

АПРОБАЦИЯ НОВОЙ ШКАЛЫ АПАТИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ¹

Золотарева А.А.

Золотарева Алена Анатольевна

кандидат психологических наук, научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации; федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Славянская пл., д. 4, стр. 2, Москва, 109074, Россия. Тел.: 8 (495) 709-65-67.

E-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

Аннотация. В статье представлены результаты апробации новой шкалы апатии в психиатрической практике. На материале клинической группы, в которую вошли женщины (N = 52), находившиеся на стационарном лечении в Омской клинической психиатрической больнице им. Н.Н. Солодникова (г. Омск), показано, что новая шкала апатии обладает воспроизводимой факторной структурой, надежна и валидна (в силу позитивных корреляционных связей между показателями по новой шкале и психиатрической шкале апатии С. Старкстейна). При сравнении респонденток из клинической группы с респондентками из контрольной группы, которую составили женщины (N = 59), являющиеся сотрудницами Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова (г. Пермь), были обнаружены значимые различия как по общим показателям апатии, так и по отдельным пунктам новой шкалы. На основании полученных данных делается вывод о том, что новая шкала апатии является надежным и валидным инструментом измерения апатии и может использоваться в диагностических целях не только в психологической, но и в психиатрической практике.

Ключевые слова: апатия; шкала апатии; диагностика апатии; депрессия.

УДК 159.9:615.851

Библиографическая ссылка

Золотарева А.А. Апробация новой шкалы апатии в психиатрической практике // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 9. doi: 10.24412/2219-8245-2020-3-9

Поступила в редакцию: 09.12.2019 Прошла рецензирование: 15.02.2020 Опубликована: 18.05.2020

В житейской психологии апатия известна под несколькими псевдонимами, среди которых можно назвать безразличие, отстраненность, невозмутимость, тоску, уныние, скуку, томление, опустошенность и т.д. Эти псевдонимы в научной литературе сливаются в термин «апатия» (с греческого *απάθεια* — бесстрашие, невозмутимость), который первоначально стал употребляться психиатрами при описании состояний бездейственного равнодушия (преимущественно — в среде больных шизофренией). Еще в 1911 году известный психиатр Э. Блейлер писал о том, что *dementia praecox* (раннее слабоумие, позже переименованное 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» [7]. Многие психиатры того времени были убеждены, что пробуждение эмоциональной жизни является единственно возможным способом исцеления от шизофрении, потому проблеме диагностики апатии отводилось особое место в психиатрической практике.

¹ Исследование выполнено за счет гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых — кандидатов наук (проект № МК-541.2020.6).

Сначала психиатры определяли апатию «на глаз», на основании таких диагностических признаков, как снижение эмоциональности и спонтанности, отсутствие интонаций, физическая инертность, бедность лицевой экспрессии и коммуникативных жестов [4; 12; 15]. В период с 1960 по 1990-е годы в зарубежной практике появились как минимум три шкалы, предназначенные для стандартизированной диагностики апатии. Общей чертой этих шкал было то, что они содержали списки симптомов, каждый из которых психиатру следовало оценить с позиции того, насколько сильно выражен тот или иной симптом у его пациента. В качестве примера можно привести описание одного такого симптома из шкалы для оценки негативных симптомов Н. Андреасена (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms — SANS*): «Снижение спонтанных движений. Пациент не демонстрирует ни одного либо показывает несколько спонтанных движений, не меняет позиции тела и конечностей» [4]. Такой стиль диагностики спровоцировал критику психиатрического сообщества, суть которой сводилась к возможным искажениям внешних впечатлений об апатии.

Тогда, начиная с 1990-х годов, психиатры стали разрабатывать новые шкалы апатии, основанные на субъективных самоотчетах пациентов. Эти шкалы успешно измеряют манифестацию апатии в трех возможных измерениях, а именно на эмоциональном (пример пункта из *Apathy Inventory — AI*, или опросника апатии П. Роберта: «У Вас есть ощущение, что Вы такой же жизнерадостный, как обычно? Вы показываете свои эмоции?»), когнитивном (пример пункта из *Lile Apathy Rating Scale — LARS*, или шкалы оценки апатии Лилли: «После принятия решения Вы иногда думаете о том, что сделали неправильный выбор?») и поведенческом (пример пункта из *Structural Clinical Interview for Apathy — SCIA*, или структурированного клинического интервью для оценки апатии С. Старкстейна: «Вы чувствуете, что для того, чтобы выполнять повседневные дела, Вам нужен кто-то, кто будет указывать и управлять Вашими действиями? Вам нужен «толчок», чтобы начать выполнять повседневные дела?») уровнях [14; 18; 19]. В начале 2000-х годов одна из наиболее распространенных шкал, шкала апатии С. Старкстейна (*Starkstein Apathy Scale — SAS*), была переведена на русский язык и с тех пор успешно используется в исследованиях российских неврологов [3].

Психометрический анализ существующих шкал апатии показал, что многие из них являются валидными и надежными инструментами, способными успешно диагностировать апатию в клинических условиях [6]. В то же время исследователи обнаружили, что эти шкалы по-разному ведут себя в группах лиц с различными психоневрологическими заболеваниями и условно здоровых лиц [13]. Наконец, в 2017 году был разработан универсальный индекс апатии-мотивации Ю. Энга (*Apathy-Motivation Index — AMI*), предназначенный для диагностики апатии не только в клинической, но и в так называемой «здоровой» популяции [9]. Он содержит три субшкалы: субшкала «поведенческая активация» диагностирует способность к самоиницированию целенаправленного поведения (например, «Мне не нужны напоминания других, чтобы вовремя выполнять повседневные обязанности»), субшкала «социальная мотивация» оценивает степень вовлеченности в социальные взаимодействия (например, «Я могу начать беседу с незнакомым человеком»), субшкала «эмоциональная чувствительность» измеряет переживание позитивной и негативной привязанности (например, «Мне грустно, когда я слышу плохие новости»).

С психологической точки зрения индекс апатии-мотивации Ю. Энга совершенно не отличается от существующих клинических шкал, поскольку в его основе также лежит «золотой» стандарт психиатрической оценки апатии, разработанный еще в 2008 году на консилиуме по проблемам диагностики апатии в рамках съезда Европейской психиатрической ассоциации [17]. Между тем современная наука действительно нуждается в шкале апатии, пригодной для использования в здоровой популяции, о чем свидетельствуют участвовавшие попытки зарубежных исследователей обнаружить

закономерности между апатией и психологическими характеристиками и состояниями (например, [8]). Для решения этой проблемы в 2016 году автором исследования была разработана новая, собственно психологическая шкала для диагностики апатии как психического состояния, характеризующегося безразличием и равнодушием к себе, другим и миру (бланк шкалы и ключи к ней представлены в Приложении) [2].

В предыдущих исследованиях шкала успешно прошла проверку базовых психометрических характеристик, по результатам которой была признана валидным и надежным инструментом для диагностики апатии. Очевидным ограничением этих исследований является тот факт, что выборку преимущественно составили студенты различных высших учебных заведений. В психометрической практике наиболее часто валидизация новой шкалы проводится на студенческих выборках. Эта тенденция обусловлена двумя причинами: во-первых, многие исследователи полагают, что лишь на материале студентов можно получить гомогенные данные в силу однородности социально-демографических характеристик респондентов; во-вторых, для большинства исследователей студенты являются самой доступной и «удобной» выборкой, позволяющей в короткие сроки собрать материал. Между тем в современной литературе все чаще начинают звучать предостережения о недопустимости распространения данных, полученных на студенческих выборках, на другие группы респондентов [10], что особенно важно в психометрических работах. В настоящей статье представлено исследование, целью которого стала апробация новой шкалы апатии в психиатрической практике.

Исследование

В качестве гипотезы исследования выступает предположение о том, что *показатели по новой шкале апатии должны обнаружить позитивные корреляционные связи с показателями по психиатрической шкале апатии, причем значения этих связей должны варьироваться в пределах $0,55 < r < 0,75$* . Установленные границы, с одной стороны, позволяют говорить о валидности новой шкалы апатии (в широко известных психометрических стандартах EFPA нижним допустимым порогом для ожидаемой величины коэффициента корреляции с аналогичными тестами установлено значение $r = 0,55$), с другой стороны, будут свидетельствовать в пользу того, что новая шкала апатии не дублирует существующую психиатрическую шкалу [1].

Метод

Участники исследования. В клиническую группу вошли женщины ($N = 52$), проходившие стационарное лечение в Омской клинической психиатрической больнице им. Н.Н. Солодниковой (г. Омск). Среди них были респондентки в возрасте от 21 до 80 лет (среднее — 49,48, медиана — 54 года; стандартное отклонение — 15,87) со средним (23%), средним специальным (54%) и высшим (23%) образованием. У 62% респонденток было диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство (F33), у 38% — депрессивный эпизод (F32). Респондентки прошли тестирование анонимно по просьбе лечащих врачей отделения, перед началом тестирования они дали письменное согласие на участие в исследовании.

Контрольную группу составили женщины ($N = 59$), являющиеся сотрудницами Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова (г. Пермь). Среди них были респондентки в возрасте от 33 до 63 лет (среднее — 42,32, медиана — 41 год; стандартное отклонение — 6,87) со средним специальным (69%) и высшим (31%) образованием. Участницы контрольной группы прошли тестирование анонимно по просьбе администрации медицинского учреждения.

Инструменты. Все участницы исследования заполнили новую шкалу апатии. Кроме того, респондентки из клинической группы заполнили *шкалу апатии С. Старкстейна (Starkstein Apathy Scale, SAS)*, которая является психиатрической

шкалой для диагностики апатии как психического состояния, характеризующегося отсутствием интереса к жизни и вызванного психоневрологическими заболеваниями. Шкала содержит 14 тестовых пунктов в виде вопросов с четырьмя вариантами ответов (например, «Интересуетесь ли Вы своим состоянием?») [20].

Результаты и их обсуждение

Для анализа факторной структуры новой шкалы апатии был проведен эксплораторный факторный анализ (ЭФА), который признан достоверным в отношении даже малых выборок исследования [11]. В клинической группе ЭФА-методом главный компонент с varimax-вращением и нормализацией по Кайзеру обнаружил однофакторное решение, объясняющее 48,9% дисперсии (значение критерия выборочной адекватности Кайзера — Мейера — Олкина составило 0,673 при значимом показателе критерия сферичности Бартлетта, равном 146,376 ($df = 66$), $p < 0,001$). Факторные нагрузки практически всех тестовых пунктов превысили значение 0,3 (подробные сведения представлены в табл. 1); исключением стал пункт № 7 («По возможности я стараюсь дистанцироваться от сильных чувств и переживаний»). При оценке надежности шкалы в клинической группе был рассчитан коэффициент α -Кронбаха, который для всей шкалы составил значение 0,75, а при исключении из шкалы пункта № 7 достиг значения 0,77.

Таблица 1

Тестовые пункты и их факторные нагрузки (по результатам ЭФА)

Пункты	Факторная нагрузка (клиническая группа)	Факторная нагрузка (контрольная группа)
1. Я убежден, что любые попытки изменить мир тщетны.	0,64	0,55
2. В моей жизни бывают периоды, когда я остаюсь ко всему безучастным.	0,43	0,63
3. Свое нынешнее состояние я могу назвать упадком сил.	0,38	0,43
4. Мне стало лень заниматься делами, которые раньше вызывали у меня интерес.	0,48	0,68
5. Иногда я не чувствую вкус жизни.	0,45	0,67
6. Я фаталист и считаю, что человек бессилен против судьбы.	0,73	0,43
7. По возможности я стараюсь дистанцироваться от сильных чувств и переживаний.	0,07	0,64
8. Мне знакомо состояние, когда находишься на грани отчаяния.	0,46	0,48
9. Никому нет дела до моих проблем и жизненных неурядиц.	0,59	0,65
10. Ко многим предметам, которыми восторгаются другие, я испытываю равнодушие.	0,51	0,75
11. С некоторых пор я стал редко общаться с близкими мне людьми.	0,60	0,61
12. Я довольно прохладно отношусь к любой идее совершенствования себя или мира.	0,77	0,59

В контрольной выборке ЭФА также обнаружил однофакторное решение, объясняющее 46,1% дисперсии (значение критерия выборочной адекватности Кайзера – Мейера – Олкина составило 0,742 при значимом показателе критерия сферичности Бартлетта, равном 220,410 ($df = 66$), $p < 0,001$). Все тестовые пункты вошли в единый фактор. Показатель α -Кронбаха для шкалы в контрольной группе составил значение 0,83.

По общему показателю апатии респондентки из клинической группы ($M = 32,44$; $SD = 7,02$) набрали более высокие баллы по сравнению с респондентками из контрольной группы ($M = 22,25$; $SD = 6,82$). Эти различия оказались статистически значимыми ($t = 7,75$; $p < 0,001$). Кроме того, как показано в табл. 2, значимые различия были обнаружены практически по всем тестовым пунктам. Особо сильные расхождения были зафиксированы по пунктам № 3 («Свое нынешнее состояние я могу назвать упадком сил»), № 4 («Мне стало лень заниматься делами, которые раньше вызывали у меня интерес»), № 5 («Иногда я не чувствую вкус жизни») и № 8 («Мне знакомо состояние, когда находишься на грани отчаяния»), которые содержательно являются близкими к психиатрическому пониманию апатии. Исключением стал пункт № 9 («Никому нет дела до моих проблем и жизненных неурядиц»); по нему между респондентками из клинической и контрольной групп не было обнаружено статистически значимых различий. Интересен также тот факт, что участницы исследования из клинической группы именно по пункту № 9 набрали самые низкие значения средних показателей. По всей видимости, респондентки с депрессивными расстройствами посчитали социальную поддержку естественной реакцией окружающих на их болезнь, на что указывают данные зарубежных исследований, в соответствии с которыми социальная поддержка играет большую роль в клинике депрессии [16].

Таблица 2

Сравнение показателей апатии в клинической и контрольной группах

Пункты	Клиническая группа	Контрольная группа	Сравнение средних (t-Стьюдента)
	M±SD	M±SD	
1. Я убежден, что любые попытки изменить мир тщетны.	2,56±1,11	1,93±0,96	3,18**
2. В моей жизни бывают периоды, когда я остаюсь ко всему безучастным.	2,79±1,14	1,93±0,98	4,25***
3. Свое нынешнее состояние я могу назвать упадком сил.	3,10±1,16	1,83±0,95	6,32***
4. Мне стало лень заниматься делами, которые раньше вызывали у меня интерес.	3,12±1,12	1,88±0,95	6,31***
5. Иногда я не чувствую вкус жизни.	3,12±1,02	1,73±0,98	7,29***
6. Я фаталист и считаю, что человек бессилён против судьбы.	2,25±1,12	1,79±0,94	2,32*
7. По возможности я стараюсь дистанцироваться от сильных чувств и переживаний.	2,89±1,15	2,17±1,09	3,37***
8. Мне знакомо состояние, когда находишься на грани отчаяния.	3,08±1,27	1,91±1,01	5,38***
9. Никому нет дела до моих проблем и жизненных неурядиц.	2,10±1,16	1,78±0,85	1,65

10. Ко многим предметам, которыми восторгаются другие, я испытываю равнодушие.	2,73±1,05	1,93±1,03	4,04***
11. С некоторых пор я стал редко общаться с близкими мне людьми.	2,40±1,19	1,63±0,89	3,92***
12. Я довольно прохладно отношусь к любой идее совершенствования себя или мира.	2,33±1,13	1,73±0,81	3,23**

Примечание: * — показатели значимы при $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

При оценке валидности шкалы в клинической группе был обнаружен ожидаемый коэффициент корреляции ($r=0,59$; $p < 0,001$) между показателями по новой шкале апатии и шкале апатии С. Старкстейна, что подтверждает гипотезу исследования. Анализ корреляционных связей между отдельными пунктами двух шкал апатии позволил выявить много значимых позитивных корреляций, коэффициенты которых варьируются в пределах значений от 0,28 до 0,48. Исключение составила единственная негативная корреляционная связь ($r=-0,36$; $p < 0,01$) между пунктом № 7 по новой шкале апатии и пунктом № 13 по шкале апатии С. Старкстейна («Верно ли то, что Вы не счастливы и не несчастны, а находитесь между этими состояниями?»). Эта, на первый взгляд, неожиданная связь легко поддается интерпретации: чем сильнее человек старается отстраниться от осознания и принятия собственных чувств и переживаний, тем сложнее ему понять, в каком эмоциональном состоянии он находится в текущий момент времени.

Тем не менее тот факт, что пункт № 7 новой шкалы апатии в клинической группе «выпадает» из факторной структуры и снижает показатели надежности и валидности, заставляет задуматься о его исключении из шкалы для диагностики апатии в психиатрической практике. В настоящее время это не представляется возможным из-за немногочисленности и гомогенности клинической группы исследования, однако необходимость дальнейшей оценки пункта № 7 очевидна. В силу того, что в контрольной группе данный пункт гармонирует с другими пунктами шкалы, можно предположить, что для респондентов с депрессивными расстройствами он стал своего рода маркером защитных механизмов. Давно известно, что многие депрессивные пациенты прибегают к защитным механизмам как к способу адаптации к окружающему миру [5], и в этом смысле тестовый пункт, сформулированный как «По возможности я стараюсь дистанцироваться от сильных чувств и переживаний», мог спровоцировать отрицание у участниц исследования из клинической группы.

Выводы

Апробация новой шкалы апатии в психиатрической практике позволила сделать ряд важных выводов: 1) новая шкала валидна и надежна, а также обладает воспроизводимой факторной структурой в группе респондентов с депрессивными расстройствами; 2) новая шкала не является психометрической копией существующей психиатрической шкалы апатии С. Старкстейна; 3) новая шкала позволяет четко дифференцировать показатели апатии в группах респондентов с депрессивными расстройствами и условно здоровых респондентов. Эти выводы свидетельствуют в пользу того, что новая шкала апатии может быть потенциально востребована в области психодиагностики, в том числе в качестве средства скрининговой диагностики в группах риска по развитию апатии и ее последствий (например, среди социально дезадаптированных лиц, подростков из неблагополучных семей, лиц, столкнувшихся с соматическими заболеваниями и психологическими травмами, и т. д.), а также в практике консультативной работы с лицами, переживающими депрессивные состояния и нуждающимися в профессиональной психологической и психиатрической помощи.

Литература

1. Батурин Н.А., Мельникова Н.Н. Технология разработки тестов: часть II // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2009. – № 42(175). – С. 11–25.
2. Золотарева А.А. Разработка и апробация новой психологической шкалы апатии // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психологии здоровья и психосоматической дисциплины» (г. Махачкала, 14 ноября 2017 г.). – Махачкала: Дагест. гос. мед. университет, 2017. – С. 86–91.
3. Нодель М.Р., Яхно Н.Н. Апатия при болезни Паркинсона // Неврологический журнал. – 2014. – Т. 19, № 1. – С. 9–15.
4. Andreasen N.C. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). – Iowa City: University of Iowa Press, 1983.
5. An empirical study of defense mechanisms in dysthymia / A.L. Bloch, M.K. Shear, J.C. Markowitz [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 1993. – Vol. 150, № 8. – P. 1194–1198. doi: 10.1176/ajp.150.8.1194
6. Are the available apathy measures reliable and valid? / D.E. Clarke, J.Y. Ko, E.A. Kuhl [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2011. – Vol. 70, № 1. – P. 73–93. doi: 10.1016/j.ipsychores.2010.01.012
7. Bleuler E. Dementia praecox, or the group of schizophrenias. – New York: International Universities Press, 1911.
8. De Lay A.M., Swan B.G. Student apathy as defined by secondary agricultural education students // Journal of Agricultural Education. – 2014. – Vol. 55, № 1. – P. 106–119. doi: 10.5032/jae.2014.01106
9. Distinct subtypes of apathy revealed by the Apathy-Motivation Index / Y.-S. Ang, P. Lockwood, M.A.J. Apps [et al.] // PLoS One. – 2017. – Vol. 12, № 1. – P. e0169938. doi: 10.1371/journal.pone.0169938
10. Hanel P.H.P., Vione K.C. Do student samples provide an accurate estimate of the general public? // PLoS One. – 2016. – Vol. 11, № 12. – P. e0168354. doi: 10.1371/journal.pone.0168354
11. Jung S., Lee S. Exploratory factor analysis for small samples // Behavior Research Methods. – 2011. – Vol. 43, № 3. – P. 701–709. doi: 10.3758/s13428-011-0077-9
12. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. – 1987. – Vol. 13, № 2. – P. 261–276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
13. Latent class analysis of the Apathy Scale does not identify subtypes of apathy in general population-based older persons / I. Groeneweg-Koolhoven, L.J. Huitema, M.W.M. de Waal [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2016. – Vol. 31, № 9. – P. 1021–1028. doi: 10.1002/gps.4413
14. On the overlap between apathy and depression in dementia / S.E. Starkstein, L. Ingram, L.M. Garau [et al.] // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 2005. – Vol. 76, № 8. – P. 1070–1074. doi: 10.1136/jnnp.2004.052795
15. Overall J.E., Gorham D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale // Psychological Reports. – 1962. – Vol. 10, № 3. – P. 799–812.
16. Oxman T.E., Hull J.G. Social support and treatment response in older depressed // The Journals of Gerontology: Series B, Psychological sciences and social sciences. – 2001. – Vol. 56, № 1. – P. 35–45. doi: 10.1093/geronb/56.1.P35
17. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer’s disease and other neuropsychiatric disorders / P. Robert, C.U. Onyike, A.F.G. Leentjens [et al.] // European Psychiatry. – 2009. – Vol. 24, № 2. – P. 98–104. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.09.001
18. The Apathy Inventory: Assessment of apathy and awareness in Alzheimer’s disease, Parkinson’s disease and mild cognitive impairment / P.H. Robert, S. Clairet, M. Benoit [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2002. – Vol. 17, № 12. – P. 1099–1105. doi: 10.1002/gps.755

19. The Lille apathy rating scale (LARS), a new instrument for detecting and quantifying apathy: validation in parkinson's disease / P. Sockeel, K. Dujardin, D. Devos [et al.] // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 2006. – Vol. 77, № 5. – P. 579–584. doi: 10.1136/jnnp.2005.075929

20. The prevalence and clinical correlates of apathy and irritability in Alzheimer's disease / S.E. Starkstein, R. Migliorelli, F. Manes [et al.] // European Journal of Neurology. – 1995. – Vol. 2, № 6. – P. 540–546. doi: 10.1111/j.1468-1331.1995.tb00171.x

Approbation of a new apathy scale in psychiatric practice *

Zolotareva A.A.¹

E-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com

¹ National Research University Higher School of Economics
Slavyanskaya square, 4, bldg. 2, Moscow, 109074, Russia
Phone: +7 (495) 709-65-67

Abstract. The article presents the results of the approbation of a new apathy scale in psychiatric practice. On the material of the clinical sample (52 female patients of the Omsk Clinical Psychiatric Hospital named N.N. Solodnikova), it is shown that a new apathy scale is a reliable and valid (in accordance with positive correlation between the scores of a new apathy scale and the Starkstein's apathy scale) instrument with a reproducible factor structure. When comparing clinical sample and control sample (59 female employees of the Federal Center for Cardiovascular Surgery named S.G. Sukhanov), significant differences were found both in the scores of a new apathy scale. It is concluded that a new apathy scale is a reliable and valid measure for assessing apathy and can be used for diagnostic purposes not only in psychological but also in psychiatric practice.

Key words: apathy; apathy scale; assessment of apathy; depression.

For citation

Zolotareva A.A. Approbation of a new apathy scale in psychiatric practice. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 3, p. 9. doi: 10.24412/2219-8245-2020-3-9 [in Russian, abstract in English].

* 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).