СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89

О.О. Літвінов

ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ПРИ ПЕРВАЗИВНИХ ПОРУШЕННЯХ РОЗВИТКУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ

У статті розглядаються зміни клініки, патоморфології і процесів адаптації в результаті дорослішання і старіння пацієнтів з розладами спектра аутизму (РСА): когнітивне функціонування, пам'ять, мозкові зміни, коморбідна психічна патологія, рівень самостійності і соціальної компетентності. У літературі недостатньо інформації з цього питання.

Психіатри припускають багато помилок при оцінці РСА у дорослих. Ці помилки негативно позначаються на організації допомоги пацієнтам і негативно впливають на їх соціальне функціонування.

З метою поліпшення заходів з підтримки дорослих і старих аутистів, цей напрям повинен стати одним з пріоритетних для досліджень у найближчому майбутньому.

Ключові слова: розлади спектра аутизму, дорослі, дорослішання, старіння, нейрокогнітивні порушення, соціальне функціонування, лікування.

Аутизм, виявлений Каннером та Аспергером на початку 40-х років минулого століття, є відносно «сучасним» діагнозом, який повсюдно увійшов у клінічну практику в 1960-х роках, але, без сумніву, не є сучасним феноменом [1, 2]. Перша група ідентифікованих тоді аутистів тільки зараз, у наш час, подорослішали та вступають у період старості [3].

Згідно з сучасними уявленнями, аутизм є частиною спектра споріднених станів, яким притаманні соціальний, комунікативний дефіцити та наявність повторюваної поведінки [4]. В американській DSM-5 класична тріада симптомів розладів спектра аутизму (РСА) спрощена до двох дефініцій: соціальні та комунікативні труднощі об'єднані в одну групу, щоб відобразити, наскільки тісно та нерозривно вони сплетені. Повторювана поведінка залишається другим важливим симптомом первазивних порушень розвитку [5, 6].

Останні дослідження повідомляють, що приблизно 1% дитячої популяції страждає на РСА [7]. Поширеність цієї патології серед дорослого населення є подібною та становить 1,8% серед чоловіків та 0,8% серед жінок, згідно з офіційними даними британських досліджень [8].

Типові клінічні прояви виявляють у дітей до 3-х років, але діагноз може бути встановлений набагато пізніше, особливо в атипових та складних випадках. Останніми роками значно зросла кількість пацієнтів, у яких РСА вперше діагностовано в дорослому віці [9]. Ці хворі відрізняються від пацієнтів, що входять у зрілість, у яких захворювання ідентифіковане в дитинстві. Це окрема група, яка має свій особливий діапазон адаптивних можливостей [10].

Незважаючи на труднощі у багатьох сферах життя та діяльності, завдяки підтримці професіоналів та спеціально розробленим тренінговим програмам багато аутистів демонструють високий рівень адаптації та широкий набір навичок. Однак без професійної підтримки ці хворі часто неспроможні користуватися своїми навичками [11].

Більшість сучасних досліджень сфокусовані на дітях, а про дорослішання та старіння при РСА мало що відомо. Зростання кількості дорослих аутистів привертає до себе увагу суспільства та веде до появи питань, на які треба відповісти, і задач, які необхідно вирішити.

Щоб визначити сучасний стан проблеми, ми дослідили 61 літературне джерело, опубліковане в період з 2000 по 2013 роки. Праці відбирали за такими умовами: аутизм (спектр аутизму, синдром Аспергера, первазивні порушення розвитку); дорослішання (дорослі, дорослий вік); старіння (старший вік, старечий вік); адаптаційні можливості (соціальна адаптація, соціальне функціонування, когнітивне функціонування).

Пошук проводили в іноземних періодичних виданнях: Journal of the American Academy of Childand Adolescent Psychiatry, Journal of Autismand Developmental Disorders, Autism, Journal of Gerontology, Journal of Clinical Psychiatry, Journal of Intellectual Disability Research, Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, The British Journal of Psychiatry тощо Також були використані статті та методичні посібники британської та американської психіатричних асоціацій.

Отримана інформація була у вигляді дискутивних статей та статей з емпіричними даними досліджень. Дискутивні статті піднімали питання дорослішання та старіння при аутизмі, висвітлюючи практичні та політичні наслідки цих феноменів, підкреслюючи необхідність подальших досліджень. Як виявилося, на сьогодні існує небагато тематичних та порівняльних досліджень дорослих аутистів. Ті, що завершилися, доповідають про адаптивні можливості та їх трансформацію з віком,

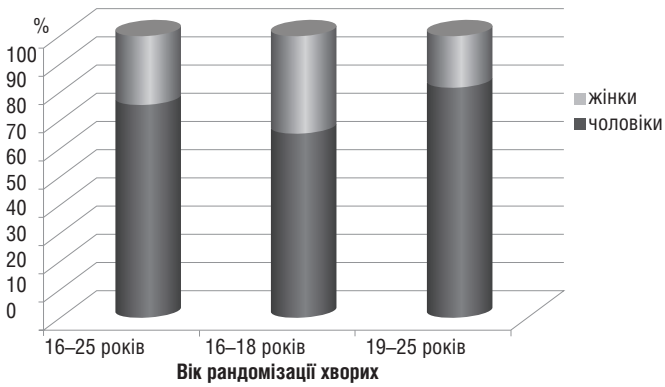

Рис. 1. Розподіл досліджених пацієнтів залежно від віку та статі

рівень соціалізації та благополуччя старших аутистів.

Також ми провели власне дослідження повнолітніх хворих з РСА.

Метою дослідження було виявлення змін клініки, патоморфології та процесів адаптації у процесі дорослішання пацієнтів з РСА.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 34 пацієнти віком 16–25 років з первазивними порушеннями розвитку. Досліджували коморбідні психічні розлади, когнітивні обмеження, рівень самостійності, соціального функціонування, методи терапії та медико-соціальної допомоги, які отримували підлітки та повнолітні, хворі на РСА. У ході дослідження було застосовано анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний методи, а також клініко-динамічне спостереження, яке ґрунтувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження з використанням напівструктурованого діагностичного інтерв'ю аутизму ADI – R, адаптованого УНДІ ССПН, напівструктурованого інтерв'ю афективних розладів і шизофренії (SADS), шкали адаптивної поведінки Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scale), шкали позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкали загального клінічного враження (CGI).

На рисунку 1 представлено розподіл включених у дослідження пацієнтів за віком та статтю. Співвідношення рандомізованих хворих зіставне з таким у популяції, де кількість чоловіків є більшою, ніж жінок. У віці 16–18 років було 11 пацієнтів (7 чоловіків, 4 жінки), у віці 19–25 років – 23 пацієнти (18 чоловіків, 5 жінок).

У 7 випадках спостерігали обтяжений сімейний анамнез: шизофренія була у 6, аутизм – в 1 родині. Цей факт, виявлений у ході дослідження, мінімізує зв'язок первазивних порушень з ендогенними процесами.

Частішою виявилася пренатальна патологія в анамнезі хворих на РСА. Лише у 5 матерів пацієнтів пологи і вагітність перебігали фізіологічно , у решти 29 в анамнезі були ускладнення вагітності (токсикоз, внутрішньоутробні інфекції) та/чи застосовувалися акушерські родопомічні операції і втручання (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, стимуляція пологів).

Майже в третині випадків (10 спостережень) виникнення порушення загального розвитку дитини батьки пов'язували з певними чинниками, а саме: з психічними, фізичними травмами, щепленням. У більшості випадків (24 спостереження) в сімейному анамнезі не встановлено подій, які б мали причинно-наслідковий зв'язок з РСА.

У ранньому дитинстві 19 рандомізованих пацієнтів перебували під спостереженням психіатрів чи неврологів з приводу затримки розвитку. 25 хворих мали IQ в межах, що відповідають рівню розумової відсталості. У 9 рандомізованих пацієнтів IQ був вище 70. Не дивлячись на рівень інтелекту, 22 з 34 дорослих із РСА отримали середню освіту. Деякі з них, ті що мали достатній

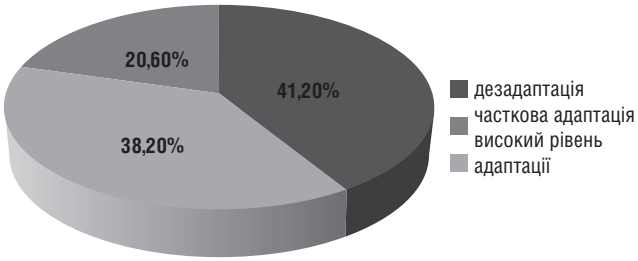

Рис. 2. Показники рівня соціальної адаптації повнолітніх з розладами спектра аутизму

інтелектуальний потенціал, продовжили навчання: 4 вступили до ПТУ, 2 – до технікуму, 1 – до ВНЗу, решта ніде не навчалася. Трудового досвіду ніхто з рандомізованих пацієнтів на момент обстеження не мав.

Наведені цифри вказують на гірші адаптивні можливості пацієнтів з супутньою інтелектуальною недостатністю, що підтверджують результати аналізу закордонних наукових видань.

На рисунку 2 показники соціальної адаптації у процентному співвідношенні приблизно збігаються з результатами іноземних досліджень. 14 хворих мали ознаки стійкої соціальної дезадаптації, потребували постійного стороннього нагляду та догляду; 13 хворих були частково здатні до самообслуговування, вирішували конкретні ситуаційні задачі та оволодівали новими навичками; 7 хворих мали порівняно високий рівень адаптивної поведінки та були спроможні вести самостійне життя з соціальною підтримкою.

Когнітивні функції та навички у всіх рандомізованих хворих із РСА були мозаїчними. Деякі хворі (15) були спроможні засвоювати великі обсяги інформації, здатні опановувати складні навички, що потребують певного часу та уваги у здорових людей, але водночас демонстрували побутову дезадаптивність – неспроможність самостійно одягатися чи готувати собі їжу.

Рівень адаптивної поведінки хворих на РСА значною мірою залежав від коморбідних психічних розладів. На рисунку 3 зображена структура супутньої патології у дорослих аутистів: У 8 обстежених спостерігали коморбідний тривожний розлад, у 12 – прояви агресивної та аутоагресивної поведінки, у 2 – депресивний синдром, у 2 – епілептичні напади в анамнезі. У процесі

Рис. 3. Структура коморбідних розладів у рандомізованих хворих

дослідження було виявлено, що обмеження адаптивних можливостей більше виражено у пацієнтів, які мають супутню патологію.

При кваліфікації РСА у повнолітніх пацієнтів, у 16 з 34 випадків діагноз був змінений на шизофренію. Лише у 3 з цих 16 осіб діагноз шизофренії було підтверджено за результатами нашого обстеження. Помилкова ідентифікація проявів аутизму як симптому ендогенно-процесуального захворювання позбавила цих хворих адекватної медико-соціальної допомоги на багато років.

Медикаментозне лікування рандомізованих пацієнтів описано в таблиці. Всі отримували терапію нейролептиками, з яких найчастіше використовували рисперидон та клозапін. Застосування інших антипсихотиків, у тому числі й типових, було рідшим. На час обстеження антипсихотичні препарати, разом із протитривожними та іншими ліками, продовжували приймати 8 хворих (лише ті, кому змінили діагноз на шизофренію). Решта пацієнтів приймала вітаміни групи В, ноотропи, анксіолітики. Як видно з таблиці, після досягнення повноліття переважна більшість хворих відмовилася від прийому

Таблиця. Порівняння медикаментозного лікування коморбідної патології рандомізованих хворих у дитинстві та на час обстеження

Групи препаратів	Кількість хворих (у відсотках)	
	дитинство	повноліття
Нейролептики	100	23,5
Антидепресанти	17,6	11,7
Анксіолітики	23,5	23,5
Ноотропи	61,7	61,7
Вітаміни	52,9	52,9

нейролептичних засобів, частина – від прийому антидепресантів. Продовжили прийом антипсихотичних препаратів пацієнти з поведінковими розладами. Не приймали медичних засобів на момент обстеження 14,7% хворих.

Хворі на РСА, які отримували в дитинстві допомогу у вигляді ранніх втручань, мали кращі показники соціальної адаптації, побутових навичок, вищий рівень когнітивного функціонування. Ці пацієнти продовжували навчання, формували нові моделі адаптивної поведінки, істотно знижуючи обмеження соціального функціонування.

На сьогодні жоден з рандомізованих пацієнтів не отримує державної соціальної підтримки, психотерапевтичного лікування. 18 хворих немедичною допомогою забезпечують члени родини. У всіх обстежених після досягнення повноліття рівень соціальної підтримки значно знизився і, як наслідок, впав рівень соціальної адаптації.

На ті ж факти, за результатами досліджень, вказують багато авторитетних видань.

Реультати та їх обговорення

Лікарі припускаються помилок при оцінюванні повнолітніх пацієнтів, тому необхідно посилити контроль за дотриманням діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-5 у хворих з РСА при кваліфікації психічного розладу, оформленні групи інвалідності після досягнення ними повноліття. Діагностуватися має РСА, його тяжкість, коморбідні психічні розлади (наявність обсесивних, афективних, поведінкових розладів). Тренінги соціальної компетентності, соціальна підтримка, інклюзія в загальну мережу закладів освіти, набуття професії, самостійного існування мають розглядатися як пріоритет медико-соціальної допомоги зазначеному контингенту хворих.

Медикаментозне лікування, як свідчать розглянуті нами клінічні випадки, має бути скероване на коморбідні психічні розлади і може включати застосування психостимуляторів (атомоксетину, метилфенідату), СІОЗС та інших антидепресантів. Застосування нейролептиків має бути обмежене випадками агресивної та аутоагресивної поведінки.

Самостійність, соціальна адаптація, коморбідні розлади при РСА під час дорослішання

З літературних джерел відомо, що при переході від дитинства до дорослого життя хворі на РСА стикаються з багатьма проблемами, основна з яких – відсутність соціальної підтримки, що значно впливає на обмеження їх адаптивних можливостей [12, 13, 14].

Однак, незважаючи на значний соціально-комунікативний дефіцит, деякі аутисти спроможні жити самостійно, створювати власну сім'ю, заводити багато друзів та бути конкурентноспроможними на ринку праці [15].

Відмічено, що пацієнти з коморбідною розумовою відсталістю мають гірші адаптивні можливості, порівняно з тими, чий IQ в межах норми. Це дозволяє припустити, що рівень IQ може бути прогностичним фактором при РСА [14, 16]. Тим не менше, дослідження показують, що навіть багато з тих, чий IQ був вищим від 70, у дорослому житті мають низькі рівні соціальної адаптації, самостійності та професійних досягнень. Ці дані узгоджуються з результатами нашого дослідження. Також дослідники відзначають, що серед цієї групи хво-

рих поширена коморбідна психічна патологія (депресія, тривога та епілепсія), тим більше, чим сильніша залежність від підтримки сім'ї або інших соціальних інститутів [17, 18]. І знову ж, отриманий результат збігається з результатами нашої роботи.

Отже, пацієнти з нормальним рівнем IQ мають сприятливіший прогноз, але, водночас, лікарі та працівники інших служб, що опікуються аутистами, постають перед більшою кількістю проблем. Це відбувається завдяки можливості високофункціональних хворих активніше та в більшому діапазоні діяти в усіх сферах життя, порівняно з пацієнтами, які мають коморбідну розумову відсталість. Їх можливості різноманітніші, а функціональність, як наслідок, більш непередбачувана та складно прогнозована [10].

Howlin et al. дослідили 68 осіб віком 21–48 років (середній вік 29 років), яким РСА діагностовано в дитинстві. Результати вимірювали за стандартизованими мовними, когнітивними тестами та оцінюванням досягнень. Дані про соціальні, комунікативні та поведінкові проблеми отримали за допомогою Autism Diagnostic Interview (ADI). У більшості випадків досліджувані показали відносно несприятливі результати. Тільки декілька з пацієнтів жили самостійно, мали близьких друзів або постійну роботу, і їх достатній рівень адаптації був тісно пов'язаний з рівнем інтелекту. Однак у них зберігалися соціальні та комунікативні порушення, так само як і повторювана поведінка [16].

Billstedt et al. повідомили про дослідження 120 пацієнтів з діагностованим у дитинстві РСА, з подальшою їх оцінкою через 13–22 роки, коли хворі були у віці 17–40 років. Результат виявився поганим у 78% випадків, при наявності лише декількох самостійних респондентів. У цьому випадку IQ знову виявився надійним прогностичним фактором [19].

Hofvander et al. при дослідженні 120 хворих віком 16–60 років з вперше діагностованим первазивним розладом у дорослому віці з'ясували, що рівень освіти в обстежених був відносно високим (чверть з них закінчили коледж чи університет) та 43% були працевлаштовані або навчалися на той час. Половина пацієнтів, старших за 23 роки, проживали самостійно [20]. Кращі результати цього дослідження, порівняно з попереднім, де РСА було діагностовано в дитинстві, можливо, відображають розширення діагностичних критеріїв первазивних порушень в останні десятиріччя та, як наслідок, включення до цієї дефініції тонших її форм. Також автори відмічають в обстежених даної групи наявність коморбідної патології: афективні розлади виявлено у 53%, тривогу – у 50%, СДУГ – у 43%, дислексію – у 14%, розлади прийому їжі – у 5%. Високий рівень коморбідної психічної захворюваності, особливо на депресії та тривожні розлади, є частою знахідкою при дослідженнях за участі дорослих з РСА [21]. У нашому дослідженні тривожний розлад складав 34%.

Ghaziuddin та Zafar теж вказували на часту наявність депресії як коморбідної патології, після обстеження 28 хворих віком 18–57 років. 21 з обстежених мав депресивний стан [64].

Gillot та Standen у своєму дослідженні порівняли рівень тривоги та стресу 34 дорослих аутистів та 20 дорослих з розумовою відсталістю. Групи були рандомізовані за віком, статтю, рівнем інтелекту. Виявилося, що дорослі аутисти мали майже утричі вищий рівень тривоги, ніж контрольна група та отримали більше балів за шкалою вимірювання тривоги, паніки, агорафобії, обсесивно-компульсивного і генералізованого тривожного розладів. Було виявлено також істотні відмінності між двома групами щодо джерел стресу. Так, у дорослих з РСА стрес корелює з високим рівнем тривоги, особливо під час очікування, при змінах звичного устрою життя, при дії сенсорних стимулів та неприємних подій [65].

Відомо, що на епілепсію хворіють близько третини аутистів. Patrick F. Bolton et al. дослідили 175 хворих з РСА старше 21 року. Вони з'ясували, що епілепсія розвинулася у 22% осіб. У більшості випадків напади з'являлися у віці після 10 років, а в деяких осіб – після досягнення дорослого віку [66].

Наявність коморбідного епілептичного розладу корелює з тяжкістю клінічних проявів РСА. Danielsson S. et al. провели проспективне дослідження, яке вказує на відмінності між дорослими аутистами з епілепсією та без неї, та зміни, які відбуваються власне за наявності цієї супутньої патології. Ними було обстежено 120 осіб з аутизмом, діагностованим у дитинстві, повторно – через 22 роки. У дорослому віці більшість обстежених мали розумову відсталість та один із РСА. 38% респондентів мали епілепсію. У третини з них епілепсію було діагностовано у віці до 2 років. Домінантним був тип парціальних нападів з чи без вторинних генералізованих нападів. Результати дослідження виявили, що рівень розумової відсталості та тяжкість симптомів аутизму були значною мірою пов'язані з наявністю епілепсії, особливо у жінок. Частота нападів мала значний вплив на якість життя пацієнтів. Також у групі з епілепсією рівень когнітивного функціонування та адаптивної поведінки виявився нижчим, ніж у групі без епілепсії ($p<0,05$) [67].

Синдром Аспергера, діагностований у дитинстві, на думку деяких дослідників, має кращі прогностичні показники, ніж аутизм, на що вказують кращі вербальні здібності або загальний IQ при даному розладі [13]. Дослідження 177 хворих на синдром Аспергера, середній вік яких склав 42 роки, показало, що такі пацієнти мають хороші результати відносно працевлаштування та формування стосунків [22].

Але проблеми існують і у високофункціональних аутистів [11]. Saulnier and Kein провели дослідження, в якому порівняли 35 хворих на синдром Аспергера з 32 високофункціональними аутистами (без істотного когнітивного дефіциту). Вони виявили, що хворі на синдром Аспергера мали значно вищий бал вербального IQ, ніж аутисти, але адаптивна поведінка була порушена еквівалентно [23]. Motomi Toichi et al. у своєму дослідженні, де обстежили 18 дорослих високофункціональних аутистів, звітували про наявність дефіциту самоусвідомлення в цієї групи пацієнтів, порівняно зі здоровими особами [24].

Проведено кілька досліджень щодо сенсорних та моторних порушень у підлітків та дорослих з РСА. Wingand Shah припустили, що кататонія представлена непропорційно у структурі РСА, з початком між 10 та 19 роками. Згідно з їх звітом, із 506 обстежених 6% відповідали критеріям кататонії: надмірна повільність, труднощі в ініціації та завершенні дій, опора на підказки, пасивність [25]. Ці дані узгоджуються з результатами дослідження Gillberg та Steffenburg, які відмітили поширеність кататонії в 6,5% після досягнення аутистами дорослого віку [26].

Деякі автори відзначають зниження тяжкості симптоматики РСА з віком. Howlin, Savage, Rutter описують 60 дорослих, хворих на аутизм (середній вік 44 роки), з IQ>70. Результати вимірювали з використанням стандартизованих діагностичних методик та анкет оцінювання соціального функціонування, вони показали, що тяжкість симптомів з часом знижувалася. Проте тільки 10 хворих (17%) отримали «добрі» або «дуже добрі» оцінки, а більшість (60%) показали «поганий» та «дуже поганий» результати. Сильним предиктором результату виявилася соціальна реципрокність. Також ними була досліджена група хворих в кількості 44 осіб, яких обстежували за 20 років до цього (середній вік тоді склав 26 років). Після закінчення дослідження стало зрозуміло, що соціальна адаптація була гіршою у старшому віці, ніж у молодшому, хоча загальна тяжкість проявів аутизму продовжувала знижуватися з дорослішанням хворих [27].

Esbensen et al., вивчаючи дані, отримані в результаті обстеження 700 аутистів віком від 2 до 62 років (близько третини з них були старші 21 року), дійшли висновку, що обмежена та повторювана поведінка була менш тяжкою у старших, ніж у молодших пацієнтів [28]. Seltzer et al. також звітували про загальне покращення моторних функцій у підлітків з РСА з віком [29].

Kern et al. при обстеженні пацієнтів з первазивними порушеннями розвитку у віці від 3 до 56 років припустили, що сенсорні порушення можуть нівелюватися з віком. Але, чи відбувається це за умови загального вікового зниження сенсорної обробки та якою мірою може бути пов'язано з нею, на сьогодні невідомо [30].

Повертаючись до оцінки рівня соціальної адаптації дорослих аутистів слід звернути увагу на дві статті з цього приводу. Howlin et al. та Cederlund et al. склали глобальні рейтинги соціального функціонування, які ґрунтуються на оцінюванні досягнення самостійності в побуті, наявності дружніх або інших стійких стосунків і отриманні освіти та/чи роботи. Ці дві статті описують відповідно 22% та 27% високофункціональних груп аутистів (з IQ вищим від 70), які отримали результати «дуже добре» та «добре» за рейтингами авторів [14, 17].

Безумовно, достатній рівень IQ, як зазначалося вище, відіграє велику роль у прогнозуванні формування адаптаційних можливостей в аутистів, які дорослішають, але існує також думка, що професійні програми, спеціальні гуртожитки для дорослих аутистів та навчання їх соціальним навичкам можуть бути не менш важливими прогностичними факторами в досягненні позитивних адаптаційних результатів [18, 31]. Літературні дані щодо ефективності ранніх втручань і програм підтримки та їх зв'язку з рівнем подальшого функціонування хворих на РСА досі є обмеженими [10].

Нейроанатомічні та нейрокогнітивні зміни під час дорослішання і старіння при розладах спектра аутизму

Останніми роками науковці почали досліджувати зміни, які відбуваються в нейрокогнітивному профілі хворих на аутизм під час геронтологічних процесів.

Murphy et al. у своїй статті наводять докази того, що анатомія мозку літніх хворих з РСА суттєво відрізняється від норми. Вони доводять, що у зрілому віці такі люди мають незначно більший загальний об'єм мозку, але в них наявні анатомічні і функціональні порушення лобних часток, базальних гангліїв та лімбічної системи. Надалі автори наводять дані, що мозок жінок уражається значно більше, ніж мозок чоловіків, при однаковій тяжкості симптомів РСА. Також автори виявили, що зміна кількості серотоніну, глутамату та ГАМК може частково пояснити нейроанатомічні та нейрофункціональні аномалії у дорослих хворих з РСА [32].

Courchesne et al. вважають, що аутизм характеризується надмірно швидким зростанням мозку в самому ранньому віці, а пізніше спостерігається зниження об'ємів та кількості структурних нейронів. Це навело їх на думку про теорію вікових анатомічних аномалій при аутизмі. Вони повідомляють вікові зміни розмірів мозку аутистів та здорових людей у віці від 12 місяців до 50 років на основі анамнезу 586 поздовжніх та поперечних МРТ-зрізів. Результати показали раннє зростання мозку у дітей, а потім – прискорений темп зниження його розміру [33].

Разом із структурними змінами у речовині головного мозку хворих на РСА з віком відбуваються і зміни його функцій. РСА характеризується нерівномірним когнітивним профілем із помітно сильною механічною пам'яттю. Останнім часом все більше досліджень вказують на те, що, не дивлячись на хорошу механічну пам'ять, всі інші її види дуже сильно порушуються [34, 35]. Тенденція запам'ятовувати дрібні деталі та, водночас, неспроможність інтегрувати інформацію в контексті її сенсу, називається «слабким центром узгодженості» [36, 37].

Дорослі аутисти, як і діти з РСА, погано розуміють глобальний сенс деяких явищ та ситуацій, які відбуваються в їх оточенні, в суспільстві, тобто мають дефіцит соціокогнітивного розуміння. Внаслідок порушень пам'яті та соціокогнітивного дефіциту у дорослих та старих з РСА є певні проблеми у плануванні діяльності та її цілеспрямованості. Деякі автори відмічають, що соціокогнітивне розуміння покращується з віком. На їх думку, це відбувається через посилення компенсаторних механізмів, так званого когнітивного резерву [9]. На існування когнітивного резерву вказує факт наявності помітних індивідуальних відмінностей у клінічних проявах при подібному рівні ураження мозку. Існує гіпотеза, що ці індивідуальні відмінності і є свого роду «резервом», який захищає мозок у процесі ушкодження або старіння [38].

Висловлено припущення, що особи з більшим когнітивним резервом спроможні витримати більше уражень мозкових структур, перш ніж настане значне когнітивне зниження [38, 39].

Власне, з віком люди страждають не тільки від фізичних та психічних порушень, характерних для старіння. Більшість людей, старіючи, залишаються без родин, без підтримки близьких, на самоті із собою та своїми проблемами. Соціальна ізоляція та самотність у процесі старіння мають великий негативний вплив на якість життя дорослого населення в цілому та зокрема аутистів [9]. При нормальному старінні соціальна ізоляція пов'язана з вищим ризиком смертності, виникненням депресивних станів та загальним погіршанням здоров'я [40, 41, 42]. Однак, не з'ясовано, чи будуть ті ж самі патерни мати значення при РСА, де соціальна ізоляція можлива без сприйняття самотності, а особисті інтереси в цій самотності досить добре мотивують та задовольняють. Також не зрозуміло, чи можуть дорослі та старі з РСА відчувати себе «захищеними» від наслідків соціальної ізоляції, якщо деякі з них ніколи не були інтегровані в соціальні мережі, що формуються впродовж трудових відносин або дружніх стосунків [9].

Методи лікування

На сьогодні психосоціальні втручання є потужним та ефективним видом лікування як дітей, так і дорослих з РСА. Психосоціальні методи, особливо ті, що базуються на поведінкових та освітніх методиках, є надійною опорою для старших аутистів. Впродовж останніх 30 років з'явилося багато видів таких втручань, що націлені на поліпшення адаптації хворих з РСА: ті, що спрямовані на покращення комунікації або створення її альтернативних видів; поведінкова терапія; навчання соціальним навичкам; інтенсивний розвиток взаємодій; терапія сенсорної інтеграції; драма-, музика- та арттерапія [6].

Психосоціальна терапія, яка ґрунтується на принципах поведінкового прикладного аналізу, спрямована на корекцію основних симптомів РСА і агресивних проявів. Також за її допомогою навчають адаптивній поведінці та активності у повсякденному житті. У групах соціального розвитку покращують навички соціальної взаємодії. Деякі види психосоціальних втручань, наприклад, когнітивна біхевіоральна терапія, спрямовані на лікування коморбідної депресії та тривожного розладу [68].

Впродовж 1980–1990-х років психосоціальні втручання для хворих з РСА базувалися на біхевіоральних принципах та були спрямовані на вивчення й засвоєння нових навичок або підвищення існуючого рівня адаптації [69]. Зараз же з'явилися нові методи, які ставлять на перший план якість життя аутистів [70]. Інтервенції, що сфокусовані більше на якості життя, а не винятково на основних симптомах РСА та коморбідній патології, містять програми з організації дозвілля і працевлаштування аутистів [69, 71].

Психосоціальні втручання наразі залишаються основним методом лікування дорослих аутистів [6]. Однак останнім часом зростає інтерес до фармакологічного лікування як у вигляді монотерапії, так і в комбінації з психосоціальними методами [72]. Цей вид лікування може бути спрямовано на основні симптоми РСА, але, як правило, на сьогодні у більшості випадків, медикаменти застосовують для лікування супутніх проблем у вигляді агресії, дратівливості, гіперактивності та самопошкоджень [6].

Атипові антипсихотики – рисперидон та аріпіпразол – дозволені та схвалені до використання у США та Великобританії для лікування поведінкових розладів при РСА. Однак, ці препарати ліцензовані для лікування дітей, для допомоги дорослим аутистам поки що немає затверджених протоколами медикаментів. При лікуванні дорослих з РСА спеціалісти керуються власним досвідом, спираючись на загальноприйняті принципи надання психіатричної допомоги.

Висновки

Зміни когнітивного та соціального функціонування у старшому віці при РСА є маловивченими. Деякі зміни відбуваються за тією ж схемою, що і при нормальному дорослішанні та старінні, інші процеси розвиваються за своїм особливим сценарієм. Доведено, що рівень соціальної адаптації у дорослих нижчий, ніж у підлітків, а тяжкість симптоматики аутизму зменшується з віком. На сьогодні багато питань у цій галузі залишаються невисвітленими або дискутабельними.

Останніми роками кількість дорослого населення з РСА стрімко зростає у всьому світі. Медичним, соціальним та іншим службам потрібно бути готовими до планування медико-соціальних заходів для підтримки даного контингенту хворих. Для цього необхідно накопичувати дані сучасних та планувати майбутні дослідження, що мають включати в себе використання новітніх знань та перспективних методів нейробіології, медичної генетики, клінічної, судової та соціальної психіатрії.

Всупереч всім труднощам та особливостям діагнозу, серед аутистів є особи, які домагаються успіху в усіх сферах життя. Однак це вдається їм набагато складніше, ніж здоровим людям, та потребує більше часу. Позитивні адаптаційні досягнення відбуваються завдяки інклюзії пацієнтів у спеціальні соціальні програми.

Невідомо, які питання постануть перед аутистами та тими, хто їх супроводжує, надалі, але на сьогодні залишається безліч невирішених задач, які потребують уваги спеціалістів. У будь-якому разі подальше спостереження за соціальним та когнітивним функціонуванням дорослих та старих аутистів у майбутньому буде важливим для критичної оцінки ефективності нинішніх втручань та їх удосконалення.

Список використаної літератури

1. *A Lack of Self-Consciousness in Autism / Motomi Toichi, M. D., Ph. D.; Yoko Kamio, M. D.; Takashi Okada, M. D.; Morimitsu Sakihama, M. D.; Eric A. Youngstrom, Ph.D.; Robert L. Findling, M. D.; Kokichi Yamamoto, M. D., Ph. D. // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – 1422–1424.*
2. *A Literature Review of the Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped CHildren (TEACCH) Program / Peerenboom, Timothy D. – 2003.*

3. A survey of autism knowledge in a health care setting / Heidgerken A. D., Geffken G., Modi A. [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2005. – Vol. 35. – P. 323–330.
4. Adult outcomes for children with autism / Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2004. – Vol. 45. – P. 212–229.
5. Age-related differences in restricted repetitive behaviors in autism spectrum disorders / Esbensen A., Seltzer M., Lam K., Bodfish J. // J. Autism Dev. Disord. – 2009. – Vol. 39. – P. 57–66.
6. Aging in Autism Spectrum Disorders: A Mini-Review / Francesca Happé, Rebecca A. Charlton // Gerontology. – 2012. – Vol. 58. – P. 70–78.
7. An examination of movement kinematics in young people with high-functioning autism and Asperger's disorder: Further evidence for a motor planning deficit / Rinehart, N., Bellgrove, M., Tonge [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2006. – Vol. 36. – P. 757–767.
8. Asperger described? // Eur. Child.Adolesc.Psychiatry – 1926. – Vol. 5. – P. 119–132.
9. Asperger syndrome and autism: a comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis / Cederlund M., Hagberg B., Billstedt E., Gillberg C. // J. Autism Dev. Disord. – 2008. – Vol. 38. – P. 72–85.
10. Asperger Syndrome and Autism: A Comparative Longitudinal Follow-Up Study More than 5 Years after Original Diagnosis / Cederlund, M., Hagberg, B., Billstedt, E [et al.], Gillberg, I., & Gillberg, C // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 72 – 85.
11. Autism and the Pervasive Developmental Disorders: Part 1 / Bauer, S. Pediatr in Rev. – 1995. – Vol. 16 (4). – P. 130 – 136.
12. Autism in adults: new biologicial findingsand their translational implications to the cost of clinical services / Murphy DGM, Beecham J., Craig M., Ecker C. // Brain Res. – 2011. – V. 1380. – P. 22–33.
13. Autism Spectrum Disorder Grown Up: A Chart Review of Adult Functioning / Samantha Marriage B. S., Annie Wolverton B. A., Keith Marriage M .B., FRCPC // J. of Canad. Acad. of Child. & Adolesc. Psychiatry. – Nov. 2009.
14. Autism Spectrum Disorders in adults living inhouseholds throughout England: a report from the Adult Psychiatric Morbidity Survey / Brugha T., Mc Manus S., Meltzer H., Smith J., Scott F. J., Purdon S., Harris J, Bankart J. – 2007.
15. Autistic psychopathy in childhood; in Autism and Asperger syndrome. Asperger H. / translated and annotated by Frith U. // Cambridge,Cambridge University Press. – 1991. – P. 37–92.
16. Berney T. Asperger syndrome from childhood into adulthood / Berney T. // Advances in Psychiatric Treatment. – Vol. 10. – P. 341–350.
17. Billstedt E. Autismin adults: symptom patterns and earlychildhood predictors. Use of the DISCO in acommunity sample followed from childhood / Billstedt Billstedt E., Carina Gillberg I., Gillberg C. // J. Child Psychol. Psychiatry. – 2007. – Vol. 48. – P. 1102–1110.
18. Catatonia in autistic spectrum disorders / Wing L., Shah A. // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 176. – P. 357–362.
19. Cederlund M. Asperger syndrome in adolescent and young adult males. Interview, self- and parent assessment of social, emotional, and cognitive problems / Cederlund M., Hagberg B. & Gillberg C. // Research in Development Disabilities. – 2010. – Vol. 31. – P. 287–298.
20. Changes in the quality of autistic people's life that work in supported and sheltered employment. A5-year follow-up study / García-Villamisar D., Wehman P. & Diaz Navarro M. // Journal of Vocational Rehabilitation. – 2002. – Vol. 17. – P. 309–312.
21. Cognitive control in autism spectrum disordes / Solomon M., Ozonoff S., Cummings N. & Cartera C. // International Journal of Developmental Neuroscience. – 2007. – Vol. 26. – P. 239–247.
22. Cornwell E. Y. Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study / Cornwell E. Y., Waite L. J. // J. Gerontol. – 2009. – Vol. 64. – P. 38–46.
23. Courchesne E. Brain growth across the life span in autism; Age-specific changes in anatomical pathology / Courchesne E., Campbell K., Sols S. // Brain Researches. – 2011. – P. 138 – 145.
24. Crane L. Sensory processing in adults with autism spectrum disorders / Crane L., Goddard L. & Pring L. // Autism. – 2009. – Vol. 13. – P. 215–228.
25. Determinants of age-related memory loss; in Perfect T. J., MaylorEA (eds): Models of Cognitive Aging. Debates in Psychology / Parkin A. J., Java R. I. // London, Oxford University Press. – 2000. – P. 188–203.
26. Developing a Deeper Understanding of Autism: Connecting Knowledge through Literature Mining / Marta Macedoni-Luksic, Ingrid Petrc, Bojan Cestn, and Tanja Urbancic // Hindawi Publishing Corporation, Autism Research and Treatment. – 2011.– article ID 307152.
27. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition / by American Psychiatric Association. – 2013.
28. Diverse pathways to positive and negative affect in adulthood and later life: an integrative approach using recursive partitioning / Gruenewald T. L., Mroczek D. K., Ryff C. D. [et al.] // Developmental Psychology. – 2008. – Vol. 44. – P. 330–343.
29. Education delays accelerated decline on a memory test in persons who develop dementia / Hall C. B., Derby C., LeValley A., Katz M. J., Verghese J., Lipton R. B. // Neurology. – 2007. – Vol. 69. – P. 1657–1664.
30. Effects of a leisure programme on quality of life and stress of individuals with ASD / García-Villamsia, D. A. & Dattilo J. // Journal of Intellectual Disability Research. – 2010. – Vol. 5. – P. 611–619.
31. Epilepsy in autism: features and correlates / Patric F. Bolton, Iris Carcani-Rathwell, Jane Hutton, Sue Goode, Patricia Howlin, Michael Rutter // The British Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 198. – P. 289–294.
32. Epilepsy in Young Adults with Autism: A Prospective Population-based follow-up study of 120 individuals Diagnosed in Childhood / Danielsson S., Gillberg I. C., Billsted E. [et al.] // Epilepsia. – 2005. – Vol. 46 (6). – P. 918 – 923.
33. Episodic Memory and AutonoeticAwareness. The Oxford Handbook of Memory / Tulving E., Craik F. // New York, Oxford University Press. – 2000. – P. 597–608.
34. Fombonne E. Epidemiology of Autistic Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders / Fombonne E. // Journal of Clinical Psychiatry. – 2005 – Vol. 66. – P. 3–8.
35. García-Villamisar D. Supported employment improves cognitive performance in adults with autism / García-Villamisar D. & Hughes C. // Journal of Intellectual Disability Research. – 2007. – Vol. 51. – P. 142–150.
36. Ghaziuddin M. Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders / Ghaziuddin M. & Zafar S. // Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation. – 2008. – Vol. 5(1). – P. 9–12.
37. Gillberg C. Autism and Asperger syndrome: co-existence with other clinical disorders / Gillberg C. & Billstedt E. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2000. – Vol. 102. – P. 321–330.
38. Gillot A. Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism / Gillot A. & Standen P. J. // Journal of Intellectual Disabilities Research. – 2007. – Vol. 11 (4). – P. 359–370.
39. Happé F. The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders / Happé F., Frith U. // J. Autism Dev. Disord. – 2006. – Vol. 36. – P. 5–25.
40. Hill E. Executive dysfunction in autism / Hill E. // Trends in Cognitive Sciences. – 2004. – Vol. 8. – P. 26–32.
41. Hippler K. The life course of individuals with Asperger syndrome: a qualitative follow up and group study of adults formerly diagnosedby Hans Asperger in Austria and Lorna Wing in Britain / Hippler K. // Diss. Wien. – 2003.
42. Huang A. X High-functional autism: an overview ofcharacteristics and related issues / Huang A. X. & Wheeler J. J. // International Journal of Special Education. – Vol. 21. – P. 109–122.
43. Increasing Independence in Autism Spectrum Disorders: A Review of Three Focused Interventions / Kara Hume, Rachel Loftin, Johanna Lantz // J. Autism Dev. Disord. DOI 10.1007/s10803-009-0751-2. – 2009.
44. Intellectual and Developmental Disabilities: Toward Full Community Inclusion (3 rd edn) / Wehman P., McLaughlin P. J. & Wehman T. // Austin TX: PRO-ED. – 2005.
45. Kanner L. Autistic disturbances of affectivecontact / Kanner L. // The Nervous Child. – 1943. – P. 217–249.
46. Kantrowitz B. What happens when they grow up? / Kantrowitz B., Scelfo J. // Newsweek. - 2006. – Vol. 48. – P. 46–53.
47. Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism / Gillott A., Standen P. J. // J. Intellect. Disabil. – 2007. – Vol. 11. – P. 359–370.
48. Loftin R. L. Social interaction and repetitive motor behavior / Loftin R. L., Odom S. L. & Lantz J. F. // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 1124–1135.
49. Neuropsychological characteristics of autism and related conditions. Handbook of autism and developmental disorders / Volkmar R., Paul A,. Klin & D. Cohen (Eds.) // Hoboken N. J: Wiley. – 2005. – P. 365–381.
50. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty /Gillberg C, Steffenburg S. // J. Autism Dev. Disord. – 1987. – Vol. 17. – P. 273–287.
51. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring / Daniels J. L., Forssen U., Hultman C. M. [et al.] // Pediatrics. – 2008. – Vol. 121. – P. 1357–1362.
52. Prevalence of disorders of the autism spectrum ina population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP) / Baird G., Simonoff E., Pickles A., Chandler S., Loucas T., Meldrum D., Charman // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 210–215.
53. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders / Hofvander B., Delorme R., Chaste P, Nyden A., Wentz E., Stahlberg O., Herbrecht E., Stopin A., Anckarsater H., Gillberg C., Rastam M., Leboyer M. // BMC Psychiatry. – 2009. – Vol. 9. – 35 p.
54. Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder in people with autisms pectrum disorders: a pilots tudy / Russell A. J., Mataix-Col D., Anson M. A. [et al.] // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2009. – Vol. 78. – P. 59–61.
55. Psychosocial Functioning in a Group of Swedish Adults with Asperger Syndrome or Higher Functioning Autism / Engstrom, I., Ekstrom, L., & Emilsson B. // Autism. – 2003. – Vol. 7 (i). – P. 99–110.
56. Quality of Life in High-functioning Adults with Autism Spectrum Disorder / Renty, J. & Roegers, H. // Autism. – 2006. – Vol. 10 (5). – P. 511–524.
57. Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive compulsive disorder / Zandt, F., Prior, M., & Kyrios, M. // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007 – Vol. 37. – P. 251–259.
58. Saulnier C. Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism and Asperger Syndrome. Brief report / Saulnier, C., & Klin, A. // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007. – Vol. 37. – P. 788–793.
59. Shiovitz-Ezra S. Situational versus chronic loneliness as risk factors for allcausemortality / Shiovitz-Ezra S., Ayalon L. // Int. Psychogeriatr. – 2010. – Vol. V. 22. – P. 455–462.

60. *Smith B. W. Functional assessment-based behavior support planning: A self-management case study of a middle school student with EBD / Smith B. W. & Sugai G. // Journal of Positive Behavioral Interventions and Supports. – Vol. 2. – P. 208–217.*
61. *Social activity and improvement in depressive symptoms in older people: a prospective community cohort study / Isaac V., Stewart R., Artero S., [et al.] // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2009. – Vol. 17. – P. 688–696.*
62. *Social Outcomesin Mid- to Later Adulthood Among Individuals Diagnosed With Autismand Average Nonverbal IQ as Children / Patricia Howlin, Philippa Moss, Sarah Savage, Michael Rutter // Journal of the American Academy of Childand Adolescent Psychiatry. – Jun. 2013. – Vol. 52. – P. 572–581.*
63. *Stern Y. What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept / Stern Y. // J. Int. Neuropsychol. Soc. – 2002. – Vol. 8. – P. 448–460.*
64. *Sukhareva G. E: Die schizoiden Psychoathienin Kindesalter [Schizoid psychopathies inchildhood]. Monatschrift für Monatschrif für Psychiatrie und Neurologie, 60, 235–261 / Translated in WolffS (1996) / The first account of the syndrome.*
65. *Systematic review of the effectiveness of pharmacological treatments for adolescents and adults with autism spectrum disorder / Broadstock M., Doughty, C. & Eggleston M. // Autism. – 2007. – Vol. 11. – P. 335–348.*
66. *Systemizing empathy: teaching adults with Asperger syndrome or high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia / Golan O. & Baron-Cohe S. // Development and Psychopathology. – 2006. – Vol. 18. – P. 591–617.*
67. *The Autism Spectrum Quotient /Baron-Cohen S., Wheelright S., Skinner R [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2001. – Vol. 31 (1). – P. 5–17.*
68. *The ICD – 10. Classification of Mental and Behavioral Disorders / by World Health Organization. – 1994.*
69. *The nice guideline on recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism / The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. – 2012. – P. 16–17.*
70. *The pattern of sensory processing abnormalities in autism /Kern J. K., Trivedi M. H., Garver C. R. [et al.] // Autism. – 2006. – Vol. 10. – P. 480–494.*
71. *The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood / Seltzer M. M., Krauss M. W., Shattuck P. T. [et al.] // J. Autism Dev. Disord. – 2003. – Vol. 33. – P. 565–581.*
72. *Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism / Seltzer M., Shattuck P., Abbeduto L. & Greenberg J. S. // Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. – 2004. – Vol. 10. – P. 234–247.*
73. *What aspects of autism predispose to talent? / Happé F, Vital P. // Biol. Sci. – 2009. – Vol. 364. – P. 1369–1375.*

ВОЗРАСТНОЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРИ ПЕРВАЗИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ РАЗВИТИЯ

А.А. Литвинов

Статья рассматривает изменения клиники, патоморфологии и процессов адаптации в результате взросления и старения пациентов с РСА: когнитивное функционирование, память, мозговые изменения, коморбидная психическая патология, уровень самостоятельности и социальной компетентности. В литературе встречается недостаточно информации по данному вопросу.

Психиатры допускают много ошибок при оценке РСА у взрослых. Эти ошибки негативно сказываются на организации помощи пациентам и негативно влияют на их социальное функционирование.

С целью улучшения мер по поддержке взрослых и старых аутистов, данное направление должно стать одним из приоритетных для исследований в ближайшем будущем.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, взрослые, взросление, старение, нейрокогнитивные нарушения, социальное функционирование, лечение.

AGE'S POLYMORPHISM INPERVASIVE DEVELOPMENT DISORDERS

A.A. Litvinov

The article examines changing clinic, pathomorphology and adaptation processes as a result of maturation and aging of patients with ASD: cognitive function, memory, brain changes, comorbid mental pathology, the level of independence and social competence. There is not enough information on the subject in the literature.

Psychiatrists make many mistakes in the evaluation of ASD in adults. These errors have a negative impact on the organization of care for patients and negatively

To improve measures for support adults and older autists, this direction should be a priority for research in the near future.

Key words: autism spectrum disorders, adult, adulthood, aging, neurocognitive disorders, social functioning, treatment.

УДК 616.89-008

О.О. Хаустова, О.В. Прохорова

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: люди похилого віку, депресивний розлад, субкортикальна ішемічна депресія.

У статті приділяється увага пріоритетним напрямам ВООЗ та Європейським програмами з охорони психічного здоров'я, аналізується демографічна ситуація в Україні, поширеність депресії у людей похилого віку. Розглянуто особливості клінічних проявів депресивних розладів у людей похилого віку на тлі цереброваскулярної патології, концепція та критерії субкортикальної ішемічної депресії, значення іпохондричної симптоматики у психопатологічній структурі пізніх депресій.

Зміцнення психічного здоров'я, а також запобігання і лікування психічних розладів є основоположними факторами підтримки і поліпшення якості життя, благополуччя і продуктивності людини в її особистому, сімейному, робочому і соціальному житті, таким чином збільшуючи соціальний капітал суспільства в цілому. Перераховані цілі були схвалені державами-членами, Європейською комісією і Радою Європи в Європейській декларації з охорони психічного здоров'я, підписаній в Гельсінкі у 2005 році [6].

У 2008 році Європейська комісія почала працювати над Європейським пактом з охорони психічного здоров'я і благополуччя, який фокусується на п'яти пріорітетних сферах, щодо кожної з них був розроблений набір рекомендацій: охорона психічного здоров'я молоді та освіта; профілактика депресії і самогубств; охорона психічного здоров'я людей похилого віку; поширення принципу соціального включення та боротьба зі стигматизацією; поширення принципу охорони психічного здоров'я на робочих місцях.

Одночасно ряд глобальних ініціатив було зосереджено на підтримці належної клінічної практики. У 2008 році за ініціативи ВООЗ почала роботу Програма ВООЗ з усунення прогалин у галузі охорони психічного здоров'я (Mental Health Gap Program). Програма формує основу стратегій щодо ряду психічних розладів і діяльності з удосконалення догляду за людьми із психічними та неврологічними захворюваннями.