

ВЛИЯНИЕ ОДИНОКОГО ПРОЖИВАНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО ФАКТОРЫ

Клиническим и социально-психологическим методами обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере. На большинство пациентов одинокое проживание оказало отрицательное влияние (62,6%), реже наблюдалось индифферентное (22,5%) и положительное (14,9%). Установлены клиничко-социальные факторы, обуславливающие характер влияния одинокого проживания на психическое состояние больных.

Ключевые слова: психически больные, поздний возраст, влияние одинокого проживания на психическое состояние, клиничко-социальные факторы.

Введение

Многие психиатры считают, что одинокое проживание в позднем возрасте способствует возникновению психических расстройств и рецидиву заболевания, утяжеляет его течение [1, 4]. Вместе с тем достаточно широко распространено мнение, согласно которому оно лишь более часто встречающееся в старости семейное положение, не обязательно вызывающее психическую декомпенсацию [9, 11]. Указанные исследования затрагивали эту проблему косвенно, имея другую основную направленность. В последние годы в отечественной психиатрии появились работы, посвященные влиянию одинокого проживания на психическое состояние лиц преклонного возраста в общем населении [5, 7]. В них установлено, что одинокое проживание способствует возникновению расстройств депрессивного спектра. Однако влияние одинокого проживания на психическое состояние диспансерного контингента больных пожилого и старческого возраста специально не рассматривалось. Факторы, определяющие его, не изучались. Между тем одинокие больные составляют 1/3 всех пациентов позднего возраста, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере [3], и входят в категорию высокого риска в отношении социальной дезадаптации [12].

Цель работы

Определение особенностей влияния одинокого проживания на психическое состояние пожилых и старых больных психоневрологического диспансера и факторов, их обуславливающих.

Материалы и методы исследования

Обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдав-

шихся 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 (50 мужчин – 21,3% и 185 женщин – 78,7%). Возраст пациентов к моменту наблюдения варьировал от 60 до 86 лет, средний возраст $67 \pm 1,8$ года. Продолжительность одинокого проживания варьировала 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 (119 чел. – 50,6%) и в позднем возрасте – 45 лет и старше (116 чел. – 49,4%) заболело практически одинаковое количество больных. Длительность заболевания составила от 1 до 43 лет (в среднем $19,7 \pm 1,9$ года). Превалировали 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 эндогенно-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 пси-

хопатоподобные (16,6%) и депрессивные (15,7%), далее, в порядке убывания, следовали психоорганические (13,6%), апато-абулические (11,9%), невротические и неврозоподобные (9,8%), деменции (6%).

Использовались клинический и социально-психологический методы. Синдромальная оценка больных проводилась с учетом критериев «Глоссария психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста» [10]. Нозологическая форма заболеваний оценивалась по критериям отечественной классификации и МКБ-10 [6]. Психиатрические данные получены путем анализа медицинской документации (истории болезни и амбулаторные карты), опроса больного и наблюдения за ним, опроса родственников больного и лечащего врача диспансера.

Поскольку важное значение в течении психических расстройств у больных преклонного возраста имеет их соматическое состояние [9], мы исследовали его, применяя шкалу оценок, заимствованную из работы Ю.М. Данилова [2], 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 [8], мы изучали социально-психологические и социально-бытовые факторы. Социально-психологическим методом (анкетирование, интервьюирование по специально разработанной программе больного, родственников, соседей, лечащего врача диспансера) определялись наличие у больных состояния одиночества, отношения их с опекунами и соседями. Под состоянием одиночества нами понималось, в соответствии с концепцией R.S. Weis [13], тягостное переживание, связанное с дефицитом социальных связей или их неудовлетворенностью. Так же как и другие авторы [5, 7], мы рассматривали его на трех уровнях: интеллектуальном, эмоциональном, поведенческом. На интеллектуальном – это представления и мысли в связи с ситуацией одиночества, на эмоциональном – это разнообразные расстройства

депрессивного спектра (чаще всего дистимии), на поведенческом уровне – снижение активности, падение работоспособности, стремление ограничить или наоборот расширить общение с другими людьми. Опекунами мы называли членов социальной сети, которые больше других оказывают пациентам социальную поддержку, включая как формальных опекунов (назначенных опекунским 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.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью стандартной компьютерной программы. Применялись методы параметрической (критерий Стьюдента) и непараметрической (показатель соответствия χ^2) статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Работа проходила в два этапа. На первом выявлялся характер влияния одинокого проживания на психическое состояние больных и в соответствии с этим формировались группы. На втором проводился сравнительный анализ медико-социальных показателей данных групп.

На первом этапе выделено три варианта влияния одинокого проживания на психическое состояние больных: отрицательное (способствует развитию заболевания, его обострению и утяжелению течения), индифферентное (не оказывает влияние на болезнь) и положительное (содействует стабилизации процесса, редукции продуктивной и негативной симптоматики, урежению рецидивов заболевания). На большинство больных – около 2/3 (147 – 62,6%) – одинокое проживание оказало отрицательное влияние (первая группа), почти в 3 раза реже (53 – 22,5%) отмечалось индифферентное (вторая группа) и в 4 раза реже (35 – 14,9%) – положительное (третья группа) влияние. Различия между группами статистически достоверны. Между первой и второй, первой и третьей – $p < 0,001$, второй и третьей – $p < 0,05$.

На втором этапе установлено следующее. Сравнение демографических показателей выявило, что в первой группе был самый высокий

удельный вес женщин (91,2%) и самый низкий мужчин (8,8%), их соотношение составило 10,4:1. Во второй группе также преобладали женщины (67,9%) над мужчинами (32,1%), но их соотношение составило 2,1:1. В третьей группе наблюдалась обратная картина – отмечалось преобладание, хотя и небольшое, мужчин (57,1%) над женщинами (42,9%). Различия в группах по полу достигают статистической значимости – $\chi^2 = 44,2$; $n=2$; $p<0,001$.

Сопоставление по возрастным показателям обнаружило как сходные явления, так и различия (табл. 1). Первая группа была моложе – 2/3 больных не исполнилось 70 лет, т. е. они были в пресенильном возрасте. Во второй и третьей группах наблюдались сходные явления, отличные от первой. Наибольший удельный вес – 2/3 пациентов – приходился на больных 70 лет и старше, т. е. в сенильном возрасте. Сопоставление продолжительности одинокого проживания показало, что наименьшей она была в первой группе ($8,3 \pm 1,6$ года), наибольшей – в третьей ($23,7 \pm 1,4$ года), средней во второй группе ($15,6 \pm 1,9$ года). Различия достоверны – между 1 и 3 группами $p<0,01$, между 1 и 2, 2 и 3 $p<0,05$.

Рассматривая социально-бытовые данные, мы не выявили достоверной связи влияния одинокого проживания с уровнем образования ($\chi^2=7,1$; $n=4$; $p>0,05$).

Однако между первой и второй группами отмечаются сходные тенденции. Наибольший удельный вес приходится на пациентов со средним уровнем образования (55,8% и 45,3% соответственно), второе место по частоте занимают больные с низким (27,9% и 28,3%), третье – больные с высоким (16,3% и 26,4%). Вместе с тем во второй группе распределение величины показателей более равномерное, чем в пер-

вой, где больные со средним уровнем образования составляют более половины всей группы. В третьей группе наблюдается увеличение доли больных обратно уровню образования – наибольший удельный вес – у больных с низким уровнем (37,1%), наименьший – у пациентов с высоким (28,6%), промежуточное положение занимают больные со средним уровнем (34,3%).

Относительно материального положения установлено, что самое плохое оно было в первой группе. Наблюдается увеличение числа больных по мере ухудшения материального положения. Самый маленький удельный вес был у больных с высоким материальным положением (5,4%), далее шли больные со средним (32,7%) и низким (61,9%). Во второй группе оно было лучше – чаще всего встречались пациенты со средним материальным обеспечением (47,2%), второе по частоте место занимали больные с низким (30,2%) и третье – с высоким (22,6%). В третьей группе материальное положение было наиболее высоким – так же как и во второй наибольший удельный вес был у больных со средним материальным обеспечением (42,9%), но на втором месте, в отличие от второй группы, были больные с высоким материальным обеспечением (около трети – 31,4%) и на третьем – с низким (25,7%). Различия между группами достигают степени статистической значимости ($\chi^2 = 34,2$; $n = 4$; $p<0,002$).

При рассмотрении жилищных условий установлено следующее. Хуже всех они были у больных первой группы. Более половины жили в удовлетворительных условиях (55,8%), на втором месте по частоте стояли пациенты, проживающие в плохих условиях (29,9%), и на третьем – в хороших (14,3%). Во второй группе условия были лучше, чем в первой, но хуже, чем

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и группам

Возраст, годы	Группы						Всего	
	Первая		Вторая		Третья			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
60–69	97	66	17	32	12	34,3	126	53,6
70–79	42	28,6	34	64,2	20	57,1	96	40,9
80 и старше	8	5,4	2	3,8	3	8,6	13	5,5
Итого	147	100	53	100	35	100	235	100
Значимость различий	$\chi^2=28,8$; $n=2$; $p<0,002$							

в третьей. Чаще всего встречались больные, проживающие в хороших (39,6%) и удовлетворительных (39,6%) и реже в плохих (20,8%). В третьей группе был самый высокий удельный вес больных с хорошими условиями (около половины – 48,6%), несколько реже наблюдались пациенты с удовлетворительными (40%) и совсем редко с плохими (11,4%) жилищными условиями ($\chi^2 = 26,2$; $n = 4$; $p < 0,002$).

Анализ социального статуса показал, что ниже всего он был у больных первой группы: самый высокий удельный вес (62,6%) инвалидов (1 и 2 групп) и самая маленькая доля больных пенсионеров по возрасту (37,4%). Наиболее высокий социальный статус наблюдался у больных третьей группы: наименьший удельный вес (42,8%) инвалидов (1 и 2 групп) и наибольшая доля пенсионеров по возрасту (57,2%). Промежуточное положение занимали пациенты второй группы: 58,5% инвалидов (1 и 2 групп), 41,5% пенсионеров по возрасту ($\chi^2 = 23,3$; $n = 2$, $p < 0,01$). Кроме того, в третьей группе 2/3 больных (68,6%) участвовали в трудовой деятельности, тогда как во второй – около половины (47,2%), а в первой всего лишь 11,6%. Различия между первой группой с одной стороны и второй и третьей с другой стороны – $p < 0,001$, различие между 2 и 3 – $p < 0,05$.

Сравнение социально-психологических показателей обнаружило, что в первой группе подавляющее большинство больных (89,8%) испытало состояние одиночества, в то время как в остальных группах таких пациентов не было ($p < 0,001$). В первой группе также чаще наблюдались нарушенные отношения с опекунами (75,5% против 62,3% во второй и 57,1% в третьей) и соседями (64,6% против 50,1% во

второй и 45,7% в третьей). Различия между первой и второй группами в обоих случаях не достигают статистической значимости ($p > 0,05$), поэтому можно говорить лишь о тенденции. Различия между первой и третьей группами в обоих случаях достоверны ($p < 0,05$).

Рассматривая соматическое состояние больных (табл. 2), мы определили, что наиболее тяжелым оно оказалось в первой группе. Самый низкий удельный вес больных с компенсированным состоянием и легкой декомпенсацией и самые большие доли больных с умеренно выраженной, выраженной и тяжелой декомпенсацией. В этой группе подавляющее число больных (87,8%) находилось в состоянии декомпенсации. Во второй группе соматическое состояние было лучше, чем в первой, но хуже, чем в третьей – реже, чем в третьей, но чаще, чем в первой встречались больные с компенсированным и субкомпенсированными состояниями, реже, чем в первой, но чаще, чем в третьей отмечались больные с умеренно выраженной, выраженной и тяжелой декомпенсацией. Таким образом, в третьей группе наблюдался наиболее низкий уровень соматической патологии.

Сравнивая длительность психических заболеваний, мы установили, что меньше всего она была в первой группе ($12,8 \pm 1,9$ года). Во второй и третьей группах она была достоверно больше – $21,3 \pm 2,2$ ($p < 0,05$) и $29,3 \pm 2,7$ ($p < 0,01$).

Различия между второй и третьей группами также достоверны ($p < 0,05$).

Сопоставление по нозологическим формам заболевания выявило существенные различия (табл. 3).

Первая группа была более гетерогенной.

Таблица 2. Распределение больных по соматическому состоянию и группам

Соматическое состояние	Группы						Всего	
	Первая		Вторая		Третья			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Компенсация и субкомпенсация (легкая декомпенсация)	18	12,2	25	47,2	25	71,4	68	28,9
Умеренно выраженная декомпенсация	87	59,2	22	41,5	7	20	116	49,4
Выраженная и тяжелая декомпенсация	42	28,6	6	11,3	3	8,6	51	21,7
Итого	147	100	53	100	35	100	235	100
Значимость различий	$\chi^2 = 60,4$; $n = 4$; $p < 0,002$							

В ней представлены все нозологические формы диспансерного контингента одиноких больных позднего возраста, которые распределялись относительно равномерно. Первое место по частоте занимают больные сосудистыми заболеваниями, второе – шизофренией (наблюдались значительно реже по сравнению с остальными группами), третье – больные эндогенными аффективными заболеваниями. Далее в порядке убывания расположились экзогенно-органические расстройства, эпилепсия, эндогенно-органические (атрофические) заболевания, психогении и инволюционный параноид. Вторая группа была более гомогенной. 2/3 больных страдали шизофренией, 1/5 часть экзогенно-органическими расстройствами и совсем редко встречались пациенты с сосудистыми заболеваниями (в 4 раза реже, чем в первой группе), а также с эпилепсией. Отсутствовали наблюдающиеся в первой группе эндогенные аффективные и эндогенно-органические (атрофические) заболевания, психогении и инволюционный параноид. Третья группа была наиболее гомогенной, представлена всего тремя нозологическими формами, в основном шизофренией (4/5 всех больных), около

1/5 приходилось на экзогенно-органические заболевания и незначительная часть – на эндогенный аффективный психоз.

Анализ синдромальной картины заболеваний (табл. 4) также показал существенные различия в группах. Во-первых, сохраняется гетерогенность в первой группе и гомогенность в остальных (во второй группе не было депрессивных, невротических и неврозоподобных состояний, в третьей, кроме последних, отсутствовали деменции). Во-вторых, отмечаются заметные различия по соотношению продуктивных и негативных синдромов. В первой группе чаще встречались продуктивные синдромы (параноидные, депрессивные, невротические и неврозоподобные), которые наблюдались у 70% пациентов, у менее трети больных наблюдались негативные состояния (психоорганические, психопатоподобные, деменции и апато-абулические). Во второй группе значительно преобладали дефицитарные расстройства (психопатоподобные, апато-абулические, психоорганические и деменции). В сумме они собрали 96,2%. Совсем редко наблюдались продуктивные (параноидные). В третьей группе позитивные

Таблица 3. Распределение больных по заболеваниям и группам

Заболевания	Шифр по МКБ 10	Группы						Всего	
		Первая		Вторая		Третья			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шизофрения	F20 F25	37	25,2	34	64,2	28	80	99	42,1
Сосудистые заболевания	F01 F06 F07	52	35,4	5	9,4	0	0	57	24,3
Экзогенно-органические заболевания	F06 F07	12	8,2	12	22,6	6	17,1	30	12,8
Эндогенные аффективные заболевания	F31 F32	26	17,7	0	0	1	2,9	27	11,5
Эпилепсия	G40 F06 F07	8	5,4	2	3,8	0	0	10	4,3
Эндогенно-органические (атрофические) заболевания	F00 F02	5	3,4	0	0	0	0	5	2,1
Психогении	F 4	5	3,4	0	0	0	0	5	2,1
Инволюционный параноид	F22.8	2	1,4	0	0	0	0	2	0,9
Итого		147	100	53	100	35	100	235	100
Значимость различий		$\chi^2=78,3; n=14; p<0,002$							

Таблица 4. Распределение больных по синдромам и группам

Синдромы	Группы						Всего	
	Первая		Вторая		Третья			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Бредовые и галлюцинаторно-бредовые	44	29,9	2	3,8	16	45,7	62	26,4
Психопатоподобные	14	9,5	19	35,8	6	17,1	39	16,6
Депрессивные	36	24,5	0	0	1	2,9	27	15,7
Психоорганические	15	10,2	13	24,5	4	11,4	32	13,6
Апато-абулические	4	2,7	16	30,2	8	22,8	28	11,9
Невротические и неврозоподобные	23	15,6	0	0	0	0	23	9,6
Деменции	11	7,5	3	5,7	0	0	14	6
Итого	147	100	53	100	35	100	235	100
Значимость различий	$\chi^2 = 102,6; n=12; p<0,002$							

(главным образом параноидные) и негативные (апато-абулические, психопатоподобные и психоорганические) синдромы распределились почти поровну (48,6% и 51,4% соответственно).

Таким образом, факторами, формирующими отрицательное влияние одинокого проживания на психическое состояние больных позднего возраста, являются: женский пол, пресенильный возраст, относительно небольшая продолжительность одинокого проживания; плохие жилищные условия, низкие материальное обеспечение и социальный статус; состояние одиночества, нарушение взаимоотношений с опекунами и соседями; распространенность выраженной соматической патологии, относительно небольшая длительность психических расстройств, сосудистые, эндогенные аффективные и эндогенно-органические (атрофические) заболевания, психогении, продуктивные (параноидные, депрессивные, невротические и неврозоподобные) синдромы.

К факторам, способствующим индифферентному влиянию, можно отнести: женский пол, сенильный возраст, большую продолжительность одинокого проживания; более благоприятные жилищные условия и материальное положение, более высокий социальный статус; отсутствие состояния одиночества, менее конфликтные отношения с опекунами и со-

седями; меньшую распространенность выраженной соматической патологии, большую продолжительность психических заболеваний, шизофрению, экзогенно-органические заболевания, дефицитарные синдромы (психопатоподобный, апато-абулический, психоорганический, деменции).

Факторами, содействующими положительному влиянию одинокого проживания, были: мужской пол, сенильный возраст, большая продолжительность одинокого проживания; хорошие жилищные условия и материальное положение, достаточно высокий социальный статус; отсутствие состояния одиночества, благоприятные отношения с опекунами и соседями; удовлетворительное соматическое состояние, большая длительность психических заболеваний, шизофрения, экзогенно-органические заболевания, равномерное соотношение продуктивных (в основном параноидные) и негативных (апато-абулические, психопатоподобные и психоорганические) синдромов.

Полученные данные способствуют осуществлению комплексного и дифференцированного подходов при оказании медико-социальной помощи одиноко проживающим психически больным позднего возраста, что приведет к повышению уровня их социальной адаптации.

6.09.2012

Список литературы:

1. Авербух, Е.С. Расстройство психической деятельности в позднем возрасте. – Л.: Медицина, 1969. – 286 с.
2. Данилов, Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики): автореф. дисс. на соискание ученой степени к. м. н. – Л., 1984. – 23 с.
3. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Клинико-демографическая характеристика психически больных позднего возраста геронтопсихиатрического и обычных участков диспансера // Соц. и клин. психиатрия. – 2000. – Т. 10, №1. – С. 33–36.
4. Ефименко, В.Л. О внешних (экзогенных) факторах у больных депрессиями в пожилом возрасте в связи с вопросами их профилактики // Проблема профилактики нервных и психических расстройств. – Л., 1976. – С. 31–34.
5. Летникова, З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества, у лиц позднего возраста: автореф. дисс. на соискание ученой степени к. м. н. – М., 2004. – 26 с.
6. Международная классификация болезней (МКБ – 10). – СПб.: Адис, 1994. – 304 с.
7. 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. психиатрия. – 2000. – Т. 10, №1. – С. 28–32.
8. Семке, В.Я. Трансперспектива биопсихосоциальной парадигмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – Т. 48, №1. – С. 7–11.
9. Шахматов, Н.Ф. Психическое старение. – М.: Медицина, 1996. – 304 с.
10. Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., Рохлина М.Л. Глоссарий психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста. – М., 1971. – 42 с.
11. Щирин М.Г., Гаврилова С.И. Значение клинико-эпидемиологических исследований в геронтопсихиатрии для проблемы собственно возрастных (инволюционных) психозов // Инволюционные психозы. – М., 1979. – С. 165–169.
12. Fisher M., Newton C., Sainsbury E. Mental health social work observed. – London, 1999. – 238 p.
13. Weis, R.S. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. – Cambridge, 1973. – P. 187–203.

Сведения об авторе:

Друзь Владимир Федорович, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии
Оренбургской государственной медицинской академии Минздравсоцразвития России,
кандидат медицинских наук
460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5, тел. (3532) 572165, доп. 221, e-mail: vfdruz@rambler.ru

UDC 616.89-008-053.9-058-07

Druz V.F.

Orenburg state medical academy the ministry of health and social development of Russia

E-mail: vfdruz@rambler.ru

THE INFLUENCE OF LONELY LIVING ON PSYCHIATRIC STATE OF AGED PATIENTS AND FACTORS DETERMINING IT

Clinical and social-psychiatric methods were used to examine 235 60 and over year old patients living alone, followed-up in the psychoneurological dispensary. Lonely living influenced negatively on most patients (62,6%), rarer there was indifferent (22,5%) and positive (14,9%) influence. Clinico-social factors determining the character of lonely living influence on psychiatric state of patients were also disclosed.

Key words: mentally ill patients, late-life, influence of lonely living, psychiatric state, clinico-social factors.

Bibliography:

1. Averbukh, E.S. The disorder of mental activity in late-life patients. – L.: Medicine, 1969. – 286 p.
2. Danilov, Yu.M. Family relations in mentally ill late-life patients (in connection with the tasks of secondary psychoprophylaxis): author. dis... PhD in Medicine. – L., 1984. – 23 p.
3. Druz V.F., Oleinikova I.N. Clinico-demographic characteristic of mentally ill late-life patients in geriopsychiatric and general dispensaries // Soc. and clin. psychiatry. – 2000. – V. 10, №1. – P. 33–36.
4. Ephimenko, V.L. About external (exogenous) factors in late-life patients with depressions in connection with tasks of their prophylaxis // The problems of nervous and psychiatric disorder prophylaxis. – L., 1976. – P. 31–34.
5. Letnikova, Z.V. Mental disorders developing in late-life patients living lonely: author. dis... PhD in Medicine. – M., 2004. – 26 p.
6. International classification of diseases (MCH – 10). – St.P.: Adis, 1994. – 304 p.
7. Polishyuk Yu.I., Golubtsova L.I., Gurvich V.B. and et al. Phenomenon of loneliness and depressive spectrum disorders connected with it in late-life patients // Soc. and clin. psychiatry. – 2000. – V. 10, №1. – P. 28–32.
8. Semke, V.Ya. Transpective of biopsychosocial paradigm // Sybirskiy Vestnik of psychiatry and narcology. – 2008. – V. 48, №1. – P. 7–11.
9. Shakhmatov, N.F. Mental aging. – M.: Medicine, 1996. – 304 p.
10. Shternberg E.Ya., Molchanova E.K., Rohlina M.L. Glossary of psychopathological syndromes for clinical assessment of patients with late-life psychosis. – M., 1971. – 42 p.
11. Shyirina M.G., Gavrilova S.I. The importance of clinic-epidemiological investigations in geriopsychiatry for the problems of strictly age-dependent (involutional) psychoses // Involutional psychoses. – M., 1979. – P. 165–169.
12. Fisher M., Newton C., Sainsbury E. Mental health social work observed. – London, 1999. – 238 p.
13. Weis, R.S. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. – Cambridge, 1973. – P. 187–203.