

Cannabisstörungen: was gibt es Neues?

Prof. Dr. med. Udo Bonnet

Stellv. Direktor und Ltd. Oberarzt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik für abhängiges Verhalten und
Suchtmedizin

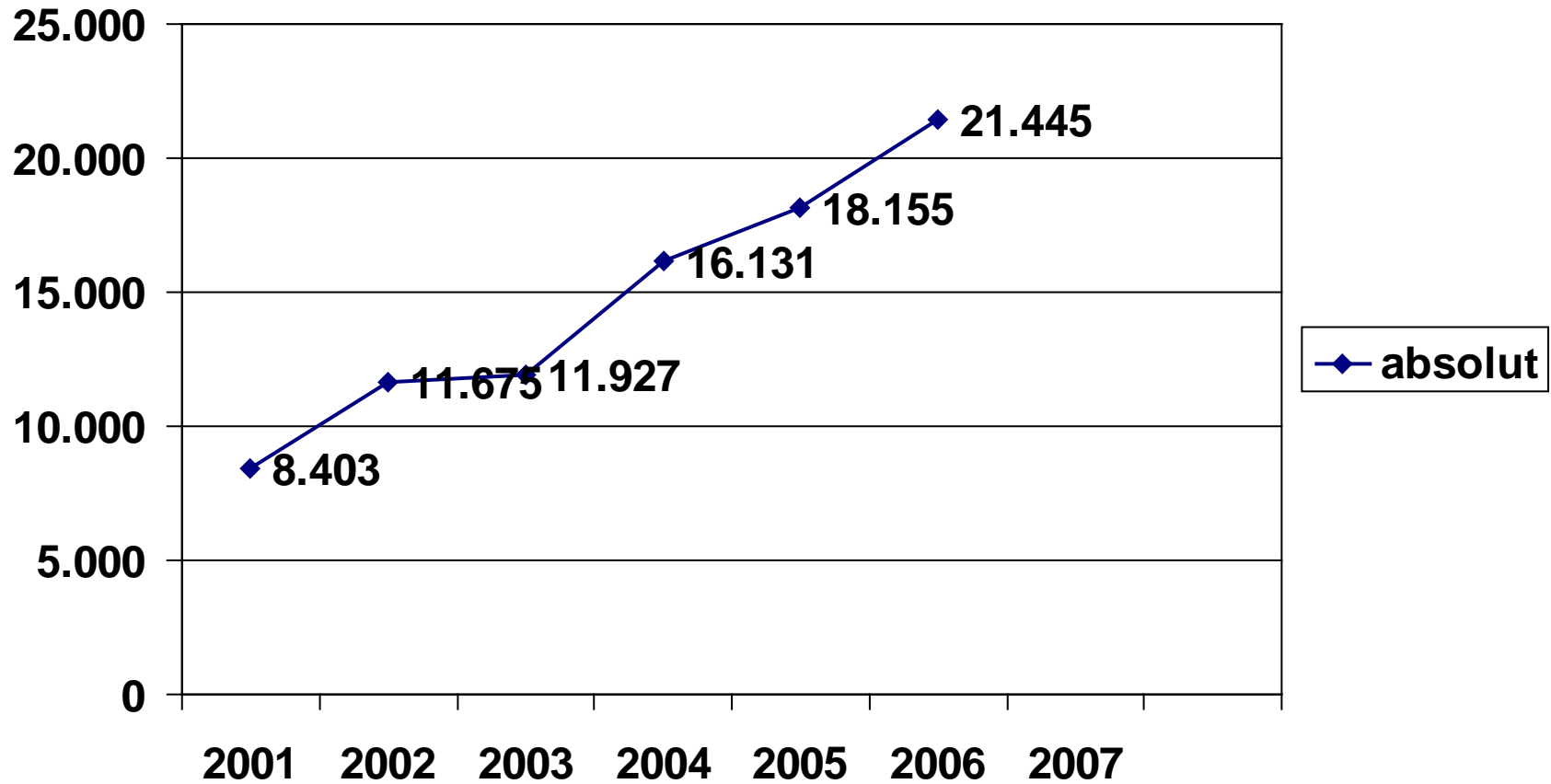
Inhalt

- Epidemiologie
- Biologie
- Therapie
- Diagnostik
- Grenzwert

- Zahl der Konsumenten und Abhängigen nimmt nicht zu
- **mit 1,5% und 2% bleibt auch der Anteil von regelmässigen Cannabiskonsumenten in der vulnerablen Alterskategorie von 12-17 Jahren konstant**

Kraus L et al (2008) Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54 (Sonderheft 1): S16-S56.
BMFG - Bundesministerium für Gesundheit (2009) Drogen- und Suchtbericht 2009.

ambulanten Behandlungsfälle mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose bei Patienten im Alter von 18 bis 29 Jahren in der Deutschen Suchthilfestatistik 2000-2006



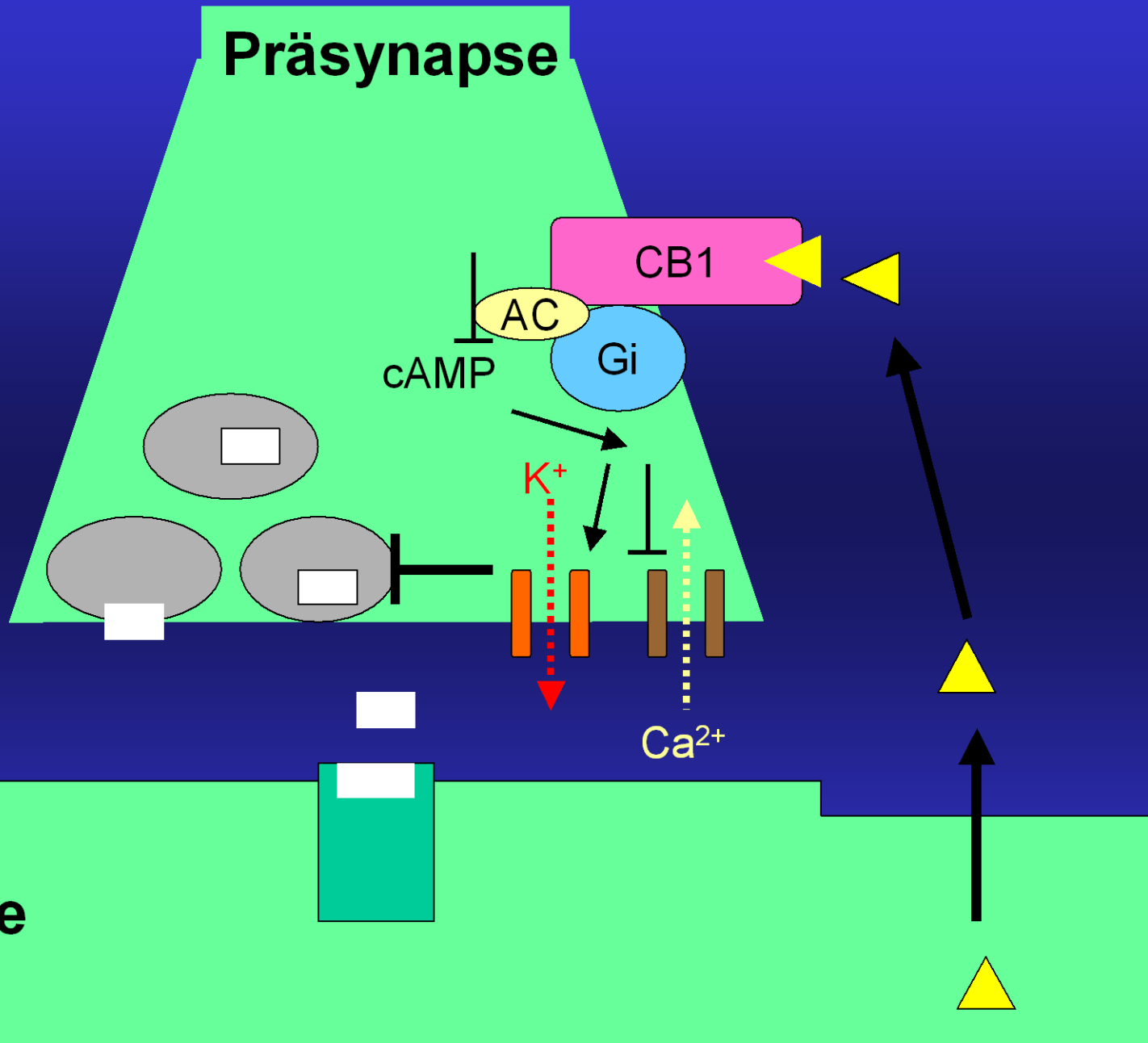
Diskussion um die Stabilität der Inzidenz der Schizophrenie

„Camberwell-Studie“

Die Zunahme des Cannabiskonsums erklärt z.T. die Zunahme der Schizophrenien in Südlondon (Boydell et al 2006, Murray et al 2006, Hickman et al 2007)

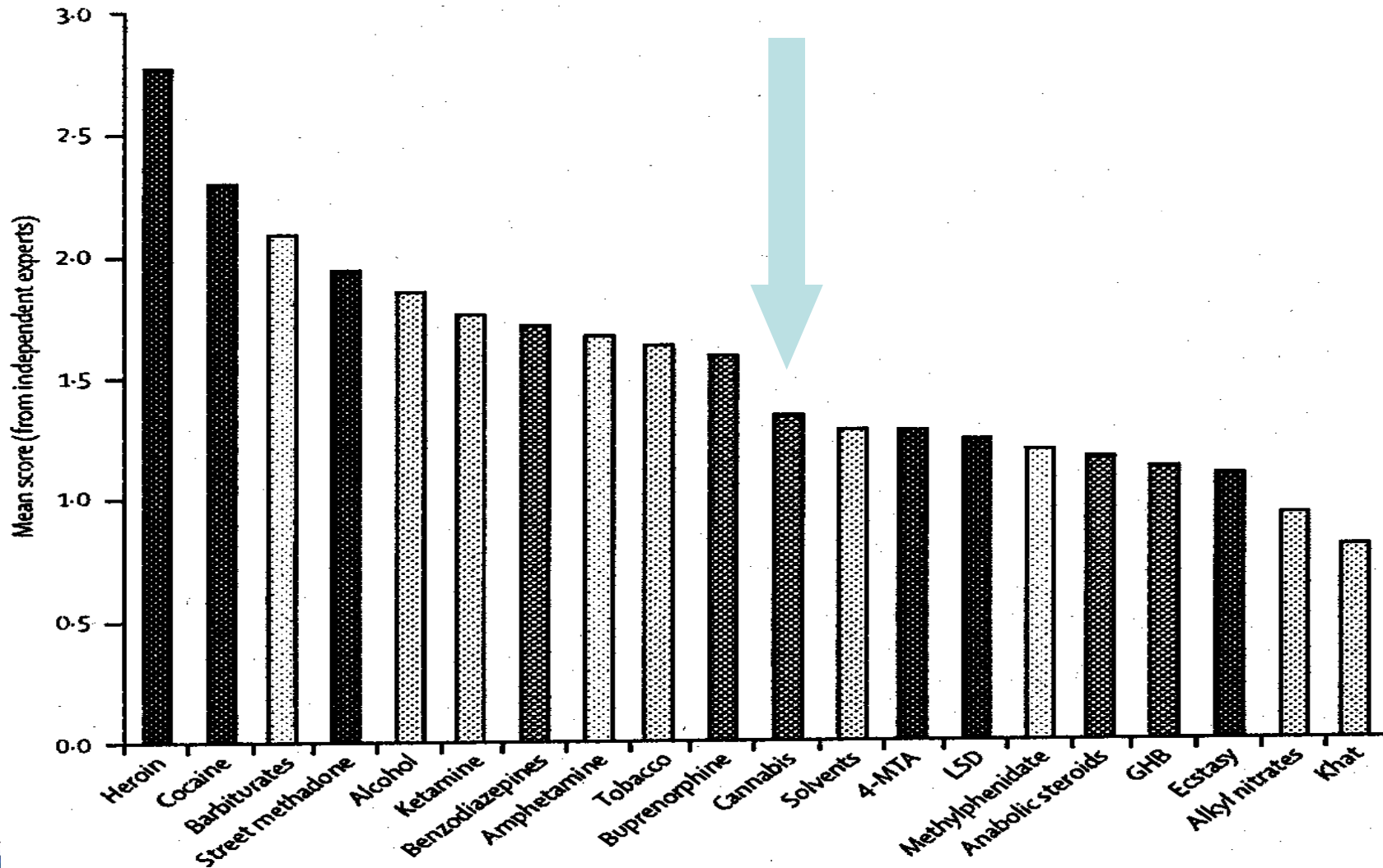
Biologie

Präsynapse



Postsynapse

Risikoeinschätzung*



Therapie

Psychotherapeutische Behandlungselemente*

Verfahren

Kognitive Verhaltenstherapie

Motivational Interview

Individuelle Beratungsarbeit

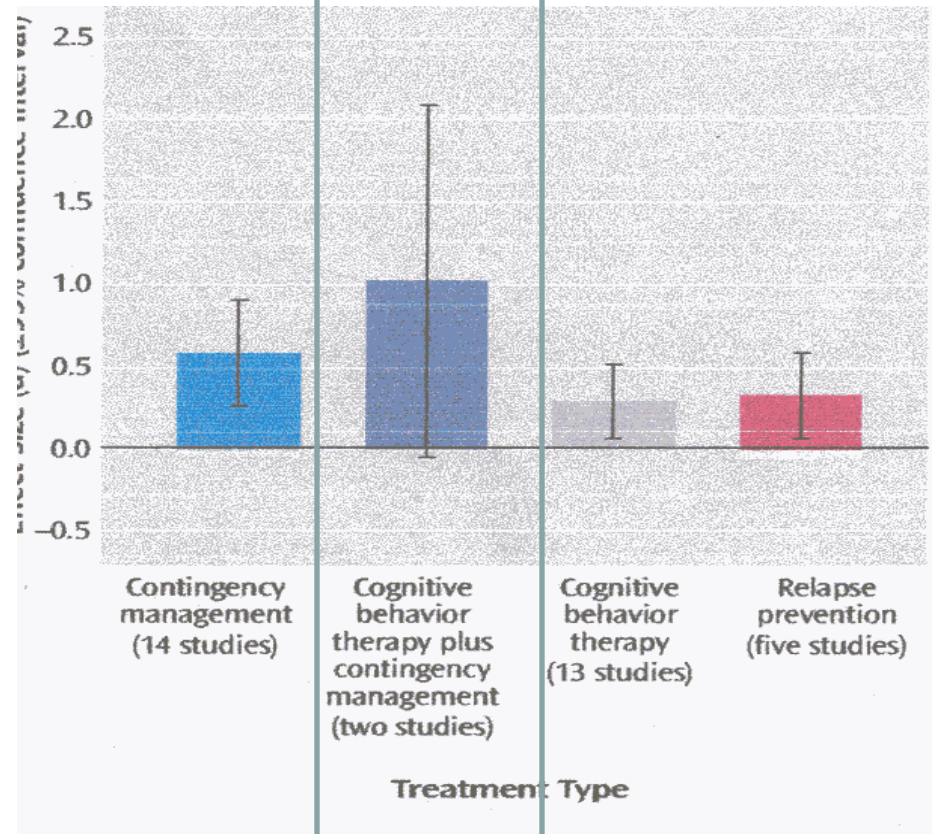
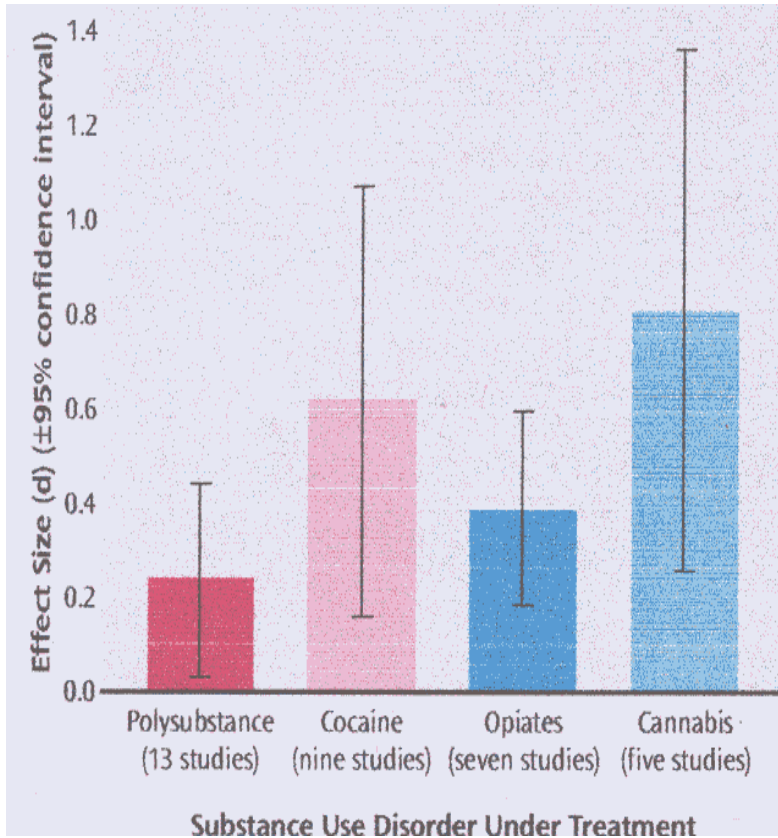
Multidimensionale Familientherapie

Milieuthherapie

Kontingenz-Management

- *Effektivität durch gut kontrollierte Studien belegt [nach 16-23], Bonnet u. Scherbaum 2010

Effektstärken



- *während der Behandlung* scheint CM sogar wirksamer als die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) zu sein [A] (Budney et al 2006, Carroll et al 2006).
- *nach der Behandlung* klingt der abstinentzinduzierende Effekt allerdings wesentlich schneller ab als in der CBT-Gruppe, die sich dann 12 Monate nach der Behandlung mit einer kontinuierlichen Abstinenzrate von schliesslich 25% erfolgreicher gebessert zeigt als die CM-Gruppe (10% Abstinenz) (Budney et al 2006).

- die Subgruppenanalyse einer kontrollierten Medikamentenstudie fand Olanzapin und Risperidon effektiv bei der Linderung von Cannabis-Craving [van Nimwegen et al 2008].
- ein knappes Psychoedukationsprogramm erweist sich als genauso effektiv wie ein längeres verhaltenstherapeutisch orientiertes cannabisspezifisches Interventionsprogramm: 40-50% weniger Cannabiskonsumenten auch noch nach 6 Monaten; beim Rest war die Schwere des Cannabiskonsums um 50% reduziert [Edwards et al 2006].
- In einer dritten kontrollierten Studie war ein speziell auf schwerere komorbide Störungen ausgerichtetes Kombinationsprogramm aus motivationsfördernden und verhaltenstherapeutischen Sitzungen supportiven Diskussionsgruppen überlegen [Bellack et al 2006]

Diagnostik

Typische psychische Folgeschäden des Cannabiskonsums

Folgeschäden des akuten Konsums	Folgeschäden des regelmässigen bis chronischen Konsums
Unkomplizierte Intoxikation	Entzugssyndrom
Komplizierte Intoxikation	Cannabispsychose
-Panikattacke	Cannabishalluzinose
-Intoxikationspsychose	Cannabismanie
-Intoxikationsdelirium	Kognitive Störungen
	Amotivationales Syndrom
	Flashbacks
	Soziale Entwicklungs- und Anpassungsstörungen

Cannabisentzugssyndrom*

Symptom

Craving (starkes dranghaftes Verlangen nach Cannabis)

Appetitminderung

Schlafstörung

Merkwürdige, lebendige Träume

Hyperhidrosis (v.a. nachts)

Irritabilität und Reizbarkeit (bisweilen Aggressivität)

Innere Unruhe

Angst

Affektlabilität und Dysphorie

Hyperalgesie (v.a. Spannungskopfschmerzen,

Bauch- und Muskelschmerzen)

Psychische Begleiterkrankungen des chronischen Cannabiskonsums (Komorbidität)

Komorbidität

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Störungen des Sozialverhaltens (Jugendliche)

Anpassungsstörungen (mit sozialer, depressiver oder ängstlicher Reaktion)

Mehrfachabhängigkeiten
ADHS

Angststörungen

Affektive Störungen (v.a. bipolare)

Schizophrene und schizoaffektive Störungen

Cannabiskonsumenten sollen häufiger manisch sein und möglicherweise ein erhöhtes Risiko für eine *bipolare Störung* haben [Henquet et al 2006]. Jedoch sind die Hinweise darauf bei weitem noch nicht so überzeugend wie für Schizophrenien

Noch weniger konsistent sind die Hinweise auf Cannabis, eine majore Depression auslösen zu können. Vielmehr scheint ein etwa ein Jahr zurückliegender Cannabis-Konsum nicht mit dem vermehrten Auftreten von Depressionen assoziiert zu sein [Harder et al 2006]



Während stationärer Entgiftungen demaskieren sich nicht selten Anpassungsstörungen mit ängstlicher oder depressiver Reaktion

Häufig werden hier auch antisoziale, Borderline- und paranoide Persönlichkeitsstörungen bei jungen erwachsenen Cannabisabhängigen gefunden [Watzke et al 2008]. Bei Jugendlichen dominieren zunächst Störungen des Sozialverhaltens [Petersen u. Thomasius

2007]

Somatische Folgeschäden des inhalativen Cannabiskonsums

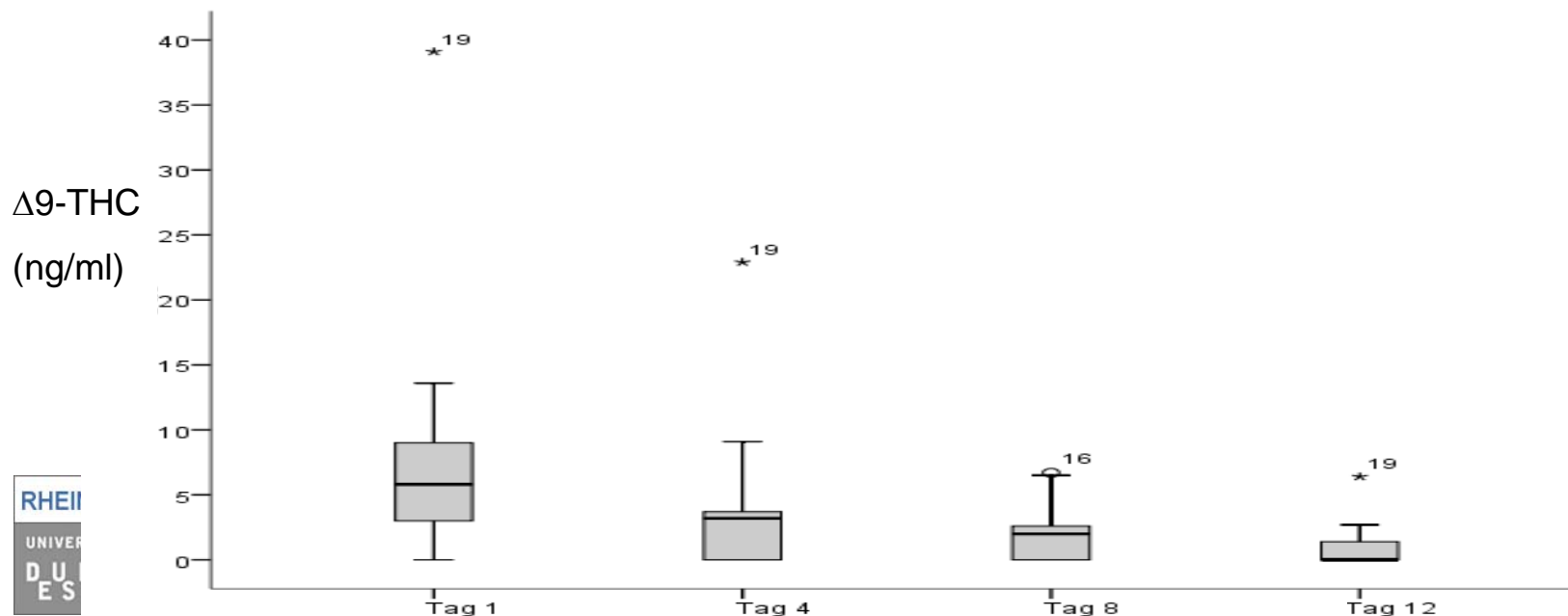


Folgeschäden des akuten Konsums	Folgeschäden des regelmässigen bis chronischen Konsums
unkomplizierte Intoxikation	Chronische Bronchitis
-Tachykardie	Lungenemphysem
-Blutdruckschwankungen	Pneumothorax
-Konjunktivale Injektion	Karzinome im respiratorischen System
-Bisweilen Mydriasis	Verschlechterung von Fibrose und Steatose bei chron. Hep. C
komplizierte Intoxikation	Zyklische Hyperemesis
-Übelkeit und Erbrechen	Fertilitätsstörungen
-Stürze/Unfälle	Selten Gynäkomastie
	Sehr selten Herz- und Hirninfarkte
	Vereinzelt Pankreatitis
	Vereinzelt Arteriitis
	Vereinzelt Glomerulonephritis
 	Kontaminationen: Vereinzelt Blei, Pflanzen-schutzmittel, Aspergillose bei Transplantierten

Zunehmend wird ab einem
**Grenzwert von
1,0 ng/ml
 Δ -9THC im Serum**
im Sinne des § 24 a StVG eine
Ordnungswidrigkeit im
Straßenverkehr angenommen

Δ -9THC im Serum im Verlauf (n=13)

	Tag 1	Tag 4	Tag 8	Tag 12
n	13	13	13	13
Mittelwert	8,4	4,2	2,0	1,0
Median	5,8	3,2	2,0	0,0
SD	10,1	6,3	2,4	1,9
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0
Maximum	39,1	22,9	6,7	6,4



DANKESCHÖN !!!