено, що населення світу швидко старіє. За період з 2015 по 2050 рік частка літніх людей в світі, за оцінками науковців, подвоїться приблизно з 12% до 22%. В абсолютних числах очікується збільшення числа людей старше 60 років з 900 мільйонів до 2 мільярдів осіб [1, 2].

Понад 20% дорослих у віці 60 років і старше страждають на психічну або неврологічну патологію. Найпоширенішими нейропсихіатричними розладами в цій віковій групі є деменція і депресія, на яку страждають, відповідно, близько 5% і 7% населення похилого віку світу. Середня тривалість життя хворих з психічними розладами в середньому на 13 років менше, ніж у здорових людей. Близько 25% смертності від заподіяння собі шкоди припадає на частку людей у віці 60 років або старше [3–5].

Депресія – другий за поширеністю (після серцево-судинних захворювань) чинник, що призводить до непрацездатності або втрати здоров'я. За період з 1990 по 2013 роки число людей, які страждають на депресію і (або) тривожні розлади, зросла майже на 50% – з 416 млн до 615 млн осіб. Близько 10% населення страждає на депресивні

розлади, на які припадає 30% глобального тягаря не смертельних захворювань [6, 7]. За даними на 2015 рік, поширеність цієї групи психічних розладів в різних країнах склала від 3,8 до 6,3% від загальної чисельності населення. За даними ВООЗ, в Європейському регіоні число людей з депресивними розладами становить 40 млн. Саме депресія стала головною причиною 128 тисяч випадків самогубств на рік [3].

Медичні працівники та особисто літні люди не приділяють належної уваги проблемам психічного здоров'я, а стигма, пов'язана з психічними хворобами, обумовлює небажання людей звертатися за допомогою.

**Етіологічні фактори виникнення депресивних розладів серед людей літнього віку.** У будь-який момент життя людини його психічному здоров'ю можуть загрозувати найрізноманітніші чинники ризику. На літніх людей, окрім звичайних факторів стресу, що виникають в житті всіх людей, можуть також впливати більш характерні для старості чинники, такі як значне і неухильне погіршення когнітивних здібностей і зниження функціональних можливостей. Літні люди можуть стикатися з обмеженою мобільністю, відчувати хронічний біль або інші проблеми зі здоров'ям, в силу яких їм потрібна стороння допомога і догляд. У житті людей похилого віку значно частіше відбуваються такі події, як втрата близьких, зниження соціально-економічного статусу після виходу на пенсію тощо. Всі ці фактори призводять до соціальної ізоляції, самотності або психологічних розладів [8].

Психічне здоров'я впливає на соматичний стан і навпаки. Наприклад, у людей похилого віку з кардіологічними захворюваннями вище показники депресії, в порівнянні з тими, у кого міцне здоров'я. І навпаки, якщо не лікувати депресію у літньої людини з захворюванням серця, то це може негативно впливати на його перебіг та прогноз [9, 10].

В умовах первинної допомоги депресія недостатньо діагностується. Симптоми депресії часто збігаються з іншими проблемами літнього віку, пояснюються характерологічними особливостями, соматичними і неврологічними захворюваннями. Хоча саме прояви депресії значною мірою обумовлюють погане самопочуття, більш часті факти звернення до лікаря, виклики швидкої допомоги та навіть госпіталізації.

**Систематика депресії у осіб похилого віку.** Чіткої і однозначної класифікації депресивних розладів похилого віку не існує. Штернберг Е. Я. і Рохліна М. Л. визначили такі форми депресії похилого віку: 1) відносно «прості», переважно загальмовані депресії ендогенного типу; 2) відносно «прості» тривожні депресії (без вираженого маячення);

3) тривожно-маячні складні «великі депресивні синдроми»; 4) іпохондричні, тривожно-іпохондричні депресії з переважанням соматичної симптоматики; 5) органічно забарвлені (плаксиві, в'ялоапатичні) депресії; 6) сенільно-подібні депресії (дифузнопараноїдні, тужливі); 7) інші депресивні синдроми [11].

Подкоритов В. С. та Чайка Ю. Ю. [12] пропонують розцінювати старечі депресії перш за все, як «органічні депресивні розлади». За клінічною формою та етіологією вони виділяють такі типи органічних депресій: 1) сенільна (дементна); 2) атеросклеротична; 3) післятравматична; 4) епілептична. Також до органічних відносять депресії, що розвиваються в зв'язку з гострими інтоксикаціями і захворюваннями внутрішніх органів, хоча їх правильніше визначати як симптоматичні депресії.

У широкому розумінні, під органічними депресіями розуміють велику і неоднорідну групу депресивних розладів, що розвиваються внаслідок морфологічних змін головного мозку, викликаних різноманітними патогенними факторами: травмами, хронічними інтоксикаціями, судинними, дегенеративними процесами, нейроінфекціями, епілепсією.

**Клінічна симптоматика пізніх депресій** не завжди збігається з загальноприйнятими клінічними проявами. Порівняно з більш молодими депресивними пацієнтами, літні люди рідше перебувають в пригніченому стані, для них більш характерна апатичність, емоційна сплосненість. У хворих похилого віку частіше відзначаються роздратованість і страх, ніж туга та смуток. Також частими проявами є втрата гедонізму, інтересу до звичних для них занять, відсутність мотивації, соціальна відчуженість і зниження повсякденної активності [13, 14].

Основними характеристиками органічних депресій є: переважання тужливо-дратівливого або тужливо-апатичного афекту з іпохондричними і астеничними скаргами; наявність дереалізації, психосенсорної (порушення схеми тіла) симптоматики і вегетативних розладів; наявність так званої психоорганічної симптоматики: виснаження уваги, погіршення когнітивних здібностей, зниження пам'яті, емоційна лабільність, експлозивність; наявність симптоматики відповідної неврологічної або соматичної патології; наявність причинно-наслідкового зв'язку між депресивним синдромом і основним захворюванням (часовий розрив між ними не повинен перевищувати декількох місяців); перебіг органічної депресії відповідає динаміці основного захворювання: при поліпшенні неврологічного або соматичного стану депресивна симптоматика редується [12].

Власне органічні депресії зазвичай характеризуються монотонним, одноманітним тужливо-

дратівливим афектом і, одночасно, емоційною лабільністю. У таких хворих часто невмотивовано або з найменшого незначного приводу розвиваються дисфоричні реакції. Поступово в структурі депресивного афекту на перший план висуваються явища апатії і аспонтанності. Такі хворі скаржаться не тільки на знижений настрій, але і на часті головні болі, запаморочення, періоди загальмованості, загальну слабкість. При проведенні неврологічного та обстеження виявляється відповідна церебральна симптоматика. Описаний варіант органічної депресії є прогредієнтним і «типовим». Він відповідає поточному травматичному, судинному, дегенеративному або епілептичному процесу. Такі депресивні розлади можуть виникати через багато років після перенесеного органічного ураження нервової системи, провокуватися різними сомато- або психогенними факторами [15]. Загалом, динаміка органічних депресій відрізняється затяжним або хронічним характером. Однак, і у таких хворих можуть спостерігатися чіткі депресивні фази, які складно відрізнити від відповідних проявів класичної ендогенної депресії.

Соматогенні депресії розвиваються внаслідок соматичних, ендокринних захворювань, токсичних, в тому числі і медикаментозних, впливів. Маніфестація і редукція депресивної симптоматики в цих випадках тісно пов'язані з перебігом основного захворювання. В їх клінічній картині превалюють невротоподібні і субпсихотичні стани астено-депресивної, тужливої, тривожної і апатичної структури. Однак можливі і розгорнуті власне депресивні синдроми. Найбільш часто такі депресивні розлади спостерігаються при серцево-судинних, онкологічних захворюваннях, бронхіальній астмі, виразковій хворобі, гепатиті, цирозі печінки, цукровому діабеті, постінфекційних станах, уремії, гіпоксичних синдромах, гіповітамінозах, гіпотиреоїдизмі, гіпокаліємії, гіпонатріємії, гіперкальціємії [16-18].

Судинні депресії формуються при гіпертонічній хворобі, дисциркуляторній енцефалопатії, в постінсультному періоді, після гострих динамічних церебрально-судинних порушень. По клінічній структурі судинні депресії відрізняються стертою тужливою симптоматикою з емоційною лабільністю, плаксивістю, тривожністю, астеною, схильністю до дисфорії, істероїдних реакцій і вираженою іпохондрією з великою кількістю соматичних скарг. Для хворих судинними депресіями характерні скарги на головні болі, запаморочення, хиткість ходи, різні парестезії, періоди оглушення свідомості, а також на зниження пам'яті, уваги і працездатності. Перебіг судинних депресій частіше набуває затяжного характеру, з вираженими коливаннями інтенсивності хворобливої симптоматики, які нерідко перерива-

ються гострими тривожно-фобічними нападами [19].

Дементні депресії розвиваються при дегенеративних або судинних захворюваннях головного мозку: хворобі Альцгеймера, Піка, Гентінгтона, Паркінсона, при судинному і сенільному недоумстві. На початкових стадіях недоумства депресивна симптоматика стерта і маскується психоорганічними розладами. Такі хворі скаржаться не тільки на тужливий настрій, скільки на самотність, непотрібність, відчуженість. Вони похмурі, незадоволені, песимістичні, слізливі, уникають спілкування, схильні підкреслювати, що є тільки тягарем для своїх дітей, постійно говорять про смерть.

Надалі в структурі депресивної симптоматики починають превалювати тривожні, іпохондричні прояви, які поєднуються з наростаючою інтелектуально-мнестичною недостатністю, підозрілістю, окремими маячними ідеями відношення, збитку і зuboжіння, галюцинаторними епізодами і порушеннями орієнтування. Така депресивна симптоматика має прогредієнтний перебіг, починається непомітно, а маніфестує, зазвичай, після впливу будь-яких стресових факторів: смерть одного з членів подружжя, зміни місця проживання або навіть після легкого соматичного захворювання [20-22].

У похилому віці надзвичайно важко конкретизувати прояви депресії, описати депресію якимось одним синдромом. Саме ця багатогранність проявів, відсутність чистоти та характерна довготривалість і торпідність симптомів зумовлюють відмінність депресії похилого віку від депресії у молодих осіб. Діагностичною помилкою може бути трактування наявних соматичних скарг як проявів депресії, або навпаки, ігнорування депресії і одночасно перебільшення потреби лікування соматичних проявів.

**Заключення та перспективи подальших досліджень.** Таким чином, аналіз етіопатогенетичних чинників, проблем систематизації та клініко-психопатологічних проявів депресивних розладів у осіб літнього віку дозволив визначити, що процес старіння часто ускладнюється виникненням психічної патології, найчастіше депресивними розладами. Це призводить до непрацездатності, значного зниження якості життя, або навіть суїцидальних спроб. Стигма, пов'язана з психічними хворобами, обумовлює небажання людей звертатися за допомогою, що в свою чергу призводить до формування затяжного перебігу та поглиблення депресивних розладів. Необхідним є формування індивідуального підходу в медицині до пацієнтів сенільного віку, фокусування уваги на скаргах соматичного та психічного характеру, своєчасне спрямування лікарями загальної практики до спеціалістів-психіатрів.

## References

1. Byulleten' Vsemirnoy organizatsii zdravookhraneniya. 2012; 90(2): 77-156. [Russian] [Internet]. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/ru/>
2. Kuzin SI. Stareniye naseleniya: sotsial'no-ekonomicheskiy aspekt. *Vestnik universiteta Sotsial'nyye tekhnologii i protsessy*. 2018; 3: 137-43. [Russian] DOI: 10.26425/1816-4277-2018-3-137-143
3. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva, 2017. 24p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=FDCD7073832443F331A654617FC0E2EF?sequence=1>
4. Barsukov VN. K voprosu o prichinakh i posledstviyakh demograficheskogo stareniya naseleniya. *All'manakh sovremennoy nauki i obrazovaniya*. 2014; 7(85): 31-4. [Russian]
5. Kachayeva MA, Shport SV, Trushchelov SA. Strategicheskiye napravleniya deyatelnosti VOZ po okhrane psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya. *Rossiyskiy psikhiatricheskij zhurnal*. 2017; 6: 10-23. [Russian]
6. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 3(5): 415–24. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4
7. Yllynskaya T. Vsemirnyy den' psikhicheskogo zdorov'ya. *NeyroNews: psikhonevrologiya i neyropsihiatriya*. 2011; 8 (35). [Russian] [digital resource]. Available from: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-563/Vsemirnyy-den-psihicheskogo-zdorovya#gsc.tab=0>
8. *Problem Management Plus: Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*. World Health Organization. Geneva; 2016. 140 p.
9. Hryn KV. Efektyvnist mianserynu pry depresyvykh rozladakh, komorbidnykh iz arterialnoyu hipertenziyeyu. Materialy naukovo-praktychnoyi Konferentsiyi z mizhnarodnoyu uchastyu «Novitni tendentsiyi v diahnozytsi ta likuvanni vnutrishnikh khvorob». Kharkiv, 15-16 zhovtnya, 2019: 48-9. [Ukrainian]
10. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation. *World Psychiatry*. 2014; 13(2): 107-9. PMID: 24890053. doi: 10.1002/wps.20141
11. Dolishnya NI. Psykhopatolohiya, depresiyi pokhyloho viku: klinika, likuvannya. *NeyroNews*. 2014; 3(58): 26-8 [Ukrainian]
12. Podkorytov VS, Chayka YuYu. *Depressii. Sovremennaya terapiya: rukovodstvo dlya vrachey*. Khar'kov: Tornado; 2003. 352 s. [Russian]
13. Joubert L, McKeeverb U, Holland L. Caring for Depressed Elderly in the Emergency Department: Establishing Links Between Sub-Acute, Primary, and Community Care. *Social Work in Health Care*. 2013; 52: 222-38. doi: 10.1080/00981389.2012.737896
14. Hryn KV, Skrypnykov AM, Herasymenko LO. Vikovyy patomorfoz rekurentnykh depresyvykh rozladiv. *Svit medytsyny ta biolohiyi*. 2016; 4(58): 64-6. [Ukrainian]
15. Hryn KV, Hryn VH, Fedorchenko IL, Yushchenko YuP. The dependence of the manifestation of affective disorders on morphofunctional state of the brain after traumatic brain injury. *Svit medytsyny ta biolohiyi*. 2018; 2(64): 29–32. DOI 10.26724/2079-8334-2018-2-64-29-32
16. Melnychenko IV, Pustovoyt MM. Kliniko-psykhopatolohichne rozmezhuvannya piznykh depresyvykh staniv. *Visnyk psyhiatriji ta psykhofarmakoterapiji*. 2008; 2(14): 108-9. [Ukrainian]
17. Moroz DM. Psykhosomatychni aspekty sertsevo-sudynnykh zakhvoryuvan. *Arkhiv psyhiatriji*. 2014; 20(3): 89-93. [Ukrainian]
18. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014; 129(12): 1350-69. doi: 10.1161/CIR.0000000000000019
19. Chaban OS, Khaustova OO. Depresyvni rozlady u patsiyentiv pokhyloho viku: problemy diahnozyky i terapiji. *NeyroNews*. 2014; 2(1): 14-20. [Ukrainian]
20. Kopchak OO. Povedinkovi rozlady u patsiyentiv z dementsiyeyu: klinika, diahnozyka ta likuvannya. *Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal*. 2017; 8(94): 44-50. [Ukrainian] DOI: 10.22141/2224-0713.8.94.2017.120700
21. Khaustova OO, Teshchenko VO. Suchasni pidkhody do profilaktyky ta likuvannya dementsiy. *Arkhiv psyhiatriji*. 2014; 20(3): 93-6. [Ukrainian]
22. Stella F, Radanovic M, Balthazar ML, Canineu PR, de Souza LC, Forlenza OV. Neuropsychiatric Symptoms in the Prodromal Stages of Dementia. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2014; 27(3): 230-35. doi: 10.1097/YCO.0000000000000050

УДК 616.89-008.454-053.9

**ДЕПРЕССИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА:  
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

**Гринь К. В.**

**Резюме.** Население мира быстро стареет. Наиболее распространенными нейropsychиатрическими расстройствами среди пожилых людей являются деменция и депрессия. Средняя продолжительность жизни больных с психическими расстройствами меньше, чем у здоровых людей. Около 25% смертности от причинения себе вреда приходится на долю людей в возрасте 60 лет или старше. Депрессия – второй по распространенности (после сердечно-сосудистых заболеваний) фактор, приводящий к нетрудоспособности или потери здоровья.

Около 10% населения страдает депрессивными расстройствами, на которые приходится 30% глобального бремени несмертельных заболеваний. На пожилых людей, кроме обычных факторов стресса, возникающих в жизни всех людей, могут также влиять более характерные для старости факторы, такие как значительное и неуклонное ухудшение когнитивных способностей и снижение функциональных возможностей. В жизни пожилых людей значительно чаще происходят такие события, как потеря близких, снижение социально-экономического статуса после выхода на пенсию, что приводит к социальной изоляции, одиночеству или психологическим расстройствам.

В условиях первичной помощи депрессия недостаточно диагностируется. Симптомы депрессии часто совпадают с другими проблемами пожилого возраста, объясняются характерологическими особенностями, соматическими и неврологическими заболеваниями. Хотя именно проявления депрессии в значительной степени обуславливают плохое самочувствие, более частые факты обращения к врачу, вызовы скорой помощи и даже госпитализации. Четкой и однозначной классификации депрессивных расстройств пожилого возраста не существует. Ведущие ученые и клиницисты предлагают рассматривать старческие депрессии, как «органические депрессивные расстройства».

Анализ этио-патогенетических факторов, проблем систематизации и клинико-психопатологических проявлений депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста позволил определить, что процесс старения часто осложняется возникновением психической патологии, чаще всего депрессивными расстройствами. Это приводит к нетрудоспособности, значительному снижению качества жизни, или даже суицидальным попыткам. Стигма, связанная с психическими болезнями, обуславливает нежелание людей обращаться за помощью, что в свою очередь приводит к формированию затяжного течения и углублению депрессивных расстройств.

Необходимо формирование индивидуального подхода в медицине к пациентам сенильного возраста, фокусирование внимания на жалобах соматического и психического характера, своевременное направление врачами общей практики к специалистам-психиатрам.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, пожилой возраст, клинико-психопатологические особенности.

UDC 616.89-008.454-053.9

**Depression in the Elderly: Prevalence, Clinical and Psychopathological Features**

**Hryn K. V.**

**Abstract.** The world's population is aging rapidly. The most common neuropsychiatric disorders among older people are dementia and depression. The average life expectancy of patients with mental disorders is less than that of healthy people. About 25% of deaths from self-harm occur in people of 60 years of age or older.

*Etiological factors of depressive disorders among the elderly.* Depression is the second most common factor (after cardiovascular disease), leading to disability or loss of health. About 10% of the population suffers from depressive disorders, which account for 30% of the global burden of non-fatal diseases. The elderly, apart from the usual stress factors that occur in the lives of all people, can also be affected by a characteristic of the old factors such as a significant and steady deterioration of cognitive abilities and reduced functionality. In the life of the elderly there are lots of events concerning the loss of beloved ones, reducing the socio-economic status after retirement, leading to social isolation, loneliness or psychological disorders.

*Systematics and clinical symptoms of depression in the elderly.* In primary care, depression is not sufficiently diagnosed. Symptoms of depression often coincide with other elderly problems, due to characterological features, somatic and neurological diseases. That manifestation of depression largely causes poor health, more frequent facts of treatment to the doctor, call an ambulance or even hospitalization. A clear and unambiguous

classification of older depressive disorders does not exist. Leading scientists and clinicians suggest treating senile depressions as «organic depressive disorders».

An analysis of the etiopathogenetic factors, systematization problems, the clinical and psychopathological manifestations of depressive disorders in elderly people allowed us to determine that the aging process is often complicated by the occurrence of mental pathology, most often depressive disorders. This leads to disability, a significant decrease in the quality of life, or even suicidal attempts. The stigma associated with mental illness makes people unwilling to seek help, which in turn leads to the formation of a protracted course and deepening of depressive disorders.

*Conclusion.* It is necessary to create an individual approach in medicine to patients of senile age, focusing attention on complaints of a somatic and mental nature, timely referral by general practitioners to specialist psychiatrists.

**Keywords:** depressive disorders, elderly age, clinical and psychopathological features.

*The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.*

Стаття надійшла 23.01.2020 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування