

АПАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ: СТРУКТУРА И ДИНАМИКА

О. П. Вертоградова, К. А. Кошкин

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

В классических работах 19–20 веков подчеркивается тесная связь апатии и меланхолии: «апатическая форма меланхолии» [9], «общая апатия», «болезненная апатия» [11, 16], «циклотимия с апатией», «безразлично-апатическое настроение», «апатическое настроение», «апатия» [8, 17, 18, 20].

Феноменологическое определение апатии дает К.Ясперс [22]: – «Когда все чувства отсутствуют, больной, находящийся в полном сознании, не утрачивший ориентировки и способности видеть, слышать, наблюдать и вспоминать, относится ко всему, что с ним происходит, с полным безразличием. Для него не существует разницы между событиями, способствующими его счастью и удовлетворению и тем, что причиняет скорбь, чревато опасностями, грозит уничтожением».

В литературе последних десятилетий остается актуальным обсуждение психопатологической структуры, типологии, нозологической принадлежности депрессий с апатией. Отмечается структурная сложность депрессивного аффекта, его неоднородность при депрессиях, что находит отражение в выделении различных моделей гипотимных расстройств [4, 10, 14, 23, 24, 29]. Апатию рассматривают как один из вариантов депрессивного аффекта [4], как «исходное, базисное проявление эндогенной депрессии» [13], как «мотивационное угнетение» в рамках тоскливо-апатического снижения настроения [10], как аффективное расстройство негативного спектра [19], как базисное свойство личности [3]. Апатические депрессии относят к простым формам аффективных синдромов или оценивают как один из компонентов структуры сложных депрессий с различными исходами [2, 21], рассматривают апатические депрессии как неблагоприятные затяжные формы заболевания [1, 7, 12, 15] или как результат длительного лечения СИЗОС [25, 38]. Разделяют апатию и депрессию [33] и указывают на сходство апатических проявлений при разных заболеваниях [26], возражают против определения апатии как аффекта [5, 13], выделяют апатические расстройства как облигатные проявления депрессивных состояний при аффективных расстройствах [6, 31, 36, 37]. Различные подходы к феноменологическому и психопатологическому пониманию апатии затрудняют четкое определение

ее границ в картине депрессий, дифференциации от других сходных по клиническим проявлениям состояний [28]. Работы последних лет указывают, что выделение апатии в клинической картине требует специального внимания и специальных методик [32, 34, 35]. Трудности диагностики, прогностической оценки депрессий с апатическими проявлениями определяют необходимость изучения апатии в структуре депрессии.

Целью настоящего исследования являлось установление закономерностей формирования и течения депрессий, включающих апатические расстройства.

Материалы и методы

В исследование включены больные, проходившие стационарное лечение в условиях клинического отделения Московского НИИ психиатрии, чье состояние соответствовало критериям МКБ-10 (ВОЗ, 1990, 1992) для: F31.3; F32; F33; F34. Исключались варианты депрессии психотического уровня, депрессивные расстройства при шизофрении, органическом поражении ЦНС, хроническом алкоголизме, токсикомании или обострении соматических заболеваний.

Основной метод исследования – клинико-психопатологический, а также психометрический (шкала депрессии Монтгомери-Асберга – MADRS), статистический.

Обследовано 100 больных (41 муж. и 59 жен.). Возраст пациентов – 17–71 год (в среднем 35,8±2,6 лет). По возрасту больные распределились следующим образом (табл. 1).

Основные социально-демографические данные приведены в табл. 2.

Длительность депрессивного расстройства составляла в среднем 40,9±10,0 месяцев. Максимальная продолжительность – 198 месяцев (16,5 лет), минимальная 3 месяца (рис. 1).

Наибольшая продолжительность депрессивного расстройства – 4,6 лет в возрастной группе от 31 до 40 лет и 3,8 года – от 41 до 50 лет, 3,9 года в возрастной группе старше 50.

У 23 больных (23,0%) наблюдаемое депрессивное расстройство возникло впервые, продолжительность эпизода составляла в среднем

Возрастные группы (N=100)

Возраст	от 17 до 30	от 31 до 40	от 41 до 50	от 51 до 60	от 61 до 80
мужчины	25 (25,0%)	6 (6,0%)	6 (6,0%)	3 (3,0%)	1 (1,0%)
женщины	19 (19,0%)	12 (12,0%)	16 (16,0%)	10 (10,0%)	2 (2,0%)
всего	44 (44,0%)	18 (18,0%)	22 (22,0%)	13 (13,0%)	3 (3,0%)

Таблица 2

Социально-демографические показатели (N=100)

	Показатель	%
Семья	Состоят в браке	52
	Гражданский брак	6
	Холостые	34
	Разведенные	8
Социальное положение	Служащие	46
	Рабочие	11
	Учащиеся	18
Образование	Среднее	14
	Неоконченное среднее	3
	Среднее специальное	13
	Неоконченное высшее	20
	Высшее	50
	На иждивении	43

75±11 дней. У 77% больных с повторными эпизодами продолжительность наблюдаемого эпизода в среднем – 94±8 дней. Различия достоверны ($p<0,05$). Выявлены достоверные ($p<0,05$) различия между депрессивными расстройствами, где апатия являлась ведущим аффектом в первом эпизоде, и где она появлялась не ранее второго. Продолжительность депрессивных эпизодов в группе, где первый эпизод был апатическим, достоверно меньше чем в группе, где апатия появлялась не ранее второго эпизода (рис. 2).

В основу систематизации групп положена оценка депрессивного расстройства по доминирующему аффекту.

Депрессивный аффект рассматривался как структура, включающая три основных компонента (тоска, тревога, апатия), находящиеся в динамических отношениях. Ведущий аффект определялся при поступлении, на второй неделе и при выписке.

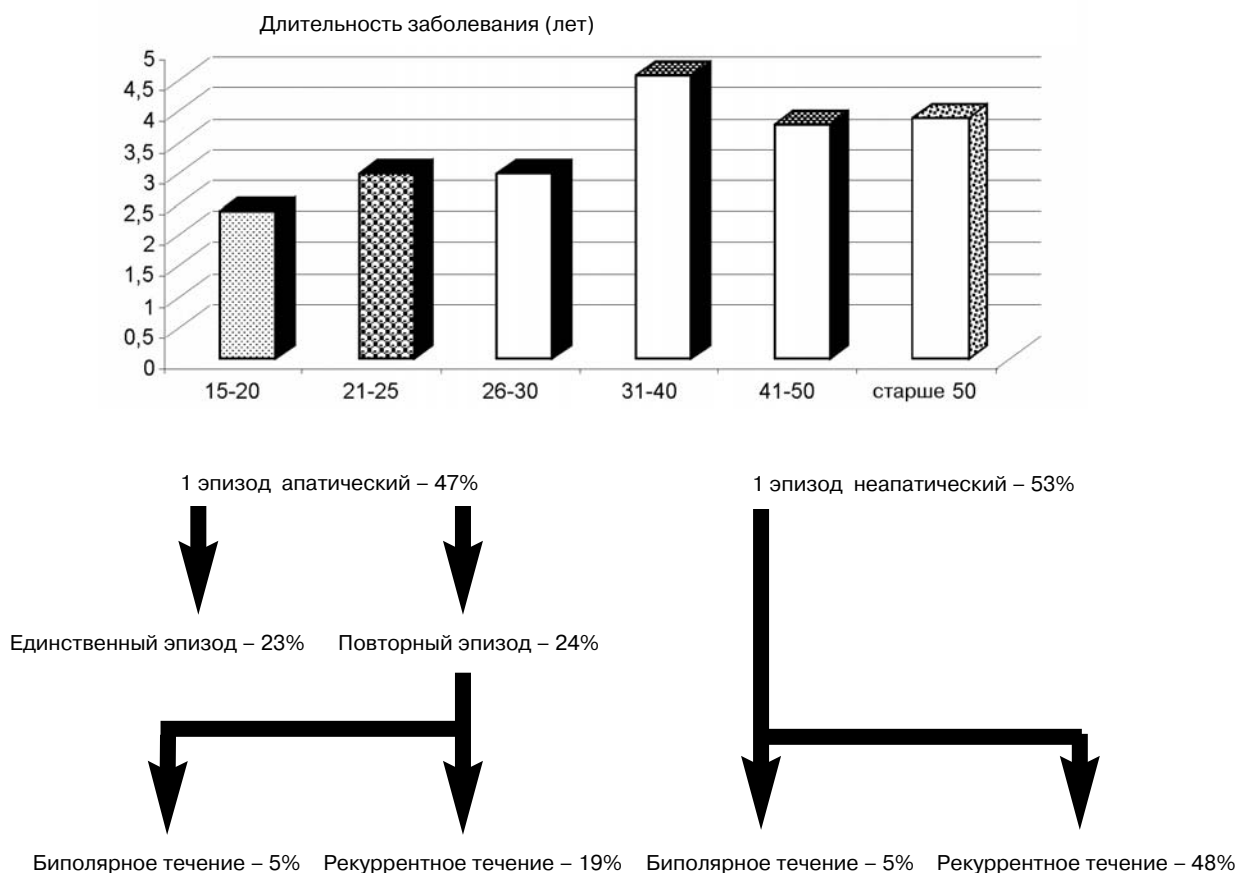


Рис. 2. Течение (анамнестические данные, N=100)

Результаты исследования

У 59% больных в структуре аффекта преобладала апатия. У 41% апатия сочеталась с тоской (18%) или тревогой (23%). Были выделены группы: с доминирующей апатией в аффективном звене; доминирующая апатия в аффективном звене с тоскливыми включениями; доминирующая апатия в аффективном звене с тревожными включениями (табл. 3).

Средний суммарный балл по шкале Монтгомери-Асберга (N=100) на момент поступления составлял $23,0 \pm 0,9$, что свидетельствует о преобладании депрессии умеренной тяжести.

Апатический подтип. Апатические расстройства в этой группе являлись наиболее значимым проявлением депрессии. Состояние характеризовалось снижением активности «хотения», без четкого субъективного ощущения сниженного настроения. Эмоциональный отклик как на положительные, так и на отрицательные события снижен. Субъективно значимые события воспринимались безразлично, «как будто со стороны». Идентификация потребностей, желаний, расстановка приоритетов, их удовлетворение – затруднена. Снижение дифференцированности интересов, побуждений, потребностей сменялось их утратой и ощущением бессмысленности существования. Затруднения в принятии решений вызывали чувство бессилия. Идеомоторные расстройства характеризовались трудностями сосредоточения на определенной проблеме или поиске ее решения, общей нецеленаправленностью.

Таблица 3

Выраженность ведущего аффекта (N=100)

Вариант аффекта		Выраженность в баллах
Апатический (N=59)		$2,3 \pm 0,2$
Апато-тоскливый (N=18)	апатия	$1,3 \pm 0,4$
	тоска	$1,0 \pm 0,5$
Апато-тревожный (N=23)	апатия	$2,1 \pm 0,4$
	тревога	$1,3 \pm 0,3$

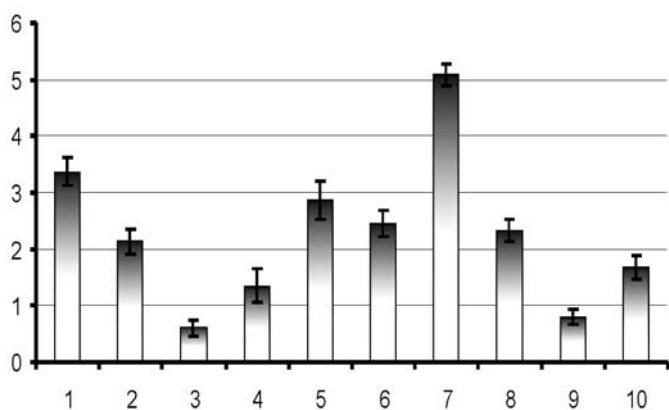


Рис. 3. Показатели MADRS для апатического подтипа (N=59)

Снижена моторная активность и способность к достижению результата. Отсутствовала субъективная необходимость в осуществлении какой-либо деятельности. Вместе с тем, отмечен «феномен вработываемости», выражающийся в облегчении реализации поставленных задач по мере их выполнения при отсутствии признаков утомления после работы. Пациенты определяли настроение как «пустое», «никакое», становились пассивными, безынициативными.

Отсутствие активности, безразличие воспринимались как следствие болезни, а не ее содержание. Характерно двойственное отношение к апатии. С одной стороны, понимание и признание ее болезненного характера, проявляющееся своеобразной борьбой с ней, пассивной готовностью вернуть себе прежнюю активность и интерес к жизни. С другой стороны – примирение, стремление приспособиться к своему состоянию.

Анализ динамики депрессивного эпизода показал, что первые признаки расстройства проявлялись в снижении эмоционально дифференцированного отношения к мыслям, которое ощущалось как трудности сосредоточения, снижение способности к запоминанию и воспроизведению информации. К этому присоединялись сомато-вегетативные расстройства (уменьшение либидо, нарушения сна и аппетита). Нарастание выраженности апатии сопровождалось снижением физической активности, способности к невербальной экспрессии и эмоциональным реакциям (как на субъективно позитивные раздражители, так и на субъективно негативные). Соматопсихические нарушения были диффузны, не имели четкой локализации. Отмечалось ощущение общей физической слабости в мышцах, уменьшающейся при физической нагрузке. В целом, данный подтип отличался матовостью, тусклостью психопатологических расстройств.

По данным шкалы депрессии Монтгомери-Асберга среднее суммарного балла составляло на момент поступления $22,7 \pm 1,1$, что соответствует умеренной степени выраженности депрессивного эпизода.

Согласно показателям шкалы (рис. 3), преобладающая апатия (7) сочеталась с умеренно выраженными показателями объективных признаков подавленности (1) и снижения аппетита (5).

Данный подтип апатической депрессии отмечался в 59 наблюдениях: 26 мужчин (44%) и 33 женщины (56%) Из них 3 наблюдения (5,1%) были квалифицированы как биполярное аффективное расстройство, 39 наблюдений (66,1%) – как рекуррентное депрессивное расстройство, 17 (28,8%) – как депрессивный эпизод.

Возраст пациентов составил от 17 до 71 года (в среднем $34,5 \pm 3,3$). Средняя длительность заболевания – $39,1 \pm 9,7$ месяцев. Возраст начала – от 29 до 34 лет.

Апато-тоскливый подтип. Больные определяли состояние как «бесперспективное», тяготились

отсутствием привычного уровня заинтересованности в окружающем. Отсутствие субъективно значимого внутреннего побуждения к действию, снижение интенсивности переживаний оценивались как одно из самых тяжелых, мучительных проявлений состояния. Выраженность тоскливых включений определяла уровень недовольства собой, чувства вины. Снижение побуждений к деятельности составляло основную фабулу идей самообвинения и самоуничтожения, которые связывались не с апатией, а с тоской как с препятствием, не позволяющим «вернуться к нормальной жизни». При усилении тоскливого компонента интенсивность апатии не менялась, но становилась менее значимой. При снижении интенсивности тоскливых переживаний обнаруживалось отсутствие побуждений и эмоциональных реакций. По мере нарастания апатических расстройств, глубина тоскливых уменьшалась. При максимальной степени выраженности апатии тоскливые проявления были мало выражены или практически отсутствовали. Больные много времени проводили в постели, опасаясь ухудшения состояния при физической нагрузке.

При формировании депрессивного эпизода данного подтипа первые признаки проявлялись в сомато-вегетативных нарушениях: снижался аппетит и нарушался сон. Телесные ощущения описывались как «тяжесть», «давление», с преимущественной локализацией в за грудиной области. По мере развития состояния отмечались снижение физической активности, а затем идеаторные нарушения (трудности сосредоточения, монотематизация мыслительной продукции). Снижение эмоциональной откликаемости (потеря интереса к обычно важным событиям) сигнализировало об углублении депрессии. На следующем этапе нарастала выраженность идеаторного (идеи вины) и аффективного компонента. Развивалось равнодушие, безучастность к окружающему, резко снижались коммуникативные навыки, уменьшался объем межличностных контактов. Когда апатические расстройства достигали значительной степени выраженности, пациенты большую часть времени проводили в постели, не

испытывая ни к чему интереса. Отличительной особенностью этого подтипа являлись пессимизм, идеи вины, основным содержанием которых были собственно апатические расстройства.

По данным шкалы депрессии Монтгомери-Асберга среднее значение суммарного балла составляло на начало исследования $22,1 \pm 4,1$.

Согласно показателям шкалы (рис. 4), апатия (7) сопровождается умеренно выраженными субъективными признаками подавленности (2), сниженным аппетитом (5) и утратой способности чувствовать (8).

К этому подтипу отнесено 18 больных: 7 мужчин (39%) и 11 женщин (61%). 3 наблюдения (16,7%) были квалифицированы как биполярное аффективное расстройство, 12 (66,6%) – как рекуррентное, 3 (16,7%) – как депрессивный эпизод.

Возраст больных составил от 19 до 65 лет (в среднем $38,2 \pm 7,0$). Средняя длительность заболевания – $48,7 \pm 19,3$ месяцев. Возраст начала заболевания – от 28 до 40 лет.

Апато-тревожный подтип. При этом подтипе, наряду с жалобами на потерю прежнего удовлетворения от работы, снижением «физических и моральных сил», отмечались тревожные включения либо малодифференцированные, либо связанные с конкретными обстоятельствами. Во всех наблюдениях пациенты объясняли апатию отсутствием физических сил. Периодически отмечалось кратковременное усиление тревоги, напряженности с вегетативными симптомами. Спонтанно нарастающие тревожные включения преобладали над ситуационно обусловленными.

Наблюдалась тесная взаимосвязь между выраженностью апатических и тревожных расстройств. При легкой степени их выраженности отмечалось незначительное снижение психической активности, интереса к работе, с периодически возникавшей безотчетной напряженностью, беспокойством и ощущением психической неполноценности, с неспособностью концентрировать внимание, сосредоточиться, заставить себя предпринять какое-либо усилие.

При развитии депрессивного эпизода возникали и нарастали трудности в выполнении необходимого объема физической активности, к которым присоединялись изменения в эмоциональной сфере, снижение интересов, потеря привычного эмоционального отклика. Переход от легкой к выраженной степени апатических расстройств характеризовался нарастанием сомато-вегетативных нарушений (снижением аппетита, веса, либидо) с беспокойными опасениями и напряженностью. Телесные ощущения, мигрирующие, без четкой локализации проявлялись ощущением «жжения», «зуда». Дальнейшее нарастание эмоциональной безучастности сопровождалось монотематичными тревожными опасениями о невозможности восстановления привычной активности. Отличительной особенностью данного подтипа было беспокойное отношение к апатическим расстройствам, которые воспринимали-

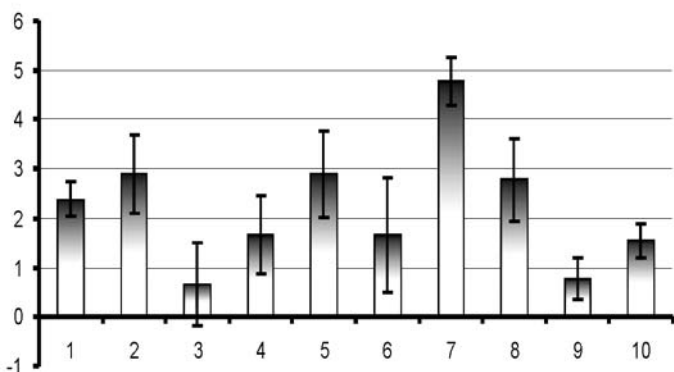


Рис. 4. Показатели MADRS для апато-тоскливого подтипа (N=18)

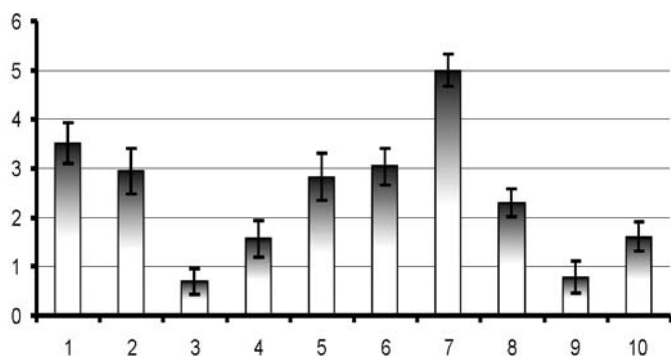


Рис. 5. Показатели MADRS для апато-тревожного подтипа (N=23)

лись как беспричинное бессилие, потеря контроля над собой.

По данным шкалы депрессии Монтгомери-Асберга среднее суммарного балла составляло на начало исследования $24,3 \pm 1,6$.

Согласно показателям шкалы (рис. 5), преобладающая апатия (7) сочеталась с умеренно выраженными признаками объективной и субъективной подавленности (1, 2) и нарушениями концентрации внимания (6).

К этому подтипу отнесены 23 больных: 8 мужчин (35%) и 15 женщин (65%). Из них 4 наблюдения (17,4%) квалифицированы как биполярное аффективное расстройство, 16 (69,6%) – как рекуррентное, 3 (13,0%) – как депрессивный эпизод.

Возраст составил от 18 до 60 лет (в среднем $37,1 \pm 5,6$). Средняя длительность заболевания – $39,4 \pm 14,5$ месяцев. Возраст начала заболевания – от 28 до 39 лет.

В результате клинико-психопатологического анализа выделены общие для всех подтипов характеристики апатии:

- субъективное ощущение снижения эмоционального отклика как на положительные, так и на отрицательные события;
- эмоционально отстраненное, «объектное» восприятие субъективно значимых событий;
- отсутствие стойких дифференцированных стремлений и побуждений;
- снижение внутренней психической активности и побудительной силы субъективно значимых мотивов;
- уменьшение или полное отсутствие привычных потребностей (в зависимости от степени выраженности апатических расстройств);
- снижение моторной активности и способности к целенаправленным усилиям: отсутствие субъективной необходимости в осуществлении какой-либо деятельности; вратываемость (выраженные трудности в начале деятельности, уменьшающиеся по мере ее осуществления); низкая физическая и психическая истощаемость;
- обеднение, запустение идеаторной сферы по содержанию при сохранении достаточного уровня когнитивных возможностей.

Нарушения сна проявлялись повышенной сонливостью без ускоренного засыпания (37%), «утратой чувства перехода от бодрствования ко сну» (70%), с отсутствием ощущения потребности во сне (74%), запаздыванием пробуждения на несколько часов (79%), затруднением регистрации перехода от сна к бодрствованию (93%). Желудочно-кишечные симптомы – снижением аппетита (68%), утратой вкусовых качеств пищи (82%), запорами (94%). Значительно снижалось либидо (91%). Несколько реже выявлялось снижение показателей артериального давления (39%).

Анализ особенностей личности во всей исследуемой выборке позволил выделить в качестве наиболее характерных черты, присущие тревожным и зависимым личностям. Вместе с тем, наряду с тре-

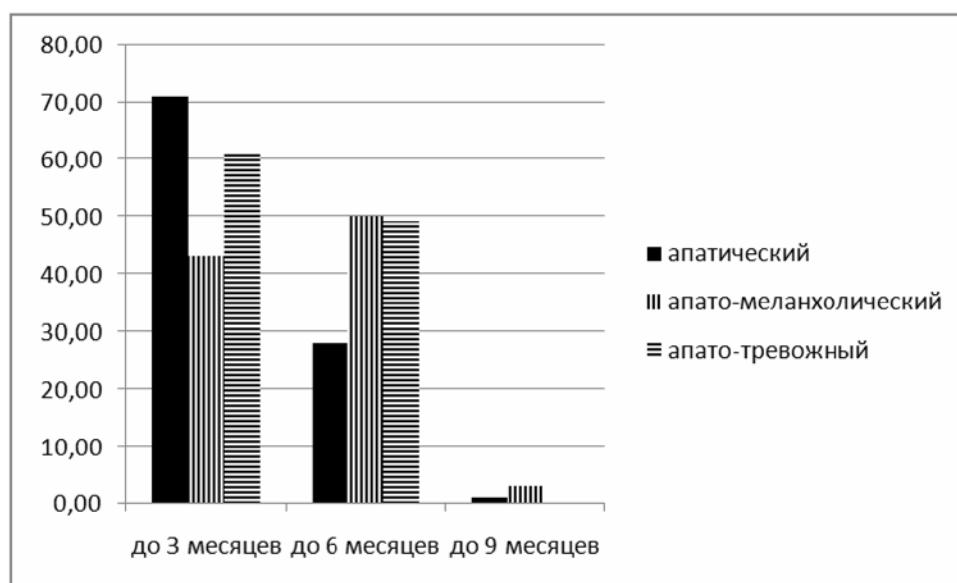


Рис. 6. Продолжительность текущего эпизода (N=100)

важными и зависимыми чертами каждый из подтипов обладает особенностями. Апатический подтип выделяется наличием шизоидных черт, для апато-тоскливого характерно присоединение демонстративных и параноидных черт, для апато-тревожного – признаков ананкастной и пограничной личности.

Продолжительность наблюдаемого эпизода у разных подтипов была различной.

Продолжительность большинства эпизодов апатического подтипа (71%) составила 3 месяца, 28% – 6 месяцев, 1% – 9 месяцев (рис. 6). Апато-тоскливый подтип характеризовался большей продолжительностью эпизода: 50% – 6 месяцев, 5% – 9 месяцев, 45% – 3 месяца. Для апато-тревожного подтипа 61% – 3 месяца, 39% – 6 месяцев. Средняя длительность эпизода (в днях) у апатического подтипа составила 86,1+8,9, у апато-тоскливого – 100,6+17,6, у апато-тревожного – 92,0+13,8. Различия между подтипами недостоверны, однако дают представление о тенденциях.

Заключение

Апатия может быть определена наряду с тоской и тревогой как один из значимых компонентов аффективной сферы депрессивных расстройств. На основании преобладания (значительной представленности) и выраженности апатии по отношению к другим составляющим аффективного расстройства можно выделить варианты, в которых апатический аффект является синдромообразующим. Апатия определяет особенности структуры всех составляющих депрессивного синдрома: аффективные, идеаторные, моторные, а также соматовегетативные. Степень представленности апатии в структуре аффективного расстройства позволяет выделить подтипы, обладающие характерными особенностями психопатологической структуры. Апатия формируется на разных этапах заболевания и может сохраняться в процессе его дальнейшего развития. Наибольшая склонность к затяжному течению характеризует апато-тоскливый подтип.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных (руководство для врачей). М., 1981. 528 с.
2. Арапчаева Ч.А. Психопатология эндогенных, апатических депрессий // Журнал неврологии и психиатрии. 1995. № 4. 50 с.
3. Вельтишев Д.Ю. Соотношение эндогенных и ситуационных факторов в психопатологической картине и динамике первично развивающихся затяжных депрессивных состояний: Автореф. ... канд. мед. наук. М., 1988. 35 с.
4. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 5–7.
5. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л., 1982. 192 с.
6. Григорьева Е.А. К вопросу о тяжести депрессии // Журнал неврологии и психиатрии. 1979. № 4. С. 444–448.
7. Зорин В.Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1996. № 6. С. 23–27.
8. Каннабах Ю.В. Циклотимия (Cyclothymia), ее симптоматология и течение. Диссертация на степень доктора медицины. М.: «Печатня С.П.Яковлева», 1914. С. 67–70.
9. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М.: Товарищество И.Н.Кушнарев и Ко, 1893. 604 с.
10. Краснов В.Н. Аффективные расстройства // Психиатрия. Национальное руководство. М., 2009. С. 490–512.
11. Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии. Пер. с нем. СПб.: Риккер, 1881. С. 171–172.
12. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. М., 2008. 383 с.
13. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л., 1988. 264 с.
14. Пападопулос Т.Ф. Психопатология депрессий при маниакально-депрессивном психозе и шизоаффективных психозах // Депрессии: Вопросы клиники, психопатологии, терапии. М., 1970. С. 15–17.
15. Петухов В.В. Затяжные депрессии. (Структура, терапевтическая динамика, прогноз): Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 219 с.
16. Попов Н.М. Лекции по общей психопатологии. Казань, 1897. 231 с.
17. Рыбаков Ф.Е. Циклофрения. М., 1914. 182 с.
18. Сербский В.П. Психиатрия. М., 1912. 216 с.
19. Смудевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М., 2007. 41 с.
20. Суханов С.А. Семиотика и диагностика душевных болезней (в связи с уходом за больными и лечением их). М., 1904. 180 с.
21. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. проф. А.Б.Смудевича. М., 1997. С. 12–26.
22. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997. 1053 с.
23. Akiskal H.S. Residual and resistant depressions. Northern California Psychiatric Association Annual Meeting, Monterey, California, 1989. P. 14.
24. Bock C., Bukh J.D., Vinberg M., Gether U. Validity of the diagnosis of a single depressive episode in a case register // Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health. 2009. Vol. 5, N 4. P. 47.
25. Bolling M.Y., Kohlenberg R.J. Reasons for quitting serotonin reuptake inhibitor therapy: paradoxical psychological side effects and patient satisfaction // Psychother. Psychosom. 2004. Vol. 73. P. 380–385.
26. Faerden A., Vaskinn A., Finset A. et al. Apathy is associated with executive functioning in first episode psychosis // BMC Psychiatry. 2009. Vol. 9, N 1. P. 4.
27. Fava G.A., Tossani E. Prodromal stage of major depression // Early Intervention in Psychiatry. 2007. Vol. 1, N 9. P. 18.
28. Fava L. Identifying and managing depression in the medical patient // Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry. 2005. Vol. 7, N 6. P. 282–295.
29. Hecht H., von Zerssen D., Wittchen H. Anxiety and depression in a community sample: The influence of comorbidity on social functioning // J. Affect. Disord. 1990. Vol. 18. P. 1387–1404.
30. Kessing L.V. Severity of depressive episodes during the course of depressive disorder // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 192. P. 290–293.
31. Kielholz P. Chronische endogene Depressionen // Chronische endogene Psychosen / Hrsg. H. von Kranz, K. Heinrich. Stuttgart, 1973. S. 5–7.
32. Lee S.H., Wen M.C., Chao C.C. et al. Apathy in late-life depression among Taiwanese patients // Int. Psychogeriatr. 2008. Vol. 20, N 2. P. 328–337.
33. Marin R.S. Apathy: Concept, syndrome, neural mechanisms, and treatment // Semin. Clin. Neuropsychiatry. 1996. Vol. 1, N 4. P. 304–314.
34. Marin R.S., Butters M.A., Mulsant B.H. et al. Apathy and executive function in depressed elderly // J. Geriatr. Psychiatry. Neurol. 2003. Vol. 16, N 2. P. 112.
35. Molnar G. Depressive type of drawing test without melancholy // Neuropsychopharmacol. Hung. 2008. Vol. 10, N 3. P. 159–164.
36. Payk Th.R. Therapy of depressive psychoses // Ther. Ggw. 1977. Vol. 116, N 10. P. 1816–1826.
37. Picat G. Conduit a tenir devan un etat depressif // Arch. Med. Norm. 1975. Vol. 12. P. 583–590.
38. Wongpakaran N., van Reekum R., Wongpakaran T., Clarke D. Selective serotonin reuptake inhibitor use associates with apathy among depressed elderly: a case-control study // Ann. Gen. Psychiatry. 2007. Vol. 6. P. 7.

АПАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ: СТРУКТУРА И ДИНАМИКА

О. П. Вертоградова, К. А. Кошкин

Целью настоящего исследования являлось установление закономерностей формирования и течения депрессий, включающих апатические расстройства.

Материалы и методы. В исследование включены 100 больных, проходивших стационарное лечение в условиях клинического отделения Московского НИИ психиатрии, чье состояние соответствовало критериям МКБ-10 для F3х. Исключались варианты депрессии психотического уровня, депрессивные расстройства при шизофрении, органическом поражении ЦНС, хроническом алкоголизме, токсикомании или обострении соматических заболеваний. Основной метод исследования – клинико-психопатологический, а также психометрический (шкала депрессии Монтгомери-Асберга – MADRS), статистический.

Результаты. Апатический аффект определяет особенности структуры всех составляющих депрессивного синдрома: аффективные,

идеаторные, моторные, а также соматовегетативные. Представленность апатии в структуре аффективного расстройства позволяет выделить подтипы, обладающие особенностями психопатологической структуры. Апатия формируется на разных этапах заболевания и может сохраняться в процессе его дальнейшего развития. В 59% наблюдений в картине депрессии преобладала апатия. У 18% преобладание апатии сочеталось с тоской и у 23% – с тревогой. Наибольшая склонность к затяжному течению характеризует апато-тоскливый подтип.

Заключение. Апатия может быть определена как один из значимых компонентов аффективной сферы депрессивных расстройств. На основании преобладания и выраженности апатии по отношению к другим составляющим аффективного расстройства можно выделить варианты, в которых апатический аффект является синдромообразующим.

Ключевые слова: апатическая депрессия, апатия.

APATHETIC DEPRESSION: STRUCTURE AND DYNAMICS

O. P. Vertogradova, K. A. Koshkin

Goal: studying the regularities of development and course of depression, specifically in apathetic disorders.

Material and method: 100 inpatients hospitalized in the clinic of the Moscow Research Institute of Psychiatry, whose condition met the ICD-10 criteria for F 3x. Psychotic depressions, depressive conditions in schizophrenia and exacerbations of somatic diseases were excluded from the sample. Methods used: clinical-psychopathological, psychometric (MADRS) and statistical ones.

Results: Apathetic affect determined the characteristics of all the constituents of the depressive syndrome: affective, cognitive and motor, as well as somatovegetative ones. Presence of apathy in the structure of the

affective disorder varied, thus suggesting a number of subtypes with specific psychopathological structure. Apathy was formed at different stages of the disorder and could persist in the course of its further development. In 59% depressive cases apathy prevailed; in 18% cases apathy combined with sadness, and in 23% it combined with anxiety. The apathetic-sad subtype was most prone to long-term course.

Conclusion: Apathy can be defined as one of significant components of the affective sphere of depressive disorders. Severity of apathy as compared to other constituents of the affective disorder, could point to the variant, in which the apathetic affect seemed to underlie the syndrome.

Key words: apathetic depression, apathy.

Вертоградова Ольга Петровна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель группы по изучению депрессий ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; тел.: (495) 963-7696

Кошкин Кирилл Александрович – научный сотрудник группы по изучению депрессий ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: doctor_koshkin@mail.ru