

Relació entre cànnabis i psicosis: estudi transversal sobre raons de consum

A Toll, A Mané, M Fernández – Expósito, D Bergé, L Gómez –
Pérez, A Sabaté, L Diaz, C Diez – Aja, V Pérez – Solà
Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (Parc de Salut Mar, Barcelona)



INTRODUCCIÓ (I)

- El consum de cànnabis ha esdevingut un problema a nivell mundial, sobretot entre els joves.
- A més, hi ha una elevada prevalença de consum d'aquesta substància en els pacients amb trastorns psicòtics respecte a la població general.
- Un recent meta – anàlisi mostra un consum de cànnabis al llarg de la vida entre els pacients psicòtics del 27,1% (Koskinen et al. 2010), respecte un 10% en la població general (Haberstick et al. 2014).
- En els pacients psicòtics, el consum de cànnabis s'ha associat amb (Grech et al. 2005, Linszen et al. 1994, Schimmelmann et al. 2012):
 - Una pitjor adherència al tractament.
 - Més recaigudes.
 - Persistència de simptomatologia positiva.



INTRODUCCIÓ (II)

- Referent al consum de cànnabis i la seva relació amb la psicosis, s'han desenvolupat diferents hipòtesis, no excloents entre si.

Les dos més estudiades són:

- La psicosis seria conseqüència del consum de la substància, de manera que el consum de cànnabis augmentaria el risc de desenvolupar una psicosis ([Semple et al. 2005](#)). Aquesta hipòtesis la recolzen nombrosos estudis:
 - Meta – anàlisi de 35 estudis longitudinals, mostra que els pacients amb antecedents de consum de cànnabis tenen més risc de desenvolupar posteriorment un episodi psicòtic ([Andreasson et al. 1989](#); [Moore et al. 2007](#)).
 - A més, diversos estudis mostren un inici més precoç de la malaltia en aquells pacients consumidors de cànnabis ([Di Forti et al. 2014](#), [Large et al. 2011](#)).



INTRODUCCIÓ (III)

- La segona hipòtesis proposaria que el consum de cànnabis seria secundari a la clínica psicòtica (*Hipòtesis de l'auto – medicació*).
 - La qual suposa que els pacients consumirien cànnabis (o altres substàncies) per tal de disminuir alguns dels símptomes (positius, negatius) de la malaltia (Khantzian et al. 1985).
 - En aquest cas, la substància elegida no seria a l'atzar, sinó que hi hauria una especificitat psicofarmacològica.
 - També s'ha suggerit una auto – medicació dels efectes secundaris dels antipsicòtics (Scheier et al. 1987).
 - Una variació d'aquesta teoria és el *Model d'alleujament de la disfòria* (Khantzian et al. 1997). El qual proposa que els pacients psicòtics utilitzen el cànnabis per disminuir les sensacions desagradables associades a la malaltia, com l'avorriment o la depressió.
 - En aquest cas, els pacients no triarien una substància específica per tal de disminuir els seu desconfort.



INTRODUCCIÓ (IV)

- Per tant, per entendre si les raons que motiven el consum de cànnabis estan relacionades directament amb la psicosis, sembla necessari descobrir si aquestes són diferents en els consumidors no psicòtics (Gómez – Pérez et al. 2014).
- No obstant, els estudis que s'han realitzat en aquesta línia presenten una elevada heterogeneïtat en els criteris d'inclusió i exclusió (Addington et al. 1997, Archie et al. 2013, Dixon et al. 1991, Fowler et al. 1998, Goswami et al. 2004, Green et al. 2004, Kolliaku et al. 2015, Saddichha et al. 2010; Schaub et al. 2008, Schofield et al. 2006, Spencer et al. 2002, Warner et al. 1994).
 - Pacients consumidors de cànnabis/Trastorn per abús/dependència de cànnabis.
 - Pacients amb diferents diagnòstics (Esquizofrènia, Trastorn Bipolar, ...) sense especificar estadi de la malaltia.
 - Molt pocs estudis amb primers episodis psicòtics.
 - Diferents instruments de mesura (**Qüestionari Dixon**).
 - Només tres estudis utilitzen grup control (consumidors de cànnabis no psicòtics).



OBJECTIUS (I)

- Estudiar les raons de consum de cànnabis en un grup homogeni de pacients amb un primer episodi psicòtic en comparació a un grup de controls sans, intentant així, superar les limitacions d'estudis anteriors.
- La nostra hipòtesis és que els pacients amb un primer episodi psicòtic consumiran cànnabis per motius diferents als dels controls sans.



MÈTODES (I)

- Es va reclutar:
 - Un grup de pacients amb **Primers Episodis Psicòtics** de cànnabis.
 - Un grup de controls sans edat/gènere i amb característiques semblants.
- Per tal de recollir les raons de l'ús de cànnabis es va utilitzar una escala auto-administrada adaptada del **Questionari de Motius d'Ús de Cànnabis** (Mason et al., 2008).
 - Escala auto – administrada de 15 ítems (1 = mai, 2 = rarament, 3 = sovint, 4 = sempre).
- Posteriorment es van analitzar les dades (amb SPSS) i es van comparar els dos grups (**psicòtics**) mitjançant el test x².

Verdadero / Falso

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relajarme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sentir subidón / <u>colocón</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aumentar la sensación de placer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dormir mejor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Matar el aburrimiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aumentar la intensidad de las emociones y sentimientos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ser más creativo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Satisfacer la curiosidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reducir sentimientos de tristeza y depresión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estar a gusto en el grupo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ordenar mis pensamientos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trabajar mejor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aumentar la energía |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Concentrarme mejor en algunas cosas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hablar mejor con los demás |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disminuir mis alucinaciones y delirios |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disminuir efectos secundarios de la medicación |



RESULTATS (I)

- La mostra final va estar formada per:
 - 42 pacients primer episodi psicòtic.
 - 52 controls sans.

	PEP	Controls sans	P
Edat (m, ds)	23,74 (4,11)	24,71 (3,67)	ns
Gènere (%homes)	70%	72,91%	ns

- En relació a les **raons de consum de cànnabis**:
 - Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els dos grups en l'ítem **“Organitzar els pensaments”** (26,2% vs. 7,7%, $\chi^2=5,928$, $p=0,022$).
 - També es van trobar diferències estadísticament significatives entre els dos grups en l'ítem **“Disminuir les al·lucinacions i deliris”** (9,5% vs. 0%, $\chi^2=5,17$, $p=0,037$).
 - No es van trobar diferències significatives en relació als altres paràmetres del qüestionari adaptat de Dixon.



RESULTATS (II)

Taula 1. Raons de consum de cànnabis.

Raons de consum	Psicòtics (%)	Controls (%)	χ^2	p
Relaxar-se	88,1	92,3	0,476	0,507
Intoxicació	52,4	65,4	1,631	0,214
Augmentar el plaer	50	40,4	0,869	0,407
Dormir millor	45,2	57,7	2,,525	0,283
Disminuir l'avorriment	61,9	61,5	0,001	Ns
Augmentar les emocions	33,3	21,2	1,765	0,241
Ser més creatiu	38,1	38,5	0,001	Ns
Satisfer la curiositat	31	38,5	0,575	0,518
Disminuir la tristesa	38,1	44,2	0,36	0,674
Pertànyer a un grup	31	34,6	0,141	0,826
Organitzar els pensaments	26,2	7,7	5,928	0,022*
Treballar millor	11,9	7,7	0,476	0,507
Augmentar l'energia	9,5	1,9	2,665	0,169
Concentrar-se millor	26,2	15,4	1,682	0,209
Ser més parlador	11,9	5,8	1,123	0,46
Disminuir al·lucinacions/deliris	9,5	0	5,172	0,037*



DISCUSSIÓ (I)

- En la nostra mostra, quan es van comparar les raons de consum de cànnabis entre el grup de consumidors psicòtics i els no psicòtics, les raons més freqüents als dos grups van resultar ser:
 - *“Per relaxar-se”*
 - *“Disminuir l’avorriment”*
 - *“Intoxicació”*
- Aquests resultats no semblen ser molt diferents dels obtinguts en estudis anteriors sobre el tema ([Gómez – Pérez et al. 2014](#)).



DISCUSSIÓ (II)

- Per altra banda, si ens centrem només en les raons que diferien de forma significativa en els dos grups, els nostres resultats (a diferència d'estudis anteriors) semblen indicar que els pacients psicòtics consumirien cànnabis per organitzar els seus pensaments i disminuir les al·lucinacions i els deliris.
 - Aquests resultats donarien suport a la hipòtesis de l'auto – medicació (Brune et al. 2012, Beavan et al. 2010).
 - Per tal d'explicar els nostres resultats, podríem suposar que alguns pacients començarien a consumir cànnabis al inici de l'aparició de la simptomatologia prodròmica (desconfiança, suspicàcia, ...) per tal d'alleugerir-la.
 - Però que aquests consum, contràriament a les expectatives dels pacients, desencadenaria de forma definitiva l'episodi psicòtic.
 - No obstant, aquesta explicació seria només una especulació, ja que el present estudi no ens permet demostrar aquesta hipòtesis.



DISCUSSIÓ (III)

- Estudis anteriors sobre el tema (Saddicha et al. 2010, Green et al. 2004, Schaub et al, 2008) refereixen que:
 - Els pacients psicòtics consumirien cànnabis per *“Disminuir l’avorriment”* i *“Augmentar les emocions”*.
 - Els controls sans consumirien cànnabis per *“Treballar millor”*.
- Aquestes contradiccions entre els nostres resultats i els d’altres estudis anteriors es podrien explicar per les diferències en la metodologia utilitzada.
 - Estudis en primers episodis psicòtics.
 - Diferència de qüestionaris.
 - Esquizofrènia en diferents estadis i diferent simptomatologia.
 - Insight.



LIMITACIONS (I)

- Les dades del consum de cànnabis es van recollir de forma retrospectiva.
- No es distingeix enter diferents tipus de cànnabis.
- Tot i que la mostra és igual o més gran que estudis anteriors, continua sent insuficient per avaluar amb precisió les raons de consum de cànnabis.
- El qüestionari utilitzat, tot i ser el més utilitzat en estudis anteriors, no està validat.



CONCLUSIONS (I)

- Els pacients amb un primer episodi psicòtic, a diferència dels controls sans, consumirien cànnabis per tal de disminuir les al·lucinacions i els deliris i organitzar els seus pensaments.
- Aquests resultats donarien suport tant a la hipòtesis de **l'auto – medicació** com la de l'aparició de la **psicosis de forma secundària al consum**.
- Tot i així, s'haurien de realitzar més estudis longitudinals prospectius amb millors eines i mostres més grans per tal d'aclarir aquests resultats i estudiar les dues hipòtesis de forma complementària.
- També seria important estudiar aquells factors relacionats amb l'inici i manteniment del consum de cànnabis en pacients psicòtics, per tal de desenvolupar millors estratègies de tractament en un futur proper.



REFERÈNCIES (I)

- Addington, J., Duchak, V., 1997. Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 96 (5), 329-333.
- Archie, S., Boydell, K.M., Stasiulis, E., Volpe, T., Gladstone, B.M., Reflections of young people who have had a first episode of psychosis: what attracted them to use alcohol and illicit drugs? *Early Interv Psychiatry* 7 (2), 193-199.
- Beavan, V., Read, J., Hearing voices and listening to what they say: the importance of voice content in understanding and working with distressing voices. *J Nerv Ment Dis* 198 (3), 201-205.
- Broussard, B., Kelley, M.E., Wan, C.R., Cristofaro, S.L., Crisafio, A., Haggard, P.J., Myers, N.L., Reed, T., Compton, M.T., Demographic, socio-environmental, and substance-related predictors of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophr Res* 148 (1-3), 93-98.
- Brune, M., Schaub, D., Mental state attribution in schizophrenia: what distinguishes patients with "poor" from patients with "fair" mentalising skills? *Eur Psychiatry* 27 (5), 358-364.
- Compton, M.T., Kelley, M.E., Ramsay, C.E., Pringle, M., Goulding, S.M., Esterberg, M.L., Stewart, T., Walker, E.F., 2009. Association of pre-onset cannabis, alcohol, and tobacco use with age at onset of prodrome and age at onset of psychosis in first-episode patients. *Am J Psychiatry* 166 (11), 1251-1257.
- Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., Trotta, A., Ferraro, L., Stilo, S.A., Marconi, A., La Cascia, C., Reis Marques, T., Pariante, C., Dazzan, P., Mondelli, V., Paparelli, A., Kolliakou, A., Prata, D., Gaughran, F., David, A.S., Morgan, C., Stahl, D., Khondoker, M., MacCabe, J.H., Murray, R.M., Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophr Bull* 40 (6), 1509-1517.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P.J., Sweeney, J., Frances, A.J., 1991. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 148 (2), 224-230.
- Fowler, I.L., Carr, V.J., Carter, N.T., Lewin, T.J., 1998. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull* 24 (3), 443-455.
- Gomez Perez, L., Santacana, A.M., Berge Baquero, D., Perez-Sola, V., Reasons and subjective effects of cannabis use among people with psychotic disorders: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr* 42 (2), 83-90.



REFERÈNCIES (II)

- Goswami, S., Mattoo, S.K., Basu, D., Singh, G., 2004. Substance-abusing schizophrenics: do they self-medicate? *Am J Addict* 13 (2), 139-150.
- Grech, A., Van Os, J., Jones, P.B., Lewis, S.W., Murray, R.M., 2005. Cannabis use and outcome of recent onset psychosis. *Eur Psychiatry* 20 (4), 349-353.
- Green, B., Kavanagh, D.J., Young, R.M., 2004. Reasons for cannabis use in men with and without psychosis. *Drug Alcohol Rev* 23 (4), 445-453.
- Haberstick, B.C., Young, S.E., Zeiger, J.S., Lessem, J.M., Hewitt, J.K., Hopfer, C.J., Prevalence and correlates of alcohol and cannabis use disorders in the United States: results from the national longitudinal study of adolescent health. *Drug Alcohol Depend* 136, 158-161.
- Khantzian, E.J., 1985. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 142 (11), 1259-1264.
- Kolliakou, A., Castle, D., Sallis, H., Joseph, C., O'Connor, J., Wiffen, B., Gayer-Anderson, C., McQueen, G., Taylor, H., Bonaccorso, S., Gaughran, F., Smith, S., Greenwood, K., Murray, R.M., Di Forti, M., Atakan, Z., Ismail, K., Reasons for cannabis use in first-episode psychosis: does strength of endorsement change over 12 months? *Eur Psychiatry* 30 (1), 152-159.
- Koskinen, J., Lohonen, J., Koponen, H., Isohanni, M., Miettunen, J., Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 36 (6), 1115-1130.
- Large, M., Sharma, S., Compton, M.T., Slade, T., Nielssen, O., Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 68 (6), 555-561.
- Linszen, D.H., Dingemans, P.M., Lenior, M.E., 1994. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 51 (4), 273-279.
- Saddichha, S., Prakash, R., Sinha, B.N., Khess, C.R., Perceived reasons for and consequences of substance abuse among patients with psychosis. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 12 (5).
- Schaub, M., Fanghaenel, K., Stohler, R., 2008. Reasons for cannabis use: patients with schizophrenia versus matched healthy controls. *Aust N Z J Psychiatry* 42 (12), 1060-1065.



REFERÈNCIES (III)

- Schimmelmann, B.G., Conus, P., Cotton, S., Kupferschmid, S., McGorry, P.D., Lambert, M., Prevalence and impact of cannabis use disorders in adolescents with early onset first episode psychosis. *Eur Psychiatry* 27 (6), 463-469.
- Schneier, F.R., Siris, S.G., 1987. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice. *J Nerv Ment Dis* 175 (11), 641-652.
- Schofield, D., Tennant, C., Nash, L., Degenhardt, L., Cornish, A., Hobbs, C., Brennan, G., 2006. Reasons for cannabis use in psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 40 (6-7), 570-574.
- Spencer, C., Castle, D., Michie, P.T., 2002. Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders. *Schizophr Bull* 28 (2), 233-247.
- Warner, R., Taylor, D., Wright, J., Sloat, A., Springett, G., Arnold, S., Weinberg, H., 1994. Substance use among the mentally ill: prevalence, reasons for use, and effects on illness. *Am J Orthopsychiatry* 64 (1), 30-39.



MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ATENCIÓ!



INAD
Institut de
Neuropsiquiatria
i Addiccions

Parc
de Salut
MAR
Barcelona