

Faktenblatt

Herausforderungen bei alkoholinduzierten neurokognitiven Störungen

Um die schädlichen Folgen des Konsums psychoaktiver Substanzen auf die Kognition zu erfassen, wurde das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) 2013* mit der Diagnose «substanz-/medikamenteninduzierte schwere oder leichte neurokognitive Störung» erweitert [1]. Dieses Faktenblatt gibt einen Überblick über die Thematik. Es beruht auf einer explorativen Studie, die das GREA im Auftrag des BAG durchgeführt hat.

FAKTEN & KENNZAHLEN

Alkohol kann zu **anhaltenden** neurokognitiven Störungen (schwere NKS) und/oder **reversiblen** neurokognitiven Störungen (leichte NKS) führen.

Alkoholdemenz und das **Korsakoff-Syndrom** sind schwere alkoholinduzierte kognitive Störungen.

Nur **3 %** der Patientinnen und Patienten in Memory-Kliniken sind von alkoholbedingter Demenz betroffen:

Dies könnte auf eine **mangelnde Überweisung** dieser Bevölkerungsgruppe an diese Kliniken hindeuten.

Leichte neurokognitive Störungen sind bei alkoholabhängigen Menschen häufig.

VERSTÄNDNISGRUNDLAGE

Alkoholinduzierte neurokognitive Störungen

Dass übermässiger Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit zu schweren Hirnschäden mit anhaltenden Defiziten wie bei der Alkoholdemenz (AD) oder dem Korsakoff-Syndrom (KS) führen können, ist seit langem bekannt. In jüngerer Zeit haben sich Klinikerinnen und Kliniker auch mit weniger schweren Formen alkoholinduzierter kognitiver Störungen befasst, die zum Teil spontan reversibel seien [2], wenn über längere Zeit abstinent geblieben [3], [4] oder der Alkoholkonsum drastisch reduziert wird [5].

HERAUSFORDERUNGEN

Bei schweren neurokognitiven Störungen

Im Unterschied zur Alzheimer-Krankheit oder der vaskulären Demenz, die sich vorab ab dem 70. Altersjahr entwickeln, treten schwere alkoholinduzierte neurokognitive Störungen (NKS) bereits in einem viel jüngeren Alter auf. In einer Studie mit 20 000 Spitaleinweisungen von Patientinnen und Patienten mit Demenz ab 50 Jahren wurde bei 1,4 % der Gesamtheit dieser Patientinnen und Patienten eine Alkoholdemenz festgestellt, bei den unter 65-Jährigen waren es 22 % [6].

Insgesamt ist eine hohe Prävalenz von Alkoholmissbrauch bei Patientinnen und Patienten mit Demenz (9-22 %) und von Demenz bei Menschen mit übermässigem Alkoholkonsum (10-24 %) festzustellen [7].

In der Schweiz soll die Alkoholdemenz «nur» 3 % der Patientinnen und Patienten in *Swiss Memory Clinics* [8] betreffen, was – analog zu den Beobachtungen im Ausland – auf eine mangelnde Überweisung dieser Patientinnen und Patienten an diese Spezialkliniken hindeuten könnte [9].

Bei leichten neurokognitiven Störungen

Ein grosser Prozentsatz der alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten weist leichte bis mittelschwere kognitive Defizite auf. Diese betreffen vor allem die Exekutivfunktionen, das episodische Gedächtnis, die Metakognition, die Verarbeitung von visuell-räumlichen und emotionalen Informationen oder die visuomotorische Koordination [10].

Alkoholbedingte kognitive Störungen behindern die Motivationsprozesse, beeinträchtigen den Nutzen, den Patientinnen und Patienten aus den Behandlungen ziehen können, und erhöhen das Rückfallrisiko.

Die Identifizierung von neurokognitiven Störungen ist ein zentrales Element der Suchtbehandlung.

Es ist bekannt, dass kognitive Beeinträchtigungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzgebrauchsstörungen zu schlechteren Behandlungsergebnissen beitragen [11], zu denen auch häufigere Behandlungsabbrüche [12]–[16] und geringere Abstinenz gehören [12]. Zudem wirkt sich kognitive Dysfunktion nachweislich negativ auf die «Mechanismen therapeutischer Veränderung» aus [17]. Beispielsweise wird eine kognitive Beeinträchtigung mit geringerer Therapietreue [17], geringerem Engagement bei der Behandlung [18], weniger Bereitschaft zur Veränderung [19], weniger Selbstwirksamkeit [17], geringerer Einsicht [20], [21], stärkerer Verweigerung [22] und grösserer Impulsivität [23] in Verbindung gebracht. Ausserdem wurde nachgewiesen, dass sich kognitive Störungen bei Alkoholabhängigen negativ auf die Entwicklung der Fähigkeiten zur Alkoholverweigerung und auf die Teilnahme an einer Nachsorgebehandlung auswirken [24].

Die Identifizierung von NKS ist deshalb von zentraler Bedeutung für den Behandlungspfad der Patientin oder des Patienten. Diese Identifizierung kann jedoch nicht durch einfache klinische Beobachtung [25] oder durch die Selbsteinschätzung der Patientin oder des Patienten erfolgen [20], [21]. Dafür braucht es geeignete psychometrische Skalen wie **MoCa** [26], **BEARNI** [27] oder **TEDCA** [28]. Klinikerinnen und Kliniker können sich auch auf das Fachwissen eines **Memory-Zentrums** abstützen.

FAZIT

- In einem geriatrischen Setting sollte bei älteren Menschen mit kognitiven Defiziten mit unklarer Diagnose immer eine substanz-/medikamenteninduzierte neurokognitive Störung in Betracht gezogen werden [29].
- In einem Suchtsetting ist es wichtig, sich auch mit allfälligen kognitiven Störungen der Patientinnen und Patienten zu befassen und die Behandlung gegebenenfalls anzupassen.
- Da die neurotoxische Wirkung von Alkohol in der Öffentlichkeit wenig bekannt ist, scheint es angezeigt die Bevölkerung für dieses Risiko zu sensibilisieren.

KONTAKT

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Abteilung Gesundheitsstrategien
gesundheitsstrategien@bag.admin.ch

Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA)
info@grea.ch

AUTOR / DATUM

Christophe Al Kurdi / März 2022

BERICHT

- Al Kurdi, Christophe, und Fabrice Rosselet. «**Substanzgebrauchsstörungen – in den Settings Demenz, psychiatrische Störungen und Palliative Care**». Lausanne: Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA), Januar 2022.

FAKTENBLÄTTER ZUM BERICHT

1. Substanzgebrauchsstörungen und Altern
2. Auswirkungen übermässigen Substanzkonsums auf die Entwicklung einer Demenz
- 3. Herausforderungen bei alkoholinduzierten neurokognitiven Störungen**
4. Herausforderungen bei gemeinsam auftretenden psychischen und Suchtstörungen (CODs)
5. Substanzgebrauchsstörungen und Schmerzen
6. Hauptprobleme der Polypharmazie

QUELLEN

- [1] APA, *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- [2] N. Cabé *et al.*, « Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge », *L'Encéphale*, vol. 42, n° 1, p. 74-81, févr. 2016, doi: 10.1016/j.encep.2015.12.012.
- [3] E. V. Sullivan et A. Pfefferbaum, « Neuropsychology and neuroimaging studies in alcohol-dependence », *Rev. Neuropsychol.*, vol. Volume 5, n° 3, p. 187-199, déc. 2013.
- [4] A. L. Pitel, J. Rivier, H. Beaunieux, F. Vabret, B. Desgranges, et F. Eustache, « Changes in the Episodic Memory and Executive Functions of Abstinent and Relapsed Alcoholics Over a 6-Month Period », *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, vol. 33, n° 3, p. 490-498, 2009, doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00859.x.
- [5] S. Segobin *et al.*, « Integrity of white matter microstructure in alcoholics with and without Korsakoff's syndrome », *Hum. Brain Mapp.*, vol. 36, n° 7, p. 2795-2808, 2015, doi: 10.1002/hbm.22808.
- [6] B. Draper, R. Karmel, D. Gibson, A. Peut, et P. Anderson, « Alcohol-Related Cognitive Impairment in New South Wales Hospital Patients Aged 50 Years and Over », *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 45, n° 11, p. 985-992, nov. 2011, doi: 10.3109/00048674.2011.610297.
- [7] K. Ritchie et D. Villebrun, « Epidemiology of alcohol-related dementia », in *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 89, Elsevier, 2008, p. 845-850. doi: 10.1016/S0072-9752(07)01273-0.
- [8] OFSP et CDS, « La démence en Suisse. Synthèse des résultats de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 », Berne, 2019. [En ligne].
- [9] N. J. Ridley, B. Draper, et A. Withall, « Alcohol-related dementia: an update of the evidence », *Alzheimers Res. Ther.*, vol. 5, n° 1, p. 3, janv. 2013, doi: 10.1186/alzrt157.
- [10] C. Boudehent, H. Beaunieux, A. Pitel, F. Eustache, et F. Vabret, « *Contribution de la neuropsychologie à la prise en charge de l'alcoolodépendance : compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales. », *Alcoologie Addictologie*, vol. 34, n° 2, Art. n° 2, juin 2012.
- [11] M. L. Copersino, W. Fals-Stewart, G. Fitzmaurice, D. J. Schretlen, J. Sokoloff, et R. D. Weiss, « Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. », *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 17, n° 5, p. 337, 2009, doi: https://doi.org/10.1037/a0017260.
- [12] E. Aharonovich, D. S. Hasin, A. C. Brooks, X. Liu, A. Bisaga, et E. V. Nunes, « Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 81, n° 3, p. 313-322, févr. 2006, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.08.003.
- [13] E. Aharonovich, E. Nunes, et D. Hasin, « Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 71, n° 2, p. 207-211, août 2003, doi: 10.1016/S0376-8716(03)00092-9.
- [14] D. M. Donovan, D. R. Kivlahan, R. M. Kadden, et D. Hill, « Cognitive impairment as a client-treatment matching hypothesis », *Proj. MATCH Hypotheses Results Causal Chain Anal. NIAAA Proj. MATCH Monogr. Ser.*, vol. 8, p. 62-81, 2001.
- [15] W. Fals-Stewart, « Neurocognitive defects and their impact on substance abuse treatment », *J. Addict. Offender Couns.*, vol. 13, n° 2, p. 46-57, 1993, doi: 10.1002/j.2161-1874.1993.tb00083.x.
- [16] W. Fals-stewart et J. Schafer, « The relationship between length of stay in drug-free therapeutic communities and neurocognitive functioning », *J. Clin. Psychol.*, vol. 48, n° 4, p. 539-543, 1992, doi: 10.1002/1097-4679(199207)48:4<539::AID-JCLP2270480416>3.0.CO;2-I.
- [17] M. E. Bates, A. P. Pawlak, J. S. Tonigan, et J. F. Buckman, « Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change », *Psychol. Addict. Behav.*, vol. 20, n° 3, p. 241-253, 2006, doi: 10.1037/0893-164X.20.3.241.
- [18] E. C. Katz *et al.*, « Cognitive Ability as a Factor in Engagement in Drug Abuse Treatment », *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 31, n° 3, p. 359-369, janv. 2005, doi: 10.1081/ADA-200056767.
- [19] A. W. Blume, K. B. Schmalzing, et G. A. Marlatt, « Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior », *Addict. Behav.*, vol. 30, n° 2, p. 301-314, févr. 2005, doi: 10.1016/j.addbeh.2004.05.019.
- [20] M. D. Horner, R. T. Harvey, et C. A. Denier, « Self-report and objective measures of cognitive deficit in patients entering substance abuse treatment », *Psychiatry Res.*, vol. 86, n° 2, p. 155-161, mai 1999, doi: 10.1016/S0165-1781(99)00031-1.
- [21] M. D. Shelton et O. A. Parsons, « Alcoholics' self-assessment of their neuropsychological functioning in everyday life », *J. Clin. Psychol.*, vol. 43, n° 3, p. 395-403, 1987, doi: 10.1002/1097-4679(198705)43:3<395::AID-JCLP2270430314>3.0.CO;2-Z.
- [22] W. Rinn, N. Desai, H. Rosenblatt, et D. R. Gastfriend, « Addiction Denial and Cognitive Dysfunction », *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 14, n° 1, p. 52-57, févr. 2002, doi: 10.1176/jnp.14.1.52.
- [23] L. Clark, T. W. Robbins, K. D. Ersche, et B. J. Sahakian, « Reflection Impulsivity in Current and Former Substance Users », *Biol. Psychiatry*, vol. 60, n° 5, p. 515-522, sept. 2006, doi: 10.1016/j.biopsych.2005.11.007.
- [24] D. E. Smith et B. S. McCrady, « Cognitive impairment among alcoholics: Impact on drink refusal skill acquisition and treatment outcome », *Addict. Behav.*, vol. 16, n° 5, p. 265-274, janv. 1991, doi: 10.1016/0306-4603(91)90019-E.
- [25] W. Fals-Stewart, « Ability of counselors to detect cognitive impairment among substance-abusing patients: An examination of diagnostic efficiency », *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 5, n° 1, p. 39-50, 1997, doi: 10.1037/1064-1297.5.1.39.
- [26] Z. S. Nasreddine *et al.*, « The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53, n° 4, p. 695-699, 2005, doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
- [27] L. Ritz et H. Beaunieux, « BEARNI : un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool », *Cah. Neuropsychol. Clin.*, n° 5, p. 5-14, 2018.
- [28] R. Jurado Barba *et al.*, « Development of a screening test for cognitive impairment in alcoholic population: TEDCA. », 2017.
- [29] J. Pantel, « Sucht und demenzielle Erkrankungen: Grundlagen und Interventionen in Beratung und Therapie », in *Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen*, T. Hoff, Éd. Berlin, Heidelberg: Springer, 2018, p. 139-157. doi: 10.1007/978-3-662-53196-9_7.