

# Cannabis och dubbeldiagnoser

Martin Olsson

POM och Rådgivningsbyrån, Lund



# Hur ska man närma sig detta problem?

- Cannabis som **orsak** till psykiska sjukdomar?
- Cannabis som ”**självmedicinering**” vid psykiska sjukdomar?
- Vad är orsak och verkan – höna eller ägg?



# Vad vet vi idag?

- Cannabis som orsaksfaktor för utveckling av schizofreni
- Varför röker man cannabis när man har en psykiatrisk diagnos?
- Fungerar cannabis som "självmedicinering"?



# Akut intoxikation

- Akut rus: försämring av kognitiva funktioner, perception, reaktionstid, inlärning och minne (CNS)
- Missbrukaren uppfattar positiv drogeffekt i form av mild eufori, välbefinnande, rikliga associationer, avslappning, hallucinationer m m
- Kan även få "snedtändning" orsakad av panikångestreaktion (till följd av förhöjd puls och blodtryck) vilket orsakas av kardiovaskulär effekt av THC. Rödsprängda ögon orsakas av detta
- Muntorrhet, lätt yrsel och illamående
- Ökad aptit



# Kroniskt rus (tidigare: amotivationssyndrom)

- Upprepad rökning flera gånger i veckan ger kognitiva skador
- Oförmåga att fokusera uppmärksamhet och filtrera irrelevant information
- En känsla av "utanförskap", att livet saknar mening, står utanför deras kontroll
- Efter drogfrihet och behandling ser man en tydlig förbättring av dessa kognitiva svårigheter



# Cannabis och schizofreni

- Cannabis kan alltså leda till en mängd olika psykiska symtom i direkt anslutning till missbruk och kort därefter – men
- Kan man säga att cannabis orsakar schizofreni?
- Denna fråga var länge kontroversiell, men i dag finns flera studier och forskningsöversikter som visar att cannabis utgör EN riskfaktor för att utveckla schizofreni och andra psykoser.



# ”cannabispsykos” eller schizofreni

- ”cannabispsykos” innebär att man får en **toxisk psykos** i samband med cannabisrökning, eller psykos i samband med s k ”flashback”
- Här är frågeställningen huruvida cannabis är en orsaksfaktor för att utveckla schizofrenisjukdomen – långt efter intag



# Den svenska värnpliktsstudien

- Det inträffade sex gånger så många fall av schizofreni i den grupp som angett att de rökt cannabis mer än 50 ggr vid mönstring
- När man korrigerade för de som redan vid mönstring hade en psykiatrisk diagnos eller medicinerade mot "nervösa besvär" kvarstod en nästan tredubblad risk (OR: 2,9) för schizofreni i högkonsumtionsgruppen (Andréasson et al 1987)





# Senare studier

- Arsenault et al (2004) sammanställde resultat av fem studier som analyserade samband cannabis-schizofreni
- Man fann att cannabismissbruk **fördubblade risken** för framtida insjuknande i schizofreni
- Man uppskattade den etiologiska fraktionen till 8% - d v s 8% av alla schizofrenifall hade kunnat undvikas om cannabismissbruk eliminerades
- Det finns alltså idag "converging evidence" för att cannabis kan öka risken för schizofreni hos sårbara personer, men **även hos personer utan tidigare psykiska besvär.**



# Cannabinoid "modellpsykos"

- Äldre naturalistiska studier har haft begränsat värde. Man vet inte om cannabISRökning i sig orsakade symtom eller triggade en latent psykisk sjukdom
- Man kunde konstatera att ju högre dos, desto mer psykotiska symtom (vanföreställningar, uppluckrade associationer)
- Svårt att veta om självrapporterade symtom stämmer...



# Problem med äldre studier

- Försökspersoner var ofta rekryterade från fängelser, så det rörde sig knappast om "friska försökspersoner" utan personer med dolda psykiatriska diagnoser (1944).
- En studie utfördes med personal på en psykiatrisk mottagning. Försökspersoner rapporterade rädsla för att "få schizofreni", "bli hypnotiserade", "tvingas till ECT-behandling" etc (1958)



# Dosrelaterade symtom

- En studie på tidigare opiatberoende patienter visade att THC både oralt och rökt ökade syn- och hörselhallucinos (1967)
- En senare studie (1999) på försökspersoner i laboratoriemiljö (som tidigare hade rökt THC, men ej nyligen och ej mer än 10 ggr i sitt liv)) med syntetiskt dronabinol (Marinol®) 120 mg/kg
- Symtomen varierade mellan mild eufori och korta (eng. transient) psykotiska episoder (med vanföreställningar, tankepå sättning m m)



# Studier med schizofrena patienter

- Dubbel-blind placebokontrollerad studie där schizofrena patienter (med stabil antipsykotisk behandling) och friska kontroller deltog
- THC givet intravenöst ökade positiva symtom (hallucinationer och vanföreställningar) hos välbehandlade schizofrena och friska kontroller – som värst 10-20 min efter given dos och avklingade efter 4 timmar
- Den schizofrena gruppen mer känslig för THC-effekt, ökade sina "ursprungssymtom" medan kontrollerna fick "mer allmänna symtom"
- THC ökade även negativa symtom, dock svårbedömt (egen cannabiseffekt?)



# Forts.

- THC ökade ångest och paniksymtom, mätt med VAS-skala
- Ju högre doser THC, desto mer paniksymtom
- Visade även effekt på inlärning (högre dos – sämre inlärning i båda grupperna)



# CB1-receptorer och dopamin

- Man vet att aktivering av cannabisreceptorerna leder till ökad dopaminfrisättning, vilket leder till psykotiska symtom
- Dock såg man att patienter som redan hade neuroleptika (eller förbehandlades med neuroleptika – dopaminblockerare) ändå fick ökade psykotiska symtom
- Sannolikt beror detta på att cannabisreceptorer orsakar en ospecifik aktivering av prefrontala cortex – detta kräver dock ytterligare forskning – vilket talar för en unik ”cannabispsykos”



# Varför röker schizofrena cannabis?

- Tidigare studier har lyft fram cannabis ångestdämpande och "socialiserande" funktion: "minskar tristess", "träffa kompisar", "inte känna sig utanför"
- En större studie från Australien tog fasta på olika effekter: 1. berusningseffekter, 2. minskad nedstämdhet, 3. sociala effekter, 4. effekter på medicinering och välmående





# Forts.

- Resultaten är ungefär likadana som för befolkningen i allmänhet (må bra, känna sig mer sociala), men de schizofrena röker också för att minska effekter av medicinering



# Självmedicinering eller affektreglering?

- "Självmedicinering" myntades på 1980-talet av Khantzian utifrån en psykodynamisk modell, där patienterna använder drogen för att den är tillgänglig, och har de farmakologiska effekter man eftersträvar (istället för "vanlig" medicin)
- Affektregleringsteorin menar i stället att man tar till droger för att reglera affekter och känslor utifrån vilka personlighetsförutsättningar man har
- Dessa författare menar att schizofrena använder droger mer för sociala ändamål än andra grupper



# Hur arbeta med patienter/klienter med cannabisberoende och samtidig psykossjukdom?

- Många studier har visat att cannabisberoendet förblir oupptäckt hos många psykiatriska patienter (man testar inte eller tror inte det är så vanligt)
- Olika skattningsskalor har utvecklats i Australien för att användas för psykiskt sjuka cannabisrökare (CAUSE, CUES)
- ASI också användbart
- Proschaska-DiClementes "motivationshjul"



# Hur ska man behandla?

- **Seriellt:** först psykosen, sedan cannabisen
- **Parallellt:** både och på samma gång av två olika mottagningar
- **Integrerat:** båda tillstånden behandlas på samma mottagning



# Referenser

- Castle, Murray: *Marijuana and Madness*, Cambridge UP 2005
- Socialmedicinsk Tidskrift 2007
- martin.o.olsson@skane.se



# Vilket är bäst?

- ”Halv-integrerat”: tättare länkar mellan psykiatri och beroendevård, gemensamma vårdprogram etc, utbildning av personal i båda tillstånd
- Case managers, specialistteam av dubbeldiagnoskompetens

