

# Maconha e adolescência

Claudia M. Szobot e Luis Augusto Rohde

## 1. Fatores de risco e de proteção ao uso problemático de maconha

### 1.1 Características da adolescência que podem proporcionar risco à experimentação e à manutenção do consumo de maconha.

Estudos sugerem que, dentre os adultos usuários de SPA, a maioria iniciou o seu uso problemático na adolescência. Kim-Cohen et al., 2003, demonstraram, através de um estudo populacional, que 75,8% dos adultos de 26 anos já apresentavam uso problemático de SPA antes dos 18 anos de idade.

Na adolescência, o indivíduo busca a consolidação de uma identidade própria, almejando diferenciar-se dos adultos e utilizando recursos como o desafio de regras e novas experiências, como a sexualidade e a experimentação de SPA. A adolescência também é caracterizada por sentimentos de luto e de solidão, decorrentes da perda do corpo infantil e dos pais idealizados, e por diferentes desafios, como de habilidades sociais, o que pode predispor à manutenção do consumo de maconha. Por fim, particularidades cognitivas da adolescência, como o imediatismo e a onipotência, podem facilitar a sistematização do consumo desta substância, em decorrência de pensamentos do tipo "paro quando eu quiser", "comigo não dá nada" e "ninguém manda em mim" (Levi, 2001).

### 1.2 Fatores de risco para a experimentação e uso regular de maconha.

Há uma série de fatores bem reconhecidos como de risco ao uso problemático de maconha, entretanto alguns parecem ter maior peso do que os outros. Van der Bree e Pickworth, 2005, em um seguimento de um ano de adolescentes oriundos da comunidade, constataram que os três maiores preditores de envolvimento com a maconha foram, respectivamente, o uso de outras SPA (álcool, nicotina, ou ilícitas) por parte do adolescente ou de amigos seus, delinquência e problemas escolares. Quando presentes simultaneamente, estes três fatores aumentam ainda mais o risco da experimentação (razão de chances – RC= 20; IC= 12,02-32,95 ) e do uso regular (RC = 78,40; CI = 26,40-232,85). Von Sydow et al., 2002, em um estudo prospectivo de quatro anos, também encontraram uma correlação entre o uso de SPA por amigos, ou uso regular de outras SPA (lícitas ou ilícitas) e maior risco de uso de maconha. Detectaram ainda uma associação entre a maior disponibilidade de SPA e atitude permissiva em relação a uso futuro de SPA com o uso experimental de maconha, e entre morte de um dos pais antes dos 15 anos e dependência de maconha.

Diversos outros fatores também aumentam o risco uso de maconha. São eles: estrutura familiar, como problemas na hierarquia e discurso permissivo em relação a SPA; (Brooke et al., 2000); grupo de amigos, sobretudo se inclui usuários de qualquer outra SPA (Van der Bree e Pickworth, 2005); situação escolar, no caso de baixo rendimento acadêmico, descontentamento com a escola e evasão (Hops et al., 1999; Sale et al., 2003); personalidade/temperamento, como o traço de busca de sensações (Gerra et al., 2004); atividades diárias, como baixo nível de engajamento em atividades pró-sociais (Dennis et al., 2002); Quociente de Inteligência (QI), como retardo mental (Weinberg et al., 1998); nível sócio-econômico (Von Sydow et al., 2002) e exposição a trauma, como maus tratos físicos ou abuso sexual (Dennis and Stevens, 2003). Também, destacamos a existência de um maior risco de uso SPA, incluindo maconha, entre sujeitos oriundos de famílias com usuários de maconha ou de outras SPA, no presente ou no passado, tanto por questões ambientais (Hopfer et al., 2003) quanto genéticas (Kendler et al., 2003). Entretanto, o nível de conhecimento a cerca da vulnerabilidade genética ao uso de maconha entre adolescentes ainda requer maiores investigações. Seria interessante saber, por exemplo, qual é a influência da suscetibilidade genética na heterogeneidade clínica dos usuários de maconha e na maior sensibilidade a prejuízos cognitivos em determinados sujeitos.

A presença de transtornos psiquiátricos ao longo da infância e da adolescência também pode conferir um risco maior de uso de maconha. Nos meninos, o mais comum é que o uso de SPA seja precedido pelo transtorno de conduta (TC) (Myers et al., 1998), ao passo que nas meninas predominam os transtornos de ansiedade e de humor (depressão) (Clark et al., 1997; Bukstein et al., 1992). Também, a presença de uma comorbidade psiquiátrica, mesmo que não etiologicamente associada ao uso de maconha, pode piorar o seu prognóstico. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, por exemplo, está associado a um pior prognóstico da dependência de maconha em adolescentes, com maiores taxas de recaída e pior aderência ao tratamento da dependência química (White et al., 2004).

### 1.3 Fatores de proteção para o uso de maconha

Alguns estudos focalizam nos fatores de proteção. É o caso, por exemplo, de ter uma crença religiosa. Piko e Fitzpatrick, 2004, analisando adolescentes húngaros, constataram que a religiosidade exerceu proteção para as meninas, ao passo que os meninos beneficiaram-se mais

da participação de atividades em grupo, mesmo que religiosas, como clubes esportivos e eventos extra-classe na sua escola. Outro aspecto a considerar refere-se a parentalidade. Eitle, 2005, demonstrou que viver com pai e mãe naturais exerce um efeito protetor para o uso de maconha. Entretanto, esta proteção só ocorreu quando a presença de pares desviantes (como amigos usuários de maconha ou outras SPA) foi mínima, pois do contrário, perde o efeito.

## 2. Prejuízos associados ao uso de maconha

### 2.1 Prejuízos em curto prazo

Os efeitos negativos da maconha ao adolescente podem decorrer apenas da própria experimentação ou do uso inicial. É o caso dos acidentes no trânsito (Williams et al., 1985), do sexo sem proteção (Kingree et al., 2000) e da maior chance de envolvimento com o sistema judiciário (Fergusson et al., 2002). Assim, o jovem não precisa ter um diagnóstico de uso problemático de maconha para estar se expondo a diferentes riscos.

### 2.2 Prejuízos em médio e longo prazo

O uso sistemático de maconha na adolescência associa-se a uma série de prejuízos nos diversos âmbitos da vida. Pode, por exemplo, aumentar a chance de desenvolvimento de outros transtornos ou sintomas psiquiátricos, como os psicóticos. Há um corpo de estudos longitudinais sugerindo que o uso precoce de maconha aumenta o risco de uma síndrome tipo esquizofrenia. Henquet et al., 2005, referiram uma RC de 1,67 (IC=1,13-2,46) para incidência de sintomas psicóticos em usuários de maconha dos 14-24 anos acompanhados ao longo de quatro anos. Também, o uso regular ou pesado de maconha está associado a maiores taxas de uma série de outras condições, como problemas de ajustamento, uso de outras SPA ilícitas, criminalidade, depressão e condutas suicidas, estando mais vulneráveis os adolescentes com idade entre 14-15 anos (Fergusson et al., 2002). O uso freqüente da maconha associou-se a uma OR de 1,9 para depressão e para ansiedade ao longo do desenvolvimento em adolescentes australianos, conforme um estudo longitudinal com seis anos de duração (Patton et al., 2002). O uso de maconha também se mostrou associado a um maior risco de uso de ecstasy, em um recente estudo longitudinal de adolescentes (OR=6.3; IC=3.6-10.9) (Zimmermann et al., 2005). Há uma série de dados sobre desempenho acadêmico em usuários de maconha. Há uma associação com maiores taxas de evasão escolar, referindo-se uma chance três vezes maior de abandono da escola aos 16 anos em quem iniciou o uso de maconha antes dos 15 anos (Fergusson et al., 2002). Refere-se também associação com mau rendimento acadêmico e com uma relação negativa com a escola, com diferentes explicações para essas associações, nenhuma conclusiva (para uma revisão, ver Lynskey e Hall, 2000). Em relação a todas as correlações e associações apresentadas, como para sintomas psicóticos, depressão e pior rendimento acadêmico, sugere-se cautela na interpretação dos resultados, em função dos vários confundidores em pesquisas desta natureza. Por exemplo, é possível supor que os adolescentes com início precoce de uso de maconha também sejam aqueles com maior vulnerabilidade biológica e/ou ambiental para transtornos mentais. No mesmo sentido, é possível que adolescentes com mais história familiar para síndromes psicóticas possam estar super-representados nas amostras de adolescentes usuários de maconha. Caspi et al., 2005, por exemplo, na tentativa de identificar por que alguns adolescentes usuários de maconha apresentam sintomas psicóticos e outros não, constataram a modulação genética desta sintomatologia: sujeitos com um polimorfismo específico no gen da COMT tiveram maior risco de desenvolver sintomas psicóticos e síndrome esquizofreniforme se usaram maconha na adolescência. Já os usuários de maconha sem esse alelo não apresentaram tal risco.

### 2.3 Prejuízos aos quais os adolescentes são mais vulneráveis

Alguns estudos revisados apontam que a idade de início do uso de maconha, para determinados desfechos, mostra-se mais importante do que o tempo total e a quantia de maconha consumida ao longo da vida. Pope et al., 2003, comparou o desempenho cognitivo de adultos ex-usuários de maconha, dividindo-os em três grupos: os que iniciaram o consumo antes dos 17 anos de idade (N=69), ou aos/após 17 anos de idade (N=53) e os que apenas fizeram uso experimental (N=87). O grupo de usuários precoces diferiu dos outros dois em uma série de medidas, sobretudo nas que envolviam habilidades verbais, com um escore significativamente menor no subteste de vocabulário do Wechsler Adult Intelligence Scale. Este dado pode refletir uma dificuldade cognitiva anterior ao uso de maconha, ou menor aquisição de habilidade verbal em decorrência da pior performance acadêmica em usuários de maconha ou, principalmente, que a maconha produza efeitos neurotóxicos irreversíveis em indivíduos expostos aos seus efeitos em idades menores. Neste sentido, Wilson et al., 2000, analisaram 57 usuários de maconha através de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada por Emissão de Prótons, encontrando 3 condições dependentes da idade de início do uso de maconha (ponto de corte=17 anos): menor volume cerebral, maior fluxo cerebral em algumas regiões e menor peso e altura corporais. Estes dados, em conjunto, sugerem anormalidades morfológicas e fisiológicas em usuários precoces de maconha, possivelmente em decorrência de seus efeitos neuroendócrinos. Estes nos parecem dados muito relevantes, no sentido de sugerirem déficits específicos para

adolescentes, ressaltando-se a importância de campanhas que protelem ao máximo a idade de primeiro contato com a maconha. Da mesma forma, esses achados repercutem na interpretação das pesquisas sobre os prejuízos da maconha: mais uma vez, dados oriundos de adultos são de generalização limitada para adolescentes.

3. Há tratamentos comprovadamente efetivos para adolescentes usuários de maconha? Existem intervenções comprovadamente efetivas para adolescentes usuários de maconha. As técnicas mais avaliadas através de estudos com randomização, tamanho amostral adequado, comparação e intervenções baseadas em manuais são a Terapia Familiar (TF) e a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Destaca-se ainda o uso da Terapia Motivacional (TM), onde se assume que as mudanças no consumo de maconha ocorrerão à medida que o paciente tiver motivações próprias para tal. Muitas vezes, as sessões de TM correspondem ao início do tratamento, podendo-se depois, com o indivíduo mais motivado, empregar técnicas cognitivo-comportamentais, como nos efetivos programas do Cannabis Youth Treatment Series ([www.samsha.gov](http://www.samsha.gov))

As modalidades de TF mais avaliadas são as de enfoque cognitivo-comportamental e alguns dos estudos apresentam manuais que descrevem a sua técnica, como o "Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users" (Liddle et al., 2002). Da mesma forma, uma série de dados suporta a efetividade da TCC no tratamento da dependência química em adolescentes (Dennis et al., 2004). A TCC pode ser aplicada em grupo, com bons resultados (Kaminer et al., 2002). Através de um ECR, Waldron et al., 2001, avaliaram quatro intervenções ao longo de sete meses: TCC, TF, TCC + TF e intervenção psicoeducacional em grupo; as medidas de desfecho referiram-se ao número de dias de consumo de maconha e ao número de adolescentes com uso mínimo de maconha. Viu-se que todas as intervenções associaram-se a alguma eficácia, mas variaram entre si em relação ao intervalo de tempo para atingir o desfecho e à capacidade de manter os resultados ao longo do seguimento. Do início do protocolo até o quarto mês, por exemplo, houve um número significativamente menor de dias de uso de maconha com a TF e com a TF + TCC ( $P < 0,05$ ).

Ressaltamos a existência de manuais de orientação de técnicas de tratamento para adolescentes usuários de maconha ([www.samsha.gov](http://www.samsha.gov)). Além de escolher uma intervenção apropriada, outras questões mostram-se importantes ao considerarmos o tratamento de adolescentes usuários de maconha. É o caso da realização de uma avaliação psiquiátrica multi-axial, por profissional habilitado em Psiquiatria da Infância e Adolescência, em função das especificidades desta etapa do desenvolvimento, em termos emocionais, história do desenvolvimento, alta possibilidade de transtorno psiquiátrico iniciado antes do uso de maconha, comorbidades psiquiátricas e particularidades da aliança terapêutica. Salientamos ainda que não estar motivado, ao menos a priori, não deve ser um motivo de não iniciar um atendimento: enquanto o terapeuta trabalha a motivação do paciente a rever o seu uso de maconha, pode auxiliar na prevenção dos riscos em curto prazo.

#### Referências Bibliográficas

1. Carlini, E. A.; Galduróz, J. C. F.; Noto, A. R.; Nappo, S. A. – I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP, 2002. 380p.
2. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Tecnologia (UNESCO) (2002), em *Jornal Zero Hora*, 12/11/2002, pg 31.
3. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jul;60(7):709-17.
4. Levy R. O Adolescente. Em: *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Editora Artmed, 2001. Pp 127-140.
5. Van den Bree MB, Pickworth WB. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar;62(3):311-9. Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar;62(3):311-9.
6. Von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Hofler M, Wittchen HU. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Sep 1;68(1):49-64.
7. Brook JS, Whiteman M, Finch SJ, Morojele NK, Cohen P. Individual latent growth curves in the development of marijuana use from childhood to young adulthood. *J Behav Med*. 2000 Oct;23(5):451-64.
8. Hops H, Davis B, Lewin LM. The development of alcohol and other substance use: a gender study of family and peer context. *J Stud Alcohol Suppl*. 1999 Mar;13:22-31.
9. Sale E, Sambrano S, Springer JF, Turner CW. Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model. *J Drug Educ*. 2003;33(1):91-105.
10. Gerra G, Angioni L, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bertacca S, Santoro G, Gardini S, Caccavari R, Nicoli MA. Substance use among high-school students: relationships with

- temperament, personality traits, and parental care perception. *Subst Use Misuse*. 2004 Jan;39(2):345-67.
11. Dennis M, Babor TF, Roebuck MC, Donaldson J. Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*. 2002 Dec;97 Suppl 1:4-15.
  12. Weinberg NZ., Rahdert E., Colliver JD., Glantz MD. Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Mar;37(3):252-61.
  13. Dennis ML, Stevens SJ. Maltreatment issues and outcomes of adolescents enrolled in substance abuse treatment. *Child Maltreat*. 2003 Feb;8(1):3-6.
  14. Hopfer CJ, Stallings MC, Hewitt JK, Crowley TJ. Family transmission of marijuana use, abuse, and dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Jul;42(7):834-41.
  15. Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC. Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry*. 2003 Apr;160(4):687-95.
  16. Myers MG, Stewart DG, Brown SA. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(4):479-85.
  17. Clark DB, Pollock N, Bukstein OG, Mezzich AC, Bromberger JT, Donovan JE. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1195-203.
  18. Bukstein OG, Glancy LJ, Kaminer Y. Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1992;31(6):1041-5.
  19. White AM, Jordan JD, Schroeder KM, Acheson SK, Georgi BD, Sauls G, Ellington RR, Swartzwelder HS. Predictors of relapse during treatment and treatment completion among marijuana-dependent adolescents in an intensive outpatient substance abuse program. *Subst Abus*. 2004 Mar;25(1):53-9.
  20. Piko BF, Fitzpatrick KM. Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addict Behav*. 2004 Aug;29(6):1095-107.
  21. Eitle D. The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addict Behav*. 2005 Jun;30(5):963-80.
  22. Williams AF, Peat MA, Crouch DJ, Wells JK, Finkle BS. Drugs in fatally injured young male drivers. *Public Health Rep*. 1985 Jan-Feb;100(1):19-25.
  23. Kingree JB, Braithwaite R, Woodring T. Unprotected sex as a function of alcohol and marijuana use among adolescent detainees. *J Adolesc Health*. 2000 Sep;27(3):179-85.
  24. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002 Sep;97(9):1123-35.
  25. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*. 2005 Jan 1;330(7481):11. Epub 2004 Dec 1.
  26. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1195-8.
  27. Zimmermann P, Wittchen HU, Waszak F, Nocon A, Hofler M, Lieb R. Pathways into ecstasy use: The role of prior cannabis use and ecstasy availability. *Drug Alcohol Depend*. 2005 May 20; [Epub ahead of print]
  28. Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*. 2000 Nov;95(11):1621-30.
  29. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, Taylor A, Arseneault L, Williams B, Braithwaite A, Poulton R, Craig IW. 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 May 15;57(10):1117-27.
  30. Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, Cohane G, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug Alcohol Depend*. 2003 Apr 1;69(3):303-10.
  31. Wilson W, Mathew R, Turkington T, Hawk T, Coleman RE, Provenzale J. Brain morphological changes and early marijuana use: a magnetic resonance and positron emission tomography study. *J Addict Dis*. 2000;19(1):1-22.
  32. Liddle HA, Schwartz SJ. Attachment and family therapy: clinical utility of adolescent-family attachment research. *Fam Process*. 2002 Fall;41(3):455-76.
  33. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N, Funk R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat*. 2004 Oct;27(3):197-213.
  34. Kaminer Y, Burleson JA, Goldberger R. Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Nerv Ment Dis*. 2002 Nov;190(11):737-45.
  35. Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Turner CW, Peterson TR. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol*. 2001 Oct;69(5):802-13.

