

Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zum Einsatz von Cannabis als ADHS-Medikation

Die Symptomatik der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann durch diverse komorbide Störungen begleitet werden. Eines der häufigsten zusätzlichen Probleme im Jugendalter und im jungen Erwachsenenalter ist der Missbrauch von Substanzen, wie Alkohol oder Drogen. Dabei konnten Studien zeigen, dass sowohl das Vorhandensein einer ADHS-Symptomatik in der Kindheit als auch eine aktuelle ADHS im (jungen) Erwachsenenalter häufig mit erhöhtem Cannabiskonsum assoziiert sind (Bidwell, Henry, Willcutt, Kinnear, & Ito, 2014; Lee, Humphreys, Flory, Liu, & Glass, 2011). Als möglicher Grund für diesen Zusammenhang konnte die Selbstmedikation, also die Eigenbehandlung der Symptomatik, identifiziert werden (Wilens et al., 2007).

Eine qualitative Analyse von Beiträgen aus einem Online-Forum (Mitchell, Sweitzer, Tunno, Kollins, & McClernon, 2016) deutet darauf hin, dass der Konsum von Cannabis von ADHS-Betroffenen mit einer Reduktion der Kernsymptome Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit assoziiert wird. Eine kürzlich erschienene experimentelle randomisierte kontrollierte Studie, die die Wirkung von Cannabinoiden auf die ADHS-Kernsymptomatik untersuchte, konnte keine positiven Effekte auf die primären Outcomes, nämlich die im QbTest gemessenen neuropsychologischen Leistungsparameter und das Aktivitätslevel belegen (Cooper et al., 2017). Während für die positiven Effekte von regelmäßigem Cannabiskonsum auf die ADHS-Symptomatik bisher also wenig empirische Evidenz vorliegt, konnten negative Effekte des Cannabiskonsums in mehreren Studien wissenschaftlich gut belegt werden. Es zeigte sich, dass regelmäßiger Konsum unter anderem mit einem erhöhten Risiko für weiteren Substanzmissbrauch (Fergusson & Boden, 2008), mit psychotischen Symptomen (Hadland, Knight, & Harris, 2015; Vitiello et al., 2017), mit depressiven Störungen (Hadland et al., 2015) sowie mit beeinträchtigten kognitiven Leistungen (Crean, Crane, & Mason, 2011; Harvey et al., 2007) assoziiert ist.

Nach Einschätzung der Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes überwiegen nach aktuellem Kenntnisstand die gesundheitlichen Risiken und Konsequenzen den tatsächlichen Nutzen von Cannabis zur Reduktion der ADHS-Symptomatik eindeutig. Aufgrund der gut belegten Nebenwirkungen kann die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes den Einsatz von Cannabis als Therapeutikum bei diagnostizierter ADHS nicht empfehlen und weist auf die gut belegte Wirksamkeit vorhandener medikamentöser Therapieoptionen im Erwachsenenalter hin.

zentrales adhs-netz

Uniklinik Köln
Robert-Koch-Straße 10
50931 Köln

Tel 0221 478-89876
Fax 0221 478-89879
Email zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de
Web www.zentrales-adhs-netz.de

Leitung

Prof. Dr. Manfred Döpfner (Köln)
Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski (Mannheim)
Prof. Dr. Michael Rösler (Homburg)
Dr. Klaus Skrodzki (Forchheim)

Koordination
Hannah Liebermann

Die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes, 03.11.2017

Manfred Döpfner, Köln

Tobias Banaschewski, Mannheim

Michael Rösler, Homburg

Klaus Skrodzki, Forchheim

Literatur

Bidwell, L., Henry, E., Willcutt, E., Kinnear, M., & Ito, T. (2014). Childhood and current ADHD symptom dimensions are associated with more severe cannabis outcomes in college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 88-94.

Cooper, R. E., Williams, E., Seegobin, S., Tye, C., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2017). Cannabinoids in attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomised-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 27, 795-808.

Crean, R. D., Crane, N. A., & Mason, B. J. (2011). An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *Journal of addiction medicine*, 5, 1-8.

Fergusson, D. M., & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and adult ADHD symptoms. *Drug and alcohol dependence*, 95, 90-96.

Hadland, S. E., Knight, J. R., & Harris, S. K. (2015). Medical marijuana: Review of the science and implications for developmental behavioral pediatric practice. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36, 115-123.

Harvey, M. A., Harvey, M. A., Sellman, J. D., Harvey, M. A., Sellman, J. D., Porter, R. J., . . . Frampton, C. M. (2007). The relationship between non-acute adolescent cannabis use and cognition. *Drug and Alcohol Review*, 26, 309-319.

Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 31*, 328-341.

Mitchell, J. T., Sweitzer, M. M., Tunno, A. M., Kollins, S. H., & McClernon, F. J. (2016). "I use weed for my ADHD": A qualitative analysis of online forum discussions on cannabis use and ADHD. *PloS one, 11*, e0156614.

Vitiello, B., Algorta, G. P., Arnold, L. E., Howard, A. L., Stehli, A., & Molina, B. S. (2017). Psychotic symptoms in attention-deficit/hyperactivity disorder: An analysis of the MTA database. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*, 336-343.

Wilens, T. E., Adamson, J., Sgambati, S., Whitley, J., Santry, A., Monuteaux, M. C., & Biederman, J. (2007). Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *The American Journal on Addictions, 16*, 14-23.