

Формирующие и протекторные факторы состояния одиночества у психически больных позднего возраста

В.Ф. Друзь
Академия

Резюме. Клиническим и социально-психологическим методами обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере. Состояние одиночества выявлено у большинства пациентов (56,2 %). Они составили основную группу, остальные — контрольную. Проводился сравнительный анализ по демографическим, социально-бытовым, социально-психологическим и клиническим показателям. Определены формирующие и протекторные факторы состояния одиночества больных.

Ключевые слова: психически больные, поздний возраст, состояние одиночества, формирующие и протекторные факторы.

Forming and protective factors of loneliness state in mentally ill patients of later life

V.F. Druz
Orenburg State Medical Academy

Summary. 235 patients living alone at the age of 60 and over followed-up in psychoneurological dispensary were examined by means of clinical and social psychological methods. The state of loneliness was detected in the great majority of patients (56.2 %). They composed the main group, the rest — the control one. The comparative analysis was conducted on the basis of demographic, social and social-psychological and clinical indices. Forming and protective factors of loneliness state in patients were determined.

Key words: mentally ill patients, later life, loneliness state, forming and protective factors.

Введение

Одиночество в позднем возрасте представляет собой важную социальную, психологическую и медицинскую проблему [1, 4, 11]. Оно исследовалось преимущественно психологами, социологами и социальными психологами [1, 2, 17, 20]. Объектом изучения были в основном лица преклонного возраста, не наблюдающиеся у психиатра. Лишь в последние годы в отечественной психиатрии появились работы, посвященные состоянию одиночества у пожилых и старых людей в общем населении [8, 10, 11, 14]. В них установлены распространенность (у 40,1 % одиноко проживающих) и факторы, способствующие (одинокое проживание после смерти близких или разъезда со взрослыми детьми, симбиотический тип супружеских отношений, выход на пенсию, особенности личности астенического круга, пресенильный возраст) и препятствующие (конфликтные семейные отношения, гипертимные и шизоидные акцентуации характера, сенильный возраст) его развитию.

Состояние одиночества у психически больных позднего возраста, его распространенность, формирующие и протекторные факторы его развития не исследовались. Между тем эти знания необходимы для решения лечебно-профилактических и реабилитационных задач. Актуальность проблемы возрастает в связи с тем, что одинокие пожилые и старые больные составляют 1/3 всех пациентов, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере [7, 13], и входят в группу высокого риска в отношении социальной дезадаптации [3, 18].

Цель исследования: определение распространенности состояния одиночества у психически больных позднего возраста, а также формирующих и протекторных факторов его развития.

Материалы и методы

Обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере, — все больные одного из геронтопсихиатрических участков (165 чел.) и двух обычных участков (70 чел.), зарегистрированные на определенную календарную дату. Среди больных значительно преобладали женщины. Их соотношение с мужчинами составило 3,7:1 (185 женщин — 78,7 % и 50 мужчин — 21,3 %). Возраст пациентов к моменту наблюдения варьировался от 60 до 86 лет, средний возраст — $67 \pm 1,8$ года. Продолжительность одинокого проживания была от 1 до 38 лет (средняя — $14,6 \pm 1,8$ года). Возраст начала заболевания колебался от 22 до 73 лет. В молодом и зрелом возрасте, т.е. до 45 лет и в позднем возрасте — 45 лет, и старше заболело практически одинаковое количество больных (50,6 % и 49,4 % соответственно). Длительность заболевания составила от 1 до 43 лет (в среднем $19,7 \pm 1,9$ года).

Использовались клинический и социально-психологический методы. Синдромальная оценка больных проводилась с учетом критериев «Глоссария психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста» [15]. Нозологическая форма заболевания оценивалась по критериям отечественной

классификации и МКБ-10 [9]. Психиатрические данные получены путем анализа медицинской документации (истории болезни и амбулаторные карты), опроса больного и наблюдения за ним, опроса родственников пациента и лечащего врача диспансера.

Преобладали больные шизофренией (F20+F25—42,1 %), почти в 2 раза реже встречались больные сосудистыми заболеваниями головного мозга (F01, F06, F07—24,3 %), третье и четвертое места занимали пациенты с экзогенно-органическими (F06, F07—12,8 %) и эндогенными аффективными (F31, F33—11,5 %) заболеваниями, значительно реже наблюдались больные эпилепсией (G40, F06, F07—4,2 %), еще реже и с одинаковой частотой—больные с экзогенно-органическими (атрофическими) заболеваниями (F00, F02—2,1 %) и психогениями в форме невротического (депрессивного и истерического) развития личности (F34.1, F44.7—2,1 %) и реже всех—пациенты с инволюционным параноидом (F22.8—0,9 %). Ведущими в клинической картине чаще всего были бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы (26,4 %) на втором и третьем местах по частоте располагались психопатоподобные (16,6 %) и депрессивные (15,7 %), далее, в порядке убывания, следовали психоорганические (13,6 %), апато-абулические (11,9 %), невротические и невротоподобные (9,8 %) деменции (6 %).

Поскольку важное значение в формировании одиночества у больных преклонного возраста имеет соматическое состояние [14], мы исследовали его, применяя шкалу оценок, заимствованную из работы Ю.М. Данилова [6], который выделял три уровня: высокий—компенсация и субкомпенсация, средний—умеренно выраженная декомпенсация и низкий—выраженная и тяжелая декомпенсация. У половины больных наблюдалась умеренно выраженная декомпенсация (49,4 %), реже отмечались компенсация и субкомпенсация (28,9 %), а также выраженная и тяжелая декомпенсация (21,7 %).

Исходя из биопсихосоциальной модели генеза психических расстройств и оказания помощи больным [5, 12], мы, помимо демографических и клинических, изучали социально-психологические и социально-бытовые факторы. Социально-психологическим методом (анкетирование, интервьюирование по специально разработанной программе больного, родственников, соседей, лечащего врача диспансера) определялись состояние одиночества у больных, их взаимоотношения с членами семьи, факторы, способствующие ее распаду или отсутствию, отношения пациентов с опекунами и соседями. Под состоянием одиночества нами понималось, в соответствии с концепцией R.S. Weis [21], тягостное переживание, связанное с дефицитом социальных связей или их неудовлетворенностью. Так же как и другие авторы [8, 11, 21], мы рассматривали его на трех уровнях: интеллектуальном, эмоциональном, поведенческом. На интеллектуальном—это представления и мысли в связи с ситуацией одино-

чества, на эмоциональном—это разнообразные расстройства депрессивного спектра (чаще всего дистимия), на поведенческом уровне—снижение активности, падение работоспособности, стремление ограничить или, наоборот, расширить общение с другими людьми. Опекунами мы называли членов социальной сети, которые более других оказывают пациентам социальную поддержку, включая как формальных опекунов (назначенных опекуном советом недееспособным больным), так и людей, не наделенных официальными полномочиями (неформальные опекуны). Социально-бытовые данные содержали сведения об уровне образования, жилищных условиях, материальном обеспечении, трудовой деятельности и инвалидности.

Работа проходила в два этапа. На первом выявлялось состояние одиночества у больных, его распространенность, формировались основная и контрольная группы. На втором проводился сравнительный анализ демографических, социально-бытовых, социально-психологических, клинических показателей и факторов одинокого проживания обеих групп.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 5.0.

Результаты

Установлено, что состояние одиночества наблюдалось у большинства больных—132 (56,2 %). Они составили основную группу. Остальные 103 (43,8 %, $p < 0,01$)—контрольную.

Сравнение демографических показателей выявило большую долю женщин в основной (90,2 % против 70,9 %, $p < 0,01$), а мужчин—в контрольной (29,1 % и 9,8 %, $p < 0,01$) группах. Продолжительность одинокого проживания в основной группе была в 2,5 раза меньше, чем в контрольной (средняя— $7,8 \pm 1,7$ года против $19,6 \pm 1,6$ года, $p < 0,01$). Основная группа была в целом моложе (табл. 1). В ней выше удельный вес больных в пресенильном возрасте, в контрольной—в сенильном.

Рассматривая социально-бытовые данные, мы не обнаружили достоверных различий только по уровню образования. В обеих группах преобладали пациенты со средним уровнем образования (54,5 % в основной и 44,7 % в контрольной, $p > 0,05$), реже встречались больные с низким (28,1 % и 31 % соответственно) и высоким (17,4 % и 24,3 %). Жилищные условия у больных основной группы были хуже: ниже удельный вес пациентов с хорошими (15,9 % и 36,9 %, $p < 0,001$) и выше с плохими (33,3 % и 14,6 %, $p < 0,001$). Удовлетворительные условия отмечались с равной частотой (50,8 % и 48,5 %). Относительно материального обеспечения установлено, что в основной группе была меньше доля больных с высоким (6,1 % и 22,3 %, $p < 0,001$) и больше с низким (59,1 % и 36,9 %, $p < 0,001$). Среднее материальное положение встречалось примерно одинаково (34,8 % и 40,8 %).

Таблица 1. Распределение больных по группам и возрасту

Возраст, годы	Группы				p
	основная n=132		контрольная n=103		
	абс.	%	абс.	%	
60—69	88	66,7	38	36,9	p < 0,001
70—79	40	30,3	56	54,4	p < 0,001
80 и старше	4	3	9	8,7	p > 0,05

Оценка социального статуса показала отсутствие формальных различий в группах. Приблизительно с одинаковой частотой отмечались пенсионеры по возрасту (38,5 % в основной и 44,7 % в контрольной группах, p > 0,05), инвалиды 2-й гр. (41 % и 33 % соответственно, p > 0,05) и инвалиды 1-й гр. (20,5 % и 22,3 %, p > 0,05). Вместе с тем в контрольной группе был значительно выше удельный вес больных, участвующих в трудовой деятельности, — 57,3 % против 5,3 % в основной (p < 0,001). Сравнение социально-психологических показателей обнаружило, что в основной группе чаще отмечались нарушенные отношения с опекунами (75,4 % и 60,4 %, p < 0,05) и соседями (64,4 % и 50,5 %, p < 0,05).

Анализ соматического состояния показал, что оно было хуже у больных основной группы: ниже удельный вес пациентов с состоянием компенсации и субкомпенсации и выше с состоянием умеренно выраженной, выраженной и тяжелой декомпенсации (табл. 2).

Сопоставляя длительность психических заболеваний в группах, мы установили, что она была в 2 раза меньше в основной (средняя 12,7±1,9 года против 25±2,2 года, p < 0,01). При сравнении нозологических форм выявлено (табл. 3), что основная группа являлась более гетерогенной. В ней

шире представлен спектр заболеваний, которые распределялись относительно равномерно. Контрольная группа имела более гомогенную структуру, в ней был уже спектр нозологических форм, в частности, отсутствовали психогении и инволюционный параноид, встречавшиеся в основной. Более 3/5 больных приходилось на лиц, страдающих шизофренией, которая наблюдалась заметно чаще, чем в основной. В контрольной группе была больше доля больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией, присутствовали пациенты с атрофическими заболеваниями, которых не было в основной.

Таблица 2. Распределение больных по группам и соматическому состоянию

Соматическое состояние	Группы				p
	основная n=132		контрольная n=103		
	абс.	%	абс.	%	
Компенсация и субкомпенсация (легкая декомпенсация)	7	5,3	61	59,2	p < 0,001
Умеренно выраженная декомпенсация	83	62,9	33	32	p < 0,001
Выраженная и тяжелая декомпенсация	42	31,8	9	8,8	p < 0,001

В основной группе отмечался выше удельный вес больных сосудистыми и эндогенными аффективными заболеваниями. По всем нозологическим формам, за исключением инволюционного параноида, различия достигали статистической значимости.

Таблица 3. Распределение больных по группам и заболеваниям

Заболевания	Шифр по МКБ 10	Группы				p
		основная n=132		контрольная n=103		
		абс.	%	абс.	%	
Шизофрения	F20+ F25	37	28	62	60,2	p < 0,001
Сосудистые заболевания	F01 F06 F07	50	37,9	7	6,8	p < 0,001
Экзогенно-органические заболевания	F06 F07	10	7,6	20	19,4	p < 0,01
Эндогенные аффективные заболевания	F31 F32	26	19,7	1	1	p < 0,001
Эпилепсия	G40, F06, F07	2	1,5	8	7,8	p < 0,05
Эндогенно-органические (атрофические) заболевания	F00 F02	0	0	5	4,9	p < 0,05
Психогении	F44.7, F 34.1	5	3,8	0	0	p < 0,05
Инволюционный параноид	F22.8	2	1,5	0	0	p > 0,05

Таблица 4. Распределение больных по группам и синдромам

Синдромы	Группы				p
	основная n=132		контрольная n=103		
	абс.	%	абс.	%	
Бредовые и галлюцинаторно-бредовые	44	33,4	18	17,5	p < 0,01
Психопатоподобные	10	7,6	29	28,2	p < 0,001
Депрессивные	36	27,3	1	1	p < 0,001
Психоорганические	11	8,3	21	20,4	p < 0,01
Апато-абулические	4	3	24	23,3	p < 0,001
Невротические и неврозоподобные	23	17,4	0	0	p < 0,001
Деменции	4	3	10	9,7	p < 0,05

Анализируя синдромальную структуру (табл. 4), мы определили, что в основной группе преобладали продуктивные синдромы, в контрольной — дефицитарные. У больных основной группы чаще отмечались параноидные и депрессивные состояния, встречались невротические и неврозоподобные, которые отсутствовали в контрольной группе и реже наблюдались психопатоподобные, апато-абулические и психоорганические синдромы, а также деменции. Различия по всем синдромам были достоверными.

Рассматривая факторы одинокого проживания, мы обнаружили как сходные явления, так и различия. Первое состояло в том, что большинство больных имели собственные семьи, хотя в основной группе таких пациентов было несколько больше (77,3 % и 67 %, p > 0,05). Лишь 1/5 часть больных основной (22,7 %) и 1/3 (33 %) контрольной групп не смогли их создать.

Второе проявлялось в особенностях факторов одинокого проживания в группах. В основной распад семьи был обусловлен главным образом возрастными и социально-психологическими обстоятельствами — смерть близких, отделение взрослых детей от родителей, семейные конфликты, не связанные с психическими расстройствами пациентов (62,7 % против 44,9 %, p < 0,05). В контрольной группе разрушение семей было связано чаще (55,1 % и 37,3 %, p < 0,05) с клиническими моментами (бред ревности, параноид жилья, негативная шизофреническая симптоматика).

Подобные тенденции (различия не достигали статистической значимости из-за небольшого количества наблюдений) сохранились и при анализе факторов, затрудняющих создание собственной семьи. В основной группе больные не смогли вступить в брак главным образом из-за сочетания субклинических и социально-психологических предпосылок — расстройства личности астенического круга и симбиотические отношения в семье в преморбиде (66,7 % против 47,1 %, p > 0,05). В контрольной — вследствие клинических факто-

ров (начавшейся в молодом и среднем возрасте шизофрении, 52,9 % и 33,3 %, p > 0,05).

Обсуждение и выводы

Полученные результаты показывают высокую распространенность состояния одиночества среди одиноко проживающих психически больных позднего возраста (56,2 %). Она заметно выше, чем у лиц старших возрастных групп в общем населении (40,1 %, p < 0,001), что можно объяснить наличием выраженных психических расстройств у исследуемого контингента.

Установлены факторы, способствующие (формирующие) и препятствующие (протекторные) его развитию. К первым относятся: женский пол, пресенильный возраст, относительно небольшая продолжительность одинокого проживания; плохие жилищные условия, низкое материальное обеспечение; нарушение взаимоотношений с опекунами и соседями; распространенность выраженной соматической патологии, относительно небольшая длительность психических расстройств, сосудистые и эндогенные аффективные заболевания, психогении, продуктивные (параноидные, депрессивные, невротические и неврозоподобные) синдромы; распад собственной семьи из-за возрастных и социально-психологических обстоятельств. Факторами, играющими протекторную роль, являются: мужской пол, сенильный возраст, значительная продолжительность одинокого проживания; хорошие жилищные условия, высокое материальное обеспечение, участие в трудовой занятости; благоприятные отношения с опекунами и соседями; удовлетворительное соматическое состояние, большая длительность психических расстройств, шизофрения, эпилепсия, атрофические и экзогенно-органические заболевания, дефицитарные (психопатоподобные, апато-абулические, психоорганические и деменции) синдромы; разрушение собственной семьи из-за клинических моментов.

Обсуждая полученные результаты, в первую очередь следует остановиться на факторе пола. Наши данные противоречат доминирующей в ге-

рентологии точки зрения, что женщины лучше приспособляются к одинокой жизни, чем мужчины, у них реже развивается одиночество [14, 16]. Однако этот тезис относится к лицам преклонного возраста, у которых либо нет психических расстройств, либо они носят пограничный уровень, нередко вследствие состояния одиночества. Наша выборка представлена диспансерным контингентом больных, и фактор пола должен рассматриваться прежде всего в контексте клинко-психопатологической картины. Она существенно отличается в группах. В основной достоверно чаще встречались больные сосудистыми, эндогенными аффективными и психогенными заболеваниями, состояние которых в основном определялось продуктивными синдромами. Изменения личности, проявляющиеся астенической и психоорганической симптоматикой, носили негрубый характер (в частности, из-за относительно непродолжительного течения заболевания), что позволяло им критически оценивать возникшую ситуацию. Поэтому смена образа жизни (наступившего сравнительно недавно), усугубившего существующее трудное положение в связи с психической и соматической патологией, неблагоприятной социально-бытовой и социально-психологической обстановкой, рассматривалась пациентами как очередная «удар судьбы» по К. Schneider [19], сопровождалась пессимистической оценкой настоящего и будущего, способствовала развитию состояния одиночества. В контрольной группе преобладали больные шизофренией на этапе стабилизации и обратного развития процесса (о чем свидетельствует большая длительность заболевания) с умеренно выраженным психопатоподобным и апато-абулическим дефектом. Для них в силу особенностей клинической картины (аутизация, своеобразие мышления и мировоззрения, вычурность поведения, эмоциональная парадоксальность и уплощенность и т.п.), прежних конфликтных отношений в семье, порожденных неправильным поведением, обусловленным болезнью, одинокое проживание было оптимальным способом существования. Этому способствовали также удовлетворительное в целом физическое состояние, благодаря которому больше половины больных участвовали в трудовой деятельности, достаточно благоприятная социально-бытовая и социально-психологическая ситуация. Более того, можно предположить, что для этих больных одинокое проживание являлось своеобразной социально-психологической защитой от «враждебного» микросоциального окружения и содействовало улучшению психического и физического состояния, а также социальной адаптации. В пользу этого говорит достаточно большая продолжительность одинокого проживания.

Второй момент, требующий обсуждения,— возраст. Естественно было предположить, что с его увеличением, в частности в сенильном периоде, в связи с нарастанием психического и физического упадка, вероятность развития одиночества повышается. Между тем эта гипотеза не под-

тверждается не только нашими данными (которые можно объяснить вышеперечисленными обстоятельствами), но и результатами исследования других авторов [8, 10], касающихся лиц позднего возраста вообще, не имеющих выраженных психических расстройств,— состояние одиночества чаще наблюдалось в пресенильном возрасте, чем в сенильном. В связи с этим оно может рассматриваться как явление, более свойственное пресенильному возрасту вообще, независимо от психического заболевания, т.е. общевозрастное.

Третий фактор, на котором хотелось остановиться,— это социально-психологический. Его роль особенно важна для решения лечебно-реабилитационных задач. Более значительные нарушения взаимоотношений с опекунами и соседями ухудшали социальную поддержку больных основной группы, увеличивая чувство одиночества. Кроме того, недостаточная социальная поддержка способствовала более низкому уровню комплаенса. Из-за чего даже при сходной клинической картине больные контрольной группы госпитализировались реже благодаря контролю опекунов-родственников. В основном по их инициативе пациенты при рецидиве заболевания чаще сразу обращались к врачу диспансера, в связи с чем начинавшееся обострение купировалось амбулаторно или больные своевременно стационарировались. Помимо этого, пациенты контрольной группы более регулярно наблюдались участковым психиатром и терапевтом, получая более эффективную поддерживающую терапию по сравнению с больными основной группы. В больнице, вследствие поддержки опекунов, лечение и реабилитация их проходили более продуктивно, что способствовало сокращению длительности стационарирования. В противоположность больным контрольной группы пациенты основной нерегулярно посещали врачей и принимали поддерживающее лечение. При ухудшении состояния они, как правило, поздно или вообще не обращались к участковому психиатру. В поле зрения врача пациенты попадали чаще всего в состоянии выраженного обострения главным образом благодаря сведениям, полученным от опекунов или соседей. В период госпитализации недостаточная социальная поддержка, усиливая состояние одиночества, затрудняла лечение и особенно реабилитацию больных, поэтому увеличивались сроки пребывания в больнице. В части случаев продолжительности стационарирования способствовала перспектива возвращения в неблагоприятную социально-бытовую и социально-психологическую обстановку. Эти обстоятельства порою содействовали появлению или укреплению тенденции к развитию госпитализма.

Важную роль в развитии состояния одиночества или его отсутствия играет также механизм формирования одинокого проживания. В основной группе решающими факторами были возрастные, социально-психологические и субклинические (подобные моменты наблюдаются и у пожилых в общем населении), тогда как в кон-

трольной — клинические, главным образом шизофрения. Что касается социально-бытовых данных то эти результаты и их значение как в развитии состояния одиночества, так и в его предупреждении вполне очевидны и не требуют специального комментария.

Таким образом, среди формирующих и протекторных факторов состояния одиночества у психически больных позднего возраста

та центральное место занимают клинические и социально-психологические, меньшее значение имеют демографические и социально-бытовые.

Полученные данные способствуют комплексному и дифференцированному подходу при оказании медико-социальной помощи данному контингенту больных, что приведет к улучшению их социальной адаптации.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Психологические аспекты одиночества. *Соц. и клин. психиатр.* 1996; 3: 53–63.
2. Балашова М.Г., Собчик Е.Ю. О превентивной работе кабинета социально-психологической помощи с контингентом лиц, переживающих одиночество. *Научные и организационные проблемы суицидологии.* М., 1983; с. 167–171.
3. Барков И.Н. Особенности профилактики общественно опасных действий одиноких психически больных в позднем возрасте. *Актуальные вопросы психиатрии.* М., 1985; с. 58–64.
4. Гехт И.А. Медико-социальные аспекты здоровья одиноко живущих в сельской местности лиц старших возрастов. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1990. 17 с.
5. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психиатрия и социальная работа в психиатрии. *Соц. и клин. психиатр.* 1998; 4: 5–20.
6. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики). Автореф. дис... канд. мед. наук. Л., 1984. 23 с.
7. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Клинико-демографическая характеристика психически больных позднего возраста геронтопсихиатрического и обычных участков диспансера. *Соц. и клин. психиатр.* 2000; 1: 33–36.
8. Летникова З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества, у лиц позднего возраста. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2004. 26 с.
9. Международная классификация болезней (МКБ—10). СПб: Адис, 1994. 304 с.
10. Михайлова Н.М. Субклинические психические нарушения у одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста. *Журн. неврол. и психиатр.* 1993; 2: 23–28.
11. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б. и др. Феномен одиночества и связанные с ним расстройства депрессивного спектра у лиц позднего возраста. *Соц. и клин. психиатр.* 2000; 1: 28–32.
12. Семке В.Я. Транспектива биопсихосоциальной парадигмы. *Сиб. вестник психиатрии и наркологии.* 2008; 1: 7–11.
13. Трифонов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1990. 14 с.
14. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996. 303 с.
15. Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., Рохлина М.Л. Глоссарий психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста. М., 1971. 42 с.
16. Atchley R.C. *The social forces in later life.* Belmont, Cal: Wadworth, 1972. P. 99–115.
17. Clark M., Anderson B.G. *Loneliness and old age. The anatomy of loneliness.* New York: International Universities Press, 1980. P. 201–242.
18. Fisher M., Newton C., Sainsbury E. *Mental health social work observed.* London, 1999. 238 p.
19. Schneider K. *Klinische Psychopathologie.* Stuttgart, 1967. S. 77–145.
20. Silverstone B., Miller S. *Isolation in the aged.* *J. Geriatr. Psychiat.* 1980; 13 (1): 27–47.
21. Weis R.S. *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.* Cambridge, 1973. P. 187–203.

Сведения об авторе

Владимир Федорович Друзь — к.м.н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии Оренбургской государственной медицинской академии. E-mail: vfdruz@rambler.ru