

Rusmiddelbruk, kognitiv svikt og komorbid demens



Eivind Aakhus

Nasjonalt senter for aldring og helse
eivind.aakhus@aldringoghelse.no

Sverre Bergh

Forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom
Nasjonalt senter for aldring og helse

Geir Selbæk

Geriatrisk avdeling, Institutt for klinisk medisin Universitetet i Oslo
Nasjonalt senter for aldring og helse

Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Differensialdiagnostikk av demens i rusbehandling er en kompleks øvelse.

Aleksander Hagen Erga og kolleger (2026) går i *Psykologtidsskriftets* marsnummer gjennom kunnskapsgrunnlaget for utredning av kognitiv fungering/vansker hos personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Temaet er helt sentralt innen rusbehandling. Forfatterne beskriver kognitiv vurdering som et behandlingsforløp i tre nivåer: 1) starten av forløpet, 2) underveis i et forløp og 3) vurdering av vedvarende kognitive tilstander. I sistnevnte gruppe beskrives typiske kliniske bilder som autismspekterforstyrrelser, ADHD og «utfordringer med global kognitiv fungering». Vi er usikre på hva det sistnevnte rommer, men vi antar at det gjelder for eksempel kognitiv svikt ved demenssykdom. Dette kan være som en direkte følge av rusmiddelbruken eller ervervede skader oppstått under ruspåvirkning (f.eks. hodeskader, intracerebrale blødninger), eller som en samtidig utvikling av en av de nevrodegenerative demenssykdommene som for eksempel demens ved Alzheimers sykdom eller vaskulær demens. Vi noterer oss at forfatterne ikke én gang i løpet av artikkelen bruker begrepet *kognitiv svikt*, men vi antar at «vedvarende kognitive vansker som ikke bedres ved vedvarende avholdenhet fra rusmidler», ikke er noe annet enn kognitiv svikt, og at utredning i nivå tre også må inkludere demens som en aktuell differensialdiagnose.

Forfatterne anbefaler at pasienter med rusmiddelbruk og tegn på vedvarende kognitive vansker bør gjennomgå en full nevropsykologisk undersøkelse. Vi er enige i at nevropsykologisk kompetanse er ønskelig i ethvert faglig miljø som utreder kognitiv svikt, enten det dreier seg om rusmiddelbruk, demens eller annen årsak til kognitive vansker. Imidlertid er demenssykdom også en klinisk diagnose, der sannsynligheten for at en person har sykdommen, er et resultat av klinisk undersøkelse, komparentinformasjon, testing med validerte tester (for demensdiagnostikk), bildediagnostikk (MR/CT/PET/SPECT) og eventuelt blod- eller spinalvæskeundersøkelse for kartlegging av demensmarkører. En full nevropsykologisk undersøkelse vil derfor kun være en del av en utredning som kan bidra til å kartlegge om en pasient i rusbehandling er rammet av en nevrodegenerativ demenssykdom.

Det er holdepunkter for å si at personer med langvarig alkoholmisbruk har en forhøyet risiko for demens som ikke skyldes alkoholmisbruket i seg selv. Hvis man ser på alle årsaker til demens,

inkludert rusrelatert demens, finner en stor finsk registerundersøkelse en to–seks ganger forhøyet risiko for demens hos personer med alkoholmisbruk (Hu et al., 2023). Aranda og kolleger (2023) viste i et stort registermateriale at en historie med psykisk lidelse og rus økte risiko for å ha en demens av Alzheimers type med 22–51 % og vaskulær demens med 22–53 %. I en dansk registerundersøkelse fant man at personer med alkoholavhengighet hadde en dobbelt risiko for å få demens av nevrodegenerativ type (F00-F03 og G30 i ICD10) (Holst et al., 2017). For andre typer rusmisbruk er kunnskapen begrenset.

Differensialdiagnostikk opp mot demens i rusbehandlingsfeltet er en kompleks og krevende øvelse, der et velfungerende samarbeid mellom tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og demensutredningsmiljøet er viktig. Fra vår kjennskap til norsk klinisk praksis er det allerede samarbeid mange steder mellom TSB-avdelinger og fagmiljøer som utreder mulig demenssykdom. Ved forløpskontroll av kognitiv funksjon bør man være særlig oppmerksom ved tegn på *økt* kognitiv svikt sammenlignet med tidligere undersøkelser, uten sikker årsak. Da bør man ut fra samlede opplysninger vurdere om det er holdepunkter for demensutvikling, og henvise til demensutredning hos aktuelt fagmiljø.

Det er viktig å kunne skille mellom demens som skyldes nevrodegenerativ årsak, og demens som skyldes rusmiddelbruken selv. Behandlingsmessig kan det få konsekvenser for valg av legemidler mot demens, og det vil også være av betydning for vurderinger omkring prognose, arvelighet og fremtidige omsorgsbehov. I tillegg kan både pasient og dennes nærmeste ha nytte av å vite at årsaken til den kognitive svikten skyldes noe annet enn rusmiddelbruken. Det kan bidra til å redusere skam og stigma.

Referanser

- Aranda, M. P., Liang, J., Wang, X., Schneider, L. S. & Chui, H. C. (2023). The relationship of history of psychiatric and substance use disorders on risk of dementia among racial and ethnic groups in the United States. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1 165 262. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1165262>
- Erga, A. H., Hetland, J., Høiland, K., Fodstad, E. C., Drevsjø, S. & Braatveit, K. J. (2026). Utredning av kognitiv fungering i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(3), 163–172. <https://doi.org/10.52734/MDGW7844>
- Holst, C., Tolstrup, J. S., Sørensen, H. J. & Becker, U. (2017). Alcohol dependence and risk of somatic diseases and mortality: A cohort study in 19 002 men and women attending alcohol treatment: Alcohol dependence and somatic diseases. *Addiction*, 112(8), 1358–1366. <https://doi.org/10.1111/add.13799>
- Hu, Y., Korhonen, K., Li, P., Bobak, M., Martikainen, P. & Bijlsma, M. J. (2023). Association between alcohol use disorders and dementia in 262,703 dementia-free finnish adults: Is cardiovascular disease a mediator? *The Journals of Gerontology: Series A*, 78(6), 1045–1052. <https://doi.org/10.1093/gerona/glac252>