



А. А. Золотарева

Диагностика апатии



Психодиагностические монографии

Алена Золотарева

Диагностика апатии

НПФ «Смысл»

2020

УДК 159.9.07(075.8)
ББК 88.91

Золотарева А. А.

Диагностика апатии / А. А. Золотарева — НПФ «Смысл»,
2020 — (Психодиагностические монографии)

ISBN 978-5-89357-403-6

В руководстве представлены три шкалы для психологической диагностики апатии. Новая шкала апатии предназначена для скрининговой и дифференциальной диагностики апатии у взрослых русскоязычных респондентов. Опросник юношеской апатии Р. Хандельмана направлен на оценку безразличия к академическим успехам и неудачам в студенческой среде. Шкала профессиональной апатии Г. Шмидта позволяет измерять утрату профессиональной мотивации у сотрудников российских организаций. Для психологов-исследователей и специалистов в области клинической, педагогической и организационной психологии. В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

УДК 159.9.07(075.8)

ББК 88.91

ISBN 978-5-89357-403-6

© Золотарева А. А., 2020

© НПФ «Смысл», 2020

Содержание

Введение	5
Благодарности	6
Проблема апатии в психиатрии и психологии	7
Апатия как симптом в психиатрии	7
Апатия как симптом в психологии	12
Диагностика апатии в науке и практике	17
«Золотой стандарт» диагностики апатии	17
Конец ознакомительного фрагмента.	18

Алена Анатольевна Золотарева

Диагностика апатии

Введение

Что такое апатия? В толковом словаре живого великорусского языка В. И. Даля дано определение апатии как бесстрастия, бесчувствия, равнодушия, безучастия, безучастности, невозмутимости, холодности, посылости, косности, вялости и лени (*Даль, 2006*). Эти псевдонимы апатии, широко распространенные и порицаемые в житейской психологии, становятся все более актуальными в современном мире и потому нуждаются в научном психологическом осмыслении.

На страницах данной монографии читатель сможет найти историю развития представлений об апатии в психиатрии и психологии, а также ознакомиться с «золотым стандартом» диагностики и существующими инструментами для измерения апатии. Основную часть монографии занимает психометрический анализ разработанных и адаптированных психологических шкал апатии. Результатом серии исследований с участием студентов российских вузов, сотрудников медицинской организации, сотрудников современной коммерческой организации, пациентов психиатрической клиники и лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, стал психологический анализ проблемы апатии в различных жизненных ситуациях и обстоятельствах. Представленные в данной монографии психологические шкалы апатии могут быть использованы как исследователями, так и практиками в области клинической психологии, психодиагностики и психотерапии.

Благодарности

Автор благодарит Анатолия Михайловича Золотарева, Анну Александровну Лебедеву и Андрея Викторовича Власова за помощь в организации и проведении отдельных исследований.

Проблема апатии в психиатрии и психологии

Апатия как симптом в психиатрии

За более чем вековую историю исследований психиатры пришли к выводу о том, что апатия является транснозографическим симптомом, сопровождающим многие психические, неврологические и соматические заболевания (*Chanachev, Berney, 2010*). В 2005 году состоялось 16-е ежегодное совещание Американской нейropsychиатрической 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, и т. д.) (*American Psychiatric Association, 2013*).

Почему же Американская психиатрическая ассоциация отказала современным клиницистам в определении апатического расстройства как отдельной нозологической формы? Возможно, в этом виноват тот факт, что в последние годы мы можем наблюдать явную психологизацию проблемы апатии.

Проблема человеческих состояний, связанных с равнодушием к себе, другим людям и окружающему миру, издавна служила предметом особого внимания деятелей психиатрической науки. Еще в 1834 году П. А. Бутковский, автор первого в мире учебника по психиатрии, описал состояние бездейственного равнодушия, при котором больной утрачивает какие-либо желания и становится негибким «подобно свинцу» (*Бутковский, 1834*). Спустя тридцать лет после выхода в свет труда П. А. Бутковского немецкий психиатр К. Л. Кальбаум разработал учение о кататонии, ставшее, по сути, первой научной системой, затронувшей проблему апатии с медицинской точки зрения (*Kahlbaum, 1874*). Сам К. Л. Кальбаум при описании кататонического синдрома не использовал понятие апатии; в его знаменитой работе о кататонии речь идет о психопатологическом синдроме, сочетающем в себе психические расстройства с поражением двигательной сферы, проявляющимся в таких симптомах, как «восковая гибкость» мышц, неподвижность или ограниченность движений, мутизм, негативизм с сопротивлением выполнению указаний, стереотипные и бесцельные повторные движения и т. д. При кататонии, по мнению К. Л. Кальбаума, происходит типичная смена маниакальных и меланхолических состояний в жизни больного: сначала он экзальтированно оживлен, его речь содержит много пафоса, а жесты хаотичны и размашисты, он бравирует чудачеством и нелепыми выходками, может совершить какой-либо разрушительный поступок, затем он впадает в ступор, становится безмолвным и скованным вплоть до решительного принятия «позы эмбриона».

Термин «апатия» (от греческого ἀπάθεια – бесчувственность) впервые был употреблен в психиатрической литературе в 1902 году французским психиатром Р. Масселоном (*Masseion, 1902*). Вслед за ним при описании психического статуса пациентов с кататоническим синдромом психиатры стали повсеместно использовать понятие апатии.

Уже в 1904 году известный психиатр Э. Крепелин включил кататонию в *dementia praecox*, или раннее слабоумие, к основным клиническим проявлениям которого отнес нарастающую апатию, ослабление разума и поражение чувств и воли больного (*Kraepelin, 1919*). Его коллега Э. Блейлер в 1911 году также писал о том, что *dementia praecox* (которую он позже переименовал в шизофрению) характеризуется оскудением эмоций и снижением продуктивности

с последующей утратой инициативности и какой-либо целенаправленной деятельности, вследствие чего больные с таким диагнозом впадают в состояние апатии, похожее на «спокойствие могилы» (*Bleuler, 1911*). Эти наблюдения в дальнейшем привели к тому, что апатию стали считать не только диагностическим, но и прогностическим признаком шизофрении.

На разных стадиях шизофрении у больных может обнаруживаться вся шкала патологических проявлений в области эмоциональной жизни. «Наряду с неадекватностью выражения чувств, парадоксальностью их проявлений, странностью, необычностью, двойственностью эмоциональных тенденций возможны и депрессивные состояния различной интенсивности и качества, начиная от унылой, непонятной для окружающих скуки и кончая бурными проявлениями страха, отчаяния, тоски, которым близкие и родственники больного не находят объяснения» (*Завилянский, Блейхер, Крук, Завилянская, 1989, с. 56*). Э. Блейлер писал, что «при наблюдении за поведением некоторых больных шизофренией может создаваться впечатление, точно актер желает показать весь свой аффективный репертуар в том порядке, как ему захочется» (*Bleuler, 1920*). Пожалуй, можно сказать, что шизофрения начинается с апатии и заканчивается апатией: на ранних стадиях шизофрении типичным является так называемый неопределенный аффект, при котором чувства больных аморфны и лишены определенных рамок; на поздних стадиях болезни угасание жизни чувств приводит к апатическому оуплению, которое начинается с распада эмоциональных связей и отношений с окружающим миром (*Завилянский, Блейхер, Крук, Завилянская, 1989*).

Сущность шизофрении и ее главный отличительный признак, по мнению З. Фрейда, заключаются в неспособности больных ею людей к перенесению чувств. Тогда как больные неврозами и истериями при встрече с препятствиями на пути к овладению объектом могут отказаться от реального объекта, а впоследствии возвратиться к воображаемому или даже вытесненному объекту, только больные шизофренией утрачивают саму привязанность к объектам. Неспособность этих пациентов к перенесению чувств делает их недоступными для терапии, а «свойственное им отрицание внешнего мира, проявляющиеся признаки преувеличенной привязанности к собственному "Я", конечная апатия в последней стадии болезни» лишь подтверждают предположение об отказе от привязанности к объектам как главном механизме формирования шизофренической картины мира (*Фрейд, 1998, с. 185*).

В терминах теории привязанности, разработанной известным английским психиатром и психоаналитиком Дж. Боулби, травматический опыт ребенка, связанный с разлукой с матерью, приводит к острой дезадаптации, когда он впадает в апатию, теряет интерес к окружающему, плохо ест и спит, испытывает тревогу и отчаяние (*Bowlby, 1960*). Несмотря на то что Дж. Боулби в основном анализировал ситуации, связанные с синдромом госпитализма, шизофрения тоже является своего рода разлукой ребенка с матерью, не способной к эмоциональной близости. Подтверждением ранней психоаналитической гипотезы З. Фрейда служат также более поздние исследования, в рамках которых доказано, что дети, выросшие в семьях больных шизофренией, имеют крайне низкие шансы на обретение надежной привязанности к каким-либо объектам во взрослом возрасте (*Duncan, Browning, 2009*) и сами попадают в группу риска, поскольку нарушения привязанности в детстве ведут к психологическим и нейрохимическим аномалиям, которые участвуют в генезе шизофрении и влияют на исход болезни (*Rajkumar, 2014*).

Впоследствии психиатрами был открыт crossover-феномен, суть которого отображает увеличение паузы перед предъявлением раздражителя и сниженную скорость реакции при шизофрении (*Bellissimo, Steffy, 1975*). В ряде экспериментов было установлено, что у больных с симптомами ранней шизофрении при короткой паузе отмечается замедленная реакция, что характерно, когда пауза перед раздражителем предъявляется нерегулярно (психологический дефицит и crossover-феномен образуют Z-индекс, считающийся информативным для диагностики шизофрении). При возрастании трудности задания, усилении интенсивности нагрузки и

введении помех в деятельность больного исследователи наблюдали резкое снижение продуктивности психической деятельности. Специалисты сочли, что эти незначительные изменения, улавливаемые лишь в экспериментальных условиях, способны дифференцировать преморбидный период шизофрении, и впоследствии пришли к выводу о том, что апатический синдром – единственный надежный индикатор успешности психофармакологического и психотерапевтического лечения шизофрении (*Zakowska-Dabrowska, Szczepanska, 1975*).

В 1990-х годах американский психиатр Р. Марин вывел проблему апатии из поля исследований шизофрении и заявил о том, что апатия является следствием потери мотивации на фоне (апатия как симптом) или в отсутствие (апатия как синдром) эмоциональных расстройств, нарушений интеллекта или сознания (*Marin, 1990*). 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 и т. д.).

По мнению Р. Марина, заподозрить апатию можно по трем основным признакам (*Marin, Biedrzycki, Firinciogullari, 1991*). *Поведенческие изменения* проявляются в снижении эффективности решения повседневных задач, решаемых пациентом 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 пациент 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 пациенты демонстрируют либо эмоциональную отстраненность, либо неуместные эмоциональные реакции.

Пытаясь описать проблему апатии, Р. Марин задался тремя главными вопросами.

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 (*Neugarten, Havighurst, Tobin, 1968*). 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 (*Lifflon, Olson, 1976*). 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 осуществлении 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.

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, чтобы 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» (*Raskin, Sathananthan, 1979, p. 15*).

Подводя итог своим размышлениям, Р. Марин призвал психиатров к тщательному «расследованию» причин апатии, учету биологических, социальных, культурных, физических и личностных факторов развития апатичных пациентов.

Вопросы Р. Марина привели исследователей к дальнейшему осмыслению проблемы апатии как психического состояния, периодически появляющегося у большинства здоровых людей. В лонгитюдном исследовании, проведенном под руководством Х. Бродейти, показано, что у здоровых пожилых людей в течение пятилетнего срока усиливалась апатия, причем ее динамика была связана с посторонними оценками когнитивных искажений за предыдущие годы, но не с последующими нейropsychологическими и функциональными изменениями (*Brodaty, Altendorf, Withall, Sachdev, 2010*). Аналогичные результаты были получены группой исследователей под руководством Т. Кавако, которые показали, что в здоровой популяции апатия в значительной степени связана с ухудшением исполнительных функций, что подтверждает ее соответствие картине нормального психологического старения (*Kawagoe, Onoda, Yamaguchi, 2017*).

Концепция апатии вызвала резкую критику со стороны поведенческих неврологов, считающих понятие мотивации недоступным для психиатрической диагностики (*Stuss, Levine, Alexander et al, 2000*). Тогда поведенческие неврологи Р. Леви и Б. Дюбуа предложили говорить не о мотивации, а об отсутствии самостоятельно инициированного действия (*Levy, Dubois, 2006*). Они предположили, что апатию можно разделить на несколько типов в зависимости от локализации патологических процессов в системе префронтальной коры и базальных ганглиев, отвечающей за формирование целенаправленного поведения.

Первый тип апатии, или *эмоциональная апатия*, проявляется в отсутствии воли, утрате желаний, равнодушии к позитивным эмоциональным подкреплениям и неспособности к предсказанию последствий собственного выбора и поведения. Современные специалисты утверждают, что этот тип апатии может быть оценен с помощью клинического интервью, а также при выполнении диагностических заданий (в частности, азартные игры или задания, оценивающие способность модифицировать собственное поведение в надежде на награду) (*Bechara, Damasio, Damasio, Anderson, 1994; Czernecki, Pillon, Houeto et al, 2002; Rolls, Hornak, Wade, McGrath, 1994*). На большинство пунктов шкалы апатии С. Старкстейна пациенты дают отрицательные ответы (например, «Интересует ли Вас что-либо?», «Беспокоитесь ли Вы о своем здоровье?», «Интересно ли Вам узнавать что-то новое?» и т. д.) (*Starkstein, Berthier, Leiguarda, 1989*). Эмоциональная апатия обусловлена поражением орбитальных и медиальных отделов префронтальной коры, а также ее связей с лимбическими структурами и базальными ганглиями и, судя по последним исследованиям, наиболее часто наблюдается у пациентов с болезнью Альцгеймера (*Nobis, Husain, 2018*).

Второй тип апатии – *когнитивная апатия*, характеризующаяся нарушением необходимых для планирования деятельности когнитивных функций. При когнитивной апатии пациенты испытывают затруднения при выполнении Висконсинского теста сортировки карточек, заданий на беглость чтения, теста с литеральными ассоциациями и т. д. Патофизиологической основой когнитивной апатии выступают нарушения в латеральной префронтальной коре с сопутствующим нарушением связей с когнитивной зоной базальных ганглиев.

Третий тип апатии, или *аутоактивационный дефицит*, проявляется в виде обедненности мыслями и «ментальной пустоты», к которым могут присоединяться псевдокомпульсивные и стереотипные формы мышления и поведения. На вопрос «Нужен ли Вам толчок извне для того, чтобы начать действие?» из шкалы апатии С. Старкстейна пациенты с аутоактивационным дефицитом дают положительный ответ (*Starkstein, Berthier, Leiguarda, 1989*). Этот тип апатии вызван нарушением двусторонних связей между базальными ганглиями и лобной корой и наиболее часто наблюдается у пациентов с повреждением белого вещества лобных долей, а также при болезни Паркинсона и прогрессирующем надъядерном параличе.

Концепция Р. Леви и Б. Дюбуа также была подвергнута критике современных специалистов, суть которой сводится к тому, что в основе подобной концепции должен лежать анализ клинических материалов, а не теоретические представления авторов.

Тем самым до сих пор наиболее распространенной является концепция апатии Р. Марина. Здесь отечественные специалисты М. А. Савина и О. В. Филелеева справедливо замечают, что понятие мотива не является сугубо психологическим и используется также естественнонаучными дисциплинами, а потому проблема апатии, определяемая как дефицит мотивации, может быть в достаточной степени объективизирована в клинических исследованиях (*Савина, Филелеева, 2014*). Далее в разделе, посвященном проблеме «золотого стандарта» диагностики апатии, будут представлены общепризнанные диагностические критерии апатии, основанные на концепции Р. Марина и сочетающие как строго психиатрические, так и психологические симптомы апатии.

Апатия как симптом в психологии

Психологический интерес к проблеме апатии впервые возник в годы Второй мировой войны благодаря работам экзистенциального психолога В. Франкла. В своих воспоминаниях о жизни в концентрационном лагере он писал о том, что ставший заключенным человек сначала переживает шок прибытия, а затем погружается в апатию. Апатия становится защитным механизмом психики, своеобразным приспособлением к специфической среде, когда «все происходящее в ней достигает сознания лишь в приглушенном виде» (Франкл, 1990, с. 58). В конце концов заключенные начинают довольствоваться удовлетворением сиюминутных потребностей и рискуют впасть в так называемую тотальную апатию, которую В. Франкл описал следующим образом: «Люди просто лежали весь день на своем месте в бараке, отказывались идти на построение для распределения на работу, не заботились о получении пищи, не ходили умываться, и никакие предупреждения, никакие угрозы не могли вывести их из этой апатии; ничто их не страшило, никакие наказания – они сносили их тупо и равнодушно» (там же, с. 61).

Позже экзистенциальным анализом проблемы апатии занимались многие известные психологи, однако среди них особым образом необходимо выделить Р. Мэя. В его работе «Любовь и воля» можно найти как минимум четыре идеи, ставшие источником для ряда психологических исследований апатии (Мэй, 2013).

Первая идея заключается в том, что *apatия и шизоидный мир являются причиной и следствием друг друга*. По мнению Р. Мэя, апатия является прямой противоположностью любви и воли. То, что люди стремятся к новым горизонтам, желают оказать воздействие на других людей и готовы сами стать объектами воздействия, определяет взаимосвязь любви и воли, тогда как при апатии происходит уход от чувств. Отстраненность шизоида есть не что иное, как защита от враждебности, основанной на страхе любви и стремлении к ее подавлению. Так апатия становится свойством характера шизоида, которое заставляет его постоянно бояться действительного осуществления любви как угрозы его существованию. Анализируя шизоидную личность нашего времени, М. Перец-Альварез наделяет ее эмоциональной холодностью, безразличием и дистанцией по отношению к окружающим людям и миру (Pérez-Álvarez, 2003).

К последствиям анализируемой связи можно отнести феномен *сексуальной апатии* у мужчин, замеченный психоаналитиком Р. Гринсоном в годы после Второй мировой войны (Greenson, 1968). Именно в те годы произошли заметные изменения в сексуальном поведении общества, связанные с тем, что женщины стали экономически независимыми, относительно свободными от страха беременности и, как следствие, более напористыми и требовательными в сексуальном плане. В мужчинах же, по мнению Р. Гринсона, эти изменения укоренили бессознательный страх и ненависть к женщинам и привели их к сексуальной апатии. Кроме того, как у мужчин, так и у женщин наблюдался рост отчужденности между сексуальными отношениями и романтической любовью.

Вторая идея Р. Мэя является логическим продолжением первой и состоит в том, что *apatия в своей «нормально-шизоидной» форме может выполнять конструктивную функцию защиты*. В доказательство этой идеи он ссылается на Г. С. Салливана, по справедливому замечанию которого «apatия – любопытное состояние; это способ пережить поражение, не понеся материального ущерба, хотя если она длится слишком долго, то вред причиняет уже само это состояние. <...> апатия представляется чудесным средством защиты, с помощью которого потерпевшая сокрушительное поражение личность обретает покой и пребывает в нем до тех пор, пока не сможет заняться чем-нибудь еще» (Мэй, 2013, с. 19). Эти мысли созвучны описаниям миропомазанных и надменных снобов среди заключенных концентрационного лагеря, которые, по выражению Б. Беттельгейма, остались единственными узниками, сохранившими

прежнюю структуру своей личности и выстоявшими перед лицом страшных воспоминаний (Bettelheim, 1960).

Одним из примеров защитного характера апатии является эффект свидетеля, известный также под названием *апатии свидетеля*. Поводом для открытия этого феномена послужило печально известное убийство Кэтрин Дженовезе в 1964 году, которое, по сути, продолжалось в течение получаса на глазах у нескольких бездействовавших свидетелей. Заинтересовавшись этим случаем, Дж. Дарли и Б. Латане провели эксперимент, показавший, что незнакомому человеку, оказавшемуся в беде, готовы помочь 70 % людей, если они являются единственными свидетелями сложившейся ситуации, и только 40 % людей, находящихся в группе других свидетелей (Darley, Latané, 1968). Очевидно, что в присутствии других свидетелей человек сталкивается с диффузией ответственности, которая позволяет ему углубиться в собственные переживания вместо оказания помощи нуждающемуся и избежать встречи с реальностью за счет эмоционального ступора (Hortensius, De Gelder, 2018).

Другим примером может служить *политическая апатия*. В последние годы наблюдается тенденция к недостаточному участию молодого поколения в политической жизни многих стран. Результаты ряда исследований показали, что итогом политической пассивности молодежи является политическая апатия, проявляющаяся в отсутствии интереса у человека к политической сфере жизни общества (Dahl, Amnâ, Banaji étal, 2018).

Согласно третьей идее Р. Мэя, *между апатией и насилием существует диалектическая связь*. Ранее В. Франкл писал о том, что апатии заключенных в лагере часто сопутствовала агрессия, однако он объяснял это необычное наблюдение сугубо физиологическими последствиями хронического дефицита еды и сна (Франкл, 1990). Р. Мэй, напротив, постулировал психологическую природу этой связи. Апатия провоцирует насилие, поскольку в некоторых случаях человек становится способным на поистине разрушительные действия ради пробуждения чувств в другом человеке. Боль и страдания другого человека указывают на то, что он, по крайней мере, не остался равнодушным к преследователю. В свою очередь, насилие способствует распространению апатии за счет понимания того, что зло не может заполнить пустоту, возникающую на месте нормальных человеческих стремлений и желаний.

В 1976 году Р. Драбман и М. Томас провели эксперимент, в котором двум группам пятиклассников показывали телевизионные передачи (Drabman, Thomas, 1976). Первая группа смотрела сцену с насильственным сюжетом, вторая – сцену с нейтральным сюжетом. Сразу после просмотра телевизионных передач участников эксперимента просили присмотреть за двумя младшими детьми. Было обнаружено, что, когда младшие дети начинали спорить или драться, пятиклассники, ставшие свидетелями насильственного сюжета, медлили с обращением за помощью к взрослым, тогда как дети, смотревшие нейтральный сюжет, как правило, незамедлительно вмешивались в конфликт. На основании этих данных экспериментаторы сделали вывод о том, что просмотр телевизионных передач с насильственным сюжетом способствует формированию и развитию апатии у телезрителей.

Четвертая идея Р. Мэя заключается в том, что *апатичным может быть не только отдельный человек, но и все общество*. Открыто выступая против психиатризации проблемы апатии, он писал, что считает «это состояние хроническим эндемическим психическим недугом современного общества» (Мэй, 2013, с. 180). По мнению Р. Мэя, отсутствие любви и воли заканчивается разобщением, отдалением одного человека от другого и в конечном счете ведет к *социальной апатии*.

Интересные результаты были получены в серии экспериментов под руководством Н. Линдера, в которых исследователи задались вопросом о том, как человек реагирует на апатию другого человека (Leander, Shah, Sanders, 2014). Ими было обнаружено, что, как правило, участники экспериментов ассимилировали поведенческие признаки апатии другого человека. Позже в самоотчетах они писали о том, что апатия собеседника обескураживала их и пре-

пятствовала достижению цели общения. Однако в случае, если участники эксперимента были лично заинтересованы в достижении конкретной цели, они преодолевали собственную апатию и предпринимали необходимые попытки для достижения цели вне зависимости от поведения собеседника.

В качестве социального источника апатии как отдельного человека, так и всего общества многие специалисты называют отчуждение.

Так, Э. Фромм утверждал, что современный человек отчужден от себя, от своих близких и природы (*Фромм, 2017*). По его мнению, человеческие отношения все больше напоминают контакт отчужденных автоматов, каждый из которых стремится быть ближе к стаду и ни в коем случае не выделяться из него своими мыслями, чувствами или действиями. Это стремление к фальшивой близости с другими делает человека одиноким, страдающим от чувств опасности, тревоги и вины. Здесь-то ему на помощь и приходят различные паллиативы, среди которых ведущее место принадлежит строго бюрократизированному, механизированному труду, помогающему человеку оставаться за пределами осознания своих истинных человеческих желаний и высших устремлений.

Неудивительно, что в случае потери рабочего места человек лицом к лицу сталкивается с апатией и отчуждением. Размышляя об этом феномене, В. Франкл пришел к выводу о том, что работа является тем полем, на котором уникальность человека вступает во взаимодействие с обществом и обретает смысл и ценность (*Франкл, 2000*). Экзистенциальное значение труда становится наиболее очевидным в ситуации безработицы. Наблюдая за людьми, потерявшими работу, В. Франкл ввел понятие невроза безработицы и назвал главным его признаком апатию. Безработные становятся безразличными к окружающему миру, они воспринимают незаполненность своего времени как внутреннюю незаполненность, причем апатия является не только выражением душевного вакуума, но также следствием физического состояния. Безработица может стать для невротика желанным средством, чтобы оправдать себя за жизненные неудачи и обвинить ее в «испорченной» жизни.

Идеям В. Франкла предшествовали исследования безработицы в 1930-х годах. Так, анализ 57 автобиографий безработных в Варшаве позволил описать несколько этапов реакции на потерю работы (*Zawadzki, Lazarsfeld, 1935*). Сначала безработные испытывают страх и страдание, затем следуют оцепенение и апатия, постепенно сменяющиеся адаптацией и попытками найти новую работу. Когда тщетность таких усилий становится очевидной, надежда ослабевает и постепенно сменяется либо апатией, либо смирением. Схожие данные были получены при исследовании безработных в Италии (*Gatti, 1937*). На смену удивлению по поводу безработицы и страху будущего сначала приходит надежда, однако после потерпевших неудачу попыток найти новую работу безработные вновь погружаются в страх и в конце концов уходят в апатию.

Наконец, о связи между апатией и отчуждением говорил известный психолог С. Мадди. Он ввел понятие экзистенциального невроза как хронического состояния, проявляющегося в вялости, скуке и безразличии к самому себе и окружающим (*Maddi, 1967*). Человек, страдающий от экзистенциального невроза, отчужден от себя и от общества, причем одним из характерных признаков экзистенциальной болезни является апатия, обесценивающая любую реальную или воображаемую деятельность (*Maddi, 1998*).

В масштабном исследовании, проведенном под руководством М. Чиксентмихайи, психологи решили сравнить переживания потока на работе и во время отдыха (*Чиксентмихайи, 2012*). Участниками эксперимента стали люди различных профессий с полным рабочим днем. В течение недели они носили электронный пейджер, восемь раз в день в случайное время подававший звуковые сигналы, во время которых человек должен был заполнить опросные листы с вопросами о его занятости и самочувствии. Кроме того, им нужно было оценить степень того, насколько интересные задачи стоят перед ними и сколько умений для их решения им необходимо использовать. Состояние потока отмечалось в 54 % случаев, когда участники экспе-

римента действительно занимались профессиональной деятельностью, что свидетельствует о том, что примерно половину рабочего времени люди ощущали, что они решают задачи сложнее среднего и больше обычного используют свои способности. В свободное время, которое они посвящали чтению, просмотру телевизионных передач, общению с друзьями или походу в ресторан, лишь в 18 % опросных листов фиксировалось состояние потока. Как правило, состояние людей можно было назвать апатичным, они чувствовали себя пассивными, вялыми и скучающими. В целом, апатия отмечалась лишь в 16 % анкет во время работы, тогда как в свободное время это значение составляло 52 %.

В настоящее время проблема апатии скромно представлена в эмпирических исследованиях, однако результаты этих малочисленных работ крайне важны для психологического осмысления причин и последствий апатии. Так, в зарубежных публикациях существуют сведения о связях апатии с личностными чертами, качеством жизни, эмпатией, самоэффективностью, удовлетворенностью жизнью и субъективным благополучием.

Апатия и личностные черты. В проспективном когортном исследовании под руководством Э. Доувена были исследованы 240 пациентов в постинсультном периоде (*Douven, Staals, Schievink et al*, 2018). С помощью пятифакторного личностного опросника (NEO Five Factor Inventory, NEO-FFI) было установлено, что личностные качества пациентов связаны с развитием и стабильностью постинсультной апатии. Так, высокие показатели экстраверсии и добросовестности были связаны с более низким уровнем апатии в исходном состоянии, а более высокие показатели нейротизма в исходном состоянии были связаны с ростом показателей апатии спустя 6 и 12 месяцев после исходного наблюдения. Эти данные свидетельствуют в пользу необходимости учета личностных черт как потенциальных факторов риска развития постинсультной апатии.

Апатия и качество жизни. Современные исследователи стали все чаще затрагивать проблему связи между апатией и качеством жизни. Например, в исследовании Дж. Бенито-Леона и его коллег апатия была диагностирована у 52,2 % пациентов с болезнью Паркинсона, причем у апатичных пациентов показатели индекса по Европейскому опроснику оценки качества жизни (European Quality of Life Questionnaire, EuroQoL-5D) были значительно ниже, чем у пациентов без клинически выраженной апатии (*Benito-Leon, Staals, Schievink et al.*, 2012). В исследовании Ж. Ленгенфельдера апатия была обнаружена у 38 % пациентов с черепно-мозговой травмой, причем апатичные пациенты демонстрировали более низкие показатели ментального здоровья по опроснику качества жизни (Short Form Health Survey, SF-36) по сравнению с пациентами без симптомов апатии (*Lengenfelder, Gorover, Cagna et al.*, 2016).

Апатия и эмпатия. Эмпатия как способность сопереживать другому человеку является важным аспектом социального функционирования. П. Локвуд и ее коллеги задались вопросом, являются ли более эмпатичные люди более мотивированными (*Lockwood, Ang, Husain, Crockett*, 2017). Результаты их эмпирического исследования показали, что когнитивная эмпатия оказалась связана с более высоким уровнем мотивации в поведенческой, социальной и эмоциональной сферах жизнедеятельности, тогда как аффективная эмпатия ассоциировалась с более низкими уровнями поведенческой мотивации и более высокими уровнями эмоциональной мотивации. Факторный анализ показал, что апатия и эмпатия являются различными конструктами, в то время как аффективная эмпатия и эмоциональная мотивация подкрепляются одним и тем же латентным фактором. Исследователи сделали вывод о том, что обнаруженные закономерности имеют потенциально важное клиническое значение для диагностики и терапии расстройств, связанных со снижением эмпатии и мотивации, а также для понимания психологических особенностей этих процессов у условно здоровых людей.

Апатия и самоэффективность. Апатия является распространенным симптомом, сопровождающим процесс естественного старения. Ф. Эспосито и ее коллеги исследовали 63 условно здоровых пожилых респондента, которым дали экспериментальное задание без фикса-

рованной установки на наилучший результат, а после выполнения задания указали на его сложность и большое количество затраченных респондентами усилий (*Esposito, Gendolla, Van der Linden, 2014*). Все респонденты также заполнили шкалу общей самоэффективности (*General Self-Efficacy Scale, GSES*) Р. Шварцера и М. Ерусалема и шкалу негативного настроения (*Mini-Geriatric Depression Scale, Mini-GDS*) Дж. Клемента. Кроме того, близкий родственник каждого респондента заполнил шкалу инициативного интереса (*Initiative Interest Scale, IIS*) Ф. Эспозито, оценивающую апатические проявления в процессе старения. Результаты этого исследования показали, что пожилые люди с низкими показателями самоэффективности склонны оценивать задание как трудное и требующее больших усилий, что приводит к снижению показателей их целенаправленного поведения и, соответственно, провоцирует рост показателей апатических проявлений. Практическая ценность этого исследования заключается в том, что его результаты проливают свет на процессы, связанные с апатией при естественном старении, и открывают интересную перспективу для разработки методов психологической помощи пожилым людям.

Апатия и субъективное благополучие. В исследовании К. Занона и К. Хутца были изучены взаимосвязи между апатией, невротизмом, депрессией, тревожностью, психологической уязвимостью и удовлетворенностью жизнью (*Zanon, Hutz, 2013*). С помощью шкал позитивного и негативного аффекта (*Positive and Negative Affect Scale, PANAS*) Д. Уотсона они разделили студенческую выборку на четыре группы: дисфорическую (низкий позитивный аффект и высокий негативный аффект), эйфорическую (высокий позитивный аффект и низкий негативный аффект), эмоциональную (высокий позитивный аффект и высокий негативный аффект) и апатическую (низкий позитивный аффект и низкий негативный аффект). Респонденты из эйфорической группы набрали самые высокие баллы удовлетворенности жизнью и эмоциональной стабильности, в то время как респонденты из дисфорической группы набрали самые низкие баллы по данным показателям. Неожиданным результатом оказался тот факт, что между респондентами из эмоциональной и апатической групп не было обнаружено значимых различий по показателям удовлетворенности жизнью, депрессии, тревожности и психологической уязвимости. На основании этих закономерностей авторы исследования сделали вывод о том, что позитивный аффект способен уменьшить влияние негативного аффекта на формирование и развитие психопатологических симптомов. Во всех этих психологических исследованиях существует своего рода методическая путаница, поскольку наряду с психологическими шкалами для диагностики личностных черт и субъективного благополучия исследователи используют психиатрические шкалы апатии. Между тем, равно как проблема субъективного благополучия является междисциплинарной и с успехом изучается специалистами как в области медицины, так и в области психологии (*Лебедева, 2012*), так и проблема апатии не должна быть сведена к одному лишь медицинскому ракурсу и нуждается в специальном психологическом осмыслении.

Диагностика апатии в науке и практике

«Золотой стандарт» диагностики апатии

Первая попытка разработки диагностических критериев апатии была предпринята в 2000 году группой специалистов под руководством С. Старкстейна (*Starkstein, Petracca, Chemerinski, Kremer, 2001*). Опираясь на идеи Р. Марина, о которых шла речь в разделе «Апатия как симптом в психиатрии», они выделили ряд клинических критериев апатии при болезни Альцгеймера. Позже под эгидой Французской психиатрической ассоциации и Европейской психиатрической ассоциации была создана целевая группа для пересмотра диагностических критериев апатии (*Robert, Onyike, Leentjens et al, 2009*). Эта группа была возглавлена Ф. Робертом и включала членов Французской психиатрической ассоциации, Европейской психиатрической ассоциации и Европейского консорциума по болезни Альцгеймера. В состав целевой группы также вошли другие эксперты из Европы, Австралии и Северной Америки. В декабре 2007 года членам целевой группы был разослан проект диагностических критериев апатии для рассмотрения и редактирования. Наконец, 7 апреля 2008 года в Ницце состоялся съезд Европейской психиатрической ассоциации, на котором было достигнуто соглашение в отношении диагностических критериев апатии.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.