

“Loucura do baseado” revisitada: maconha e psicose

Enquanto os EUA se mantêm firmes em sua crença de que o uso de maconha não deve ser absolutamente tolerado, outros países na “Velha Europa”, como a Holanda, Inglaterra, Suíça e Portugal, bem como alguns estados da Austrália e do Canadá, adotaram passos na política de diminuir as penalidades para a posse de maconha. Esses movimentos estão sendo interpretados por muitas pessoas, especialmente os jovens, como dando luz verde ao uso da maconha. Alguns vêem essa tendência como uma aceitação do inevitável e os estudos nos últimos 15 anos reiteraram que a maconha constitui-se agora como parte do horizonte de lazer para os jovens, não possuindo mais a mística da proibição. Tanto é assim que muitos vêem a maconha como uma droga benigna, se é que a consideram uma droga.

Mas nenhum comentarista sensato está afirmando que a maconha é uma substância inócua, ainda que seja difícil de estimar se os níveis de uso irão aumentar a população em risco ou se permanecerão os mesmos à luz das mudanças jurídicas, existindo, no entanto, um número de questões de saúde pública relacionadas ao uso de maconha que exigem a atenção urgente. A mais importante delas é a relação entre maconha e psicose. Estão os jovens vulneráveis se colocando em risco de terem psicose por meio do uso de maconha e quais deverão ser os conselhos daqueles que lidam com os jovens com problemas de saúde mental?

As bases de evidências já mostraram que a maconha pode causar reações psicóticas breves, especialmente em usuários virgens (Hall et al, no prelo), e pode exacerbar os sintomas daqueles diagnosticados com esquizofrenia (Linszen et al, 1994). No entanto, o discernimento do papel causal da maconha em precipitar a esquizofrenia mostrou-se mais difícil. Durante 15 anos, a única evidência confirmando um vínculo causal proveio de um estudo sueco com 50.087 conscritos que encontrou que os usuários que se autodenominaram usuários “pesados” de maconha tinham seis vezes mais probabilidade de terem sido subsequentemente diagnosticados como esquizofrênicos do que os não-usuários (Andreasson et al, 1987). Os achados desse estudo são únicos e tendem a provocar mais perguntas que respostas. Foi somente nos dois últimos anos que outros estudos prospectivos populacionais foram relatados (Arseneault et al, no prelo). Eles incluem uma extensão do estudo original do Exército Sueco (Zammit et al, 2002),

um levantamento populacional da Holanda (Van Os et al, 2002) e dois estudos prospectivos sobre os efeitos aumentados de risco de psicose em adolescentes usuários de maconha da Nova Zelândia (Arseneault et al, 2002; Fergusson et al, 2003). Apesar de cada um desses estudos sofrer de vários problemas metodológicos que restringem a formulação de um quadro geral (utilizam uma variedade de desfechos de esquizofrenia, possuem informações limitadas sobre o uso de drogas em suas amostras e possuem limitado poder estatístico), tomados de conjunto, eles sugerem que a maconha pode muito bem ser uma causa componente, parte de uma complexa constelação de fatores que levam à psicose.

O que esses estudos sugerem é que, embora no nível individual o uso de maconha pareça levar somente a um aumento de duas a três vezes no risco relativo de esquizofrenia, no nível populacional a eliminação do uso de maconha poderia ocasionar uma redução de 7 a 13% na incidência da esquizofrenia. Amostras populacionais maiores são necessárias para avaliar um número maior de indivíduos com transtornos psicóticos para testar esses achados; uma modelagem recente do impacto dos índices de uso de maconha versus a incidência de esquizofrenia na Austrália não encontrou uma relação causal (Degenhardt L et al, 2003). Necessita-se de estudos também para entender os mecanismos pelos quais a maconha causa psicose.

No entanto, a mensagem de saúde pública é clara. Alguns casos de transtornos psicóticos podem ser evitados pelo desestímulo do uso de maconha, particularmente entre jovens psicologicamente vulneráveis, sendo os usuários mais jovens de maconha os em maior risco (Arseneault et al, 2002). As mensagens de saúde devem ser fornecidas com equilíbrio e cuidado, porque é muito fácil aumentar a credulidade de audiências-alvo de jovens com propagandas alarmistas e condenações vazias que não reflitam suas próprias experiências. Mas precisa-se de ação para evitar uma carga adicional aos já sobrecarregados serviços de saúde mental.

John Witton

Robin M Murray

Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

Referências

1. Andreasson S, Allebeck P, Engström A, et al. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987;11:1483-5.
2. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002;325:1212-3.
3. Arseneault L, Cannon M, Witton J, et al. The causal association between cannabis and psychosis: An examination of the evidence. *Br J Psychiatr* (in press).
4. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2003;71:37-48.
5. Hall W, Degenhardt L. Is there a specific "cannabis psychosis"? In: Castle DJ, Murray R, eds. *Marijuana and Madness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. (in press)