

### [Akceptuję](#)

W ramach naszej witryny stosujemy pliki cookies w celu świadczenia państwu usług na najwyższym poziomie, w tym w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb. Korzystanie z witryny bez zmiany ustawień dotyczących cookies oznacza, że będą one zamieszczone w Państwa urządzeniu końcowym. Możecie Państwo dokonać w każdym czasie zmiany ustawień dotyczących cookies. Więcej szczegółów w naszej [Polityce Prywatności](#)

[Portal](#) [Informacje](#) [Katalog firm](#) [Praca](#) [Szkolenia](#) [Wydarzenia](#) [Porównania międzylaboratoryjne](#)  
[Kontakt](#)



**[Laboratoria](#)**  
**[.net](#)**  
**[Innowacje](#)**  
**[Nauka](#)**  
**[Technologie](#)**

[Logowanie](#) [Rejestracja](#) [pl](#)

Newsletter

zapisz się



- [Nowe technologie](#)
- [Felieton](#)
- [Tygodnik "Nature"](#)
- [Edukacja](#)
- [Artykuły](#)
- [Przemysł](#)

[Strona główna](#) > [Artykuły](#)

## Czy marihuana zwiększa ryzyko zaburzeń psychotycznych?



Wprowadzenie

W większości krajów spośród wszystkich nielegalnych substancji psychoaktywnych najczęściej używa się kanabinoli (marihuany). Ich nadużywanie jest powszechne zwłaszcza wśród osób w wieku młodzieńczym i dotyczy około 20% należących do tej grupy wiekowej (dane z Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii).

Przy zatruciu kanabinolami mogą wystąpić przejściowe objawy psychotyczne lub afektywne. Obecnie prowadzi się badania, których celem jest wyjaśnienie, w jakim stopniu zaburzenia te mogą się utrzymywać lub nawracać niezależnie od efektu intoksykacji. Istnieją doniesienia o związku pomiędzy paleniem marihuany a nasileniem objawów i wzrostem ryzyka nawrotu zaburzeń psychotycznych. Stwierdzono, że używanie marihuany jest silniejszym predyktorem nawrotu niż niedostateczne przestrzeganie zaleceń lekarza, czas trwania nieleczonej psychozy, przewlekły i ostry stres lub wskaźnik wyrażanych uczuć (expressed emotion - EE)

## **Pytanie kliniczne**

Czy używanie kanabinoli zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń psychotycznych, afektywnych lub lękowych?

## **Metoda**

Przegląd systematyczny badań kohortowych i kliniczno-kontrolnych zagnieżdżonych

## **Dobór badań**

Przeszukano bazy danych: Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl, ISI Web of Knowledge, ISI Proceedings, Zetoc, BIOSIS, LILACS i MedCarib (od daty ich powstania do IX 2006 r.) oraz piśmiennictwo badań włączonych do przeglądu. Analizą objęto badania kohortowe lub badania kliniczno-kontrolne zagnieżdżone. Wyłączono te dotyczące stosowania kanabinoli w celach terapeutycznych oraz badania z udziałem więźniów. Wykluczono również dane obejmujące podgrupy osób mających wcześniej problemy związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i chorych z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi.

## **Opis metody**

Częstotliwość używania marihuany oceniano za pomocą metod takich jak: nagrywany wywiad, wywiad z pacjentem i rodzicem, badanie psychiatryczne i ocena uzależnienia według kryteriów Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV), badanie przy użyciu kwestionariusza Composite International Diagnostic Interview (CIDI) i ocena uzależnienia lub stosowania szkodliwego według kryteriów International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10), badanie za pomocą ustrukturyzowanego wywiadu Diagnostic Interview Schedule (DIS).

W poszczególnych badaniach używanie kanabinoli określano jako bardzo częste, jeśli miało ono miejsce codziennie, co tydzień, częściej niż raz w tygodniu, więcej niż 50 razy lub jeśli u osoby badanej stwierdzano uzależnienie.

## **Punkty końcowe lub oceniane zmienne**

### **- Główne:**

1) jakiegokolwiek objawy lub zaburzenia psychotyczne (w tym zdiagnozowane klinicznie), 2) jakiegokolwiek objawy lub zaburzenia afektywne

### **Definicje:**

- jakiegokolwiek objawy lub zaburzenia psychotyczne
- autorzy przeglądu określali tym terminem zarówno jednostki nozologiczne (takie jak: schizofrenia, zaburzenia o postaci schizofrenii, zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia psychotyczne, psychozy afektywne i nieafektywne), inne lub bliżej nieokreślone zaburzenia psychotyczne, jak i objawy psychopatologiczne (np. urojenia, omamy lub zaburzenia toku myślenia) według definicji i kryteriów diagnostycznych autorów badań pierwotnych (stosowano: Brief Psychiatric Rating Scale, CIDI, Clinical Interview Schedule - Revised, DIS, Diagnostic Interview Schedule for Children, DSM, Munich Version of CIDI, Psychosis Screening Questionnaire, Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Symptom Checklist 90)
- jakiegokolwiek objawy lub zaburzenia afektywne - autorzy przeglądu określali tym terminem zarówno jednostki nozologiczne, takie jak zaburzenia depresyjne, jak i objawy psychopatologiczne (np. myśli lub próby samobójcze) według definicji i kryteriów diagnostycznych autorów badań pierwotnych; do afektywnych skutków używania kanabinoli zaliczono również: objawy lub zaburzenia lękowe (stosowano: Centre for Epidemiological Studies - Depression Scale, CIDI, Clinical Interview Schedule - Revised, DIS, Diagnostic Interview Schedule for Children, Diagnostic Schedule Manual of Mental Disorders, Hopkins Symptom Checklist, Symptom Checklist 90, 6-punktową skalę objawów depresyjnych)

## **Wyniki**

Analizą objęto wyniki 35 badań. 11 publikacji dotyczyło skutków używania kanabinoli w postaci zaburzeń psychotycznych odnotowanych w 7 grupach pacjentów; w 24 publikacjach opisano występowanie zaburzeń afektywnych lub lękowych w 15 grupach uczestników.

Po okresie obserwacji trwającym od 6 miesięcy do 27 lat w grupie osób stosujących kanabinole w porównaniu z osobami nieużywającymi ich stwierdzono (tab.):

- większe ryzyko wystąpienia jakiegokolwiek objawów lub zaburzeń psychotycznych zarówno u osób, które kiedykolwiek stosowały kanabinole, jak i uzależnionych i używających ich bardzo często;
- większe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychotycznych zdiagnozowanych klinicznie dotyczące osób, które kiedykolwiek używały kanabinoli (OR: 2,58, 95% CI: 1,08-6,13; 3 badania);
- większe ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych u osób często używających kanabinoli;
- ze względu na zbyt dużą niejednorodność pomiędzy badaniami nie przeprowadzono metaanalizy ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych u osób, które kiedykolwiek używały kanabinoli;
- w 4 z 7 badań oceniających wpływ stosowania kanabinoli na myśli lub próby samobójcze zaobserwowano zwiększone ryzyko ich wystąpienia, w 1 - mniejsze ryzyko prób samobójczych, ale większe ryzyko takich myśli; ze względu na zbyt dużą niejednorodność pomiędzy badaniami nie przeprowadzono metaanalizy;
- w 2 z 7 badań oceniających wpływ używania kanabinoli na pojawienie się zaburzeń lękowych odnotowano zwiększone ryzyko ich wystąpienia; ze względu na zbyt dużą niejednorodność pomiędzy badaniami nie przeprowadzono metaanalizy.

## **Wnioski**

U osób używających kanabinoli ryzyko wystąpienia zaburzeń psychotycznych w okresie obserwacji trwającym od 18 miesięcy do 27 lat jest zwiększone w porównaniu z osobami niestosującymi marihuany. Wyniki dotyczące zaburzeń afektywnych i lękowych są niejednoznaczne. Według autorów przeglądu istnieją wystarczające podstawy, by ostrzegać młodych ludzi, że używanie kanabinoli (marihuany) może zwiększyć ryzyko wystąpienia objawów i zaburzeń psychotycznych w późniejszym okresie życia.

## **Podsumowanie badania**

W tym przeglądzie systematycznym z metaanalizą 35 badań obserwacyjnych autorzy oceniali wpływ używania kanabinoli (marihuany) na ryzyko wystąpienia zaburzeń psychotycznych lub afektywnych. W grupie osób stosujących marihuanę w porównaniu z tymi, które jej nie przyjmowały, stwierdzono większe ryzyko pojawienia się jakichkolwiek objawów lub zaburzeń psychotycznych w okresie obserwacji trwającym od 18 miesięcy do 27 lat lub zaburzeń psychotycznych zdiagnozowanych klinicznie. Dotyczyło to zarówno osób, które kiedykolwiek używały marihuany (OR: 1,41), jak i od niej uzależnionych i często ją stosujących (OR: 2,09). Wyniki dotyczące zaburzeń afektywnych (w tym ryzyka zachowań samobójczych) i lękowych były niejednoznaczne. Według autorów przeglądu istnieją wystarczające podstawy, by ostrzegać młodych ludzi, że używanie kanabinoli może zwiększyć ryzyko wystąpienia objawów i zaburzeń psychotycznych w późniejszym okresie życia.

*Autor: T.H.M. Moore, S. Zammit, A. Lingford-Hughes, T.R.E. Barnes, P.B. Jones, M. Burke, G. Lewis  
Opracowały lek. med. Maja Ludwikowska,  
dr med. Małgorzata Bała  
Konsultował prof. dr hab. med. Jerzy Samochowiec*

## **Komentarz**

Konopie indyjskie to roślina znana ludzkości od czasów starożytnych. Pierwszy zapis jej dotyczący został sporządzony przez Herodota IV w piśmie o Scytach w V wieku p.n.e. Brzmiał on: "W ich ziemi rosną konopie, bardzo podobne do lnu pomijając wzrost i grubość, bo pod tym względem przewyższają len; rosną w stanie dzikim i są zasiewane." Przez kolejne wieki wzmianki o konopiach możemy spotkać w pismach rzymskich, galijskich, ruskich, indyjskich, a nawet krzyżackich. Konopie zawierają około 60 kannabinoidów, z których część to substancje czynne biologicznie. Najważniejszym składnikiem, czyli substancją aktywną marihuany, jest trans-9-tetrahydrocannabinol zwany w skrócie THC. W rosnących dziko konopiach indyjskich zawartość THC może być bardzo różna w zależności od odmiany, wieku rośliny i warunków uprawy. Przeciętnie waha się od 0,5 do 1%. Przetworzone konopie w postaci haszyszu, oleju czy suszonego kwiatostanu mogą zawierać odpowiednio: 2-20% THC, 15-50% THC, 7-14% THC. Ostatnio jednak, od kiedy upowszechniły się nowoczesne formy hodowli hydroponicznej, hodowcom udało się wyprodukować marihuanę o przeciętnej zawartości THC (w całej roślinie) równej około 20%. Wśród użytkowników taka odmiana nosi nazwę "superskuna". W czasach współczesnych według autorów badań grubo ponad połowa młodzieży do 18. roku życia miała kontakt (zażywała) i sprawdziła na sobie działanie marihuany.[1] "Pierwszy raz" z marihuaną jest niezwykle doświadczeniem, którego doznanie może całkowicie zmienić życie każdego. Od subiektywnego wrażenia, jakie marihuana robi na używającym jej, zależy czy osoba ta postanowi że nie sięgnie więcej po narkotyki, czy też czasem sobie zapali - myśląc, że nic złego się nie stanie, a przecież „zalet” palenia jest tak wiele. Są też tacy ludzie, dla których "jointy" są pomostem, wprowadzają w klimat, zwiększają tolerancję wobec innych narkotyków (nawiasem mówiąc, podobnie do papierosów). Eksperymentatorzy szybko znajdują się w sytuacji takiej, że oto nie potrafią się bawić (de facto: czuć się dobrze) bez "skręcenia blanta". Artykuł autorstwa H.M. Moore'a i wsp. jest bardzo ważną metaanalizą poprawnych metodologicznie badań (co nie jest łatwe biorąc pod uwagę to, iż przeciętni osobnicy eksperymentujący z marihuaną nie trafiają do gabinetów lekarskich). Na forach internetowych i w codziennym życiu funkcjonuje wiele mitów, a komentowane przeze mnie doniesienie dostarcza jednoznacznych argumentów przeciw legalizacji marihuany i wykazujących szkodliwość jej stosowania. Autorzy artykułu obalają też wiele mitów rozpowszechnionych wśród młodych ludzi.

Owe mity to:

Kanabinole zupełnie nie szkodzą. Nieprawda! Dym z palonych konopi indyjskich jest bardziej

rakotwórczy niż dym z papierosów. U osób ze skłonnościami do chorób kardiologicznych może wywoływać zaburzenia rytmu serca. Jak wykazali uczeni, palenie "trawy" zwiększa ryzyko wystąpienia schizofrenii, zwłaszcza u ludzi należących do grupy szczególnie na nią narażonych (np. posiadających wariant genu COMT z waliną 158 w interakcji z czynnikami środowiskowymi takimi jak np. stres), u których ta używka przyspiesza rozwój choroby.[2]

Marihuana nie uzależnia. Nieprawda! Uzależnienie od marihuany jest możliwe i stosunkowo często spotykane. W badaniach wyszło na jaw, że u ludzi regularnie palących marihuanę, przez pierwsze 24 godziny po odstawieniu THC występuje spadek nastroju, zmniejszenie apetytu oraz zwiększona pobudliwość. Zwiększone napięcie mięśniowe utrzymywało się nawet do 28 dni. Szacunki pochodzące z 10-letnich badań prospektywnych przeprowadzonych w Niemczech w latach 1997-2007 jasno pokazują, że z ogólnej ilości 3021 przebadanych palaczy po 10 latach 46% nadal regularnie paliło. Cechy głębokiego uzależnienia wykazało 10% osobników.[3]

Ponieważ mamy w mózgu specjalne receptory (CNR1 i CNR2), do których przyłącza się tylko i wyłącznie THC, znaczy to, że palenie jest zgodne z naturą. Nieprawda! Idąc tym tropem, można by powiedzieć, że heroinę też powinniśmy brać, bo przecież ona również ma takie specjalne, zarezerwowane tylko dla siebie receptory. A przecież nikt o zdrowych zmysłach nie będzie twierdził, że używanie heroiny jest czymś dobrym! Ponadto na podstawie wyników badań stwierdzono, że pewne warianty genu receptora kannabinoidowego CNR1 przy uzależnieniu od alkoholu, zwiększają podatność i częstość wystąpienia powikłania, jakim jest majaczenie alkoholowe (delirium tremens).[4] W badaniach Epidemiologic Catchment Area (ECA) wykazano, iż u 22,5% obywateli USA występują zaburzenia psychiczne (bez uzależnień), u 13,5% - uzależnienie od alkoholu i u 6,1% - od innych środków psychoaktywnych.[5] Wśród osób z zaburzeniami psychicznymi współczynnik ryzyka wystąpienia uzależnienia wzrósł 2,7-4,5 razy; wśród osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym ryzyko uzależnienia substancjami psychoaktywnymi (w tym marihuaną i alkoholem) wynosi 53%; u pacjentów ze schizofrenią - 42%; u osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym - 32%; u chorych z epizodami depresyjnymi, a także z zespołem lęku napadowego - 28%. Oszacowano również, że średni czas, jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów schizofrenii do momentu rozpoczęcia leczenia, to 1-2 lata. Często w tym okresie osoby chore psychicznie "kontrolują" nieprzyjemne stany afektywne przyjmując substancje psychoaktywne, na krótko likwidując poczucie osamotnienia, przybliżając się do innych ludzi (najczęściej też uzależnionych). Daje im to złudne poczucie obcowania z samym sobą, co "likwiduje" objawy rozszczepienia i poczucia wewnętrznej obcości.[6] Nawiązując do koncepcji Lazarusa i wsp. podkreślić należy, że używanie substancji psychoaktywnych może być traktowane jako sposób radzenia sobie ze stresem, powodując redukcję napięć wynikających z przeżywania trudnej sytuacji.[7] Oczywiście opóźnia to podjęcie właściwego leczenia (włączenie leków psychotropowych) pogarszając szansę na remisję. Często sprawia, że mamy pacjenta z tak zwaną podwójną diagnozą wymagającego wielospecjalistycznego leczenia zarówno odwykowego jak i leczenia psychozy.

Z redaktorskiego obowiązku, nie sposób nie wspomnieć, iż w Kanadzie w aptekach można kupić spray zawierający substancję czynną marihuany. Od czerwca 2005 roku, za zgodą władz farmaceutycznych, Kanadyjczycy cierpiący na stwardnienie rozsiane mogą sięgać po lek opracowany na bazie marihuany - Sativex (podawany doustnie w sprayu). Nie zastępuje on terapii innymi środkami, jest jedynie lekiem uzupełniającym o działanie przeciwbólowym i przeciwwymiotnym. Wyróżnia go to, że jest to pierwszy na świecie dopuszczony do sprzedaży lek, którego podstawowym składnikiem jest substancja czynna marihuany - tetrahydrocannabinol.

Reasumując:

Marihuana wpływa na sprawność intelektualną i emocjonalną, pogarsza zdolność koncentracji, praktycznie uniemożliwia przyswajanie nowych informacji. U osób stosujących ją często można zaobserwować tak zwany syndrom amotywacyjny.

Nałogowego palacza cechują:

- zubożenie na wszystko poza swoim dobrym samopoczuciem,
- trudności w wyznaczaniu i realizacji celów,
- brak wytrwałości,
- dezorganizacja - zaniechanie obowiązków, poczytywane przez otoczenie (najczęściej rodziców) nieświadome nałogu, jako "lenistwo do potęgi".

Wpływ na wskaźniki ryzyka współwystąpienia innych chorób i zaburzeń psychicznych znaleźli już Państwo w omawianym artykule.

prof. dr hab. med. Jerzy Samochowiec

Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Wydziału Nauk o Zdrowiu PAM w Szczecinie

### **Piśmiennictwo do komentarza**

1. Gfroerer J.C., Tan L.L.: Substance use among foreign-born youths in the United States: does the length of residence matter? *Am. J. Public Health*, 2003; 93: 1892-1895
  2. Caspi A., Moffitt T.E., Cannon M., McClay J., Murray R., Harrington H., Taylor A., Arseneault L., Williams B., Braithwaite A., Poulton R., Craig I.W.: Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biol. Psychiatry*, 2005; 57: 1117-1127
  3. Perkonig A., Goodwin R.D., Fiedler A., Behrendt S., Beesdo K., Lieb R., Wittchen H.U.: The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 2008; 103: 439-496
  4. Schmidt L.G., Samochowiec J., Finckh U., Fiszer-Piosik E., Horodnicki J., Wendel B., Rommelspacher H., Hoehe M.R.: Association of a CB1 cannabinoid receptor gene (CNR1) polymorphism with severe alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend.*, 2002; 65: 221-224
  5. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 1990; 264: 2511-2518
  6. Sawicka M.: Rola substancji psychoaktywnych w przebiegu schizofrenii - podatność na stres i sposoby radzenia sobie z nim przez osoby chore na schizofrenię i używające substancji psychoaktywnych. W: Meder J. (red.): *Pacjenci z podwójną diagnozą - problemy diagnostyczne i terapeutyczne*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków, 2004; 37-52
  7. Lazarus R.S., DeLongis A., Folkman S., Gruen R.: Stress and adaptational outcomes: the problem of confounded measures. *Am. Psychol.*, 1985; 40: 770-785
- Lancet*, 2007; 370: 319-328

Źródło: <http://www.mp.pl>

<http://laboratoria.net/artukul/13523.html>

**Informacje dnia:** [Jak poradzić sobie z końcem wakacji? Zalecenia w sprawie mpox są racjonalne i adekwatne](#) [Przydatność organów do przeszczepu](#) [Naukowcy zbadali, jak powstają nowe słowa w mediach społecznościowych](#) [Telefony komórkowe nie powodują nowotworów mózgu](#) [Ryzyko zawału i udaru mózgu u kobiet](#) [Jak poradzić sobie z końcem wakacji? Zalecenia w sprawie mpox są racjonalne i adekwatne](#) [Przydatność organów do przeszczepu](#) [Naukowcy zbadali, jak powstają nowe słowa w mediach społecznościowych](#) [Telefony komórkowe nie powodują nowotworów mózgu](#) [Ryzyko zawału i udaru mózgu u kobiet](#)

## **Partnerzy**