

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ОДИНОЧЕСТВА

З. В. Летникова

*Московский НИИ психиатрии*

Одной из тяжёлых психогений, вызывающих депрессивные расстройства у людей позднего возраста, описываемые как «атипичная реакция горя» (36), «неразрешённая утрата» (39), «хроническое горе» (32, 35), «патологический траур» (31), «чрезмерная реакция горя» (33), «осложнённая утрата» (28), «затяжная реакция тяжёлой утраты» (15), «патологическая реакция горя» (3), является смерть одного из супругов. При утрате близкого человека резко нарушается привычный уклад жизни, устоявшийся порядок в отношениях, обрываются эмоциональные и интеллектуальные взаимоотношения. Вдовство без последующего брака в пожилом возрасте сопряжено с высокой степенью риска развития одиночества (6, 32). Резкое изменение привычного уклада жизни в условиях одиночества может вызвать дезадаптацию личности и стать причиной развития психических расстройств (7, 18, 27, 29, 37). Пожилые люди, тяжело переживающие смерть близкого человека в рамках патологических реакций горя, испытывают чувство одиночества в 80–91,7% случаев (3). Затяжные состояния одиночества в позднем возрасте сопровождаются депрессивными нарушениями, достигающими степени тяжёлых эндогенных психогенных депрессий с острым чувством одиночества, переживанием безысходности, своей ненужности, нередко с антивитальными и суицидальными тенденциями. Среди лиц позднего возраста, посещающих центр социального обслуживания, они были выявлены в 41% (17, 18). Большинство таких пациентов не обращаются к психиатрам и не получают специализированной психолого-медицинской помощи, что способствует затягиванию переживаний одиночества и сопутствующих депрессивных расстройств. Недостаточно изученными остаются факторы, которые, помимо одинокого проживания, способствуют затяжному течению этих состояний.

**Целью** данного исследования явилось определение основных факторов развития расстройств депрессивного спектра у пожилых лиц, переживающих состояние одиночества после смерти супруга или супруги.

### Материал и методы

Изученная выборка включала 95 пациентов (81 жен. и 14 муж.), которые составили основную группу (70 чел.) с тягостными переживаниями одиночества и сопутствующими им расстройствами депрессивного спектра и группу сравнения (25 чел.) без переживания состояния одиночества. Средний возраст пациентов основной группы – 67,1±7,6 лет; группы сравнения – 66,9±4,3 лет. Все пациенты группы сравнения и большинство пациентов основной группы (67 чел.) являлись посетителями отделения дневного пребывания территориального Центра социального обслуживания «Сокольники» (ЦСО) за период с 1999 по 2004 год. 3 пациента наблюдались в клинике Московского НИИ психиатрии.

Критериями включения больных в основную группу являлись:

1. Наличие в клинической картине болезненных переживаний выраженного чувства одиночества, сопряжённого с разнообразными расстройствами депрессивного спектра, идеаторными нарушениями в виде наплывов представлений и мыслей, связанных со смертью близкого человека, частых непровольных воспоминаний о нём, мысленным общением с ним, идеями одиночества, мыслями о потере цели и смысла жизни и поведенческими нарушениями в виде снижения активности, избегающего поведения, падения работоспособности или «ухода» в работу, стремления ограничить или наоборот расширить общение с другими людьми, формирования культа умершего и ритуальных форм поведения, нарушений социального функционирования, семейно-бытовой и социальной дезадаптации личности.

2. Развитие указанных состояний после утраты супруга или супруги.

3. Возраст пациентов на момент утраты супруга или супруги от 55 до 90 лет.

Критериями включения пациентов в группу сравнения были лица того же возраста и пола, что и в основной группе, не переживающие болезненное состояние одиночества после утраты супруга, суп-

руги или детей, одинокое проживание после утраты близкого человека.

Критериями исключения были: пациенты, страдающие эндогенными депрессиями; лица с наличием выраженного когнитивного дефицита; лица с тяжёлыми соматическими и неврологическими заболеваниями; одиноко проживающие лица, никогда не состоявшие в браке; лица, находящиеся в разводе на момент утраты супруга или супруги.

В работе применялись клинико-anamnestический, психобиографический, клинико-психопатологический, катамнестический методы исследования. Для количественной оценки данных применялись унифицированная карта динамического наблюдения пациентов, шкала Гамильтона (HDRS) для оценки степени выраженности депрессивных и тревожных расстройств (21 пункт), опросник Г.Оллпорта (16) для оценки религиозной ориентации, шкала глобальной оценки взаимоотношений в семье (GARF). Полученные данные статистически обрабатывались.

### Результаты исследования

При исследовании реакций у пациентов группы сравнения, перенесших утрату супруга, супруги или детей, без признаков последующего развития болезненных состояний одиночества, у 5 пациенток после смерти супруга возникла аффективно-субшоковая реакция. В 12 наблюдениях смерть супруга или супруги сопровождалась непатологической реакцией горя. У 7 пациентов после утраты близкого человека развилась лёгкая кратковременная депрессивная реакция (F43.20), в рамках которой у 6 пациентов наблюдались непродолжительные (в течение 2-х месяцев) переживания состояний одиночества на аффективном уровне. Пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) отмечалась в одном наблюдении.

У пациентов основной группы спектр аффективных расстройств при затяжных болезненных переживаниях состояний одиночества, помимо острого чувства одиночества, был представлен на начальном (непрерывно-стабильном) этапе его проявления тоскливыми (у 54 пациенток), нередко с анти-

витальными и суицидальными переживаниями, тревожно-тоскливыми психогенными депрессиями с тревожными опасениями и страхами, возникшими в связи с наступившим состоянием одиночества (у 8 пациенток), истеродепрессиями (у 8 пациенток). Эти состояния соответствовали тяжёлым депрессивным эпизодам (F32.2) – 73% наблюдений и умеренным депрессивным эпизодам (F32.1) – 27% наблюдений. Продолжительность первого этапа состояний одиночества составляла  $4,2 \pm 3,2$  месяца.

Длительность второго этапа непрерывно-волнообразных проявлений состояния одиночества с депрессивными расстройствами была более продолжительной и составляла  $17,3 \pm 4,7$  месяцев. Данный этап характеризовался дистимиями и «двойными депрессиями» (21, 38).

На третьем этапе – этапе периодических проявлений переживаний одиночества эти состояния сопровождалась кратковременными лёгкими депрессивными эпизодами (F32.0), что соответствовало «Рекуррентным кратковременным депрессивным расстройствам» (F38.10). Средняя длительность данного этапа была наиболее продолжительной и составляла  $27,3 \pm 4,5$  месяцев.

В дальнейшем периодические переживания одиночества ослабевали и приобретали непатологический характер. В 6 (9%) наблюдениях дистимия трансформировалась в депрессивное развитие личности. Средняя общая продолжительность депрессивных расстройств с переживанием состояния одиночества составила  $42,4 \pm 25,1$  месяца.

При изучении основных факторов, влияющих на развитие и динамику депрессивных расстройств, связанных с переживанием состояния одиночества, была исследована роль особенностей преморбидной личности пациентов, значение которой при психогенных отмечал ряд авторов (5, 11, 20, 24). В соответствии с типологией акцентуаций характера и личности (12, 13), нами с помощью клинико-anamnestического и психобиографического методов были выявлены типы акцентуаций и преобладающие черты преморбидной личности у пациентов основной группы и группы сравнения, которые представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Преморбидные особенности личности пациентов основной группы и группы сравнения (типы личности и преобладающие черты)**

Личностные особенности	Тип акцентуации; %			Преобладающие черты; %		
	Основная группа (70 чел.); %	Группа сравнения (25 чел.); %	p	Основная группа (70 чел.); %	Группа сравнения (25 чел.); %	p
Близкий к гармоничному	7	16	>0,05	0	0	>0,05
Психастенический	17	0	<0,03	0	8	<0,02
Истерический	6	0	>0,05	0	0	>0,05
Гипертимный	0	36	<0,0001	3	8	>0,05
Шизотимный	0	12	<0,001	3	8	>0,05
Эмоционально-лабильный	6	4	>0,05	0	0	>0,05
Сензитивность	0	0	>0,05	23	0	<0,0001
Тревожно-мнительные черты	0	0	>0,05	14	0	<0,001
Ригидность	0	0	>0,05	21	8	>0,05

**Характеристика типов супружеских отношений у пациентов основной группы и группы сравнения**

Супружеские отношения	Основная группа (n=70); %	Группа сравнения (n=25); %	p
Симбиотические	93%	0	<0,001
Партнёрские	7%	68%	<0,001
Дисгармоничные	0	32%	<0,001

Результаты изучения типов супружеских отношений в основной группе пациентов и группе сравнения представлены в табл. 2.

Как видно из таблицы, в основной группе пациентов значительно преобладал тип симбиотических супружеских отношений, который не выявлялся в группе сравнения. В группе сравнения выявилось преобладание партнёрского и дисгармоничного типов супружеских отношений. В основной группе дисгармоничный характер супружеских отношений не выявлялся.

В основной группе тип симбиотических супружеских отношений достоверно преобладал над партнёрскими.

Оценка супружеских взаимоотношений производилась также с помощью шкалы GARF (DSM-IV). Полученные результаты соответствовали различиям типов супружеских отношений в основной группе и группе сравнения. Они приведены в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что в основной группе достоверно преобладали супружеские отношения, соответствующие 1-му уровню, по сравнению с группой сравнения. Данные взаимоотношения характеризовались как наиболее оптимальные.

В группе сравнения достоверно преобладали супружеские взаимоотношения, соответствующие 3-му уровню, характеризующиеся эмоциональной холодностью супругов и дисфункциональностью, а также 4-му и 5-му уровням, характеризующиеся как дисфункциональные и распадающиеся. Различий между группами на 2-ом уровне не определялось.

На основании анализа полученных данных можно сделать вывод о том, что одним из значимых факторов, способствующих развитию депрессивных расстройств при состояниях одиночества у лиц позднего возраста после утраты супруга или супруги, является симбиотический тип супружеских отношений. Дисгармоничный, дисфункциональный

**Сравнительная характеристика уровней супружеских взаимоотношений по шкале глобальной оценки (GARF) в основной группе и группе сравнения**

Уровень по шкале GARF	Основная группа (n=70); %	Группа сравнения (n=25); %	p
1-й уровень	74%	4%	<0,001
2-й уровень	20%	20%	>0,05
3-й уровень	6%	32%	<0,001
4-й уровень	0	24%	<0,001
5-й уровень	0	20%	<0,001

Из таблицы видно, что в основной группе достоверно преобладали пациенты с психастенической ( $p<0,001$ ) и истерической акцентуацией личности ( $p<0,01$ ), которые не выявлялись в группе сравнения, а также пациенты с тревожно-мнительными ( $p<0,001$ ), сензитивными и ригидными ( $p<0,05$ ) чертами в структуре преморбидной личности.

В группе сравнения выявилось достоверное преобладание ( $p<0,001$ ) гипертимного и шизотимного типов акцентуаций в преморбиде личности, которые не выявлялись в основной группе.

Гипертимные, шизотимные черты в структуре преморбидной личности реже встречались в основной группе пациентов и чаще в группе сравнения.

На основании полученных данных можно сделать заключение о том, что наличие психастенической, истерической акцентуации и преобладание сензитивных, тревожно-мнительных и ригидных черт в структуре личности способствуют развитию депрессивных расстройств при переживаниях одиночества после утраты близкого человека.

Наличие гипертимной и шизотимной акцентуаций и аналогичных черт личности в преморбиде является фактором, не способствующим развитию болезненного состояния одиночества с депрессивными расстройствами в позднем возрасте.

Другим значимым фактором был характер супружеских взаимоотношений. На основании имеющихся данных изучения роли типов супружеских отношений в кризисных состояниях (1, 4, 9, 23, 34), нами в результате анамнестических исследований были выделены три типа супружеских отношений: симбиотические, партнёрские и дисгармоничные.

Симбиотическими отношениями являлись отношения супругов, характеризующиеся высокой синтонностью, взаимным уважением, эмоциональной привязанностью, духовной близостью, общностью интересов, взаимной созависимостью (22). Пациенты в таких случаях оценивали свои отношения с супругами или детьми как счастливые.

Партнёрские отношения между супругами характеризовались рациональным распределением внутрисемейных ролей и обязанностей, деловым взаимодействием в жизни семьи: воспитании детей, достижении материального благополучия, повышении социального статуса семьи, но без достаточного учёта индивидуальных потребностей каждого из супругов, и отсутствием или слабой взаимной эмоциональной привязанностью. К ним также относились браки с лидирующей ролью одного из супругов. Они оценивались самими пациентами, в целом, как удовлетворительные.

Дисгармоничные отношения характеризовались конфликтными или отчуждёнными взаимоотношениями супругов. Они представляли собой супружеские отношения, основными чертами которых являлись подавляемость одним из партнёров другого или вынужденная зависимость от него с ригидностью ролевых функций, пренебрежением индивидуальными потребностями каждого из супругов.

Таблица 4

**Частота одинокого или совместного кратковременного проживания пациентов с родственниками после утраты близкого человека в основной группе**

Количество пациентов основной группы (n=70); %	Проживание		p
	Одинокое	Совместно с родственниками	
	76%	24%	p<0,001

характер супружеских отношений не способствует их развитию в случае смерти одного из супругов.

Установлено достоверное преобладание одиноко живущих пациентов после утраты супруга, супруги или детей в основной группе. На основании этих данных можно сделать вывод, что одинокое проживание является фактором, способствующим развитию депрессивных расстройств в условиях одиночества.

Для изучения возможной роли дополнительных факторов, влияющих на развитие и динамику депрессивных расстройств при состояниях одиночества, степень их выраженности и продолжительность, проводились сравнительные исследования двух подгрупп пациентов основной группы: с непродолжительным течением этих состояний (средняя длительность 13,5±2,7 мес.) – 16 человек и затяжным течением (средняя длительность 80,8±5,2 мес.) – 16 человек. Обе исследуемые группы были сопоставимы по полу и объекту утраты.

При определении среднего возраста пациентов к началу развития психических расстройств в условиях одиночества, после утраты значимого близкого в двух сравниваемых группах были выявлены существенные достоверные различия, представленные в следующей табл. 5.

Таким образом, у обследуемых пациентов 2-х групп были выявлены достоверные различия по возрасту к началу формирования депрессивных расстройств в условиях одиночества. В группе с затяжным течением этих состояний достоверно преобладали лица пожилого возраста и не наблюдалось лиц старческого возраста. В группе с непродолжительным течением состояний одиночества оказались лица старческого возраста наряду с лицами пожилого возраста, приближающегося к стар-

Таблица 5

**Распределение пациентов с непродолжительным и затяжным течением депрессивных расстройств в условиях одиночества по возрасту к началу их развития**

Возраст к началу развития психических расстройств	Группа с непродолжительным течением психических расстройств (n=16)	Группа с затяжным течением психических расстройств в условиях одиночества (n=16)	p
Инволюционный	19%	19%	p>0,05
Пожилой	44%	82%	p<0,05
Старческий	38%	0	p<0,01

Таблица 6

**Тяжесть депрессивных расстройств на начальном этапе состояний одиночества в соотношении с продолжительностью их течения**

Депрессивное расстройство	Группа с непродолжительным течением (n=16); %	Группа с затяжным течением (n=16); %	p
Умеренный депрессивный эпизод	88%	13%	<0,001
Тяжёлый депрессивный эпизод	13%	88%	<0,001

ческому. На основании этих данных можно заключить, что депрессивные расстройства в условиях одиночества приобретают затяжное течение в случаях начала их развития в пожилом возрасте, тогда как их начало в старческом возрасте не приводит к затяжному течению. Эти данные соответствуют мнению ряда авторов о сужении эмоциональной сферы пожилого человека (19, 25), смягчающем влияние процесса старения на аффективное реагирование при стрессовых воздействиях (8, 10, 26, 30).

Была также изучена степень тяжести депрессивных расстройств при непродолжительном и затяжном течении состояний одиночества.

Из приведенных данных видно, что достоверное преобладание умеренных (88%) депрессивных эпизодов на начальном этапе состояний одиночества выявилось в группе с непродолжительным течением состояний переживания одиночества, по сравнению с группой пациентов, имеющих затяжное течение. В группе с затяжным течением депрессивных расстройств с переживанием одиночества достоверно преобладали тяжёлые депрессивные эпизоды (88%). Это свидетельствует о том, что затяжному течению этих состояний предшествует и, вероятно, способствует развитие более тяжёлых депрессивных расстройств на начальном их этапе.

Было также установлено, что депрессивные расстройства одной и той же степени выраженности с переживанием одиночества развивались как при внезапных, так и ожидаемых утратах значимых близких. Влияние фактора пола на тяжесть и длительность депрессивных расстройств с переживанием одиночества не было выявлено, возможно, в связи со значительным преобладанием женщин в изученной выборке обследованных.

### Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что основными факторами, способствующими развитию депрессивных расстройств при состояниях одиночества в позднем возрасте, являются:

- 1) одинокое проживание после смерти близкого человека (супруга или супруги);
- 2) наличие в структуре преморбидной личности психастенической, истерической акцентуаций и

преобладание тревожно-мнительных, сензитивных и ригидных черт;

3) симбиотический тип долговременных супружеских отношений;

4) пожилой возраст пациентов (60–74 лет) на момент утраты значимого близкого человека.

К факторам, не способствующим развитию депрессивных расстройств в условиях одиночества, относятся:

1) наличие гипертимного и шизотимного типов акцентуаций личности и аналогичных черт личности;

2) дисгармоничный характер супружеских отношений.

Проживание с близкими родственниками непосредственно после утраты близкого человека и старческий возраст способствуют более лёгкому проявлению и течению депрессивных расстройств в условиях одиночества.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6, № 4. – С. 15–20.
2. Андрищенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 102–104.
3. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте (клиника, динамика, психосоциальная реабилитация). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
4. Бодалев А.А. Теоретико-методологические аспекты изучения эмпатии // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. – Л., 1975. – С. 11–19.
5. Ганнушкин П.Б. (1933) Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – НГМА, 1998.
6. Гребельник В.И., Полохов А.М. К вопросам диагностики и генеза депрессии у пожилых // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 3. – С. 21–24.
7. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М., 2001.
8. Канторович Н.В. Психогении. – Ташкент, 1967.
9. Козловская Л.И. Влияние невротических расстройств на сексуальные и семейно-брачные отношения супружеской пары. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000.
10. Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б. Депрессии и старение // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б.Смулевича. – М., 1997. – С. 114–122.
11. Корнетов Н.А. Психогенные депрессии (клиника, патогенез). – Томск, 1993.
12. Леонгард К. Акцентуированные личности. Пер. с нем. – Киев, 1989.
13. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. – Л., 1985.
14. Михайлова Н.М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты). Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1996.
15. Никишова М.Б. К характеристике отдалённых этапов хронических реакций тяжёлой утраты // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 106–107.
16. Олпорт Г.В. Личность в психологии. – Москва-СПб., 1998.
17. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б., Колпаков А.В. Анализ некоторых показателей состояния психического здоровья пенсионеров, посещающих территориальный центр социального обслуживания // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 3. – С. 25–30.
18. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б. и соавт. Состояние одиночества и ассоциированные с ними расстройства депрессивного спектра у лиц пожилого возраста // Клиническая геронтология. – 1999. – № 2. – С. 37–42.
19. Савкуева Т.А. Дистимические расстройства с поздним началом // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 165–166.
20. Сергеев И.И. Психогенные заболевания с началом в позднем возрасте и их терапия. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1984.
21. Смулевич А.Б. Психопатологические образования и расстройства личности (к проблеме динамики психопатий) // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 6. – С. 8–13.
22. Соколова Е.Т. К проблеме психотерапии пограничных личностных расстройств // Вопросы психологии. – 1995. – № 2. – С. 92–105.
23. Старшенбаум Г.В. Психотерапия острого горя // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 3. – С. 73–77.
24. Фелинская Н.И. Постреактивные изменения психики. Трансформирующиеся затяжные психозы // Реактивные состояния в судебно-психиатрической практике. – М.: Медицина, 1968. – С. 103–107.
25. Шахматов Н. Ф. Психическое старение. – М., 1996.
26. Штернберг Э.Я., Рохлина М.Л. Некоторые общие клинические особенности депрессией позднего возраста // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1970. – № 9. – С. 1356–1364.
27. Bond J. Psychiatric illness in later life: A study of prevalence in a Scottish population // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 1987. – Vol. 2, Suppl. 1. – P. 39–37.
28. Clayton P.J. The depression of widowhood // Br. J. Psychiatry. – 1972. – Vol. 120. – P. 71–78.
29. Cox B.D. The Health and Lifestyle Survey. – London: Health Promotion Research Trust, 1987.
30. Dean L.R. Aging and the decline of affect // J. Gerontology. – 1962. – Vol. 17. – P. 440–446.
31. Horowitz M.J., Siegel M.S., Holen B. et al. Criteria for complicated grief disorder // Am. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 154. – P. 904–910.
32. Jacobs S. Pathologic grief: Maladaptation to loss. – Washington, DC: Am. Psychiat. Press, 1993.
33. Kaplan H.I., Sadock B.J. Bereavement. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. – Baltimore: William's and Wilkins, 1996.
34. Lopata H.Z. Loneliness: Forms and components // Social Problems. – 1969. – Vol. 17. – P. 248–262.
35. Middleton W., Raphael B., Burnett P., Martinek N. Psychological distress and bereavement // J. Nerv. Ment. Disease. – 1997. – Vol. 185, N 7. – P. 447–453.
36. Parkes C.M., Weiss R.S. Recovery from bereavement. – New York: Basic Book, 1983.
37. Stessman J., Ginsberg G., Klein M. et al. Determinants of loneliness in Jerusalem's 70-year-old population // Isr. J. Med. Sci. – 1996. – Vol. 32, Suppl. 8. – P. 639–648.
38. Wiesman M.M., Myers J. Affective disorders in a US urban community: the use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey // Arch. Gen. Psychiatry. – 1978. – Vol. 35. – P. 1304–1311.
39. Zisook S., Shuchter S.R. Depression through the first year after the death of a spouse // Am. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 148, Suppl. 10. – P. 1346–1352.

## CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATHOLOGICAL LONELINESS IN OLD AGE

Z. V. Letnikova

The article contains a detailed clinical and psychopathological picture of morbid loneliness in old age, frequently after death of a spouse. Psychopathological disorders analyzed cover cognitive, affective and behavioral levels. The authors describe three successive phases of dynamics, specifically, continuous, wavy and episodic, and their average

duration. They also describe variants with shortened and prolonged course. In some cases, pathological loneliness transforms into pathological personality disorders of depressive and hysterical types. The clinical syndrome of pathological loneliness in old age is delineated on the basis of investigations performed.