

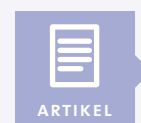
Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen in de DSM-5

S.J.W. WALVOORT, A.J. WESTER†, M.C. DOORAKKERS, R.P.C. KESSELS, J.I.M. EGGER

- ACHTERGROND** Binnen de DSM-IV-TR zijn alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen moeilijk onder te brengen, met als gevolg dat deze neurocognitieve stoornissen vaak over het hoofd worden gezien. De komst van de DSM-5 zou hierin uitkomst kunnen bieden.
- DOEL** De DSM-5 vergelijken met de DSM-IV-TR voor de classificatie van alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen en de klinische relevantie bespreken.
- METHODE** Het vergelijken van de hoofdstukken uit de DSM-IV-TR en de DSM-5 voor alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen.
- RESULTATEN** In de DSM-5 is er meer aandacht gekomen voor alcoholgerelateerde neurocognitieve stoornissen. Naast een onderscheid in ernst (beperkt en uitgebreid) wordt er onderscheid gemaakt in type (niet-amnestisch-confabulerende type versus amnestisch-confabulerende type) en specificatie van de duur (gedragsstoornissen en/of persisterend).
- CONCLUSIE** In de DSM-5 krijgen alcoholgerelateerde neurocognitieve stoornissen meer aandacht, waarbij neuropsychologisch onderzoek een essentieel onderdeel vormt in de classificatie, diagnostiek en behandeling van neurocognitieve stoornissen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)5, 397-401

TREFWOORDEN alcohol, DSM-5, neurocognitieve stoornissen



Al enkele decennia is overtuigend aangetoond dat chronisch alcoholgebruik kan leiden tot cognitieve stoornissen (Bates e.a. 2002). Een alcoholinname van meer dan 21 glazen per week blijkt al een risicofactor te zijn voor het ontwikkelen van cognitieve stoornissen (Jue & Schilt 2009). Bij patiënten met het syndroom van Korsakov zijn de cognitieve stoornissen evident en worden de geheugenstoornissen, de executieve problemen en de hiermee samenhangende persoonlijkheidsveranderingen (waaronder apathie en gedragsproblemen) doorgaans snel opgemerkt. De cognitieve stoornissen die echter bij chronisch alcoholgebruik worden gerapporteerd, zijn vaak subtieler van aard. Veelal worden ze overschaduwd door problemen in woon- en werkomstandigheden of in de relationele sfeer, en vallen daardoor minder snel op. De alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen komen op

de volgende cognitieve domeinen tot uiting: lichte tot ernstige problemen wat betreft de aandacht, het geheugen, de visuospatiele functies, de executieve functies (waaronder planning- en organisatievermogens, flexibiliteit van denken, het nemen van beslissingen en het werkgeheugen) en de sociaal-cognitieve functies (CBO 2009; Wester & Kessels 2012). Deze cognitieve stoornissen bemoeilijken de behandeling (Bates e.a. 2013; Bruijnen e.a. 2013) en vergroten de kans op terugval in alcoholgebruik (Noël e.a. 2002). Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen zijn lastig te classificeren met de DSM-IV-TR (APA 2007). De vraag is of er met de komst van de DSM-5 (APA 2014) meer aandacht is gekomen voor deze stoornissen en op welke manier alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen het best kunnen worden geclassificeerd volgens de DSM-5. In dit artikel beschrijven wij de huidige stand van zaken aangaande het

classificeren van alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen in de DSM-IV-TR en we geven aan hoe hier in de DSM-5 naar wordt gekeken.

Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen in de DSM-IV-TR

In de DSM-IV-TR wordt onderscheid gemaakt tussen een stoornis in het gebruik van alcohol en stoornissen dóór het gebruik van alcohol. De eerste groep bestaat uit alcoholmisbruik en -afhankelijkheid. De tweede groep omvat intoxicatie, onthouding, delirium, persisterende demantie, persisterende amnestische stoornis, psychotische stoornis, stemmingsstoornis, angststoornis, seksuele disfunctie en slaapproblemen. Cognitieve stoornissen worden bij voorkeur vastgesteld met neuropsychologisch onderzoek na een abstinentietermijn van minimaal 6 weken (Walvoort e.a. 2013).

Conform de DSM-IV-TR kunnen vastgestelde ernstige, persisterende alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen (syndroom van Korsakov) geclassificeerd worden als 'persisterende amnestische stoornis door alcohol' (code 291.1). Het nadeel van deze classificatie is dat de nadruk ligt op de amnesie, terwijl bij patiënten met korsakovsyndroom tevens forse executieve problemen zijn aangetoond (Van Oort & Kessels 2009).

Daarnaast bestaat er de DSM-IV-TR-classificatie 'persisterende demantie door alcohol teweeggebracht' (code 291.2), waarbij er sprake moet zijn van meervoudige cognitieve stoornissen en ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren. Als de criteria van alcoholgedimie (Oslin e.a. 1998) worden gevolgd, mogen de cognitieve stoornissen niet worden toegeschreven aan een delirium, een door een middel geïnduceerde intoxicatie of onttrekking. Bovendien kan de term 'demantie' tot verwarring leiden, omdat deze vaak geassocieerd wordt met een onderliggend neurodegeneratief proces, terwijl er eerder een stabiel beeld wordt gezien of zelfs enig herstel van cognitieve functies bij voortdurende alcoholabstinentie (Stavro e.a. 2013). De CBO-richtlijn (2009) stelt zelfs voor om de term 'alcoholische demantie' niet te hanteren als ziektebeeld, wegens het ontbreken van wetenschappelijk bewijs voor een directe oorzaak-gevolgrelatie tussen alcoholmisbruik en demantie.

De classificatie 'alcoholafhankelijkheid' (code 303.90) kan gesteld worden bij langdurig alcoholgebruik zonder dat er sprake is van het syndroom van Korsakov. Als uit neuropsychologisch onderzoek blijkt dat er tevens sprake is van neurocognitieve stoornissen, dient tevens de classificatie 'cognitieve stoornis NAO' (code 249.9) te worden gebruikt. De combinatie van beide classificaties zegt iets over de ernst van de verslaving en geeft aan dat er problemen zijn met het cognitief functioneren, maar zegt niets over de

AUTEURS

SERGE WALVOORT, klinisch neuropsycholoog en programamanager, Topklinisch Centrum voor Korsakov en alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen, Vincent van Gogh Instituut (VVGI), Venray, promovendus, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit, Nijmegen; tevens praktijkopleider klinische neuropsychologie, GGZ Oost Brabant.

ARIE WESTERT, klinisch neuropsycholoog en programma-leider, Topklinisch Centrum voor Korsakov en alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen, VVGI, Venray, tevens praktijkopleider klinische neuropsychologie, Pro Persona, Wolfheze.

MARC DOORAKKERS, psychiater, Topklinisch Centrum voor Korsakov en alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen, VVGI, Venray; thans: MMC, Veldhoven.

ROY KESSELS, klinisch neuropsycholoog, afd. Medische psychologie, Radboudumc, hoogleraar Neuropsychologie, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit, Nijmegen, wetenschappelijk consultant, Topklinisch Centrum voor Korsakov en alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen, VVGI, Venray.

JOS EGGER, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en P-opleider, VVGI, bijzonder hoogleraar Klinische neuropsychologie, Behavioural Science Institute en Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit, Nijmegen; tevens plaatsvervangend hoofdopleider, landelijke opleiding tot klinisch neuropsycholoog en wetenschappelijk adviseur, Pompestichting, Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

Serge Walvoort, Vincent van Gogh Instituut, Stationsweg 46, 5803 AC Venray.

E-mail: swalvoort@vvgi.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-10-2015.

aard en de ernst van de cognitieve problemen, welke neurocognitieve domeinen zijn aangedaan en wat dit betekent voor de behandeling.

Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen in de DSM-5

In de DSM-5 valt alcoholverslaving onder de hoofdcategorie 'middelgerelateerde en verslavingsstoornissen' (zie ook Van de Brink 2014). Binnen deze hoofdcategorie worden de

alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen wel kort genoemd, maar wordt er primair verwezen naar de aparte subcategorie 'neurocognitieve stoornis door een middel/medicatie' als onderdeel van de hoofdcategorie 'neurocognitieve stoornissen'. Deze hoofdcategorie omvat, naast alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen, ook de oude DSM-IV-TR-classificaties delirium, dementie en cognitieve stoornissen NAO.

Volgens de DSM-5 dienen neurocognitieve stoornissen verworven te zijn, waardoor er sprake moet zijn van een achteruitgang in cognitief functioneren. Er wordt een onderscheid gemaakt in de ernst: 'uitgebreide' (*major*) of 'beperkte' (*mild*) neurocognitieve stoornis. De onderverdeling in uitgebreide en beperkte neurocognitieve stoornissen maakt duidelijk dat de DSM-5 neurocognitieve stoornissen en de beperkingen als gevolg hiervan in het dagelijks leven opvat als een continuüm (Simpson 2014).

Bij uitgebreide neurocognitieve stoornissen moeten er aanwijzingen zijn voor een significante cognitieve achteruitgang (> 2 SD onder het leeftijds- en opleidingsgecorrigeerde normgemiddelde) in één of meer cognitieve domeinen ten opzichte van een eerder niveau van functioneren. Deze dienen bij voorkeur vast te worden gesteld middels neuropsychologisch onderzoek. Uitgebreide neurocognitieve stoornissen beperken het alledaags functioneren en doen zich niet voor in de context van een delirium of een andere psychische stoornis, zoals depressie of schizofrenie. Vervolgens kan aangegeven worden of er gedragsstoornissen spelen en gespecificeerd worden wat de actuele ernst daarvan is (licht, matig of ernstig).

De beperkte neurocognitieve stoornis staat voor een lichte achteruitgang (tussen $1-2$ SD beneden het normgemiddelde) in één of meer cognitieve domeinen ten opzichte van eerder functioneren die tot minimale of geen beperkingen in het dagelijks leven leiden. Hierbij wordt toegevoegd dat, hoewel er geen belemmeringen zijn die het onafhankelijke functioneren bij alledaagse activiteiten beïnvloeden, er wel een grotere inspanning, compenserende strategieën of aanpassingen noodzakelijk kunnen zijn. Ook bij de beperkte neurocognitieve stoornis kan aangegeven worden of er gedragsstoornissen spelen en of de cognitieve stoornissen persistent zijn bij volgehouden abstinentie.

Het syndroom van Korsakov dient geclassificeerd te worden als 'uitgebreide neurocognitieve stoornis, amnestisch-confabulerende-type' (code 291.1). Voor de patiënten die geen syndroom van Korsakov hebben, is er, afhankelijk van de ernst van de gevonden cognitieve stoornissen, een onderverdeling in 'uitgebreide neurocognitieve stoornis, niet-amnestisch-confabulerende type' (code 291.2) en 'beperkte neurocognitieve stoornis' (code 291.89). Boven-

dien dient naast de classificatie 'neurocognitieve stoornis' ook de classificatie 'ernstige stoornis in alcoholgebruik' (code 303.90) te worden gebruikt.

Om de neurocognitieve problemen in kaart te brengen geeft de DSM-5 een uitgebreide beschrijving van de neurocognitieve domeinen, waaronder aandacht, executieve functies, leren en geheugen, taal, perceptueel-motorische en sociaal-cognitieve functies. Per domein wordt er een onderscheid gemaakt tussen uitgebreide en beperkte neurocognitieve stoornissen met voorbeelden van symptomen of observaties. Hoewel er niet met namen toenaam naar specifieke neuropsychologische testen wordt verwezen, vormen deze voorbeelden aanknopingspunten voor de neuropsychologische diagnostiek waarmee men de genoemde neurocognitieve domeinen in kaart kan brengen.

CONCLUSIE

Met de komst van de DSM-5 kunnen de neurocognitieve stoornissen die vaak optreden bij chronisch alcoholgebruik beter geclassificeerd worden dan met de DSM-IV-TR. De DSM-5 maakt een onderverdeling in 'beperkte' en 'uitgebreide' neurocognitieve stoornissen, waarmee de neurocognitieve stoornissen en de ernst in de beperking als gevolg hiervan worden opgevat als een continuüm (Simpson 2014). Deze opvatting geeft het neuropsychologisch onderzoek een prominente plek in de classificatie van neurocognitieve stoornissen bij stoornissen in het gebruik van alcohol.

Hoewel de DSM-5 aandacht heeft voor neurocognitieve stoornissen, blijft de DSM-5 echter vooral een classificatiesysteem. De DSM-5-classificatie geeft aan dat er cognitieve stoornissen aanwezig zijn, het neuropsychologisch onderzoek geeft zeer waardevolle informatie omtrent de onderzochte neurocognitieve domeinen. Men kan dan per patiënt een sterkte-zwakteprofiel opstellen dat als basis dient om de vervolgbehandeling in te richten. Op basis hiervan kan men kiezen voor bijvoorbeeld een meer gedragstherapeutische aanpak, een specifieke vaardigheidstraining of een aanpak gericht op externe aansturing. Hierdoor kan men voorkomen dat patiënten in de behandeling onnodig overvraagd worden, waarmee men de kans op het voortijdig afbreken van de behandeling verkleint (Fals-Stewart & Shafer 1992; Crews e.a. 2005).

Het opsporen van neurocognitieve stoornissen kan zelfs al tijdens het eerste contact geobjectiveerd gebeuren door gebruik te maken van korte screeningsinstrumenten. Een mooi voorbeeld hiervan is de *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine e.a. 2005), die al ingezet wordt bij patiënten met alcoholafhankelijkheid (Alarcon e.a. 2015), bij patiënten in de verslavingszorg (Copersino e.a. 2009; Bruijnen e.a. 2013) en bij patiënten met het syndroom van

Korsakov (Oudman e.a. 2014). Met deze korte cognitieve screener kan men bepalen of er aanwijzingen zijn voor cognitieve problemen, op welk cognitief domein deze tot uiting komen en of er een indicatie is voor verder onderzoek. Daarnaast heeft de MoCA drie parallelversies, waar-

door het mogelijk wordt om gedurende de behandeling de cognitieve problemen te monitoren. Doortijdig te screenen kan de behandelaar al in vroeg stadium van behandeling rekening houden met cognitieve problemen die een succesvol behandeltraject in de weg kunnen staan.

LITERATUUR

- Alarcón R, Nalpas B, Pelletier S, Perney P. MoCA as a screening tool of neuropsychological deficits in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2015; 39: 1042-8.
- American Psychiatric Association. Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Amsterdam: Pearson; 2007.
- American Psychiatric Association. DSM-5: handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Amsterdam: Boom; 2014.
- Bates ME, Buckman JF, Nguyen TT. A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychol Rev* 2013; 23: 27-47.
- Brink W van den. Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 206-10.
- Bruijnen CJ, Wester AJ, Markus W, De Jong C, Kessels RPC. Screening of cognitive disorders in substance abuse patients using the Montreal Cognitive Assessment – Dutch Version (MoCA-D). *J Int Neuropsychol Soc* 2013; 19 (Suppl S2): 55.
- CBO Richtlijn. Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
- Copersino ML, Fitzmaurice G, Sokoloff J, Fals-Stewart W, Schretlen DJ, Weiss RD. Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Exp Clin Psychopharmacol* 2009; 17: 337-44.
- Crews FT, Buckley T, Dodd PR, Ende G, Foley N, Harper C, e.a. Alcoholic neurobiology: changes in dependence and recovery. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29: 1504-13.
- Jue P, Schilt T. Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen. In: Jonker C, Slaets JPI, Verhey FRJ (red.). *Handboek dementie: laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu; 2009. p. 243-51.
- Fals-Stewart W, Schafer J. The relationship between length of stay in drugfree therapeutic communities and neurocognitive functioning. *J Clin Psychol* 1992; 48: 539-43.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, e.a. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 695-9.
- Noël X, Sferrazza R, van der Linden M, Paternot J, Verhas M, Hanak C, e.a. Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc-bicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol* 2002; 37: 347-54.
- Oort R van, Kessels RPC. Executive dysfunction in Korsakoff's syndrome: time to revise the DSM criteria for alcohol induced persisting amnesic disorder? *Int J Psychiatry Clin Prac* 2009; 13: 78-81.
- Oslin D, Atkinson RM, Smith DM, Hendrie H. Alcohol related dementia: Proposed clinical criteria. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 203-12.
- Oudman E, Postma A, Van der Stigchel S, Appelhof B, Wijnia JW, Nijboer TC. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini Mental State Examination (MMSE) in detection of Korsakoff's syndrome. *Clin Neuropsychol* 2014; 28: 1123-32.
- Simpson JR. DSM-5 and neurocognitive disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* 2014; 42: 159-64.
- Stavro K, Pelletier J, Potvin S. Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addict Biol* 2013; 18: 203-13.
- Walvoort SJW, Wester AJ, Egger JIM. Neuropsychologische diagnostiek en cognitieve functies bij alcoholabstinentie. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 101-11.
- Wester AJ, Kessels RPC. Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen. In: Kessels RPC, e.a. (red.). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Boom. 2012.

SUMMARY

Alcohol-related cognitive impairment and the DSM-5

S.J.W. WALVOORT, A.J. WESTER†, M.C. DOORAKKERS, R.P.C. KESSELS, J.I.M. EGGER

- BACKGROUND** It is evident from the DSM-IV-TR that alcohol-related impairment is extremely difficult to classify accurately. As a result, cognitive deficits can easily be overlooked. The DSM-5, however, incorporates a new category, namely 'neurocognitive disorders', which may lead to significant improvements in clinical practice.
- AIM** To compare the classification of alcohol-related cognitive dysfunction in DSM-IV-TR and DSM-5 and to discuss the clinical relevance of the revised classification in the DSM-5.
- METHOD** We compare the chapters of the DSM-IV-TR and the DSM-5 concerning alcohol-related cognitive impairment and describe the changes that have been made.
- RESULTS** The DSM-5 puts greater emphasis on alcohol-related neurocognitive impairment. Not only does DSM-5 distinguish between the degree of severity (major or minor neurocognitive disorder), it also distinguishes between the type of impairment (non-amnestic-type versus confabulating-amnestic type). It also makes a distinction between the durations of impairment (behavioural and/or persistent disorders).
- CONCLUSION** The DSM-5 gives a clearer description of alcohol-related neurocognitive dysfunction than does DSM-IV-TR and it stresses the essential role of neuropsychological assessment in the classification, diagnosis, and treatment of neurocognitive disorders.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)5, 397-401

KEY WORDS alcohol, DSM-5, neurocognitive disorders