

Por que os adolescentes agem de maneira adoidada?

Richard A. Friedman - The New York Times | 14 Julho 2014 | 19h 15

Jovens em geral gostam do risco e são mais propensos a sofrer um trauma como consequência direta do seu comportamento

Na nossa cultura, adolescência é praticamente sinônimo de atração pelo risco, de drama emocional e de todas as formas de comportamento extravagante.

Até muito recentemente, a explicação corrente da angústia do adolescente centrava-se no aspecto psicológico. No seu desenvolvimento, o adolescente se defronta com inúmeros problemas emocionais e sociais, como o início de seu distanciamento dos pais, sua aceitação ou não pelas pessoas de sua mesma idade e a descoberta da própria identidade. Não é preciso ser psicanalista para entender que estas transições geram ansiedade. Mas existe um aspecto mais sombrio da adolescência que, até o momento, não foi bem compreendido: o aumento da ansiedade e do medo. Em grande parte em razão de uma idiosincrasia do desenvolvimento do cérebro, os adolescentes sentem, em média, mais ansiedade e medo e encontram mais dificuldade em aprender a não ter medo do que as crianças ou os adultos.

As diferentes regiões e circuitos do cérebro amadurecem em ritmos muito diferentes. O circuito cerebral que processa o medo - a amígdala - é precoce e se desenvolve antes do córtex pré-frontal, a sede do raciocínio e do controle executivo. Isto significa que o cérebro dos adolescentes apresenta uma maior capacidade de ter medo e ansiedade, mas é relativamente subdesenvolvido no que se refere à capacidade de raciocinar de maneira calma. Pode-se indagar por que motivo, se têm esta capacidade maior de sentir ansiedade, os adolescentes se sentem tão atraídos pela novidade e pelo risco. Aparentemente os dois traços são conflitantes. A resposta está, em parte, no fato de que o centro de recompensa do cérebro, assim como seu circuito do medo, amadurece mais cedo do que o córtex pré-frontal. Este centro de recompensa guia o comportamento de risco do adolescente. Este paradoxo comportamental ajuda também a explicar por que ele é particularmente predisposto a se ferir e a sofrer traumas. As três principais causas de morte de adolescentes são acidentes, homicídios e suicídios.

O retardo no desenvolvimento do cérebro tem enormes implicações para a nossa maneira de pensar a ansiedade e tratá-la. Ele sugere que adolescentes ansiosos podem não reagir adequadamente à psicoterapia que tenta ensiná-los a não ter medo, como a terapia do comportamento cognitivo, que é religiosamente prescrita a pessoas desta idade.

O que aprendemos também deveria nos fazer refletir duas vezes sobre o aumento crescente do emprego de estimulantes em adolescentes, porque tais medicamentos podem agravar a ansiedade e tornar mais difícil para os adolescentes fazerem o que se supõe que devem, de acordo com o seu desenvolvimento: aprender a não ter medo quando for o caso.

Na qualidade de psiquiatra, tratei muitos adultos com vários problemas de ansiedade, quase todos eles fazem remontar a origem do problema aos anos da adolescência. Eles costumam relatar uma infância tranquila rudemente interrompida pela ansiedade típica da sua idade. Para muitos, a ansiedade era inexplicável e apareceu de repente.

Evidentemente, a maioria dos adolescentes não desenvolve problemas de ansiedade, mas adquire a capacidade de modular seu medo à medida que seu córtex pré-frontal vai amadurecendo ao se tornarem jovens adultos, por volta dos 25 anos. Contudo, nos Estados Unidos, cerca de 20% dos adolescentes experimentam um problema de ansiedade que pode ser diagnosticado, como uma ansiedade generalizada ou ataques de pânico, decorrentes provavelmente de uma mescla de fatores genéticos e de influências ambientais.

O predomínio de problemas de ansiedade e de comportamento de risco (como reflexo desta disjunção que ocorre no cérebro em razão do desenvolvimento) tem se mostrado relativamente

persistente, o que sugere, na minha opinião, que o aspecto biológico contribui de maneira muito significativa.

Um dos meus pacientes, um homem de 32 anos, lembrou que, quando adolescente, se sentia ansioso em reuniões sociais. "Era uma situação tremendamente desagradável e eu me sentia até mesmo incapaz de falar a mesma língua das outras pessoas da sala", disse.

Não que ele não gostasse da companhia das pessoas; mas a socialização em grupos lhe parecia perigosa, embora soubesse racionalmente que não era este o caso. Recorreu então, desde cedo, a uma estratégia para lidar com seu desconforto: o álcool. Quando ele bebia, sentia-se relaxado e capaz de se relacionar. Depois de um tratamento e, agora, sóbrio há vários anos, ainda mantém um traço de ansiedade em ocasiões sociais e anda sente necessidade de uma bebida antes de se relacionar com as pessoas.

Evidentemente, todos sentimos ansiedade. Entre outras coisas, trata-se de uma reação emocional normal a situações vistas como ameaçadoras. A indicação de um problema sério de ansiedade é sua persistência, que causa intensa aflição e interfere no comportamento mesmo em ambientes seguros, muito depois que a ameaça passou.

Recentemente, mostrou-se que os adolescentes apresentam reações de medo mais acentuadas e têm dificuldade de aprender a não ter medo. Em um estudo que usou ressonância magnética cerebral, pesquisadores do *Weill Cornell Medical College* e da *Stanford University* constataram que, quando foram mostradas a adolescentes imagens de rostos assustadores, eles apresentaram exageradas reações da amígdala, em comparação a crianças e adultos.

A amígdala é uma região localizada na profundidade de cada lobo temporal anterior, crucial para a avaliação e a reação ao medo. Ela envia e recebe conexões do nosso córtex pré-frontal alertando-nos do perigo antes mesmo de termos tido tempo ou de pensarmos realmente a seu respeito. Isto ocorre, por exemplo, com o aumento da adrenalina naquela fração de segundo quando vemos o que parece ser uma cobra numa caminhada pelo campo. Aquele pavor instantâneo é nossa amígdala em ação. Então, damos meia volta, olhamos novamente e, desta vez, o nosso córtex pré-frontal diz que era apenas um graveto inócuo. Portanto, o circuito do medo é uma rua de duas mãos. Enquanto temos um controle limitado do alarme do medo graças à nossa amígdala, nosso córtex pré-frontal pode efetivamente exercer um controle de cima para baixo, dando-nos a possibilidade de avaliar mais cuidadosamente o risco no nosso ambiente. Sendo o córtex pré-frontal uma das últimas regiões do cérebro a amadurecer, a capacidade dos adolescentes de modular as emoções é muito menor.

Aprender a ter medo é o cerne da ansiedade e dos problemas que ela gera. Esta forma primitiva de aprendizado nos permite formar associações entre acontecimentos e indicações específicas e ambientes, que podem prenunciar o perigo.

Na savana, por exemplo, aprenderíamos que um roçar no chão ou o voo súbito de pássaros pode assinalar a presença de um predador - e correr para evitar o perigo. Sem a capacidade de identificar estes sinais de perigo, viraríamos rapidamente comida de algum animal. Mas quando indicações ou situações anteriormente consideradas perigosas se revelam seguras, devemos poder reavaliá-las e eliminar sua associação com o medo aprendido. As pessoas com problemas de ansiedade têm dificuldade para fazer isto se sentem uma sensação persistente de medo, mesmo na ausência de ameaça - mais conhecida como ansiedade.

Outra paciente que conheci em consultas recentes, uma mulher de 23 anos, contou que, quando era mais jovem, começou a sentir-se ansiosa depois de ver um comercial sobre asma. "Fiquei terrivelmente preocupada sem nenhuma razão, e tive um ataque de pânico logo depois", ela disse. Já no fim da adolescência, ela se preocupava na proximidade de pessoas muito pobres, e segurava a respiração, mesmo consciente de que "esta era uma coisa louca e absurda".

B.J. Casey, professora de psicologia e diretora do *Sackler Institute* do *Weill Cornell Medical College*, pesquisou o aprendizado do medo num grupo de crianças, adolescentes e adultos. Aos sujeitos das pesquisas foi mostrado um quadrado colorido enquanto eram expostos a um ruído detestável. O quadrado colorido, antes um estímulo neural, foi associado a um som desagradável e provocou uma reação de medo semelhante à suscitada pelo som.

A dra. Casey e seus colegas constataram que não havia nenhuma diferença entre os sujeitos na aquisição do condicionamento do medo. Mas quando a dra. Casey treinou os sujeitos para desaprenderem a associação entre o quadrado colorido e o ruído - processo chamado extinção do medo - ocorreu uma reação muito diferente.

Com a extinção do medo, foi mostrado repetidamente aos sujeitos o quadrado colorido, mas sem o ruído. Agora o quadrado, também conhecido como estímulo condicionado, perdeu a capacidade de produzir uma reação de medo. A dra. Casey descobriu que os adolescentes tinham muito mais dificuldade de "desaprender" a relação entre o quadrado colorido e o ruído do que as crianças ou os adultos. Na realidade, os adolescentes tiveram problemas em aprender que o sinal anteriormente relacionado a algo que produzia aversão, agora era neutro e não apresentava "perigo".

Se considerarmos que a adolescência é um período de exploração na vida dos jovens, quando eles adquirem maior autonomia, sua maior capacidade de ter medo e uma memória mais persistente de situações ameaçadoras favorecem a adaptação e conferem uma vantagem em termos de sobrevivência.

A mesma discrepância entre o desenvolvimento da amígdala e a do córtex pré-frontal, descrita nos seres humanos, também foi encontrada em todas as espécies de mamíferos, o que sugere uma vantagem da evolução. Esta nova compreensão da base do neurodesenvolvimento da ansiedade do adolescente tem importantes implicações, inclusive para lidarmos com os problemas de ansiedade.

Um dos tratamentos dos problemas da ansiedade mais amplamente usados e empiricamente respaldados é a terapia cognitivo-comportamental, uma forma de aprendizado da extinção na qual o estímulo experimentado como assustador é apresentado reiteradamente num ambiente não ameaçador. Se, por exemplo, o indivíduo tem medo de aranhas, será exposto gradativamente a elas num ambiente sem que haja consequências terríveis, aos poucos irá perdendo a aracnofobia.

O paradoxo está no fato de que os adolescentes estão sujeitos a um maior risco de problemas de ansiedade, em parte em razão de sua escassa capacidade de eliminar sucessivamente as associações com o medo; entretanto, podem revelar a menor capacidade de reação a tratamentos de dessensitização, como a terapia cognitivo-comportamental, precisamente devido a esta incapacidade.

Isto constitui uma enorme dificuldade clínica, porque os jovens em geral gostam do risco e são mais propensos a sofrer um trauma como consequência direta do seu comportamento, sem falar dos que foram expostos aos horrores da guerra no Iraque e no Afeganistão ou às chacinas de Newtown e Aurora. Muitos deles continuarão sofrendo de stress pós-traumático, que constitui essencialmente uma forma de aprendizado do medo.

Agora temos boas razões para concluir que a terapia de exposição, sozinha, talvez não seja o melhor tratamento para eles. Um recente estudo de crianças e adolescentes com problemas de ansiedade concluiu que somente de 55 a 60% dos sujeitos reagiram à terapia cognitivo-comportamental ou a um antidepressivo, mas 81% reagiram a uma combinação dos dois tratamentos.

Em outro estudo, foram constatadas evidências preliminares de que os adolescentes reagiram menos à terapia cognitivo-comportamental do que crianças ou adultos. Com isto não queremos dizer que esta terapia seja ineficiente para adolescentes, mas que, em razão de sua relativa dificuldade em aprender a não terem medo, não pode constituir o tratamento mais eficiente se usado sem algum tipo de reforço. E há potencialmente mais um motivo de preocupação em relação aos nossos adolescentes ansiosos: o aumento meteórico entre eles do uso de estimulantes psíquicos, como Ritalin e Adderall. Em teoria, os estimulantes podem produzir efeitos negativos na trajetória normal do desenvolvimento desta categoria de adolescentes.

Segundo a *IMS Health*, que compila dados sobre saúde, as vendas de estimulantes prescritos pelos médicos aumentou mais do que cinco vezes entre 2002 e 2012. É um fato que preocupa porque estudos sobre seres humanos e animais mostraram que estes medicamentos melhoram a capacidade de aprendizagem, e, particularmente, o condicionamento do medo.

Os estimulantes, assim como as experiências que têm uma carga emocional, provocam a liberação de norepinefrina - uma parente próxima da adrenalina - no cérebro, e facilitam a formação da memória. É por isso que esquecemos facilmente onde pusemos as chaves, mas nunca esqueceremos os detalhes de um assalto.

Por acaso o uso promíscuo de estimulante poderia prejudicar a capacidade dos adolescentes de suprimirem o medo aprendido - um aspecto normal do desenvolvimento - e torná-los adultos mais medrosos? E seria possível que os estimulantes aumentassem involuntariamente o risco de PTSD (transtorno de estresse pós-traumático, sigla em inglês) em adolescentes expostos a um trauma? Na verdade, não temos nenhuma indicação disso. Mas sabemos que os adolescentes não só buscam despreocupadamente a novidade e gostam do risco, como ainda são particularmente vulneráveis à ansiedade e tem dificuldade em aprender a não ter medo de perigos passageiros.

Os pais precisam se compenetrar de que devem estar preparados para a ansiedade nos filhos adolescentes - e neles próprios -, lembrando a eles que crescerão e em breve estarão livres do problema.

Richard a Friedman é professor de psiquiatria clínica e diretor da clínica de psicofarmacologia do *Weill Cornell Medical College*.

Tradução de Anna Capovilla