

Apathie

P. EIKELENBOOM

Sinds het begin van de 20ste eeuw is het in onbruik geraakt om psychiatrische aandoeningen te beschrijven als primaire stoornissen van driften, drijfveren of de wil. In zijn boek over de geschiedenis van psychiatrische symptomen beschrijft Berrios (1996) de historische achtergrond van deze ontwikkeling.

Historische achtergrond Aan het einde van de 19de eeuw verdween in de filosofie en de psychologie het eeuwenoude concept waarbij men de wil beschouwde als een autonome faculteit van het menselijk vermogen dat aanzet tot handelen. Ook verdween sinds het begin van de 20ste eeuw geleidelijk de opvatting om psychiatrische stoornissen te beschouwen als pathologische aandoeningen van de wil. Bij het psychiatrisch onderzoek kwam de nadruk te liggen op de beschrijving van de cognitieve en affectieve functies en werd tot voor kort weinig aandacht meer besteed aan de conatieve functies waaronder traditionele begrippen vallen zoals het driftleven, het wilsleven en de strevingen.

Huidige benadering In hun boek over het psychiatrisch onderzoek stellen Hengeveld en Schudel (2003) voor om deze inmiddels verouderde en op achterhaalde theoretische inzichten gebaseerde termen te vervangen door de algemene en neutrale term 'motivatie' en deze te gebruiken voor de beschrijving van het vermogen om gedrag te initiëren, te stimuleren en te richten.

Volgens de DSM-IV is slechts een beperkt aantal psychiatrische ziekten het primaire gevolg van een ontregeling van de conatieve functies. Deze ziekten betreffen stoornissen in de impulscontrole, waardoor patiënten niet in staat zijn om

een bepaalde impuls of neiging te weerstaan. Psychiatrische aandoeningen die het primaire gevolg zijn van een gebrek aan motivatie door een stoornis in de aandrift staan in de DSM-IV niet vermeld. In de ouderenpsychiatrie zien wij echter regelmatig patiënten met een neuropsychiatrische aandoening waarbij het gedrag wordt gekenmerkt door apathie zonder dat er sprake is van een depressie.

Symptoom of syndroom? In het artikel van Drijgers e.a. (2010), waar ik in dit commentaar op in zal gaan, en in een eerdere Nederlandse publicatie van Van der Wurff e.a. (2003) over apathie, bespreken de auteurs of we apathie nu moeten beschouwen als een symptoom of als een syndroom. Een syndroom waarbij de apathie opgevat wordt als een zelfstandige klinische entiteit met een eigen beloop, biologisch substraat en behandeling.

Echter, voor ik inga op de discussie of we apathie moeten zien als een symptoom van een psychiatrische stoornis dan wel als een zelfstandig psychiatrisch syndroom, is het van belang om na te gaan of apathie altijd een teken van een aandoening is. Met andere woorden: om na te gaan wanneer apathie het gevolg is van een normale adaptieve respons, van maladaptief gedrag of van een beschadiging van de hersenen.

Normale respons Tijdens een infectieziekte gedraagt iemand zich lusteloos, komt tot weinig en trekt zich terug van sociale activiteiten. Dit gedrag staat bekend als *sickness behavior*. Het wordt gezien als uiting van het motivationeel systeem dat de prioriteiten reorganiseert van een organisme om herstel te faciliteren. Uit dierex-

perimenteel onderzoek blijkt dat pro-inflammatoire cytokinen, die bij een infectie maar ook bij andere ziekten vrijkomen, via de N. vagus of de bloedbaan in de hersenen leiden tot veranderingen van het motivationeel gedrag (Dantzer & Kelley 2007). Het zal duidelijk zijn dat het verlies van motivatie onder deze omstandigheden als adaptief gedrag beschouwd moet worden, daar het ten dienste staat van herstel.

Maladaptief gedrag Problematischer ligt dit wanneer deze gedragsveranderingen nog maanden na de genezing van de onderliggende ziekte aanwezig zijn. Is er dan nog steeds sprake van adaptief gedrag ten dienste van herstel of eerder van maladaptief gedrag? Zo kunnen na een doorgemaakte ziekte de mechanismen betrokken bij de regulatie van het motivationeel systeem uit balans zijn geraakt, waardoor de gedragsveranderingen blijven bestaan.

Cerebrale schade De derde mogelijkheid is dat apathie een symptoom is van neurologische ziekten met beschadiging van de cerebrale circuits die betrokken zijn bij het initiëren van doelgericht handelen. Het is in deze laatste context (van dementie en andere neuropsychiatrische ziekten) waarin de Maastrichtse onderzoekers hun voorstel doen om op basis van klinische criteria apathie als een zelfstandig syndroom, losstaand van een depressie, te onderkennen. Een syndroom dat een eigen beloop en biologisch correlaat heeft en waarbij beeldvormend en neuropsychologisch onderzoek aanwijzingen opleveren voor de betrokkenheid van subcorticale-frontale circuits.

Criteria De overwegingen van Drijgers en collega's om te spreken over een apathiesyndroom zijn uitsluitend gebaseerd op de bevindingen bij patiënten met neuropsychiatrische aandoeningen. Echter, de aanwezigheid van een neuropsychiatrische ziekte maakt geen deel uit van de criteria. Hoewel zij stellen dat het apathiesyndroom een eigen biologisch substraat heeft en

dat het specifiek samenhangt met executief disfunctioneren en schade in het frontaal-subcorticale circuit, is geen criterium opgenomen waarin vereist wordt dat deze relatie ook op basis van hulponderzoek aannemelijk is.

Voor de afgrenzing van het apathiesyndroom is het verder van belang dat apathie gezien kan worden bij gezonde ouderen, ook wanneer er de jaren daarop geen aanwijzingen zijn voor cognitieve achteruitgang (Brodaty e.a. 2010).

Praktisch belang Na deze kanttekeningen bij de afgrenzing van het apathiesyndroom wil ik ten slotte nog wijzen op het praktische belang van een adequate diagnose voor de behandeling. De klinische ervaring is dat antidepressiva bij patiënten met een apathiesyndroom geen effect hebben op de ernst van apathie. Verder kan de diagnose nuttig zijn voor het geven van gerichte omgangsadviezen aan de mantelzorgers. Zij ervaren het verlies van motivatie bij hun partner vaak als gemakzucht of als teken van innerlijk verzet en niet als een onvermogen.

LITERATUUR

- Berrios, G.E. (1996). *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brodaty, H., Altendorf, A., Withall, A., e.a. (2010). Do people become more apathetic as they grow older? A longitudinal study in healthy individuals. *International Psychogeriatrics*, 22, 426-436.
- Dantzer, R., & Kelley, K.W. (2007). Twenty years of research on cytokine-induced behavior. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 153-160.
- Drijgers, R.L., Aalten, P., Leentjens, A.F.G., e.a. (2010). Apathie: van symptoom naar syndroom. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 397-405.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, J.W. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek*. (3de druk). Utrecht: de Tijdstroom.
- Wurff, F.B. van der, Beekman, A.T.F., Comijs, H.C., e.a. (2003) Apathie: een zelfstandige klinische entiteit? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 34, 146-150.

APATHIE

AUTEUR

P. EIKELNBOOM is hoogleraar Neuropsychiatrie aan het Academisch Medisch Centrum en hoogleraar Ouderenpsychiatrie aan het VU Medisch Centrum en is verbonden aan GGZ inGeest, Valeriuskliniek, Amsterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. P. Eikelenboom, GGZ inGeest, Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

E-mail: p.eikelenboom@ggzingeest.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-2-2010.

TITLE IN ENGLISH Apathy