

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по психиатрии [под ред. А.С. Тиганова]. В 2 томах. Т.1. М.: Медицина, 1999. 712 с.
2. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016. 128 с.

REFERENCES

1. *Rukovodstvo po psikiatrii [pod red. A.S. Tiganova].* V 2 tomakh. Vol. 1. Moscow: Meditsina, 1999. 712 p. (in Russian)
2. Mendelevich V.D. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoi diagnostike v psikiatrii.* Moscow: Gorodets, 2016. 128 p. (in Russian)

Поступила 02.11.18.

УДК: 616.89–008.484

ВЛИЯНИЕ АПАТИИ НА ДЕПРЕССИЮ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Ксения Валерьевна Захарова¹, Алла Сергеевна Аведисова¹, Ирина Сергеевна Самотаева², Инна Анатольевна Аркуша¹, Роман Владимирович Лузин²

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ РФ, 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23, e-mail: ksushkaa@bk.ru, ²Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева, 115419, г. Москва, ул. Донская, д. 43

Реферат. Апатия – часто встречающийся феномен при депрессиях позднего возраста, который в последнее время стал объектом пристального изучения. Целью этого исследования явилось сравнение пациентов с депрессией, впервые возникшей в позднем возрасте с и без апатического компонента. Полученные нами данные показали, что именно апатия в большей степени оказывает влияние на тяжесть состояния пациентов, их качество жизни и когнитивные нарушения.

Ключевые слова: апатия, депрессия позднего возраста.

INFLUENCE OF APATHY ON LATE-LIFE DEPRESSION

Ksenia V. Zakharova¹, Alla S. Avedisova¹, Irina S. Samotaeva², Inna A. Arkusha¹, Roman V. Luzin²

¹Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, 119034, Russia, Moscow, Kropotkinsky per., 23, ²Moscow Research and Clinical Center for Neuropsychiatry, 115419, Russia, Moscow, Donskaya street, 43

Apathy is a common phenomenon in late age depressions, which has recently become the object of close study. The aim of this study was to compare patients with late-onset depression with and without the apathetic component. The data obtained showed that it is apathy that has a greater effect on the serious conditions in patients, their quality of life and cognitive impairment.

Key words: apathy, late-life depression.

В исследованиях последних лет все чаще приводятся данные, свидетельствующие о том, что перенесенная в пожилом возрасте депрессия представляет собой фактор риска последующего развития когнитивных нарушений и, таким образом, депрессия патогенетически оказывается связана с деменцией [1]. Результаты мета-анализа 23 клинических исследований, которые включили в себя 49612 человек (28746 пациентов с болезнью Альцгеймера (из них 5116 с депрессией) и 14901 пациента с сосудистой деменцией (из них 3437 с депрессией) выявили ассоциацию между депрессией в позднем возрасте и риском развития деменции этих типов [3]. По данным Vougin M. [2], первый эпизод депрессии у пациентов старше 70 лет в 90% случаев предшествует началу болезни Альцгеймера. Вероятно, что

помимо самого факта наличия депрессии, предшествующей формированию отчетливых когнитивных расстройств, имеют значение особенности клинической картины депрессивного состояния. В этом отношении внимание уделяется симптому апатии в структуре депрессии (апатическая депрессия), особенно в свете концепции апатического синдрома, связанного с утратой мотивации, и встречающегося при многих неврологических заболеваниях, сопровождающихся когнитивным снижением: инсульте, болезни Паркинсона, прогрессирующем параличе, болезни Хантингтона, болезни Альцгеймера, сосудистой и лобно-височной деменции [5]. Многие авторы считают, что апатия может ускорять развитие когнитивных нарушений при этих заболеваниях, ухудшать качество жизни пациентов и снижать осознание ими своего состояния и мотивацию к лечению [4, 6–9]. Другие авторы, считая бессмысленным отличать апатию от депрессии в связи с переплетающимися в единую структуру признаками, призывают сосредоточиться, прежде всего, на нейробиологических факторах, лежащих в основе различных депрессивных и апатических проявлений [2]. В то же время исследование, сравнивающее здоровых пожилых волонтеров и подобранных по возрасту пациентов с болезнью Альцгеймера, не выявило различий между группами в отношении распространенности депрессии, но продемонстрировало, что апатия присутствовала только у пациентов с деменцией [10].

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ клинических характеристик когнитивного и социального функционирования пациентов пожилого возраста с впервые выявленной апатической депрессией и депрессией без апатии. Критерием включения являлся первичный депрессивный эпизод у пациентов старше 60 лет. Критериями исключения являлись наличие алкогольной или наркотической зависимости, наличие тяжелых декомпенсированных соматических и/или неврологических заболеваний. Значимые неврологические нарушения (новообразования, постинсультные и посттравматические нарушения и другие), кроме очаговых микроангиопатических изменений. Все пациенты до включения в программу исследования подписывали информированное согласие. В работе использовались клинико-психопатологический, психометрический (шкала

апатии – AS, шкала депрессии Гамильтона – HDRS, Моса тест, геронтологическая шкала депрессии – GDS, шкала качества жизни SF-36) и статистический методы.

Было обследовано 69 пациентов (81,2% женщин, 18,85% мужчин) в возрасте 60 лет и более (средний возраст – 66,6±5,9 года) с впервые выявленным депрессивным эпизодом. 58% пациентов были одинокими (37,7% вдовыми, 11,6% холостыми, 8,7% разведенными), 42% состояли в браке. 47,8% больных имели среднее специальное образование, 40,7% высшее, 8,7% среднее и по 1,4% неполное среднее и высшее. 88,4% человек были пенсионерами, 2,9% временно безработными и только 8,7% продолжали работать.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от показателей шкалы апатии (AS): первую группу – депрессия с апатией (общий балл по шкале ≥ 14) составили 41 человек, вторую – депрессия без апатии (общий балл по шкале < 14) – 28 человек. Социодемографические характеристики пациентов были сопоставимы по показателям возраста, пола, образования и семейному положению. Различия в этих характеристиках касались трудового статуса пациентов: работающие во второй группе составили 14,3%, а в первой группе почти в 4 раза меньше (4,9%).

Первая группа статистически значимо отличалась от второй, как тяжестью депрессивного состояния (средний балл по шкале Гамильтона 19,7±5,7 по сравнению с 16,3±4,2; средний балл по Геронтологической шкале депрессии 9,8±3,2 по сравнению с 7,5±3,3) и уровнем ангедонии (4,9±3,6 по сравнению с 2,1±2,7), так и более выраженными когнитивными нарушениями (21,2±4,3 по сравнению с 23,2±2,6). Это подтверждает точку зрения ряда авторов, рассматривающих симптом апатии, а не депрессию, как связанную с последующим развитием когнитивных нарушений. При более детальном изучении структуры когнитивных нарушений было выявлено, что отмечаемые различия касались в большей степени двух показателей – внимания и речи. В отношении оценки качества жизни было отмечено, что в первой группе пациентов по сравнению со второй отмечались более низкие показатели, характеризующие физическое функционирование (55,1±21,2 по сравнению с 65,6±24,7), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (9,9±22 по сравнению с 40±42), социальное функционирование (39,9±21 по сравнению с 54,5±17,3) и общие показатели физического (36,2±6,4 по сравнению с 40,9±8,1) и психического здоровья (22,9±8,1 по сравнению с 30,6±10,1). Эти данные подтверждают результаты ряда исследований, отмечающих более низкий уровень качества жизни у пациентов с апатией. Эти данные подтверждаются и корреляционным анализом.

Проведенный корреляционный анализ выявил положительные корреляционные связи средней силы между баллом по шкале апатии и значениями шкал ангедонии и HAMD ($r=0,57$ и $r=0,48$ соответственно), а также слабые отрицательные корреляции с Моса тестом и всеми показателями шкалы качества жизни, кроме интенсивности боли.

С целью выявления сопряженности тяжести депрессии с явлениями апатии все исследованные пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от средних показателей шкалы Гамильтона (8–13 баллов – легкая, 14–18 баллов –

средняя, 19 и более – тяжелая степень). При депрессиях легкой и средней степени тяжести процент пациентов с апатией был примерно равный и составлял менее половины от общего числа пациентов (42,8% и 44% соответственно), в то время как в группе с тяжелой депрессией процент больных с апатией резко возрастал, составляя 80%. Это может свидетельствовать о тесной связи выраженности депрессивного состояния с явлениями апатии. Что касается шкалы качества жизни, то здесь различия между группами отмечались только по показателю общего состояния здоровья, причем статистическая достоверность отмечалась между всеми тремя группами, а также по показателю – интенсивность боли, здесь статистическая значимость отмечалась только между группами с легкой и тяжелой степенью депрессии. Так, не было выявлено статистически значимых различий между группами с разной выраженностью депрессии по степени тяжести когнитивных нарушений.

Заключение: средние баллы по шкалам апатии и ангедонии возрастали от группы с легкой депрессией до группы с тяжелой депрессией, причем эти различия носили статистически значимый характер, таким образом апатический компонент в структуре депрессии значительно утяжеляет состояние пациентов. Как показало наше исследование, на качество жизни влияет не столько тяжесть самого депрессивного состояния, сколько наличие апатического компонента в его структуре. Такой же вывод можно сделать и в отношении когнитивных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bennett S., Thomas A.J. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence // *Maturitas*. 2014. Vol. 79. P. 184–190.
2. Bourin M. The complexity of the relationship between «dementia» and depression // *Arch Depress Anxiety*. 2018. Vol. 4(1). P. 018–020.
3. Diniz B.S., Butters M.A., Albert S.M. et al. Latelife depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community based cohort studies // *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2013. Vol. 202. P. 329–335.
4. Garsia-Ramos R., Villanueva C., del Val J., Matias-Guiy J. Apathy in Parkinson's disease // *Neurologia*. 2010. Vol. 25, № 1. P. 40–50.
5. Ishizaki J., Mimura M. Dysthymia and apathy: diagnosis and treatment // *Depress Res Treat* 2011. Article ID: 893905.
6. Ishii S., Weintraub N., Mervis J.R. Apathy: a common psychiatric syndrome in the elderly // *J Am Med Dir Assoc*. 2009. Vol. 10, № 6. P. 381–393.
7. Landes A.M., Sperry S.D., Strauss M.E. Prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005. Vol. 17. № 3. P. 342–349.
8. Starkstein S.E., Ingram L., Garau M.L., Mizrahi R. On the overlap between apathy and depression in dementia // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005. Vol. 76, № 8. P. 1070–1074.
9. Varanese S., Perfetti B., Ghilardi M.F., Di Rocco A. Apathy, but not depression reflects inefficient cognitive strategies in Parkinson's disease // *PLoS One*. 2011. Vol. 6, № 3. P. e17846.
10. Vercelletto M., Martinez F., Lanier S. et al. Negative symptoms, depression and Alzheimer's disease // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002. Vol. 17. P. 383–387.

Поступила 17.11.18.