

## Apathie in reliëf

Guy Lorent, 2007\*

Motivatie is essentieel, essentieel om te komen tot gedrag, tot aanpassing aan veranderde omstandigheden, tot kwaliteitsvol leven. Problemen met motivatie komen frequent voor na een hersenletsel en bij andere neurologische aandoeningen en kunnen in belangrijke mate het revalidatieproces bemoeilijken. In vele gevallen wordt er naar deze persoon verwezen als zijnde depressief, of zelfs “lui”. Door de aard van deze stoornis zullen patiënten weinig klagen of blijk geven van enig ongemak, het contrast met hyperstoornissen zoals impulscontroleverlies wat een onmiddellijk engagement vraagt van de hulpverleners maakt dat apathie dikwijls onbehandeld blijft. Nochtans zijn er ook bij deze motivatiestoornis minder dan optimale resultaten van revalidatie, resocialisatie, en arbeidsmogelijkheden. Ze zullen afspraken niet nakomen, medicatie niet innemen, vrienden en familie verwaarlozen, hun werk niet of nauwelijks doen.

Bij een grondige analyse van de precieze aard van de apathie kunnen we toch een aantal mogelijkheden voor behandeling verduidelijken.

Marin et al. (2005) hebben apathie in zijn verschillende aspecten het duidelijkst gedefinieerd in termen van doelgericht gedrag. Motivatie heeft te maken met de richting, de sterkte en de volharding van de acties van een individu. Het gaat hier dus over de wijze waarop een gedrag opstart, gevoed wordt, onderhouden wordt, gestuurd wordt, en gestopt wordt en welke subjectieve reactie en beleving er bij het subject aanwezig is.

Bij stoornissen van verminderde motivatie (SVM) werden drie types onderscheiden: akinetisch mutisme, abulie en apathie. Recent worden deze geplaatst op een continuum dat motivatieverlies representeert met apathie aan de ene zijde en akinetisch mutisme op de andere ernstige zijde van motivatieverlies. Al deze drie ontstaan vanuit een disfunctie van het neuronale mechanisme dat een rol speelt bij motivatie (Marin, 2005).

Akinetisch mutisme is gekarakteriseerd door een totale afwezigheid van spontaan gedrag en spraak terwijl visual tracking, als argument voor normaal bewustzijn, bewaard blijft.

Abulie kenmerkt zich door verarming van het gedrag en erg beperkte spraak, gebrek aan initiatief, verlies van emotionele respons, psychomotorische vertraging en verlengde latentietijd bij antwoorden. Abulie houdt op een continuum het midden tussen akinetisch mutisme en apathie.

Apathie is een toestand van verminderde motivatie bij een normaal bewustzijn, aandacht, cognitieve capaciteiten en stemming. In het algemeen gesproken zijn personen met apathie in staat op gedrag te initialiseren en vol te houden, om hun plannen te beschrijven, hun doelen en interesses en emotioneel te reageren op belangrijke gebeurtenissen en ervaringen. Maar al deze kenmerken komen minder uitgebreid voor, komen minder frequent voor, minder intens, korter dan bij personen zonder apathie. Er is met andere woorden een kwantitatief verschil eerder dan een kwalitatief verschil (Marin, 2005).

Stoornissen van verminderde motivatie kunnen nog preciezer beschreven worden in termen van gedrag, cognities en emoties.

Marin (2005) onderscheid hierbij: verminderd doelgericht gedrag, verminderde doelgerichte cognities en verminderde emotionele begeleiding van dit doelgerichte gedrag.

---

\* Guy Lorent, Klinisch Neuropsycholoog, UPC Sint-Kamillus, Krijkelberg 1, 3360 Bierbeek, [guy.lorent@fracarita.org](mailto:guy.lorent@fracarita.org), 016/45 29 76

Een vermindering in doelgericht gedrag kan gaan van een lichte afname van sociaal of arbeidsfunctioneren tot een onmogelijkheid om eender welk gedrag te initiëren. Dit kan verder blijken uit verminderde inspanning om een doel te bereiken, een lagere productiviteit, minder initiatief of uithoudingsvermogen in therapie en minder tijd gespendeerd aan het invullen van zijn vroegere hobby's en interesses.

Met verminderde doelgerichte cognities bedoelt hij zich minder zorgen maken over functionele problemen, weinig interesse in het leren van nieuwe dingen, een gebrek aan toekomstplannen, minder belang hechten aan sociale, recreatieve en andere dagelijkse activiteiten en een verminderde nieuwsgierigheid. Indien dit ernstig is betekent dit een quasi afwezigheid van doelgericht denken, wat abulie en akinetisch mutisme kenmerkt.

Verminderde emoties bij doelgericht gedrag zie je door een onveranderd affect of een afwezigheid van emotionele responsiviteit. Dit uit zich in onverschilligheid, oppervlakkige of beperkte respons op belangrijke gebeurtenissen.

### Differentieel diagnose

Er is een veelheid van factoren die de motivatie beïnvloeden, bovendien heeft elke persoon zoiets als een basisniveau van motivatie dat hem kenmerkt, hanteringsstijlen die mee zijn typisch gedrag kenmerken. We moeten daarbij ook rekening houden met de enorme variabiliteit aan verwezenlijkingen, interesse, doelen en de wijze waarop deze beïnvloedt worden door eigen ervaring, opleiding, sociale klasse, cultuur, leeftijd en generatie.

Een belangrijk verlies, een psychologische trauma, gebeurtenissen die horen bij de levensfase kunnen motivatie beïnvloeden. Zo kan apathie een primair symptoom zijn bij een aanpassingstoornis, bijvoorbeeld bij pensionering.

Een van de moeilijkheden bij apathie is het kunnen maken van een duidelijk onderscheid met andere klinische condities waar een vergelijkbaar gedrag waarneembaar is of het detecteren van het aspect apathie in syndromen die eveneens leiden tot verminderde motivatie. Apathie kan bij deze laatste een symptoom zijn, maar behandeling zal zich eerder richten op het syndroom als geheel. De belangrijkste zijn delier, dementie en depressie (Kant & Smith, 2002).

Bij delier lijdt het individu aan een verandering of een fluctuatie in het bewustzijnsniveau, van somnolent tot geagiteerd, en heeft hij een gestoord aandachtsvermogen. De motivationele problemen bij delier zijn toe te wijzen aan het verminderd bewustzijnsniveau, lethargie en onmogelijkheid om zijn aandacht op iets te vestigen.

Dementie wordt gekarakteriseerd door een globale intellectuele deterioratie, waaronder moeilijkheden met begrip, geheugen en een onmogelijkheid tot het stellen van doelgericht gedrag, dat erg kan lijken op apathie. Om de diagnose apathie te stellen bij een persoon met significante cognitieve deterioratie, moet de mate van iemands motivationele problemen als groter ingeschat worden dan op basis van de cognitieve deficits verklaard kan worden (Marin, 2005).

Depressie of in mindere mate demoralisatie wordt frequent geassocieerd met een vermindering in motivatie of apathie. Het belangrijke verschil is dat depressie in de eerste plaats een stemmingsstoornis is en apathie een motatiestoornis. Bij depressie zal de inactiviteit aanleiding geven tot ontstemming hierover en een gebrek aan interesse als eerder een reflectie zijn van hun hopeloosheid, wanhoop en pessimisme. Bij die personen waar de apathie optreedt na een letsel of ziekte zal bij een depressie de inhoud van gedachten en gesprekken gaan over rolverlies, verlies van onafhankelijkheid en onmogelijkheid om zijn doelen te bereiken. Contrasterend daarmee zal een persoon met apathie onverschillig zijn of onvoldoende bezorgd over zijn situatie. Personen met apathie lijden zelden en vertonen dikwijls een gebrek aan inzicht in hun gedrag.

Bij het scoren van de mate van apathie gaan patienten zich bijgevolg dikwijls als minder apathisch scoren dan als eenzelfde vragenlijst aan mensen uit hun omgeving wordt voorgelegd (Kant, 2002).

Aprosodie is een stoornis in het verwerken van emotionele informatie, de mogelijkheid om emotie te herkennen en emotie uit te drukken is gestoord. Zowel bij apathie als bij aprosodie zal je een beperkte emotionele uitdrukking hebben, maar bij aprosodie is er geen sprake van een verminderde motivatie. Zo zullen personen met moeilijkheden in het herkennen van emoties weliswaar een sociale handicap hebben, maar niet minder geïnteresseerd zijn in sociaal contact. Een leergeschiedenis van ontgoochelingen in dit contact, door de moeilijkheden in emotionele communicatie kan een zich terugtrekken uit sociale activiteiten tot gevolg hebben en naar een depressie leiden, waar de differentieel diagnose met apathie bemoeilijkt wordt, gezien er dan zowel emotionele als gedrags-elementen zijn om tot de diagnose stoornis van verminderde motivatie te komen.

Catatonie en psychomotorische vertraging, tot zelfs akinesie zijn op zich geen stoornissen in de motivatie. Ze hebben essentieel te maken met een vertraging in het denken en in activiteit, die een symptoom bij vele ziektebeelden kunnen zijn.

Apathie kan een defensiemechanisme zijn bij een angststoornis.

Het zich sociaal terugtrekken of het creëren van een belangrijke emotionele afstand bij Cluster A persoonlijkheidsstoornissen kan verkeerdelijk gediagnosticeerd worden als een stoornis van verminderde motivatie. Het omgekeerde kan evengoed gebeuren.

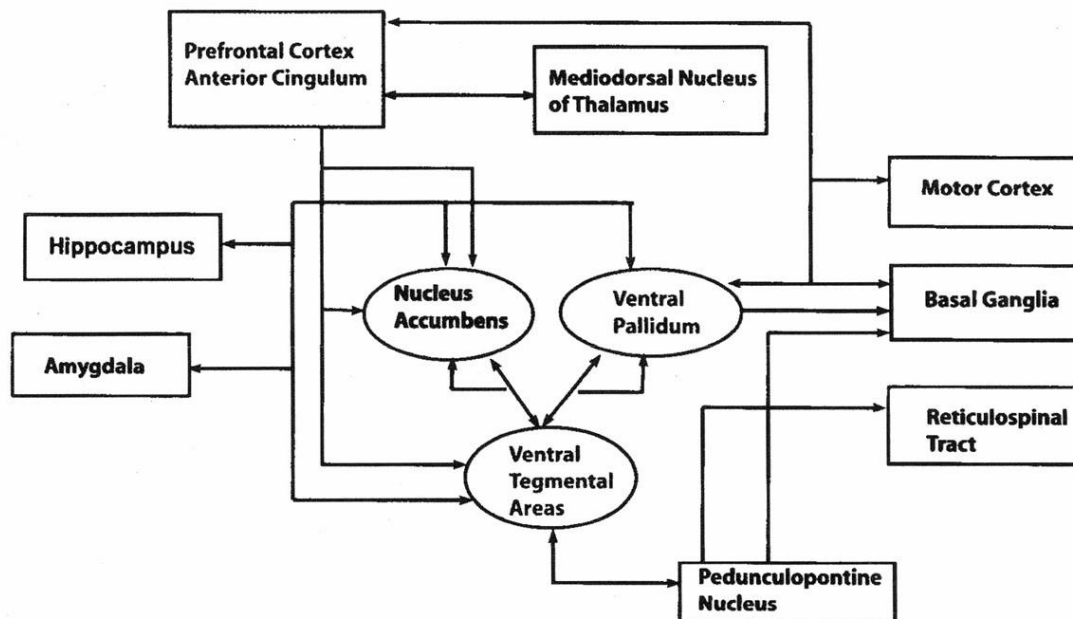
Bij oudere mensen moet steeds gedacht worden aan de multimorbiditeit die deze groep eigen is, de interactie tussen somatisch, psychische en farmacologische factoren maakt de diagnostiek complexer.

Verschillende geneesmiddelen kunnen een invloed uitoefenen op onze motivatie. Elke medicatie die inwerkt op ons dopaminerge, serotonerge, cholinerge en andrinerge systeem hebben een invloed op onze motivatie. Neuroleptica kunnen omwille van hun invloed op de psychomotoriek een apathie versterken of een pseudo-apathie uitlokken.

### Mechanismen

De motivationele deficits bij patienten met NAH resulteren uit complexe mechanische en fysiologische processen die het neuronale systeem beïnvloeden dat verantwoordelijk is voor deze motivationele processen. De schade kan het gevolg zijn van massieve pathologie, na een contusie of een hersenbloeding of door meer subtiele veranderingen bij diffuse axonale schade, hypoxie en microvasculaire veranderingen.

Anatomisch gezien wordt er een betrokkenheid waargenomen van het anterior cingulate circuit zoals vastgesteld door Cummings (1994). De structuren die bij dit cortico-striatale-pallidare-thalamische circuit betrokken zijn: anterior cingulatum (AC), nucleus accumbens (NA), ventral pallidum (VP), medial dorsale kern van de thalamus (MD) en de ventral tegmentale zone (VTA). Een verstoring van dit circuit geeft aanleiding tot een probleem bij de initiatie en het onderhouden van gedragsresponsen en dus apathie, abulie of akinetisch mutisme afhankelijk van de ernst van de verstoring.



Een bijkomend aspect van motivatie is de mogelijkheid om de huidige motivationele status te wijzigen afhankelijk van de mogelijke beloningen waargenomen in de omgeving. De beloningswaarde van de omgeving wordt verwerkt in verschillende regio's in de frontale zone van ons brein waaronder VTA, striatum, ventrale striatum, NA, dorsolaterale en orbitofrontale prefrontale cortex, anterior cingulate en amygdala. De motivationele status wijzigen is afhankelijk van de amygdala, de hippocampus, de prefrontale cortex en het limbische circuit. Vanuit de functie van deze anatomische substraten kan men begrijpen waarom apathie ontstaat bij schade aan deze structuren. Als een persoon niet meer in staat is veranderingen te registreren in de beloningswaarde van de omgeving, dan zal de persoon apathisch blijven bij deze veranderingen.

Een bevinding die bevestigd wordt door onderzoek van de Nucleus Accumbens bij personen met HIV (Paul et al., 2005). De nucleus accumbens reguleert de initiatie van gedragsactivatie. De Nucleus die deel uitmaakt van de het prefrontale anterior cingulate circuit was significant minder volumineus bij personen met apathische symptomen gemeten met Marins Apathy Scale. Dit werd niet vastgesteld bij personen met depressie.

Op eenzelfde wijze zal de onmogelijkheid om zich een beeld te vormen van de motivationele "plattegrond" van de omgeving, een mogelijk begrip opwerpen voor de onverschilligheid die kan ontstaan na letsel aan de rechterhemisfeer.

Terugkerende bevindingen bij depressieve individuen hebben een hypometabolisme gesuggereerd in de anterieure/frontale zones, in het bijzonder anterieur links (Howland and Thase, 1999). De specifieke structuren waar een vermindering in bloeddorstrooming of metabolisme zijn vastgesteld zijn de cingulate cortex, de orbitofrontale cortex, de dorsolaterale prefrontale cortex, de amygdala, de thalamus het het striatum in het bijzonder de kop van de linker nucleus caudatus. Vooral de dorsolaterale prefrontale cortex en de gyrus cingulate zijn de meest consistente zones van hypometabolisme (Liotti and Mayberg, 2001).

Behandelingsprincipes:

De behandeling van akinetisch mutisme en zelfs van abulie is in eerste plaats van farmacologische aard. Personen met apathie kunnen ook baat hebben met psychofarmaca maar hier zal voorrang gegeven moeten worden aan het bewaren van zoveel mogelijk

cognitieve en motorische functies. Bijgevolg zal er voornamelijk met psychologische en sociale middelen gewerkt moeten worden.

Een zorgvuldige analyse van de aard van het apathisch probleem bij elke individuele patient is belangrijk naar het kiezen van een juiste behandelstrategie.

Een zorgvuldig neuropsychologisch onderzoek kan de cognitieve context van het verlies van motivatie verduidelijken. Zo kan de beperkte activiteit bij de ene patient het gevolg zijn van een moeilijkheid in sequencing, bij een ander kan een verlies aan verbale vlotheid en initiatie uit de testing komen. Dit is belangrijk omdat elk van hen baat zal hebben bij een andere psychologische prothese.

Het principe is dus het probleem goed in kaart te brengen en te analyseren en vervolgens de meeste geschikte prothesen te ontwerpen, die de tekorten compenseren en zoveel mogelijk gebruik maken van de aanwezige mogelijkheden.

In het geval dat executieve problemen aan de basis liggen van het apathische gedrag gelden een aantal principes ter ondersteuning van de executieve functies.

Zoals:

Voorzien van een prothetische omgeving:

verbale aanwijzingen geven

voorzien van visuele aanwijzingen bij taken

gebruik van elektronische hulpmiddelen om opdrachten te geven voor taken

Indien het doel van de behandeling is dat de persoon terug naar huis keert, is het belangrijk de familie te betrekken bij het verloop van de behandeling. Niet alleen omdat zij deel zullen uitmaken van de prothetische omgeving en de nodige aanwijzingen zullen moeten geven, maar eveneens omdat de terugkeer in het gezin van een familielid met apathie de nodige rolverschuivingen met zich mee brengt, moeilijkheden geeft naar communicatie en kans geeft op talrijke misinterpretaties naar betrokkenheid, emotioneel aanvoelen van geliefde etc..

Psycho-educatie van familie is hier zeker op zijn plaats, maar ook training naar het correct ondersteunen van hun familielid. Zodat de onnodige beschuldigingen over "luiheid" of geweld minder engagement naar therapie of omgeving achterwegen blijven, dit zou nog leiden naar een verdere negatieve houding naar persoon met apathie en minder goede gedrags en therapeutische resultaten. Het kan ook ontaarden in uitputting van zijn omgeving in het nastreven van doelen die de mogelijkheden overstijgen. Een goede begeleiding van familie en omgeving is een grotere garantie dat zij en de persoon met apathie krijgt wat hij of zijn nodig heeft.

Omgevingsfactoren kunnen de gevolgen van apathie versterken. De aard van de versterkende factoren moet geïnventariseerd worden en verbeterd. Dit kan bijvoorbeeld gaan over de negatieve gevolgen van actie te beperken door vermoeidheid en pijn of angst te reduceren of door rijkere beloningen aan te bieden.

Referenties:

Howland, R.H., and Thase, M.E. (1999) Affective disorders: Biological aspects. IN: Millon, T., Blaney, P.H., and David, R.D. (eds.), *The Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, New York, pp. 166-202.

Liotti, M., and Mayberg, H.S. (2001). The role of functional neuroimaging in the neuropsychology of depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **23**(1): pp 121-136.

Moldover, J.E., Goldberg, K.B., Prout, M.F. (2004). Depression after traumatic brain injury: a review of evidence for clinical heterogeneity. *Neuropsychological Review*, **14**(3): pp.143-154.

Paul, H.R., Brickman, A.M., Bradford, N., Hinkin, Ch., Malloy, P.F., Jefferson, A.L., Cohen, R.A., Tate D.E., Flanigan, T.P. (2005). Apathy is associated with volume of the nucleus accumbens in patients infected with HIV. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, **17**(2): pp 167-171.

Marin, R.S. Wilkosz, P.A. (2005). Disorders of diminished Motivation. *Journal of Head and Trauma Rehabilitation*, **20**(4): pp. 377-388.

Kant, R., Smith-Seemiller, L. (2002). Assessment and treatment of apathy syndrome following head injury. *Neurorehabilitation*, **17**: pp 325-331.