

Cannabidiol bij schizofrenie?

A. NEVEN

Antipsychotica zijn eerste keuze in de medicamenteuze behandeling bij schizofrenie, maar niet bij alle patiënten zijn deze middelen effectief. Van cannabidiol, een van de bestanddelen van cannabis, zijn er aanwijzingen dat het ook antipsychotische eigenschappen heeft. Daarom onderzochten McGuire e.a. (2018) het effect van cannabidiol bij patiënten met schizofrenie, als toevoeging aan een reeds voorgeschreven antipsychoticum.

In hun gerandomiseerde gecontroleerde multicentertrial werd gedurende zes weken vloeibare cannabidiol 500 mg 2 dd dubbelblind vergeleken met placebo bij patiënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Alleen patiënten met een score op de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) ≥ 60 en een partiële respons op antipsychotica (stabiele dosis gedurende minstens vier weken) werden geïncludeerd. Middelengebruik was geen exclusie criterium, maar psychose door middelengebruik wel. De uitkomstmaten waren: psychotische klachten (PANSS en *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*; SANS), algemeen functioneren (*Global Assessment of Functioning*; GAF), cognitief functioneren (*Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia*; BACS) en het algemeen oordeel van de clinicus (*Clinical Global Impressions Scale*; CGI).

Er werden 88 patiënten gerandomiseerd, van wie er 83 schizofrenie hadden. Slechts 3 patiënten testten positief op cannabisgebruik. De meest gebruikte antipsychotica waren aripiprazol, olanzapine en risperidon. Alleen de positieve symptomen op de PANSS daalden significant sneller in de cannabidiolgroep (-3,2 versus -1,7; $p = 0,019$). De negatieve en algemene symptomen en de totaalscore op de PANSS verschilden niet tussen beide groepen. Het aantal patiënten met een respons (PANSS-daling $\geq 20\%$) was niet hoger in de cannabidiolgroep (OR: 2,62; $p = 0,09$). Verder werd bij meer patiënten in de cannabidiolgroep gezien dat ze waren verbeterd op de CGI (78,6% versus 54,6%; $p = 0,018$). De cognitieve problemen verbeterden niet (gemiddelde verbetering op de BACS 3,48 versus 2,14; $p = 0,068$) en ook de GAF was gelijk tussen de beide groepen (gemiddelde verbetering 7,8 versus 4,8; $p = 0,08$). Er werd geen correlatie gevonden tussen cannabidiolspiegels en behandelrespons. Er waren geen verschillen in bijwerkingen tussen beide groepen.

De auteurs zien in cannabidiol een potentieel medicijn met gunstige effecten bij schizofrenie. Zelf zou ik terughoudend zijn met deze conclusie. Allereerst gaat het om

een eerste onderzoek met relatief weinig patiënten die kort werden behandeld met cannabidiol en op slechts enkele uitkomstmaten verbeterden, terwijl er een veelheid aan uitkomstmaten werd beschreven. Daarbij was de afname van de positieve symptomen gering en verbeterden de andere uitkomstmaten niet significant. Verder is bekend dat een behoorlijke groep patiënten met schizofrenie cannabis gebruikt. Het is gezien de lage prevalentie in de onderzoekspopulatie niet te zeggen wat het effect van cannabidiol is bij patiënten met cannabisverslaving.

In slechts één andere studie werd gezien dat cannabidiol effectief was bij schizofrenie als monotherapie (Leweke e.a. 2012), terwijl in de gerefereerde studie cannabidiol naast een antipsychoticum werd gegeven. Voorts blijft het onduidelijk of er een verschil in effectiviteit is van cannabidiol afhankelijk van het antipsychoticum waaraan het is toegevoegd.

Gezien deze bevindingen kan ik me voorstellen dat verder onderzoek geïndiceerd is, maar terughoudendheid over de effectiviteit van cannabidiol is volgens mij op haar plaats. Ook een uitspraak over het effect van cannabis met een hoge dosering cannabidiol op psychotische belevingen is op basis van deze studie niet mogelijk.

LITERATUUR

- Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F, Muhl D, Gerth CW, Hoyer J, e.a. Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Transl Psychiatry* 2012; 2: e94.
- McGuire P, Robson P, Cubala WJ, Vasile D, Morrison PD, Barron R, e.a. Cannabidiol (CBD) as an adjunctive therapy in schizophrenia: a multicenter randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 225-31.

AUTEUR

ARJEN NEVEN, psychiater, Centrum Dubbele Problematiek, Fivoor, Den Haag.

CORRESPONDENTIEADRES

Arjen Neven, Mangostaat 5, 2552KS Den Haag.
E-mail: a.neven@fivoor.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.



ARTIKEL

