

Теоретический анализ проблемы диагностики апатии

Золотарева А.А.

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»
(НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация,*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>, e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

В статье представлен теоретический анализ проблемы диагностики апатии в современной науке. Под апатией понимается состояние, характеризующееся одновременным снижением поведенческих, когнитивных и эмоциональных компонентов целенаправленного поведения [15]. Поведенческие изменения заключаются в снижении эффективности решения повседневных задач в семейной или профессиональной жизнедеятельности. Когнитивные изменения выражаются в снижении познавательных функций и отсутствии жизненных планов и стратегий. Эмоциональные изменения проявляются в снижении аффективной реакции в ответ на события, ранее вызывавшие позитивный или негативный эмоциональный отклик. Диагностические критерии, или «золотой стандарт» диагностики апатии, определяют поведенческие, когнитивные, эмоциональные и социальные симптомы апатии, которые вызывают клинически значимые нарушения в личной, социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности. Дифференциальная диагностика апатии заключается в ее клиническом различении с такими синдромами, как делирий, деменция, депрессия, абулия, акинезия и деморализация. Представленный обзор может быть полезен психиатрам, психологам, социальным работникам и всем практикующим специалистам, взаимодействующим с людьми из группы риска развития апатичных состояний.

Ключевые слова: апатия, симптом, синдром, клиническая диагностика, дифференциальная диагностика.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых — кандидатов наук (проект № МК-541.2020.6).

Для цитаты: Золотарева А.А. Теоретический анализ проблемы диагностики апатии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 3. С. 17–30. DOI: 10.17759/cpse.2021100302

Theoretical Analysis of the Apathy Diagnostical Measurement

Alena A. Zolotareva

National Research University "Higher School of Economics", Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>, e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

The article lays out a theoretical analysis of the problem with diagnosing apathy in today's research. Apathy is a state characterized by a simultaneous decrease in the behavioral, cognitive and emotional concomitants of goal-directed behavior due to loss of motivation [15]. Behavioral changes lie in a declining everyday problem-solving effectiveness at home or work. Cognitive changes result in reduced cognitive functioning and a lack of plans and life strategies. Emotional changes manifest in a decrease in affective response to events that previously elicited either a positive or negative emotional response. Diagnostic criteria, or the 'gold standard' for apathy, identify behavioral, cognitive, emotional, and social symptoms of apathy that cause clinically significant disorders in personal, social, professional, or other important areas of life. The differential diagnosis of apathy involves its clinical distinction from syndromes such as delirium, dementia, depression, abulia, akinesia, and demoralization. The review can be useful for psychiatrists, psychologists, social workers and all practitioners who interact with people at risk of developing apathetic states.

Keywords: apathy, symptom, syndrome, clinical assessment, differential assessment.

Funding. The research was supported by the grant of the President of the Russian Federation for the state support of young Russian scientists and candidates of sciences (project No. MK-541.2020.6).

For citation: Zolotareva A.A. Theoretical Analysis of the Apathy Diagnostical Measurement. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 3, pp. 17–30. DOI: 10.17759/cpse.2021100302 (In Russ.)

Введение

За более чем вековую историю исследований апатии психиатры пришли к выводу о том, что она является транснозграфическим симптомом, сопровождающим многие психические, неврологические и соматические заболевания. В 2005 году состоялось 16-е ежегодное совещание Американской нейропсихиатрической ассоциации, основной целью которого стало решение вопроса о возможности включения так называемого апатического расстройства как отдельной нозологической формы в разрабатываемое руководство по диагностике психических расстройств DSM-V.

Тем не менее Американская психиатрическая ассоциация воздержалась от нозологического обособления апатического расстройства, оставив апатию в качестве диагностического признака сразу нескольких регистров психических нарушений (например, при шизофрении, большом депрессивном расстройстве, нейрокогнитивном расстройстве, острой интоксикации, обусловленной употреблением седативных или снотворных средств) [1]. В качестве причины отказа Американской психиатрической ассоциации некоторые исследователи называют явную психологизацию проблемы апатии, наблюдающуюся в современной психиатрии [2; 7; 16].

Результаты эпидемиологических исследований апатии указывают на то, что апатия является распространенным симптомом при деменции [4], болезни Альцгеймера [29], болезни Паркинсона [8] и некоторых других заболеваниях. Благодаря этим исследованиям зарубежные специалисты разработали диагностические критерии апатии, которые широко применяются исследователями и практикующими психиатрами во всем мире [23].

В российской науке также наблюдается рост интереса к проблеме диагностики апатии. По данным национальной библиографической базы данных научного цитирования РИНЦ в период с 2016 по 2021 гг. было опубликовано 507 релевантных русскоязычных публикаций, в то время как в период с 1900 по 2015 году их количество составило 403 библиографических источника. Данные публикации описывают теоретические и эмпирические исследования апатии, однако не систематизируют диагностические возможности современной науки в плане экспертной оценки апатии и связанных с ней психических явлений и состояний.

Цель настоящего исследования заключается в теоретическом анализе современных исследований апатии, ее клинических и дифференциальных критериев.

Апатия как симптом и синдром в клинической практике

В 1990-х годах американский психиатр Р. Марин предположил, что апатия является следствием потери мотивации на фоне (апатия как симптом) или отсутствия (апатия как синдром) эмоциональных расстройств, нарушений интеллекта или сознания [14]. Апатия как симптом может наблюдаться при депрессии, деменции и делирии. В то же время апатия может являться отдельным синдромом, при котором снижения мотивации первичны и имеют самостоятельную патофизиологическую основу (в частности, при болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона, болезни Гентингтона).

В целом, Р. Марин понимал под апатией состояние, характеризующееся одновременным снижением поведенческих, когнитивных и эмоциональных компонентов целенаправленного поведения [15]. *Поведенческие изменения* проявляются в снижении эффективности решения повседневных задач, решаемых человеком в семейном или профессиональном контексте. Они также могут быть выражены в виде серьезных сложностей с инициированием и поддержанием целенаправленного поведения вплоть до того, что некоторым людям требуется побуждение для реализации повседневных дел. *Когнитивные изменения*

обнаруживают себя в снижении познавательных функций, относящихся к постановке и реализации целенаправленного поведения. В этом случае человек сообщает, что у него нет ни планов на будущее, ни желания что-либо делать в повседневной жизни. *Эмоциональные изменения* проявляются в снижении аффективной реакции в ответ на события, связанные с целенаправленной деятельностью. Например, столкнувшись с личными потерями, проблемами со здоровьем или финансовыми неудачами, апатичные люди демонстрируют либо эмоциональную отстраненность, либо неуместные эмоциональные реакции. Пытаясь описать проблему апатии, Р. Марин задался тремя вопросами [15].

Первый вопрос звучит следующим образом: *«Является ли апатия приобретенной в зрелом возрасте чертой?»*. Общеизвестно, что среди здоровой популяции встречаются индифферентные люди. Например, в исследовании Б. Нейгартена и его коллег описаны пожилые люди с апатичной картиной нормального старения, характеризующейся пассивностью на протяжении всей жизни и низкими показателями ролевой активности, самооценки и удовлетворенности жизнью [18]. Как правило, в случае здоровых людей речь идет о *селективной апатии*, проявляющейся по отношению к какой-либо конкретной сфере жизнедеятельности, не представляющей особого интереса и ценности. При тяжелых формах апатии речь всегда идет о нарушениях психосоциальной адаптации и, как следствие, соответствии такого психического состояния регистру личностных расстройств.

Второй вопрос, который сформулировал Р. Марин, заключается в следующем: *«Является ли апатия реакцией на редукцию стимулов в окружающей среде?»*. Серьезные изменения в социальной или физической среде могут привести к потере мотивации (например, при помещении человека в специальные учреждения наподобие тюрьмы, дома для престарелых или психиатрической больницы). Стихийные бедствия в виде наводнения, землетрясения и торнадо также нарушают нормальное развитие мотивации, вызывая состояние психологического онемения с переживаниями апатии, отчуждения и общей «растерянности» в жизни. Кроме того, многие люди жалуются на апатию и ощущение бессмысленности в менее тяжелых случаях социальных потрясений, таких, как потеря ролевой функции при выходе на пенсию или осуществление обязанностей по уходу за ребенком в декретном отпуске. Однако помимо социально-экологических причин апатии следует учитывать биологические факторы. В частности, у пожилых людей при потере слуха или зрения развивается безразличие ко многим ранее интересовавшим их вещам и занятиям [6].

Третий вопрос относится к следующему моменту: *«Является ли апатия признаком какого-либо определенного психического, неврологического или соматического заболевания?»*. Апатия сопутствует многим распространенным заболеваниям, в том числе депрессии, шизофрении, деменции, синдрому лобной доли, инсульту, химической зависимости и т.д. Здесь особую значимость приобретает дифференциальная диагностика причин апатии, которую на примере депрессии проиллюстрировали А. Раскин и Дж. Сатанантан: «Нужно быть очень осторожным, что отличить нормальную апатию и эмоциональную отстраненность у пожилых людей от апатии, характерной для депрессии в этой возрастной

категории. Необходимо также отличать апатию, наблюдаемую у пожилых людей в состоянии депрессии, от двигательной заторможенности и эмоциональной отстраненности при других психических состояниях, таких как шизофрения» [22, p. 15].

Подводя итог своим размышлениям, Р.Марин призвал специалистов к тщательному «расследованию» причин апатии, учету биологических, социальных, культурных, физических и личностных факторов развития апатичных людей. Идеи Р. Марина привели исследователей к дальнейшему осмыслению проблемы апатии как психического состояния, периодически появляющегося у большинства здоровых людей. Так, например, группа исследователей под руководством Т.Кавако обнаружила, что в здоровой популяции апатия в значительной степени связана с ухудшением исполнительных функций, что подтверждает ее соответствие картине нормального психологического старения [9].

Диагностические критерии апатии

В 2018 году были пересмотрены разработанные в 2000 году и доработанные в 2008 году диагностические критерии апатии [23]. К обсуждению этого вопроса были привлечены многие участники целевой группы 2008 года, а также специалисты центра исследования памяти при университете Лазурного берега, занимающегося изучением апатии с помощью информационно-коммуникационных технологий, специалисты французской сети центров исследования памяти, функционирующих при университетских клиниках, специалисты рабочей группы по изучению апатии из международного сообщества клинических исследований и методологии, специалисты международного общества по продвижению исследований и лечения болезни Альцгеймера. В состав заключительной целевой группы вошли 23 эксперта (исследователи, медицинские работники и представители одного регулирующего органа и фармацевтической промышленности), которые в ходе 26-го Европейского конгресса по психиатрии, состоявшегося 5 марта 2018 года в Ницце, достигли консенсуса в определении пересмотренных диагностических критериев апатии и тем самым утвердили «золотой стандарт» диагностики апатии в психиатрии (табл.).

Таблица

Диагностические критерии апатии (цит. по [23])

-
- А** Количественное снижение целенаправленной активности в поведенческом, когнитивном, эмоциональном или социальном аспектах по сравнению с предыдущим уровнем функционирования пациента. Эти изменения могут быть сообщены самим пациентом или наблюдающими за ним лицами.
-
- В** Наличие по крайней мере двух симптомов из трех следующих областей при условии, что эти симптомы присутствуют у пациента большую часть времени на протяжении как минимум последних четырех недель.

В 1. Поведение и когнитивные особенности

Отсутствие или ослабление целенаправленного поведения и познавательной активности, о чем свидетельствует по крайней мере один из следующих симптомов:

- *общий уровень активности*: пациент стал менее активен в домашней обстановке или на работе, прилагает меньше усилий для инициации и выполнения спонтанных задач или нуждается в побуждении для их решения;

- *настойчивость в деятельности*: пациент менее настойчив в поддержании активности или разговора, в поиске решения проблем или размышлениях об альтернативных способах их решения, если они становятся трудными;
- *реализация выбора*: пациент стал менее заинтересованным, большую часть его времени занимает проблема выбора при наличии альтернатив (например, выбор телевизионной программы, приготовление пищи и т.д.);
- *интерес к посторонним проблемам*: пациент меньше интересуется или слабее реагирует как на хорошие, так и на плохие новости, а также меньше интересуется новыми вещами;
- *личное благополучие*: пациент менее заинтересован собственным здоровьем, благополучием и внешним видом (например, общая привлекательность, уход за собой, одежда и т.д.).

В 2. Эмоции

Отсутствие или ослабление эмоциональной активности, о чем свидетельствует по крайней мере один из следующих симптомов:

- *спонтанные эмоции*: пациент проявляет меньше спонтанных (самогенерируемых) эмоций или кажется менее заинтересованным в отношении к событиям, которые должны быть для него значимы, и людям, которых он хорошо знает;
- *эмоциональные реакции на окружающую среду*: пациент стал меньше эмоционально реагировать в ответ на позитивные и негативные события в его окружении, которые влияют на него самого или людей, которых он хорошо знает (например, текущее положение дел, реакция на шутки и ситуации в телесериалах и кинофильмах, отношение к предложениям делать что-то, что он не хочет делать);
- *воздействие на других*: пациент меньше беспокоится о влиянии своих действий или чувств на окружающих его людей;
- *эмпатия*: пациент проявляет меньше соучастия по отношению к эмоциям и чувствам других людей (например, не становится счастливым или печальным, когда другие испытывают счастье и печаль, не способен на оказание помощи другим).
- *вербальная или физическая экспрессия*: пациент выдает меньше вербальных или физических реакций, отражающих его эмоциональное состояние.

В 3. Социальное взаимодействие

Отсутствие или ослабление вовлеченности в социальное взаимодействие, о чем свидетельствует по крайней мере один из следующих симптомов:

- *спонтанная социальная инициатива*: пациент проявляет меньше инициативы в спонтанных планах на социальные или досуговые мероприятия для семьи и других людей;
- *социальное взаимодействие*: пациент стал либо меньше участвовать, либо полностью равнодушен к социальным и досуговым мероприятиям, предлагаемым ему окружающими людьми;
- *взаимоотношения с членами семьи*: пациент проявляет меньше интереса к членам семьи (например, не знает, что с ними происходит, не встречается с ними и не предпринимает попыток связи);
- *вербальное взаимодействие*: пациент менее склонен начинать разговор или старается как можно быстрее от него уйти.
- *домоседство*: пациент предпочитает оставаться дома чаще или дольше обычного и проявляет меньше интереса к знакомству с другими людьми.

С Эти симптомы (А–В) вызывают клинически значимые нарушения в личной, социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

D Симптомы (А–В) не обусловлены ограничениями физических возможностей (например, потерей зрения и слуха), двигательными расстройствами, нарушениями сознания, физиологическими эффектами химических веществ (например, наркотических средств, медикаментов) или серьезными изменениями в окружающей среде пациента.

Дифференциальный диагноз апатии

В клинической практике необходима дифференциальная диагностика апатии. Р. Марин пишет о том, что в случаях, когда апатия является не первичным, а вторичным дефектом, ее необходимо рассматривать в качестве симптома того или иного синдрома. Так, по его мнению, такие синдромы, как делирий, деменция, депрессия, абулия, акинезия и деморализация, составляют дифференциальный диагноз апатии [14].

Апатия и делирий. Делирий представляет собой преходящее состояние сознания, характеризующееся нарушением способности к переключению и поддержанию внимания, колебанием уровня сознания, расстройствами памяти и восприятия, разнообразными аффективными симптомами и изменениями в поведении. В исследовании Е. Климика и его коллег было установлено, что апатия в прединсультном периоде является одним из наиболее значимых предикторов риска развития делирия у пациентов, перенесших инсульт [10].

Специалисты выделяют гиперактивный делирий, при котором пациенты страдают от тревожности, быстрой смены эмоциональных состояний, проблем с концентрацией внимания, и гипоактивный делирий, характеризующийся апатией, сниженным аффектом и избеганием ответственности. Некоторые исследователи даже предпочитают называть гипоактивный делирий «острым апатическим синдромом», однако подчеркивают, что «чистая» апатия является более стабильным состоянием, чем делирий, соответственно, ее можно дифференцировать по времени и характеру протекания [24].

Апатия и деменция. Деменция — это приобретенный синдром интеллектуальной недостаточности, приводящий к нарушениям в социальной или профессиональной сферах жизнедеятельности [14]. В свою очередь, апатия является частым симптомом деменции. По данным зарубежных исследований апатия наблюдается у 36–88% пациентов с деменцией при болезни Альцгеймера и у 60–90% пациентов с фронтотемпоральной деменцией [28]. Кроме того, известно, что апатия связана с увеличением нагрузки на ухаживающий персонал, снижением функционирования в повседневной жизни и ростом заболеваемости у пациентов с болезнью Альцгеймера [27].

Для распознавания апатии при деменции специалисты используют психологические диагностические инструменты, основанные на самоотчете или отчете близких и ухаживающих людей [17]. Косвенным свидетельством того, что деменция отягощена апатичным состоянием, является резкое ухудшение внимания, беглости речи, вербальной и зрительной памяти [5].

Апатия и депрессия. Наиболее часто специалисты затрудняются дифференцировать апатию и депрессию, поскольку в их основе лежит дефицит мотивации. По мнению Р. Марина, необходимо отличать апатию при депрессии, или депрессивную апатию, от апатии как нейропсихиатрического синдрома, или истинной апатии [14]. Так, пациенты с депрессивной апатией способны активно сопротивляться попыткам лечения и социальной реабилитации, нередко демонстрируют самоуничижительные мысли и суицидальные идеи, тогда как

пациенты с истинной апатией пассивны, подчиняемы и эмоционально отстранены от любых переживаний и страданий. Кроме того, в некоторых клинических случаях апатия обладает большей предсказательной силой, чем депрессия [26].

Недавно группа испанских специалистов под руководством Ж. Пагонабаррага определила общие и специфические симптомы апатии и депрессии, которые могут быть использованы для дифференциальной диагностики данных состояний [20]. По их мнению, специфическими симптомами апатии являются снижение инициативы; избегание участия в делах, которыми занимаются другие люди; потеря интереса к социально значимым событиям и повседневным делам; снижение интереса к окружающему миру; эмоциональное безразличие; слабое реагирование на эмоциональные стимулы; утрата привязанностей; отсутствие заботы о чувствах и интересах других людей. К специфическим симптомам депрессии они отнесли печаль, чувство вины, негативные мысли и чувства, беспомощность, безнадежность, пессимизм, самокритику, тревожность и суицидальные настроения.

Наконец, общими симптомами апатии и депрессии они назвали задержку психомоторного развития, ангедонию, анергию, снижение физической активности по сравнению с обычным состоянием, отсутствие энтузиазма и интереса к ранее значимым событиям и делам. При обнаружении общих симптомов апатии и депрессии практикующие специалисты могут подтвердить данные состояния с помощью диагностических инструментов. В настоящее время наиболее распространенными для этих целей считаются шкала оценки апатии (Apathy Evaluation Scale, AES) и опросник здоровья пациента-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) [11; 15].

Апатия и абулия. Другие трудности заключаются в дифференциальной диагностике апатии и абулии. Между тем, если апатия в самом широком смысле может быть определена как дефицит мотивации, то абулия представляет собой дефицит воли и характеризуется пассивностью, снижением спонтанного поведения и речи, отсутствием инициативы и психомоторной заторможенностью [21]. Результаты эмпирических исследований также указывают на тот факт, что при апатии наблюдается полное отсутствие эмоциональных переживаний, тогда как при абулии пациент способен к эмоциональным реакциям на различные стимулы [19].

Апатия и акинезия. Акинетический мутизм характеризуется глубокой апатией и отсутствием моторных действий. Несмотря на то, что теоретически апатия напрямую не связана с двигательной активностью, на практике многие специалисты обнаруживают апатию у пациентов с акинезией и даже выделяют особую апатическую форму акинетического мутизма [3; 12; 25].

Апатия и деморализация. Деморализация — это психическое состояние, возникающее в ответ на переживание непреодолимого стресса [13]. Как отмечает Р. Марин, главное отличие между апатией и деморализацией заключается в том, что апатия представляет собой полное отсутствие каких-либо чувств, в том числе беспокойства или эмоционального расстройства, тогда как деморализация переживается как дисфорическое, болезненное, неблагоприятное психическое состояние. Кроме того, у находящегося в состоянии апатии человека отсутствует аффективная ориентация на будущее, в то время как человек, страдающий от

деморализации, выражает потерю надежды или осмысленности в отношении собственного будущего [14].

Заключение

Проблема апатии имеет давнюю историю изучения в психиатрической науке, результатом чего стал большой объем теоретических и эмпирических исследований апатии. Результаты этих исследований позволяют сделать два основных вывода. Во-первых, общепризнанные диагностические критерии апатии определяют основные поведенческие, когнитивные, эмоциональные и социальные симптомы, устанавливая тяжесть и продолжительность указанных симптомов, а также указывают на последствия апатии в личной, социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности. Во-вторых, апатия клинически и феноменологически близка с рядом других симптомов и состояний, что требует от современных специалистов навыков дифференциальной диагностики.

В связи с современной тенденцией к психологизации проблемы апатии перспективой дальнейших ее исследований становится междисциплинарная диагностика апатии, объединяющая психиатрическую и психологическую оценку как комплексную систему скрининга, мониторинга и профилактики апатии в группах лиц, находящихся в группах риска (например, лиц с различными соматическими и психическими заболеваниями, лиц, находящихся в трудных жизненных ситуациях и т.д.).

Литература

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington. DC: APA, 2013. 947 p.
2. Ang Y.S., Lockwood P.L., Kienast A. et al. Differential impact of behavioral, social, and emotional apathy on Parkinson's disease // *Annals of Clinical and Translational Neurology*. 2018. Vol. 5. № 10. P. 1286–1291. DOI: 10.1002/acn3.626
3. Arnts H., van Erp W., Lavrijsen J.C.M. et al. On the pathophysiology and treatment of akinetic mutism // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2020. Vol. 112. P. 270–278. DOI: 10.1016/j.neurobiorev.2020.02.006
4. Bock M.A., Bahorik A., Brenowitz W.D. et al. Apathy and risk of probable incident dementia among community-dwelling older adults // *Neurology*. 2020. Vol. 95. P. 24. DOI: 10.1212/WNL.0000000000010951
5. Breitve, M.H., Brønnick, K., Chwiszczuk, L.J. et al. Apathy is associated with faster global cognitive decline and early nursing home admission in dementia with Lewy bodies // *Alzheimer's Research and Therapy*. 2018. Vol. 10. P. 83. DOI: 10.1186/s13195-018-0416-5
6. Buettner L.L., Fitzsimmons S., Atav S. et al. Cognitive stimulation for apathy in probable early-stage Alzheimer's // *Journal of Aging Research*. 2011. Article ID 480890. DOI: 10.4061/2011/480890

7. Dorst M.E.G., Rensen Y.C.M., Husain M. et al. Behavioral, emotional and social apathy in alcohol-related cognitive disorders // *Journal of Clinical Medicine*. 2021. Vol. 10. P. 2447. DOI: 10.3390/jcm10112447
8. Friedman J.H., Goetz C.G. Apathy in Parkinson disease // *Neurology*. 2020. Vol. 95. P. 20. DOI: 10.1212/WNL.00000000000010961
9. Kawagoe T., Onoda K., Yamaguchi S. Apathy and executive function in healthy elderly – resting state fMRI study // *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2017. Vol. 9. e:124. DOI: 10.3389/fnagi.2017.00124
10. Klimiec E., Kowalska K., Pasinska P. et al. Pre-stroke apathy symptoms are associated with an increased risk of delirium in stroke patients // *Scientific Reports*. 2017. Vol. 7. № 1. e:7658. DOI: 10.1038/s41598-017-08087-7
11. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms // *Psychosomatic Medicine*. 2002. Vol. 64. № 2. P. 258–266. DOI: 10.1097/00006842-200203000-00008
12. Kurukumbi M., Dang T., Crossley N. et al. Unique presentation of akinetic mutism and coexisting thyroid storm relating to stroke // *Case Reports in Neurological Medicine*. 2014. Article ID 320565. DOI: 10.1155/2014/320565
13. Li J., Liu X., Xu L. et al. Current status of demoralization and its relationship with medical coping style, self-efficacy and perceived social support in Chinese breast cancer patients // *European Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 34. № 4. P. 211–218. DOI: 10.1016/j.ejpsy.2020.06.007
14. Marin R.S. Differential diagnosis and classification of apathy // *American Journal of Psychiatry*. 1990. Vol. 147. № 1. P. 22–30. DOI: 10.1176/ajp.147.1.22
15. Marin R.S., Biedrzycki R.C., Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale // *Psychiatry Research*. 1991. Vol. 38. № 2. P. 143–162. DOI: 10.1016/0165-1781(91)900040-v
16. Massimo L., Kales H.S., Kolanowski A. State of the science: apathy as a model for investigating behavioral and psychological symptoms in dementia // *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018. Vol. 66. № 1. P. 4–12. DOI: 10.1111/jgs.15343
17. Nobis L., Husain M. Apathy in Alzheimer's disease // *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2018. Vol. 22. P. 7–13. DOI: 10.1016/j.cobeha.2017.12.007
18. Neugarten B.L., Havighurst R.J., Tobin S.S. Personality and patterns of aging. In B.L. Neugarten (Ed.), *Middle Age and Aging* (pp. 173–180). Chicago: University of Chicago Press, 1968.
19. Oliveira-Souza R.D., Figueiredo W.M. Multimodal iatrogenic apathy // *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 1996. Vol. 54. № 2. P. 216–221. DOI: 10.1590/s0004-282x1996000200007.
20. Pagonabarraga J., Kulisevsky J., Strafella A.P. et al. Apathy in Parkinson's disease: clinical features, neural substrates, diagnosis, and treatment // *Lancet Neurology*. 2015. Vol. 14. № 5. P. 518–531. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00019-8

21. *Palmisano S., Fasotti L., Bertens D.* Neurobehavioral initiation and motivation problems after acquired brain injury // *Frontiers in Neurology*. 2020. Vol. 11. P. 23. DOI: 10.3389/fneur.2020.00023
22. *Raskin A., Sathananthan G.* Depression in the elderly // *Psychopharmacology Bulletin*. 1979. Vol. 15. № 2. P. 14–16.
23. *Robert P., Lanctôt K.L., Agüera-Ortiz L. et al.* Is it time to revise the diagnostic criteria for apathy in brain disorders? The 2018 international consensus group // *European Psychiatry*. 2018. Vol. 17. № 54. P. 71–76. DOI: 10.1616/j.eurpsy.2018.07.008
24. *Schieveld J.N.M., Strik J.M.H.* Hypoactive delirium is more appropriately named as “acute apathy syndrome” // *Critical Care Medicine*. 2018. Vol. 46. № 10. P. 1561–1562. DOI: 10.1097/CCM.0000000000000334
25. *Spiegel D.R., Warren A., Takakura W. et al.* Disorders of diminished motivation: what they are, and how to treat them // *Current Psychiatry*. 2018. Vol. 17. № 1. P. 10–18.
26. *Tay J., Morris R.G., Tuladhar A.M. et al.* Apathy, but not depression, predicts all-cause dementia in cerebral small vessel disease // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2020. Vol. 91. P. 953–959. DOI: 10.1136/jnnp-2020-323092
27. *van der Linde R.M., Denning T., Stephan B.C. et al.* Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review // *British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 209. № 5. P. 366–377. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148403
28. *van Reekum R., Stuss D.T., Ostrander L.* Apathy: Why care? // *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005. Vol. 17. № 1. P. 7–19. DOI: 10.1176/jnp.17.1.7
29. *Vilalta-Franch J., Calvó-Perxas L., Garre-Olmo J. et al.* Apathy syndrome in Alzheimer's disease epidemiology: prevalence, incidence, persistence, and risk and mortality factors // *Journal of Alzheimer's Disease*. 2013. Vol. 33. № 2. P. 535–543. DOI: 10.3233/JAD-2012-120913

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington. DC: APA, 2013. 947 p.
2. Ang Y.S., Lockwood P.L., Kienast A. et al. Differential impact of behavioral, social, and emotional apathy on Parkinson's disease. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, 2018, vol. 5, no. 10, pp. 1286–1291. DOI: 10.1002/acn3.626
3. Arnts H., van Erp W., Lavrijsen J.C.M. et al. On the pathophysiology and treatment of akinetic mutism. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2020, vol. 112, pp. 270–278. DOI: 10.1016/j.neurobiorev.2020.02.006
4. Bock M.A., Bahorik A., Brenowitz W.D. et al. Apathy and risk of probable incident dementia among community-dwelling older adults. *Neurology*, 2020, vol. 95, p. 24. DOI: 10.1212/WNL.00000000000010951

5. Breitve, M.H., Brønneck, K., Chwiszczuk, L.J. et al. Apathy is associated with faster global cognitive decline and early nursing home admission in dementia with Lewy bodies. *Alzheimer's Research and Therapy*, 2018, vol. 10, p. 83. DOI: 10.1186/s13195-018-0416-5
6. Buettner L.L., Fitzsimmons S., Atav S. et al. Cognitive stimulation for apathy in probable early-stage Alzheimer's. *Journal of Aging Research*, 2011, article ID 480890. DOI: 10.4061/2011/480890
7. Dorst M.E.G., Rensen Y.C.M., Husain M. et al. Behavioral, emotional and social apathy in alcohol-related cognitive disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 2021, vol. 10, p. 2447. DOI: 10.3390/jcm10112447
8. Friedman J.H., Goetz C.G. Apathy in Parkinson disease. *Neurology*, 2020, vol. 95, p. 20. DOI: 10.1212/WNL.0000000000010961
9. Kawagoe T., Onoda K., Yamaguchi S. Apathy and executive function in healthy elderly – resting state fMRI study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2017, vol. 9, e:124. DOI: 10.3389/fnagi.2017.00124
10. Klimiec E., Kowalska K., Pasinska P. et al. Pre-stroke apathy symptoms are associated with an increased risk of delirium in stroke patients. *Scientific Reports*, 2017, vol. 7, no. 1, e:7658. DOI: 10.1038/s41598-017-08087-7
11. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 2002, vol. 64, no. 2, pp. 258–266. DOI: 10.1097/00006842-200203000-00008
12. Kurukumbi M., Dang T., Crossley N. et al. Unique presentation of akinetic mutism and coexisting thyroid storm relating to stroke. *Case Reports in Neurological Medicine*, 2014, article ID 320565. DOI: 10.1155/2014/320565
13. Li J., Liu X., Xu L. et al. Current status of demoralization and its relationship with medical coping style, self-efficacy and perceived social support in Chinese breast cancer patients. *European Journal of Psychiatry*, 2020, vol. 34, no. 4, pp. 211–218. DOI: 10.1016/j.ejpsy.2020.06.007
14. Marin R.S. Differential diagnosis and classification of apathy. *American Journal of Psychiatry*, 1990, vol. 147, no. 1, pp. 22–30. DOI: 10.1176/ajp.147.1.22
15. Marin R.S., Biedrzycki R.C., Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Research*, 1991, vol. 38, no. 2, pp. 143–162. DOI: 10.1016/0165-1781(91)900040-v
16. Massimo L., Kales H.S., Kolanowski A. State of the science: apathy as a model for investigating behavioral and psychological symptoms in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2018, vol. 66, no. 1, pp. 4–12. DOI: 10.1111/jgs.15343
17. Nobis L., Husain M. Apathy in Alzheimer's disease. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2018, vol. 22, pp. 7–13. DOI: 10.1016/j.cobeha.2017.12.007
18. Neugarten B.L., Havighaurst R.J., Tobin S.S. Personality and patterns of aging. In B.L. Neugarten (Ed.), *Middle Age and Aging*. Chicago: University of Chicago Press, 1968, pp. 173–180

19. Oliveira-Souza R.D., Figueiredo W.M. Multimodal iatrogenic apathy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1996, vol. 54, no. 2, pp. 216–221. DOI: 10.1590/s0004-282x1996000200007
20. Pagonabarraga J., Kulisevsky J., Strafella A.P. et al. Apathy in Parkinson's disease: clinical features, neural substrates, diagnosis, and treatment. *Lancet Neurology*, 2015, vol. 14, no. 5, pp. 518–531. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00019-8
21. Palmisano S., Fasotti L., Bertens D. Neurobehavioral initiation and motivation problems after acquired brain injury. *Frontiers in Neurology*, 2020, vol. 11, p. 23. DOI: 10.3389/fneur.2020.00023
22. Raskin A., Sathananthan G. Depression in the elderly. *Psychopharmacology Bulletin*, 1979, vol. 15, no. 2, pp. 14–16.
23. Robert P., Lanctôt K.L., Agüera-Ortiz L. et al. Is it time to revise the diagnostic criteria for apathy in brain disorders? The 2018 international consensus group. *European Psychiatry*, 2018, vol. 17, no. 54, pp. 71–76. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.008
24. Schieveld J.N.M., Strik J.M.H. Hypoactive delirium is more appropriately named as “acute apathy syndrome”. *Critical Care Medicine*, 2018, vol. 46, no. 10, pp. 1561–1562. DOI: 10.1097/CCM.0000000000003334
25. Spiegel D.R., Warren A., Takakura W. et al. Disorders of diminished motivation: what they are, and how to treat them. *Current Psychiatry*, 2018, vol. 17, no. 1, pp. 10–18.
26. Tay J., Morris R.G., Tuladhar A.M. et al. Apathy, but not depression, predicts all-cause dementia in cerebral small vessel disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2020, vol. 91, pp. 953–959. DOI: 10.1136/jnnp-2020-323092
27. van der Linde R.M., Denning T., Stephan B.C. et al. Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2016, vol. 209, no. 5, pp. 366–377. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148403
28. van Reekum R., Stuss D.T., Ostrander L. Apathy: Why care? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2005, vol. 17, no. 1, pp. 7–19. DOI: 10.1176/jnp.17.1.7
29. Vilalta-Franch J., Calvó-Perxas L., Garre-Olmo J. et al. Apathy syndrome in Alzheimer's disease epidemiology: prevalence, incidence, persistence, and risk and mortality factors. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2013, vol. 33, no. 2, pp. 535–543. DOI: 10.3233/JAD-2012-120913

Информация об авторе

Золотарева Алена Анатольевна, кандидат психологических наук, старший преподаватель департамента психологии, старший научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>, e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Золотарева А.А. Теоретический анализ
проблемы диагностики апатии
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 3. С. 17–30.

Zolotareva A.A. Theoretical Analysis
of the Apathy Diagnostical Measurement
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 3, pp. 17–30.

Information about the author

Alena A. Zolotareva, PhD in Psychology, Senior Lecturer of the School of Psychology, Senior Research Fellow of the International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, National Research University "Higher School of Economics", Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5724-2882>, e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Получена: 13.08.2020

Received: 13.08.2020

Принята в печать: 15.09.2021

Accepted: 15.09.2021