

A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema

Como e Por Que Parar de Tomar
Medicamentos Psiquiátricos

Edição revista e atualizada, 2007

Peter R. Breggin, M.D.
David Cohen, Ph.D.

Veja este livro em *inglês-português*¹

¹Livro: “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”.

Sumário

0	Preliminares	1
0.1	Capa	1
0.1.1	Contra capa	1
0.2	Aclamação antecipada de “ <i>A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema</i> ”	2
0.2.1	Candace Pert, Ph.D.	2
0.2.2	Loren Mosher, M.D.	2
0.2.3	Bertram P. Karon , Ph.D.	2
0.2.4	Steven Rose, Ph.D.	3
0.2.5	John Horgan	3
0.2.6	Thomas J. Moore	3
0.2.7	Kate Millett	3
0.2.8	Tony Stanton, M.D.	4
0.2.9	Alberto Fergusson, M.D.	4
0.2.10	Milton F. Shore, Ph.D.	4
0.2.11	Fred Bemak, Ph.D.	4
0.2.12	Douglas C. Smith, M.D.	5
0.2.13	Clemmont E. Vontress, Ph.D.	5
0.2.14	Wolf Wolfensberger, Ph.D.	5
0.2.15	Rhoda L. Fisher, Ph.D.	5
0.2.16	Steven Baldwin, Ph.D.	6
0.2.17	Thomas Greening, Ph.D.	6
0.2.18	Thomas J. Scheff, Ph.D.	6
0.2.19	David H. Jacobs, Ph.D.	7
0.2.20	Al Siebert, Ph.D.	7
0.2.21	Jay Haley	7
0.2.22	Paula J. Caplan, Ph.D.	7
0.2.23	William Glasser, M.D.	8
0.3	Gratidão e dedicatória às esposas	8
0.4	Um aviso quanto ao uso de drogas psiquiátricas	8

0.5	Notas dos tradutores sobre drogas psiquiátricas, abstinência e psiquiatria materialista	9
0.6	Introduções à nova edição: confirmações científicas da primeira edição	10
0.6.1	Introdução de Peter Breggin	10
0.6.1.1	A FDA finalmente reconhece o suicídio induzido por antidepressivo .	10
0.6.1.2	Confirmando a sobre-estimulação	11
0.6.1.3	Suicídios em adultos induzido por antidepressivo	12
0.6.1.4	A FDA resiste aos fatos	13
0.6.1.5	Reconhecimento da crise de abstinência dos antidepressivos	14
0.6.1.6	Os antidepressivos têm algum efeito positivo?	14
0.6.1.7	Novas descobertas da FDA sobre drogas estimulantes para tratamento da DHDA em crianças	15
0.6.1.8	Um novo conceito: dopagem provocada por drogas psiquiátricas . . .	17
0.6.2	Introdução por David Cohen	18
0.6.2.1	Informação sobre drogas psiquiátricas na Internet	19
0.6.2.2	A indústria farmacêutica exposta e re-exposta	19
0.6.2.3	Drogas para esquizofrenia, depressão e desordem bipolar - uma farsa	20
0.6.2.4	Medicamentos e prescrições fora de controle	21
0.6.2.5	Conclusão	22
0.7	Introdução: qual é o seu último recurso?	22
0.7.1	Nosso recurso final	23
0.7.2	Recurso das drogas	23
0.7.3	Buscando alívio	23
0.7.4	O que o sofrimento nos diz	24
0.7.5	O novo recurso final	24
0.7.6	O que nós realmente sabemos sobre como nosso cérebro funciona?	25
0.7.7	A ciência por trás das drogas psiquiátricas	25
0.7.8	Existem desequilíbrios bioquímicos?	26
0.7.9	O que realmente sabemos sobre as drogas psiquiátricas e o cérebro?	26
0.7.10	O que aconteceria se tratássemos nossos computadores da maneira como tratamos o cérebro?	28
0.7.11	O que esse ponto de vista nos faz	29
0.7.12	Ervas e remédios “naturais”	29
1	Drogas Psiquiátricas - Muito Mais Fácil de Começar do que de Parar	31
1.1	Uns poucos minutos que podem se tornar uma vida inteira	31
1.2	Razões para deixar de tomar drogas psiquiátricas	32
1.3	Como este livro pode ajudar	37
1.4	Mais razões para parar de tomar drogas psiquiátricas	38

1.5	Se alguém importante para ti está tomando drogas psiquiátricas	39
1.6	Uma decisão independente	40
2	Os Limites das Drogas Psiquiátricas	43
2.1	Como aprendemos o que as drogas psiquiátricas fazem	44
2.2	Como as drogas psiquiátricas atuais afetam animais e pessoas	44
2.3	Podemos comprovar os desequilíbrios bioquímicos?	44
2.4	Causando desequilíbrios bioquímicos ao invés de curá-los	45
2.5	Mais falhas no mito dos desequilíbrios bioquímicos	46
2.6	Anestesia da alma	47
2.7	O que significa “melhora” no contexto das drogas psiquiátricas?	47
2.8	Os limites das drogas psiquiátricas em geral	48
2.9	Os limites das drogas psiquiátricas para ajudar em crises emocionais	49
2.10	Pessoas são melhores que pílulas - mesmo para os pacientes mais perturbados	50
2.11	Conclusão	52
3	“A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema” - Mas Você Pode Ser o Último a Saber	53
3.1	A variabilidade das respostas individuais às drogas psiquiátricas	53
3.2	Os efeitos adverso de “Entorpecimento”	54
3.3	O risco de disfunção cerebral permanente causada por drogas psiquiátricas	55
3.4	Médicos reforçam uso de longo prazo sem justificativa	56
3.5	O perigo específico das drogas psiquiátricas	58
3.6	Efeitos adversos em como você pensa, sente e age	59
3.6.1	Psicoses tóxicas induzidas por drogas psiquiátricas	59
3.6.2	Confie na sua própria percepção de si mesmo - até um certo ponto	60
3.6.3	Os efeitos adversos comuns no seu pensamento, sentimento e comportamento	60
3.7	Você pode ser o último a saber	63
4	Efeitos Adversos de Drogas Psiquiátricas Específicas	67
4.1	Reconhecimento crescente dos perigos das drogas psiquiátricas	67
4.2	Psicoses tóxicas e delírio tóxico induzidos por drogas psiquiátricas	68
4.3	“Mania” induzida por drogas psiquiátricas	69
4.4	Crianças em grave risco devido a “mania” induzida por antidepressivos	70
4.5	Taxas estimadas de desordens mentais e neurológicas induzidas por drogas psiquiátricas	70
4.5.1	Agentes anti-maníacos: Lítio	70
4.5.2	Estimulantes	70
4.5.3	Tranquilizantes benzodiazepínicos: Xanax, Valium, Ativan, Klonopin, e outros	71
4.5.4	Antidepressivos tricíclicos: Elavil	71

4.5.5	Antidepressivos do tipo prozac: Prozac	71
4.5.6	Antidepressivos Inibidor da Monoamina Oxidase (IMAO [MAOI]): Parnato	71
4.5.7	Antipsicóticos ou neurolépticos	71
4.6	Efeitos adversos causados por drogas psiquiátricas específicas	72
4.6.1	Estimulantes	72
4.6.2	Antidepressivos que especificamente estimulam a serotonina	74
4.6.3	Antidepressivos tricíclicos	76
4.6.4	Antidepressivos atípicos	77
4.6.5	Antidepressivos Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO [MAOI])	78
4.6.6	Benzodiazepinas prescritas para ansiedade e insônia	79
4.6.7	Drogas não-benzodiazepínicas prescritas para ansiedade e insônia	80
4.6.8	Lítio, anticonvulsivos e outros “estabilizadores de humor”	81
4.6.9	Drogas antipsicóticas (neurolépticos)	83
4.7	Discinesia tardia causada por antipsicóticos	84
4.8	Síndrome neuroléptica maligna	85
4.9	Psicoses induzidas pela abstinência de antipsicóticos	86
4.10	Outros efeitos nocivos dos antipsicóticos	86
4.11	Medicamentos usados para tratar movimentos anormais induzidos por drogas psiquiátricas	88
4.12	Drogas psiquiátricas durante a gravidez e amamentação	89
5	Razões Pessoais e Psicológicas para Não Usar Drogas Psiquiátricas	91
5.1	Uma aversão natural de tomar drogas alteradoras do humor	91
5.2	Outras preocupações comuns ao se tomar drogas psiquiátricas	91
5.3	Convencendo-te que você é “doente mental”	92
5.4	Definindo emoções intensas ou dolorosas como doença	94
5.5	Como a psiquiatria toma vantagem	95
5.6	Boa terapia versus diagnóstico psiquiátrico e medicação	96
5.7	Mantendo suas faculdades mentais	96
5.8	Mantendo contato com seus sentimentos	97
5.9	O efeito placebo	98
5.10	Dependência psicológica de drogas psiquiátricas, médicos, e soluções médicas para problemas pessoais	99
5.11	Aprendendo a viver sem drogas psiquiátricas	99
6	Por Que os Médicos Dizem Tão Pouco aos Seus Pacientes	101
6.1	Encorajados a não falar	101
6.2	Onde estava a FDA?	102

6.3	Obtendo informações para você	104
6.4	A aprovação da FDA não significa que uma droga psiquiátrica seja segura ou mesmo altamente eficaz	104
6.5	Quem se arrisca e quem se beneficia?	105
6.6	Sérios perigos podem surgir pela primeira vez após anos de uso	106
6.7	Reconhecendo os limites da aprovação da FDA	107
6.8	Como efeitos adversos não são reportados	107
6.9	Nenhuma garantia de segurança à longo prazo	108
6.10	A mídia	109
6.11	O que os médicos sabem?	109
6.12	Atitudes dos médicos quanto a informar os pacientes	110
7	Planeje a Redução da Droga Psiquiátrica	111
7.1	Decida por si mesmo	111
7.2	Tente obter ajuda de um médico experiente	113
7.3	Como pode um clínico ajudar?	113
7.4	Informando o seu médico de suas intenções	114
7.5	Fique encarregado da retirada	115
7.6	O melhor e o pior à se esperar do seu médico	116
7.7	Configure uma rede de suporte	117
7.8	Como um amigo pode ajudar	118
7.9	Redes de suporte na Internet	118
7.10	Saber o que advem das drogas psiquiátricas pode ajudar	121
7.11	Antecipe as reações de abstinência	121
7.12	Entenda o que influencia a facilitação do período de abstinência	122
	7.12.1 Preveja o retorno de seu problema original	122
	7.12.2 Antecipe a possibilidade de um período longo de abstinência	123
	7.12.3 Esteja preparado para mudar suas rotinas	123
	7.12.4 Espere o reavivamento de sentimentos	123
	7.12.5 Manejando o sono interrompido	123
	7.12.6 Lidando com fortes reações de amigos e familiares	124
	7.12.7 Não reaja com raiva e culpa	125
	7.12.8 Seja flexível em relação a retirada	125
	7.12.9 Configure um plano de ação	125
7.13	Enfrentando o medo da abstinência	126
8	Como Parar de Consumir Drogas Psiquiátricas	129
8.1	Redução gradual é a sua própria proteção	129

8.2	Por que a retirada gradual é melhor do que a retirada súbita	130
8.3	Remova as drogas uma de cada vez	131
8.4	Que droga psiquiátrica deve ser retirada primeiro?	132
8.5	Considerações especiais durante a abstinência	132
8.6	Quão rápido você deve abster-se?	133
8.7	Como dividir doses individuais	134
9	Reações de Abstinência de Drogas Psiquiátricas	137
9.1	Cuidado com o uso ilícito	137
9.2	Seu médico pode não saber	137
9.3	Quando estou tendo uma crise de abstinência?	138
9.4	Negação das reações de abstinência	139
9.5	Definindo a dependência física	140
9.6	Reações de abstinência podem causar “aflições significativas”	141
9.7	“Abstinência” ou “descontinuação”?	142
9.8	Reações de abstinência de benzodiazepínicos	142
9.8.1	A síndrome de descontinuação	143
9.8.2	O envolvimento do médico na retirada da droga psiquiátrica	144
9.9	Reações de abstinência de antidepressivos	144
9.9.1	Reações de abstinência de antidepressivos tricíclicos	145
9.9.2	Reações de abstinência dos IMAO [MAOI]	146
9.9.3	Reações de abstinência de antidepressivos que estimulam a serotonina	146
9.9.4	Reações de abstinência de antidepressivos atípicos	150
9.10	Reações de abstinência de estimulantes	150
9.11	Reações de abstinência do lítio e anticonvulsivos	152
9.12	Reações de abstinência dos antipsicóticos ou neurolépticos	154
9.12.1	Três tipos de reações de abstinência de antipsicóticos	154
9.12.2	Abstinência de antipsicóticos atípicos	156
9.12.3	“Reincidência” ou “abstinência”?	157
9.12.4	Quando abster-se dos antipsicóticos?	158
9.12.5	Quanto tempo deve durar a retirada da droga antipsicótica?	158
9.13	Reações de abstinência antiparkinsonianas	160
9.14	Quão gradual é a “retirada gradual”?	161
9.15	Resumo das reações de abstinência das drogas psiquiátricas	161
10	Retirando Sua Criança das Drogas Psiquiátricas	165
10.1	Precauções especiais	165
10.2	Experiência prévia, da sua criança, de abstinência de drogas psiquiátricas	166

10.3	Efeitos de abstinência e de rebote	166
10.4	Identificando a fonte de problemas potenciais	167
10.5	Focalizando nos problemas da família	167
10.5.1	Amadurecimento suprimido	167
10.5.2	Aprendendo novas habilidades de pais	168
10.5.3	Aprendendo à dar mais atenção	168
10.5.4	O papel especial do pai	169
10.5.5	Prestar atenção aos sentimentos e desejos de sua criança	169
10.6	Focalizando nos problemas na escola	170
10.6.1	Se a sua criança está desatenta	170
10.6.2	Se sua criança não tem boas notas	170
10.6.3	Se a escola insiste	171
10.7	Redução de múltiplas drogas psiquiátricas ou múltiplas doses diárias	172
10.8	Quando começar a retirada	172
11	Entendendo os Medos do Seu Terapeuta de Não Usar Drogas Psiquiátricas	175
11.1	Quando seu terapeuta diz que você precisa de drogas psiquiátricas	175
11.2	Terapeutas também são gente	176
11.3	Tantos tipos de terapia	176
11.4	O que fazer quando a terapia está falhando	177
11.5	Em que temos fé?	178
11.6	Terapeutas estão perdendo a fé em si mesmos	179
11.7	O medo exagerado de processos legais	179
11.8	Fé em nós mesmos versus fé na medicação	180
11.9	Compreendendo os medos do seu terapeuta	180
11.10	Personalidades e poder	182
11.10.1	Psiquiatras biológicos (materialistas)	182
11.10.2	Psicoterapeutas	182
12	Diretrizes para Terapeutas que Não Defendem o Uso de Drogas Psiquiátricas	185
12.1	Diretrizes sugeridas	185
12.1.1	Informe seus clientes sobre o ponto de vista predominante da psiquiatria materialista	186
12.1.2	Esclareça as razões pelas quais você profissionalmente não concorda com, ou incentiva, o uso de medicação	186
12.1.3	Recomende consultas e leituras de ambos os pontos de vista	186
12.1.4	Não pressione seus clientes a seguirem a sua filosofia particular de terapia	186
12.1.5	Evite fazer referências às drogas psiquiátricas, se você acredita que elas não serão de ajuda	186

12.1.6	A menos que os clientes tenham estado consumindo drogas psiquiátricas por um tempo muito curto, sempre alerte-os sobre os perigos de parar abruptamente qualquer medicação deste tipo	187
12.1.7	Se você tem conhecimento sobre os efeitos adversos de drogas psiquiátricas, compartilhe-o com seus clientes	187
12.1.8	Se você é um terapeuta, sem formação médica, com clientes que querem parar de consumir drogas psiquiátricas, considere referi-los a um médico	187
12.1.9	Se seus clientes estiverem favoravelmente inclinados, considere o envolvimento de suas famílias, amigos e outros recursos	188
12.1.10	Se a terapia não está indo bem, e não pode ser corrigida, encaminhe o cliente para outro terapeuta ao invés de incentivar o uso de drogas psiquiátricas	188
12.1.11	Faça anotações, em seu livro de registros de terapia, para indicar que você já teve conversas com seus clientes sobre as drogas psiquiátricas	189
12.2	Levante-se e participe	189
13	Princípios Psicológicos para Ajudar a Si Próprio e aos Outros sem Recorrer à Medicamentos Psiquiátricos	191
13.1	Princípios de ajuda	192
13.1.1	Identifique e supere os seus sentimentos de desamparo auto-destrutivos	192
13.1.2	Concentre-se nas suas reações emocionais únicas a uma crise ou estresse	192
13.1.3	Esteja feliz por você estar vivo, e encontre alguém que esteja feliz por estarem ambos vivos	193
13.1.4	Evite entrar no “modo de emergência”, e rejeite intervenções desesperadas ou soluções extremas	193
13.1.5	Resista ao impulso de ter algo feito para ou por você, em vez disso, procure ajuda no fortalecimento de si mesmo	193
13.1.6	Não use drogas psiquiátricas para evitar seus sentimentos dolorosos	194
13.1.7	Tenha em mente que a maioria das crises emocionais e sofrimentos se embasam em uma cadeia de estresse e traumas anteriores	194
13.1.8	Evite convidar outras pessoas a assumirem sua vida por você	194
13.1.9	Seja gentil com qualquer um que esteja tentando ajudá-lo, incluindo o seu terapeuta	195
13.1.10	Saiba que a empatia e o cuidado estão no coração de qualquer relação de ajuda	196
13.1.11	Lembre-se de ouvir uns aos outros!	196
13.1.12	Perceba que as crises emocionais e o sofrimento são oportunidades de crescimento pessoal acelerado	197
13.2	Conclusão	197
14	Apêndices	199
14.1	Apêndice A: medicamentos psiquiátricos de uso comum	199
14.1.1	Os antidepressivos	199
14.1.1.1	Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IsRSS [SSRIs])	199

14.1.1.2	Outros antidepressivos mais novos	199
14.1.1.3	Antidepressivos antigos (lista parcial)	200
14.1.2	Estimulantes	200
14.1.2.1	Estimulantes clássicos	200
14.1.2.2	Outros	200
14.1.3	Pílulas tranquilizantes e soníferas	200
14.1.3.1	Tranquilizantes benzo	200
14.1.3.2	Pílulas soníferas benzo	201
14.1.3.3	Pílulas soníferas não-benzo	201
14.1.4	Drogas antipsicóticas (neurolépticos)	201
14.1.4.1	Novos antipsicóticos (segunda ou terceira geração ou atípicos)	201
14.1.4.2	Drogas antipsicóticas antigas	201
14.1.4.3	Antipsicóticos utilizados para outros fins médicos	202
14.1.5	Lítio e outras drogas usadas como “estabilizadores de humor”	202
14.1.5.1	Off-Label ou estabilizadores de humor não aprovada	202
14.2	Apêndice B: sobre os autores	203
14.2.1	Peter R. Breggin, M.D.	203
14.2.1.1	Livros escritos por Peter R. Breggin, M.D.	204
14.2.2	David Cohen, Ph.D., LCSW	205
14.2.2.1	Livros escritos por David Cohen, Ph.D.	205
14.3	Apêndice C: International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (ICSP) [Centro Internacional para o Estudo da Psiquiatria e Psicologia]	206
14.3.1	Conselheiros Internacionais dos Trabalhadores Sociais, Psiquiatras, Psicólogos & Educadores	207
14.4	Apêndice D: A Aliança para a Proteção da Pesquisa Humana	207
14.5	Bibliografia	208

Capítulo 0

Preliminares

0.1 Capa

“A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”

Como e Por Que Parar de
Tomar Medicamentos Psiquiátricos
Peter R. Breggin, M.D. e
David Cohen, Ph.D.

0.1.1 Contra capa

“Em uma linguagem não-técnica, de fácil entendimento, [os autores] trazem uma mensagem incrivelmente importante e dificilmente reconhecida para pessoas que precisam entender o lado negro das drogas psiquiátricas e como parar de tomá-las. Recomendo de coração [este livro].” - Candace Pert, Ph.D., autor de *“Molecules of the Mind [Moléculas da Mente]”*

“Este é um livro corajoso, compassivo, e um antídoto muito necessário para o viés pró-droga da moderna psiquiatria e psicologia.” - John Horgan, autor de *“The Mind Undiscovered [A Mente Não-Descoberta]”*.

“Eu desejaria ter tido esse livro quando eu estava tentando sair das drogas psiquiátricas.” - Kate Millett, autora de *“The Trip Loony Bin”*

“Este livro há muito tempo é esperado. Drs. Breggin e Cohen tornam possível a prática de psiquiatria com consciência.” - Bertram Karon P., Ph.D., Professor de Psicologia Clínica, Universidade Estadual de Michigan

Cobre todas as drogas psiquiátricas, incluindo:

Celexa • Lexapro • Prozac • Paxil • Zoloft • Cymbalta
Effexor • Remeron • Wellbutrin • Adderall • Dexedrine
Focalin • Ritalina • Concerta • Strattera • Ativan • Klonopin
Xanax • Valium • Dalmane • Halcion • Restoril
Ambien • Lunesta • Abilify • Geodon • Invega • Risperdal

Seroquel • Leponex • Haldol • Permitil • Thorazine
Trilafon • Compazine • Reglan • Depakote • Equetro
Lamictal • lítio • Catapres • Neurontin
Tegretol • Tenex • Topamax • Trileptal

ISBN-10: 0-7382-1098-6

ISBN-13: 978-0-7382-1098-8

0.2 Aclamação antecipada de “*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*”

0.2.1 Candace Pert, Ph.D.

Professor Pesquisador de Fisiologia e Biofísica
Georgetown University Medical Center
Autor de *Molecules of the Mind [Moléculas da Mente]*
Washington, D.C.

“Em linguagem não-técnica e fácil de entender, Peter Breggin e David Cohen trazem uma mensagem incrivelmente importante e dificilmente reconhecida para pessoas que precisam entender o lado escuro das drogas psiquiátricas e como parar de tomá-las. Eu recomendo de coração.”

0.2.2 Loren Mosher, M.D.

Soteria Associates [Associados Soteria],
Ex-chefe do *Center for Studies of Schizophrenia*
[*Centro de Estudos de Esquizofrenia*],
National Institute of Mental Health
[*Instituto Nacional de Saúde Mental*]
San Diego, California

“Confrontar de frente a atual prática de prescrição de drogas psiquiátricas é uma tarefa difícil - nós devemos à Breggin e Cohen um voto de agradecimento por falar a verdade abertamente. Apesar do que as empresas farmacêuticas nos querem fazer crer, nós não precisamos de ‘uma vida melhor através da química?’ Este livro vai ajudar a derrubar esse mito e prover conselhos práticos sobre como evitar as drogas psiquiátricas e sair fora delas.”

0.2.3 Bertram P. Karon , Ph.D.

Professor de Psicologia Clínica
Michigan State University [Universidade Estadual de Michigan]
East Lansing, Michigan

“Este livro é esperado há muito tempo. Drs. Breggin e Cohen tornam possível a prática da psiquiatria com consciência.”

0.2.4 Steven Rose, Ph.D.

Professor de Biologia e Diretor,
Brain and Behavior Research Group
[Grupo de Pesquisa do Cérebro e do Comportamento],
Universidade Aberta
Milton Keynes, Inglaterra

“A abordagem médica moderna para qualquer problema humano é encontrar uma droga - uma espécie de bala mágica - para corrigi-lo. Mas muitas drogas fazem mais mal do que bem, e algumas até mesmo causam os problemas que elas supostamente deveriam corrigir. E uma vez na droga, sair fora também pode ser perigoso. Neste livro claro e importante, Peter Breggin e David Cohen delinearão os problemas e forneceram uma explicação passo-a-passo de como sair fora da droga que pode estar prejudicando você”.

0.2.5 John Horgan

Autor de *The Undiscovered Mind [A Mente Desconhecida]*
Garrison, Nova York

“Este é um livro corajoso, compassivo, e um antídoto muito necessário para o viés pró-droga da moderna psiquiatria e psicologia”

0.2.6 Thomas J. Moore

Autor de “*Prescription for Disaster:
The Hidden Dangers in Your Medicine Cabinet*”
[“*Receita para o Desastre:
Os Perigos Ocultos em seu Armário de Remédios*”]
Washington, D.C.

“‘*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*’ é uma visão clara, precisa e completa dos perigos das drogas psiquiátricas, e um delineamento prudente dos passos que devem ser dados por aqueles que querem parar de tomá-las.”

0.2.7 Kate Millett

Autora de “*Sexual Politics [Política Sexual]*” e
“*The Loony Bin Trip [A Viagem Loony Bin]*”
New York, New York

“Eu gostaria de ter tido esse livro quando eu estava tentando sair das drogas psiquiátricas. Que maravilhoso que você tenha providenciado este guia.”

0.2.8 Tony Stanton, M.D.

Consultor Psiquiátrico
Bremerton, Washington

“Trabalhando como consultor, eu estou constantemente procurando maneiras de ajudar os clientes a alcançar uma visão mais educada sobre a medicação psicotrópica. Breggin e Cohen reuniram uma mina de ouro de informações para auxiliar neste processo. Não imagino nenhum outro livro que tenha feito um trabalho tão superbo de tornar tais informações acessíveis em qualquer ponto da decisão de tomar ou interromper a medicação psicotrópica.”

0.2.9 Alberto Fergusson, M.D.

Psiquiatra, Psicanalista e Diretor de Instituto
Bogotá, Colômbia

“Este livro é uma das coisas mais importantes que aconteceu à psiquiatria e especialmente aos chamados ‘pacientes psiquiátricos’ durante este século. Tendo trabalhado por mais de 20 anos com os chamados esquizofrênicos - as principais vítimas do o abuso de drogas psiquiátricas prescritas - eu posso dizer que Peter Breggin e David Cohen devem ser elogiados pela coragem que tiveram de desmascarar muitas conclusões pseudo-científicas frequentemente presentes na literatura supostamente científica”.

0.2.10 Milton F. Shore, Ph.D.

Ex-presidente, American Orthopsychiatry Association
[Associação Americana de Ortopsiquiatria]
Recebedor do Prêmio da American Psychological Association
[Associação Psicológica Americana]
por Contribuições Profissionais Significativas (1998)
Silver Spring, Maryland

“Foi necessário muita coragem para que os Doutores Breggin e Cohen escrevessem este livro tão significativo ... Como defensores dos enfoques não-farmacológicos ... os autores delinearam um programa cuidadoso e altamente responsável para a retirada dos medicamentos psiquiátricos.”

0.2.11 Fred Bemak, Ph.D.

Professor de Aconselhamento Educacional e
Chefe da Seção do
Wellness and Human Services College of Education
[Colégio de Educação de Serviços Humanos e Bem-Estar],
Universidade Estadual de Ohio, Columbus, Ohio.

“Este livro lidera o caminho para explicar e redefinir a crescente patologia da cultura de drogas psiquiátricas. É uma lembrança de onde estamos e de psicoterapias sem prescrição destas drogas, onde podemos ir.”

0.2.12 Douglas C. Smith, M.D.

Psiquiatra, Juneau, Alaska

“Cem anos a partir de agora, as pessoas vão ler os atuais livros de psiquiatria com a mesma incredulidade que temos agora acerca do derramamento de sangue e óleo de cobra. ‘*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*’ será lembrado como o ponto da virada, e como o farol que mostrou o caminho para sair desses dias sombrios de utilização generalizada destas drogas. Breggin e Cohen, como amigos de confiança, nos fornecem informações críticas que precisamos saber, a fim de estarmos bem informados e tomarmos decisões sobre as drogas psiquiátricas, incluindo quando e como parar de tomá-las. Eles apresentam tudo isso dentro de uma filosofia coerente de vida e de saúde que torna obsoleto o uso rotineiro de drogas psiquiátricas. Se você chegou a esse ponto inevitável de estar desiludido com a sua droga psiquiátrica, este livro vai ser seu melhor amigo e guia.”

0.2.13 Clemmont E. Vontress, Ph.D.

Professor e Conselheiro Emérito

George Washington University

Ganhador do Prêmio Anual de Conselheiro Educacional (1995)

da American Mental Health Counselors Association

[Associação Americana de Conselheiros de Saúde Mental].

Washington, D.C.

“Este livro inovador, informativo e fácil de ler é uma dádiva de Deus para as pessoas leigas como os pais, professores, conselheiros, assistentes sociais e psicólogos que precisam conhecer os perigos potenciais de se buscar para os filhos, estudantes ou clientes, médicos que prescrevam medicação psiquiátrica.”

0.2.14 Wolf Wolfensberger, Ph.D.

Professor Pesquisador de Educação

Syracuse University

Diretor, do Training Institute for Human Service Planning

[Instituto de Treinamento de Planejamento de Serviços Humanos],

Líder e Agente de Mudança

Syracuse, New York

“‘*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*’, fornece muita informação útil e prática, e é muito necessário considerando que existe tal propaganda maciça das indústrias farmacêutica e médica sobre tais drogas. Esta propaganda deve ser combatida, e este livro contribui para esse esforço.”

0.2.15 Rhoda L. Fisher, Ph.D.

Psicólogo Clínico

Syracuse, New York

“‘A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema’ é uma tentativa honesta e direta para apresentar uma imagem clara do efeito destas drogas, por que utilizamos drogas psiquiátricas, o seu papel na sociedade, e muito mais. Este livro preenche uma necessidade real em nossa atual cultura de drogas e em nossa corriqueira confiança completa no prescritor de drogas em si mesmo. A principal importância do livro será a de servir como um contrapeso para o mito de uma cura ‘milagrosa’ com droga. Este livro deve obrigatoriamente estar na estante de todos!”

0.2.16 Steven Baldwin, Ph.D.

Editor Sênior, Ethical Human Sciences and Services
[Serviços e Ciências Humanas Éticas]
Professor de Psicologia Fundador
Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Teesside,
Teesside, no Reino Unido (UK)

“Eu recomendo ‘A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema’ como o guia número um de auto-ajuda para sair das drogas psiquiátricas.”

0.2.17 Thomas Greening, Ph.D.

Professor de Psicologia, Escola de Graduação de Saybrook
[Saybrook Graduate School]
Editor, Journal of Humanistic Psychology
[Jornal de Psicologia Humanista]
Los Angeles, California

“Qualquer um que esteja considerando dizer ‘sim’ para as drogas psiquiátricas, ou querendo ‘apenas dizer não’, primeiro deve dizer ‘SIM’ para compra e leitura deste livro essencial e informativo. O objetivo de Breggin e Cohen é o empoderamento das pessoas problemáticas que procuram ajuda, eles não objetivam propaganda, pressão ou lucro. Este livro questiona, informa, adverte, e deixa o leitor muito mais capaz de escolher sabiamente.”

0.2.18 Thomas J. Scheff, Ph.D.

Professor Emérito de Sociologia
Universidade da Califórnia, Santa Barbara

“Eu recomendo muito este livro para as pessoas que tomam drogas psiquiátricas e para os médicos que prescrevem-nas. Essas drogas são muito poderosas, tanto para o bem quanto para o mal. Como as consequências de quase todas elas ainda são desconhecidas, as pessoas que as usam estão servindo de cobaias, na maioria das vezes sem seu próprio conhecimento. Os doutores Breggin e Cohen são especialistas nos efeitos negativos das drogas. Seus pontos de vista devem ser tão amplamente conhecidos como as promoções positivas enganosas das empresas fabricantes de drogas psiquiátricas.”

0.2.19 David H. Jacobs, Ph.D.

Psicólogo Clínico, Faculdade de Residência
Instituto da Califórnia de Ciência Humana
San Diego, Califórnia

“Este livro inovador fornece uma fonte compreensiva e honesta de informação sobre os efeitos adversos e de abstinência das drogas psiquiátricas comumente usadas. Ele deve estar no consultório de todos os trabalhadores de ‘saúde mental’ médicos e não médicos. Deve também ser lido por qualquer um que esteja considerando o uso de drogas psiquiátricas e todos aqueles que querem parar de tomá-las.”

0.2.20 Al Siebert, Ph.D.

Autor de “*The Survivor Personality*”
[“*A Personalidade Sobrevivente*”]
Portland, Oregon

“A maturidade emocional, auto-confiança e a competência de viver vêm da luta com os estresses, medos e adversidades. Quando os jovens se tornam viciados em drogas permanecem emocionalmente imaturos até que eles parem de tomar as drogas e comecem a aprender a lidar com os problemas. Breggin e Cohen salientam que o mesmo é válido para usuários crônicos de medicamentos psiquiátricos. Somente quando eles pararem com a dependência química imposta à eles pela psiquiatria que poderão desenvolver a força interior para lidar com as dificuldades da vida.”

0.2.21 Jay Haley

Universidade Internacional dos Estados Unidos
Autor de “*Leaving Home [Saindo de Casa]*” e
“*Learning and Teaching Therapy*
[*Aprendendo e Ensinando Terapia*”]
La Jolla, Califórnia

“Os médicos Peter Breggin e David Cohen levam o leitor através das vias arriscadas da medicação psiquiátrica com informações precisas como guia. Dr. Breggin foi uma voz no meio da noite clamando pela responsabilidade com a medicação psiquiátrica. Agora, ele lidera uma orquestra de protesto.”

0.2.22 Paula J. Caplan, Ph.D.

Autora de “*They Say You’re Crazy*”
[“*Eles Dizem que Você é Louco*”] [82] e
“*The Myths of Women’s Masochism*”
[“*Os Mitos do Masoquismo da Mulher*”]
Professor Visitante, Centro de Pembroke

Universidade de Brown
Província, Rhode Island

“Breggin tem sido um pioneiro corajoso, não só em apontar mas também em meticulosamente documentar as maneiras pelas quais o ‘Imperador’ do tratamento de saúde mental tradicional está nu. Seu incessante levantamento de questões e documentação da publicidade falsa e acobertamentos das empresas de drogas psiquiátricas e das várias formas de abuso de pacientes por uma variedade de terapeutas é inestimável e insubstituível.”

0.2.23 William Glasser, M.D.

Psiquiatra, autor de “*Reality Therapy [Terapia da Realidade]*” e
a vindoura “*Reality Therapy in Action*”
[“*Terapia da Realidade em Ação*”]
Chatsworth, Califórnia

“Atualmente o pensamento médico falso, que há uma droga curadora para quase todas as doenças comuns, faz mais mal dentro do argumento psiquiátrico moderno que a doença mental é facilmente diagnosticada e curada por uma droga livre de efeitos colaterais. Atualmente o pensamento psiquiátricos correto é mais evidente nos livros de Peter Breggin. Neles, ele explica claramente que os pacientes com doenças mentais estão em quase todas as instâncias sofrendo de sua incapacidade de se conectar com as pessoas importantes em suas vidas e precisam de ajuda para fazer essas conexões vitais. Ele sustenta que as consultas seguras e livres de drogas são um caminho mais efetivo para ajudar as pessoas, e eu concordo entusiasticamente com esta premissa.”

0.3 Gratidão e dedicatória às esposas

Para nossas esposas
Ginger e Carole
Que nos inspiram
Com seu amor, brilho e coragem

0.4 Um aviso quanto ao uso de drogas psiquiátricas

Drogas psiquiátricas são muito mais perigosas do que muitos consumidores e até mesmo os médicos percebem. Todas estas drogas produzem numerosas reações adversas sérias e potencialmente fatais, e a maioria são capazes de causar problemas de abstinência que são emocionalmente e fisicamente estressantes. Algumas produzem dependência física poderosa e podem causar problemas de abstinência com risco de vida.

Embora este seja o primeiro livro a descrever em detalhes como e por que parar de tomar drogas psiquiátricas, não se pretende que ele seja um substituto da ajuda profissional. Especialmente quando as drogas psiquiátricas têm sido tomadas em grandes doses por períodos prolongados de tempo, supervisão clínica experiente pode ser útil e mesmo necessário durante o processo de retirada.

Este livro intenciona ajudar qualquer um que esteja pensando em começar ou parar de tomar drogas psiquiátricas. Ele também pode ser útil para pessoas que estão tomando medicamentos

psiquiátricos sem qualquer intenção imediata de parar. Além disso, ele se destina à qualquer um que tem amigos ou entes queridos que estão tomando estas drogas.

Muitos profissionais, que estão envolvidos com a prescrição ou acompanhamento deste tipo de medicação, também podem achar este livro útil. Os capítulos que se seguem contêm informações básicas sobre os perigos e reações de abstinência destas drogas psiquiátricas, perigos os quais muitos médicos podem não ter consciência - incluindo até mesmo os médicos que prescrevem frequentemente drogas psiquiátricas.

0.5 Notas dos tradutores sobre drogas psiquiátricas, abstinência e psiquiatria materialista

Conforme o contexto, traduzimos a palavra “drug” por “droga psiquiátrica”, “droga de drogaria”, “droga farmacêutica”, “droga comercial”, “droga psico-comercial”, ou “droga psíquica”. Traduzir “drug” por “droga” poderia confundir as drogas ilícitas com as drogas lícitas. Contudo, lembramos que, muitas das “drogas ilícitas” foram e são muitas vezes usadas como medicamentos, drogas psiquiátricas, drogas de drogaria também chamadas mais genericamente de drogas farmacêuticas. Pelos mesmos motivos traduzimos “drug company” por “empresa de droga farmacêutica”, ou “empresa farmacêutica”. Constatando que nesta área o comércio e o lucro sobrepujam algumas vezes a própria vida, frequentemente traduzimos “to take drugs” por “consumir drogas psiquiátricas”.

Traduzimos a palavra “withdrawal” como “abstinência”, “retirada” ou “redução”. Traduzimos “disorder” como “desordem” e algumas vezes como transtorno. Buscamos, na edição bilingue, manter o texto original em inglês para permitir ao leitor uma tradução e interpretação mais pessoal dos originais. Lembramos que este é um trabalho conjunto, e também, receptivo à melhorias e correções.

Ousamos traduzir “biological psychiatric” por “psiquiatria materialista”, traduzir “biopsychiatric” por “psico-materialista”, pelos seguintes motivos:

As pseudo-teorias que justificam a prescrição de drogas psiquiátricas para seres humanos se embasam em conceitos doentamente materialistas a respeito das pessoas. Na verdade é a *pessoalidade humana*¹ que unifica todos os fatores associados de individualidade: *o corpo, a mente, a alma e o espírito*². As teorias psiquiátricas materialistas não reconhecem nem fazem um discernimento dos valores do espírito, dos significados da mente e dos fatos do corpo material que são unificados pela *pessoalidade humana*. São os *ciclos de vida de expansão-contração*³, entre a semente e o ventre do todo, que movimentam as energias interiores e exteriores. A *vida anima as energias - material, mental e espiritual*⁴ - dos seres vivos. Por isso, as teorias psiquiátricas materialistas não merecem nem ao menos serem chamadas de biológicas ou vitais, pois prejudicam a vitalidade criativa natural dos seres humanos e não reconhecem a *essência espiritual da vida*⁵.

¹“Livro de Urantia”, Documento Preliminar: “Introdução”, Item 0.5: “Realidades da Pessoaalidade”, Parágrafo 11.

²“Livro de Urantia”, Documento Preliminar: “Introdução”, Item 0.5: “Realidades da Pessoaalidade”, Parágrafo 7.

³Livro: “Diálogos ‘fique são’ (ficção) baseados no Livro de Urantia - Livro Dois”, Capítulo 5: “Educação Integral (Religião e Ciência)”, Item 5.1.4: “Os ciclos de vida são movimentos animados e pulsantes de expansão-contração”.

⁴“Livro de Urantia”, Documento 36: “Os Portadores da Vida”, Item 36.6: “As Forças Vivas”, Parágrafo 6.

⁵“Livro de Urantia”, Documento 42: “A Energia - a Mente e a Matéria”, Item 42.1: “Energias e Forças do Paraíso”, Parágrafo 1.

0.6 Introdução à nova edição: confirmações científicas da primeira edição

0.6.1 Introdução de Peter Breggin

Em 1999, quando foi originalmente publicado o livro “*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*”, ele foi o primeiro deste tipo - o único à examinar os efeitos adversos de todas as classes de drogas psiquiátricas e como parar de tomá-las com segurança. Nesta segunda edição, o nosso livro continua a ser único em sua ênfase, mas em muitos aspectos, tornou-se menos controverso. Nos últimos oito anos, a pesquisa científica e a “*Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos]*” tem confirmado muitas das preocupações manifestadas na primeira edição, incluindo a nossa ênfase em como os antidepressivos e estimulantes causam efeitos mentais danosos e comportamento perigosamente anormal, tais como psicose, violência e suicídio.

Ambos de nós temos sido muito ativos na pesquisa científica nos anos entre a primeira e esta segunda edição do livro “*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*”. Eu publiquei mais de uma dúzia de artigos científicos e livros que continuam a desenvolver e demonstrar muitas das observações e conceitos descritos na primeira edição deste livro⁶. Nos últimos anos, o meu testemunho foi aceito em muitos casos adicionais criminais, de má conduta e de responsabilidade iatrogênica de produtos envolvendo os efeitos adversos desses medicamentos.

0.6.1.1 A FDA finalmente reconhece o suicídio induzido por antidepressivo

A FDA finalmente tem confirmado as observações da primeira edição deste livro, de que os antidepressivos produzem graus perigosos de estimulação com comportamentos agressivos e que eles também produzem suicídio em crianças e adultos.

Nas audiências públicas de 2004, a FDA apresentou re-avaliações dos testes clínicos com antidepressivos para crianças e jovens menores de dezoito anos, documentando que o risco de suicídio foi o dobro em crianças que tomam antidepressivos, em comparação com indivíduos semelhantes tomando pílulas de açúcar. A agência também informou que apenas um quinto dos testes clínicos controlados demonstraram alguma utilidade para os antidepressivos em crianças e jovens com idade inferior a dezoito anos⁷. Os antidepressivos não só foram ineficazes em crianças e adolescentes, como também se comprovou que eles provocam suicídio.

A FDA aplicou as suas conclusões a todos os antidepressivos mais recentes, incluindo a bupropiona (Wellbutrin), citalopram (Celexa), fluoxetina (Prozac, Sarafem), fluvoxamina (Luvox), mirtazapina (Remeron), nefazodona (Serzone), a paroxetina (Paxil), sertralina (Zoloft), o escitalopram (Lexapro) e venlafaxina (Effexor). Um antidepressivo mais recente, a duloxetina (Cymbalta), apresenta riscos semelhantes.

Ao resumir as audiências, o presidente do painel Wayne K. Goodman, M.D., confirmou o surgimento de um “padrão” de “toxicidade comportamental” e, especificamente, se referiu a “ativação” ou estimulação excessiva como um problema fundamental. Ele sugeriu que os sintomas ou sinais de sobre-estimulação “podem representar um precursor para o sintoma que mais tememos, o de intenção de suicídio”. Dr. Goodman lembrou a audiência que apenas 20 por cento dos testes clínicos mostrou qualquer eficácia e advertiu: “Assim, além dos efeitos adversos que foram motivos de preocupação,

⁶Para citar algumas publicações do Doutor Breggin desde a primeira edição deste livro, veja Breggin (1998 [57], 1999a-c [61], 2000 [64], 2001a&b [65], 2002a&b [67], 2003 [69], 2006a-e [70]). Os artigos podem ser obtidos a partir do site www.breggin.com.

⁷A FDA falhou em mencionar que os três estudos positivos foram patrocinados por fabricantes de drogas psiquiátricas e conduzidos por indivíduos ligados à empresas de drogas farmacêuticas.

nós questionamos a respeito do benefício global destes antidepressivos, elevando então naturalmente perguntas sobre relação benefício/risco” (FDA, 2004b [158]).

Em 22 de março de 2004, a FDA emitiu um comunicado de imprensa, juntamente com um Aviso de Saúde público sobre os “Cuidados que se deve ter ao Usar Antidepressivos em Adultos e Crianças”. O comunicado da FDA à imprensa declarou que é “conhecido” a associação dos antidepressivos com a “ansiedade, agitação, ataques de pânico, insônia, irritabilidade, impulsividade hostilidade akatisia (inquietação severa), hipomania e mania” (FDA, 2004a [157]). Sem usar os termos estimulação ou a ativação, a FDA, pela primeira vez confirmou que os antidepressivos causam um padrão perigoso destes efeitos ao longo de um continuum de ansiedade e agitação por meio da mania.

A FDA publicou uma nova regra para os rótulos e bulas exigidos de todos os antidepressivos em 26 de janeiro de 2005, incluindo caixas com uma targa preta intitulada “Suicídio em Crianças e Adolescentes”. O aviso começa “os antidepressivos aumentam o risco de pensamento e comportamento suicida (ideação suicida) em estudos de curto prazo em crianças e adolescentes com Desordem Depressiva Maior (DDM) e outras desordens psiquiátricas” (FDA, 2005a [159]).

A FDA também adicionou ao rótulo uma seção intitulada “AVISOS - Piora clínica e risco de suicídio” para crianças e adultos. Ao fazer isso, a agência federal confirmou a minha preocupação de longa data que os antidepressivos pioram a condição de muitos pacientes. Rótulos dos antidepressivos devem agora avisar que nos adultos “devem ser observados o agravamento da situação clínica e a tendência ao suicídio, especialmente durante os primeiros meses do curso de terapia com drogas ou em tempos de mudanças de dose, seja o aumento ou a diminuição desta dose”.

0.6.1.2 Confirmando a sobre-estimulação

A mídia e a profissão psiquiátrica têm-se focalizado quase que exclusivamente nos novos avisos sobre suicídio nas bulas dos antidepressivos, enquanto os avisos de maior alcance da FDA, sobre o excesso de estimulação, têm sido largamente ignorados. Todas as bulas de antidepressivos devem agora avisar em detalhes sobre o excesso de estimulação ou ativação. Esta nova adição crucial à todos os rótulos de antidepressivos, se aplica à crianças e adultos e é encontrada na seção intitulada “ADVERTÊNCIAS - Piora Clínica e Risco de Suicídio”. De uma forma um pouco embelezada, a nota de imprensa inicial da FDA, apresenta uma bula de drogas psiquiátricas que associa os antidepressivos com a produção de “ansiedade agitada, ataques de pânico, insônia, irritabilidade, hostilidade; agressividade, akathisia impulsiva (agitação psicomotora), hipomania e mania”.

Outra seção da nova bula orienta os médicos sobre quais informações devem ser dadas aos pacientes e suas famílias. A nova bula alerta sobre a “piora clínica e suicídio” e repete a descrição da super-estimulação, acrescentando “e outras mudanças incomuns no comportamento, piora da depressão e idéias de suicídio”.

A FDA também publicou um livreto especial para ser incluído nas bulas e para ser dada aos pais de crianças que tomam antidepressivos (FDA, 2005b [160]). Em um item intitulado “O Que Devemos Esperar em Crianças ou Adolescentes que Tomam Antidepressivos”, o livreto lista doze itens psiquiátricos com ênfase e asteriscos. Quase todos estes itens confirmam a super-estimulação causada por antidepressivos e vários mencionam especificamente as manifestações de violência e suicídio. Aqui estes alertas estão em sua totalidade:

- Pensamentos de suicídio ou de morte
- Tentativas de cometer suicídio

- Depressão nova ou pior
- Ansiedade nova ou pior
- Sentimento muito agitado ou inquieto
- Ataques de pânico
- Dificuldade para dormir (insônia)
- Irritabilidade nova ou pior
- Comportamento agressivo, irritação, ou violência
- Ações impulsivas perigosas
- Um aumento extremado de atividade e conversação
- Outras mudanças incomuns no comportamento

Imediatamente após a lista, o livreto, adicionalmente, adverte sobre a retirada:

Nunca deixe a sua criança parar de tomar antidepressivos sem primeiro falar com o médico dele ou dela. Parar de tomar antidepressivos de repente pode causar outros sintomas.

0.6.1.3 Suicídios em adultos induzido por antidepressivo

Depois de comprovar que os antidepressivos causam suicídio em indivíduos com idade inferior a dezoito anos, em 2005-2006, a FDA exigiu que as empresas de drogas farmacêuticas reavaliassem os dados sobre suicídio de adultos. Como resultado, em maio de 2006, GlaxoSmithKline enviou uma correspondência em massa endereçada: “Caro Profissional de Cuidados de Saúde” [178], alertando que Paxil aumenta o risco de comportamento suicida em adultos de todas as idades que sofrem de Desordem Depressiva Maior, bem como para jovens adultos que sofrem de desordens depressivas menores e desordens de ansiedade (GlaxoSmithKline, 2006 [178]).

Em 13 de dezembro de 2006 o comitê consultivo da FDA⁸ se reuniu para discutir os resultados globais da re-avaliação dos dados sobre suicídio de adultos. A FDA concluiu que os antidepressivos causaram um aumento das taxas de suicídio em pessoas com idade entre 18 e 24 anos, que estavam tomando antidepressivos, em comparação com aqueles que estavam tomando placebo.

A FDA aparentemente gostaria de acreditar que com a idade de 25 anos as pessoas mudam biologicamente ou psicologicamente de alguma forma tal que o aviso sobre suicídios induzidos por antidepressivos, não se aplicam à eles; mas o bom senso e a experiência clínica nos dizem que o

⁸Oficialmente chamado de “*Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC)*” (“Comitê Consultivo de Drogas Psicofarmacológicas”).

risco aumentou para todas as idades. Pacientes mais jovens podem ser mais propensas a ter essas horrendas reações adversas à drogas psiquiátricas, mas elas ocorrem também em pessoas mais idosas. Ensaio clínico não foram feitos para detectar tendências suicidas e devido a sua insensibilidade em relação ao problema, eles só identificaram a maior vulnerabilidade encontrada em pacientes mais jovens.

0.6.1.4 A FDA resiste aos fatos

Todas essas “novas” observações e conclusões da FDA já estavam disponíveis na primeira edição deste livro: *“A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”*. A comunidade psiquiátrica e a FDA têm sido lentas para captar as observações que venho fazendo há décadas e que foram resumidas na primeira edição deste livro. Em 1991, no livro: *“Toxic Psychiatry”* (*“Psiquiatria Tóxica”*) [49], eu descrevi pela primeira vez como Prozac pode causar “comportamento assassino e suicida” por meio de super-estimulação:

Prozac frequentemente afeta os indivíduos como se eles estivessem tomando estimulantes, tais como anfetaminas, cocaína, ou PCP . . . Tal como as anfetaminas ou cocaína, Prozac pode produzir todo um conjunto de efeitos estimulantes, tais como insônia, aumento da energia, nervosismo, ansiedade, euforia artificial e mania. Alguns pacientes que estão tomando Prozac, realmente parecem “hiper” ou “tensos”, e até mesmo agressivos, mesmo sem perceber isto . . . De fato, a revisão interna da FDA dos efeitos colaterais do Prozac, feita pelo psiquiatra Richard Kapit, menciona duas vezes estes efeitos “estimulantes”, mas estas observações importantes não foram incluídas nos requisitos finais da bula desta droga psiquiátrica⁹.

Em muitos livros depois de 1991, eu continuei a avisar sobre a superestimulação, violência e suicídio induzidos por antidepressivos. Estes alertas estão baseados em estudos clínicos adicionais e em pesquisas apresentadas nos livros *“Talking Back to Prozac”* (1994) [75], *“Brain-Disabling Treatment in Psychiatry”* (1997) [55], e finalmente, *“The Antidepressant Fact Book”* (2002) [66]. Eu também publiquei artigos científicos culminando em 2003 com a revisão científica mais detalhada sobre todo o assunto, intitulada *“Suicidality, Violence and Mania caused by Selective Serotonin Reuptake Inhibitors”* (IsRSS [SSRIs]) [69].

Enquanto isso, em 1997, o psiquiatra David Healy [198] uniu-se a nós com uma crítica dos antidepressivos, *“The Antidepressant Era”* (*“A Era dos Antidepressivos”*), descrevendo ainda mais o risco de suicídio; e em 2000 o psiquiatra Joe Glenmullen [179] escreveu *“Prozac Backlash [Reação ao Prozac]”* [179], documentando extensivamente o papel da akatisia, (agitação psicomotora) induzida por antidepressivos, na promoção de violência e suicídio.

A nova linguagem exigida pela FDA, nas bulas dos antidepressivos, segue de perto a pressão das minhas observações em meu artigo de 2003, que foi distribuído para o comitê da FDA antes que ele tira-se as suas conclusões. Nesse artigo, eu descrevi e documentei como os antidepressivos causam akatisia e a síndrome de estimulação que começam com “insônia, nervosismo, ansiedade, hiperatividade e irritabilidade e, em seguida, avança em direção à agitação mais severa, agressividade e diferentes graus de mania”. Observe a semelhança entre o conceito e a linguagem na nova bula aprovada pela FDA quando ele descreve a indução por antidepressivos de “ansiedade, agitação, ataques de pânico, insônia, irritabilidade, hostilidade, agressividade, impulsividade, akatisia (agitação psicomotora), hipomania e mania”.

Foi naturalmente gratificante testemunhar este resultado depois de anos e anos de trabalho, muitas vezes face a face com a exclusão profissional, hostilidade judicial e descrença da mídia; mas para incontáveis milhões de pacientes e suas famílias, os avisos vieram muito tarde.

⁹Pp. 165 ff.

Como vamos dar conta de um lapso tão longo da FDA, em reconhecer que os antidepressivos induzem super-estimulação, bem como agressão hostil e tendências suicidas? Muito obviamente, as empresas de drogas farmacêuticas e a FDA querem se proteger de serem criticadas por negar os problemas que alguns de nós têm alertado desde o início de 1990. Mais insidiosamente, como eu tenho documentado recentemente sobre Paxil e GlaxoSmithKline, no meu site e em “*Ethical Human Psychology and Psychiatry*” [“*Psiquiatria e Psicologia Humana Ética*”], as empresas farmacêuticas fazem esforços extremos para ocultar dados incriminadores sobre suas drogas psiquiátricas, da FDA, das profissões de saúde e do público¹⁰.

0.6.1.5 Reconhecimento da crise de abstinência dos antidepressivos

Como destacamos na primeira edição deste livro, todos os antidepressivos podem causar reações de abstinência emocionalmente e fisicamente estressantes e perigosas. Muitos pacientes sentem que não podem parar de tomá-los, devido à uma grande variedade de sintomas, desde dores de cabeça severas do “tipo-choque” até depressões esmagadoras¹¹.

Paxil produz algumas das piores reações de abstinência, mas GlaxoSmithKline, o fabricante do antidepressivo, tem lutado contra o reconhecimento da gravidade desses problemas. Há alguns anos, eu era um consultor em um processo na Califórnia para forçar o fabricante do Paxil a aumentar suas advertências referentes as reações de abstinência desta droga psiquiátrica. O advogado Don Farber de San Rafael relatou-me que a empresa “resolveu o caso” de forma satisfatória, o que é um eufemismo da indústria farmacêutica sobre um acordo legal sem que esta admita culpa ... Simultaneamente, sob pressão da FDA, a empresa atualizou a advertência na bula do antidepressivo sob o título em negrito, a “descontinuação do tratamento com Paxil”. A bula agora resume os relatórios que recebeu sobre as reações de abstinência¹²:

Disforia [dolorosa] de humor, agitação por irritação, tonturas, distúrbios sensoriais (por exemplo, parestesias tais como sensações de choque elétrico), confusão ansiosa, dor de cabeça, letargia, labilidade emocional, insônia e hipomania. Embora esses eventos sejam geralmente auto-limitantes, têm havido relatórios de sintomas de descontinuação sérios.

As bulas dos novos antidepressivos notificam que os sintomas de abstinência podem tornar-se “intoleráveis”. Consistente com nossas sugestões no início da primeira edição deste livro, GlaxoSmithKline agora recomenda a retirada lenta com a retomada da dose anterior, se o sofrimento se torna insuportável.

0.6.1.6 Os antidepressivos têm algum efeito positivo?

Em “*Toxic Psychiatry*”, em 1991 [49], e novamente em mais detalhes no livro “*Talking Back to Prozac*”, em 1994 [75], eu documentei que os antidepressivos são tão ineficazes que até mesmo os estudos rigorosos de empresas de drogas farmacêuticas têm dificuldade em demonstrar qualquer efeito positivo. Salientei que as drogas psiquiátricas são pouco melhores do que pílulas de açúcar e que o desempenho um pouco melhor dos antidepressivos no curto prazo em testes clínicos é devido a muitos fatores externos incluindo influência do pesquisador e a manipulação de dados. Pesquisas recentes confirmaram essas observações.

¹⁰O meu relatório, contra o produto da GlaxoSmithKline, pode ser encontrado em www.breggin.com. Publiquei partes dele com explicações introdutórias na “*Ethical Human Psychology and Psychiatry [Psiquiatria e Psicologia Humana Ética]*”, o jornal patrocinado pelo “*International Center for the Study of Psychiatry and Psychology*” (“*Centro Internacional para o Estudo de Psiquiatria e Psicologia*”) (Breggin, 2006b-d [71]).

¹¹Ver Moncrieff (2006 [283]) para observações semelhantes.

¹²Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference] (2006, p. 1504, primeira coluna). Está escrito em meio a uma montanha de outros dados.

Em 2002 uma equipe liderada pelo psicólogo Irving Kirsch [231], da Universidade de Connecticut, publicou uma análise dos dados de eficácia, submetidos à FDA entre 1987-1999, para o Prozac, Paxil, Zoloft, Effexor, Serzone e Celexa (Kirsch et al, 2002 [231]; Veja também Kirsch e Sapirstein, 1998 [230]). Para aprovar uma droga, a FDA exige apenas dois estudos positivos, mas as empresas de drogas farmacêuticas, invariavelmente, têm de realizar vários testes clínicos antes que eles possam obter um par de testes clínicos positivos. Kirsch e seus colegas examinaram todos os estudos realizados pelas empresas, não apenas aqueles usados para obter a aprovação pela FDA. Depois de analisar todo o grupo de testes clínicos com antidepressivos realizados pelas empresas farmacêuticas, Kirsch e seus colegas concluíram que houve pouca ou nenhuma evidência de que a droga psiquiátrica funcionou. Sua pesquisa demonstrou que os efeitos benéficos ou positivo em comparação com placebo foram “insignificantes”.

Em 2006 Joanna Moncrieff [283] e Kirsch publicaram outra revisão e análise de eficácia de antidepressivos no “*BMJ*” (“*British Medical Journal*”, “*Jornal Médico Britânico*”), focadas nos IsRSS [SSRIs] como Prozac, Zoloft, Paxil. Eles concluíram que esses medicamentos “não têm uma vantagem clinicamente significativa em relação ao placebo”.

0.6.1.7 Novas descobertas da FDA sobre drogas estimulantes para tratamento da DHDA em crianças

A primeira edição de “*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*” também enfatizou os perigos associados com as drogas estimulantes usadas para tratar a Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção (DHDA (TDAH)). Como Brian Kean (2005 e 2006 [222]) tem amplamente documentado, uma campanha de marketing em todo o mundo continua a aumentar o número de crianças cujos direitos humanos básicos estão sendo pisoteados por diagnósticos não científicos e tratamentos tóxicos. Enquanto isso, a FDA admitiu que estes medicamentos são muito mais perigosos do que anteriormente admitido. As inocentes bulas aprovadas pela FDA para drogas estimulantes como Adderall, Dexedrine, Ritalina e Concerta têm iludido os médicos e o público no sentido de subestimar seus perigos. Poucos profissionais ou consumidores percebem o quão viciante estas drogas podem ser e menos ainda percebem que elas frequentemente causam sérios efeitos colaterais psiquiátricos, tais como psicose, mania, agressividade e suicídio.

Em 2005, a FDA finalmente reconheceu que estava recebendo inúmeros relatos de efeitos psiquiátricos prejudiciais induzidos por estimulantes, tais como psicose, alucinações visuais, ideação suicida, agressão e violência (FDA, 2005d [162], 2006 [163]). Então, no início de 2006, a “Divisão de Avaliação de Risco das Drogas” da FDA emitiu um relatório alarmante que declarou¹³:

O achado mais importante desta revisão é que os sinais e sintomas de psicose ou mania, principalmente alucinações, podem ocorrer em alguns pacientes sem fatores de risco identificáveis, em doses habituais de qualquer uma das drogas psiquiátricas atualmente usadas para o tratamento da DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção). As bulas atuais das drogas, para o tratamento da DHDA, não abordam claramente o risco de sinais ou sintomas de psicose ou mania (tais como alucinações), induzidos pelas drogas ... Uma proporção substancial dos casos relatados de psicose foram reportados tendo ocorrido em crianças com idade de 10 anos ou menos, uma população na qual as alucinações não são comuns.

Seus dados foram derivados de todas as drogas envolvidas no tratamento da DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção), incluindo Strattera, anfetamina (Adderall e Dexedrine) e metilfenidato (Focalin, Concerta, Metadate, Metilin, Ritalina, e manchas de pele devido ao metilfenidato). Os dados também incluem Provigil, uma droga usada às vezes como um estimulante. Uma lista completa pode ser encontrada no apêndice.

¹³Gelperin e Phelan (2006) [170]. Citações nesta seção são das páginas 3-4 do memorando interno da FDA.

O relatório da FDA também identificou agressão induzida por estimulante, incluindo muitos casos que foram “considerados de risco de vida ou que foi necessário hospitalização”. Ele observou que a FDA já tinha colocado um aviso de risco de suicídio na bula do Strattera (FDA, 2005c [161]) e ele alertou, com menos convicção, que os outros estimulantes também demonstraram sinais de induzirem suicídio.

Com estas observações e advertências sobre drogas estimulantes, a FDA começou a prestar mais atenção aos avisos que eu tinha emitido, pela primeira vez em 1998, como o apresentador científico sobre os efeitos adversos de drogas psiquiátricas em crianças na “*Consensus Development Conference*” on the “*Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*” (“*Conferência de Desenvolvimento Consensual*” sobre o “*Diagnóstico e Tratamento da Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção*”), uma reunião amplamente divulgada e patrocinada pelo National Institutes of Health (NIH - Institutos Nacionais de Saúde)¹⁴. No meu relatório publicado e em minhas apresentações para a conferência, especificamente alertei sobre o número inesperadamente elevado de casos de agressão, psicose e tendências suicidas induzidas por estimulantes. Usando uma versão anterior dos mesmos dados, que a FDA recentemente tinha publicado - relatórios enviados a ela de várias fontes - em 1998 eu já tinha encontrado centenas de reações adversas às drogas psiquiátricas, como hostilidade, agitação, depressão, depressão psicótica, psicose, alucinações, labilidade emocional e pensamento anormal. Eu também relatei descobertas de muitos casos listados como overdose (sobre-dosagem), overdose intencional e tentativa de suicídio. Eu ampliei esta advertência em “*Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action*” (1999)¹⁵, e em “*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*” (2001)¹⁶.

Por que eu fui capaz de perceber esses sinais em 1998, enquanto as empresas de drogas psiquiátricas nunca os encontraram e a FDA só tomou conhecimento em 2005? Eu estava procurando por possíveis problemas com estas drogas, enquanto os fabricantes delas e a FDA estavam evitando olhar para estes problemas.

Em última análise, a FDA falhou em suas promessas iniciais de atualizar seriamente suas advertências sobre os recém-descobertos efeitos psiquiátricos adversos de estimulantes. Em setembro de 2006, a agência realizou audiências sobre o assunto e decidiu não “assustar” os pais, colocando uma tarja preta nas bulas sobre os efeitos colaterais de natureza cardiovascular ou psiquiátrica. Em fevereiro de 2007, a FDA emitiu um novo comunicado à imprensa anunciando sua intenção de avisar sobre o risco de eventos adversos cardiovasculares, incluindo morte súbita em pacientes com problemas cardíacos sérios subjacentes ou defeitos e ataque cardíaco em adultos com fatores de risco não especificados. Ela então passou a minimizar os achados de acontecimentos adversos psiquiátricos, citando “um risco ligeiro de leve aumento (cerca de 1 por 1000) para os eventos adversos relacionados com drogas psiquiátricas, tais como ouvir vozes, suspeitar por nenhuma razão, ou tornar-se maníaco, mesmo em pacientes que não tiveram problemas psiquiátricos anteriores”. A taxa citada de 1 evento por 1000 é inescrupulosamente pequena. Uma revisão retrospectiva dos registros clínicos, por exemplo, revelou que quase 10 por cento das crianças, ou 100 por 1000, desenvolveram sinais de psicose, incluindo casos de “paranóia”, “alucinações visuais” e “alucinações auditivas; agressividade e comportamento agitado” (Cherland e Fitzpatrick, 1999 [87]).

¹⁴Além de enfatizar esses dados em uma troca verbal com outro especialista, que negava o risco psicose induzida por estimulante, apresentei meus impactantes dados do sistema da FDA de notificação espontânea no meu relatório publicado para a “*Consensus Development Conference (Conferência de Desenvolvimento de Consenso)*” (Breggin, 1999b [62]).

¹⁵“*Psicoestimulantes no tratamento de crianças diagnosticadas com DHDA (TDAH): Riscos e mecanismo de ação*”

¹⁶Os dados são descritos e entabulados com maior detalhes no livro “*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*”, Revisado (2001 [65], pp. 43-44).

0.6.1.8 Um novo conceito: dopagem provocada por drogas psiquiátricas

Por que tantas pessoas tomam tais drogas prejudiciais? Por que elas insistem em tomá-las muito depois de as drogas começarem a fazer mais mal do que bem?

O uso persistente de drogas nocivas não se limita às drogas psiquiátricas. As pessoas frequentemente abusam de drogas sem prescrição médica, tais como álcool e maconha, apesar de seus óbvios efeitos nocivos para a mente e emoções. Em casos extremos, alcoólatras arruinam suas vidas e as vidas de suas famílias, na medida que eles próprios bebem até a morte. Álcool, é claro, causa dependência (o novo nome para o vício). Mas, mesmo na ausência de vício, muitas vezes as pessoas tomam drogas em seu óbvio detrimento pessoal, e muitas vezes em detrimento de outros também.

Ao longo dos anos tenho avaliado dezenas de casos clínicos e legais em que os indivíduos têm sofrido severos e algumas vezes duráveis prejuízos mentais ao tomar drogas psiquiátricas. Em muitos desses casos, os indivíduos cometeram atos terríveis que estavam totalmente fora do caráter deles. Recentemente, quando re-avaliei a minha vasta experiência com esses casos, percebi que todas as drogas psicoativas produzem um efeito que pode ser chamado de dopagem medicamentosa ou, mais tecnicamente, anosognosia por intoxicação (Breggin, 2006e [74]). Anosognosia significa a incapacidade de reconhecer a doença em si mesmo. Drogas psiquiátricas que prejudicam a função mental, ao mesmo tempo prejudicam a capacidade do indivíduo de reconhecer aquela disfunção.

Todas as drogas psicoativas - isto é, todas as drogas que afetam o cérebro e a mente - tendem a esconder ou mascarar seus efeitos mentais prejudiciais dos indivíduos que as utilizam. Muitas vezes, essas drogas fazem os indivíduos dopados sentirem que estão mentalmente melhor quando eles estão na realidade mentalmente - deficiente. Na dopagem extrema provocada pelas drogas psiquiátricas, elas induzem as pessoas na direção de pensamentos e ações, tais como violência e suicídio, que normalmente elas achariam terríveis.

Todas as classes de drogas psiquiátricas - antidepressivos, estimulantes, tranquilizantes, estabilizadores de humor e antipsicóticos - provocam deficiências mentais que muitas vezes passam despercebidas pela vítima, até mesmo quando elas são severas. (As drogas nestas categorias estão listadas no Apêndice). Isto desorienta os pacientes medicados fazendo-os acreditar que eles estão agindo melhor, mesmo quando eles estão piorando. Como resultado, muitas vezes as pessoas sentem que não podem viver sem drogas psiquiátricas, quando uma história cuidadosa revela que suas vidas se deterioraram durante o tempo que elas foram expostas à elas.

Antidepressivos, estimulantes e tranquilizantes (especialmente Xanax) frequentemente causam sobre-estimulação irreconhecida que podem levar a atos de agressão ou suicídio. Estabilizadores de humor como o lítio e drogas antipsicóticas como Zyprexa, Risperdal, Seroquel, Geodon muitas vezes levam a uma tal supressão das emoções que o paciente e o médico tendem a ignorar isto ou a diagnosticar erroneamente este efeito colateral como sendo uma depressão clínica. O conceito de dopagem medicamentosa ajuda a explicar como reações adversas passam despercebidas ou não apreciadas, e por que tantas pessoas se sentem compelidas a tomar tantas drogas que lhes causam prejuízos mentais. O conceito de dopagem medicamentosa esclarece a compulsão destrutiva de persistir em tomar drogas nocivas. O assunto da dopagem medicamentosa será ampliado e documentado com dezenas de casos no meu próximo livro, *“Medication Madness: True Stories of Mayhem, Murder and Suicide Caused Psychiatric Drugs [Loucura Medicamentosa: Estórias Verdadeiras de Mutilação, Assassinato e Suicídio Causados por Drogas Psiquiátricas]”*.

Em conclusão, muita coisa aconteceu nos últimos oito anos, que confirmam as nossas preocupações e avisos expressos na primeira edição deste livro. O leitor pode estar certo de que as observações feitas neste livro são baseadas em dados científicos, mesmo que algumas destas observações permaneçam à frente do seu tempo.

Peter R. Breggin, M.D.

0.6.2 Introdução por David Cohen

A primeira edição de “*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*” apareceu no auge de um período de “euforia biopsiquiátrica” - o orgulho excessivo e arrogância ligada à visão de que as pessoas que sofrem emocionalmente ou portam-se mal têm cérebros e genes com defeito e devem tomar drogas psiquiátricas.

Pareceu-me então que este ponto de vista se assemelhava a um culto. Foi impermeável à razão ou evidência, hostil à contra-argumentos, e trancou seus adeptos num abraço químico estranho. Na época, argumentar que o uso prolongado de drogas psicotrópicas não tinha justificativa científica e era potencialmente muito perigoso, e sugerir como parar de tomar drogas psiquiátricas, iria tão diretamente contra o pensamento convencional e prático que poderia parecer imprudente.

Contudo, nos oito anos entre as duas edições deste livro, os argumentos básicos estabelecidos na primeira edição se mostraram ser prescientes, bem fundamentados, e úteis para pacientes e médicos. Isto pode ter ocorrido em parte por causa do seguinte:

- a Internet mudou os métodos usuais de criação e disseminação de informações sobre drogas psiquiátricas, em parte por permitir a expressão direta e sem censura das vozes dos pacientes sobre questões que interessam à eles, mais do que à especialistas vinculados à indústria destas drogas;
- inúmeras reportagens da mídia discutiram como as empresas de drogas psiquiátricas - com a cumplicidade de seus pesquisadores “acadêmicos” pagos, editores de revistas médicas, e até mesmo a própria FDA - ativamente suprimiram resultados desfavoráveis sobre medicamentos;
- A FDA requereu que os fabricantes de antidepressivos incluíssem alertas, nas bulas oficiais das drogas psiquiátricas, sobre o aparecimento de pensamentos suicidas em crianças e adolescentes;
- Até mesmo a “*Newsweek*” publicou uma reportagem em 03 de agosto de 2005, sobre as dificuldades de se parar de tomar antidepressivos, e mais pessoas perceberam que todas as drogas psicotrópicas podem estar associadas a efeitos de abstinência que podem produzir obstáculos suficientes para obscurecer todos os benefícios percebidos anteriormente;
- Resultados de vários estudos extensos, de longo prazo, sobre o tratamento com drogas psiquiátricas, conduzidos sem financiamento da indústria destas drogas, negou as alegações, muitas vezes repetidas, sobre a eficácia delas;
- A percepção de que os médicos prescrevem os medicamentos psiquiátricos mais perigosos à centenas de milhares de crianças, algumas com apenas dois à três anos de idade, sem testes de evidências, levaram mais pessoas à se perguntarem se a abordagem biopsiquiátrica tem algum mecanismo para evitar falhas.

Deixe-me discutir brevemente algumas dessas mudanças, e o que elas poderiam significar para você como um consumidor, atual ou potencial, de drogas psiquiátricas, ou como alguém que está considerando a possibilidade de parar de tomar estas drogas.

0.6.2.1 Informação sobre drogas psiquiátricas na Internet

Quando nós elaboramos “*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*” em 1998, a Internet ajudou-nos principalmente na busca das fontes bibliográficas e no exame de algumas centenas de postagens de indivíduos, discutindo as reações de abstinência online. Contudo, quando eu digitei “retirada de antidepressivos”, em um mecanismo popular de busca da Web, enquanto escrevia esta introdução no início de 2007, o resultado, surpreendente, foi de 1,2 milhões de “links”. As poucas listagens que eu consultei ofereciam conselhos gerais dos profissionais e leigos sobre a descontinuação das drogas, as estratégias de parar, os usuários, a retirada diária, os resumos de relatos de casos publicados, maneiras de cortar os comprimidos ou dividir as cápsulas, propagandas sobre antidepressivos naturais ou “ervas desintoxicadoras”, resumos jurídicos, discussões on-line entre os consumidores, bem como material variado, incluindo algumas análises extremamente sofisticadas de leigos sobre os efeitos destas drogas. É claro que, assim como informações sobre as drogas psiquiátricas oriundas de especialistas, as informações procedentes da Internet devem ser avaliadas criticamente, e nós oferecemos no Capítulo 7 algumas diretrizes para avaliar a qualidade dos sítios na Rede que oferecem conselhos para se parar de tomar estas drogas.

Para mim, contudo, este conteúdo ilustra como a criação de conhecimento sobre as drogas psiquiátricas mudou e continuará a mudar para muito além dos limites tradicionais estabelecidos pelos especialistas credenciados. Reações de abstinência e dependência de antidepressivos não surgiram a partir de observações feitas por especialistas. Em vez disso, os especialistas já não podem ignorar esses problemas quando eles foram descritos sem intermediários por dezenas de milhares de pacientes.

0.6.2.2 A indústria farmacêutica exposta e re-exposta

Atualmente, se tornou um assunto dominante de estudo a forma ampla que a indústria farmacêutica molda a pesquisa e prática da medicina e psiquiatria, e como isso impede a regulamentação das drogas psiquiátricas a favor da indústria.

Na sua busca incessante de lucros, a indústria de drogas farmacêuticas utiliza todos os meios ao seu dispor para moldar o modo como as pessoas pensam sobre doença, saúde e tratamento. Isto significa, notadamente, que ela cuidadosamente orquestra a produção de infomerciais¹⁷ que são passados para os decisores políticos, médicos e consumidores, como estudos científicos, em detrimento da saúde dos pacientes e da integridade da pesquisa científica.

Somente em 2004 e 2005, os seguintes títulos, dentre outros, documentam essa realidade deprimidamente em detalhe; “*The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*” (“*A Verdade sobre as Companhias de Drogas Farmacêuticas: Como Elas Nos Enganam e O Que Fazer Sobre Isso*”), por Marcia Angell [11], ex-editora-chefe do “*New England Journal of Medicine [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra]*” e professora da “*Escola Médica de Harvard*”; “*On the Take: How Medicine’s Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*” (“*Em Pauta: Como a Cumplicidade da Medicina com as Grandes Empresas Pode Colocar em Risco sua Saúde*”), por Jerome Kassirer [221], também um ex-editor-in-chefe do “*New England Journal of Medicine [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra]*” e professor da “*Escola de Medicina da Universidade Tufts*”; “*Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*” (“*Que Eles Comam Prozac: A Relação Doentia Entre a Indústria Farmacêutica e a Depressão*”), por David Healy [199] psicofarmacologista e historiador da psiquiatria; “*Selling Sickness: How the World’s Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients*” (“*Vendendo Doença: Como as Maiores Companhias Farmacêuticas do Mundo estão Transformando Todos Nós em Pacientes*”), pelos jornalistas-médicos Ray Moynihan & Alan Cassels; “*Medicines Out of Control? Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill*” (“*Medicamentos fora de Controle?*”).

¹⁷N.T.: Infomerciais são informações comerciais.

Antidepressivos e a Conspiração da Boa Vontade”), por Charles Medawar, fundador da organização “*Social Audit (Auditoria Social)*” do Reino Unido, e professora Anita Hardon; “*Overdo\$ed America: The Broken Promise of American Medicine*” (“*América sofrendo Overdo\$: A Promessa Quebrada de Medicina Americana*”), por John Abramson [1], instrutor clínico da “*Escola de Medicina de Harvard*”; “*The \$800 Million-Dollar Pill: The Truth About the Cost of New Drugs*” (“*A Pílula de \$800 Milhões de Dólares: A Verdade sobre o Custo das Novas Drogas Farmacêuticas*”), por Merrill Gozner [183], jornalista; e Geração “*Generation Rx: How Prescription Drugs are Altering American Lives, Minds, and Bodies*” (“*Geração Rx: Como as Drogas Médicas Prescritas estão Alterando as Vidas, Mentos e Corpos dos Americanos*”), por Greg Critser [124] autor, e jornalista.

Se eu tivesse que escolher uma mensagem crucial extraída da soma destas obras incitadoras, ela seria o seguinte: As escolhas pessoais e individuais que ambos, você e seu médico, fazem com relação ao seu tratamento para aflições emocionais são, muitas vezes, simplesmente o resultado final das campanhas de marketing organizadas pela indústria para vender seus produtos.

0.6.2.3 Drogas para esquizofrenia, depressão e desordem bipolar - uma farsa

Apesar de durante décadas, ter havido uma enxurrada de relatórios de testes clínicos financiados pela indústria, presumivelmente demonstrando a superioridade e segurança das drogas psiquiátricas, o *Instituto Nacional de Saúde Mental [National Institute of Mental Health (NIMH)]* foi solicitado para apoiar, com um custo combinado de \$100 milhões de dólares, três grandes estudos para testar as últimas drogas psíquicas que tratam dos distúrbios psiquiátricos mais importantes.

Os estudos foram incomuns no aspecto deles envolverem milhares de pacientes, a maioria dos quais teriam sido excluídos de grande parte dos testes clínicos de curto prazo. Sob condições de tratamento mais realistas e usando os resultados mais reais do que nos testes clínicos convencionais, muitos desses pacientes foram acompanhados por mais de um ano. As principais conclusões dos estudos começaram a aparecer no final de 2005 e continuam surgindo no momento presente no qual este livro está sendo escrito.

O projeto sobre a Eficácia dos Ensaio Clínicos de Intervenção com Antipsicóticos (CATIE) recrutou cerca de 1.500 indivíduos diagnosticados com esquizofrenia e aleatoriamente consignou-os para receber uma dentre cinco drogas antipsicóticas diferentes (quatro das novas drogas “atípicas”: Zyprexa, Risperdal, Seroquel, Abilify, e um antipsicótico antigo raramente usado hoje em dia: Trilafon). Após 18 meses, dentre os cinco grupos, entre 64 por cento e 82 por cento dos pacientes tinham parado o tratamento por causa de “efeitos colaterais intoleráveis ou falta de eficácia ou outras razões” (Lieberman et al., 2005 [256]). A maioria dos observadores foram tomados de surpresa, por terem aceitado como fatos científicos as mensagens promocionais, da indústria de drogas farmacêuticas, de que os antipsicóticos atípicos eram basicamente poções mágicas. Não fiquei surpreso, tendo demonstrado anteriormente como os estudos dos antipsicóticos atípicos eram tão atrelados com desvios e manipulações sistemáticas, que poucos dos seus créditos poderiam se sustentar diante de um escrutínio crítico (Cohen, 2002 [99]).

O projeto de Alternativas de Tratamento Sequenciados para Aliviar a Depressão (STAR*D) recrutou cerca de 2.900 pacientes diagnosticados com depressão majoritária não-psicótica e os submeteu ao que a psiquiatria moderna considera ser o melhor tratamento para a depressão. Na primeira sequência, todos esses pacientes foram tratados com o antidepressivo IRSS [SSRI]¹⁸ Celexa. Os médicos poderiam adaptar individualmente as doses com base na resposta dos pacientes e, em média, cada paciente foi medicado por cerca de doze semanas. O resultado: menos de 30 por cento tiveram uma remissão dos sintomas durante o período de estudo total (20 meses) (Trivedi et al, 2006 [373]). O estudo continuou, com estratégias diferentes de medicação - tais como o acréscimo ou a mudança para outros antidepressivos - aplicados a medida que diminuía o conjunto de indivíduos que não de-

¹⁸N.T.: IRSS [SSRI] - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina).

sistiram. Em uma sequência particular, cerca de 727 pessoas inicialmente medicadas sem sucesso com Celexa e que depois concordaram em tomar outra droga psiquiátrica: Wellbutrin, Zoloft ou Effexor por até 14 semanas, uma média de apenas 21 por cento experienciaram uma remissão dos sintomas - menos do que o percentual daqueles que desistiram por causa dos efeitos colaterais intoleráveis (23 por cento). E mais da metade de todos os participantes relataram que experimentaram moderados à severos efeitos colaterais mais da metade do tempo (Rush et al., 2006 [326]).

Finalmente os resultados do Programa de Melhoramento do Tratamento Sistemática da Desordem Bipolar (STEP-BD), descrito como o maior estudo do tratamento da desordem bipolar já realizado, também apareceram recentemente. O estudo clamou ter usado a abordagem do “melhor tratamento disponível” (principalmente anticonvulsivos, antipsicóticos, lítio e benzodiazepinas), e como nos outros estudos de tratamentos psiquiátricos que acabamos de descrever, recrutou uma amostra representativa de quase 1500 pacientes, de todo o país, que passou por dois anos completos de tratamento. Os resultados: apenas 28 por cento dos indivíduos tratados atingiram a remissão completa e não sofreram nenhuma recorrência durante os dois anos (Perlis et al, 2006 [304]).

Tenha em mente que não havia grupos tratados com placebo nesses três estudos. Conservadoramente, pode-se estimar que pelo menos metade dos indivíduos que responderam às drogas psiquiátricas teriam respondido à placebos - o que teria revelado os efeitos desejados destas drogas, como sendo ainda menos impressionantes. Tenha em mente também que os sujeitos em todos os estudos podem ter recebido vários medicamentos. No estudo STAR*D, por exemplo, em adição ao Celexa, foram dadas ao critério do médico, drogas psiquiátricas adicionais para contrapor os problemas de sono, ansiedade, agitação, bem como disfunção sexual induzida pelo Celexa.

Resta ainda ser visto como os médicos que procuram obter o consentimento informado de seus pacientes para receber drogas psiquiátricas para a depressão, psicose ou desordem bipolar irão discutir estes últimos resultados com seus pacientes. Comentando os resultados do CATIE, o investigador principal docemente admitiu que:

“As reivindicações de superioridade dos [novos antipsicóticos] foram grandemente exageradas. Isto pode ter sido incentivado por uma expectativa excessiva da comunidade de médicos e pacientes ansiosos em acreditar no poder dos novos medicamentos. Ao mesmo tempo, o marketing agressivo dessas drogas pode ter contribuído para aumentar esta percepção de sua eficácia na ausência de informações empíricas” (Lieberman, 2006 [255]).

Divulgar clamores muito exagerados, sobre a superioridade de novas drogas psiquiátricas, na ausência de informações empíricas - isto é ciência, ou propaganda?

0.6.2.4 Medicamentos e prescrições fora de controle

Muitos praticantes, reconhecendo que os resultados destes estudos sobre tratamentos desafiam diretamente a prática usual, sugerem que a melhor orientação ainda é “use medicamentos sabiamente”. Mas, como argumenta este livro, isso não é tão simples quanto possa parecer. É difícil encontrar um médico que admita que ele ou ela não prescreva medicação com sabedoria apesar de ser desconcertantemente fácil de identificar práticas de prescrição de drogas psiquiátricas prejudiciais, sem suporte científico, involuntariamente imposta, ou claramente excessivas.

Em um caso recente em que eu revisei os prontuários médicos, uma criança de dez anos de idade no meio de uma disputa da custódia estava recebendo, prescrições do mesmo médico, de seis drogas psicotrópicas, pertencentes a cinco diferentes classes de medicamentos. Ao longo dos últimos anos, a criança tomou e deixou de tomar mais de quinze diferentes drogas psiquiátricas. As notas de caso, e resumos de alta de tratamento, estavam cheios de descrições de comportamentos que podem ser razoavelmente atribuídos à confusão mental e a montanha russa emocional e física, ao qual este

coquetel de drogas incrivelmente irracional, provavelmente, estava sujeitando a criança. No entanto, nem os médicos da criança, nem o juiz responsável pelo caso, nem um psicólogo clínico experiente nomeado pelo tribunal para fazer recomendações, expressou que qualquer coisa poderia estar errada com esse quadro.

O cenário maior inclui o seguinte: O número de prescrições de antipsicóticos para crianças de dois a 18 anos aumentou de menos de 500.000 em 1995-1996 para quase 2,5 milhões em 2001-2002 (Cooper et al, 2006 [121]). A maioria destas prescrições foram para casos nos quais os antipsicóticos não foram estudados em crianças. Tendências ainda mais dramáticas estão sendo relatadas sobre a prescrição de anticonvulsivos para jovens (Blader e Carlson, 2007 [39]). No entanto, os periódicos de psiquiatria que relataram estes achados, meramente sugeriam que fossem feitos mais estudos controlados sobre antipsicóticos ou anticonvulsivos em crianças.

Indiscutivelmente, “melhores” evidências não vão provavelmente retardar esse motor funcionando fora de controle. A ausência de evidências não impediu os médicos (não só os psiquiatras, mas os pediatras, médicos de família e das unidades de emergência, e outros tipos de provedores) de fazer experiências com antipsicóticos e anticonvulsivos. É difícil ver como qualquer mecanismo auto-corretivo podem entrar em jogo para trazer de volta à sanidade no cuidado de crianças aflitas.

0.6.2.5 Conclusão

Em suma, agora mais provavelmente do que em qualquer momento anterior, eu acredito que a maioria das pessoas são capazes de recorrer a informações imparciais e de melhor qualidade, e de perspectivas críticas para ajudá-las a decidir se, quando, e por quanto tempo devem tomar medicamentos psiquiátricos, e como parar de tomá-los de forma segura.

Contudo, a situação continua bastante ímpar, com a maioria dos consumidores e até mesmo os médicos profundamente imersos na escuridão, no que diz respeito as armadilhas comuns, do uso de drogas psiquiátricas, com um número crescente de crianças submetidas às drogas mais potentes e prejudiciais, e com a maioria das fontes de informação, sobre estas drogas, ainda controladas pela indústria farmacêutica e revestida de interesses médicos.

Nós estamos gratificados com a resposta dos leitores da primeira edição de “*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*”, e estamos esperançosos de que esta segunda edição vai continuar a satisfazer as suas necessidades e responder às suas perguntas.

*David Cohen*¹⁹, Ph.D.

Miami Beach, Florida

veja também:

*www.criticalthinkrx.org*²⁰

0.7 Introdução: qual é o seu último recurso?

Este livro está repleto de informações técnicas e científicas sobre as drogas psiquiátricas (especialmente os seus perigos) e como parar de tomá-las. Contudo, também é importante compreender os princípios psicológicos, sociais e éticos, que podem afetar a sua decisão de usar ou não usar drogas psiquiátricas.

Podemos aprender muito sobre nós mesmos e como vemos a vida, perguntando: “Para onde nos voltamos quando nos sentimos emocionalmente perturbados ou desesperados? Para onde vamos

¹⁹**Internet:** “http://rscphsw.fiu.edu/social_work/faculty_cohen.html”.

²⁰**Internet:** “<http://www.criticalthinkrx.org>”.

quando a vida parece insuportável e nós temos pouca ou nenhuma esperança? Quais são os nossos recursos finais na vida? - os lugares e pessoas à quem pedimos ajuda, direção e inspiração?"

0.7.1 Nosso recurso final

Todas as pessoas parecem precisar da fé, mas as variedades de fé parecem ser infinitas. Para muitas pessoas, o último recurso é religioso ou espiritual: Deus e a oração, ou outras crenças e práticas, e talvez um ministro confiável, padre, rabino, ou conselheiro. Para outros, o último recurso pode ser um ente querido - um marido ou esposa, um pai, um amigo. Outros ainda podem acreditar que eles próprios são o último recurso. Eles podem se voltar para o trabalho criativo, natureza, animais de estimação, hobbies, esportes, ou alguma outra busca aparentemente mais individual ou pessoal. Cada vez mais, as pessoas hoje em dia também se voltam para a ciência para encontrar respostas sobre como viver a vida. Provavelmente para a maioria das pessoas, o último recurso é uma combinação desses recursos: Deus, a natureza, a ciência, outras pessoas, e elas mesmas. Em última análise, todos os recursos humanos estão relacionados. Compromisso com uma vida de princípios, racional e com amor, torna-se a pedra angular da vida e o recurso final.

0.7.2 Recurso das drogas

Muitas pessoas, contudo, dependem de um outro recurso mais limitado, quando elas enfrentam crises psicológicas ou sociais. Elas se voltam para substâncias psicoativas ou alteradoras da mente. Embora elas possam acreditar ou ter a esperança de que estão se apoiando em uma ciência aparentemente objetiva, na realidade, elas estão colocando sua fé no marketing da indústria de drogas farmacêuticas - e assim também fazem seus médicos.

Considere a situação aparentemente diferente com respeito às drogas ilícitas ou recreacionais. Para milhões de pessoas em todo o mundo, o último recurso é o tabaco, álcool, ou substâncias, como maconha e cocaína. Muitos se voltam para elas sempre que eles se sentem à beira de experimentar emoções dolorosas. Em casos extremos, eles se tornam viciados nestas substâncias e constroem suas vidas em torno delas. Quando eles, eventualmente, tentam largar seu vício, podem descobrir que não lhe restam outros recursos e nenhum outro agora-aqui para ir. Suas vidas foram esvaziadas pela sua dependência das drogas. Eles tem de reconstruir, a partir dos escombros, a sua fé em Deus ou outras convicções éticas, a sua confiança em outras pessoas, e sua confiança em si mesmas e seu amor pelo trabalho criativo ou pela natureza.

0.7.3 Buscando alívio

Se as pessoas se sentem melhor quando bebem álcool ou fumam maconha, é porque elas se sentem melhor quando seu cérebro está prejudicado. Drogas psiquiátricas não são diferentes. As pessoas que tomam tais drogas podem sentir menos seu sofrimento emocional. Elas podem até chegar à um estado de anestesia relativa. Mas a medida que elas se sentem melhor, é porque elas estão experimentando uma intoxicação com as drogas psiquiátricas.

A maioria de nós pode simpatizar com as pessoas que estão dispostos a sacrificar a função cerebral em troca de um embotamento do sofrimento emocional, mas será que os terapeutas ou médicos devem oferecer esta alternativa? Devemos nos voltar para essa alternativa em nossas próprias vidas? Será que o custo é muito grande em termos de disfunção cerebral e incapacidade de lidar com os problemas reais em nossas vidas?

O recurso de substâncias psicoativas, sejam lícitas ou ilícitas, recreativas ou psiquiátricas, envolve um estreitamento compulsivo de foco na busca de soluções para os problemas da vida. Quase sempre

a ênfase é na obtenção de alívio de emoções dolorosas, muitas vezes, independentemente do custo potencial.

0.7.4 O que o sofrimento nos diz

Sofrimento emocional é inevitável na vida. Mas isto tem um significado - um propósito, o sofrimento é um sinal de que a vida importa. Especificamente, é geralmente um sinal de que algo em nossas vidas que é muito importante precisa ser tratado. Depressão, culpa, ansiedade, vergonha, raiva crônica, entorpecimento emocional - todas estas reações sinalizam que algo está errado e requer atenção especial. A profundidade do sofrimento é um sinal do desejo da alma por uma vida melhor, mais criativa, com mais princípios.

Por exemplo, quando nos confrontamos com um paciente em depressão profunda, devemos imediatamente nos focar em aliviar a dor? Pelo contrário, devemos responder dizendo que a dor é um sinal da intensidade do espírito da pessoa: “A força e a intensidade de seu sofrimento indica a força e a intensidade do seu espírito. Seu desconforto mostra o quão vivo você está. Agora imagine se você pudesse aprender a transformar toda esta energia auto-destrutiva em energia criativa e em amor pela vida.”

0.7.5 O novo recurso final

Os últimos dez a vinte anos testemunharam uma mudança drástica do ponto de vista sobre o último recurso de orientação moral e psicológica: Independentemente da sua religião ou filosofia, muitas pessoas educadas e informadas passaram a acreditar que a psiquiatria e as drogas psiquiátricas fornecem o melhor recurso para si próprias, quando estão em estresse psicológico. De fato, tais drogas são cada vez mais a primeira alternativa. Parece que substituímos a confiança em Deus, nas outras pessoas, e em nós mesmos, pela confiança em doutores médicos e drogas psiquiátricas. A fonte final de orientação e inspiração não é mais a própria vida em si com seus recursos infinitos, mas sim a psiquiatria materialista com sua visão estreita da natureza humana.

Essa visão de nós mesmos é uma das mais espantosas. Ela sugere que a maioria, se não todos, os nossos problemas psicológicos, emocionais e espirituais são “desordens psiquiátricas” melhor tratados por especialistas que receitam drogas psicoativas. Nossos problemas emocionais e espirituais não apenas são vistos como desordens psiquiátricas, como também se declara que eles tem uma origem biológica e genética.

A propaganda, para esta perspectiva notificável, é financiada pelas empresas de drogas farmacêuticas e espalhada pela mídia, pela psiquiatria organizada, por médicos individuais, por lobbies de “consumo”, e até mesmo por agências governamentais como o *Instituto Nacional de Saúde Mental* [*National Institute of Mental Health (NIMH)*]. Como resultado disto, muitos americanos educados tomam como garantido que a “ciência” e a “pesquisa” têm demonstrado que as depressões emocionais ou os “problemas de comportamento” tem causas biológicas e genéticas e necessitam de drogas psiquiátricas. De fato, eles acreditam que estão “informados” sobre a pesquisa científica. Poucas pessoas percebem que estão sendo submetidas a uma das mais bem sucedidas campanhas de relações públicas da história.

Nestes dias, o seu médico provavelmente sugere medicação para graus relativamente leves de crises e estresses emocionais: mesmo algumas semanas de tristeza moderada ou ansiedade são capazes de levar à uma receita médica. Se sua criança tem sido difícil de lidar por algumas semanas em casa ou na escola, isto, também, é susceptível de resultar em um receituário. O problema pode ter durado por apenas um período curto, mas o tratamento com drogas psiquiátricas pode durar por anos ou mesmo por uma vida toda.

O diagnóstico psiquiátrico tornou-se tão difundido que é quase impossível mencionar qualquer tipo de “sentimento” à um médico sem se receber um rótulo de doença mental e uma receita com a mais recente droga psiquiátrica. E este cenário não se limita à emoções fortes ou aflições sérias. Sentindo-se fatigado? Tome Prozac. Sentindo-se como se tivesse perdido o seu entusiasmo ou direção? Tome Paxil ou Zoloft, especialmente se o Prozac não funcionou. Sentindo-se preso em uma relação abusiva? Tome Effexor, Luvox, ou lítio. Sentindo-se um pouco nervoso? Tome Xanax, Klonopin, ou Ativan. Tendo problemas para disciplinar a sua criança? Dê à criança Ritalina, ou Dexedrina ou Adderall. Tendo dificuldade para se concentrar no trabalho que você acha chato? Tente Ritalina para você mesmo. Tendo altos e baixos de qualquer tipo? Tome um número qualquer de drogas psiquiátricas.

0.7.6 O que nós realmente sabemos sobre como nosso cérebro funciona?

Será que nós sabemos o que estamos fazendo com nossos cérebros e mentes quando tomamos drogas psiquiátricas? Sabemos o que estamos fazendo com nossas crianças quando lhes damos estas substâncias?

Considere esta realidade extraordinária. O cérebro humano tem mais células individuais (neurônios) do que há estrelas no céu: Bilhões! E cada neurônio pode ter 10.000 ou mais conexões (sinapses) para outras células do cérebro, criando uma rede com trilhões de interconexões. Na verdade, o cérebro é considerado o órgão mais complexo do universo inteiro. Com seus bilhões de neurônios e trilhões de sinapses, é mais complexo do que todo o universo físico de planetas, estrelas e galáxias.

Cientistas possuem idéias bem desenvolvidas sobre como o universo físico funciona. Eles possuem fórmulas matemáticas para descrever as várias forças que controlam as relações entre as entidades físicas desde buracos negros até partículas subatômicas. Todas essas forças também afetam o cérebro humano. Contudo, os processos vivos do cérebro adicionam complexidades desconhecidas ao universo físico. Estes trilhões de interconexões entre as células cerebrais, por exemplo, são mediados por centenas de mensageiros químicos (neurotransmissores), bem como por hormônios, proteínas, íons pequenos, como sódio e potássio, e outras substâncias. Temos conhecimento limitado sobre como alguns desses mensageiros químicos trabalham, mas pouca ou nenhuma idéia sobre como eles se combinam para produzir a função cerebral.

0.7.7 A ciência por trás das drogas psiquiátricas

É dito ao público que uma grande quantidade de ciência está envolvida na prescrição de drogas psiquiátricas, mas isso não é correto - já que nós sabemos tão pouco sobre como o cérebro funciona. O conhecimento que temos sobre os efeitos das drogas psiquiátricas no cérebro é grandemente limitado à estudos de tubo de ensaio das reações bioquímicas que ocorrem em pedaços de cérebro animal. Nós simplesmente não entendemos o impacto global das drogas sobre o cérebro.

Nós também não temos uma idéia clara sobre a relação entre o funcionamento do cérebro e os fenômenos mentais, tais como “humores” ou “emoções”, como depressão ou ansiedade. Nós nem ao menos sabemos por onde começar a procurar porque não entendemos completamente como o cérebro funciona.

Alguns teóricos insistiriam que nos concentremos no nível molecular, procurando por desequilíbrios bioquímicos. Mas isso é pura especulação. Por que um desequilíbrio bioquímico estaria na raiz do sentimento de depressão, mais do que estaria na raiz do sentimento felicidade? E se houvessem substratos bioquímicos para extrema tristeza e felicidade, seria este fato suficiente para tornar as pessoas doentes? A idéia dos desequilíbrios bioquímicos individuais está totalmente em desacordo com a complexidade do cérebro.

Qual o desequilíbrio bioquímico que estamos procurando? O da criança que está fora de controle

ou o do cuidador que tem dificuldades em discipliná-la? O da criança que não está aprendendo ou o do professor que não descobriu a forma de alcançar esta criança? O do indivíduo que se tornou ansioso ao lidar com as pessoas ou o do adulto que abusou do indivíduo quando ele era uma criança? O da pessoa que está profundamente deprimida com a perda de um ente querido ou o do médico que recomenda eletrochoque? O da pessoa que se sente insegura ou ansiosa ou o do médico que pensa que os problemas da pessoa precisam de drogas psiquiátricas? Em suma, de quem é o cérebro que não está funcionando direito?

0.7.8 Existem desequilíbrios bioquímicos?

Como um dos nossos colegas disse recentemente, “desequilíbrios bioquímicos são as únicas doenças que se espalham pela palavra da boca”. Individualmente todos nós devemos usar a nossa própria compreensão intuitiva da vida para determinar a probabilidade de que nossos problemas são causados por algumas disfunções cerebrais ainda não detectadas e não por conflitos no lar, no trabalho ou na sociedade, experiências de vida dolorosas, valores confusos, uma falta de direção, ou outros aspectos da vida humana.

É claro, nossos corpos podem afetar nossas emoções extravasadas. Todos nós achamos muito mais fácil manter uma atitude brilhante e entusiasmada, quando fisicamente saudáveis, do que quando fisicamente doentes. E qualquer coisa desde a falta de sono até o resfriado comum pode afetar o nosso humor.

Contudo, os médicos comumente dão às pessoas drogas psiquiátricas sem verificar sinais óbvios de desordem física séria, tais como hipotireoidismo, deficiência de estrogênio, ou ferimento na cabeça devido a um acidente de carro. Além disso, eles parecem particularmente propensos a “olhar por cima” a importância dos sintomas físicos em mulheres. Algumas mulheres, com sinais evidentes de uma desordem hormonal ou condição cardíaca, são colocadas em antidepressivos e ansiolíticos sem primeiro ser exigido, por seus internadores ou psiquiatras, que se submetam a uma avaliação física.

Portanto, é teoricamente possível que algumas pessoas, ansiosas ou deprimidas, podem estar sendo aflingidas por uma disfunção física, até o momento não detectada. Mas essa especulação não justifica a conclusão infundada de que as pessoas, em aflição emocional, são afetadas por desequilíbrios bioquímicos específicos ou que tais desequilíbrios possam ser corrigidos com drogas psiquiátricas.

Em nossa própria experiência, a maioria das pessoas com depressão e ansiedade têm razões óbvias que explicam como se sentem. Estas razões são muitas vezes aparentes em suas vidas diárias e podem ser complicadas por experiências passadas na infância ou no início da sua vida adulta. Mas, mesmo se algumas pessoas de fato tenham desequilíbrios bioquímicos sutis e não detectados, não há razão para dar-lhes drogas tais como Prozac ou Xanax que causam desequilíbrios bioquímicos e prejudicam a função cerebral.

Vamos novamente considerar o recurso final. Ele é definido por nossos valores, nossa família e amigos, e por nós mesmos - ou por um doutor em medicina com uma prancheta de receitas?

0.7.9 O que realmente sabemos sobre as drogas psiquiátricas e o cérebro?

Quase todas as pesquisas sobre drogas psiquiátricas é feita no cérebro normal de animais, geralmente ratos. Como observado anteriormente, grande parte desta pesquisa envolve triturar os tecidos cerebrais para investigar grosseiramente os efeitos em uma ou mais reações bioquímicas do cérebro. Pesquisas mais sofisticadas envolvem micro instrumentação que injeta pequenas quantidades de drogas no cérebro vivo e medem a atividade de células cerebrais. No entanto, mesmo estes métodos mais refinados são grosseiros em comparação com a atividade molecular real no cérebro. Por exemplo, nós não temos técnicas para medir os níveis reais de neurotransmissores nas sinapses entre as células.

Assim, toda a conversa sobre desequilíbrios bioquímicos é pura adivinhação. Mais importante, o que está realmente sendo estudado é a interrupção dos processos normais pela intrusão de substâncias estranhas.

Esta pesquisa, de modo algum reforça a idéia de que drogas psiquiátricas corrigem desequilíbrios. Em vez disso, ela mostra que as drogas psiquiátricas criam desequilíbrios. No tratamento psiquiátrico moderno, nós pegamos a criação singular conhecida mais complicada do universo - o cérebro humano - e derramamos sobre ele drogas, na esperança de “melhorar” a sua função quando, na realidade estamos atrapalhando a sua função.

A noção de que Prozac corrige desequilíbrios bioquímicos é pura especulação - propaganda da indústria psiquiátrica biológica. Mas a interrupção de reações bioquímicas no cérebro, causando severos desequilíbrios bioquímicos e taxas anormais de atividade entre as células cerebrais, é um fato comprovado sobre o Prozac, que não pode, honestamente, ser contestado por qualquer um que conhece a pesquisa.

Como o cérebro reage à invasão de drogas psiquiátricas, tais como Prozac, Ritalina, ou Xanax?

O cérebro reage como se ele estivesse sendo invadido por substâncias tóxicas: ele tenta superar, ou compensar, os efeitos nocivos das drogas. No processo, o cérebro literalmente destrói sua própria capacidade de responder às drogas psiquiátricas. Ele entorpece-se diante da droga e, ao fazê-lo, de fato mata algumas de suas próprias funções. Assim, quando um médico nos diz que o Prozac está colocando as nossas substâncias bioquímicas em equilíbrio, nós estamos sendo danosamente enganados. Na realidade o Prozac está perturbando profundamente a função do cérebro.

Prozac, Ritalina, e Xanax, como a maioria das drogas psiquiátricas, super-estimula sistemas de neurotransmissores particulares, quer seja através do aumento da secreção de um neurotransmissor ou impedindo a sua remoção das sinapses entre as células nervosas. Prozac, por exemplo, super-estimula um mensageiro químico chamado serotonina, bloqueando sua retirada da sinapse. O cérebro reage inicialmente inibindo a liberação de serotonina e, em seguida, reduzindo o número de receptores que podem responder à serotonina.

Estes processos auto-destrutivo no cérebro são relativamente fáceis de pesquisar. Eles foram demonstrados nos laboratórios privados da Eli Lilly - o fabricante do Prozac - mesmo antes da droga psiquiátrica ter sido aprovada para comercialização pela “*Food and Drug Administration [Administração de Drogas e Alimentos]*”. Muito antes do marketing do Prozac, a droga era conhecida rotineiramente por causar drásticos desequilíbrios bioquímicos ao invés de corrigi-los.

Quanto tempo leva para o cérebro se recuperar dos desequilíbrios causados pelo Prozac? Nós não temos uma resposta para esta questão crítica. Por que não? Porque as empresas de drogas farmacêuticas e a comunidade científica nunca realizou a pesquisa relativamente simples e de baixo custo que seria necessária. No entanto, nós devemos suspeitar de que o cérebro nem sempre se recupera do Prozac ou antidepressivos semelhantes, tais como Paxil e Zoloft.

Nós já sabemos que a recuperação do cérebro, da exposição à muitas drogas psiquiátricas, pode ser prolongada e que a recuperação completa pode nunca acontecer. Estudos têm demonstrado este resultado para as drogas estimulantes tais como as anfetaminas, incluindo Dexedrina e Adderall, que são prescritas para as crianças. Embora o veredito final sobre a Ritalina não esteja concluído, sua semelhança com os outros estimulantes é tal, que devemos estar preocupados com sua capacidade de causar alterações irreversíveis. Sabemos também que mudanças irreversíveis podem ocorrer em resposta às drogas usadas no tratamento da esquizofrenia, tais como Haldol, Permitil e Risperdal. Estas drogas podem causar deficiências severas permanentes da função cerebral, de fato, nós devemos suspeitar que qualquer droga psicoativa - qualquer droga que afete a função mental - tenda a produzir mudanças irreversíveis em algumas, se não a maioria, das pessoas.

Que esperança podemos ter de que, banhar o cérebro em uma droga psiquiátrica, vai realmente melhorar o funcionamento global deste órgão misterioso? Quase nenhuma. Na verdade, como já

observado, a maioria do que sabemos sobre os vários neurotransmissores tem sido adquirido ao estudar como as drogas psiquiátricas perturbam ou estragam o seu funcionamento.

0.7.10 O que aconteceria se tratássemos nossos computadores da maneira como tratamos o cérebro?

Imagine o que aconteceria se tratássemos a nossos, muito mais simples, computadores da mesma forma como tratamos o cérebro em psiquiatria. Considere o caso de um computador que está “travando” com muita frequência. Com considerável licença poética, nós podemos comparar esta disfunção mecânica com a tendência humana de tornar-se “oprimido” ou “sobrecarregado” com depressão, ansiedade ou obsessões e compulsões, e incapaz de funcionar facilmente na vida cotidiana.

Talvez o computador esteja falhando por razões que têm à ver com o seu hardware. Por exemplo, o computador pode precisar de mais memória ou um novo disco rígido. Alternativamente, o problema pode ser rastreável ao seu software - para um ou mais dos programas instalados no computador. Então, novamente, o operador do computador e seus programas podem ser responsáveis. Ou a fonte do problema pode estar fora do computador e até mesmo fora do escritório, como no caso de picos de energia.

Ao solucionar tal problema, especialistas em computadores rotineiramente levam todos esses fatores em consideração - o computador, o programa, o operador e a fonte de alimentação. Se a causa do problema não é imediatamente aparente, eles podem executar testes experimentais ou programas, a fim de diagnosticar o problema.

A abordagem utilizada por psiquiatras e outros médicos, em contraste, é de mentalidade simplória e destrutiva. Na psiquiatria contemporânea o médico quase sempre assume que o problema reside no “hardware” do cérebro (ie, em “desequilíbrio bioquímico”). Nas palavras de um psiquiatra bem conhecido, dificuldades emocionais e comportamentais são causados por um “cérebro quebrado”.

Psiquiatras modernos parecem considerar-se consultores do cérebro, mas eles têm pouco conhecimento com o qual estabelecer esta perícia. Ao contrário dos consultores de computador, os psiquiatras não têm nenhuma maneira de identificar ou localizar a fonte do problema em um cérebro dos pacientes. Assim, o paciente deve receber as suas afirmações especializadas na base da fé.

Como você reagiria se o seu consultor de computadores tratasse seu computador da forma como os psiquiatras tratam pacientes e seus cérebros? Suponha que, invariavelmente, seu consultor concluísse que o problema está no hardware da sua máquina, em vez de no programa, no operador, ou em algum fator externo, como a fonte de alimentação. Suponha que o seu consultor sempre comece colocando agentes tóxicos em seu computador. Suponha ainda que nunca o seu consultor garanta que conseguirá um bom resultado, enquanto continua a colocar agentes tóxicos em sua máquina sem levar em conta as consequências - e, quando pressionado a dar uma explicação, faça vagas referências à “fios cruzados” ou “desequilíbrios elétricos” em seu computador mas nunca olhe dentro, realize qualquer teste, ou providencie um diagnóstico física definitivo.

Quanto tempo você concordaria com tal absurdo de seu consultor de computador? Não muito tempo. Se os consultores de computador se comportassem como psiquiatras, nós iríamos demití-los. No entanto, dezenas de milhões de pessoas concordam com tratamentos ainda mais desleixados e irracionais envolvendo seus cérebros e mentes que são muito mais complexos e vulneráveis do que os computadores.

0.7.11 O que esse ponto de vista nos faz

O que acontece quando começamos à ver um ser humano como um objeto? Nós perdemos a nossa própria capacidade de racionalidade e de amor. É impossível reduzir um sofrimento emocional de uma pessoa à aberrações bioquímicas sem fazer alguma coisa psicológica e moralmente destrutiva para essa pessoa. Nós reduzimos a realidade da vida deste indivíduo à uma especulação focada e estreita sobre a química do cérebro.

Ao assumir tal visão distorcida da pessoa, os médicos também fazem mal a si mesmos. Eles suprimem sua tendência natural de ser empático para com outros seres humanos. Assim, em seus esforços para serem “objetivos” e “científicos”, os psiquiatras biológicos e médicos, acabam fazendo coisas muito destrutivas para as pessoas, incluindo eles próprios.

0.7.12 Ervas e remédios “naturais”

Embora este livro seja sobre as medicações psiquiátricas que são aprovadas pela FDA, muitos leitores podem ter dúvidas sobre os remédios de ervas psicoativas que podem ser obtidos no balcão (OTC). Eles podem se perguntar se essas substâncias mais “naturais” podem ser utilizadas, ao invés das drogas psiquiátricas, durante o processo de retirada ou como um substituto geral. Em resumo, nós não recomendamos o uso de ervas psicoativas para esses propósitos.

Muitas pessoas acreditam que tais remédios naturais tendem a ser mais seguros do que as drogas das receitas médicas. Essa é a implicação veiculada por muitos livros que avaliam medicamentos fitoterápicos, como PDR para Medicamentos de Ervas (1998) [300] e Medicina Alternativa (1994). Ambas possuem uma lista de muito menos efeitos adversos dos remédios de ervas típicos (tais como a Erva de São João como um antidepressivo ou o ginseng como um estimulante) do que são geralmente descritos na literatura de drogas psiquiátricas utilizadas para propósitos correspondentes (tais como Prozac ou Ritalina).

No entanto, qualquer um que utiliza ervas psicoativas, deve fazê-lo com cautela. Algumas dessas ervas têm efeitos adversos reconhecidos. Por exemplo, ginseng, em grandes doses, pode causar dependência, com sérios efeitos adversos. As citações científicas normalmente listadas para as ervas são principalmente relatórios em um idioma diferente do Inglês, não prontamente acessíveis para o leitor comum nos Estados Unidos. A composição de muitas destas substâncias, incluindo a Erva de São João e ginseng, é muito complexa, com numerosos agentes activos que foram pouco estudados. Preparações de diferentes fabricantes - ou mesmo do mesmo fabricante - podem não ser padronizadas. E, finalmente, mesmo que a FDA muitas vezes não consiga cumprir suas determinações, as drogas psiquiátricas, aprovadas pela FDA, são geralmente mais bem estudadas do que remédios à base de ervas, em relação aos efeitos adversos.

Algumas pessoas podem acreditar que uma longa história de uso sem efeitos nocivos conhecidos é em si mesmo uma boa indicação da segurança de uma erva psicoativa. Contudo, considere duas das mais amplamente utilizadas substâncias naturais psicoativas, álcool e tabaco: Ambas já foram recomendadas por médicos para fins medicinais, e ambas foram intensamente promovidas pelo governo e interesses corporativos. O álcool tem sido usado por muitas razões por incontáveis milhões de seres humanos desde antes da história registrada, mas, só nas últimas décadas, os efeitos nocivos do uso crônico e excessivo de álcool, tem sido reconhecido generalizadamente. A sociedade também se tornou cada vez mais alerta a respeito da associação entre uso agudo de álcool e muitas formas de violência e acidentes. Da mesma forma, o tabaco tem uma história antiga de uso em rituais nas sociedades nativas americanas e, em séculos mais recentes, do uso crônico generalizado na sociedade ocidental. Mas a periculosidade, de se fumar, não teve amplo reconhecimento até algumas décadas atrás.

Qualquer droga que afete o cérebro e a mente deve ser encarada com precaução, especialmente no

contexto de uso diário ou persistente. E qualquer pessoa que decida usar remédios de ervas deve ler o máximo possível sobre eles. Usar esses agentes é, até certo ponto, um passo rumo ao desconhecido. Ao contrário, todas as drogas psiquiátricas têm riscos sérios e bem documentado.

Mesmo se as substâncias psicoativas fossem inofensivas, nós teríamos que questionar a sua utilização para propósitos “terapêuticos” ou “psiquiátricos” - isto é, para superar os problemas psicológicos e sociais. O uso de uma substância psicoativa para tais fins é errado, em princípio, porque representa uma tentativa de corrigir o cérebro ao invés dos problemas que estão dentro da vida, relacionamentos e ambiente interno da pessoa.

É compreensível, claro, que as pessoas querem alívio do sofrimento emocional, assim como elas tendem a tomar aspirina, ibuprofeno, ou outras drogas para dores de cabeça, musculares e nas articulações. Os últimos tratamentos desempenham um papel importante, especialmente se eles são administrados durante um curto prazo. Contudo, tanto a aspirina quanto o ibuprofeno também têm muitos efeitos adversos potencialmente sérios, que vão desde úlceras estomacais à paradas cardíacas.

O uso de “analgésicos emocionais” é mais questionável. Se uma pessoa tem dores de cabeça por causa do estresse de um casamento em conflito ou um local de trabalho frustrante, seria em última análise auto-destrutivo confiar em pílulas, ao invés de lidar com as questões envolvidas. Além disso, todas as drogas psiquiátricas têm muito mais efeitos negativos sobre o funcionamento do cérebro e da mente do que a aspirina ou ibuprofeno. Medicamentos psiquiátricos são, em primeiro lugar, drogas psicoativas ou psicotrópicas: Eles influenciam a maneira como a pessoa sente, pensa e age. Como a cocaína e a heroína, eles mudam a capacidade de resposta emocional do cérebro. Se usado para resolver problemas emocionais, eles acabam empurrando os problemas para debaixo do tapete de intoxicação por drogas, enquanto criam problemas adicionais induzidos por estas drogas.

Há uma outra lição, à ser adquirida, com o tempo que levamos para reconhecer os perigos do tabaco e do álcool. Como se levou séculos para compreendermos os efeitos nocivos destas substâncias naturais sobre os indivíduos, famílias e sociedade, nós não podemos alegremente assumir que conseguiremos aprender sobre os perigos das drogas psiquiátricas em questão de meses ou anos.

Muitas drogas psiquiátricas são eficazes em trazer alívio, à curto prazo, do sofrimento emocional. Álcool, por exemplo, afeta o mesmo sistema neurotransmissor geral afetado por tranquilizantes tais como Xanax, Valium, Klonopin e Ativan. Tem os mesmos efeitos clínicos, também. Milhões de pessoas “tomam uma bebida” para relaxar ou se acalmar, para aliviar a ansiedade ou mesmo a depressão, e para adormecer com mais facilidade. No entanto, o álcool, bem como os tranquilizantes, tem muitos efeitos negativos sobre o comportamento, tende a piorar os vários problemas para os quais ele é usado, e pode tornar-se viciante.

A questão, então, não é se “As drogas afetam os processos mentais?” Muitas drogas psiquiátricas são chamadas de “psicoativas” precisamente porque elas têm efeitos sobre a mente. Em vez disso, a questão é se “Elas devem ser prescritas como tratamento?”

Este livro é destinado à ajudar as pessoas à compreenderem alguns dos perigos médicos e psicológicos de depender de drogas psiquiátricas, mas ele só pode esclarecer o vazio psicológico e social criado por tal confiança em agentes que alteram a mente. O livro também oferece abordagens para parar de tomar drogas psiquiátricas, mas, neste contexto também, ele só pode sugerir os tipos de recursos para os quais as pessoas devem se voltar para viver uma vida significativa e satisfatória. A escolha não é entre as drogas psiquiátricas e alguma outra “terapia” mas entre as drogas psiquiátricas e todos os recursos que a vida pode nos oferecer.

Capítulo 1

Drogas Psiquiátricas - Muito Mais Fácil de Começar do que de Parar

Nos últimos anos, o uso de drogas psiquiátricas continuou a aumentar entre todas as faixas etárias, homens e mulheres, e os membros de grupos minoritários. A sociedade está se tornando cada vez mais dependente da prescrição destas drogas para resolver os problemas psicológicos e sociais. Drogas tais como Ritalina e Paxil, são anunciadas diretamente ao consumidor através de revistas e jornais. Outros anúncios na mídia de massa exortam as pessoas a perguntar se elas estão sofrendo da desordem psiquiátrica popular mais recente, muitas vezes, as encorajando à pedir aos seus médicos uma medicação específica e, às vezes oferecendo uma amostra grátis. TV, jornais e revistas frequentemente pintam quadros cor de rosa da mais recente “droga milagrosa”. Inúmeros livros continuam à ser escritos para as pessoas leigas exaltando as virtudes das drogas psiquiátricas para uma miríade de problemas psicológicos ou emocionais em crianças e adultos.

Mesmo psicoterapeutas que são à favor da “terapia do diálogo”, muitas vezes recomendam uma visita a um psiquiatra para medicação, às vezes, na esperança de que essas drogas irão facilitar o seus clientes à progredir, ou ajudá-los à lidar com emoções dolorosas e avassaladoras. De fato, muitos terapeutas têm sido levados a acreditar que as drogas psiquiátricas são necessárias como parte do tratamento de problemas emocionais, tais como “ansiedade” ou “depressão”.

As organizações de manutenção de saúde (OMSs), e seguradoras de cuidados de saúde, encorajam, e às vezes insistem, no uso de drogas psiquiátricas como uma alternativa supostamente mais barata do que a terapia do diálogo. Médicos de quase todas as especialidades - da cirurgia, obstetrícia e ginecologia até a pediatria e medicina de família - são rápidos em prescrever medicamentos psiquiátricos para problemas como insônia, ansiedade, depressão, obsessões e fobias, e até mesmo “estress”.

1.1 Uns poucos minutos que podem se tornar uma vida inteira

No ambiente pró-droga de hoje, um médico, muitas vezes leva apenas alguns minutos para fazer uma avaliação antes de prescrever um antidepressivo, antipsicótico, anticonvulsivo, ou um tranquilizante. Mas a sua decisão de aceitar medicação pode te levar à uma vida inteira usando estas drogas, incluindo exposição a efeitos nocivos de longo prazo. Além disso, enquanto é fácil encontrar um médico para introduzi-lo nas drogas psiquiátricas, pode ser muito difícil encontrar um que esteja disposto em ajudá-lo a parar de tomá-las.

Quando você começa a tomar uma droga psiquiátrica, talvez não experimente quaisquer efeitos negativos sérios. Mas o que acontece quando você quer parar de tomá-la? Todas estas drogas podem

causar problemas durante a retirada. Você também precisa estar ciente das circunstâncias incomuns, quando a interrupção abrupta de uma droga psiquiátrica pode produzir reações físicas ou psicológicas potencialmente perigosas.

1.2 Razões para deixar de tomar drogas psiquiátricas

Mesmo que você e seu médico não percebam isso, as drogas psiquiátricas que você está tomando podem estar causando-lhe sérios danos mentais, emocionais ou físicos. O seu médico pode falhar em não reconhecer que alguns dos seus problemas estão sendo causados pela medicação prescrita e, ao contrário, erradamente aumentar a dose ou acrescentar outra droga para o seu regime. Este ciclo de prescrição - uma ocorrência comum - pode expor você a um aumento de riscos de efeitos adversos.

Quando você reduzir ou ignorar a sua medicação, você pode experimentar reações emocionais ou físicas dolorosas a medida que os efeitos dela diminuem. Isto é devido à diminuição das drogas entre as diferentes doses. Mas se você não perceber que está passando por uma abstinência entre doses, poderá, erradamente, assumir que sempre se sentirá desconfortável se interromper a medicação. Similarmente o seu médico pode erroneamente insistir que seu desconforto é uma prova de que você precisa tomar mais da droga que atualmente utiliza ou tomar drogas adicionais para controlar o seu desconforto.

Alguns de nós têm parentes que estão tomando drogas psiquiátricas. Muitas vezes, vemos com preocupação e frustração como nosso marido ou esposa, ou talvez nosso pai ou mãe, toma medicamentos que parecem estar fazendo mais mal do que bem. Enquanto isso, milhões de crianças estão recebendo receitas de drogas estimulantes como Ritalina e Adderall, e muitos outros jovens estão recebendo drogas psiquiátricas de adultos que nunca foram aprovadas para as crianças, como Paxil, Catapres, Tenex, ou Zyprexa. Aos pais muitas vezes é dito que essas drogas são muito seguras quando de fato elas podem ser extremamente perigosas para uma criança.

Talvez você possa ver a si mesmo, um parente ou um amigo, em uma das histórias que se seguem.

Amanda começou a tomar Zoloft, quando ela ficou deprimida durante um período de conflitos no trabalho e em seu casamento. Depois de explicar que ela tinha um “desequilíbrio bioquímico” em seu cérebro, o psiquiatra de Amanda encorajou-a a tomar antidepressivos “indefinidamente”. Mas depois de três anos tomando Zoloft, Amanda decidiu que não queria “tomar pílulas para sempre”.

Amanda passou dois dias sem Zoloft e teve uma “crise”. Foi como cair em um buraco negro; ela queria morrer. Talvez desconhecendo que a retirada de antidepressivos pode causar depressão, o médico respondeu por escrito uma receita que dobrou sua dose original.

Amanda queria encontrar um outro psiquiatra que pudesse ajudá-la a retirar a medicação, mas cada novo médico enfatizava que ela deveria ficar com Zoloft ou iniciar outra medicação. Então, ela tomou a responsabilidade em suas próprias mãos e parou de tomar Zoloft durante um período de várias semanas, felizmente sem cair em depressão.

Na medida que ela se libertou da droga psiquiátrica, Amanda percebeu o quão estagnada sua vida havia sido durante o tempo em que ela estava tomando a medicação. A dor emocional de seus conflitos no trabalho e em casa tinham sido sufocadas pelas drogas, mas as circunstâncias e a qualidade de sua vida não tinha melhorado. Ela encontrou um psicoterapeuta que lhe ajudou a iniciar o processo de tomar conta de sua vida sem drogas.

Robert tomou drogas psiquiátricas por 10 anos, incluindo tranquilizantes como Xanax e Ativan, antidepressivos como Prozac e Paxil, e estabilizadores de humor como lítio e Depakote. Muitas vezes ele encontrou-se dizendo: “Eu não me sinto mais como eu mesmo”. Robert nem tinha certeza de como ele seria se não estivesse nestas drogas. Sua experiência diária era de mexer com a sua bioquímica. Seus humores pareciam ir para cima e para baixo, dependendo de quanto tempo havia passado entre as doses. Embora o seu diagnóstico mudasse a cada ano ou

dois, seu psiquiatra se mantinha certo de que Robert tinha uma desordem genética e biológica que o fazia ansioso e deprimido. Ele assegurou à Robert que ele iria precisar de medicamentos pelo resto da vida. Mas Robert não gostava da idéia de estar para sempre dependente de drogas. Ele desejava ter alguma orientação sobre como parar de tomá-las. Mas ele não conseguia decidir o que fazer.

A indecisão de Robert se devia em parte aos próprios medicamentos. Desde o álcool até os estimulantes e antidepressivos, todos os medicamentos que afetam a mente tendem a prejudicar o julgamento, tornando difícil para as pessoas saber se elas estão sendo prejudicadas pela droga que estão tomando. A maioria das pessoas estão bem conscientes de que o álcool pode prejudicar o juízo. Eles sabem que os amigos que estão “bêbados” não podem julgar a sua habilidade para dirigir um carro com competência ou para controlar seu temperamento em uma situação de conflito.

Eventualmente Robert procurou a ajuda de um psiquiatra conhecido por estar disposto a ajudar os pacientes a sair destas drogas. Enquanto Robert trabalhava com um psicoterapeuta que incluiu a sua família no tratamento, o psiquiatra lentamente retirou Robert das drogas que ele estava tomando. Devido ao fato de Robert estar usando drogas psiquiátricas por muitos anos, ele levou mais de um ano para completar a retirada. Mas com um cérebro e a mente livre destas drogas, Robert percebeu que suas suspeitas estavam corretas. Ele estava mais capaz de gerir sua vida e realizar seu potencial sem drogas que alteram a mente. Embora sua vida ainda tivesse seus altos e baixos, parecia maravilhoso saber que eles eram seus altos e baixos, em vez dos induzidos por drogas psiquiátricas.

Pamela começou a tomar um antidepressivo, Elavil, há 30 anos, quando estava em sua adolescência. Ela tinha estado deprimida a tanto tempo quanto conseguia se lembrar e sempre faltou-lhe confiança em si mesma. Agora, ela suspeitava que os anos tomando antidepressivo tinha lhe custado parte de sua agudez mental, especialmente sua habilidade de focar e concentrar. Seu psiquiatra, a quem ela via todos os meses para renovar suas receitas, queria acrescentar Ritalina ao seu regime de drogas para o que ele considerava ser uma “Desordem de Déficit de Atenção (DDA) de adulto”.

Pamela suspeitou que suas crescentes dificuldades mentais eram devido aos anos tomando Elavil ao invés de uma “DDA de adulto”, assim ela tentou por conta própria parar de tomar a droga. Dentro de 24 horas, ela sofreu o pior ataque de “gripe” de toda a sua vida. Ela foi subjugada por vômitos e diarreia, seu corpo doía, em sua cabeça sentia uma terrível sensação de morte iminente em cima dela.

Pamela experimentou um alívio imediato após reiniciar o Elavil. Seu estômago e intestino se acalmaram, as dores musculares pararam, a dor de cabeça e sensação de terror foram embora. O que isso significa? Será que ela teve um caso maléfico de gripe? Ou será que ela precisava de Elavil para evitar que ficasse louca? Pamela telefonou para seu psiquiatra que lhe disse que ela provavelmente tinha contraído uma gripe viral. Ele alertou-a para continuar tomando Elavil. No dia seguinte Pamela pesquisou esta droga na Internet e descobriu que sintomas “tipo-gripe” e depressão são comumente associados com a abstinência de Elavil e muitos outros antidepressivos.

Com a ajuda de um psicoterapeuta que não defendia drogas psiquiátricas, Pamela foi capaz de planejar uma retirada que terminou a sua dependência do antidepressivo que vinha tomando. Devido ao fato dela ter usado estas drogas por tantos anos, ela passou vários meses diminuindo aos poucos sua dose. Para seu alívio, sua agudez mental gradualmente retornou.

Quando Pamela saiu das drogas, ela começou a descobrir as fontes de sua depressão ao longo da vida. Como muitas pessoas persistentemente deprimidas e ansiosas, ela tinha sobrevivido de uma infância extremamente abusiva. Muitas memórias terríveis e sentimentos dolorosos vieram à tona na terapia, mas ela estava feliz por estar face à face com os abusos de sua história, tendo agora uma mente livre de drogas, focada e mais clara.

Pamela também se juntou à um grupo de sobreviventes de incesto em sua igreja. No início, foi um ato de fé - acreditando que um grupo de sobreviventes poderia ajudar a encorajar e empoderá-la. Mas ela descobriu que compartilhar suas experiências com eles deu-lhe nova fé em si mesma e sua habilidade de crescer. Ao longo do tempo, Pamela ganhou grande apoio da

comunidade da igreja e de sua reacesa fé em Deus.

Marvin ficou deprimido durante o início de seu último ano do ensino médio. Ele não pensava que qualquer coisa em sua vida estivesse causando esses sentimentos negativos, por isso nunca procurou aconselhamento. Esperando ser medicado, ele foi à um psiquiatra que o diagnosticou como sofrendo de uma depressão “clínica” e “bioquímica”, e por isso colocou-o para tomar Prozac. Dentro de poucos dias, Marvin sentiu uma “elevação” em seu humor. A droga realmente parecia funcionar.

Dentro de mais umas poucas semanas, a personalidade de Marvin, um tanto tímida, começou a passar por uma transformação dramática. Ele agora se sentia “super melhor, mais do que nunca” e “muito extrovertido”. Mas seus pais ficaram preocupados com as mudanças. Ele estava dormindo muito pouco, falando a mil por hora, vestindo roupas estranhas, e perdendo peso. Ele também parou de estudar e, totalmente diferente de si mesmo, faltava às aulas por um capricho.

Embora os efeitos do Prozac sejam descritos na bula que vem com esta substância, bem como no livro *“Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference]”* [308], o psiquiatra não se deu conta de que o Prozac poderia estar causando os sintomas de energia extrema e euforia em Marvin. Em vez disso, o médico mudou o diagnóstico de Marvin de “depressão clínica” para “depressão maníaca” ou “desordem bipolar” (mudanças bruscas de humor). Ele disse à Marvin e seus pais que Marvin estava sofrendo de uma desordem “genética” e “bioquímica”. O médico acrescentou lítio ao Prozac e afirmou que Marvin teria que tomar ambas as drogas psiquiátricas pelo resto de sua vida.

Durante seu primeiro ano de faculdade, Marvin começou a se sentir fraco e sem vida. Ele também começou a ter dificuldade para concentrar sua mente em seus estudos. Ele telefonou para seu psiquiatra e perguntou:

“Será que o lítio ou Prozac podem estar me causando problemas?”

“Não.” disse o médico, “Uma vez que você tem um desequilíbrio bioquímico, as drogas melhoram o funcionamento de sua mente.”

Durante as férias de verão, Marvin procurou a ajuda de um outro psiquiatra que confirmou sua suspeita de que as drogas psiquiátricas poderiam estar suprimindo sua vitalidade e seus processos mentais, em vez de melhorá-los. O novo psiquiatra também informou à Marvin que seu episódio de “mania” durante o ensino médio foi provavelmente causado pelo Prozac. Marvin se sentiu traído por seu médico anterior, o qual nunca tinha mencionado essa possibilidade para ele ou para seus pais.

Durante o verão, Marvin foi desacostumado de ambos: Prozac e lítio. Pela primeira vez desde que começou à tomar Prozac, Marvin se sentiu “como ele mesmo” novamente.

Marvin também iniciou psicoterapia com o seu novo psiquiatra e rapidamente começou a partilhar experiências as quais tinha tido vergonha de contar para qualquer pessoa. Ele lembrou que na época que havia ficado deprimido no ensino médio, tinha repetidamente testemunhado discussões sérias e aos gritos entre seus pais que, geralmente, deixava sua mãe deprimida e em lágrimas. O psiquiatra de Marvin ajudou-o a entender como esses conflitos familiares tiveram um papel proeminente no desenvolvimento inicial de sua depressão. Mais recentemente várias sessões de terapia familiar com sua mãe e seu pai ajudaram Marvin à separar-se emocionalmente dos problemas de seus pais. Eles, por sua vez buscaram ajuda para si mesmos. Marvin foi bem emocionalmente e academicamente, sem drogas psiquiátricas, durante todo o restante da faculdade.

Marjorie estava tendo problemas para lidar com o isolamento e o estresse de criar dois filhos, bem como com a extrema preocupação do seu marido em “conseguir dinheiro para o futuro das crianças”. Ela se sentia tão solitária e desesperançosa com sua situação que tentava não pensar sobre isso durante o dia. Em vez disso, ela ficava acordada e preocupada à noite. Quando ela falou para seu médico de família sobre o seu “sono difícil”, ele receitou o tranquilizante Klonopin antes de dormir a cada noite.

Durante as primeiras poucas noites, Marjorie dormiu muito melhor. Mas dentro de umas poucas semanas, ela estava tendo mais dificuldade em cair no sono e experimentou um aumento do nervosismo e tensão ao acordar pelas manhãs. Ela tornou-se impaciente com suas crianças

e quase violenta com seu marido. Ele por sua vez, temia que ela precisasse ir para um hospital mental, mas sabia que não podia pagar alguém para cuidar dos filhos em sua ausência. Nunca ocorreu a Marjorie ou seu marido que a “pílula para dormir” poderia estar causando ou contribuindo para seus altos e baixos emocionais durante o dia.

Em vez de explicar que Marjorie poderia estar experimentando uma “ansiedade de rebote”, a medida que o efeito do Klonopin terminava a cada manhã, o médico ainda receitou um outro tranquilizante, Xanax, para sua aflição durante o dia. Ele instruiu Marjorie à tomar um ou dois comprimidos de Xanax três ou quatro vezes por dia para “ansiedade”, dependendo de como ela se sentisse. Como muitos médicos, ele pode não ter considerado plenamente os perigos destas drogas psiquiátricas, incluindo a “ansiedade de rebote” entre as doses tomadas.

Agora, Marjorie estava constantemente em um estado emocional instável. Pouco depois de tomar cada comprimido de Xanax, ela se sentia mais calma. Mas também sentia letargia e apatia por causa da sedação. Algumas vezes ela, sem querer, caía no sono no meio do dia, enquanto tentava cuidar de suas crianças. Então, a medida que o efeito da droga psiquiátrica terminava no final da tarde, ela se tornava “hiper” e agitada. Algumas vezes, ela tinha “ataques de pânico” entre as doses. Sua memória também foi afetada; em um “dia ruim”, ela perdia o controle do número de comprimidos de Xanax que tinha tomado. Não importava quantas pílulas para dormir ela tomava, nunca tinha uma noite restauradora e nunca sentia-se renovada pela manhã.

No momento em que Marjorie procurou ajuda para sair das drogas psiquiátricas, ela tinha perdido a fé em sua habilidade de manter sua vida sem medicação. O período em que foi se desacostumando dessas drogas, ao longo de vários meses, foi combinado com psicoterapia.

Na terapia Marjorie aprendeu mais sobre o equilíbrio que ela precisava em sua vida entre criar os filhos e estar com outros adultos em atividades mais estimulantes intelectualmente. Ela se voluntariou na igreja e então foi para o trabalho e para a escola em tempo parcial.

O marido de Marjorie eventualmente concordou em se juntar a ela no aconselhamento de casais. Ele soube que tinha sido uma parte muito importante dos problemas de Marjorie, pois ele tinha abandonado emocionalmente sua esposa e crianças em seus esforços para ganhar a vida.

A mãe e o pai de Andy não queriam lhe dar Ritalina. Eles acreditavam que sua criança era normal e que, com disciplina apropriada e amor consistente, ele iria superar seus problemas de ajustamento à escola. Mas o psicólogo da escola falou que Andy sofria da desordem de hiperatividade e déficit de atenção (DHDA (TDAH)). Ele alertou que Andy precisaria de classes especiais, se não fosse à um médico para obter Ritalina.

Depois de uma discussão de dez minutos com a mãe de Andy, o pediatra da família prescreveu duas doses de Ritalina por dia, uma antes da escola e outra no intervalo para o almoço à ser dada pela enfermeira da escola. Dentro de uma semana, a mãe percebeu que Andy estava mais “hiperativo” do que nunca, à noite. Como ninguém avisou-lhe que o cérebro de Andy poderia “rebotar” na direção contrária do medicamento, resultando em uma maior hiperatividade no final do dia, ela pensou que a condição de seu filho deveria estar piorando.

O pediatra poderia não saber que comumente a Ritalina e outros estimulantes tornam as crianças mais agitadas e tensas à medida que seus efeitos diminuem à noite. Em resposta à um breve telefonema da mãe de Andy, ele acrescentou uma dose de Ritalina no final da tarde totalizando três por dia.

A terceira dose de Ritalina parecia funcionar. De acordo com a babá da tarde, quando Andy chegava em casa da escola, ele tomava sua Ritalina imediatamente e, em seguida, subia as escadas para assistir TV ou fazer sua lição de casa. Mas dentro de uma semana, os pais descobriram que Andy estava ficando acordado durante toda noite. Agora o médico adicionou Dalmane como um sonífero.

Uma manhã, a mãe e o pai de Andy olharam com desânimo para seu filho na mesa do desjejum. Seus corações afundaram com a visão do pequeno companheiro apático, de cara triste. Eles decidiram parar todas as suas medicações, mas não sabiam como fazê-lo. Após uma consulta com um segundo pediatra que queria colocar Andy tomando outro estimulante, Adderall, a mãe e o pai de Andy decidiram procurar ajuda de um médico que fosse crítico da

prática de dar estimulantes para as crianças e que apoiasse os seus esforços para desacostumar Andy dos medicamentos prescritos.

O novo pediatra explicou para ambos, Andy e seus pais, os vários efeitos da abstinência da Ritalina, encorajou-os a manterem um contato próximo, e diminuiu a Ritalina do menino. À medida que a dose foi sendo reduzida, Andy já não precisava de Dalmane para dormir. Dentro de algumas semanas, a mãe e o pai de Andy sentiram que sua criança tinha sido restaurada para eles.

Em vez de enviar Andy de volta para a escola pública, seus pais o matricularam em uma pequena escola particular que se orgulhava em individualizar seus programas de acordo com as necessidades de seus estudantes. Para a sua alegria a criança que “precisava Ritalina” na escola pública foi muito bem na escola particular desde o primeiro dia de aula. Em retrospectiva, eles estavam apavorados com o quão perto tinham chegado de submeter sua criança à ser drogada por anos, de maneira a fazê-la se conformar com o sistema escolar local.

Hoje em dia as empresas de drogas psiquiátricas estão fazendo propaganda de toda uma série nova de drogas estimulantes de alívio imediato ou de ação prolongada (Ver Apêndice A). Embora atualmente Andy possa estar recebendo receitas de uma delas, talvez, Strattera, o resultado disto permanece inalterado. Todas as drogas estimulantes compartilham essencialmente os mesmos efeitos adversos. Elas funcionam à curto prazo produzindo uma supressão do comportamento espontâneo, combinado com um reforço do comportamento obsessivo-compulsivo, tudo isso é então confundido com uma melhora. Nenhuma das drogas psiquiátricas mostrou eficácia comprovada a longo prazo, mesmo no que diz respeito à supressão do comportamento. E não foi demonstrado que alguma delas melhore a aprendizagem de uma criança, o trabalho escolar, a vida social ou o caráter psicológico (ver Capítulo 2). Em adição a isso, as preparações de ação prolongada tem duas desvantagens: Primeiro, elas tornam menos incômodo para os adultos de administrar estas drogas, assim incentivando ainda mais a sua utilização; e segundo, quando uma reação adversa se desenvolve, ela vai durar mais tempo porque o corpo não pode rapidamente livrar-se da droga. O leitor pode supor que estas reações negativas às drogas psiquiátricas são raras, mas, na realidade elas são bastante comuns. Além disso, o dano que causam muitas vezes passa despercebido ou é atribuído a outra coisa que não os medicamentos. As histórias que você acabou de ler ilustram vários problemas potencialmente sérios os quais eventualmente você fará face, se você ou um membro da família tomar medicamentos psiquiátricos;

- Você provavelmente não será informado como precisa sobre os efeitos negativos de uma droga psiquiátrica antes de fazer uma decisão consciente sobre tomá-la ou não. Esta falta de informação também irá tornar mais difícil para você reconhecer os efeitos adversos que se desenvolvem depois de começar a tomá-la.
- Se você desenvolver uma reação adversa à droga psiquiátrica, seu médico pode não ver isso, negar que seja possível, ou decidir que você precisa de mais desta mesma substância ou de outra medicação.
- Se você parar a droga psiquiátrica abruptamente reações de abstinência sérias podem acontecer. Este resultado pode levar o seu médico à aumentar a dose destas drogas quando, de fato, você precisa parar de tomá-las de forma mais gradual.

As histórias acima também ilustram alguns aspectos importantes do processo de retirada da droga psiquiátrica, que o seu médico pode falhar em comunicar para você:

- Provavelmente o erro mais comum cometido por médicos e pacientes é retirar a droga psiquiátrica muito rapidamente. Especialmente se você já vem tomando a medicação por várias

semanas ou mais, ou se você estiver tomando grandes doses, é quase sempre preferível ir reduzindo lentamente.

- Mesmo que muitas pessoas consigam, sem dificuldade, parar de tomar a maioria dos tipos de medicação psiquiátrica, mantenha em mente a possibilidade de que você pode passar por severas reações emocionais e físicas quando você tentar parar.
- Quando você estiver tentando se afastar das drogas psiquiátricas, tu precisas prestar muita atenção às suas reações emocionais. Você também vai se beneficiar de uma rede de apoio de familiares e amigos que entendam o que você está passando. Frequentemente, a terapia ou o aconselhamento podem ajudá-lo com problemas subjacentes que podem ressurgir à medida que você começa a ficar livre das drogas. A terapia também pode ajudá-lo com quaisquer problemas que tenham se desenvolvido como resultado de você ter tomado estas drogas.

1.3 Como este livro pode ajudar

Se você estiver pensando em tomar uma droga psiquiátrica, mas permanece em dúvida sobre efetivamente fazer isso, este livro pode fornecer as informações que você necessita para decidir mais conscientemente. Na sua situação, você pode estar se perguntando se o uso de drogas que alteram a mente é o caminho errado para irmos se queremos lidar com o estresse, conflito ou problemas psicológicos. Você pode estar preocupado em se tornar dependente dessas drogas de uma forma que mina a sua auto-confiança. Ou você pode ter lido ou ouvido muitas coisas boas sobre as drogas psiquiátricas, mas pondera se essas alegações são exageradas ou se há um lado inferior escondido. Todas estas circunstâncias, e mais, são consideradas nos capítulos que se seguem.

Este livro também pode ser útil se você estiver cogitando em parar de tomar drogas psiquiátricas. Mesmo que você sinta que os medicamentos melhoraram sua vida, você pode eventualmente querer ficar livre deles. Você pode se perguntar se a melhora que você sentiu depois de começar a tomar essas substâncias foi devido aos seus próprios esforços pessoais ao invés de qualquer efeito delas. Você pode sentir que existe um custo em tomar drogas psiquiátricas - um entorpecimento das suas emoções, uma desaceleração de seus processos de pensamento ou de memória, uma falta de brilho na atitude em relação à vida em geral.

Talvez você também queira parar de tomar drogas psiquiátricas, a fim de se sentir no controle de si mesmo e não à mercê de um medicamento, para avaliar apropriadamente o seu estado mental, enquanto estiver livre de substâncias que alteram a mente, para contactar o seus recursos psicológicos mais profundos, e definir para si mesmo o tipo de vida que vale ser vivida e ir atrás dela com uma mente e cérebro mais claros. Você pode sentir que tomar drogas psicoativas não é consistente com o estilo de vida mais saudável, e menos artificial que você deseja. Este livro vai encorajá-lo a fazer as mudanças que você quer fazer.

Sem atribuir seus problemas ao consumo dessas drogas, você pode estar sofrendo de um ou mais dos vários sintomas que são identificados no Capítulo 4 como sendo comumente causados por drogas psiquiátricas, incluindo memória ou concentração ruim, dores de cabeça, visão turva ou outras dificuldades com a leitura ou vista, insônia, dores de estômago, problemas com a bexiga ou a função intestinal, problemas sexuais, perda ou ganho excessivo de peso, fadiga e letargia, falta de coordenação, tremores ou falta de jeito, irritabilidade, impaciência, ansiedade e depressão. Alternativamente, você pode ter desenvolvido um tique facial ou contração muscular que pode piorar e tornar-se permanente.

Talvez você queira entender por que tem se sentido pior em alguns aspectos, desde que começou a tomar algum tipo de droga psiquiátrica. Poderiam ser as próprias drogas que estão te tornando

emocionalmente embotado, hipersensível, desinteressado em sexo ou outros prazeres, afastado de seus entes queridos, ou estressado? De fato, muitos efeitos adversos dessas drogas são difíceis de distinguir de problemas emocionais. Este livro pode ajudar você a decidir se as drogas, ao invés de suas dificuldades psicológicas, são responsáveis por fazer você se sentir pior.

Ou talvez seu médico queira que você fique tomando certos medicamentos enquanto tenta elevar as doses ou receitar novas combinações, mas você suspeita que parar de ingerir essas substâncias é a única maneira de descobrir se elas estão fazendo mais mal do que bem. De fato, parar de tomar as drogas psiquiátricas muitas vezes é a única maneira de descobrir que elas têm sido a fonte de seus sintomas persistentes. Este livro pode ajudar você e seu médico à chegar em uma decisão de sair destas drogas, a fim de avaliar com mais acuidade os seus efeitos.

Você pode ter tentado parar de tomar drogas psiquiátricas no passado e falhou por causa da sua resposta emocional ou física, nos dias, semanas ou mesmo meses depois da tentativa. Você vai aprender neste livro que suas reações podem ter sido causadas por abstinência dessas drogas e não devido aos seus problemas psiquiátricos ou psicológicos.

1.4 Mais razões para parar de tomar drogas psiquiátricas

O seu médico pode ter ouvido ou lido que tomar drogas psiquiátricas é supostamente uma ajuda na psicoterapia, tornando mais fácil para os pacientes se comunicarem e lidarem com seus sentimentos. A experiência dos autores é muito diferente. Nós descobrimos que as drogas psiquiátricas suprimem sentimentos e afastam as pessoas de si mesmas. Isso torna mais difícil explorar, identificar e canalizar as emoções. Desacostumar-se das drogas psiquiátricas pode melhorar a sua habilidade de se beneficiar de qualquer relacionamento pessoal ou educacional, incluindo a terapia.

Você pode estar tomando essas drogas por um longo tempo e já não pode dizer se elas estão fazendo muito bem. Poucos estudos mostram um efeito positivo das drogas psiquiátricas para além de quatro a seis semanas de duração. Importantes estudos recentes revistos na introdução de David Cohen revelam que menos de um terço das pessoas recebendo tratamentos com drogas para a depressão, esquizofrenia, ou desordem bipolar experimentam remissões sustentadas mesmo depois de dois anos de tratamento. Além disso, há muito pouca informação disponível sobre os perigos de longo prazo dessas drogas¹.

Mesmo se você não planeja parar completamente de tomar drogas psiquiátricas, você pode querer reduzir para uma dose mínima eficaz no seu caso. Drogas psiquiátricas são muitas vezes dadas em doses que excedem os níveis recomendados ou aprovados, assim, substancialmente aumentando seus perigos. Da mesma forma, você pode querer reduzir o número de tipos destas drogas que você está a tomando. Muitas vezes os médicos prescrevem drogas psiquiátricas em combinações perigosas. E uma vez que muito poucas dessas drogas foram testadas ou aprovadas para uso em combinação com outras, você se torna essencialmente um cobaia experimental quando recebe duas ou mais drogas psiquiátricas ao mesmo tempo. Enquanto isso, é comum para os pacientes ficarem pior e pior, enquanto um número crescente de drogas vão sendo prescritas, sem qualquer questionamento de seus médicos sobre a possibilidade das drogas em si mesmas terem se tornado o problema.

Os médicos frequentemente dizem aos pacientes para não se preocupar com os efeitos adversos das drogas psiquiátricas, porque elas estão sendo prescritas em “doses pequenas”. Mas tenha em mente que as pessoas variam enormemente em termos de sua sensibilidade aos efeitos destas substâncias. Assim você pode ter uma reação séria, até mesmo com risco de vida após a uma dose relativamente pequena de uma droga.

¹A curta duração dos estudos envolvendo drogas psiquiátricas, e a escassez de estudos de longo prazo dos efeitos adversos, são discutidos em Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]) e Breggin & Breggin (1994 [53]).

Embora você possa ter, muitas vezes querido parar de tomar drogas psiquiátricas, você pode perceber que podem haver perigos envolvidos em fazê-lo. Evidências sugerem que todas essas drogas podem produzir reações de abstinência. Algumas delas podem ser bastante aflitivas ou mesmo desabilitadoras. Na maioria dos casos, as drogas psiquiátricas devem ser retiradas lentamente, de preferência sob a supervisão clínica de profissionais experientes e, principalmente, com cuidadosa atenção em como você está se sentindo e reagindo à mudança.

Durante a gravidez e aleitamento, as mulheres devem fazer todos os esforços possíveis para parar de tomar drogas psiquiátricas, a fim de evitar danos ao feto ou bebê. Todas essas drogas têm a capacidade de atravessar a que é chamada barreira sanguínea-cerebral, a fim de entrar no cérebro. A mesma capacidade permite à essas substâncias atravessarem a placenta a circular na corrente sanguínea do feto e, de lá, entrar no cérebro do infante não nascido. Similarmente as drogas psiquiátricas entram no leite materno e, portanto, também afetam o cérebro dos lactentes. Além disso, os antidepressivos causam distintas reações de abstinência e aflitivas em recém-nascidos cujas mães foram medicadas durante o último trimestre da gravidez. De forma concordante, todas as drogas psiquiátricas podem despereçar a função cerebral de ambos: o feto e o lactente. Embora poucos estudos tentaram medir quaisquer efeitos potenciais duradouros no cérebro, que podem resultar dessa exposição à droga no início da vida, o suficiente é conhecido no campo da neurotoxicidade no desenvolvimento que justifique avisar os pais para evitar tomar drogas psiquiátricas durante a gravidez e durante a amamentação (Vitiello, 1998).

Em adição à isso, algumas drogas psiquiátricas são conhecidas por causar anormalidades físicas óbvias, como resultado da exposição fetal. Por exemplo, mulheres que tomam lítio ou Depakote durante a gravidez expõem seus infantes a um aumento da taxa de defeitos cardíacos. Informações sobre defeitos de nascimento conhecidos, causados por drogas psiquiátricas individuais, podem ser encontradas em muitas fontes padronizadas, incluindo a “*Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference]*”.

Este livro fornece uma revisão das reações de abstinência associadas com drogas psiquiátricas individuais e descreve métodos para sair delas da forma mais segura possível.

1.5 Se alguém importante para ti está tomando drogas psiquiátricas

Você pode inicialmente ter incentivado seu marido ou esposa a tomar drogas psiquiátricas para combater um problema psicológico ou emocional. Talvez o seu médico tenha dito que o lítio ou Depakote iria “suavizar” o humor do seu cônjuge e fazer ele ou ela mais fácil de se conviver. Ou talvez você chegou a receber receitas de estimulantes para controlar o comportamento de sua criança. Mas, então, depois de algumas semanas ou meses de aparente melhora, você começou a notar mudanças negativas no comportamento destes indivíduos.

As drogas podem parecer estar tornando o indivíduo querido menos sensível, menos em contato, menos interessado em desfrutar da companhia de amigos e familiares até mesmo menos amoroso. Ele ou ela pode parecer mais irritado ou distante. Em algumas instâncias, especialmente quando a supervisão médica tem sido inadequada, pessoas desenvolveram psicoses tóxicas - estados de disfunção cerebral severos, induzidos pela droga, com perda de contato com a realidade e comportamento bizarro.

Muitas vezes os médicos descartam sinais de alerta, tais como comunicados da família de que o paciente “não está agindo certo”, “parece mais irritado e impaciente”, ou está “ficando quieto e retirado”. Falhas em interromper a droga psiquiátrica ofensora, nos primeiros sinais de uma reação emocional adversa, podem levar a consequências desastrosas tais como: uma mudança de personali-

dade, ou psicose severa, induzida por essas substâncias. Drogas como Paxil, Prozac, Effexor, Zoloft, Xanax, Strattera, e Ritalina têm estado implicadas em muitos casos, na produção ou agravamento de depressão, ideação suicida e comportamento agressivo².

Talvez você seja um professor escolar cujos estudantes tem tomado Ritalina ou outras drogas estimulantes. Existem políticas escolares que encorajam que se recomende que as crianças difíceis sejam encaminhadas para uma avaliação com possível medicação. Apesar de que, com os medicamentos, algumas das crianças fiquem mais quietas e mais fáceis de administrar, o “brilho” de seus olhos parece ter desaparecido. Elas parecem vazias ou entorpecidas. O que está sendo sacrificado para a conveniência da escola? Você precisa de mais fatos a respeito do que as drogas psiquiátricas estão realmente fazendo com essas crianças.

Alternativamente, você pode ser um profissional de saúde, como um pediatra ou um psicólogo, que tem estado envolvido em diagnosticar ou receitar drogas psiquiátricas para crianças ou adultos. Você sempre tem dado como garantido o que leu ou ouviu sobre o quão seguro e eficaz elas são, mas sua própria experiência clínica está levantando dúvidas. Será que você pode ter sido enganado pelas empresas de drogas farmacêuticas e pelos “especialistas”? Você gostaria de obter mais informações sobre os efeitos adversos e técnicas para ajudar seus pacientes ou clientes a retirarem a medicação. Com a possível exceção de drogas psíquicas notoriamente mais viciantes, como os tranquilizantes Xanax e Valium, mesmo os médicos raramente aprendem muito sobre como ajudar seus pacientes a sair das drogas psiquiátricas.

Fontes que defendem o uso de drogas psiquiátricas estão prontamente disponíveis em bibliotecas e livrarias, por isso não devemos ocupar espaço aqui, repetindo os argumentos padronizados em favor delas. Pelo contrário, acreditamos que os benefícios dessas drogas são muito exagerados, que as suas desvantagens são muitas vezes minimizadas, e que há muito pouca informação sobre como parar de tomá-las. Este livro é, de fato, o primeiro e único a se focalizar, sobre tudo, no problema do porquê e como parar de tomar medicamentos psiquiátricos. Nós não estamos, contudo, tentando convencer ninguém a não tomar drogas prescritas. Nós estamos simplesmente fornecendo um ponto de vista mais crítico do que o disponível já pronto. Para críticas mais bem documentadas da psiquiatria materialista e das drogas psiquiátricas, consulte o seguinte: Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]); Breggin & Breggin (1994 [53]); Cohen (1990 [117], 1994 [111], 1997a [92]); Fisher & Greenberg (1989 [153], 1997 [156]); Jacobs, 1995 [211]; Mender, 1994 [275], e Mosher & Burti, 1994 [290].

1.6 Uma decisão independente

Escolher entre não tomar ou tomar drogas psiquiátricas deve ser uma decisão independente e pessoal. A lei e a ética apoiam o direito dos adultos competentes de fazer tal decisão.

Nos últimos anos, as virtudes das drogas psiquiátricas têm sido amplamente exaltadas, mas uma decisão informada só pode ser feita quando as pessoas também têm acesso a uma visão mais crítica dessas drogas e uma análise franca de seus riscos. A lei também apóia o direito das pessoas de serem plenamente informadas sobre os perigos potenciais antes de concordar com a recomendação de um médico de tomar uma droga.

Idealmente, a retirada deve ser um esforço colaborativo envolvendo o indivíduo que deseja interromper a medicação, um consultor competente ou terapeuta, e a família ou amigos quando necessário. É claro, que muitos pacientes param de tomar drogas psiquiátricas por conta própria. De fato, enquanto muitos médicos encorajam os pacientes a tomar essas drogas por períodos de tempo

²Casos de violência e suicídio relacionados aos efeitos de drogas psiquiátricas são descritos em Breggin & Breggin (1994 [53]) e Breggin (1997a [55]). Além disso, Peter Breggin testemunhou em inúmeros casos judiciais envolvendo reações comportamentais, nocivas ou perigosas, associadas com drogas como Prozac, Zoloft, Xanax, Klonopin e Ritalina. Exemplos de casos legais estão listados em *www.breggin.com*.

aparentemente intermináveis, a maioria dos pacientes para por conta própria. Muitas vezes eles o fazem sem qualquer dificuldade. Mas às vezes se deparam com problemas sérios de abstinência.

Pode ser difícil prever quem vai conseguir facilmente e quem poderá experimentar aflição profunda durante a abstinência da droga psiquiátrica. Contudo, a experiência clínica confirma que quanto maior as doses e quanto mais longa a exposição a droga, mais aflições você poderá esperar durante a abstinência.

Parar o uso de longo prazo de drogas “antipsicóticas” como Risperdal e Zyprexa pode ser emocionalmente e fisicamente difícil e deve ser feito muito lentamente, com uma grande quantidade de suporte social. Parar o uso de longo prazo do lítio pode levar a reações emocionais severas, incluindo mania. Parar o uso de curto prazo de tranquilizantes menores, tais como Xanax, Klonopin, Valium e Ativan, pode causar agitação ansiosa, insônia, ou até mesmo convulsões. E parar quase todos os antidepressivos, incluindo os mais novos, pode levar à depressão e até sentimentos suicidas.

Este livro revê os perigos das drogas psiquiátricas em geral, examina as reações de abstinência potenciais da maioria das classes dessas drogas em uso atualmente, e faz sugestões específicas sobre como parar de tomar estas substâncias da forma mais segura possível. Conclui com uma discussão de como você e seu terapeuta podem lidar com as crises emocionais, sem recorrer a drogas.

Não deixe que ninguém te pressione para iniciar ou continuar tomando drogas psiquiátricas. Como um adulto competente, você tem o direito ético e legal para tomar suas próprias decisões sobre tomar ou não essas drogas. Você também tem o direito legal de ser completamente informado com antecedência sobre os perigos de qualquer droga psiquiátrica, incluindo os efeitos na sua abstinência.

Não importa quantos médicos favoreçam uma ou outra droga psiquiátrica, você pode e deve decidir por si mesmo. Suas decisões sobre tomar ou rejeitar as drogas precisam ser feitas sem pressão coerciva dos médicos e, na ausência de exagero, desinformação e engano.

Da mesma forma, não deixe ninguém induzi-lo a parar de tomar drogas psiquiátricas antes de estar pronto. Esta decisão, também, tem que ser sua. Se você já começou a sair dessas drogas, não deixe ninguém te apressar. Você é o melhor juiz do quanto pode manusear durante a retirada da droga psíquica, e você tem o direito de ir no seu próprio passo.

Capítulo 2

Os Limites das Drogas Psiquiátricas

As empresas de drogas farmacêuticas e a psiquiatria organizada têm conduzido uma campanha mundial para convencer, um número cada vez maior de pessoas, a tomar drogas psiquiátricas. Na reunião anual de 1998 da Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association], uma aliança de “defensores da doença mental”, anunciou os resultados da sua pesquisa internacional: Dois terços das pessoas “com desordens psiquiátricas”, muitas vezes esperam de dois até cinco anos, ou mais, antes de procurar tratamento. Esta pesquisa foi financiada por uma doação da Bristol-Myers Squibb Company, que fabrica tanto uma droga antidepressiva quanto um ansiolítico¹. Os resultados foram apresentados e discutidos na reunião psiquiátrica de maior prestígio do mundo por professores da *Escola Médica de Harvard*, da *Escola Médica da Universidade de Nova York*, e da *Universidade de Toronto*.

O levantamento involuntariamente confirmou, uma das principais razões devido a qual, muitas pessoas não procuram tratamento: O tratamento frequentemente faz mais mal do que bem. Mais de 50 por cento dos pacientes abandonam o tratamento com drogas psiquiátricas “devido aos efeitos colaterais”, induzidos por drogas, incluindo “problemas de sono, ansiedade e agitação, e disfunção sexual”. Estes resultados confirmam as evidentes limitações do tratamento com drogas; contudo o diretor da pesquisa anunciou a necessidade de uma campanha “mundial” para incentivar mais pessoas a procurar tratamento psiquiátrico. Uma pesquisa mais recente mostrou que 42 por cento dos adultos norte-americanos, que receberam uma receita médica de um antidepressivo entre 1996 e 2001, pararam de tomá-lo dentro de um mês; somente 28 por cento permaneceram com a droga após três meses (Olfson et al., 2006 [295]).

O *Instituto Nacional de Saúde Mental* [*National Institute of Mental Health (NIMH)*] e as empresas de drogas farmacêuticas tem colocado uma ênfase crescente no marketing de drogas psiquiátricas para crianças². Consistente com esta estratégia, a pesquisa demandou “tratamento agressivo na infância e adolescência”. Crianças, é claro, têm menos poder do que os adultos de rejeitar as drogas, não importa o quão ruim os efeitos adversos se tornem.

Afirmar que “doença mental” é causado por “desequilíbrios bioquímicos” é a maior investida de relações públicas atualmente, na promoção de drogas. Em anúncios de revista e durante as consultas com os médicos em seus consultórios, os pacientes em potencial estão repetidamente ouvindo que as drogas psiquiátricas “trabalham”, corrigindo conhecidos “desequilíbrios bioquímicos” nos cérebros (Lacasse & Leo, 2005 [237]). Relatos da mídia tratam essas reivindicações como o evangelho da verdade, e a Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] relata que 75 por cento dos americanos acreditam nelas (APA, 2005 [7]). Qual é a base para estas afirmações?

¹PRNewswire, 1998 [312]. O grupo referenciado na bibliografia é a Aliança Global da Rede de Advocacia de Doença Mental (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks - GAMIAN).

²Essa estratégia de marketing é descrita por Tanouye (1997) e pelos psiquiatras Vitiello e Jensen (1997). É também revisada em Breggin (1998a [57], cap. 15).

2.1 Como aprendemos o que as drogas psiquiátricas fazem

Durante o processo de aprovação da FDA, as novas drogas psiquiátricas são primeiramente testadas em animais saudáveis para ver se elas têm efeitos semelhantes às já utilizadas, tais como outros antidepressivos ou estimulantes. Elas são escolhidas para testes futuros em seres humanos com base em seus efeitos em animais. Assim, se elas causam perda de apetite, perda de peso, e hiperatividade em animais, eles serão testados em pessoas como “estimulantes” ou talvez como “antidepressivos”, e se elas produzem um efeito calmante, reflexos lentos, e sono em animais, elas serão testadas em pessoas como pílulas para dormir ou tranquilizantes.

Depois de ser analisados os efeitos em animais, as drogas psiquiátricas são testadas em voluntários saudáveis para fazer uma estimativa grosseira da segurança e para determinar as doses necessárias para alcançar um impacto terapêutico. Só então elas são testadas em grupos diagnosticados específicos de pacientes. Os efeitos da droga psíquica, que sejam os mesmos em animais e voluntários saudáveis, e em pacientes psiquiátricos diagnosticados, são o resultado das drogas, e geram um impacto nestes animais, voluntários e pacientes.

O processo de teste das drogas para a aprovação da FDA confirma assim, passo a passo, que as drogas psiquiátricas têm os mesmos efeitos em animais saudáveis, pessoas saudáveis e pacientes com diagnósticos psiquiátricos.

2.2 Como as drogas psiquiátricas atuais afetam animais e pessoas

Nem todas as drogas psiquiátricas foram descobertas através do processo de análise dos seus efeitos em animais. Às vezes, os efeitos foram descobertos nas pessoas acidentalmente. No entanto, verifica-se que as drogas têm os mesmos efeitos em animais e voluntários saudáveis bem como em pacientes.

Por exemplo, os chamados ansiolíticos como Xanax, Ativan, e Klonopin tem os mesmos efeitos calmantes em animais e voluntários saudáveis bem como em pessoas ansiosas. Com o aumento da dose, essas drogas vão colocar todas as criaturas para dormir e, eventualmente, em coma, potencialmente fatal. As drogas também trazem os mesmos efeitos adversos, como perda de memória, em animais e voluntários saudáveis, e nos pacientes diagnosticados.

Estimulantes também afetam os animais e as pessoas da mesma forma característica. Eles produzem “ratos enjaulados bonzinhos” tanto quanto “crianças quietas na escola”³. Os animais drogados, como crianças censuradas na escola, perdem a motivação para explorar, inovar, socializar, e escapar. Ao invés disso, eles se sentam em suas jaulas executando tarefas, sem sentido, tais como arrumar-se repetitivamente ou morder as barras.

Mesmo agentes antipsicóticos têm os mesmos efeitos em animais bem como em pessoas, produzindo distúrbios de apatia, indiferença, docilidade, e movimento, em todas as criaturas⁴.

2.3 Podemos comprovar os desequilíbrios bioquímicos?

Devido a restrições éticas e legais, os pesquisadores não podem realizar estudos que certamente causarão danos cerebrais em sujeitos humanos. Por exemplo, eles não estão autorizados a implantar eletrodos ou injetar pequenas quantidades de drogas no tecido cerebral de pacientes vivos para testar

³Breggin (1998a [57]). Veja também o Capítulo 3 para uma exposição sobre a Ritalina.

⁴Documentado em Breggin (1983a [46], 1997a [55]) e Cohen (1997) [92].

os efeitos destas drogas experimentais. Como não há outra maneira de fazê-lo, a pesquisa básica sobre os efeitos bioquímicos das drogas é realizada em animais, em vez de humanos. A maioria das informações, sobre um efeito bioquímico de drogas psiquiátricas, é deduzida a partir da realização de testes em cérebros de animais vivos ou, mais frequentemente, matando os animais, a fim de estudar os seus tecidos cerebrais após a exposição às drogas. Além disso, os animais quase nunca tem nada de errado com eles, os efeitos de drogas estão sendo estudadas em cérebros de mamíferos saudáveis.

Em resumo, ao explicar como uma droga psiquiátrica como o Prozac ou lítio afeta a bioquímica do cérebro humano, os pesquisadores estão se baseando quase que inteiramente em pesquisas com animais realizadas em cérebros normais de mamíferos, em vez de a partir de estudos que envolvam pessoas com supostos desequilíbrios bioquímicos no cérebro!

O conceito de desequilíbrios bioquímicos em pessoas diagnosticadas com depressão, ansiedade, ou outros “distúrbios” permanece altamente especulativo e até mesmo suspeito. Embora tenhamos muitas razões para duvidar da validade deste conceito, não há no presente nenhuma maneira de provar sua validade. Especificamente, nos falta a capacidade técnica para medir as concentrações bioquímicas nas sinapses, entre as células nervosas. Embora os defensores de medicamentos muitas vezes falem com aparente confiança sobre como as drogas psiquiátricas podem corrigir os desequilíbrios bioquímicos no cérebro, eles estão apenas sendo indulgentes com pura especulação ou utilizando figuras de linguagem que eles sabem que vão ressoar com suas audiências. Existem poucas evidências da existência de qualquer um desses tais desequilíbrios e absolutamente nenhuma maneira de demonstrar como as drogas iriam afetá-los caso eles existissem.

2.4 Causando desequilíbrios bioquímicos ao invés de curá-los

Tal como confirmado na pesquisa com animais, todas as drogas psiquiátricas afetam diretamente a química normal do cérebro, interrompendo-a. Ritalina, por exemplo, é conhecida por produzir hiperatividade em três sistemas de neurotransmissores do cérebro: dopamina, norepinefrina e serotonina. Contudo, o fato de que uma droga aumente a atividade das células do cérebro de modo algum indica que ela vá aumentar a atividade comportamental.

No caso de estimulantes como a Ritalina ou anfetaminas, os efeitos sobre as pessoas são muito complexos, variáveis, mesmo em um mesmo usuário em momentos diferentes, e por vezes de forma inconsistente. Muitas vezes, essas drogas subjugam ou entorpecem aqueles que as tomam, tornando-os mais dóceis e manipuláveis. Este é precisamente o motivo pelo qual elas são usadas para tratar problemas de comportamento em crianças. Em outras ocasiões, contudo, os estimulantes produzem efeitos opostos, tornando algumas crianças e adultos hiperativos e impulsivos.

Prozac, Zoloft, Paxil, e Luvox produzem hiperatividade no sistema da serotonina, mas como os nervos serotoninérgicos se ramificam por todo o cérebro, os efeitos são generalizados e, finalmente, envolvem outros sistemas de neurotransmissores tais como o da dopamina. Os tranquilizantes menores, tais como Xanax, Valium, Klonopina e Ativan, ainda produzem hiperatividade em outro sistema neurotransmissor, GABA; mas a ativação do GABA produz um efeito inibitório sobre o funcionamento global do cérebro.

É importante manter isso em mente: O cérebro é sempre prejudicado por drogas psiquiátricas⁵. Se uma droga é forte o suficiente para ter um efeito supostamente positivo, então ela está interrompendo a função normal do cérebro. Embora esta conclusão possa parecer controversa, ela é suportada pelo senso comum e por uma enorme quantidade de pesquisa científica detalhando os desequilíbrios

⁵Este conceito - de que as drogas psiquiátricas sempre prejudicam a função cerebral - é explicado em termos médicos detalhados em Breggin (1997a [55], cap. 1).

bioquímicos, no cérebro, criados pela medicação psiquiátrica⁶. Estes desequilíbrios bioquímicos induzidos por drogas comumente causam distúrbios psiquiátricos na prática clínica rotineira. Um exemplo notório do quão longe os pesquisadores podem ir para negar os danos causados pelas drogas psicotrópicas é ilustrado por um relatório no qual os pesquisadores descobriram gliose - tecido cicatrizante ao redor dos neurônios o que é um sinal típico de morte celular e degeneração - em macacos rhesus saudáveis depois que receberam drogas antipsicóticas. Os pesquisadores, no entanto propuseram que a gliose “pode ser benéfica para a função cortical, apesar da conotação negativa do termo ‘gliose’, devido à longamente estabelecida associação com os processos neurodegenerativos” (Selemon et al., 1999 [338])!

2.5 Mais falhas no mito dos desequilíbrios bioquímicos

Mesmo que se descubra que alguns problemas emocionais são causados por desequilíbrios bioquímicos sutis, ainda que não detectados, estes achados não serão uma justificativa racional para a utilização de qualquer uma das drogas psiquiátricas que estão atualmente disponíveis. Devido ao fato que elas impedem o funcionamento normal do cérebro, tais drogas somente aumentam qualquer disfunção cerebral existente. Quando as drogas psiquiátricas são dadas aos pacientes que possuem disfunções cerebrais conhecidos como traumatismo craniano ou distúrbio hormonal, estas drogas aumentam a sua disfunção cerebral, frequentemente causando deterioração mental adicional. Clínicos experientes que trabalham com pacientes com lesões cerebrais, por exemplo, evitam prescrever para eles químicos que alterem o funcionamento do cérebro. E os endocrinologistas tentam corrigir problemas hormonais reais em vez de suprimir seus sintomas com drogas psiquiátricas. Infelizmente, a literatura psiquiátrica também está repleta de exemplos da prática oposta; prescrições de várias drogas psiquiátricas para pessoas com lesões cerebrais traumáticas, apesar da falta de evidências de que esses tratamentos reduzem os problemas de comportamento em tais pacientes.

Se as drogas psiquiátricas pudessem corrigir desequilíbrios bioquímicos específicos, tipos específicos de drogas, para desordens específicas, estariam disponíveis. Mas este não é o caso. Por exemplo, mesmo que Prozac afete principalmente apenas um sistema neurotransmissor, ele é usado com um suposto sucesso para uma faixa ampla de dificuldades, da ansiedade à depressão até problemas de comportamento em crianças. O mesmo tem sido verdadeiro para outras drogas psiquiátricas. Mesmo os primeiros “antipsicóticos”, tais como Thorazina, foram originalmente comercializados para quase todos os problemas humanos possíveis, desde dificuldades comportamentais em crianças até insônia e ansiedade em adultos, bem como para uma variedade de supostos distúrbios psicossomáticos, incluindo problemas digestivos e de pele. Similarmente, os estimulantes, tais como Ritalina e anfetamina, foram originalmente anunciados em propagandas, não só para controle comportamental de crianças mas também para estresse e depressão - e até mesmo para energizar as pessoas de idade.

Além disso, muitos distúrbios psiquiátricos são tratados com uma variedade de drogas de ampla variação de efeitos bioquímicos. O tratamento para a depressão, por exemplo, envolve drogas que afetam os sistemas da serotonina, noradrenalina, acetilcolina, dopamina e GABA.

Nenhuma droga psiquiátrica jamais foi adaptada à uma desordem bioquímica conhecida. Em vez disso, estas drogas são comercializadas com base naquilo que elas “funcionam” em testes clínicos breves de um grupo de diagnóstico particular - embora os sujeitos neste grupo, tipicamente, têm outros diagnósticos também e podem ter pouco em comum uns com os outros (Cohen e Jacobs, 2007 [113]). As empresas de drogas psiquiátricas, são seguidas pelos defensores de droga, então constroem um argumento sugerindo que os medicamentos devem estar corrigindo um desequilíbrio bioquímico

⁶Uma confirmação de que todas as drogas psiquiátricas interrompem processos bioquímicos do cérebro pode ser encontrada na forma resumida, em referência a maioria destas drogas, em quase qualquer livro texto psiquiátrico ou psicofarmacológico. Eufemismos como aumentar ou ativar podem ser usados em tais livros, mas o leitor deve ser capaz de verificar que em cada caso, uma mudança mensurável na função normal dos cérebros está envolvida.

neste grupo de pacientes.

Ao mesmo tempo, nenhum desequilíbrio bioquímico foi jamais documentado, com certeza, em associação com qualquer diagnóstico psiquiátrico. Continua a caçada por estes desequilíbrios elusivos; mas sua existência é pura especulação, inspirada por aqueles que defendem as drogas⁷

2.6 Anestesia da alma

Argumentar que as drogas psiquiátricas “funcionam”, corrigindo um desequilíbrio bioquímico, em pacientes, é semelhante ao argumento de que a anestesia cirúrgica torna pacientes inconscientes, corrigindo um desequilíbrio bioquímico neles. A comparação não é absurda. Algumas drogas psiquiátricas, como os benzodiazepínicos, podem e são dadas em doses mais elevadas para produzir anestesia cirúrgica. E a droga “antipsicótica” original, Thorazine, foi usada pela primeira vez por um cirurgião francês que notou que ela era útil para fazer os pacientes cirúrgicos indiferentes ou apáticos em relação à dor que eles estavam passando⁸. Há também evidências de que os Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IsRSS [SSRIs]) podem produzir uma determinada espécie de embotamento emocional, apatia e indiferença (Barnhart et al., 2004 [29]; Garland e Baerg, 2005; Hoehn-Saric et al., 1990 [203]; Obproek et al., 2002). Uma evidência científica pode ser defendida para apoiar a hipótese de que a maioria das drogas psiquiátricas “funcionam” produzindo uma espécie de anestesia da mente, espírito, ou sentimentos (Breggin, 1991 [49], 1997a [55]).

2.7 O que significa “melhora” no contexto das drogas psiquiátricas?

Se uma pessoa cai no sono mais rapidamente, devido aos efeitos químicos de um comprimido para dormir, como Ambien, ou torna-se mais calma depois de tomar um calmante, como Valium, o efeito é devido a uma supressão da função cerebral. O impacto das drogas, de fato, é muito semelhante ao do álcool. Todos os três agentes - Ambien, Valium e álcool - ativam um sistema inibitório no cérebro chamado GABA. Este sistema inibitório, quando fica hiperativado por uma droga, causa diferentes graus de supressão do cérebro que, após doses altas o suficiente, vão produzir sono e depois coma. As anormalidades causadas, no sistema GABA, podem ser estudadas em cérebros de animais. Várias anormalidades nas ondas cerebrais em humanos demonstram como as drogas perturbam os padrões normais de vigília/sono das pessoas, independentemente delas terem ou não um problema de sono ou ansiedade.

Similarmente, nos casos em que as oscilações de humor de um indivíduo parecem ter sido “suavizadas” pelo lítio, a droga suprimiu a transmissão bioelétrica normal das células cerebrais, limitando a capacidade dos indivíduos de sentir ou reagir. O lítio literalmente substitui os elementos básicos no sistema de transmissão elétrica no cérebro, incluindo os íons de sódio e potássio, atrasando assim a condução nervosa. Esta intrusão, produz uma condição anormal grosseira em qualquer animal ou pessoa, independentemente de qualquer suposto desequilíbrio bioquímico.

Quando as emoções de uma pessoa são alteradas por drogas psiquiátricas, o efeito não se limita

⁷Dentro da privacidade dos escritos profissionais, vários especialistas na área concordam que nenhuma anormalidade bioquímica foi demonstrada em desordens psiquiátricas. Livros textos estão cheios de especulações, muitas vezes, especificando vários mecanismos bioquímicos potenciais, mas em nenhum caso, eles podem alegar que tais especulações foram comprovadas. De fato, os capítulos dos livros textos usualmente concluem com uma admissão de que nada foi provado, mas estas “descobertas futuras” são antecipadas.

⁸Cohen (1997b) [93] descreve o primeiro uso da Thorazina como anestésico cirúrgico na França no início dos anos cinquenta.

aos centros do cérebro reguladores de emoções. De fato, uma vez que o cérebro é um órgão altamente integrado, e uma vez que estas drogas causam rupturas generalizadas dentro dele, o sofrimento emocional não pode ser diluído sem prejudicar outras funções, como a concentração, atenção, sensibilidade, e auto-consciência⁹.

2.8 Os limites das drogas psiquiátricas em geral

Apesar de uma campanha promocional de enorme sucesso por parte das empresas de drogas psiquiátricas e da psiquiatria materialista, a eficácia da maioria ou todas estas drogas permanece difícil de se demonstrar. Frequentemente se prova que estas drogas são inúteis e menos eficazes do que pílulas de açúcar, ou placebos¹⁰ - e para realizar até mesmo esses resultados positivos limitados, os testes clínicos e os dados que eles geram normalmente têm de ser estatisticamente manipulados. Além disso, não se demonstrou consistentemente a eficácia de nenhuma destas drogas psiquiátricas em estudos com duração superior a algumas semanas ou meses¹¹.

Em relação aos antidepressivos, por exemplo, meta-análises (súmulas) de centenas de testes clínicos publicados estão desafiando a idéia de que essas drogas, incluindo o Prozac, têm qualquer efeito antidepressivo genuíno (Horgan, 1999 [204]). Estudos mostram que pelo menos 80 por cento do efeito antidepressivo é um efeito placebo - a resposta positiva que as pessoas têm com qualquer tratamento que eles esperam, ou pensam que vai funcionar. Mas os restantes 20 por cento, do resultado positivo, podem ser causados pelo efeito “placebo ativo” - o que se relaciona com o fato de que os antidepressivos, ao contrário dos placebos, têm efeitos colaterais perceptíveis que convencem os sujeitos de que eles estão recebendo medicamentos “fortes” ou “reais”.

Idealmente, os testes clínicos envolvendo drogas psiquiátricas são “duplo-cego”, de modo que ambos, os investigadores e os pacientes, não têm conhecimento de quem está recebendo a droga real e quem está recebendo o placebo. Se supõe que esta forma de pesquisa mantém a objetividade de ambos, os investigadores e os pacientes. Caso contrário, ambos são susceptíveis à dar maiores notas de melhoria para a “droga milagrosa” nova do que para a pílula de açúcar.

Infelizmente, o ideal de “duplo-cego”, é raramente atingido. Os efeitos colaterais das drogas psiquiátricas - incluindo os antidepressivos, estimulantes e tranquilizantes - são geralmente muito perceptíveis. Em resumo, eles permitem que os investigadores e os pacientes saibam quem está tomando uma droga real ao invés de uma pílula de açúcar. Este conhecimento destrói o “duplo-cego” da pesquisa e permite um viés em favor da droga afetar o resultado dos estudos sobre elas¹². Ainda assim, apesar destas vantagens em favor destas drogas, os recentes testes clínicos de IsRSS [SSRIs] e antidepressivos mostram consistentemente como elas apresentam resultados iguais ou superados por placebos (Cohen e Jacobs, 2007 [113]).

Em relação às drogas ansiolíticas tais como Xanax, os pesquisadores têm dificuldades ainda maiores de estabelecer qualquer eficácia, porque os efeitos rebote e de abstinência muitas vezes deixam os pacientes piores do que antes de começarem à tomar as drogas. Resultados positivos marginais são apagados por volta da oitava semana, nesta altura muitos ou a maioria dos pacientes experimentam

⁹Além disso, Jacobs e Cohen (1999) [212] mostram como os testes clínicos das drogas psiquiátricas deliberadamente ignoram vários danos persistentes e amplos, na sensibilidade e auto-consciência dos pacientes, por focalizarem-se exclusivamente nas “melhorias” em alguns poucos sintomas-alvo de uma lista pré-estabelecida de comportamentos.

¹⁰Ver Fisher e Greenberg (1997 [156], 1989 [153]) e, mais recentemente Antonuccio et al. (1999) [14]. A falta de eficácia das drogas psiquiátricas também é discutida em Breggin (1997a [55], 1998a [57]) e Breggin e Breggin (1994 [53]).

¹¹Este ponto é discutido abaixo e no Capítulo 3.

¹²Para uma discussão dos efeitos placebo em testes clínicos envolvendo antidepressivos, assim como a habilidade dos pesquisadores de quebrar o “duplo-cego” descobrindo quem está tomando a medicação ativa, ver Breggin (1991 [49], 1997a [55]), Fisher e Greenberg (1989 [153], 1997 [156]), e Kirsch e Sapirstein (1998) [230].

mais ansiedade do que antes de começarem à tomar estas drogas¹³.

Psicoestimulantes, tais como Ritalina e Adderall, também podem deixar as crianças piores do que antes delas começarem à receber estas drogas. Adicionalmente, nunca foi demonstrado que elas tenham qualquer efeito positivo de longo prazo no todo. Seu impacto se limita à controlar o comportamento das crianças por um período que varia entre sete à doze semanas. Mesmo no curto prazo, não se mostrou que os estimulantes melhorem o estado mental, desempenho acadêmico, ou aprendizagem de uma criança. A prescrição dessas drogas é estritamente um método para inibição comportamental de curto prazo¹⁴.

2.9 Os limites das drogas psiquiátricas para ajudar em crises emocionais

Apesar de seu uso quase universal como um primeiro recurso, muitas vezes o uso de drogas psiquiátricas é justificado como um “último recurso” ou como um meio de “salvar uma vida” do suicídio ou violência. Ainda não há nenhuma evidência científica de que estas drogas sejam úteis para as pessoas durante crises emocionais agudas. Os testes empregados para a aprovação de drogas psiquiátricas pela FDA, geralmente exclui pessoas que são suicidas ou violentas¹⁵. E, em qualquer caso, a FDA nunca aprovou uma droga especificamente para a prevenção ou controle de suicídio ou violência.

Geralmente não há nenhuma evidência convincente de que qualquer medicação psiquiátrica possa reduzir a taxa de suicídio ou diminuir a violência. Mas há provas substanciais de que muitas classes de drogas psiquiátricas - incluindo neurolépticos (antipsicóticos), antidepressivos, estimulantes e tranquilizantes menores - podem causar ou agravar depressão, suicídio, paranóia e violência.

A maioria das pessoas estão cientes de que os psiquiatras comumente dizem aos seus pacientes, “Pode levar oito semanas ou mais para a droga psiquiátrica fazer efeito integral”. No entanto, há pouca evidência para apoiar esta afirmação, dado que os testes clínicos raramente duram além de quatro à seis semanas. Devido ao fato do cérebro compensar os efeitos destas drogas, elas, muitas vezes param de apresentar seus efeitos esperados após quatro à seis semanas. Além disso, muitos pacientes abandonam o tratamento após algumas semanas, por causa da diminuição dos efeitos positivos e aumento dos efeitos adversos, assim, não restam dados o suficiente para se tirar conclusões estatísticas além do curto prazo. Por isso é muito difícil conduzir a um teste clínico que dure mais de algumas semanas¹⁶.

Também é difícil demonstrar qualquer efeito bom das drogas psiquiátricas durante as primeiras semanas. Esta é outra razão pela qual estas drogas não devem ser fornecidas para prover alívio imediato às pessoas que estão em crise ou aflição aguda. Por exemplo, a FDA exige que os antidepressivos contenham na bula uma advertência sobre o perigo de suicídio durante as primeiras semanas antes do efeito inicial da droga. Contudo, a advertência é enganosa, uma vez que não há evidências de que os antidepressivos reduzem a taxa de suicídio, mesmo depois de chegar ao seu efeito máximo.

¹³Evidências, de que as drogas ansiolíticas pioram a condição dos pacientes, podem ser encontradas em Breggin (1991 [49]), Jacobs (1995) [211], e Marks et al. (1989) [265].

¹⁴Ver Breggin (1998a [57]) para uma revisão detalhada da literatura sobre Ritalina. Veja também Swanson (1993) [357] para conclusões semelhantes, dos pesquisadores estabelecidos, sobre a eficácia limitada da Ritalina.

¹⁵Breggin, 1997a [55], descreve os tipos de estudos utilizados para a aprovação de drogas psiquiátricas. Informações mais específicas sobre o Prozac como uma droga padrão, podem ser encontradas em Breggin e Breggin, 1994 [53].

¹⁶Breggin e Breggin (1994 [53]) discutem em detalhes a duração dos testes clínicos. Em relação ao Prozac, apenas um pequeno número de pacientes conseguiu completar o breve teste de quatro à seis semanas. Veja também Breggin (1997a [55]) e Cohen e Jacobs (2007) [113] para uma discussão de como testes destas drogas são conduzidos para aprovação da FDA.

Filmes sobre hospitais ou tratamentos psiquiátricos, algumas vezes, retratam acuradamente como as drogas psiquiátricas podem transformar as pessoas em zumbis. Em “*The Dream Team (O Time dos Sonhos)*”, uma comédia estrelando Michael Keaton, pacientes psiquiátricos conseguem se fazer passar por médicos. Os pacientes articulam sua fuga, prescrevendo medicação reforçada para os próprios psiquiatras, que são vistos pela última vez olhando a TV com um estupor de drogados em uma ala de hospital.

Até certo ponto, pelo menos, este efeito zumbi pode tornar as pessoas temporariamente incapazes de prejudicar a si mesmas ou aos outros. Por exemplo, drogas “antipsicóticas”, que podem ser injetadas nos músculos para rapidamente subjugar pacientes resistentes, são utilizadas desta forma em salas de emergência, hospitais e prisões. Os pacientes resistentes são quimicamente controlados pelo efeito paralisante sobre o cérebro. Este procedimento tem sido chamado, com precisão, de “lobotomia química”. Drogas “antipsicóticas” também suprimem os centros do cérebro que controlam o movimento voluntário, tornando a pessoa incapaz de responder com velocidade, agilidade ou determinação, portanto, justificando sua alusão descritiva: “camisa de força farmacológica”¹⁷.

O uso de tais drogas deve ser visto não como “terapia”, mas como contenção química - como uma forma aparentemente fácil, barata e eficiente de subjugar temporariamente uma pessoa. Infelizmente os médicos muitas vezes não conseguem implementar a melhor maneira de acalmar indivíduos perturbados e perturbadores - passando algum tempo com eles de uma maneira confidencial, cuidadosa e habilidosa (Breggin, 1997b [56]).

Força química é por vezes utilizada como um método de polícia para controlar as pessoas, da mesma forma que camisas de força, algemas e “quartos tranquilos” são utilizados com o mesmo propósito. De fato, uma boa questão é se não é mais seguro a contenção física em comparação com contenção química; a primeira restringe os membros, esta última pode danificar o cérebro. Além disso, o uso de drogas para controle, no curto prazo, não habilita o paciente a lidar com suas próprias emoções e as suas vidas de forma mais eficaz. Ao contrário manter as pessoas por baixo, a fim de injetar nelas drogas paralisantes, aumenta o seu sentimento de vergonha pessoal, ressentimento e impotência. Em qualquer caso, os indivíduos habilidosos, usando as abordagens terapêuticas significativas, são quase sempre capazes de acalmar os pacientes chateados e ameaçados, sem o uso de drogas psiquiátricas.

2.10 Pessoas são melhores que pílulas - mesmo para os pacientes mais perturbados

Há uma grande discussão na mídia e em revistas profissionais sobre os méritos relativos da medicação e da psicoterapia. Reivindicações são feitas geralmente para a superioridade do medicamento; ele é supostamente mais rápido, mais econômico e mais eficaz. Na realidade, porém, a eficácia comparável ou superior de intervenções psicoterapêuticas, mesmo para as pessoas severamente perturbadas, é muito melhor documentada do que a maioria dos terapeutas ou o público percebe¹⁸.

Também é enganoso e fútil comparar drogas com terapia de conversa. Drogas psiquiátricas e psicoterapia não tem os mesmos efeitos. Ambos, os seus efeitos imediatos e seus resultados, são

¹⁷Os efeitos dos neurolépticos são descritos e documentados, com citações à literatura, em Breggin (1991 [49], cap. 3) e Breggin (1997a [55], cap. 2), assim como em Cohen, 1997a [92].

¹⁸Para críticas à eficácia da terapia com drogas psiquiátricas, ver Antonuccio et al. (1989 [15], 1994 [12], 1995 [13]); Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) [31]; Bleuler, 1978 [40]; Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]); Breggin e Breggin (1994 [53], 1998 [57]); Breggin e Stern (1996); Fisher e Greenberg (1989 [153], 1997 [156]); Greenberg et al. (1992) [189]; Karon e VandenBos (1981); Kirsch e Sapirstein (1998) [230]; Moore (1998) [287]; Mosher e Burti (1994) [290], e Wexler e Cicchetti (1992) [388]. Os muitos livros e artigos escritos por Carl Rogers (1961 [320], 1994), muitas vezes baseados em estudos de pesquisas, também abordam a eficácia da terapia, Rogers (1994) por fim, conecta o sucesso da terapia com a empatia por parte do terapeuta.

diferentes. Suas “eficácias” não podem ser medidas pelos mesmos padrões. Estas drogas podem suprimir “sintomas”, tais como emoções intensas, mas também podem desequilibrar a função cerebral em geral. A psicoterapia pode fortalecer e liberar os indivíduos para responder às suas emoções de uma forma racional para viverem melhor, vidas mais plenas.

Indivíduos dentro de uma instituição, mesmo que emocionalmente inaptos, respondem melhor à atenção personalizada do que às drogas. A experiência “clínica” de Peter Breggin começou na década de 1950 quando, como um estudante de faculdade voluntário, ele trabalhou com internos muito perturbados e perturbadores em um hospital psiquiátrico dilapidado do estado¹⁹. Enquanto ainda era um estudante universitário de graduação, ele se tornou diretor do Programa de Voluntariado do Hospital Mental de Harvard-Radcliffe²⁰. Breggin e seus colegas estudantes, desenvolveram um projeto especial que permitiu que mais de uma dúzia deles trabalhassem com seus próprios pacientes individuais tendo um terapeuta supervisionando o grupo. À cada um dos estudantes foi confiado um “interno crônico”, que tinha pouca esperança de liberação do hospital. Eles foram capazes de ajudar quase todos os pacientes à deixar o hospital.

Não houve necessidade de um grupo de controle especial, de pacientes não tratados, para mostrar o que teria acontecido sem a intervenção, em suas vidas, dos estudantes voluntários do Harvard-Radcliffe. O hospital inteiro foi o grupo controle! Em meados dos anos de 1950, os pacientes das “alas dos que retornaram” nunca foram liberados. Mesmo após a introdução das “drogas psiquiátricas milagrosas”, não ocorreu nenhum aumento em larga escala nas liberações até uma década mais tarde, quando as regras de admissão e liberação hospitalar foram alteradas por razões políticas e econômicas²¹. Sem a ajuda dos voluntários como terapeutas cuidadosos e auxiliares de caso, poucos ou nenhum dos pacientes teria saído do hospital estatal por muitos anos, ou talvez nunca.

Também tem se mostrado que a terapia é mais efetiva, para ajudar os pacientes diagnosticados com sua primeira crise “esquizofrênica”, do que as drogas psiquiátricas. Hoje em dia, se argumenta que essas pessoas devem tomar estas drogas e que a psicoterapia é inútil; contudo nada poderia estar mais longe da verdade. Em estudos controlados os terapeutas não treinados provaram ser mais bem sucedidos, em um ambiente caseiro, do que estas drogas e os hospitais psiquiátricos, no tratamento de pacientes diagnosticados com o primeiro episódio de esquizofrenia²². Um fator-chave desses terapeutas foi a sua abordagem não coerciva e cuidadosa.

De acordo com um estudo internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), as culturas menos industrializadas caracterizadas por famílias extensas têm um efeito muito positivo na recuperação de indivíduos que são diagnosticados como esquizofrênicos - em contraste com suas contrapartes nas culturas ocidentais, onde famílias isoladas são mais comuns, em culturas com famílias extensas, uma grande proporção de indivíduos muito perturbados rotulados de esquizofrênicos teve uma recuperação completa. Tragicamente, este estudo também mostrou que a disponibilidade de tratamento psiquiátrico moderno, com suas drogas, tem um efeito resultante negativo sobre as pes-

¹⁹Relatado por Peter R. Breggin, M.D.

²⁰O Programa de Voluntariado, do Hospital Mental de Harvard-Radcliffe, é descrito no primeiro capítulo de Breggin (1991 [49]). O livro original sobre este programa, incluindo uma descrição do projeto de ajuda de caso, pode ser encontrado em Umbarger et al. (1962) [375]. O programa foi tão bem sucedido que recebeu elogios como um protótipo no relatório final da Comissão Mista de Doença Mental e Saúde do Congresso dos EUA (1961) [217]. A mudança no poder político para a psiquiatria materialista, uma ou duas décadas mais tarde, efetivamente terminou este programa e outros como ele.

²¹Ao contrário da mitologia psiquiátrica, o advento das drogas neurolépticas, como Thorazine, não “esvaziou os hospitais”. Essas drogas tem efeito em poucos minutos, o processo de esvaziamento não começou em uma década ou mais. O que realmente levou à liberação em massa de pacientes dos hospitais (muitas vezes para as ruas ou para lares de pobres cuidados e assistência) foram as mudanças administrativas, sobre as quais muitos livros foram escritos (revisto em Breggin, 1991 [49]).

²²Soteria House, originada por Loren Mosher (1996 [289]; Mosher e Burti, 1994 [290]), preconizou este modelo bem sucedido de tratamento em casa. Sua eficácia foi demonstrada por estudos controlados, mas o seu destino foi selado quando a psiquiatria tornou-se dominada por sua ala biológica.

soas diagnosticadas como esquizofrênicas (Veja de Girolamo, 1996 [130]). Esses achados corroboram nossa própria afirmação de que a psiquiatria materialista faz mais mal do que bem.

Se abordagens de cuidado e sem drogas psiquiátricas funcionam melhor para as pessoas severamente perturbadas, eles são claramente ainda mais eficazes com as pessoas menos desequilibradas, que podem se beneficiar de relacionamentos e “terapia de conversa”.

2.11 Conclusão

Hoje em dia praticamente todos reconhecem que o público tem sido submetido a uma campanha intensa de vendas de drogas psiquiátricas. Esta campanha, realizada por empresas de drogas farmacêuticas e pela psiquiatria organizada convenceu a maioria das pessoas que estas drogas são muito mais seguras e mais valiosas do que realmente são²³.

Drogas psiquiátricas não funcionam corrigindo qualquer coisa de errado no cérebro. Podemos ter certeza disso, porque tais drogas afetam animais e humanos, bem como pessoas saudáveis e pacientes diagnosticados, exatamente da mesma forma. Não há desequilíbrios bioquímicos conhecidos e nenhum teste para mensurá-los. É por isso que os psiquiatras não tiram sangue ou realizam uma punção lombar para determinar a presença de um desequilíbrio bioquímico em pacientes. Eles meramente observam os pacientes e anunciam a existência de desequilíbrios. O objetivo é encorajar os pacientes à tomar estas drogas.

Ironicamente drogas psiquiátricas causam desequilíbrios bioquímicos no cérebro, ao invés de curá-los. De fato, os únicos desequilíbrios bioquímicos conhecidos, nos cérebros de pacientes, rotineiramente vistos por profissionais de saúde mental, são consequência da prescrição destas drogas que alteram a mente.

Drogas psiquiátricas “funcionam” precisamente provocando desequilíbrios no cérebro - produzindo mau funcionamento do cérebro o suficiente para suprimir as emoções e julgamento ou para produzir uma alta artificial. Algumas pessoas podem optar por essa alternativa porque elas não sabem que existem outras opções ou porque perderam a fé em si mesmas e na capacidade de outros para ajudá-las, ou porque foram ensinadas a acreditar que o seu cérebro está com defeito e que uma droga vai corrigir temporariamente o problema.

Na experiência dos autores, quando as pessoas são apanhadas em situações de crise emocional e estão sofrendo de dor emocional extrema, a intervenção terapêutica mais importante é um indivíduo cuidadoso ou um grupo disposto a criar um espaço e uma relação segura. Nós continuamos à discutir este ponto no capítulo 13, depois de examinar mais detalhadamente os perigos de ingerir drogas psiquiátricas e o processo de parar de tomá-las.

²³Para obter descrições detalhadas das forças econômicas que empurram drogas psiquiátricas, perpetuam os mitos dos “desequilíbrios bioquímicos” e a eficácia destas drogas, ver Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]), Breggin e Breggin (1994 [53], 1998 [57]), e Cohen (1990 [117], 1994 [111]).

Capítulo 3

“A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema” - Mas Você Pode Ser o Último a Saber

Se você ou um ente querido está a tomar drogas psiquiátricas, você pode ficar chocada ao descobrir quantos “sintomas psiquiátricos” podem ser causados ou agravados pelo uso dessas drogas. De fato, quase todos os sintomas psiquiátricos, incluindo os mais severos, como alucinações e delírios, podem ser produzidos por essas drogas. O presente capítulo descreve os caminhos gerais pelos quais estes medicamentos psiquiátricos podem afetar seu pensamento, sentimento e ação. O capítulo 4 fornece informações detalhadas sobre os efeitos adversos de drogas específicas.

3.1 A variabilidade das respostas individuais às drogas psiquiátricas

Não se deixe enganar por um médico ou um amigo que diz que você está tomando somente uma “pequena dose” de uma droga psiquiátrica. Embora o risco dos efeitos nocivos destas drogas usualmente aumentem com o tamanho da dose, algumas pessoas são muito sensíveis às drogas que alteram a mente e podem sofrer reações ruins mesmo com pequenas doses. Uma das observações mais importantes da psicofarmacologia é que todas as drogas psicotrópicas têm efeitos complexos e variáveis, e não vão afetar a todos da mesma maneira. O efeito de uma droga comumente varia em uma mesma pessoa ao longo do tempo, e entre pessoas diferentes. Reações adversas severas ocorrem frequentemente quando a dose foi alterada para cima ou para baixo ou quando outra droga foi adicionada, mas elas podem aparecer pela primeira vez, em qualquer momento durante o tratamento.

Considere a grande variedade de respostas que as pessoas têm a cafeína, um estimulante relativamente suave. Alguns indivíduos podem beber seis ou mais xícaras por dia, sem qualquer efeito dramático sobre a sua psique. Mas outros são tão sensíveis que até mesmo uma pequena quantidade de cafeína no café descafeinado pode fazê-los sentirem-se nervosos e ansiosos. Para eles, um copo cheio de café seria uma receita para os sintomas físicos equivalentes a um “ataque de pânico” espontâneo.

Da mesma forma, algumas pessoas não podem beber café no final do dia sem serem mantidas acordadas toda a noite pelos efeitos estimulantes, enquanto outras rotineiramente tomam café no jantar, ou mesmo mais tarde, à noite, sem experimentar qualquer interferência aparente em seu sono. Algumas pessoas sofrem de dor de barriga por beber uma ou duas xícaras de café, enquanto outros nunca experimentaram qualquer mal estar no estômago, mesmo tendo bebido quantidades muito maiores. Algumas pessoas conseguem parar de beber café, sem quaisquer efeitos de abstinência majoritários, enquanto outras desenvolvem dores de cabeça e tornam-se temporariamente cansadas e letárgicas, até mesmo deprimidas.

Os efeitos das drogas psiquiátricas são igualmente variáveis. Uma pessoa pode não “sentir nada” após uma dose de 10-20 mg de Prozac, enquanto outra pessoa pode desenvolver agitação severa e insônia, e até mesmo se tornar psicótica. Uma pessoa com insônia dificilmente poderá notar o impacto de 5 mg de Valium tomadas antes de deitar, enquanto outra vai dormir como um tronco e depois se sentir “lerda” e “irritada” por um dia ou dois. Algumas crianças podem parecer não afetadas por uma dose de 5 mg de Ritalina, outras se tornam como zumbis.

Respostas individuais as drogas psiquiátricas também variam ao longo do tempo. Alguns efeitos tendem a aparecer depois de uma semana ou duas, enquanto outros podem não aparecer durante meses ou anos. Similarmente, uma pessoa pode reagir de uma maneira a uma droga e, em seguida, de uma forma completamente diferente em uma data posterior, após reiniciá-la.

3.2 Os efeitos adverso de “Entorpecimento”

Infelizmente drogas, que afetam o cérebro e a mente, podem prejudicar seriamente a sua função mental antes de você reconhecer que alguma coisa está errada. Você pode não perceber que seu pensamento está retardado, suas emoções entorpecidas, ou sua coordenação prejudicada. Você pode acreditar que seus sentimentos recém-desenvolvido de ansiedade ou depressão são devidos a eventos em sua vida e não devido a droga que você está tomando. Se você se sentir eufórico ou “elevado” ao tomar a droga, você pode pensar que está indo “melhor do que nunca” quando, de fato, seu julgamento foi prejudicado.

O seu médico pode falhar, e não notar esses efeitos colaterais destas drogas, ou erroneamente atribuí-los a outra coisa, tal como, seus problemas psicológicos. A família ou os amigos podem tornar-se cada vez mais desanimados com a deterioração de sua memória, atenção curta, sensibilidade ou resposta emocional, enquanto você e seu médico permanecem aparentemente sem saber que algo está errado.

Os pacientes frequentemente sofrem de efeitos adversos comuns das drogas psiquiátricas sobre os quais os seus médicos nunca os advertiram. A fim de incentivar seus pacientes a começar a consumir estas drogas ou continuar consumindo-as, os médicos frequentemente desinformam, seus pacientes, inflando os benefícios e minimizando os perigos destes medicamentos psiquiátricos. Muitos médicos, hoje em dia, acham que devem persuadir ou incentivar seus pacientes a tomar esses medicamentos contrariamente ao melhor julgamento deles.

Mesmo quando os pacientes desenvolvem sérias reações adversas induzidas por drogas psiquiátricas - tais como depressão ou psicose, perda de peso e fadiga, ou movimentos anormais do corpo - os médicos tendem a atribuir os efeitos a outra coisa que não a droga que estão prescrevendo. Em uma ocasião especial, um de nós estava apresentando uma “grande conferência” - um seminário especial de ensino para médicos em um hospital - quando a história de um caso chegou ao nosso conhecimento. Se tratava de um executivo de meia-idade que se tornou violento, pela primeira vez que começou a tomar Prozac¹. Em uma briga menor, num posto de gasolina, ele agrediu um estranho com um pé de cabra.

Experiência, prudência e razão sugerem que a droga psiquiátrica deve ser suspeita da causa do problema, quando comportamento irracional e incomum irrompe pela primeira vez depois que o paciente começou a tomá-la. No entanto, alguns dos médicos da “grande conferência” rejeitaram totalmente a possibilidade de que a violência do paciente, bizarra, extrema, e sem precedentes, tinha sido causada ou agravada pelo Prozac. Eles recomendaram elevar a dose do Prozac, em vez de

¹Relatado por Peter R. Breggin, M.D., que apresentou esta “grande conferência” no Hospital Suburban, em Bethesda, Maryland, por volta de 1993-1994. A violência, induzida por Prozac, é documentada em detalhes em Breggin e Breggin (1994 [53]) e atualizada em Breggin (1997a [55]).

interrompê-la².

Muitos profissionais de saúde ficam relutantes ou resistentes em reconhecer os efeitos adversos das drogas psiquiátricas, especialmente aquelas que afetam o estado emocional do paciente. Eles acham mais fácil aparentemente, culpar destes efeitos, a “doença mental” dos pacientes. No entanto, a recusa de um médico, para enfrentar os perigos da medicação, pode causar danos irreversíveis e, por fim, trágicas reações adversas a estas drogas de drogaria.

Nas nossas consultas, nós descobrimos que raramente se diz aos pacientes tudo o que eles precisam saber sobre as drogas psiquiátricas que estão tomando. É claro, alguns pacientes ficam relutantes em saber com antecedência sobre os perigos a que estão sendo expostos, mas permanece sendo responsabilidade do médico insistir em informá-los. Mas os médicos não estão sozinhos no acobertamento de fatos sobre os perigos destas drogas, manuais impressos dos consultórios médicos ou das farmácias, bem como livros texto e propagandas de drogas farmacêuticas, também muitas vezes falham por não dar ênfase suficiente para os efeitos perigosos das drogas psiquiátricas³. (Veja o Capítulo 6 para uma discussão sobre as possíveis motivações que levam alguns profissionais de saúde a minimizar os riscos dessas drogas).

3.3 O risco de disfunção cerebral permanente causada por drogas psiquiátricas

Poucos estudos têm examinado o risco de alterações, potencialmente permanentes, na química do cérebro, causadas pelo uso prolongado de medicação psiquiátrica. Contudo, é conhecido e suspeito o bastante, sobre estes perigos, para fazer uma pessoa ponderada cautelosa sobre o uso de qualquer droga psiquiátrica.

Prozac, Zoloft, Paxil, e Luvox são exemplos recentes de drogas psiquiátricas feitas sob medida, em laboratório, para estimular a atividade do sistema da serotonina. No caso do Prozac, os mecanismos compensatórios do cérebro foram documentados desde o início da pesquisa envolvendo essa droga.

Todas as quatro drogas, conhecidas como inibidores de reabsorção seletivos de serotonina (IsRSS [SSRIs]), bloqueiam a remoção normal do neurotransmissor serotonina da fenda sináptica - espaço entre as células nervosas. A superabundância resultante de serotonina, então, faz com que o sistema se torne hiperativo. Mas o cérebro reage contra essa hiperatividade, induzida por estas drogas, destruindo sua capacidade de reagir à estimulação pela serotonina. Este processo compensatório é conhecido como “downregulation [regulação diminutiva]”. Alguns dos receptores de serotonina realmente desaparecem ou se extinguem.

Para compensar ainda mais o efeito da droga psiquiátrica, o cérebro tenta reduzir sua produção de serotonina. Este mecanismo é ativado por cerca de 10 dias e depois começa a falhar, enquanto a “regulação diminutiva [downregulation]” continua indefinidamente, e pode se tornar permanente. Assim, nós sabemos com algum detalhe sobre duas das formas pelas quais o cérebro tenta contrabalançar os efeitos das drogas psiquiátricas. Existem outros mecanismos compensatórios sobre os quais nós sabemos menos, incluindo ajustes compensatórios em outros sistemas neurotransmissores. Mas, sobre tudo, o cérebro se coloca em um estado de desequilíbrio em uma tentativa de prevenir ou superar a superestimulação devido a estas drogas de drogaria.

²Em várias ocasiões, Peter Breggin foi consultor em casos nos quais os pacientes tentaram suicídio ou cometeram homicídio pela primeira vez após o início do consumo de uma droga psiquiátrica. Este resultado deve ser um sinal vermelho, indicando que a droga psiquiátrica pode ter causado ou contribuído para o comportamento destrutivo. Apesar disso, em muitos desses casos, os médicos continuaram ou até aumentaram a dose, da droga ofensora, após a tentativa de suicídio ou assassinato.

³Cohen e Jacobs (1998) [115] propuseram um “Formulário de Consentimento Modelo” para o tratamento com drogas psiquiátricas.

O cérebro provavelmente tem mecanismos compensatórios para evitar ou reverter os efeitos de todas as drogas psiquiátricas. Alguns desses mecanismos já foram reconhecidos e estudados. Por exemplo, “regulação diminutiva [downregulation]” de sistemas de neurotransmissores superestimulados ocorre com todos os antidepressivos “tricíclicos” mais antigos, tais como: a amitriptilina (Elavil) e imipramina (Tofranil). A regulação diminutiva também ocorre com as drogas estimulantes tais como: Ritalina e as anfetaminas Dexedrine e Adderall.

Drogas psiquiátricas nem sempre superestimulam os sistemas de neurotransmissores. Algumas destas drogas inibem ou bloqueiam a transmissão nervosa no cérebro. Quando isso acontece, o cérebro novamente tenta compensar pela reação em sentido oposto - desta vez por “regulação aditiva [upregulation]” do sistema de neurotransmissores suprimido. As drogas “antipsicóticas” - tais como Thorazine, Haldol, Permitil, Risperdal, e Zyprexa - tendem a suprimir o sistema da dopamina. O cérebro tenta superar este efeito, fazendo o sistema de dopamina hipersensitivo. Como discutido abaixo, esta “regulação aditiva [upregulation]” pode levar a desordens neurológicas severas, até mesmo permanentes.

Em suas tentativas de superar os efeitos das drogas psiquiátricas, o funcionamento do cérebro torna-se distorcido. E, como já foi salientado, o cérebro não pode recuperar imediatamente as suas funções originais no momento que o consumo destas drogas é interrompido. Em alguns casos, o cérebro pode nunca se recuperar.

3.4 Médicos reforçam uso de longo prazo sem justificativa

Os médicos que prescrevem drogas psiquiátricas, para uso de longo prazo, acreditam que estas drogas são úteis, mas suas perspectivas são baseadas, em impressões pessoais e suposições não comprovadas, ao invés de evidências científicas. Doutores em medicina dependem fortemente de medicamentos e tendem a ser muito tendenciosos em favor do seu uso. Por exemplo, muitos médicos que prescrevem estas drogas de drogaria recomendam-as, para o uso de longo prazo, assim que estão disponíveis no mercado. Eles recomendam que os pacientes tomem uma nova droga psiquiátrica por meses ou anos, mesmo que os estudos da FDA, utilizados para a aprovação, normalmente durem apenas algumas semanas⁴.

O uso generalizado do Zyprexa exemplifica como as drogas psiquiátricas novas, e potencialmente perigosas, são muitas vezes prescritas com injustificado entusiasmo sobre sua segurança e eficácia. Em 1996, o Zyprexa foi aprovado pela FDA para o tratamento de psicose, e alguns anos mais tarde, foi aprovado para o tratamento de desordem bipolar. Drogas aprovadas para tais manifestações são chamadas de neurolépticos ou antipsicóticos. Todas elas são extremamente perigosas.

Conforme requerido pela FDA, todos os neurolépticos, incluindo os mais novos, como Zyprexa, devem conter um “aviso”, sobre esta classe de drogas psiquiátricas, alertando dos perigos de discinesia tardia (DT)⁵. Discinesia tardia é uma desordem neurológica usualmente permanente, desfigurante e potencialmente desabilitadora, caracterizada por tiques, espasmos e movimentos anormais. Essas drogas também causam a síndrome neuroléptica maligna (SNM), uma doença do cérebro potencialmente fatal com efeitos semelhantes aos associados com encefalites virais severas⁶. Para os neurolépticos, que têm sido extensivamente estudados, como documento no Capítulo 4, as taxas de discinesia tardia e síndrome neuroléptica maligna são muito elevadas.

Os testes clínicos controlados utilizados para a aprovação do Zyprexa duraram apenas seis semanas

⁴Ver a discussão e as notas relacionadas no Capítulo 2.

⁵Esses avisos podem ser encontradas em qualquer edição recente da Referência de Mesa dos Médicos [Physicians' Desk Reference].

⁶Estas desordens, bem conhecidas, induzidas por drogas psiquiátricas, são discutidas na maioria dos livros textos de psiquiatria e farmacologia, inclusive as drogas listadas no Apêndice A. Mais detalhes são fornecidos no Capítulo 4.

e foram realizados em adultos diagnosticados com esquizofrenia. No entanto, imediatamente após o Zyprexa tornar-se disponível no mercado, os médicos começaram a recomendá-lo para uso indefinido, por tempo indeterminado, mesmo por toda vida. Os médicos também começaram a prescrevê-lo para as pessoas sem sintomas psicóticos, até mesmo para crianças com problemas de comportamento.

Apesar da ausência de estudos de longo prazo e da novidade desta droga psiquiátrica, os médicos aceitaram o tom promocional dos fabricantes desta droga neuroléptica, de que o Zyprexa é mais seguro do que outros medicamentos utilizados para o mesmo propósito. De fato, quase todas as drogas psiquiátricas começam em meio a alegações de serem “mais seguras” e “mais eficazes”. Raramente em psiquiatria este entusiasmo é confirmado em avaliações realistas mais sóbrias, e baseadas no tempo e experiência.

No caso do Zyprexa e de outros novos antipsicóticos, o uso a longo prazo revelou que muitos pacientes ficaram com um risco maior de desenvolver concentrações elevadas de açúcar no sangue, diabetes, pancreatite, colesterol elevado, e um ganho de peso considerável. Alguns pacientes ganharam mais de 60 quilos por ano, e vários morreram devido a essas complicações. Em sua prática clínica e forense, Peter Breggin avaliou vários casos de morte súbita, provocada pela diabetes e pancreatite aguda, induzida pelo Zyprexa.

Em 2004, a FDA determinou que os novos antipsicóticos contenham, na bula, uma advertência sobre o risco de hiperglicemia e diabetes. Além disso, uma análise sistemática também revelou que pacientes idosos, debilitados, e com demência, para os quais se prescreveram antipsicóticos atípicos, tinham quase o dobro do risco de morrer. E aqui novamente a FDA, em 2002, ordenou uma “tarja preta” alertando sobre o risco de morte prematura devido a tais drogas psiquiátricas. Algumas revisões recentes descobriram que os antipsicóticos antigos também parecem aumentar significativamente o risco de morte prematura, entre os idosos frágeis, e nós acreditamos que o alerta, de “caixa preta” da FDA, deve ser aplicado igualmente a essa classe inteira de drogas psiquiátricas neurolépticas (Trifiro et al., 2006 [372]).

Mesmo quando se comprova mais tarde que as drogas psiquiátricas são inúteis ou altamente perigosas, quando prescritas por longo prazo, muitos médicos continuam a induzir os pacientes a tomá-las continuamente por muitos meses ou anos. Em relação a Ritalina e outros estimulantes, por exemplo, não há evidências substanciais sobre os efeitos positivos, além das primeiras semanas, em qualquer comportamento, incluindo a hiperatividade⁷. Essas drogas podem temporariamente subjugar o comportamento das crianças e torná-las mais obedientes, conformadas, e quietas na sala de aula. Mas elas são rotineiramente prescritas por meses e anos, mesmo por vidas inteiras. Similarmente, embora a Ritalina seja conhecida por interromper a produção do hormônio de crescimento, causando inibição significativa do crescimento, ela é rotineiramente prescrita durante toda a infância.

Todas as drogas psiquiátricas chamadas ansiolíticas - tais como Xanax, Ativan, Klonopin, Valium, e Librium - são conhecidas por serem altamente viciantes. Depois de apenas algumas semanas de tratamento com Xanax, muitos pacientes sofrem de sintomas de abstinência severos quando deixam de tomar esta droga psiquiátrica. Outros sentem-se incapazes de parar sem ajuda⁸. De fato, após várias semanas de tratamento, muitos pacientes consumindo Xanax, desenvolvem uma ansiedade que é mais severa do que antes de começarem o seu consumo.

Apesar destes limites para o uso de longo prazo de drogas psiquiátricas, tais como estimulantes e tranquilizantes menores, um grande número de médicos continuam a prescrevê-las por meses ou

⁷Documentado em detalhes em Breggin (1998a [57]).

⁸As bulas oficiais, aprovadas pela FDA, para os tranquilizantes menores benzodiazepínicos - tais como Xanax, Ativan, e Valium - agora reconhecem que essas drogas são destinados somente para uso de curto prazo (veja as bulas individuais destas drogas reproduzidas em qualquer edição recente da Referência de Mesa dos Médicos [Physicians' Desk Reference]). A bula do Xanax, por exemplo, deixa claro que esta droga não só pode piorar a ansiedade, mas também causar dependência. Xanax, como um exemplo dessas drogas, é discutido em detalhes em Breggin (1991 [49]), Jacobs (1995) [211], e Marks et al. (1989) [265].

mesmo anos sem interrupção. Alguns médicos confiam em seu “juízo clínico” mais do que nos dados científicos, outros simplesmente não têm acompanhado a literatura científica. Em adição a isso, a maioria dos seminários que os médicos frequentam são patrocinados por empresas de drogas farmacêuticas que muitas vezes provêem opiniões tendenciosas para o uso de longo prazo destas drogas. Os médicos nunca vêem comentários negativos, sobre o uso de longo prazo destas substâncias, na publicidade farmacêutica atraente que lêem em quase todos os jornais profissionais. Nem eles estão propensos a ouvir esse tipo de informação crítica dos vendedores que regularmente vêm visitá-los em seus consultórios. Os médicos podem também falhar em perceber que seus pacientes tornaram-se viciados e querem ficar consumindo suas drogas de drogaria, a fim de evitar as reações de abstinência. Sobre tudo, os médicos muitas vezes tomam a rota mais fácil de escrever prescrições ao invés da rota mais árduo de ajudar os seus pacientes a encontrarem soluções, mais complexas de longo prazo, para suas dificuldades emocionais.

Enquanto isso, como foi notado, os próprios pacientes podem se sentir compelidos a tomar as drogas psiquiátricas para evitar as reações de abstinência amedrontadoras, tais como: ansiedade, agitação, insônia, depressão, fadiga e sensações anormais na cabeça ou no corpo. Dependendo da droga de drogaria, um ou mais sintomas de abstinência podem se desenvolver dentro de horas ou dias após cessado o consumo da medicação. Estas reações podem se tornar severas o suficiente para que os pacientes comecem a pressionar o seu médico para que ele continue a prescrever estes produtos farmacêuticos. Com efeito, o médico prescritor mantém ou “permite” a dependência de drogas psiquiátricas dos seus pacientes.

Alguns defensores das drogas psiquiátricas acreditam que anos de uso clínico, por milhares de pacientes, podem provar a utilidade e segurança de uma droga a longo prazo. E alguns médicos individuais sentem que a sua própria prescrição, durante muitos anos, de uma destas drogas, pode demonstrar a sua segurança. Estas crenças têm levado milhões de pacientes a resultados trágicos. Um destes já foi descrito - milhões de pacientes que sofrem de dependência, ao longo da vida, de drogas tranquilizantes viciantes tais como: Xanax, Valium, Ativan, Klonopin e Librium.

O excesso de confiança no juízo clínico, sobre a segurança a longo prazo de drogas psiquiátricas, levou a um desfecho ainda mais trágico. Milhões de pacientes foram afligidos, com distúrbios neurológicos grosseiros, por terem consumido drogas antipsicóticas. Esta classe de drogas de drogaria - começando com Thorazine, e agora, incluindo muitas outras, como Haldol, Permitil, Navane, Risperdal, Leponex, e Zyprexa - foi usada por duas décadas antes de ter sido reconhecido generalizadamente que todo o grupo frequentemente causa discinesia tardia e síndrome neuroléptica maligna. Ainda hoje, 55 anos após os primeiros neurolépticos terem sido introduzidos, muitos médicos falham, em perceber a frequência ou a gravidade destes perigos, e prescrevem estas drogas sem monitoramento adequado do seu uso ou sem avisar os pacientes e suas famílias.

3.5 O perigo específico das drogas psiquiátricas

O cérebro é o “órgão-alvo” das drogas psiquiátricas. Todas as drogas aprovadas para fins psiquiátricos afetam diretamente o cérebro, causando uma variedade de sintomas mentais ou psiquiátricos. Efeitos comumente relatados incluem confusão, dificuldades de memória, emoções embotadas, sentimentos artificiais de euforia, depressão, ansiedade, agitação, alterações de personalidade, e psicose. Uma revisão dos manuais ou livros didáticos, bem como as discussões no Capítulo 4, vão confirmar que sintomas psiquiátricos ou distúrbios também podem ser causados por estas drogas.

Por lei, todas as drogas psiquiátricas devem ter um rótulo, aprovado pela FDA, listando todos os efeitos colaterais mentais e comportamentais, incluindo, por vezes, suicídio e violência. Esta informação é baseada em reportagens de efeitos adversos feitas durante o processo de teste destas drogas, bem como após a droga ter sido comercializada. Contudo, em seus esforços para se acomodar

politicamente, e em parte devido às suas limitações administrativas, a FDA costuma falhar em forçar as empresas de drogas farmacêuticas a listar os já bem conhecidos efeitos adversos sérios no rótulo oficial destas drogas. Somente depois de 1986, a FDA exigiu que as empresas de drogas psiquiátricas incluíssem a síndrome neuroléptica maligna nos rótulos (e bulas) de todas as drogas antipsicóticas ou neurolépticas - quase três décadas após esta desordem ter sido inicialmente descrita⁹.

3.6 Efeitos adversos em como você pensa, sente e age

Como temos enfatizado, qualquer droga psiquiátrica pode e vai prejudicar a função mental. Os prejuízos associados com a maioria destas drogas também podem ser causados por uma variedade infinita de outros tipos de trauma, incluindo fadiga extrema lesionadora da cabeça, doença crônica ou estresse, falta de oxigênio no cérebro, uso crônico de álcool, ou a exposição a toxinas, tais como chumbo ou monóxido de carbono.

Algumas vezes, esses sintomas de disfunção mental são agravados por problemas emocionais. Contudo, se os problemas se desenvolvem pela primeira vez, ou pioram, depois que você iniciou o consumo de uma droga psiquiátrica, tu deves suspeitar desta droga. Mesmo nos casos dos sintomas que parecem piorar quando você está chateado, a causa subliminar pode ser a droga de drogaria. Muitas reações adversas induzidas por estas drogas, desde a agitação até os problemas de memória e tremores neurológicas, podem piorar sob estresse. Por outro lado, estes problemas podem melhorar durante o repouso e relaxamento.

3.6.1 Psicoses tóxicas induzidas por drogas psiquiátricas

O termo psicose tóxica ou, mais simplesmente a psicose é muitas vezes usado para descrever o impacto negativo extremo que as drogas psiquiátricas frequentemente têm sobre o cérebro. Embora a psicose tenha muitos significados, em geral, refere-se a uma perda de contato com a realidade, muitas vezes acompanhada de alucinações ou delírios¹⁰.

Desequilíbrios, induzidos por drogas psiquiátricas, sobretudo da função cerebral, podem também serem chamados de confusão ou delírio. Delírio é um distúrbio da consciência e da cognição (processo de pensamento) que usualmente se desenvolve ao longo de um curto período de tempo¹¹. Termos relacionados são: síndrome cerebral orgânica e demência. Finalmente, o termo: mania, é frequentemente usado para descrever uma psicose, especialmente perigosa, que é comumente causada por drogas psiquiátricas (como discutido abaixo e no Capítulo 4).

Inicialmente essas desordens frequentemente se manifestam como problemas de memória e desorientação, mas eventualmente envolvem desequilíbrios de todas as funções mentais superiores, tais como julgamento, visão interior e raciocínio abstrato. O humor, ou os sentimentos, podem ficar instáveis, perturbados, ou inconvenientes. Alucinações e delírios podem se desenvolver.

Uma porcentagem significativa de pacientes que tomam drogas psiquiátricas irão desenvolver psicoses tóxicas ou delírios plenamente aflorados, mas muitos outros irão desenvolver variações mais amenas destes sintomas induzidos por estas drogas.

⁹Breggin (1997a [55]) discute os eventos que levaram à inclusão da síndrome neuroléptica maligna aos rótulos das drogas psiquiátricas, bem como o processo geral da FDA.

¹⁰Veja Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1994 [6], p. 273) para uma breve discussão sobre alguns dos diferentes significados de psicose.

¹¹Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1994) [6], p. 123.

3.6.2 Confie na sua própria percepção de si mesmo - até um certo ponto

Na tentativa de decidir se você tem um sintoma induzido por drogas psiquiátricas - tais como problemas de memória, raciocínio lento, ou sentimentos embotados - a sua própria percepção de si mesmo é o instrumento mais sensível que existe para detectar quando o seu cérebro e sua mente não estão trabalhando direito. Se você percebe que uma destas drogas está interferindo com os seus processos mentais normais, leve as suas percepções a sério. Você pode estar errado - e outras pessoas podem tentar te reassegurar de que “não há nenhum problema” ou que “você está indo bem”. Mas você também pode estar certo sobre a sofrimento devido aos efeitos doentios do medicamento.

Mantenha o monitoramento, das mudanças de suas respostas mentais, logo depois que você toma uma dose do medicamento, comparar com o momento que o efeito destas drogas tiver desvanecido, pode ajudá-lo a determinar se você está tendo um problema induzido por droga psiquiátrica. Se os sintomas se tornam piores logo após tomar a droga farmacêutica, você pode estar sofrendo de um efeito destas drogas tóxicas. Se eles pioram quando o efeito destas drogas tiver desvanecido, você pode estar sofrendo de sintomas de abstinência. Pode ser difícil, é claro, distinguir entre os efeitos da droga de drogaria e suas próprias reações psicológicas.

Por outro lado, drogas psiquiátricas podem confundir o seu raciocínio e julgamento, levando-te a crer que você está sendo ajudado, quando de fato você está sendo mentalmente prejudicado.

3.6.3 Os efeitos adversos comuns no seu pensamento, sentimento e comportamento

Se você está tomando uma droga psiquiátrica, você pode eventualmente experimentar uma ou mais das seguintes anormalidades mentais induzidas por estas drogas:

Concentração prejudicada. Quase toda droga psiquiátrica pode tornar mais difícil para você prestar atenção às conversas, se focar na leitura de qualquer coisa complicada, ou trabalhar de forma consistente em um projeto. A consciência subjetiva da dificuldade de concentração é um sinal sutil, mas importante, de toxicidade induzida por estas drogas.

Memória fraca. Drogas psiquiátricas podem tornar difícil para você se lembrar de coisas, tais como: uma lista de itens ao ir para mercearia, a hora que suas crianças disseram que viriam jantar, ou o nome da pessoa que acabou de deixar uma mensagem de telefone para sua esposa ou marido. Você poderá achar mais difícil: executar programas ou operações simples em seu computador, encontrar a palavra ou frase que você quer, ou lembrar o nome de algum objeto familiar. Como no caso da dificuldade de concentração, você pode notar a sua pouca memória antes da sua família ou psiquiatra o fazer, e mesmo antes disso poder ser detectado por testes psicológicos.

Confusão ou desorientação. Este é um sinal mais sério de disfunção cerebral causada por drogas psiquiátricas. Pode ser mais difícil para você encontrar o caminho ao redor dos edifícios ou dentro de locais onde você esteve antes. Você pode descobrir que esteve andando ou dirigindo para um lugar familiar sem perceber isto ou que você teve dificuldades de dirigir para algum lugar usando instruções escritas. Shoppings e outros espaços largos ficam mais confusos do que costumavam estar. Você pode perder sua carteira com mais facilidade.

Funcionamento mental retardado ou simplificado. Você pode achar que é mais difícil de seguir direções ou perguntas complicadas, de pensar sobre mais do que uma coisa ao mesmo tempo, ou de conduzir uma sequência lógica de pensamento. Você pode encontrar a si mesmo desejando que as pessoas desacelerem e não fiquem na expectativa de tais respostas rápidas. Enquanto você usualmente pensava que tu eras “rápido”, agora tu pareces “lento”. Você pode tornar-se confuso com conversas que envolvam mais de uma pessoa, ou você pode ficar inapto de conduzir mais de uma tarefa ao mesmo tempo, tal como: falar ao telefone enquanto você prepara o jantar.

Respostas exageradas ao estresse. Você pode se achar cada vez menos apto de manusear o estresse diário, e fazer coisas tais como: aprontar as crianças para a escola, tentar chegar ao trabalho a tempo, ter um conflito com amigos ou colegas de trabalho, chegar atrasado para um compromisso, falhar diante de um projeto, ou ser interrompido.

Aumento da irritabilidade, raiva ou agressividade. De forma embaraçosa, você pode se encontrar inusualmente aborrecido, frustrado ou irritado, e às vezes você poderá ferir os sentimentos das pessoas sem querer. Você também pode se encontrar inesperadamente irritado ou agressivo. No caso do pior cenário, você pode fazer algo perigoso ou nocivo que de outra maneira nunca faria, colocando-se em apuros no trabalho, em casa, ou na rua. Estes problemas induzidos por drogas psiquiátricas são chamados de “reações paradoxais” ou “desinibição”.

Dificuldades para dormir. Você pode ter problemas para cair no sono ou continuar dormindo. No geral, você pode não estar dormindo tão profundamente quanto antes, e quando você dorme, você pode não acordar renovado. Algumas drogas psiquiátricas podem fazer você dormir durante o dia, desequilibrando suas atividades diárias. Outras destas drogas de drogaria podem estimular-te à noite, mantendo-te acordado e deixando-te sonolento e exausto no dia seguinte.

Embotamento emocional e insensibilidade. Os altos e baixos de suas emoções podem ter sido diminuídos pela droga psiquiátrica que tu estais consumindo. Você não se importa mais, com qualquer indivíduo ou qualquer coisa, tanto quanto você usualmente se importava; seus sentimentos muitas vezes parecem embotados; sua paisagem interna é insossa e menos colorida; você se sente “blá”. Esta diminuição de responsividade e perda de vitalidade, induzida por drogas psiquiátricas, recebe muitos rótulos diferentes na literatura médica, incluindo indiferença, apatia letárgica e afeto diminuído ou embotado. Outros rótulos para este achatamento geral da mente, espírito e nível de energia incluem fadiga, mal-estar, e depressão.

Fadiga. Você se encontra, sem a mesma quantidade de energia mental ou física que já teve, e tu ficas cansado e desencorajado com muito mais facilidade. Você pode estar lento ou letárgico, quando se levanta de manhã, e exausto pela noite.

Mal-estar Você se sente não apenas letárgico ou fatigado, mas “mal”, “desgastado”, “blá” - como se você estivesse com a gripe ou alguma outra debilidade física. Essas reações induzidas por drogas psiquiátricas são muitas vezes referidas como “sintomas do tipo gripe” na literatura médica.

Depressão. Muitas drogas psiquiátricas podem levar à depressão, envolvendo uma perda da alegria de viver, sentimentos de tristeza e desesperança, e até mesmo sentimentos ou tentativas de suicídio. Na versão final do rótulo do Prozac - a descrição incluída na bula - se dizia inicialmente que a “depressão” era “frequentemente” relatada como um efeito adverso desta droga. Contudo, a referência a depressão foi retirada no último minuto. Documentos secretos nos arquivos da Eli Lilly, o fabricante do Prozac, revelam que, em comparação com placebos e outros antidepressivos, esta droga causou um aumento da taxa de tentativas de suicídio em testes clínicos controlados¹². Pacientes frequentemente tornam-se mais deprimidos com antidepressivos, mas os médicos, em seguida, erroneamente aumentam a dose.

Quase todas as drogas psiquiátricas - desde os tranquilizantes menores até os estimulantes como a Ritalina - podem causar depressão¹³ Por exemplo, a depressão é geralmente reconhecida como um resultado potencial de tomar Antabuse, anticonvulsivantes, antidepressivos, barbitúricos, tranquilizantes benzodiazepínicos, beta-bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, narcóticos, neurolépticos, e estimulantes.

Imaginação e criatividade reduzidas. Você sente, como se tivesse perdido a sua antiga

¹²Discutido em detalhe em Breggin (1997a [55]). Breggin (1994 [53]) testemunhou sobre esses documentos secretos no caso Wesbecker.

¹³A este respeito, consulte o Capítulo 4, bem como os *Medical Letter on Drugs and Therapeutics [Informes Médicos sobre Drogas e Terapêutica]* (1998) [274] e Bender (1998a) [34].

“chama”, quando se trata de pensar em soluções para os problemas, em novas formas de olhar as coisas, ou até mesmo no que fazer com seu tempo livre no sábado à tarde. Muitas vezes, você se sente entediado.

Autopercepção, auto-compreensão, ou auto-conhecimento prejudicados. Você não se sente mais confiante a respeito de suas avaliações do seu próprio comportamento, e outras pessoas dão pistas ou sinais de que elas acham que você não está se comportando apropriadamente como você pensa que está. Tu tens dificuldades para configurar seus próprios sentimentos, e porque você está se sentindo assim, tu não tens certeza se a droga psiquiátrica está te ajudando ou te causando problemas. Amigos ou familiares podem comentar que você não está aparentemente bem, ou podem perguntar se você está se sentindo mal, quando você nem sequer notou nada de errado.

Sentimento de “falta de contato” consigo mesmo ou outras pessoas. Você se sente desconectado, remoto, ou fora de contato consigo mesmo e seus sentimentos, e talvez com os sentimentos de outras pessoas também. É como se houvesse um vidro escuro ou uma grande distância entre você e outras pessoas, de tal forma que você não é mais exatamente a mesma pessoa que costumava ser. Essas reações são chamadas de “despersonalização” ou “desrealização”.

Mudanças de personalidade. Mesmo se você não notar, outras pessoas, que se preocupam contigo, podem dizer que tu não estais agindo como você mesmo. Tu podes ter se tornado menos sensível ao humor, mais irritável, mais descuidado, retirado, “alto” ou levemente eufórico, ou um pouco “por fora das coisas”. Nos relatórios das reações as drogas psiquiátricas, este sintoma de toxicidade é muitas vezes chamado de “desordem de personalidade”.

Instabilidade emocional. Seus sentimentos parecem ir para cima e para baixo sem qualquer razão, e tu tens mais dificuldade para controlar o que você sente, e quando e como mostrar isso. Esta condição é muitas vezes referida, como “instabilidade aumentada”, nos relatórios de reações adversas as drogas psiquiátricas.

Ansiedade. Muitas drogas psiquiátricas diferentes podem fazer você sentir agitação, ansiedade e pânico. Para aumentar a sua confusão, estes sintomas são geralmente causados pelas drogas usadas para tratar desordens de ansiedade e de pânico. Tranquilizantes, de ação relativamente curta como Xanax ou Ativan, podem causar episódios de ansiedade, quando o efeito destas drogas desaparece e o cérebro reage várias horas após cada dose¹⁴. A maioria dos antidepressivos e estimulantes também podem causar ansiedade e agitação. E as drogas do tipo Prozac, bem como as drogas antipsicóticas, podem causar uma síndrome particularmente aflitiva conhecida como akatisia, que envolve ansiedade e irritabilidade interior e que leva a necessidade compulsiva de se mover. A akatisia pode ser sentida como uma tortura de dentro para fora.

Euforia e mania. Se você se sente “maravilhoso” enquanto está tomando uma droga psiquiátrica, o sentimento pode não ser realista. Ao invés disto, você pode estar tão “alto” que seu julgamento está sem parâmetros. Muitas drogas psiquiátricas podem produzir sentimentos irrealistas de bem estar e confiança. Quando este efeito se torna obviamente anormal, ele é chamado de euforia ou hipomania (mania leve). Euforia temporária pode ser seguida pelo seu oposto, desespero e depressão.

A euforia induzida por drogas psiquiátricas, por vezes, progride para uma psicose chamada mania. Provavelmente, todos os antidepressivos e estimulantes são capazes de causar mania, que é caracterizada por sentimentos exagerados ou irrealistas de felicidade ou “elevação”, excitabilidade, insônia, energia ilimitada, pensamentos rápidos, esquemas grandiosos, e sentimentos de extrema auto-importância e onipotência. Irritabilidade insensível aos outros, paranóia, e agressividade muitas vezes vão junto com o estado maníaco. Durante a mania, uma pessoa pode tornar-se “fisicamente

¹⁴Nos testes clínicos utilizados para aprovação do Xanax para desordem de pânico, a maioria dos pacientes teve mais ansiedade, depois de algumas semanas consumindo estas drogas, do que antes de consumí-las pela primeira vez. Para uma discussão sobre a piora da condição de ansiedade dos pacientes tratados com Xanax, ver Marks et al. (1989) [265] e Breggin (1991 [49], 1998b [58]).

agressiva ou suicida”¹⁵.

A mania pode arruinar a vida de qualquer um. Pessoas maníacas podem se tornar muito paranóicas e reagir com violência contra vítimas inocentes, incluindo os entes queridos. Os maníacos têm sido conhecidos por ofender pessoas importantes, sair de empregos, deixar casamentos, cometer atos criminosos, ou fazer algo tão bizarro ou prejudicial que resulte em prisão ou internação involuntária em um hospital psiquiátrico.

Mania, depressão e outras anomalias de controle emocional, normalmente resultam devido ao consumo de drogas psiquiátricas. Estas “desordens do humor” induzidas por drogas farmacêuticas são mencionadas muitas vezes no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manual Estatístico de Diagnóstico das Desordens Mentais], quarta edição (DSM-IV), que é a fonte de todos os diagnósticos oficiais em psiquiatria. O manual deixa claro que uma série de drogas psiquiátricas, incluindo antidepressivos, podem causar mania¹⁶.

Taxas de mania causada por antidepressivos frequentemente alcançam ou ultrapassam 1 por cento dos pacientes. Estas taxas são, provavelmente, várias vezes maior para crianças que recebem drogas psiquiátricas¹⁷.

Problemas neurológicos, incluindo espasmos e convulsões. A maioria das drogas psiquiátricas podem causar uma variedade de anormalidades neurológicas e musculares, incluindo dores de cabeça, desequilíbrio do sono, sonhos anormais e pesadelos, incoordenação ou descontrole, fraqueza, espasmos musculares (algumas vezes chamados espasmos mioclônicos), tiques, tremores, percepções visuais ou auditivas anormais, e desconfortos estranhos na pele ou na cabeça. Muitas drogas psiquiátricas também podem causar uma variedade de ataques ou convulsões. As crises mais sérias são as convulsões malignas com perda de consciência. Convulsões podem ser causadas pela ação direta, no cérebro, de drogas tais como: antidepressivos, estimulantes e agentes antipsicóticos, bem como pela abstinência de muitas drogas psiquiátricas, especialmente aquelas que acalmam ou sedam o cérebro, tais como: drogas ansiolíticas (tranquilizantes benzodiazepínicos menores), pílulas para dormir, e medicamentos antiepilépticos.

Todos os sintomas psiquiátricos causados pelos efeitos químicos das drogas psiquiátricas também podem ser considerados sintomas neurológicos, já que eles são causados por desequilíbrios da função cerebral.

Abstinência e rebote. A maioria, se não todas, as drogas psiquiátricas podem causar reações de abstinência. Normalmente, o efeito de abstinência é o oposto do efeito direto da droga. Abstinência de tranquilizantes menores sedativos, tais como Xanax, tipicamente irão produzir ansiedade, agitação, insônia, e, em casos extremos, convulsões. Abstinência de estimulantes, tais como a Ritalina e Adderall, podem produzir fadiga, sono excessivo, e depressão, mas também efeitos opostos, tais como hiperatividade, agitação e insônia. No Capítulo 9 nós consideramos os tipos de reações de abstinência, que são típicas de drogas psiquiátricas individuais, ou de classes destas drogas.

3.7 Você pode ser o último a saber

A maioria de nós sabemos que as drogas recreacionais podem desequilibrar a habilidade dos indivíduos para avaliar como eles realmente estão indo. Nós temos visto ou ouvido falar de casos em que os bebedores de álcool ou de usuários de cocaína ficam sem nenhum juízo sobre como eles se tornaram

¹⁵Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1994) [6], p. 330, ver também p. 329.

¹⁶Para uma definição do diagnóstico de “desordem de humor induzida por substância”, ver Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1994) [6], pp 374-375. Para referências específicas de antidepressivos causando mania, ver a mesma fonte (pp. 331, 371).

¹⁷Veja Capítulo 4 para as taxas de mania induzidas por drogas psiquiátricas. Um teste clínico recente, do Prozac para crianças e adolescentes com depressão, demonstrou uma taxa de 6 por cento (Emslie et al., 1997 [142]).

desequilibrados. Similarmente, drogas psiquiátricas podem comprometer a habilidade de uma pessoa para avaliar como ele ou ela está se portando.

Georgia estava tomando antidepressivos durante anos e sentia que eles eram “salva vidas”. Ela duvidava que pudesse sobreviver sem eles. Mas seu marido estava preocupado com a possibilidade de que estes antidepressivos estivessem tornando-a menos presente emocionalmente. Ele pediu a ela para consultar um médico, que estaria disposto a oferecer a psicoterapia enquanto tentava reduzir ou eliminar seu uso de drogas psiquiátricas. Ela relutantemente decidiu tentar.

Quatro meses depois, não mais tomando antidepressivos, Georgia sentiu como se estivesse “viva” pela primeira vez em muitos anos. Ela havia esquecido completamente o quanto de gosto que tinha em viver. A droga psiquiátrica tinha suprimido sua vitalidade sem que ela percebesse isso. Ela tinha erroneamente pensado que estava cronicamente deprimida e com necessidade desesperada de medicação contínua.

Um exemplo mais extremo é a discinesia tardia, a desordem envolvendo contrações musculares permanentes e espasmos causados por neurolépticos ou drogas antipsicóticas, como Haldol e Risperdal. Numerosos estudos têm mostrado que a maioria dos pacientes com essas contrações induzidas por drogas psiquiátricas negam que eles estão tendo qualquer problema desse tipo, especialmente enquanto estão tomando estas drogas¹⁸.

Prozac, Zoloft, Paxil, Luvox, Effexor, e outras drogas que superestimulam o sistema da serotonina frequentemente produzem mudanças de personalidade tais como: irritabilidade, agressividade, instabilidade de humor, e graus variados de euforia. A pessoa consumindo a droga psiquiátrica pode se sentir “melhor do que nunca”, enquanto membros da família podem sentir que o indivíduo tornou-se uma “pessoa diferente”, com muitos traços negativos de personalidade.

Os pacientes podem se tornar dependentes de tranquilizantes menores, tais como Xanax ou Valium, sem perceber o que está acontecendo com eles, até que meses ou anos tenham se passado. Eles podem acreditar que necessitam tomar mais e mais da droga psiquiátrica para controlar a sua ansiedade e insônia quando, de fato, as drogas estão piorando a sua condição. Mesmo quando as pessoas percebem que se tornaram viciadas, elas costumam achar o problema muito difícil de enfrentar. Elas muitas vezes acabam por negar que têm um vício, continuando a consumir as drogas psiquiátricas.

Muitos pacientes que estão consumindo drogas psiquiátricas podem achar que perderam a nitidez da sua função de memória. Este resultado é comumente associado com lítio, tranquilizantes, e uma variedade de antidepressivos. Ambos os pacientes e os médicos podem erroneamente atribuir o problema a “depressão”, ao invés de atribuí-lo a droga e, no caso de pacientes mais idosos, podem erroneamente atribuir as dificuldades de memória ao envelhecimento. Vale ressaltar que a droga psiquiátrica que você está tomando pode estar desequilibrando o sua atenção, acuidade mental de percepção emocional, sensibilidade social, ou criatividade, sem que tu percebas isso. Ela pode estar causando efeitos adversos físicos ou mentais os quais você é incapaz de reconhecer ou perceber. Além disso, uma vez que estes sintomas, induzidos por estas drogas de drogaria, se assemelham as deficiências associadas aos problemas psiquiátricos, é fácil para você, seu médico, ou a sua família de culpá-los erroneamente pelos problemas emocionais.

O comprometimento do juízo causado pela disfunção cerebral é chamado de anosognosia¹⁹, uma condição que foi notada pela primeira vez em pacientes com AVC²⁰ que negavam estar sofrendo de uma paralisia parcial. De uma perspectiva mais psicológica, a anosognosia é chamada de negação - a rejeição do desequilíbrio mental óbvia.

¹⁸Discutido com citações da literatura em Breggin (1991 [49]) e Breggin (1997a [55]), p. 57. Veja também Myslobodsky (1986) [292].

¹⁹Anosognosia é discutido em Breggin (1989a, 1989b, 1991 [49], 1997a [55]); Fisher (1989) [152], e Myslobodsky (1986) [292]. O artigo de Fisher é especialmente importante no estabelecimento de que a anosognosia, bem como a dificuldade de memória de curto prazo, é uma característica comum de qualquer tipo de disfunção cerebral generalizada.

²⁰NT: AVC - Acidente Vascular Cerebral.

As drogas psiquiátricas são especialmente perigosas porque podem tornar você inapto em reconhecer os efeitos nocivos destas substâncias. Você pode ficar seriamente prejudicado sem perceber o que está acontecendo. Em muitos casos, as pessoas não ficam conscientes dos efeitos prejudiciais destas drogas até que se recuperem depois de parar de tomá-las.

Agora você aprendeu sobre como as drogas psiquiátricas, em geral, podem prejudicar o seu cérebro e a sua mente. O próximo capítulo focaliza-se nos efeitos específicos de drogas individuais. Se você ou alguém com quem tu se preocupa está tomando uma droga psiquiátrica, você pode querer aprender tudo que puder sobre os efeitos adversos potenciais destas substâncias.

Capítulo 4

Efeitos Adversos de Drogas Psiquiátricas Específicas

Drogas psicoativas - aquelas que afetam o cérebro e a mente - podem causar dano de duas maneiras diferentes¹. Obviamente, elas causam efeitos nocivos diretos, ao alterar a função do cérebro ou do corpo. Beber álcool, por exemplo, pode resultar em uma intoxicação caracterizada por fala arrastada, incoordenação e processos mentais desequilibrados. Muitas drogas psiquiátricas, especialmente tranquilizantes sedativos, têm efeitos semelhantes.

Drogas psicoativas podem ter igualmente efeitos indiretos prejudiciais que usualmente começam a se desenvolver após dias ou semanas de exposição a elas. Estes efeitos indiretos e retardados são causados pela tentativa do cérebro de superar o efeito original da droga psiquiátrica. Em essência, quando realiza uma “contra-ação”, o cérebro cria seus próprios problemas. Por exemplo, quando uma pessoa está bebendo, o cérebro fica mais animado ou energético, a fim de superar os efeitos do álcool. Se um alcoólatra, de repente para de beber, ele ou ela pode entrar em um estado de abstinência envolvendo agitação, ansiedade, tremores e, em casos extremos, psicose e convulsões. Novamente, muitas drogas psiquiátricas produzem efeitos semelhantes de abstinência.

Todas as drogas psiquiátricas produzem ambos efeitos adversos: diretos e indiretos. Este capítulo enfoca os efeitos diretos, enquanto o Capítulo 9 se concentra nos efeitos indiretos, que muitas vezes se manifestam entre as doses ou durante e após a abstinência.

4.1 Reconhecimento crescente dos perigos das drogas psiquiátricas

O uso de drogas psiquiátricas, especialmente estimulantes, antipsicóticos, anticonvulsivantes para crianças e antidepressivos e para todas as faixas etárias, tem sido crescente nos últimos anos (Bender, 1998b [35]). Ao mesmo tempo, tem havido crescente preocupação sobre os efeitos adversos dos medicamentos prescritos em geral.

Um estudo recente no *Journal of the American Medical Association* [Jornal da Associação Médica Americana] (JAMA), concluiu que a frequência de reações severas e fatais as drogas psiquiátricas prescritas nos Estados Unidos é “extremamente alta” (Lazarou, 1998 [247]). Se estima que mais de

¹Nenhum capítulo sozinho pode cobrir todos os perigos dos medicamentos psiquiátricos. Mesmo neste livro, os efeitos colaterais, sérios ou com risco de vida, podem algumas vezes serem omitidos. Para um quadro mais completo, o leitor deve consultar diversas fontes médicas a respeito de qualquer droga psiquiátrica em particular. A maioria dos efeitos adversos, destas drogas, listados neste capítulo, são descritos em uma variedade de fontes médicas prontamente disponíveis (ver Apêndice A). Portanto, citações específicas serão dadas apenas nos casos em que informações adicionais ou confirmações parecerem úteis.

100.000 pessoas por ano morrem em hospitais devido as reações a drogas de drogaria, implicando os medicamentos como um dos maiores assassinos da nação. Dependendo da estimativa específica, reações a drogas farmacêuticas em hospitais podem constituir a quarta ou a sexta maior causa de morte atrás da doença cardíaca, câncer e derrame cerebral.

Os números reais de mortes devido a drogas farmacêuticas são muito mais elevados do que as estimativas reportadas no JAMA, em parte porque o estudo foi limitado a pacientes hospitalizados. Muitos pacientes morrem, de causas relacionadas com as drogas, fora dos hospitais, por meio de suicídio, acidentes causados por desequilíbrio mental, e reações agudas fatais tais como: ataques cardíacos e derrames cerebrais. O estudo do JAMA também excluiu os pacientes que receberam prescrições inadequadas, tais como: doses inusualmente elevadas e combinações destas drogas fora do comum. No entanto, prescrições inapropriadas são uma causa muito comum de danos sérios aos pacientes. Dado o grande número de pacientes que foram excluídos pelos investigadores do JAMA, é provável que muito mais do que sua estimativa de 100.000 americanos morrem, a cada ano, devido reações as drogas farmacêuticas.

Os dados reportados no JAMA vem como um choque para os médicos que, como grupo, tendem a minimizar os perigos dos medicamentos que eles prescrevem. Morte e outros resultados trágicos do tratamento com drogas farmacêuticas, muitas vezes não são notificados, a fim de proteger os médicos e hospitais da culpa e ações judiciais. O relatório do JAMA descobriu que apenas a doença cardíaca, câncer e derrame provavelmente causam mais mortes do que as reações adversas a drogas de drogaria. Há, é claro, famosas associações nacionais dedicadas à redução do risco de dano e morte devido a estas três doenças, bem como de doenças pulmonares, diabetes, e outras desordens que podem produzir menos mortes do que medicamentos. Mas não existem associações nacionais para prevenir a morte de medicamentos prescritos. Motivados pelo auto-interesse, os fabricantes de drogas e os estabelecimentos médicos têm pouco desejo de aumentar a conscientização do público sobre este problema.

Fiel ao praxe, quando o relatório do JAMA saiu em 1988, a Pharmaceutical Research and Manufacturers Association [Associação de Fabricantes e Pesquisa Farmacêutica] - um grupo de lobby da indústria - alertou o público para não fazer muito caso destes achados sinistros. Ao invés de mostrar preocupação com a segurança dos pacientes, alguns médicos expressaram preocupação de que os pacientes ficariam com medo de tomar estas drogas farmacêuticas².

4.2 Psicoses tóxicas e delírio tóxico induzidos por drogas psiquiátricas

Nós já descrevemos como as drogas psiquiátricas em geral produzem graus variados de psicoses tóxicas e outras anormalidades mentais severas, incluindo ansiedade, depressão e mania (ver especialmente o Capítulo 3). Confirmando a frequência das reações adversas as drogas psiquiátricas, um estudo alemão descobriu que 11 por cento dos pacientes psiquiátricos hospitalizados desenvolvem sintomas adversos, induzidos por estas drogas, que foram suficientemente severos para justificar a descontinuação (Spieb-Kiefer et al., 1998 [349]). Os pesquisadores observaram que as reações com risco de vida foram relativamente comuns, ocorrendo em 1,8 por cento dos pacientes. De longe, a reação severa mais comum foi o “delírio tóxico”, um estado, induzido por estas drogas, de confusão, desorientação e desequilíbrio mental generalizado.

Os pacientes idosos são especialmente propensos as psicoses tóxicas, bem como aos desequilíbrios mentais menos intensos devido a quase todas as drogas psiquiátricas que alteram a mente. Efeitos

²Grady (1998) [186] e Weis (1998) [385]. Estes relatórios de jornal contêm comentários sobre a publicação do JAMA.

típicos sobre os idosos incluem estimulação, excitação, insônia, depressão e problemas de memória.

Psicoses tóxicas, que ocorrem em variados graus de severidade, também são diagnosticadas como delírio, síndrome cerebral orgânica, confusão, ou mania. Às vezes, um médico, membro da família ou paciente pode notar um ou dois possíveis sintomas de psicose tóxica - tais como agitação, desorientação, incoerência, distúrbio de concentração, dificuldades de memória, ou alucinações - sem reconhecer a severidade da disfunção mental global.

Ansiedade e depressão são frequentemente causadas por drogas psiquiátricas. Elas podem aparecer na presença ou ausência da psicose tóxica.

4.3 “Mania” induzida por drogas psiquiátricas

Mania é uma psicose tóxica específica frequentemente causada por drogas psiquiátricas. Baseado em dados coletados de todos os testes clínicos nos EUA para a aprovação do Prozac, pela FDA, o fabricante informou uma taxa de 0,7 por cento de hipomania / mania entre os pacientes que consumiram Prozac³. Documentos internos da FDA, contudo, mostram uma taxa de mania um pouco acima de 1 por cento - uma taxa muito mais elevada do que para os outros antidepressivos utilizados para a comparação nos testes⁴.

Lembre-se que mania induzida por drogas psiquiátricas é uma desordem psicótica severa cujos sintomas incluem: a hiperatividade extrema, insônia, pensamentos acelerados, explosões frenéticas e desgastantes de grandiosidade energética e fantasias de onipotência, que podem levar a ações bizarras e destrutivas, paranóia, e algumas vezes até suicídio (ver Capítulo 3). Pessoas submetidas a mania induzida por drogas de drogaria têm sido conhecidas por jogar fora suas economias de vida em projetos irrealistas, ou por arruinar ou terminar empregos e casamentos que foram anteriormente bem sucedidos. Algumas acabam em hospitais psiquiátricos ou nas prisões. Outras cometem violência⁵.

Se nós aceitarmos a estimativa de que aproximadamente 1 por cento dos pacientes deprimidos tratados com Prozac irão desenvolver reações maníacas potencialmente devastadoras, isso implica mil pessoas afetadas em cada milhão. Estes números são desastrosas em si, mas na prática clínica rotineira as reações costumam ser muito mais frequentes e severas. Nos testes clínicos usados para a aprovação do Prozac, pela FDA, os indivíduos com história de mania foram excluídos, enquanto na prática clínica o antidepressivo é frequentemente prescrito para pessoas com história, e predisposição potencial, de mania. Nos testes clínicos, Prozac não foi usado em combinação com estimulantes e outros antidepressivos, enquanto na prática clínica, essas outras drogas psiquiátricas são comumente dadas junto com Prozac, aumentando enormemente o risco de mania psicótica. E finalmente, nos testes clínicos, os pacientes foram tipicamente avaliados uma vez por semana por meio de listas de verificação e entrevistas, enquanto na prática clínica, os pacientes frequentemente passam muitas semanas ou meses sem serem vistos por um médico. Com menor monitoramento na prática clínica, os pacientes tendem a se tornar muito mais psicóticos antes disso ser detectado e a medicação ser removida⁶.

³Referência de Mesa dos Médicos [Physicians' Desk Reference] (1998) [307], p. 860, coluna 3, linha 10.

⁴Ao avaliar os estudos utilizados na aprovação do Prozac para depressão, o revisor médico dos efeitos adversos, pela FDA, Richard Kapit, M.D. (1986 [219], p. 18), informou que a taxa de mania psicótica, induzida pelo Prozac, foi três vezes maior do que em comparação com antidepressivos tricíclicos. Dos 33 casos relatados de mania, 23 ocorreram em pacientes sem história de mania. Veja também a discussão relacionada a isso em Breggin (1997a [55]), p. 86.

⁵Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1994) [6], p. 330, ver também p. 329. Peter Breggin tem sido um médico especialista em casos de mania induzida por drogas psiquiátricas que resultaram em homicídio.

⁶Os testes clínicos do Prozac são discutidos detalhadamente em Breggin e Breggin (1994 [53]).

4.4 Crianças em grave risco devido a “mania” induzida por antidepressivos

Prozac, ainda mais comumente, induz mania em crianças. Em um estudo destinado a testar a segurança e eficácia de drogas psiquiátricas, 6 por cento das crianças foram forçadas a abandonar os testes devido a mania induzida pelo Prozac⁷. Nenhum dos indivíduos, de controle nos testes, tornou-se psicótico. Uma droga similar, Luvox, produziu uma taxa de 4 por cento de “reações maníacas” em crianças, de acordo com a Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference]⁸.

Sem dúvida, Prozac e outros antidepressivos estão causando dezenas de milhares de reações psicóticas que podem arruinar a vida não só dos indivíduos atingidos, mas também de seus familiares. Com o aumento das prescrições de tais drogas psiquiátricas para crianças, nós esperamos a devastação aumentar.

4.5 Taxas estimadas de desordens mentais e neurológicas induzidas por drogas psiquiátricas

Em seu manual sobre drogas farmacêuticas, amplamente usado por médicos, J.S. Maxmen e M.G. Ward (1995) [267] resumiram os dados disponíveis sobre as taxas estimadas de vários efeitos adversos destas drogas⁹. Nas seções que se seguem, as nossas referências a estas taxas de desordens psiquiátricas e neurológicas, induzidas por drogas farmacêuticas, têm a intenção de ilustrar a frequência com que tais desordens são causados por drogas psiquiátricas¹⁰. Mesmo que nossas próprias estimativas sejam, por vezes mais elevadas, as taxas relatadas no manual de Maxmen e Ward são susceptíveis de sobressaltar e preocupar o leitor.

4.5.1 Agentes anti-maníacos: Lítio

Confusão e desorientação (22,8 por cento dos pacientes, com alguns estudos que relatam quase 40 por cento) e perda de memória (32,5 por cento).

4.5.2 Estimulantes

Ritalina. Psicose (menos de 1 por cento em doses normais), confusão ou dopamento (2-10 por cento), agitação e inquietação (6,7 por cento), irritabilidade e estimulação (17,3 por cento) e depressão (8,7 por cento).

Anfetaminas. Esta categoria inclui Dexedrine e Adderall, entre outras drogas psiquiátricas. Psicose (menos de 1 por cento em doses normais), confusão ou dopamento (10,3 por cento), agitação e

⁷Emslie et al. (1997) [142]. Breggin (1995 [54]) notou pela primeira vez esta descoberta sinistra, de uma taxa de 6 por cento de mania induzida em crianças pelo Prozac, quando ele leu uma pré-publicação do relatório, sobre a pesquisa de Emslie, em um jornal de psiquiatria. Em uma carta para o jornal, Breggin alertou sobre os altos índices de mania. O jornal notificou que Emslie declinou-se de responder.

⁸Luvox estava sendo consumido por Eric Harris, no momento que ele cometeu os assassinatos na Escola Superior de Columbine [Columbine High School], em Littleton, Colorado, no dia 20 de abril de 1999.

⁹R.W. Pies (1998) [309], por exemplo, extraiu os seus dados básicos de Maxmen e Ward [267], que por sua vez obtiveram seus dados a partir de uma revisão da literatura.

¹⁰Maxmen e Ward [267] não fornecem taxas para “psicoses tóxicas”. As mais próximas síndromes relacionadas são “hipomania e mania”, “confusão e desorientação”, e os sintomas de alucinações e delírios. Conforme descrito no Capítulo 3 do presente volume, os médicos às vezes especificam tais sintomas como deficiência de memória, agitação e excitação quando, de fato, o paciente está sofrendo de uma psicose tóxica mais global.

inquietação (mais de 10 por cento), irritabilidade e estimulação (25 por cento) e depressão (39 por cento!).

4.5.3 Tranquilizantes benzodiazepínicos: Xanax, Valium, Ativan, Klonopin, e outros

Confusão e desorientação (6,9 por cento), alucinações (5,5 por cento), ansiedade e nervosismo (4,1 por cento), depressão (8,3 por cento), e irritabilidade, hostilidade e raiva (5,5 por cento). De acordo com a Maxmen e Ward, a mania é particularmente associada com Xanax (Maxmen e Ward, 1995 [267], p. 287).

4.5.4 Antidepressivos tricíclicos: Elavil

Confusão e desorientação (11,3 por cento), excitação e hipomania (5,7 por cento). Contudo, evidências de outras fontes sugerem taxas ainda mais elevadas¹¹.

4.5.5 Antidepressivos do tipo prozac: Prozac

Confusão e desorientação (1,5 por cento), excitação e hipomania (7,3 por cento; Maxmen e Ward também observaram taxas elevadas de até 30 por cento). Como já mencionado, 6 por cento dos participantes num recente teste clínico controlado, envolvendo Prozac para crianças deprimidas, foram forçados a abandonar o tratamento devido a mania induzida pelo Prozac (Emslie et al., 1997 [142]).

4.5.6 Antidepressivos Inibidor da Monoamina Oxidase (IMAO [MAOI]): Parnato

Confusão e desorientação (6,2 por cento), ansiedade, nervosismo mental e (2 por cento), agitação e inquietação física (5 por cento), excitação e hipomania (17,1 por cento, com uma gama de 10-30 por cento), mioclonias (ie, espasmos musculares) (7 por cento).

4.5.7 Antipsicóticos ou neurolépticos

Thorazine. Confusão e desorientação (6,8 por cento) e depressão (13,9 por cento).

Haldol. Confusão e desorientação (4 por cento), desassossego e agitação mental (24 por cento), inquietação e agitação física (24 por cento), e excitação (12 por cento). Rigidez e distonia aguda - espasmos musculares dolorosos e incapacitantes - ocorrem em taxas muito elevadas (30 por cento). As taxas extraordinariamente altas de discinesia tardia (DT), bem como o perigo da síndrome neuroléptica maligna (SNM), são discutidas mais tarde neste capítulo.

¹¹Especificamente, após rever prontuários de hospitais, Davies et al. (1971) [128] encontraram taxas ainda mais elevadas de: “esquecimento, agitação, pensamentos ilógicos, desorientação, aumento de insônia, e, às vezes, pensamentos delirantes”, entre os pacientes que estavam tomando antidepressivos tricíclicos.

4.6 Efeitos adversos causados por drogas psiquiátricas específicas

Nossa revisão dos efeitos adversos das drogas farmacêuticas, em todo o espectro de medicamentos psiquiátricos, se concentra nas disfunções neurológicas e mentais - isto é, disfunções do cérebro e da mente - uma vez que esses efeitos são mais susceptíveis de confundir os pacientes, suas famílias e seus médicos. Muitas vezes, estes efeitos são erroneamente atribuídos à “doença mental” do paciente.

4.6.1 Estimulantes

Esta categoria compreende Ritalina e Metilina (metilfenidato), bem como Ritalina SR, Ritalina LA, Concerta, Metadate CD e ER, Metilina ER, e Daytrana (longa duração), Dexedrine e DextroStat (dextroamfetamina ou d-anfetamina), Adderall e Adderall XR (mistura dexanfetamina e anfetaminas), Vyvanse (lisdexamfetamina), Desoxyn e Gradumet (metanfetamina)¹². Ambos Cylert (pemoline) e, no Canadá, Adderall XR, foram suspensos ou retirados do mercado em fevereiro de 2005. Para obter uma lista de estimulantes, consulte o Apêndice A.

Nós estamos horrorizados com o uso, amplamente divulgado, de estimulantes para controlar e suprimir o comportamento das crianças diagnosticadas com DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção)¹³. O objetivo é corrigir o comportamento descrito nos termos hiperatividade, impulsividade e desatenção. De fato, contudo, estimulantes subjagam o comportamento, ao alterar a função mental; Eles muitas vezes causam muitos dos problemas que supostamente deveriam corrigir.

A Ritalina e as anfetaminas têm efeitos adversos quase idênticos. Cylert é menos viciante, mas ele tem a extrema desvantagem de ter causado a morte, devido à insuficiência hepática, em um pequeno número de casos relatados.

Os estimulantes tem um poderoso impacto sobre o funcionamento do cérebro e da mente. Eles podem levar ao vício e abuso. As crianças podem doar ou vender os seus estimulantes para crianças mais velhas, que os utilizam para obter um “pico de altitude”. Os pais podem usar ou vender ilegalmente Ritalina ou anfetamina para suas crianças.

Em muitas ou na maioria das crianças, os estimulantes rotineiramente causam “efeito rebote”, envolvendo uma piora dos sintomas comportamentais algumas horas após a última dose. E, especialmente, com uma dosagem maior ou mais prolongada, eles podem levar a reações de abstinência severas, tais como “falência”, que é caracterizada por extrema fadiga, depressão e até mesmo sentimentos suicidas (ver Capítulo 9).

Estimulantes também podem causar os seguintes sintomas: estimulação excessiva do cérebro, incluindo insônia e convulsões; agitação, irritabilidade e nervosismo; confusão e desorientação; alterações de personalidade; isolamento social apático, tristeza e, muito comumente, depressão. A psicose tóxica mais característica dos estimulantes é a mania. Além disso, os estimulantes podem causar paranóia, envolvendo sentimentos de medo e até violentos para com os outros. Estimulantes, tais como a Ritalina, foram usados em experimentos para piorar os sintomas de pacientes rotulados esquizofrênicos - uma prática que deve ser considerada antiética¹⁴

Além disso, os estimulantes podem causar uma variedade de distúrbios emocionais que são errone-

¹²Uma análise detalhada dos riscos desses medicamentos - incluindo documentação detalhada desta seção - pode ser encontrada em Breggin “*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*” (1998a) [57]. Veja também Breggin (1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]).

¹³Ver Breggin “*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*”. (1998a) [57]. Veja também Breggin (1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]).

¹⁴As psicoses induzidas pela Ritalina são discutidas, com citações da literatura, em Breggin (1998a [57]), pp 14-20.

amente considerados “terapêuticos”, incluindo achatamento das emoções e comportamento robótico. As crianças que tomam essas drogas psiquiátricas frequentemente perdem o brilho em seus olhos. O colorido e os contornos desaparecem da sua criatividade e vitalidade. Algumas se tornam como zumbis. Estas crianças ficam mais fáceis de administrar quando os estimulantes causam complacência, obediência, iniciativa e autonomia reduzidas. Mas estes efeitos “terapêuticos”, tais como complacência ou maior obediência, devem ser vistos como efeitos adversos da droga psiquiátrica.

Todos os estimulantes podem causar os mesmos sintomas que eles supostamente deveriam tratar: hiperatividade, perda de controle dos impulsos, e diminuição da concentração e foco. Eles podem piorar as reações, de uma criança ou adulto, ao estresse ou ansiedade.

Estimulantes também causam tontura, dor de cabeça, insônia, palpitações, frequência cardíaca anormalmente aumentada, aumento da pressão arterial, arritmias cardíacas (ataques cardíacos devido a arritmias têm sido relatadas à FDA); perda de apetite, perda de peso, náusea, vômitos, constipação e dor de estômago; boca seca, visão turva, função hepática anormal; câibras musculares; tremor; queda de cabelo; irritação e arranhões; erupções cutâneas severas e com risco de vida, problemas de sangramento; imunidade enfraquecida; desequilíbrios do hormônio do crescimento e do hormônio prolactina. Em 2006, após uma série de relatos de mortes súbitas de crianças e adultos que estavam tomando estimulantes, a FDA ordenou um alerta, em todos os rótulos de estimulantes, para que os médicos não prescrevassem essas drogas psiquiátricas para pessoas com problemas cardíacos. A Ritalina causa câncer de fígado em ratos, mas este resultado não foi relatado em seres humanos. Um estudo publicado em 2004 achou evidências de danos genéticos, utilizando três medidas diferentes, em cada uma de dez crianças, imediatamente após um tratamento detrés meses com Ritalina. Todas as crianças tinham apresentado testes normais dessas medidas antes do tratamento, e não tinham se submetido a nenhuma mudança, de dieta, peso ou ambiente, que pudesse ter causado estas alterações cromossômicas (El-Zein et al., 2004 e 2006 [140]).

Tiques permanentes, às vezes classificados como síndrome de Tourette, são uma complicação séria. Eles geralmente começam no rosto e no pescoço.

Os estimulantes suprimem o crescimento do corpo, incluindo a altura e o peso. Este efeito não é devido prioritariamente à supressão do apetite, mas a uma interrupção da produção do hormônio do crescimento, causada pela interferência das drogas psiquiátricas com a função da glândula pituitária. O hormônio de crescimento afeta todos os órgãos do corpo, por isso, sobretudo o crescimento é suprimido, incluindo o da cabeça e do seu conteúdo, o cérebro.

Desde que os estimulantes interrompem o hormônio do crescimento e suprimem o crescimento durante a infância, além de causarem vários desequilíbrios bioquímicos no cérebro em crescimento, nós acreditamos que eles nunca devem ser administrados a crianças¹⁵.

Recentemente um dos autores teve a oportunidade de rever a literatura, de estudos em animais, sobre os danos cerebrais e disfunções causadas por drogas estimulantes¹⁶. Todas as drogas estimulantes podem produzir anormalidades duradouras no cérebro. A pesquisa com animais mais extensa foi realizada utilizando as anfetaminas (Dexedrine, Adderall), as quais se demonstrou que causam desequilíbrios bioquímicos permanentes e morte celular, mesmo em doses moderadas de curto prazo. O alto risco de danos permanentes ao cérebro é mais uma razão para não prescrever essas drogas psiquiátricas para as crianças.

¹⁵A inibição do crescimento é revista em Breggin (1998a [57]), pp 25-28 e Breggin (1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]). Existem muitos estudos confirmando a supressão do crescimento (por exemplo, Safer et al., 1975 [330]) e a perturbação dos ciclos do hormônio de crescimento (revisto em Jacobovitz et al., 1990 [210]).

¹⁶Breggin (1998d [60], 1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]) reviu, para a comunidade científica, os efeitos adversos de estimulantes, incluindo mudanças no cérebro persistentes e irreversíveis, tais como morte celular.

4.6.2 Antidepressivos que especificamente estimulam a serotonina

Esta categoria inclui Prozac e Sarafem (fluoxetina), Zoloft (sertralina), Paxil e Paxil CR (paroxetina), Celexa (citalopram), Lexapro (escitalopram), Luvox (fluvoxamina) e Effexor (venlafaxina). Veja o Apêndice A para uma lista completa de antidepressivos.

Prozac foi o primeiro inibidor de reabsorção seletivo da serotonina (IRSS [SSRI]) aprovado para uso nos Estados Unidos. Ele foi seguido pelo Zoloft, Paxil, e Luvox. Luvox foi aprovado para desordem obsessiva-compulsiva. Effexor não é um IRSS [SSRI]; seu impacto direto não está limitado a serotonina. No entanto, seus efeitos adversos são semelhantes aos do Prozac.

Críticas sérias destas drogas psiquiátricas têm sido publicadas há quase 15 anos¹⁷. Apesar do grande “grito eufórico” em torno dessas drogas, e apesar do seu uso difundido, há pouca evidência científica que confirme sua eficácia como antidepressivos. A promessa de que eles teriam poucos efeitos prejudiciais não foi cumprida. Durante os primeiros 12 anos após a sua comercialização inicial, mais de 40.000 relatos de efeitos adversos do Prozac foram submetidos à FDA. Nenhuma outra droga psiquiátrica chegou perto.

Os IsRSS [SSRIs] foram adaptados para bloquear a remoção do neurotransmissor serotonina da sinapse, a fim de causar um aumento da frequência de disparos eletro químicos dos nervos da serotonina. Contudo, o cérebro é muito mais complexo do que essa descrição implica. Quando os nervos serotoninérgicos são superestimulados, eles tendem a se tornar menos sensíveis. Esta “regulação diminutiva” não retorna ao normal imediatamente depois que a droga psiquiátrica é interrompida. Não foi estudado, se regulação diminutiva pode se tornar permanente neste sistema em particular, mas nós acreditamos que isto representa um risco sério para o cérebro.

Estas drogas psiquiátricas são capazes de produzir efeitos muito semelhantes aos da anfetamina ou metanfetamina, incluindo um sentimento artificial de bem-estar ou energia, agitação ansiosa, e insônia. Prozac e Efezor são especialmente estimulantes. Os outros podem causar sonolência ou insônia. Como as anfetaminas e todos os antidepressivos, essas drogas causam psicoses maníacas. Como notado anteriormente, o primeiro estudo controlado randomizado publicado sobre o Prozac em crianças descobriu que 6 por cento das crianças consumindo esta substância se tornou maníaca e teve que parar de tomar esta droga (Emslie et al., 1997 [142]). Após a abstinência, alguns pacientes podem “desfalecer” em depressão e experimentar pensamentos suicidas ou cometer ações semelhantes às associadas com estimulantes (ver Capítulo 9)¹⁸.

Nós temos visto pacientes tornarem-se muito perturbados e violentos, especialmente quando a dose está mudando (como quando um paciente começa, aumenta, reduz ou interrompe a droga psiquiátrica). A perda de controle dos impulsos, bem como agitação e mania, induzidas por estas drogas, estão entre as causas possíveis disto. Prozac também pode produzir akatisia - caracterizada por um sentimento de ser torturado por dentro - o que é provavelmente um dos mecanismos pelos quais ele causa comportamento auto-destrutivo ou violento. Jonathan O. Cole, professor de psiquiatria em Harvard e um dos participantes nos estudos do Prozac, tem visto casos de “pensamentos suicidas obsessivos” relacionados a esta substância¹⁹. Cole acredita que a reação adversa é “rara”, mas acrescenta: “Contudo, alguns psiquiatras alertam os pacientes de conferir ou interromper a medicação se ocorrer uma nova e bizarra ideação suicida”.

Numerosos casos de suicídio e assassinato envolveram pacientes que tomaram IsRSS [SSRIs] por alguns dias ou mais. O primeiro caso que foi a tribunal contra Eli Lilly, o fabricante do Prozac, foi secretamente resolvido pela empresa durante o julgamento, a fim de enganar o juiz e o júri induzindo-

¹⁷Dukes (1997) [137], Medawar (1997) [272], e Moore (1997) [286]. As críticas mais abrangentes podem ser encontradas em Breggin e Breggin (1994 [53]), com uma atualização em Breggin (1997a [55]).

¹⁸Breggin (1992a [50]) relatou um caso de depressão na abstinência do Prozac.

¹⁹Schatzberg, Cole, e DeBattista (1997) [331], p. 77. Cole cita Fisher et al. (1992), que demonstraram um aumento da taxa de suicídio entre os pacientes consumindo Prozac em comparação com aqueles que consumiam trazodona.

os a fornecer um veredito a seu favor. Embora o juiz tenha mudado o veredito do júri para “resolvido com prejuízo”, Lilly ainda afirma publicamente ter ganhado o veredito do júri²⁰.

O primeiro caso a ir a julgamento contra a GlaxoSmithKline e Paxil envolveu um homem de sessenta anos de idade que sofria de depressão, mas nunca tinha antes sido violento ou suicida. Depois de sua segunda dose de Paxil, ele matou sua esposa, filha e sua neta antes de se matar. O juiz achou que havia base científica para permitir o testemunho de especialistas implicando Paxil em assassinato e suicídio, e o júri retornou um veredito de 6,4 milhões de dólares contra a GlaxoSmithKline.

Conforme documentado na introdução de Peter Breggin, a FDA finalmente admitiu que todos os novos antidepressivos - incluindo os IsRSS [SSRIs], Wellbutrin, Effexor e Cymbalta - aumentam o comportamento suicida em crianças e adultos. O comitê consultivo da FDA sugeriu limitar o aviso sobre suicídio de adulto para “jovens adultos”, mas a distinção é absurdamente artificial. Os dados foram gerados por testes clínicos controlados muito limitados e as descobertas devem ser levadas a sério para todas as idades.

Em alguns aspectos mais importantes, a FDA exige agora um aviso sobre a síndrome, de ativação ou estimulante, induzida por todos os antidepressivos mais novos. Consistente com as observações publicado pela primeira vez por Breggin em uma série de livros e artigos científicos a partir de 1991, este grupo específico de sintomas induzidos por drogas psiquiátricas inclui agressão e hostilidade. Especificamente, os rótulos de antidepressivos são agora obrigados a avisar que as drogas estão associadas com a produção de “agitação ansiosa, ataques de pânico, insônia, irritabilidade, hostilidade, agressividade, impulsividade, akatisia (inquietação psicomotora), hipomania e mania”.

Como notado na Introdução, a FDA também acrescentou uma seção intitulada “ALERTAS - Piora Clínica e Risco de Suicídio”, afirmando que os adultos “similarmente devem ser observados quanto a piora da situação clínica e comportamento suicida, especialmente durante os primeiros meses de uma terapia com drogas psiquiátricas ou nos momentos de mudança de dose, aumento ou diminuição”.

Não deve haver mais nenhuma dúvida de que os antidepressivos causam um aumento do comportamento suicida e violento, bem como mania, e que estas substâncias muitas vezes levam a uma piora geral da condição mental dos pacientes. Mudanças drásticas conduzindo a um comportamento

²⁰Breggin e Breggin (1994 [53]) e Breggin (1997a [55]) revisaram as evidências de suicídio e assassinato cometidos por indivíduos que tomam IsRSS [SSRIs]. Peter Breggin tem sido um médico especialista em alguns dos casos, de responsabilidade iatrogênica de produtos, de processos contra Eli Lilly, fabricante do Prozac. Entre estes estava o caso Wesbecker, o único até agora que chegou a ir ao tribunal superior. (Para testemunho, veja Breggin, 1994 [53]). Wesbecker atirou em doze pessoas, matando oito, e depois atirou em si mesmo se matando. Seu psiquiatra suspeitava que Wesbecker havia se tornado psicótico devido ao Prozac e parou de prescrevê-lo pouco antes da trágica violência ocorrer. Como notado, este caso particular foi secretamente resolvido, pela empresa de drogas farmacêuticas, durante o julgamento. Contudo, a notícia do acordo foi suprimida do juiz e do júri e os autores do processo contra a empresa apresentaram um caso diluída para o júri, a fim de trazer uma vitória mais certa para Lilly. Em suma, os autores secretamente receberam dinheiro em troca de que, em cooperação com Lilly eles manipulassem o julgamento. Após o julgamento, o juiz, John Potter, ficou indignado quando descobriu essas manipulações. Ele mudou o veredito de “extinto pelo júri sem prejuízo” para “resolvido com prejuízo”. O Supremo Tribunal do Kentucky considerou que Lilly tinha manipulado o sistema legal e possivelmente até mesmo cometido “fraude”. (Veja autoridades dos julgamentos nos tribunais [trial courts authority] 1996 [371]; Gibeaut, 1996 [174], e Varchaver, 1995 [379]. Discutidos em mais detalhes, e com citações adicionais, em Breggin, 1997a [55]). Lilly continuou a fazer afirmações falsas de que ganhou um veredito do júri no caso Wesbecker. Em resposta à notícia em 1998 que um jovem estava tomando Prozac na época que ele supostamente matou seus pais e atirou em vários colegas, Lilly emitiu uma declaração em defesa do Prozac através da Imprensa Associada I.A. [Associated Press] (1998) [23]. De acordo com esta versão da I.A., no caso Wesbecker “as famílias das vítimas processaram Lilly, mas o júri considerou que o Prozac não foi responsável”. De fato, Lilly pagou as famílias antes do julgamento terminar em troca de sua cooperação na apresentação de um caso “mais fraco” para o júri. Ainda, de acordo com a versão da Imprensa Associada, Lilly “argumentou com sucesso” em “dezenas de casos em tribunais” de que a causa da violência não era o Prozac. De fato, nenhum outro caso, de responsabilidade iatrogênica de produto relativo ao Prozac, foi ao tribunal. Desde então, em abril de 1999, Eli Lilly finalmente ganhou um julgamento com júri, nos EUA, no Tribunal Distrital do Havaí, no caso de *Forsyth v. Eli Lilly* (Civil nº 95-00185ACK). Peter Breggin, que não estava envolvido no caso Forsyth, também foi especialista médico em vários casos do Prozac relacionados com suicídio ou violência, que foram discretamente resolvidos.

destrutivo e criminoso, muitas vezes acontecem logo após o início do consumo da droga psiquiátrica ou em torno das mudanças de dose, aumento ou diminuição; mas eles podem ocorrer a qualquer momento.

Reações de abstinência também podem ocorrer com estas drogas psiquiátricas e podem ser muito severas (Capítulo 9). Muitos pacientes tornam-se desanimados, chorosos, emocionalmente instáveis e suicida durante a tentativa de se abster dessas drogas. Um grande número sofre de distúrbios neurológicos bizarros como: dores “tipo choque” na cabeça, e sensações estranhas na pele. Um número significativo decide retomar o consumo, destas drogas de drogaria, porque o processo de abstinência provoca sentimentos dolorosos demais para suportar.

Este grupo de drogas psiquiátricas pode levar ao aumento do uso de álcool e outras drogas calmantes, porque elas podem causar agitação e ansiedade. Nós temos vistos alcólatras recuperados recomeçarem a beber depois de iniciar o consumo do Prozac.

Pacientes que tomam estas drogas psiquiátricas muitas vezes experimentam sentimentos achatados ou embotados. Famílias relatam que eles ficam menos atentos, cuidadosos, ou amorosos. Disfunções sexuais são comuns. Alguns pacientes tornam-se cansados e até mesmo sonolentos, em vez de agitados, particularmente se estiverem tomando Paxil e Zoloft.

Especialmente quando combinada com outras drogas psiquiátricas que estimulam a serotonina, essas drogas podem produzir crises serotoninérgicas envolvendo agitação, delírio, espasmos musculares (mioclonia), várias anormalidades neurológicas, e temperatura corporal elevada. Alguns relatórios apresentados à FDA preocupavam-se com a discinesia tardia induzida pelo Prozac.

Muitos pacientes inicialmente experimentam perda de peso ao consumir IsRSS [SSRIs]. Enquanto algumas pessoas podem considerar bem-vindo este efeito, ele pode ser prejudicial para aqueles que já sofrem de falta de apetite e perda de peso excessiva. Além disso, durante um período de meses, este efeito da droga psiquiátrica tende a reverter, e muitas pessoas experimentam ganho de peso que leva à obesidade.

Os efeitos, dos IRSS [SSRI], de embotamento da libido e da função sexual, estão agora bem estabelecidos. Em amplas pesquisas, com milhares de pacientes nos Estados Unidos e no exterior, as taxas de disfunções sexuais induzidas por IRSS [SSRI] atingem mais de 40 por cento (Clayton et al, 2002 [91]; Williams et al, 2006 [390]), e em estudos menores, até 70 por cento dos doentes consumindo Paxil e Zoloft relataram disfunções sexuais (Kennedy et al., 2000 [225]). No entanto, os autores de tal revisão concluíram que: “os médicos subestimaram a prevalência de disfunção sexual associada a antidepressivos” (Clayton et al., 2002 [91]). Recentemente, relatos de efeitos sexuais adversos - perda de libido total, perda de sensibilidade genital e anestesia genital - persistindo por meses e anos após a cessação dos IRSS [SSRI], começam vir a superfície, o que levou alguns a sugerir que essas drogas psiquiátricas podem alterar permanentemente a expressão do gene²¹.

4.6.3 Antidepressivos tricíclicos

Esta categoria compreende a imipramina (Tofranil, Imavate, Presamine, SK-Pramine, Janimine), desipramina (Pertofrane, Norpramin), amitriptilina (Elavil), nortriptilina (Aventyl, Pamelor), protriptilina (Vivactil), doxepin (Sinequan, Adapin), trimipramina (Surmontil), e Anafranil (clomipramina).

Provavelmente todos os antidepressivos são capazes de causar convulsões e psicoses maníacas. Mesmo doses relativamente pequenas podem resultar em sentimentos entorpecidos e achatados, ou em sentimentos agitados e confusos. A maioria dos antidepressivos tricíclicos tem uma variedade de efeitos anticolinérgicos, incluindo visão turva, boca seca, constipação, dificuldade para urinar, e

²¹Bolton et al. (2006) [43]; Csoka e Susko. (2006) [125].

arritmias cardíacas que, por vezes provaram ser fatais, especialmente entre os adultos com problemas cardíacos e entre as crianças e os idosos. Eles frequentemente causam sérias reações de abstinência (ver Capítulo 9).

4.6.4 Antidepressivos atípicos

Esta categoria compreende Asendin (amoxapina), Desyrel (trazodona), Effexor (venlafaxina), Ludiomil (maprotilina), Remeron, Remeron Sol Tab, Remeron RD, Cymbalta (duloxetina), e Wellbutrin, Wellbutrin SR, Wellbutrin XL ou Zyban (bupropiona). Consulte o Apêndice A para uma lista completa. Após um número inesperadamente elevado de relatórios de lesões hepáticas severas, Serzone foi retirado do mercado canadense em novembro de 2003 e dos Estados Unidos em maio de 2004.

De extrema importância é o fato de que o antidepressivo Asendin é convertido em um neuroléptico, dentro do corpo, produzindo os mesmos problemas que aqueles associados com outros neurolépticos, incluindo discinesia tardia [Tardive Dyskinesia - TD] e síndrome neuroléptica maligna [Neuroleptic Malignant Syndrome - NMS] (veja abaixo). Para esta classe de droga psiquiátrica, a FDA requer avisos sobre TD e NMS.

Ludiomil e Remeron são classificados juntamente com Asendin como compostos tetracíclicos. Convulsões e movimentos involuntários anormais (sintomas extrapiramidais) foram relatados em associação com Ludiomil. Remeron é relativamente novo, daí o seu perfil de efeitos adversos ser menos compreendido. Muitos dos efeitos adversos de outros antidepressivos, incluindo os tricíclicos, devem ser considerados em relação a essas três drogas psiquiátricas. Remeron, em particular, tende a induzir sedação, assim como tonturas, ganho de peso e pressão arterial baixa. Problemas cardiovasculares têm sido relatados em conexão com ambas estas drogas. Como todos os antidepressivos, eles podem causar psicoses tóxicas, incluindo mania e delírio.

Effexor (venlafaxina), já mencionada como uma droga psiquiátrica que estimula a serotonina, também estimula a neurotransmissão da noradrenalina no cérebro. Contudo, seus efeitos são muito semelhantes aos do Prozac, incluindo estimulação, nervosismo ansioso, insônia, perda de apetite e perda de peso. Além disso, pode causar agitação e mania, reações paranóicas de hostilidade, depressão psicótica, psicose tóxica, e hipertensão.

Serzone (nefazodona) também estimula a serotonina e a noradrenalina, mas tem outros efeitos também. É mais provável de causar sonolência do que a insônia. Ele pode produzir tontura, confusão, perda de memória, e hipotensão. E pode levar à hostilidade, reação paranóica, ideação ou tentativas de suicídio, desrealização e despersonalização, e alucinações. T. Moore (1997) [286], como fez em relação ao Effexor, reviu os dados da FDA gerados durante o processo de aprovação do Serzone. Ele descobriu que os suicídios e as tentativas de suicídio foram várias vezes mais frequentes entre os pacientes que consumiram Serzone do que os que consumiram placebos.

Desyrel (trazodona) tende a causar sedação, tonturas e desmaios. Ela pode levar a problemas de coração em pacientes cardíacos. E entre os homens, pode causar uma reação adversa potencialmente séria chamada priapismo - ereção peniana não controlada, irreversível e que às vezes exige a correção cirúrgica.

Wellbutrin (bupropiona) produz uma taxa anormalmente elevada de convulsões. É conhecida por ser muito estimulante e agitadora, causando ansiedade, pesadelos e psicoses maníacas. Em 1997, essa mesma droga psiquiátrica, comercializada com o nome de Zyban, foi aprovada pela FDA como uma ajuda para se parar de fumar.

Duloxetina (Cymbalta) chegou ao mercado de antidepressivos em agosto de 2004, quando também foi aprovada para o tratamento da dor neuropática diabética. Uma revisão recente resumiu os seus efeitos adversos mais frequentemente observados tais como: “náuseas, boca seca, constipação, diarréia, diminuição do apetite, perda de peso, sensação de fadiga, tonturas, sonolência, hipoidrose

[falta de sudorese], diminuição da libido e disfunção erétil” (Balhara et al., 2007 [26]). Uma revisão sistemática de seus testes clínicos, feita pelo jornal médico independente *Prescrire Internacional* [Prescrição Internacional] concluiu que “Na prática, a duloxetina atualmente não tem lugar no tratamento de depressão ou neuropatia diabética. Ainda não se demonstrou que a sua eficácia seja equivalente ao de outras drogas psiquiátricas disponíveis, e ela tem muitos efeitos adversos, dado este grau de incerteza.”²² Outro boletim independente, observando que o fabricante Eli Lilly afirma que Cymbalta tem valor especial na gestão dos sintomas dolorosos da depressão, concluiu: “Neste momento, qualquer afirmação, de que a duloxetina é útil para controlar a dor, é infundada” (Wolfe, 2005 [393], p. 3). Ainda mais sinistro, em 2004-2005 Cymbalta recebeu consideráveis reportagens negativas em torno do suicídio do rapaz de dezenove anos, Tracy Johnson, e vários outros voluntários que tomaram esta droga psiquiátrica nos testes clínicos iniciais para a depressão (Lenzer, 2005 [250]). Apesar disso, sem dúvida, como resultado do vigoroso marketing e campanha publicitária, de Eli Lilly, para médicos e para o público, as vendas de Cymbalta saltaram 85 por cento em 2006 (Russell, 2007 [327]).

4.6.5 Antidepressivos Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO [MAOI])

Esta categoria compreende Parnato (tranilcipromina), Marplan (isocarboxazid), Nardil (fenelzina), Eldepryl (selegilina), e Manerix (moclobemida, disponível no Canadá).

Parnato é quimicamente semelhante à anfetamina e é muito estimulante. Eldepryl foi aprovado para o tratamento da doença de Parkinson, e não para a depressão.

Embora todos os antidepressivos possam causar psicoses tóxicas, incluindo mania, os IsMAO [MAOIs] são particularmente propensos a essas reações adversas potencialmente arruinadoras de vida. Eles frequentemente produzem anomalias mentais, tais como embotamento de sentimentos ou delírio. Especialmente quando combinados com certos alimentos e drogas, eles também podem causar crises hipertensivas com risco de vida (envolvendo violentas dores de cabeça e possíveis ataques), bem como crises serotoninérgicas (envolvendo agitação, delírio, espasmos musculares, várias anormalidades neurológicas, e temperatura corporal elevada). Estas reações à alimentos e drogas psiquiátricas podem levar ao coma ou morte. Pacientes e seus familiares devem ser avisados sobre tais problemas com antecedência²³. IsMAO [MAOIs] interagem especialmente de forma perigosa com estimulantes e antidepressivos.

IsMAO [MAOIs] possuem muitos dos mesmos efeitos colaterais que aqueles tipicamente associados com outros antidepressivos, mas eles também incluem crises hipertensivas, baixa pressão sanguínea, febres extremas (reações hiperpiréticas), disfunção sexual, sedação diurna, insônia noturna, estimulação excessiva, dores musculares e espasmos musculares.

Anos atrás, essas drogas psiquiátricas caíram em desfavor por causa de seus perigos e eficácia questionável. Com o ressurgimento da psiquiatria materialista e os resultados decepcionantes obtidos com outros antidepressivos, elas estão novamente em voga.

Manerix está disponível atualmente no Canadá, mas não nos Estados Unidos. Apesar de não suprimir a monoamina oxidase, como as outras drogas psiquiátricas nesta classe, e apesar de ser considerada menos arriscada para a produção de crises hipertensivas quando combinadas com certos alimentos, Manerix compartilha um perfil de reações adversas semelhantes com os IsMAO [MAOIs], incluindo estimulação, insônia, ansiedade e agitação e, ocasionalmente, o comportamento agressivo. Problemas hepáticos têm sido relatados em uma pequena porcentagem de pacientes.

²²Duloxetine; Nova indicação (2006) [138].

²³Instruções dietéticas podem ser encontradas em Bezchlibnyk-Butler e Jeffries (2005) [38].

4.6.6 Benzodiazepinas prescritas para ansiedade e insônia

Esta categoria compreende Ativan (lorazepam); Klonopin (clonazepam); Librium, Librax e Limbitrol (clordiazepóxido); Paxipam (halazepam), Serax (oxazepam), Tranxene (clorazepato), Valium (diazepam) e Xanax (alprazolam)²⁴.

Estas drogas psiquiátricas são prescritas para ansiedade, ataques de pânico e problemas relacionados. Elas também são prescritas para insônia. Os benzodiazepínicos mais comumente prescritos para insônia são Halcion (triazolam), que é proibido na Inglaterra; Dalmane (flurazepam), Doral (quazepam); Prosom (estazolam); e Restoril (temazepam). Versed (midazolam) é usado também em forma injetável para anestesia.

Quando surgiu pela primeira vez na década de 1960, as benzodiazepinas foram promovidas como relativamente seguras e livres dos problemas de vício, bem conhecidos, associados com os barbitúricos. Nada poderia estar mais longe da verdade. Considere Xanax, por exemplo. A maioria dos pacientes que tomam esta droga psiquiátrica, mesmo por algumas semanas, irá desenvolver problemas sérios de abstinência, e muitos, se não a maioria, terão problemas para suspender a medicação. De fato, pode ser perigoso parar de consumir, qualquer benzodiazepínico, muito abruptamente (ver Capítulo 9).

Especialmente no caso dos agentes de curta duração, tais como Xanax ou Halcion, sintomas de abstinência podem ocorrer, em uma base diária, entre as doses. Estes sintomas muitas vezes se manifestam como um rebote piorando os sintomas de ansiedade original. O indivíduo pode acabar andando em círculos entre a abstinência e a intoxicação, de dose para a dose, ao longo do dia.

Em adição a dependência e reações de abstinência, os pacientes tomando benzodiazepínicos enfrentam perigos semelhantes aos dos que abusam do álcool. A intoxicação pode ocorrer sorrateiramente com os usuários, sem que eles percebam. Eles podem ficar com o raciocínio lento, fala arrastada, falta de coordenação, falta de jeito e andar prejudicado (ataxia), tremor, julgamento fraco e sonolência. Sentimentos dopados, e ressacas com amnésia, não são incomuns.

Benzodiazepinas atuam produzindo uma contínua supressão do cérebro. Inicialmente, para algumas pessoas, essa supressão é experimentada como relaxamento ou uma redução da ansiedade e tensão, um efeito semelhante ao do álcool. Com o aumento da dose, sono e eventualmente coma são produzidos. As drogas psiquiátricas atuam prejudicando a função cerebral, o que às vezes é experimentado como alívio da tensão ou ansiedade.

Porque elas suprimem o funcionamento do cérebro em geral, todas as drogas psiquiátricas, que são usadas para reduzir a ansiedade ou para induzir o sono, também irão prejudicar as funções mentais superiores, incluindo o pensamento e a memória. Embora somente uns poucos estudos tentaram examinar este perigo, o uso a longo prazo de qualquer uma destas drogas, especialmente em doses mais elevadas, deve ser visto como causador de um risco de disfunção mental irreversível. Uma revisão de vários estudos descobriu que após a interrupção do uso, de longo prazo, de benzodiazepínicos, “continua a haver uma piora significativa na maioria das áreas da cognição, em comparação com controles ou dados normativos”. Os autores concluíram, “pode haver algum déficit permanente ou déficits dos quais se demora mais de seis meses para se recuperar completamente” (Barker et al., 2004 [28]).

Benzodiazepínicos podem causar amnésia severa. Estudantes consumindo-os para dormir podem perder uma parte substancial da sua memória sobre o material que eles estudaram na mesma noite. As drogas psiquiátricas podem causar confusão, paranóia e reações paradoxais como excitação, agitação, raiva e violência. Elas podem causar psicose tóxica. (Xanax é especialmente conhecido por causar mania). Elas comumente pioram a depressão e podem levar ao suicídio. Como o álcool, muitas vezes

²⁴Uma análise detalhada dos riscos destas drogas psiquiátricas - incluindo a documentação das observações nesta seção - pode ser encontrada em Breggin (1997a [55], 1998b [58]).

elas tornam as pessoas irritáveis e impulsivas. Nós sabemos de pessoas que cometeram violência depois de tomar apenas algumas doses dessas drogas. Nos casos de toxicidade de longo prazo com benzodiazepínicos, os usuários podem perder o seu juízo e realizar atos sem sentido, fora de caráter, de roubo ou outras atividades criminosas²⁵.

Halcion, um benzodiazepínico usado para indução do sono, foi proibido na Inglaterra porque ele causa muitas anormalidades mentais, incluindo depressão e paranóia²⁶. Versed, um benzodiazepínico de ação muito curta, usado para anestesia, comumente causa anormalidades comportamentais seguidas do seu uso para anestesia. Nós vimos um caso em que os efeitos, de distúrbio emocional do Versed, pareceram ter sido de longa duração. Versed deve ser considerada uma droga psiquiátrica muito perigosa.

Benzodiazepínicos podem causar contrações musculares e outros movimentos anormais que são tão severos a ponto de serem confundidos com convulsões. Como muitas drogas psiquiátricas, os benzodiazepínicos também podem causar dor de cabeça, problemas visuais, e uma variedade de distúrbios gastrintestinais.

4.6.7 Drogas não-benzodiazepínicas prescritas para ansiedade e insônia

Esta categoria inclui novas drogas psiquiátricas como o Ambien (zolpidem), Lunesta (zopiclone), Sonata (zaleplon), bem como drogas no mercado há décadas, tais como Atarax ou Vistaril (hidroxizina), bloqueadores beta-adrenérgicos (beta-bloqueadores), incluindo Inderal (propranolol) e Tenormin (atenolol), BuSpar (buspirona), Miltown (meprobamato), e Trancopel (Clormezanona).

Drogas psiquiátricas tais como Lunesta, Sonata, e Ambien foram amplamente propagadas, para o público e para os médicos, como pílulas para dormir seguras e magicamente eficazes. Amostras grátis são rotineiramente oferecidas aos pacientes em várias estratégias promocionais, e, como esperado, estas drogas têm se tornado cada vez mais populares, mesmo entre pessoas jovens. Desafortunadamente, praticamente todas as revisões das evidências disponíveis, concluem que seus benefícios podem ser ilusórios, mas que seus riscos são bastante reais. Em testes clínicos, fortemente tendenciosos em favor destas drogas, elas têm sucesso em adicionar uns poucos minutos de sono, em comparação com placebo, enquanto que apresentam muito mais riscos de fadiga diurna, perda de memória e outras deficiências cognitivas, bem como dificuldades de coordenação motora no dia seguinte (Glass et al., 2005 [177]). Pessoas mais idosas, especialmente aquelas com mais de 70 e 80 anos de idade, continuam a ser os usuários mais frequentes e de longo prazo de sedativos e hipnóticos, mas métodos sem estas drogas, para induzir e manter o sono em pessoas mais velhas, são consistentemente considerados superiores, mais seguros, e mais duráveis (Sivertsen et al., 2006 [346]).

Uma variedade de não-benzodiazepínicos são usados para dormir e para controlar a ansiedade. Miltown é viciante e sujeito a abusos, e é muito parecido com os benzodiazepínicos em seu perfil de reações adversas. Trancopel pode causar muitos dos efeitos adversos associados com outras drogas sedativas, incluindo confusão e depressão. Erupções cutâneas severas também foram relatadas.

Ambien, como os benzodiazepínicos, pode causar sonolência, confusão, andar desajeitado, fadiga, dor de cabeça, náuseas e problemas de memória. Ela também pode causar tonturas e incoordenação, resultando em quedas, psicose tóxica, alucinações e pesadelos; vários distúrbios sensoriais, e desinibição (comportamento bizarro ou perigoso). Relatos ocasionais e nossa própria experiência clínica, sugerem que ela pode produzir dependência. Em 2003, Ambien apareceu na lista, de drogas psicótropas viciantes, da Convenção de Viena das Nações Unidas.

Atarax ou Vistaril é um anti-histamínico com qualidades sedativas. Nós temos visto casos de

²⁵Ver Breggin (1997a [55], 1998b [58]) para uma análise detalhada dos efeitos adversos comportamentais e mentais dos benzodiazepínicos.

²⁶Para obter a documentação da proibição de Halcion na Inglaterra, veja Asscher (1991) [22] e Brahams (1991) [44].

abuso desta droga psiquiátrica, geralmente em combinação com vícios múltiplos.

BuSpar pode causar dores de cabeça, tontura e náusea. Ele também pode produzir tensão ou ansiedade, sonhos anormais, delírio e mania psicótica.

Barbitúricos, que são prescritos para induzir o sono e, às vezes, para reduzir a ansiedade, incluem Amytal (amobarbital), Butisol (butabarbital), Mebaral (mefobarbital), Nembutal (pentobarbital), fenobarbital (genérico), e Seconal (secobarbital).

Os barbitúricos são altamente viciantes e produzem sintomas tóxicos semelhantes aos do álcool e aos dos benzodiazepínicos, incluindo sedação, falta de jeito, fala arrastada, e pouco juízo. Eles também produzem uma síndrome de abstinência semelhante à do álcool e à das benzodiazepinas. Eles podem causar reações paradoxais, tais como excitação, hiperatividade, e agressão. Eles também podem causar alucinações e depressão. Comportamentos anormais extremos são especialmente comuns entre as crianças e os idosos.

Outros problemas comuns associados com o uso de barbitúricos incluem tonturas ou vertigens, náuseas e vômitos, diarreia, câibras musculares, e ressacas. De acordo com um dos poucos estudos sobre os efeitos adversos de longo prazo na função mental, doses relativamente pequenas de fenobarbital em crianças resultaram em uma redução mensurável do QI (Coeficiente de Inteligência). A droga psiquiátrica tinha sido administrada durante longo prazo para a prevenção de convulsões induzidas por febres altas. Como enfatizado em capítulos anteriores, todas estas drogas que suprimem a ansiedade ou induzem sono devem ser suspeitas de causar disfunção mental irreversível, quando utilizadas à longo prazo.

Qualquer droga psiquiátrica, associada à redução da ansiedade ou aumento do sono, também deve ser suspeita de causar tolerância - uma necessidade crescente de doses maiores - assim como dependência. Isto é especialmente verdadeiro para os benzodiazepínicos e os barbitúricos, mas sugere-se cuidado em casos de quase todas as drogas que induzem sedação ou tranquilização. Não há “pedágio livre”. Se a droga psiquiátrica tem um impacto significativo, o cérebro, provavelmente, tentará compensar, produzindo o potencial de sintomas de rebote e de abstinência.

Beta-bloqueadores suprimem a frequência cardíaca, reduzindo assim um dos sintomas mais perturbadores associados com ansiedade aguda - o “coração batendo em pancadas”. Eles também são usados na medicina para reduzir a frequência cardíaca.

Beta-bloqueadores têm efeitos mais negativos sobre a função cerebral do que muitos médicos percebem. Drogas de drogaria, como Inderal, podem causar depressão séria em alguns pacientes (Bender, 1998 [34]). Mais comumente, podem causar sedação e retardar o processo de pensamento de uma maneira que os médicos descrevem como “turvação sensorial”. Elas podem trazer um sentimento de estar letárgico ou “fora de si”. Elas podem causar hiperestimulação, delírio, ansiedade, pesadelos, e os sintomas psicóticos mais extremos, tais como alucinações. Elas também podem produzir impotência, problemas gastrointestinais, pressão sanguínea baixa, e diminuição da frequência cardíaca. Uma possibilidade perigosa é a constrição das vias respiratórias (broncoespasmo). Abstinência pode ser um problema também, na medida em que pode resultar em rebote ou aumento da frequência cardíaca e pressão arterial.

4.6.8 Lítio, anticonvulsivos e outros “estabilizadores de humor”

Esta categoria inclui várias distintas drogas psiquiátricas de diferentes classes. Elas incluem lítio (Eskalith, Lithane, Lithobid, Lithotabs) e os medicamentos anti-epilépticos ou anticonvulsivantes, incluindo Tegretol (carbamazepina), Depakene (ácido valproico) e Depakote (divalproato de sódio), Neurontin (gabapentina), Lamictal (lamotrigina), Topamax (topiramato), e Trileptal (oxcarbazepina). Outras, destas drogas prescritas como estabilizadores de humor, incluem Klonopin (clonazepam), Calan (verapamil), e Catapres (clonidina). Consulte o Apêndice A para uma lista completa.

Estas drogas psiquiátricas são supostamente para controlar a mania, ou para reduzir as oscilações de humor, que os psiquiatras comumente chamam de “desordem bipolar”. Confrontados com os resultados desapontadores do uso de lítio, a psiquiatria se voltou para o uso de anticonvulsivantes, três dos quais, mais novos, foram aprovados pela FDA para o tratamento da mania aguda e desordem bipolar entre 1994 e 2000. Provavelmente todas estas drogas, têm o efeito de causar sedação e sobretudo depressão do sistema nervoso central. Em 2006, contudo, como discutido na Introdução de David Cohen, apareceram vários relatos sobre o maior estudo já feito (cerca de 1.500 pacientes) do tratamento da desordem bipolar com drogas psiquiátricas. O estudo foi incomum, pois não foi financiada pela indústria de drogas farmacêuticas, e ele envolveu uma amostra amplamente representativa dos pacientes, diagnosticados com desordem bipolar, de todo o país. Os pacientes foram atendidos tão frequentemente quanto clinicamente desejado, e o estudo afirmou usar o “melhor” tratamento disponível com drogas psiquiátricas (principalmente anticonvulsivantes, antipsicóticos, lítio e clonazepam), além de uma intervenção psicossocial padrão. Os resultados: apenas 28 por cento dos indivíduos tratados atingiram remissão, sem experimentar uma recorrência dos sintomas principais, durante os dois anos que se seguiram (Perlis et al, 2006 [304]).

Lítio achata as emoções, através do embotamento ou constrição da faixa de sentimentos, resultando em diferentes graus de apatia e indiferença. Ele também retarda os processos de pensamento. Esta lentidão mental e emocional, induzida pela droga psiquiátrica, deve ser considerada o principal efeito “terapêutico” do lítio. Lítio, por vezes, reduz a probabilidade de que um paciente se torne “alto” ou maníaco - mas à custa da disfunção cerebral²⁷.

Muitas pessoas experimentam cada vez mais problemas de memória depois de tomar o lítio por meses ou anos. Sua capacidade de trabalho pode tornar-se prejudicada.

Médicos e pacientes, muitas vezes erroneamente atribuem estes problemas à outras causas tais como: a síndrome de fadiga crônica, depressão, ou “idade avançada”. Quando o lítio é reduzido ou interrompido, muitas pessoas experimentam um renascimento de suas capacidades cognitivas e emocionais. Alguns pacientes, contudo, descobrem que suas faculdades mentais não se recuperam totalmente após anos de tratamento com lítio.

O lítio pode causar hipotireoidismo, arritmias cardíacas, ganho de peso, desconforto no estômago e diarreia, doenças de pele como acne e erupções cutâneas severas, perda de cabelo, tremores, um andar desajeitado, e desordens sérias nos rins. Ele pode causar problemas sérios, toxicidade do cérebro ameaçadoras da vida, que podem se “arrastar” até os usuários cujo juízo tornou-se prejudicado pelo mesmo processo tóxico. Por estas razões, os exames de sangue de rotina são necessários para manter o monitoramento de uma potencial intoxicação. O lítio pode causar um aumento da contagem de glóbulos brancos; manifestou-se preocupação sobre ele possivelmente causar leucemia. E, finalmente, o lítio é conhecido por causar defeitos congênitos, incluindo malformações cardíacas, e de suprimir o cérebro do feto ou bebê em fase de amamentamento; levando a flacidez e letargia. Abstinência de lítio comumente resulta em mania (ver Capítulo 9).

Depakote (Depakene) é um pouco semelhante aos benzodiazepínicos e álcool, uma vez que ele pode causar tremor, sedação, e dificuldade para caminhar. Ele também pode causar anormalidades comportamentais, incluindo confusão ou delírio. A longo prazo isso pode prejudicar as habilidades mentais, e em raras ocasiões, esta droga psiquiátrica tem sido conhecida por causar insuficiência hepática. Ela também pode causar ganho de peso, dores de estômago, perda de cabelo, erupção cutânea, pancreatite e problemas de coagulação do sangue.

Clonidina (Catapres) é uma droga de drogaria anti-hipertensiva que pode causar sedação e, assim, encontrou um lugar no uso psiquiátrico. Se o consumo for interrompido muito rapidamente, ela pode produzir crises rebote hipertensivas. Ela também pode causar muitos problemas psiquiátricos, incluindo insônia, pesadelos, agitação ansiosa, depressão, e, mais raramente, alucinações.

²⁷Uma extensa revisão, dos efeitos adversos do lítio, é encontrado em Breggin (1983 [46], 1997a [55]).

Klonopin, um benzodiazepínico, pode causar todos os problemas associados a esta classe de drogas psiquiátricas, incluindo a dependência (veja acima). Ela foi aprovada pela FDA para ambos: as convulsões, e os ataques de pânico.

Tegretol está intimamente relacionado com os antidepressivos tricíclicos e pode causar todos os problemas que lhes estão associados (veja acima). Ele representa um perigo especial de supressão da medula óssea, envolvendo perda de células do sangue. Pacientes e suas famílias precisam estar alertas a sinais precoces da doença, incluindo febre, dor de garganta, sangramento e manchas pequenas (petéquias) na pele. Outros efeitos colaterais incluem sedação, fadiga, náusea e tontura. Doses mais elevadas podem produzir sinais de intoxicação neurológica, incluindo a falta de coordenação dos músculos. Quando os músculos dos olhos são afetados, visão dupla pode resultar. Funções do fígado podem aparecer anormais em testes, e, mais raramente toxicidade hepática pode desenvolver. A função cardíaca também pode ser prejudicada. Erupções na pele são comuns.

Calan, um bloqueador dos canais de cálcio, é um agente usado para tratar doenças cardíacas, mas pode causar uma variedade de problemas cardiovasculares. Tonturas, dor de cabeça, e náuseas são comuns; altas doses podem resultar em sedação e letargia. Mais raros são efeitos adversos tão sérios como arritmias cardíacas que não respondem bem à tratamento, toxicidade hepática e pressão arterial baixa severa, com desmaio. O coração e o estado de pressão arterial dos pacientes que consomem esta droga psiquiátrica deve ser verificado basicamente, em seguida, os deve-se verificar os potenciais efeitos adversos dela.

Muitos benzodiazepínicos, medicamentos anti-convulsivantes e drogas anti-hipertensivas, são utilizadas como estabilizadores de humor por causa de seus efeitos sedativos. Os benzodiazepínicos e drogas anti-convulsivantes devem ser gradualmente reduzidas para evitar crises de abstinência, e as drogas anti-hipertensivas devem ser gradualmente reduzidas para evitar o rebote de picos de pressão do sangue. Um profissional de saúde experiente deve ser consultado, sobre o cronograma com o tempo de duração e a dose necessária, para redução do consumo dessas drogas psiquiátricas, muitas das quais estão listadas no Apêndice A.

4.6.9 Drogas antipsicóticas (neurolépticos)

Os neurolépticos ou antipsicóticos disponíveis - anteriormente chamados de tranquilizantes maiores - incluem fenotiazinas e outras drogas psiquiátricas²⁸. As fenotiazinas incluem Compazina (proclorperazina), Etrafon (antidepressivo mais Trilafon), Mellaril (tioridazina), Permitil (flufenazina), Serentil (mesoridazine), Stelazine (trifluoperazina), Thorazine (clorpromazina), Tindal (acetophenazine), Trilafon (perfenazina), e Vesprin (triflupromazina).

Outros neurolépticos incluem Haldol (haloperidol), Inapsine (droperidol), Loxitane (loxapina), Moban (molindona), Navane (tiotixeno), e Taractan (clorprotixeno).

As drogas antipsicóticas “atípicas” ou “de segunda ou terceira geração”, atualmente incluem Leponex (clozapina), Risperdal e Risperdal Consta (risperidona), Seroquel (quetiapina), Zyprexa (olanzapina), Geodon (ziprasidona), Abilify (aripripazole), e Invega (paliperidona, aprovado pela FDA em dezembro de 2006). Serlect (sertindol) foi aprovado pela FDA em 1996, mas nunca foi realmente comercializada nos Estados Unidos devido a preocupações posteriores sobre efeitos cardíacos maiores. Consulte o Apêndice A para uma lista da maioria das drogas antipsicóticas.

Orap (pimozida) é um neuroléptico que provoca uma taxa especialmente alta de efeitos adversos. Em um teste clínico que envolveu vinte pacientes, informou em 1998 a Referência de Mesa dos Médicos [Physicians' Desk Reference [307]], muitos dos pacientes sofreram sérias deficiências neurológicas, incluindo sedação (quatorze pacientes), akatisia ou agitação interna causando movimentos hiperativos

²⁸Os efeitos adversos dos neurolépticos sobre o sistema nervoso central (SNC) são discutidos extensivamente em Breggin (1983a [46], 1990 [48], 1991 [49], 1993 [52], 1997a [55]).

(oito pacientes), acinesia ou movimentos lentos (oito pacientes), efeitos adversos de comportamento (cinco pacientes) e impotência (três pacientes). Omap foi aprovado pela FDA para o tratamento de tiques associados a Síndrome de Tourette, mas não para o tratamento da psicose. No entanto, o fabricante, no rótulo da droga psiquiátrica, refere-se várias vezes ao Omap como um “antipsicótico”, e alguns médicos usam-no para esse fim.

Sertindol e a ziprasidona são outros neurolépticos atípicos atualmente em curso ou tendo recentemente passado pelo processo de aprovação da FDA. Estas drogas psiquiátricas são destinadas ao uso no controle de pacientes psicóticos, usualmente aqueles diagnosticados com esquizofrenia ou mania aguda.

Neurolépticos têm o seu principal impacto embotando as funções superiores do cérebro nos lobos frontais e nos gânglios basais estreitamente ligados a estes lobos. Esta classe de drogas psiquiátricas também pode prejudicar o sistema reticular de ativação ou “energização” do cérebro. Este prejuízo resulta em graus relativos de apatia, indiferença, suavização emocional, conformidade e submissão, bem como uma redução de todas as verbalizações, incluindo reclamações ou protestos. Não é exagero chamar este efeito de uma **lobotomia química**.

Contrariamente às alegações, neurolépticos não têm efeitos específicos sobre idéias irracionais (delírios) ou percepções (alucinações). Como todas as outras drogas psiquiátricas, eles têm o mesmo impacto em animais saudáveis, voluntários saudáveis, e os pacientes - nomeadamente, a produção da apatia e de indiferença. Eles ainda são usados na medicina veterinária para controlar animais violentos. A maioria dos veterinários, contudo, não os usam por longos períodos de tempo, porque eles são considerados muito perigosos.

Todos os neurolépticos produzem uma enorme variedade de potencialmente severos prejuízos neurológicos desabilitantes em taxas extraordinariamente altas de ocorrência; eles estão entre os agentes mais tóxicos já administrados às pessoas.

4.7 Discinesia tardia causada por antipsicóticos

Discinesia Tardia (DT) é uma reação adversa comum, porém potencialmente desastrosa, de todas as drogas antipsicóticas ou neurolépticas. DT envolve movimentos anormais irreversíveis de qualquer um dos músculos voluntários do corpo. Ela comumente aflige a face, olhos, boca e língua, bem como as mãos e braços, pés e pernas, e o tronco. Ela também pode afetar a respiração, deglutição e fala. Em alguns casos, os espasmos dos olhos são tão severos que a pessoa não pode ver.

Uma variante da discinesia tardia é a distonia tardia, que envolve espasmos dolorosos, muitas vezes, da face e do pescoço. Distonia tardia pode ser desfigurante e desabilitadora, potencialmente prejudicando até mesmo a habilidade de andar.

Outra variante da discinesia tardia é a akatisia tardia. O indivíduo é virtualmente torturado de dentro de seu próprio corpo com sentimentos de irritabilidade e ansiedade, compelindo a pessoa a constantes movimentos, às vezes ao ponto de sofrimento contínuo. Nós concordamos com T. van Putten e S. Marder os quais observaram que a akatisia, “nos casos extremos, pode conduzir as pessoas ao suicídio ou ao homicídio”²⁹.

Neurolépticos realmente suprimem os sintomas da discinesia tardia, enquanto a doença está se desenvolvendo. Como resultado, o indivíduo afetado, a família ou o médico podem não reconhecer o dano até que os sintomas irrompem, ou até que a dosagem da droga psiquiátrica seja reduzida.

As taxas de discinesia tardia são extremamente elevadas. Muitos livros-texto padrão estimam

²⁹Ver também Breggin e Breggin (1994 [53]) e Breggin (1997a [55]) para discussões sobre a violência contra si mesmo ou outras pessoas devido a akatisia induzida por drogas psiquiátricas.

uma taxa de 5 por cento até 7 por cento ao ano, em adultos jovens saudáveis. A taxa é cumulativa, de forma que 25 por cento até 35 por cento dos pacientes irão desenvolver a desordem em cinco anos de tratamento. Entre os idosos as taxas de discinesia tardia chegam a 20 por cento ou mais por ano³⁰. Por várias razões, incluindo a falha de incluir akatisia tardia nas estimativas, as taxas de fato são provavelmente muito maiores para todos os pacientes³¹.

Vimos a vida de numerosos indivíduos, e suas famílias, destruídas pela discinesia tardia. Em muitos casos, os pacientes e suas famílias não foram informados pelos médicos sobre os perigos da discinesia tardia³². Em outras instâncias, vários médicos - um após o outro - ignoraram os sintomas óbvios da desordem. Muitas vezes a dose da droga psiquiátrica foi erroneamente aumentada em vez de ser reduzida ou interrompida. A falha de parar o consumo destas drogas, ao primeiro sinal da desordem, resultou nestes casos, em dolorosos, altamente incapacitantes e desfigurantes, espasmos e contrações musculares. Os indivíduos atingidos ficaram inaptos de trabalhar ou conduzir uma vida familiar ou social normal. Muitas vezes, eles tornaram-se deprimidos, sentiram-se humilhados por sua aparência física, e afastaram-se dos entes queridos.

4.8 Síndrome neuroléptica maligna

Outra reação desastrosa causada pelas drogas neurolépticas é a síndrome neuroléptica maligna (SNM). Semelhante a inflamação cerebral viral (encefalite), SNM é caracterizada por movimentos anormais severos, febre, sudorese, pressão arterial e pulso instável, e funcionamento mental prejudicado. Delírio e coma também podem se desenvolver. A síndrome neuroléptica maligna (SNM) pode ser fatal, especialmente quando os médicos não conseguem reconhecê-la à tempo. Pacientes que se recuperam podem ficar com graus variados de deficiência mental irreversível, bem como movimentos anormais permanentes³³. Esta reação a droga psiquiátrica parece tão “bizarra” que muitos médicos inicialmente, e até mesmo persistentemente, atribuem-na à “doença mental” do paciente. Em tais casos, é claro, esta síndrome iatrogênica vai ficar sem tratamento - com resultados trágicos.

Embora muitos médicos e até mesmo alguns livros digam que a síndrome neuroléptica maligna é “rara”, outros, como A.F. Schatzberg, Cole J.O., e C. de Battista (1997) [331] dão uma estimativa mais realista de 0,7 a 2,4 por cento das internações hospitalares tratadas com neurolépticos. A taxa maior, de 2,4 por cento, é provavelmente a mais acurada³⁴. A FDA considera uma taxa de 1 por cento, como sendo “comum” ou “frequente”. Como a discinesia tardia, a síndrome neuroléptica maligna pode ser causada por antipsicóticos atípicos. Uma revisão realizada em janeiro de 2003 localizou 68 casos publicados, a maioria dos quais foram causados por Leponex, Risperdal, e Zyprexa

³⁰Pies (1998 [309], p. 117) cita uma incidência anual cumulativa de 4 até 5 por cento por ano, para a maioria dos pacientes, e 20 por cento cumulativa por ano, no caso dos idosos. Estes números são consistentes com os relatórios, da força-tarefa sobre discinesia tardia, da Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1980, 1992 [5]). Bezchlibnyk-Butler e Jeffries (1996) [37] estimam que 37 por cento dos pacientes irão desenvolver discinesia tardia nos primeiros cinco anos, e 56 por cento desenvolverão esta doença iatrogênica depois de dez anos consumindo estas drogas psiquiátricas neurolépticas. Breggin (1991 [49], 1997a [55]) discute a natureza e incidência da discinesia tardia em muito mais detalhes.

³¹Muitos estudos de discinesia tardia são conduzidos, enquanto o paciente permanece medicado, suprimindo as manifestações dos sintomas. Casos menores, ou até mesmo leves, às vezes são excluídos dos estudos de discinesia tardia (como discutido em Breggin, 1991 [49]). E, como notado, os estudos muitas vezes não incluem dados sobre akatisia tardia, que por si só podem ocorrer a um ritmo elevado. Gualtieri e Sovner (1989) [191] estimam a prevalência da akatisia tardia em 13 até 18 por cento dos casos e chamam a isso de “um problema de saúde significativo”. No entanto, as empresas de drogas farmacêuticas não incluíram referências a essa desordem nos rótulos das drogas neurolépticas, e a FDA não mostra sinais de exigir tal inclusão.

³²Muitos destes casos foram cuidadosamente investigados como parte do trabalho forense de Peter Breggin sobre negligência médica e ações legais de responsabilidade iatrogênica de produto.

³³Discutido em Breggin (1997a [55]), pp 49-51. Veja também Rosebush e Stewart (1989) [322].

³⁴Addonizio et al. (1986) [2] revisaram os prontuários de 82 pacientes do sexo masculino internados em uma unidade psiquiátrica e encontraram uma taxa de 2,4 por cento de síndrome neuroléptica maligna diagnosticada.

(Ananth et al., 2004 [10]).

Usando uma taxa inferior de 1 por cento, Maxmen e Ward (1995 [267], p. 33) estimaram que 1.000 até 4.000 mortes ocorrem nos Estados Unidos, a cada ano, como resultado da síndrome neuroléptica maligna. O número de fato é provavelmente muito maior.

Se tais taxas elevadas, de uma reação adversa perigosa e desabilitadora, fossem relatadas em relação às drogas farmacêuticas usadas na medicina em geral, como os antibióticos ou medicação para pressão alta, elas provavelmente seriam retiradas do mercado. Pacientes mentais vulneráveis, pelo contrário, são propositadamente expostos à tratamentos mentais danosos como eletrochoque, psicocirurgia, e neurolépticos.

4.9 Psicoses induzidas pela abstinência de antipsicóticos

Um número de relatórios confirmam que essas drogas psiquiátricas podem causar reações de abstinência muito desabilitadoras, incluindo psicose irreversível (psicose tardia) e deterioração irreversível dos processos mentais (demência tardia) (ver Capítulo 9). Tragicamente indivíduos tratados por um distúrbio emocional agudo, e talvez de curta duração, podem acabar com uma psicose crônica induzida por estas drogas antipsicóticas.

4.10 Outros efeitos nocivos dos antipsicóticos

Morte súbita inexplicada é outro efeito adverso das drogas neurolépticas, especialmente entre pacientes hospitalizados cronicamente. Pode ser devido a um aumento da taxa de convulsões, reflexo de deglutição prejudicado, ou ataques cardíacos causados por arritmias. Estes medicamentos também reduzem a capacidade de lidar com o calor, resultando em várias mortes nos centros urbanos durante as ondas de calor. Isso ocorre porque as pessoas que consomem neurolépticos são menos sensíveis aos sinais do seu corpo, eles podem tornar-se perigosamente doentes antes de perceber isto.

Todos os antipsicóticos podem causar uma síndrome de Parkinson, envolvendo o achatamento das emoções, características faciais endurecidas, tremores, e um andar característico interrompido e arrastado. O termo acinesia, referindo-se a desaceleração das emoções e movimentos, é usado para descrever um aspecto dessa síndrome. Antipsicóticos também podem produzir espasmos musculares dolorosos e agudos (distonias) e agitação emocional muito perturbadora acompanhada por uma necessidade compulsiva de circular (akatisia). Estudos indicam taxas muito altas - às vezes superiores a 50 por cento - dessas reações adversas agudas. Como nós já descrevemos, tais reações podem se tornar permanentes em uma grande porcentagem de pacientes.

Embora haja alguma variação entre os medicamentos desta classe, todos eles podem causar psicoses tóxicas com delírio, confusão, desorientação, alucinações e delusões. Os antipsicóticos atípicos não são exceção. Um artigo publicado na época que Abilify (aripirazol) apareceu pela primeira vez no mercado dos Estados Unidos, em 2004, descreveu quatro casos de exacerbação de psicose depois de começar o consumo dessa droga psiquiátrica. O relatório tem um título incommumente informativo: "Aripirazole possivelmente piora a psicose" (Ramaswamy et al., 2004 [314]). Invega (paliperidona) foi recentemente aprovada pela FDA. A agência descreveu a droga como uma nova entidade molecular, significando que a sua substância ativa nunca tinha sido aprovada para comercialização nos Estados Unidos. No entanto, toda pessoa que tenha tomado Risperdal teve Invega percorrendo seu corpo - porque Invega é simplesmente o principal metabólito ativo de Risperdal, no mercado desde 1994. Invega é agora descrita em algumas publicações como um antipsicótico único, mas muitos, se não todos os efeitos adversos de Risperdal, podem esperadamente ocorrer com Invega.

Provavelmente todos os antipsicóticos também podem causar depressão; Permitil, na forma in-

tramuscular de longa ação, parece ser um ofensor especial a esse respeito. A maioria deles podem causar sedação e fadiga, convulsões, ganho de peso, perigosos problemas cardíacos, hipotensão (especialmente quando o paciente tenta se levantar), uma variedade de problemas gastrointestinais, como paralisia dos intestinos, anormalidades hormonais, incluindo inchaço dos seios e mesmo lactação, disfunções sexuais, crescimento desfigurado do cabelo da face, erupções na pele e sensibilidade à luz solar, distúrbios oculares, reações alérgicas que podem se tornar sérias e desordens da regulação da temperatura corporal que podem levar a fatalidades em dias quentes.

A maioria dos neurolépticos também podem causar supressão da medula óssea (agranulocitose ou anemia aplástica), envolvendo a supressão imunológica e o risco de infecções sérias e intratáveis. Embora aparentemente rara, exceto no caso de Leponex, essas desordens do sangue são potencialmente letais. As famílias necessitam estar alertas aos primeiros sinais, tais como temperatura elevada, e imediatamente procurar uma avaliação médica, incluindo uma contagem dos glóbulos do sangue. Desafortunadamente, muitos tipos diferentes de drogas psiquiátricas podem causar supressão da medula óssea.

Embora o leitor possa estar se sentindo sobrecarregado pelos dados apresentados até aqui, este sumário apenas tocou a enorme gama dos efeitos adversos sérios, muitas vezes associados com neurolépticos. Estas drogas psiquiátricas sujeitam à deficiência quase todos os sistemas do corpo. Pesquisas, incluindo um estudo recente, indicam que essas drogas são tóxicas para as células em geral³⁵.

Qualquer pessoa, bem como seus parentes e amigos, que esteja tomando estas drogas psiquiátricas deve rever os efeitos adversos listados na Referência de Mesa dos Médicos [Physicians' Desk Reference] e outras fontes.

Loxitane, Moban, Navane, Orap e Haldol, essencialmente, apresentam os mesmos perigos que as fenotiazinas, especialmente em relação à discinesia tardia e a síndrome neuroléptica maligna. Haldol e Orap são especialmente propensos a causar severos e dolorosos problemas neurológicos.

Os antipsicóticos atípicos, elogiados durante a última década como drogas psiquiátricas inovadoras em termos de melhora da eficácia e segurança superior, não são tão atípicos, afinal. Têm sido demonstrado que todas estas drogas causam uma gama de desordens neurológicas e psicológicas associadas com os outros neurolépticos (antipsicóticos), incluindo discinesia tardia e síndrome neuroléptica maligna (ver Capítulo 9). Uma cuidadosa revisão conclui que “antipsicóticos atípicos continuam a ter riscos notáveis de [desordens de movimentos anormais], particularmente akatisia” (Shirzadi e Ghaemi, 2006 [344]). Um de seus mais bem documentados efeitos adversos é comumente chamado de “síndrome metabólica”, que consiste no metabolismo de açúcar e/ou de insulina anormal, ganho de peso, níveis elevados de colesterol e pressão arterial elevada. Aproximadamente 50 por cento dos pacientes consumindo atípicos ganham uma média de 20 por cento do seu peso (principalmente gordura), e alguns ganham muito mais. Ganho de peso pode predispor indivíduos a vários problemas, incluindo a doença arterial coronariana, açúcar elevado no sangue, e apnéia do sono. Em adição a isso, drogas psiquiátricas atípicas são relativamente estimulantes com uma tendência a provocar agitação e outras anormalidades comportamentais.

Leponex (clozapina) é uma droga psiquiátrica mais sedativa do que a maioria desta classe. Muitos pacientes que a consomem podem esperadamente se tornar letárgicos, subjugados, e sonolentos. Alguns relatos indicam que ela pode causar desordem obsessiva-compulsiva (DOC). Entre os antipsicóticos ela também tem uma reputação especial por causar problemas de abstinência, incluindo agitação, ansiedade e psicose tóxica (ver Capítulo 9).

Leponex tem muitos efeitos adversos, incluindo pressão arterial baixa e uma taxa de 4 até 5 por cento de convulsões, sobretudo em doses elevadas. Embora não tenhamos encontrado nenhum caso publicado de discinesia tardia devido à Leponex, a FDA exige que a droga carregue o aviso padrão para discinesia tardia desta classe de neurolépticos. As ações farmacológicas desta droga psiquiátrica

³⁵Discutido em Breggin (1997a [55]), p. 67. A pesquisa recente inclui Inuwa et al. (1994) [209].

são consistentes com a produção desta desordem. Em adição a isso, Leponex é conhecido por causar síndrome neuroléptica maligna, o mais drástico e potencialmente letal prejuízo neurológico agudo, associado com neurolépticos.

Leponex também representa um perigo especial de supressão da medula óssea, que é potencialmente fatal. Em tais casos, o sistema imunológico fica comprometido, levando a infecções fatais. As taxas se aproximam de 1 em cada 100 pacientes. Há anos, essa droga psiquiátrica foi proibida em alguns países europeus porque causou muitas fatalidades (mortes), mas o poder crescente das empresas de drogas farmacêuticas posteriormente levou à sua aprovação pela FDA. Pacientes e famílias devem procurar atendimento médico imediato, se uma febre, ou outros sinais de infecção, se desenvolverem durante a administração de qualquer droga neuroléptica, especialmente Leponex.

Os neurolépticos ou antipsicóticos são drogas psiquiátricas extremamente perigosas. Se elas não fossem drogas de drogaria altamente rentáveis, usadas para controlar uma população indefesa, estigmatizada, ou perturbada, muitas vezes incluindo pacientes involuntários, essas drogas não seriam tão livremente prescritas. Elas podem até ser retiradas do mercado.

4.11 Medicamentos usados para tratar movimentos anormais induzidos por drogas psiquiátricas

Esta categoria compreende Symmetrel (amantadina), Sinemet (carbidopalevodopa), Cogentin (bentropina), Akineton (biperideno), Kemadrin (prociclidina), Artane (triexifenidila), e Parsidol (etopropazine).

Aqui nós descrevemos várias drogas psiquiátricas usadas para tratar os movimentos anormais que são produzidos durante o tratamento com os neurolépticos. Apesar de muitas vezes, elas serem eficazes na redução de algumas dessas reações neurológicas agudas antes que se tornem permanentes, elas podem aumentar a probabilidade de que o comprometimento neurológico irá tornar-se permanente na forma de discinesia tardia. Uma vez que a discinesia tardia se desenvolve, estas drogas podem piorá-la.

Todas essas drogas psiquiátricas também podem causar uma gama de efeitos descritos como anticolinérgicos, porque elas suprimem a função do neurotransmissor acetilcolina. Efeitos anticolinérgicos incluem constipação potencialmente severa com obstrução intestinal e dificuldade para urinar, boca seca, visão turva, vertigens sensibilizadas pela luz, e dor de estômago. Estas drogas também podem piorar o glaucoma.

O uso dessas drogas de drogaria é perigoso na psiquiatria, porque elas podem imitar os sintomas de desordens psiquiátricas severas, incluindo psicose tóxica, delírio, confusão, excitação, euforia ou tontura, alucinações e delírios, insônia, paranóia, agitação, depressão, apatia ou insensibilidade auditiva, e comportamento bizarro. Elas também podem causar interferência mais sutil, nos processos de memória e pensamento. Embora nenhum estudo desse fenômeno tenha sido conduzido, nós concordamos com outros médicos que acreditam que essas drogas podem causar deterioração mental irreversível, quando utilizadas a longo prazo.

A síndrome neuroléptica maligna tem sido relatada em conexão com Symmetrel e Sinemet. Estas drogas psiquiátricas também podem causar contrações musculares, espasmos, e outros movimentos involuntários (discinesias), porque ambas produzem o seu efeito estimulando a dopamina.

Embora seja comum a prática de combinar estas drogas anticolinérgicas com neurolépticos e antidepressivos, as quais geralmente compartilham sua ação anticolinérgica, nós temos visto severas psicoses tóxicas se desenvolverem nestas condições. Os neurolépticos, especialmente com fortes tendências anticolinérgicas, incluem Thorazine e Leponex, seguido por Serentil, Mellaril e Orap. Antidepressivos tricíclicos, com fortes efeitos anticolinérgicos, incluem Elavil e Vivactil, seguidos por

4.12 Drogas psiquiátricas durante a gravidez e amamentação

Agora que revimos muitos dos perigos associados ao consumo de drogas psiquiátricas, deve ser aparente que o feto ou criança necessita da máxima proteção contra estes agentes. Lítio, como já notado, causa má formações cardíacas. Ele é contra-indicado na gravidez. Mas os pais devem ser muito cautelosos ao expor o feto ou o recém-nascido a qualquer medicamento psicoativo.

Todas as drogas psiquiátricas atravessam a placenta e entram na corrente sanguínea fetal. Elas fazem isso “prontamente, rapidamente, e sem qualquer limitação”³⁶. Uma vez que a droga entrou na corrente sanguínea fetal, ela tem fácil acesso para o cérebro. Além disso, depois que a criança nasce, o fígado da criança terá menos capacidade que o das mães, de metabolizar ou quebrar a droga, aumentando a duração do tempo que permanecerá presente e ativa no corpo dos recém-nascidos³⁷.

As substâncias psicoativas também podem passar para o bebê através do leite materno, embora as concentrações possam ser maiores ou menores do que aquelas no sangue das mães. Por exemplo, o nível plasmático da clozapina no sangue fetal, excede o da mãe. Mas, independentemente da tendência relativa das drogas psiquiátricas de cruzarem a corrente sanguínea fetal, mães grávidas ou em amamentação devem evitar a exposição dos bebês a tais substâncias tóxicas, com os seus efeitos nocivos sobre os múltiplos sistemas do organismo. Em adição a isso, após o nascimento, o fígado imaturo das crianças será menos capaz de metabolizar ou quebrar qualquer quantidade, destas drogas, que tenha permanecido em seu corpo. Algumas drogas de drogaria, ingeridas por uma mãe que esteja amamentando, como o lítio, podem fazer a criança tornar-se flácida. Outras drogas, tais como o ácido valpróico (Depakene), podem tornar a criança hiper-estimulada e podem causar disfunção cerebral detectável até seis anos mais tarde (Koch et al., 1996 [234]). Cuidado especial deve ser mostrado no primeiro trimestre, quando as má formações são mais comumente causadas por agentes tóxicos. O uso de todas as drogas psiquiátricas deve ser evitado durante a gravidez³⁸. Veja o Capítulo 9 para uma discussão sobre as reações de abstinência destas drogas em recém-nascidos cujas mães consumiram antidepressivos durante a gravidez.

Até agora, a FDA não aprovou nenhuma droga psiquiátrica para uso durante a gravidez ou a lactação. Alguns médicos tentam tranquilizar as mães grávidas, ou amamentando, sobre a segurança do seu bebê enquanto elas estão consumindo drogas psiquiátricas. Mas não há base científica, que justifique oferecer essa garantia, em relação a qualquer droga farmacêutica que afete o cérebro.

Há muitas razões para não começar a tomar drogas psiquiátricas e muitas razões para parar de tomá-las depois de ter começado. A escolha, de reduzir ou parar de consumir estas drogas, é uma questão pessoal, mas idealmente ela deve ser feita com a ajuda de um médico experiente, que possa fornecer conselhos sobre estratégias para reduzir o consumo da forma mais segura possível. Infelizmente muitas vezes é difícil encontrar profissionais de saúde que não defendam tais drogas farmacêuticas e que sabem como retirar os pacientes delas. Nós sabemos que este livro tem ajudado a informar muitas pessoas e os profissionais de saúde com os quais elas estão trabalhando.

Nossa abordagem é baseada no princípio de que os indivíduos e as famílias têm o direito de fazer suas próprias decisões sobre o uso de drogas psiquiátricas. Mas, igualmente importante, acreditamos que decisões informadas podem ser feitas apenas com base na plena abertura, incluindo pontos de vista críticos de especialistas que não defendem estas drogas. Nos capítulos 3 e 4 nós examinamos alguns dos perigos físicos das drogas psiquiátricas. No capítulo seguinte, veremos os perigos, psicológicos e morais, de confiar em tais agentes que alteram a mente.

³⁶A citação é de Julien (1997) [218], p. 16.

³⁷Julien (1997) [218], p. 21. Veja também Stowe, Strader, e Nemeroff (1998) [355], p. 981.

³⁸Os perigos, de várias drogas psiquiátricas para o feto, são discutidos em Stowe, Strader, e Nemeroff (1998) [355].

Capítulo 5

Razões Pessoais e Psicológicas para Não Usar Drogas Psiquiátricas

Agora nós já revisamos vários dos riscos médicos associados ao uso de drogas psiquiátricas. Este capítulo examina as razões pessoais, psicológicas e filosóficas que você pode ter para limitar ou rejeitar o uso terapêutico de agentes psicoativos.

5.1 Uma aversão natural de tomar drogas alteradoras do humor

Em nossos workshops e em outros contatos com o público, nós descobrimos que a maioria das pessoas tem uma aversão natural a adulteração de sua função cerebral por meio da ingestão de drogas psicoativas, especialmente como um método de lidar com problemas de longo prazo. E se elas aceitam medicamentos psiquiátricos prescritos, em geral elas querem limitar a duração do consumo.

As pessoas que usam drogas recreativas, em geral não as vêem como “terapêuticas”. Em vez disso, elas tendem a usar essas substâncias para relaxar ou socializar. Mesmo aquelas pessoas que consomem estas drogas para aliviar a ansiedade, depressão ou alterações de humor, não são propensas a considerar esta atitude uma solução satisfatória. Em vez disso, elas tendem a ver o seu uso de drogas como um mau hábito. A maioria das pessoas sentem o mesmo sobre o uso de drogas psiquiátricas, muitas das quais são semelhantes ou idênticas às drogas recreativas.

5.2 Outras preocupações comuns ao se tomar drogas psiquiátricas

Você pode se perguntar se alguma melhoria que você sentiu, ao consumir drogas psiquiátricas, foi causada pelas drogas em si, ou por mudanças pessoais que você fez em sua vida. Ou você pode alternativamente, estar se sentindo cada vez pior com estas drogas e se perguntando se elas não são parte do problema. O título de um livro recente, que consiste em entrevistas em profundidade de usuários de antidepressivos, diz isso bem: *Is It Me or My Meds? [Sou Eu ou Meus Medicamentos?]* (Karp, 2006 [220]). Nesse ínterim, o médico pode estar sugerindo que você precisa de doses maiores ou medicações adicionais, enquanto você suspeita que tu necessitas de reduzi-las ou interrompê-las totalmente.

Você pode acreditar que estar “livre de drogas psiquiátricas” vai ajudar você a se beneficiar mais da terapia ou outras formas de ajuda. Você também pode acreditar que isso vai te ajudar a se sentir

mais responsável por si mesmo, a avaliar o seu estado mental, a entrar em contato com os seus recursos espirituais mais profundos, a viver um estilo de vida mais saudável, e a encontrar por si mesmo o que realmente importa em sua vida.

Você pode se perguntar se as drogas psiquiátricas estão causando alguns de seus problemas, tais como dificuldades de memória e concentração, dores de cabeça e de estômago, problemas de sono, vários tipos de disfunções da bexiga e do intestino, problemas de pele, disfunções sexuais, perda ou ganho de peso, cansaço ou apatia, sentimentos de ansiedade ou depressão, irritabilidade e impaciência. Você pode necessitar parar de consumir todas as drogas psiquiátricas para descobrir as causas destes problemas.

Você pode estar percebendo que as drogas psiquiátricas, como o álcool ou a maconha, podem interferir com a sua habilidade de perceber a sua condição mental. Talvez você esteja sofrendo menos, mas ao custo de se sentir emocionalmente ou mentalmente embotado e fisicamente fatigado.

Depois de consumir drogas psiquiátricas por muitos meses ou mesmo anos, você pode estar preocupado de que elas podem estar fazendo mais mal do que bem. Tendo descoberto que existem poucos estudos sobre os riscos a longo prazo, você pode querer evitar os perigos potenciais.

Você pode agora suspeitar ou perceber que seus fracassos passados, em interromper o consumo das drogas psiquiátricas, tinha mais a ver com os efeitos de abstinência e rebote destas substâncias do que com seus próprios problemas emocionais ou psiquiátricos.

Se você é uma mulher que está se preparando para engravidar, já grávida, ou amamentando, você definitivamente deve considerar a interrupção do consumo de todas as drogas psiquiátricas. Este assunto foi discutido no Capítulo 3. Tenha em mente que a ausência de deformidades óbvias em um recém-nascido não pode ser considerada prova de que uma determinada droga de drogaria é segura. A ciência moderna não tem capacidade de testar tipos sutis de danos ao crescimento e desenvolvimento do cérebro das crianças. Não menos importante, o bom senso e um conhecimento elementar de neurologia do desenvolvimento indicam múltiplos perigos potenciais da exposição do feto a medicamentos psiquiátricos.

Similarmente, você deve ter certeza de que não está consumindo uma droga psiquiátrica que pode danificar seus genes. Também, a este respeito, resultados negativos de testes não podem ser tomados como prova de que danos genéticos não irão ocorrer. No Capítulo 4, nós mencionamos descobertas anteriores de danos genéticos em crianças após o tratamento com Ritalina, bem como sugestões de alguns especialistas de que efeitos sexuais adversos irreversíveis do uso de IsRSS [SSRIs] podem ser o reflexo de danos genéticos.

Mesmo se você não planeja parar o consumo por completo, tu podes querer reduzir a dose da medicação ou o número de medicamentos que você está consumindo. Como você pode perceber agora, poucas destas drogas psiquiátricas são aprovadas ou totalmente avaliadas em combinação com outras, por isso, ao consumir mais de uma delas de cada vez, você se torna essencialmente um cobaia experimental.

5.3 Convencendo-te que você é “doente mental”

Nos últimos anos, o *Instituto Nacional de Saúde Mental* [*National Institute of Mental Health (NIMH)*] vem colaborando com empresas de drogas farmacêuticas para promover os medicamentos psiquiátricos. Chamando suas campanhas de “Semana da Consciência da Ansiedade” ou “Semana da Consciência da Depressão”, o NIMH lhes dá uma aura “educacional” aparentemente benigna. Enquanto isso, as próprias empresas de drogas farmacêuticas têm ajudado a financiar essas atividades.

Algumas dessas empresas fazem propaganda diretamente ao público para convencer as pessoas que elas estão deprimidas ou “bipolar” e, portanto, “necessitam” de drogas psiquiátricas. A propaganda

de medicamentos prescritos, direta ao consumidor, (na televisão, em jornais e revistas, e na Internet) aumentou quase 30 por cento ao ano entre 1996 e 2001, para uma gritante quantia de \$2,7 bilhões de dólares, e foi estimado que chegaria a \$7,5 bilhões em 2005¹ Como o escritor Peter Carlson do jornal Washington Post (1998) [83] comentou:

Minha propaganda favorita, de droga psiquiátrica, é de um medicamento anti-ansiedade chamado BuSpar. A manchete pergunta, “Será que a sua vida tem sinais persistentes de ansiedade?”

“É claro que sim”, respondo: “Sou o pai de uma garota adolescente”.

Desafortunadamente, BuSpar tem alguns efeitos colaterais que podem tender a causar ansiedade persistente - alucinações, convulsões, estupor, sangramento retal, perda de cabelo, soluços, e uma “sensação de rugindo na cabeça”.

A noção, de que as pessoas “mentalmente doentes” necessitam de medicamentos, também é promovida pelos grupos de “consumidores”, patrocinados pelas empresas de drogas farmacêuticas, tais como a *Aliança Nacional para o Doente Mental [National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)]* e *Crianças e Adultos com Desordem de Déficit de Atenção [Children and Adults with Attention Deficit Disorder (CHADD)]* e claramente, esta noção é também promovida por organizações patrocinadas pelo governo tais como: o *Instituto Nacional de Saúde Mental [National Institute of Mental Health]*. Estes grupos mantem encontros nacionais que reúnem os defensores de drogas farmacêuticas para falar diretamente aos consumidores. Eles também enviam boletins e outros informativos que louvam estes medicamentos de farmácia. Algumas vezes, eles suprimem ativamente pontos de vista que são críticos sobre as drogas psiquiátricas - por exemplo, desencorajando a mídia de “colocar no ar” pontos de vista opostos.

Uma técnica de marketing efetiva envolve a tentativa de convencer as pessoas que agora elas necessitam precisamente do produto que acabou de ser criado. De fato, assim como os fabricantes de roupas gastam milhões de dólares tentando convencer as pessoas de que elas necessitam de roupas novas para permanecerem na moda, as empresas de drogas farmacêuticas estão investidas em convencer as pessoas de que elas necessitam de medicamentos psiquiátricos - porque elas têm “desordens mentais”. Muitas vezes isso é chamado de “mercantilização das doenças”².

Algumas pessoas, quando ouvem pela primeira vez sobre uma “doença”, começam a temer que elas estejam “doentes”. Por exemplo, é sabido que os estudantes de medicina tendem a pensar que eles estão desenvolvendo uma ou mais das doenças sobre as quais elas leram ou observaram durante a sua formação. Campanhas de “conscientização” governamentais, e de empresas tendenciosas de drogas farmacêuticas, jogam com essa vulnerabilidade natural do ser humano. Dificilmente existe uma pessoa viva que não experimentou momentos ou até mesmo horas e dias de depressão ansiosa, ou outros “sintomas” emocionais, tornando mais fácil para os defensores das drogas psiquiátricas reivindicar, por exemplo, que metade de todos os americanos vão sofrer uma desordem psiquiátrica em algum momento de suas vidas. Contudo na prática, estas campanhas - incluindo aquelas dirigidas para depressão e ansiedade - são estigmatizadoras e desmoralizadoras das pessoas, as quais, por sua vez, acabam acreditando que elas devem ter uma doença mental.

É tudo uma questão de definição - de denominação e de rotulagem. Quando o desconforto ou sofrimento emocional é definido como uma “desordem”, ele cria um negócio comercial para os médicos e empresas de drogas psiquiátricas. As campanhas para promover a “doença mental” tem sido tão bem sucedidas que, em questão de poucos anos, milhões de americanos passaram a acreditar que eles

¹“O Impacto da Publicidade Direta ao Consumidor” (2003).

²O jornal revisto por pares, PLoS Medicine, publicou em 2006 uma coleção de seis artigos sobre mercantilização das doenças, dos quais três discutiam como as empresas farmacêuticas “vendem” DDDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção), desordem bipolar, e disfunção sexual em machos e fêmeas. Livrementemente disponível no endereço: www.ploscollections.org/downloads/plos_medicine_diseasemongering.pdf

têm um “desequilíbrio bioquímico”, uma “desordem de pânico”, ou uma “depressão clínica”, e que suas crianças tem “DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção)”, e desordem bipolar, e desordem desafiadora de oposição.

Como resultado das campanhas de marketing bem sucedidas, os consumidores tendem a identificar nomes comerciais com produtos genéricos. Nós pedimos um “Kleenex” quando queremos dizer qualquer lenço facial de tecido. Pedimos uma cópia Xerocada quando queremos dizer uma “fotocópia”. E nós falamos da “nação Prozac” quando estamos nos referindo aos antidepressivos ou as drogas psiquiátricas em geral. Esta identificação do Prozac com “antidepressivos” levou os médicos, e da mesma forma os pacientes, a pensar nele como sua primeira escolha entre as drogas psiquiátricas.

Tu podes ter começado a consumir drogas psiquiátricas porque pensou, ou te disseram, que você tinha “desordem do pânico”, “depressão clínica”, ou alguma outra manifestação de um suposto “desequilíbrio bioquímico”. Agora, contudo, tu podes estar se perguntando se você estava de fato experimentando reações compreensíveis de estresse, desapontamento, perda, ou frustração em sua vida. Você pode ter começado a duvidar da validade das campanhas nacionais para convencer os americanos de que eles são doentes mentais e necessitados dos produtos de empresas de drogas farmacêuticas. E como parte do seu ceticismo crescente, tu podes estar questionando, depois de tudo isso, se você deve consumir estas drogas psiquiátricas.

5.4 Definindo emoções intensas ou dolorosas como doença

Quando você tentou parar de consumir drogas psiquiátricas, suas emoções podem ter se tornado muito mais fortes do que antecipado. Tu podes ter se sentido como se estivesse em uma montanha russa emocional. A psiquiatria e a indústria farmacêutica tiveram sucesso em definir emoções intensas e dolorosas como “doenças” ou “desordens”. Mas emoções intensas e dolorosas são melhor compreendidas como sinais de aflição.

Se você fosse abandonado em uma ilha, tu poderias levantar seus braços selvagememente na direção de qualquer navio que estivesse passando. Tu poderias berrar e gritar também. Você provavelmente tentaria quase qualquer coisa para chamar a atenção para si mesmo - para compelir uma resposta ao seu pedido desesperado e sua necessidade de resgate. Quando tu expressas sentimentos de angústia, você está enviando sinais de emergência que necessitam ser ouvidos, e não suprimidos.

Frases como “desordem do pânico” e “depressão clínica” intencionam dar uma aura médica para as emoções poderosas. Com efeito, contudo, elas estigmatizam tais emoções. Elas fazem as emoções fortes parecerem perigosas, patológicas, não naturais, ou fora de controle. Mas especialmente as emoções fortes são melhores vistas como sinais fortes, enviados por uma alma, especialmente poderosa, que tem necessidade de uma nova direção ou realização especial.

Mesmo quando você se sente vencido ou arrastado por uma emoção, você não necessita fazer algo imediatamente para parar a emoção. Tu podes aprender a ter sentimentos sem ser levado a fazer qualquer coisa sobre eles.

Quando tu suprimes sentimentos fortes, rejeitando-os ou arrastando-os para o esquecimento, você essencialmente cega a si mesmo do seu próprio estado psicológico ou espiritual. Você se deixa ficar cambaleando erraticamente no escuro, sem direção. Os sentimentos podem depois estourar, fora de controle, de alguma forma grosseiramente prejudicial. Ou eles podem permanecer submersos, mirando a sua força. E com os seus sinais de aflição reprimidos, você pode permanecer indefinidamente abandonado ou embaraçado.

Muitas pessoas sucumbiram a enxurrada de propaganda pró droga comercial. É difícil de sustentar a fé, no próprio julgamento individual, quando confrontado por uma investida das relações públicas da medicina organizada da indústria farmacêutica, das agências governamentais de psiquiatria, das

fundações privadas, e da mídia. Como notamos em nossas introduções, esta maré às vezes parece estar virando, a medida que mais e mais americanos percebem que a psiquiatria materialista simplesmente não cumpriu suas promessas. Ainda assim, a venda de drogas psiquiátricas é um negócio robusto nos Estados Unidos hoje em dia, e nós não esperamos um corte acentuado na venda destas drogas psiquiátricas no futuro próximo.

5.5 Como a psiquiatria toma vantagem

Quando as pessoas procuram ajuda psiquiátrica ou psicológica, elas normalmente tem medo de que seus próprios recursos não estão sendo suficientes. Muitas vezes elas se sentem assustadas e impotentes diante dos conflitos internos ou tensões externas. Dúvidas e até constrangimentos podem acompanhar a sua decisão de procurar ajuda. Novos pacientes ou clientes estão propensos a dizer: “eu queria lidar com meus problemas sozinho”.

Muitas vezes elas acreditam que: “há algo errado dentro da minha cabeça. Eu não consigo pensar direito. Eu não posso controlar minhas emoções”. Pensamentos irracionais ou sentimentos podem parecer surgir do nada, fazendo com que elas se sintam vulneráveis a forças além de seu controle.

Na psicologia existe um conceito útil chamado “locus de controle”. Pessoas que buscam ajuda, de profissionais de saúde mental, muitas vezes acreditam que o locus de controle de suas vidas está fora delas mesmas. Elas podem se sentir à mercê de seu cônjuge ou dos pais, ou até mesmo de suas próprias crianças. Elas podem se sentir impotentes em relação ao trabalho. Ou podem sentir-se oprimidas e não mais responsáveis por si mesmas ou por suas vidas.

Muitas vezes, tudo isso é agravado quando as pessoas procuram a ajuda de um psiquiatra. Primeiramente, elas recebem um sonoro diagnóstico médico. Muitas vezes, elas são informadas de que têm “ataques de pânico” ou “desordem obsessiva-compulsiva” ou “depressão maior” ou “desordem maníaco-depressiva (bipolar)”. Imediatamente este rótulo confirma seus sentimentos de desamparo. O locus de controle se move para mais longe nas mãos do “médico”.

O diagnóstico psiquiátrico, um sistema de pensamento que é alienado do próprio senso cotidiano dos indivíduos, é imposto de fora para dentro. Ser diagnosticado implica que o problema é uma desordem ou mesmo uma doença do cérebro dentro deles, mas totalmente fora de seu controle. É dentro dos indivíduos, até mesmo uma parte deles, mas eles não podem fazer nada a não ser consumir a medicação prescrita. Essencialmente, então, eles estão sendo informadas de que, como um tumor no cérebro, os seus sentimentos dolorosos não podem ser controlados ou modificados através da compreensão ou esforços pessoais. Os sentimentos originais de desamparo e de “estar fora de controle” são agora confirmados por um diagnóstico médico oficial.

Muitas vezes se diz aos pacientes que: “O problema é biológico e genético”. Não importa que não hajam evidências substanciais de que qualquer diagnóstico psiquiátrico tenha uma base física, o pronunciamento é feito com tanta certeza e autoridade que os pacientes são propensos a acreditar nele. Paralelamente a isso, eles ouvem esta afirmação repetida novamente de tempos em tempos na grande mídia.

Assim o processo de diagnóstico tira vantagem dos piores temores dos pacientes sobre si mesmos. Ele confirma pensamentos auto-destrutivos sobre “estar fora de controle”, “estar doente”, “ser inapto de ajudar a si próprios”, “estar à mercê de forças além de seu controle”. Intencionalmente ou não, o processo de diagnóstico psiquiátrico manipula os sentimentos de desamparo pessoal dos pacientes.

Hoje em dia, o diagnóstico muitas vezes é imediatamente seguido por uma prescrição de medicamentos psiquiátricos. Desafortunadamente, a oferta de uma droga psiquiátrica move o locus de controle para mais longe do indivíduo. É o gesto simbólico último que coloca a autoridade no “médico” e, ainda mais impessoalmente na “pílula”.

O efeito farmacológico da droga psiquiátrica leva o processo de desumanização a dar outro passo gigantesco. A droga prejudica a função mental reforçando, no paciente, o senso de sentir-se impotente e necessitado de supervisão médica. Como resultado, ele se torna ainda menos apto de se responsabilizar por sua própria vida de maneiras novas e criativas.

A psiquiatria materialista toma vantagem do pior medo dos pacientes - o de que eles estão emocionalmente desamparados. Psiquiatria materialista mina ainda mais o seu senso de eficácia pessoal, substituindo-o pelo apoio do doutor e das drogas psiquiátricas. O locus de controle, já instável nas pessoas que estão buscando ajuda, é totalmente deslocado para o doutor. Então, a medida que estas drogas prejudicam a função mental dos pacientes, eles se tornam cada vez mais dependentes do doutor³.

5.6 Boa terapia versus diagnóstico psiquiátrico e medicação

A boa terapia ou aconselhamento não reforçam os sentimentos dos clientes de impotência e indecisão. Em vez disso, e em contraste com as tradições da psiquiatria materialista, ela visa estimular nos clientes a capacidade de se encarregar de suas próprias vidas. Para este fim, nada é mais importante do que a habilidade do terapeuta de ser empático e cuidadoso - para trazer um espírito compassivo para a terapia⁴.

Ao invés de enfatizar a “patologia” ou a “doença mental”, o aconselhamento e a terapia devem empoderar os clientes para recorrerem ao seu próprio potencial humano e recursos naturais. Desafortunadamente, contudo, esta abordagem está sendo corrompida na medida que os “terapeutas que conversam” cada vez mais se voltam, para soluções médicas e psiquiátricas, diante dos problemas que eles enfrentam ao trabalhar com os clientes mais difíceis ou desafiadores.

Os conselheiros e terapeutas devem encorajar seus clientes a restabelecer o “locus de controle” dentro de si mesmos. Eles também devem reforçar em seus clientes, o senso de autonomia pessoal, auto-compreensão e tomada de decisão. Mas esses fins não podem ser alcançados através de diagnóstico e medicação. De maneira contrária a isso, o diagnóstico e a medicação empurram o paciente, para dependência de “técnicas”, e para intervenções que se originam de fora e estão além do controle deles.

5.7 Mantendo suas faculdades mentais

Ao se deparar com dificuldades emocionais, nós muitas vezes somos tentados a mitigar ou atrasar nosso sofrimento, através do emperramento da nossa função cerebral. Para este fim, nós podemos usar cigarros, álcool, maconha, ou outras substâncias. Nós podemos nos esgotar com trabalho, sexo, ou esportes. Ou podemos nos voltar para comida em excesso ou para televisão.

No momento em que nós procuramos ajuda de um profissional de saúde mental, podemos acreditar que nossos recursos pessoais se esgotaram. Nós podemos nos sentir como se tivéssemos sofrido muito ou que já se esgotou a nossa capacidade de lidar com a vida ou pelo menos com alguns problemas importantes. Ou podemos nos sentir “queimados”, como se tivéssemos um fusível estragado ou direcionado as nossas mentes para a morte. Nesses momentos é realmente tentador procurar uma

³Ver Breggin (1983b [47], 1997a [55]) para uma descrição mais detalhada deste processo de “desamparo iatrogênico” - o reforço, da negação nos pacientes, através do dano ou disfunção cerebral causado por estas drogas, eletrochoque, ou psicocirurgia, combinado com os próprios médicos que negam a ambos: os problemas dos pacientes, e suas disfunções cerebrais iatrogênicas.

⁴A empatia na terapia é o tema do livro “*The Heart of Being Helpful [O Coração do Ser Ajudante]*” (Breggin, 1997b [56]).

solução, que exiga um mínimo trabalho mental ou emocional, para nublar nossa dor.

Porém, esta opção, apesar de sua atratividade de curto prazo, inevitavelmente se torna auto-destrutiva. Quando nós estamos diante de uma crise pessoal, seja aguda ou crônica, necessitamos de todo o nosso poder cerebral, toda a nossa acuidade mental, toda a nossa habilidade de sentir e de pensar. Em vez de entorpecer a nossa dor, suprimindo os nossos sinais emocionais, nós necessitamos ser mais conscientes deles e mais aptos de compreendê-los. Só então poderemos adotar soluções melhores para nossos conflitos e problemas.

5.8 Mantendo contato com seus sentimentos

Muitas pessoas intuitivamente reconhecem que consumir drogas psiquiátricas pode colocá-las fora de contato com seus sentimentos. Elas querem ter um cérebro e uma mente clara, mesmo que isso signifique experimentar emoções dolorosas.

Os efeitos destas drogas, em termos leigos, são “artificiais”. Muitos indivíduos, compreensivelmente, querem aprender a conduzir suas vidas sem estar sob a influência de drogas psiquiátricas que afetam a mente e o espírito, criando uma tranquilidade ou uma euforia artificial.

Consumir drogas psiquiátricas pode tornar muito difícil, para você, saber o que realmente tu estais sentindo. Você pode ter se sentido melhor em um primeiro momento enquanto consumia um antidepressivo, estimulante, ou tranquilizante; mas agora você se pergunta se a melhora foi devido aos seus próprios esforços pessoais para melhorar sua vida ou, talvez, a mudanças nas suas circunstâncias ou mesmo a passagem do tempo. Ou você pode sentir como se estivesse piorando enquanto consome estas drogas de drogaria, mas você não sabe o porquê. Quem é o culpado - as drogas em si ou os problemas emocionais não resolvidos e o contínuo estresse na sua vida? Ou será que estas drogas te previnem de ficar pior do que você já se sente? O seu médico provavelmente lhe dirá que você precisa de um aumento da dose, uma nova droga farmacêutica, ou uma combinação de vários medicamentos para ajudá-lo a se sentir melhor, mas você tem suas dúvidas.

Quando você está consumindo drogas psiquiátricas, torna-se difícil reconhecer seus próprios sentimentos e de descobrir sua fonte. Tu podes até não saber como você está confuso, sobre seu altos e baixos emocionais, até parar de consumir estas drogas que afetam seus sentimentos.

Os sentimentos são os sinais pelos quais nós guiamos nossas vidas. Se estamos felizes o sentimento positivo pode confirmar que estamos no caminho certo. Se nós estamos persistentemente tristes, sozinhos, deprimidos, ansiosos ou raivosos, o sentimento negativo pode ser um importante sinal de que algo está em questão. Claro, pode ser muito difícil conhecer a nós mesmos o suficiente para interpretar e agir diante desses sinais. Mas sem os nossos sinais emocionais, nós garantidamente não experimentaremos plenamente ou faremos progresso com nossas vidas.

Drogas psiquiátricas embotam e confundem estes sinais emocionais essenciais. Nossas emoções dependem da nossa função cerebral, e o cérebro é um órgão, intrincado e delicado, que pode facilmente ser nocauteado por estas drogas.

Algumas vezes as drogas psiquiátricas nos dão sinais “positivos falsos”, tais como uma elevação ou euforia artificial. Quando eufóricos, nós podemos permanecer presos em situações insatisfatórias frustrantes ou assumir riscos irrealistas ou até mesmo grandiosos.

Algumas vezes as drogas psiquiátricas nos dão sinais “negativos falsos”, nos fazendo sentir deprimidos, desapontados, fora de ordem, ou mesmo suicidas ou violentos. Considerando que a tendência é tentar atribuir nossos sentimentos negativos a algo ou alguém, esses sinais negativos falsos podem nos levar a tomar atitudes muito irracionais e destrutivas, como ferir um ente querido.

Entrar em contato melhor, com nossos sentimentos reais ou genuínos, é uma das razões mais

importantes para parar de consumir drogas psiquiátricas. O capítulo 13 descreve mais como os clientes e os terapeutas podem trabalhar juntos para superar crises emocionais, sem recorrer a drogas psiquiátricas.

5.9 O efeito placebo

A fé ou expectativa desempenha um papel fundamental na forma como nós respondemos aos medicamentos. Independentemente da causa do nosso sofrimento ou da real eficácia de uma droga psiquiátrica em particular, a maioria de nós se sente melhor, pelo menos por um tempo curto, quando nos é dado uma destas drogas que supostamente será útil.

Muitos pacientes com dores severas devido ao câncer, ou lesões físicas, sentem-se melhor por um tempo após uma injeção de somente água esterilizada, se for dito a eles que é um analgésico. Similarmente, em testes clínicos de drogas psiquiátricas, quarenta por cento ou mais dos pacientes com ansiedade ou depressão geralmente se sentem melhor quando lhes é dada uma pílula de açúcar sobre a qual lhes é dito ser de utilidade para eles. Se as condições forem propícias - isto é, se os pacientes têm muita fé no que eles estão recebendo - uma pílula de açúcar pode produzir melhora emocional em 60 a 90 por cento dos pacientes. Este é o efeito placebo - melhoria que vem de uma expectativa positiva ou fé na droga farmacêutica ou no médico, ao invés de qualquer impacto químico da substância⁵.

O efeito placebo pode ser útil. A humilde pílula de açúcar, que raramente causa algum dano físico, mas pode aliviar o sofrimento físico ou emocional, tem a melhor relação risco/benefício da psiquiatria materialista. O efeito placebo também explica grande parte da eficácia das drogas psiquiátricas. Contudo, quando um indivíduo atribui as melhoras às características físicas de uma pílula, e à expectativa de que ela vai funcionar, a crença desta pessoa, em seu próprio poder psicológico ou espiritual, pode estar prejudicada. Esta experiência pode encorajar a confiança na pílula, em vez de nos esforços pessoais.

Drogas psiquiátricas como os IsRSS [SSRIs] podem se tornar placebos venenosos de alta poder. Elas recebem tantos elogios da mídia e, das promoções das empresas de drogas farmacêuticas, que a expectativa de ajuda torna-se enorme. A antecipação de alívio pode produzir um alívio - por causa da expectativa de que nós vamos nos sentir melhor.

Independentemente do efeito placebo ocorrer em resposta, a um antidepressivo amplamente divulgado, ou a uma pílula de açúcar, tal efeito pode criar a falsa impressão de que os problemas emocionais originam-se de causas físicas, e a falsa expectativa de que os produtos químicos são a resposta para os problemas pessoais. O efeito placebo é complicado, mas demonstra claramente o poder que as pessoas têm sobre seu próprio estado emocional, se for dado o encorajamento adequado. Mas as pessoas não sabem que elas estão experimentando um efeito placebo. A medida em que elas pensam que estão respondendo ao impacto químico da droga psiquiátrica em seus cérebros, é a medida que estas pessoas podem se tornar convencidas de que o controle sobre suas vidas está fora delas mesmas, e que este controle está na medicação.

Quando as pessoas acreditam erroneamente que elas estão sendo ajudadas pelo efeito químico de uma droga de drogaria, elas desenvolvem idéias distorcidas sobre como viver suas vidas. Em vez de reconhecer o poder da esperança, da fé, ou do otimismo em suas vidas, elas dão um reconhecimento falso ao poder destas drogas. Em vez de desenvolver formas mais eficazes de viver, o que irá prover resultados mais genuínos, realistas e duradouros, as pessoas consomem uma pílula. Reforçados pelo efeito placebo inicial, muitos pacientes passam anos tentando uma e depois outra pílula para satisfazer

⁵Para uma discussão dos placebos, incluindo as taxas altamente variáveis e por vezes extremamente elevadas do efeito placebo, ver Fisher e Greenberg (1989) [153].

as suas necessidades, ao invés de melhorarem suas vidas através da auto-compreensão e princípios de vida melhores.

5.10 Dependência psicológica de drogas psiquiátricas, médicos, e soluções médicas para problemas pessoais

A dependência psicológica nas drogas psiquiátricas tende a minar a nossa auto-estima, confiança, força de vontade, e princípios de vida importantes. Voltamos para os médicos e para estas drogas em vez de nos voltar para mais recursos pessoais tais como: auto-conhecimento, responsabilidade pessoal, o amor, a vida familiar, o trabalho criativo e princípios ou ética melhorados.

Um problema ainda maior, o uso de drogas psiquiátricas reforça a dependência de médicos, e da sua abordagem médica, para resolver problemas essencialmente psicológicos, sociais, econômicos e espirituais, tais como sentir-se deprimido ou ansioso. Esta dependência, por sua vez, nos aliena das fontes mais importantes de sabedoria humana, bem como de outros serviços humanos, que poderiam ser fontes de força e de direção.

5.11 Aprendendo a viver sem drogas psiquiátricas

Defensores de drogas psiquiátricas muitas vezes afirmam que os medicamentos melhoram a aprendizagem e a habilidade de se beneficiar da psicoterapia, mas o contrário é verdadeiro. Não existem drogas de drogaria que melhorem a função mental, a auto-compreensão, ou as relações humanas. Qualquer destas drogas que afete os processos mentais faz isso desequilibrando estes processos.

Uma vez mais, este princípio pode ser melhor compreendido em relação às pessoas que usam as chamadas drogas recreativas. Muitos indivíduos bebem álcool, fumam maconha, ou consomem outras drogas sem prescrição, para “passar o dia”, para “lidar com o estresse no trabalho”, ou para se “relacionar melhor”. Quando as pessoas param de consumir álcool, ou drogas de rua, o tempo suficiente para se recuperarem um pouco de seus efeitos, elas provavelmente irão descobrir que estas substâncias psicoativas estavam de fato retardando a sua habilidade para lidar com a vida. Embora influenciadas pelas drogas, elas aceitaram equivocadamente, ou se adaptaram, a um menor nível de funcionamento mental e social. Agora estas pessoas devem aprender tudo de novo, como lidar com a vida, com uma mente livre de drogas. Após muitos anos de funcionamento prejudicado, sob a influência da maconha ou do álcool, elas podem necessitar de muitos meses ou mesmo anos de vida, livres de drogas, para aprender como lidar com a vida com um cérebro em pleno funcionamento.

Pacientes que têm estado a consumir drogas psiquiátricas continuamente por anos, podem enfrentar os mesmos problemas que os alcoólatras, ou usuários de maconha, em recuperação. Sob a influência destas drogas, eles se adaptaram ao estresse, conflito e desafio, aumentando as doses dessas drogas ao invés de aumentando a sua capacidade para viver. E quando as emoções negativas se tornam insuportáveis, eles embotam-nas ao invés de aprender a utilizá-las de forma criativa. Quando o consumo das drogas psiquiátricas é interrompido, essas emoções podem, em pouco tempo, vir rugindo de volta à vida - mas sem que haja a experiência necessária para entendê-las e canalizá-las.

Esse problema é tragicamente aparente em crianças que crescem consumindo drogas psiquiátricas, tais como estimulantes e antidepressivos, e que nunca puderam amadurecer de uma forma normal. De forma muito parecida com as drogas psicoativas ilícitas, os medicamentos psiquiátricos podem retardar o desenvolvimento psicológico e social das crianças.

O uso a longo prazo de drogas psiquiátricas tende a ensinar as pessoas como se relacionar em um nível inferior - emocional, psicológico e cognitivo. Então, quando o consumo destas drogas é

interrompido, há uma realização gradual e crescente de que elas estiveram funcionando, apesar das deficiências induzidas por estas drogas. Pode levar tempo, e ajuda dos outros, para aprender a viver com um cérebro intacto e uma maior sensibilidade, bem como com a capacidade de resposta emocional que segue a isso.

Capítulo 6

Por Que os Médicos Dizem Tão Pouco aos Seus Pacientes

Uma e outra vez, nós ficamos chocados com o quão pouco os médicos dizem aos seus pacientes sobre as drogas psiquiátricas que eles tão livremente prescrevem para estes seus clientes. A maioria das pessoas estão tateando no escuro quando se trata de saber, sobre os efeitos e perigos de fato, dessas drogas que alteram a mente.

6.1 Encorajados a não falar

De fato, os médicos são encorajados a não dizer aos seus pacientes os perigos conhecidos das drogas psiquiátricas. Manuais e livros didáticos, que documentam sérios efeitos adversos destas drogas, geralmente recomendam aos médicos que seus pacientes recebam informações extremamente limitadas dos fatos. Considere “*Current Psychotherapeutic Drugs [Drogas Psicoterapêuticas Correntes]*”, uma publicação de 1998 da “*American Psychiatric Press [Imprensa de Psiquiatria Americana]*” (Quitkin et al., 1998 [313]). Este manual para médicos lista dezenas de efeitos adversos causados pela Ritalina, a droga estimulante usada para tratar a DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção) em crianças e adultos. Por exemplo, ele afirma que a droga Ritalina é “contra-indicada” para (e portanto não deve ser dada às) crianças com “tensão ansiosa e agitação característica”. Ele confirma que “episódios psicóticos reais” podem ser causados pela própria droga psiquiátrica, e que a abstinência dela pode levar a “depressão severa”. Como “efeitos adversos mais comuns” da droga este manual lista “inquietação, superestimulação, insônia e anorexia”.

Depois de avisar o médico sobre essas e outras consequências potencialmente graves e confusas do consumo ou da abstinência de Ritalina, o que o “*Current Psychotherapeutic Drugs [Drogas Psicoterapêuticas Correntes]*” recomenda dizer aos pais? Aqui está a totalidade da “Informação ao Paciente” que o manual provê:

Tenha cuidado ao dirigir ou operar maquinário perigoso. Os pacientes ou seus pais devem registrar o peso dos pacientes duas vezes por semana e relatar qualquer perda significativa. Quaisquer alterações no humor devem ser relatadas ao médico, também devem ser relatadas quaisquer evidências de erupções cutâneas, febre, ou dor nas articulações. Os comprimidos de efeito prolongado não devem ser esmagados ou mastigados.

Será que esta “Informação ao Paciente” verdadeiramente informa aos pais sobre os perigos de dar Ritalina para sua criança? Não deveria ser mencionado que esta droga psiquiátrica pode causar, devido a abstinência, “surto psicótico real” e “depressão severa”? Será que os pais não precisam saber que a Ritalina pode causar ou piorar os próprios sintomas que supostamente ela cura, incluindo

“inquietação” e “superestimulação”? Será que os pais não deveriam ser informados de que a Ritalina é contra-indicada para crianças com “ansiedade acentuada, tensão e agitação”, uma vez que estes são os sintomas que provavelmente estes pais pensam que esta droga de drogaria irá curar?

Felizmente, desde que *“Current Psychotherapeutic Drugs [Drogas Psicoterapêuticas Correntes]”* apareceu pela primeira vez em 1998, a disponibilidade de informações, sobre drogas psiquiátricas na Internet, aumentou muito. Além disso, como os consumidores se tornaram mais exigentes destas informações, alguns guias profissionais de drogas farmacêuticas recomendaram que os médicos forneçam informações mais detalhadas aos pacientes. Infelizmente, muitas vezes esses guias também minimizam os riscos, a fim de evitar alarmes em consumidores potenciais. Por exemplo, a 15ª edição do *“The Clinical Handbook of Psychotropic Drugs [Manual Clínico de Drogas Psicotrópicas]”* (2005), escrito para os clínicos, inclui manuais, de “Informação ao Paciente”, sobre as várias classes de drogas psiquiátricas. Sua ficha de informações recomendadas, sobre estimulantes, lista efeitos colaterais em quantidades consideravelmente maiores do que o *“Current Psychotherapeutic Drugs [Drogas Psicoterapêuticas Correntes]”* de 1998, mas ele minimiza estes efeitos, por exemplo, sugerindo que eles “normalmente não são sérios e não ocorrem em todos os indivíduos”. Embora o manual do paciente identifique “sentimentos energizados/agitados e excitabilidade” como sendo efeitos “comuns”, ele apenas sugere consumir o estimulante no início do dia para diminuir a interferência com o sono. Ao fazer esta recomendação, este manual não leva em conta a forma como as ocorrências diurnas, dos efeitos adversos destas drogas estimulantes, podem provocar muitas crises na vida das crianças, bem como na de seus pais ou cuidadores. Dores de cabeça, boca seca, perda de apetite e perda de peso, são também minimizados e apresentados como efeitos temporários, embora a perda de peso em uma criança em crescimento possa ter consequências imprevisíveis no desenvolvimento, e ao mesmo tempo causar problemas psicológicos.

O Manual recomenda que alguns efeitos devem ser relatados “imediatamente” ao médico, tais como batimentos cardíacos acelerados ou irregulares, agitação ou inquietação severa, e, especialmente, “uma mudança de humor para um estado de felicidade ou irritabilidade incomum; flutuações de humor”. Mesmo assim, não há nenhuma menção dos riscos de psicose, depressão e tendência suicida que Peter Breggin discute em sua introdução deste livro. Além disso, não há nenhuma menção dos efeitos de abstinência como sendo reações comuns e potencialmente perigosas, incluindo “crises”. Nem é dado aos pacientes um senso da frequência relativamente alta da maioria dos efeitos listados.

Em relação a pergunta: “Quanto tempo deve se consumir esta medicação?” os autores respondem que “Psicoestimulantes são usualmente prescritos por um período de vários anos” (Bezchlibnyk-Butler e Jeffries, 2005 [38]). Eles não avisam o consumidor de que não há base científica para a prescrição destas drogas psiquiátricas por longo prazo, e que mesmo os efeitos de curto prazo são limitados à supressão do comportamento e da atividade mental espontânea.

Sobretudo, nós continuamos a detectar atitudes de profissionais da área que encorajam o fornecimento de informações limitadas aos pacientes e às suas famílias. Essas atitudes refletem um abuso anti-ético generalizado em psiquiatria e medicina - a falha de prover aos pacientes e suas famílias as informações necessárias para tomar decisões informadas sobre o consumo de medicações psiquiátricas ou a aplicação delas nos membros da família. Esta falta de informação também, sem dúvida, torna os pacientes e suas famílias inaptos de avaliar apropriadamente os efeitos adversos quando eles se desenvolvem. Como no caso da Ritalina, muitos dos efeitos colaterais comuns desta droga psiquiátrica são susceptíveis de serem confundidos com os problemas dos próprios pacientes.

6.2 Onde estava a FDA?

Quando as drogas psiquiátricas se tornam prejudiciais, as vítimas muitas vezes nos dizem: “Eu pensei que a aprovação da FDA significasse que uma droga farmacêutica é segura. Eu nunca pensei que o

nosso médico iria prescrever algo tão perigoso.” Quando um ente querido morre devido aos efeitos de uma droga de drogaria, de luto, as famílias muitas vezes indignadas questionam: “Será que a FDA sabia que esta substância poderia ser letal? Será que nosso médico não deveria saber que a droga de farmácia, que ele prescreveu, pode matar?”

Especialmente durante o processo de aprovação de drogas psiquiátricas, a FDA é em grande parte dependente das informações que recebe das empresas destas drogas farmacêuticas. Contudo, considere as seguintes circunstâncias. O fato de que uma pessoa experimentou um “evento adverso”, (por exemplo, uma dor de cabeça ou uma queda) enquanto consumia uma droga de drogaria, não significa que esse evento foi causado pela droga em si. Cientistas ou médicos, empregados por uma empresa farmacêutica, fazem o julgamento inicial de que um efeito adverso pode, ou não, ter sido causado pela droga psíquica durante o teste; mas a administração na sede da empresa toma a decisão final sobre como lidar com os dados apresentados pelos seus pesquisadores pagos. Se a administração decide que não há nenhuma conexão possível entre a droga comercial da empresa e a reação negativa dos pacientes, os dados podem nunca ser enviados para a FDA. Ou os dados podem ser apresentados à FDA de uma forma tão disfarçada que eles falham em chamar a atenção da agência. Por exemplo, uma reação de abstinência de uma destas drogas pode ser registrada como tendo “dois dias de duração”, quando na realidade o paciente voltou a consumir a droga depois de dois dias, a fim de parar a reação de abstinência¹.

Em um seminário de treinamento sob medida para os funcionários de uma empresa de drogas farmacêuticas², um executivo da empresa, deste tipo de drogas, deu o seguinte exemplo de uma morte que, em sua opinião, não tinha de ser relatado à FDA nem como possivelmente relacionado com a droga de farmácia: “Enquanto um sujeito participava de um teste clínico de uma droga psiquiátrica, ele cruzou um meio-fio, foi atropelado por um carro, e morreu”. De acordo com o executivo, não havia razão nem para considerar a necessidade de relatar isso como um possível efeito adverso da droga sendo testada.

Os executivos das empresas de drogas farmacêuticas usualmente não são cientificamente qualificados ou suficientemente objetivos para exercer um papel tão crucial no que diz respeito à segurança das drogas psiquiátricas que sua empresa fabrica e vende. No entanto, este executivo em particular não apenas desempenhou tal papel em sua própria empresa, mas, no seminário, treinou outros em como fazê-lo também. E sua avaliação, neste caso, estava errada. Uma droga muito certamente pode ter contribuído ou causado a morte em discussão.

Muitas drogas psiquiátricas prejudicam a consciência, o julgamento, os reflexos e o equilíbrio - aumentando assim a probabilidade de que um usuário seja ferido ou morto em um acidente. Estas drogas também podem causar uma convulsão ou até mesmo um ataque cardíaco, e qualquer um dos dois poderia ter causado o cruzamento do meio fio, por parte do sujeito que estava testando a droga psíquica. Uma possibilidade mais remota é que a droga que ele estava tomando possa ter interferido com a coagulação sanguínea, provocando-lhe a morte por ferimentos que normalmente não teriam sido fatais.

Olhando ainda mais profundamente para a morte “acidental”, neste exemplo, nós podemos supor que poderia ter sido um suicídio. As pessoas intencionalmente matam a si mesmas entrando na frente de carros, caminhões, ônibus e trens. Além disso, algumas drogas são associadas com um aumento da taxa de tentativas de suicídio. No entanto, apesar de todas estas possibilidades, o executivo da empresa estava disposto - com base em um relatório de uma linha - a desconsiderar essa morte do homem como não tendo possível ligação com uma droga experimental.

¹Peter Breggin tem visto exemplos de tais “arquivos de registros”, ao examinar os documentos internos das empresas de drogas farmacêuticas, como uma testemunha perita, em casos de acusação por responsabilidade iatrogênica de produto.

²Relatado por Peter R. Breggin, que participou deste seminário.

6.3 Obtendo informações para você

Se até mesmo a FDA muitas vezes não tem informações suficientes para ter uma figura exata dos perigos de uma droga psiquiátrica, os praticantes individuais e o público devem estar ainda menos informados. Regularmente perguntas sérias são levantadas sobre a maioria destas drogas que ocupam o lugar cobiçado da mais recente “droga milagrosa”. Durante a última década, estas incluíram Prozac, Viagra, Zyprexa, Bextra, Vioxx, Meridia, e outras. Algumas pessoas morreram ao tomar essas drogas de drogaria por suas aprovadas indicações. Tipicamente, a FDA reconhece que as mortes foram relatadas durante os testes pós-comercialização destas drogas, mas ela argumenta - como o fazem os fabricantes de drogas farmacêuticas - que as mortes não foram necessariamente causadas pela própria droga. Como podem os praticantes e o público ter as suas próprias idéias sobre este assunto?

Através da “*Freedom of Information Act (FOIA) [Lei da Liberdade de Informação]*”, e cada vez mais através do próprio site da FDA, qualquer cidadão pode obter um resumo dos resultados, dos testes de drogas psiquiátricas, prévios à comercialização de qualquer um dos medicamentos introduzidos recentemente, aprovados pela FDA. Este material é chamado um “*Summary New Drug Application (Summary NDA) [Resumo dos Exames de Droga Farmacêutica Nova]*”. Mas os dados básicos subjacentes, sobre as reações adversas destas drogas e sua interpretação, são considerados “proprietários”, eles são de propriedade sigilosa da empresa farmacêutica que fabrica a droga de farmácia sob patente exclusiva. Somente uma ação, de responsabilidade iatrogênica de produto contra o fabricante, poderá abrir o acesso aos registros de pesquisa da própria empresa. Mesmo assim, seria difícil para uma pequena equipe de advogados e peritos (muitas vezes, apenas duas ou três pessoas com pouca experiência) para avaliar efetivamente as centenas de caixas de dados nos dois ou três dias nos quais lhes seria permitido. E se dados importantes forem descobertos, mesmo esta informação provavelmente seria mantida em sigilo pelos tribunais para que o público em geral não pudesse obtê-la. Algumas empresas de drogas psiquiátricas de fato iniciam processos de responsabilidade iatrogênica de produto contra elas mesmas, a fim de evitar fazer divulgações prejudiciais, em julgamentos públicos.

Este ponto vale a pena ressaltar. Médicos, e até mesmo os planejadores da política de saúde fundamental, não têm acesso a todos os dados necessários para fazer uma avaliação independente da segurança das drogas psiquiátricas. Ao invés disso, eles devem confiar em informações muito gerais fornecidas pela FDA, que por sua vez dependem em grande parte, das próprias empresas fabricantes destas drogas.

6.4 A aprovação da FDA não significa que uma droga psiquiátrica seja segura ou mesmo altamente eficaz

Os arquivos da FDA contêm milhares de relatos de reações severas e com risco de vida para quase todas as drogas psiquiátricas atualmente em uso. Com relação a cada uma dessas drogas, a agência tem tentado determinar se, no equilíbrio, a droga é suficientemente útil para compensar os seus perigos potenciais. Mas esta avaliação não significa necessariamente que uma droga farmacêutica é segura. De fato, determinar se os benefícios potenciais de uma droga compensam seus riscos potenciais é, necessariamente, altamente subjetivo. Por isso, a aprovação da FDA não deve ser interpretada como indicando que uma determinada droga não possui reações adversas sérias e potencialmente fatais. Pelo contrário, todas as drogas psiquiátricas aprovadas pela FDA podem representar riscos enormes, mesmo no uso rotineiro.

6.5 Quem se arrisca e quem se beneficia?

Os defensores das drogas psiquiátricas gostam de discutir a relação risco/benefício - especificamente a relação entre os perigos e a utilidade de uma droga de drogaria. Mas quem determina essas relações? Mesmo sob as melhores condições, elas raramente são determinadas pelo paciente que vai sofrer as consequências. O paciente simplesmente não tem informações suficiente ou o conhecimento básico para fazer tais avaliações.

As análises de risco/benefício são inicialmente calculadas pela própria empresa que fabrica a droga farmacêutica, utilizando estudos de pesquisa concebidos e realizados por médicos de sua folha de pagamento. Em seguida a FDA faz a sua própria análise, de risco/benefício, com os dados elaborados pela empresa farmacêutica. Ao fazer isso, a FDA fica dependente das análises, das massas de dados em sua posse, feitas pela empresa de drogas farmacêuticas. Além disso, a FDA quase sempre acaba fazendo concessões a fim de acomodar a indústria. Este processo é chamado de “negociação” com as empresas de drogas de farmácia. Para os médicos e consumidores este processo é mantido totalmente em segredo. Ao longo dos últimos anos, “vazamentos”, ocorridos em denúncias, litígios, e investigações especiais feitas por repórteres ou legisladores, começaram a revelar algumas de suas características - todas as quais tendem a ocultar ou distorcer informações dos médicos e pacientes para apresentar um retrato mais favorável destas drogas psiquiátricas³.

Depois que uma droga psiquiátrica é aprovada, a análise final de risco/benefício é feita por médicos individuais, que a prescrevem para os pacientes. Para quase todas as drogas aprovadas, esses médicos prescritores quase não têm acesso à informação original gerada na aprovação delas. Felizmente, cada vez mais a FDA está disponibilizando em seu site muitas de suas próprias avaliações dos estudos submetidos pelos fabricantes para obter a aprovação de suas drogas farmacêuticas, e este é um desenvolvimento bem-vindo. Contudo pode demorar, vários meses ou mais após uma droga ser aprovada, para essas avaliações da FDA estarem disponíveis. Durante este tempo, quando a mídia, os médicos e os pacientes ouvem pela primeira vez sobre o novo produto, o fabricante é a única fonte de informação sobre a droga por ele fabricada. As avaliações da FDA frequentemente somam algumas centenas de páginas, e a maioria dos médicos praticantes nunca irão vasculhá-las. Para a maioria dos profissionais, as informações sobre as drogas psiquiátricas virão através, de seminários de educação continuada patrocinados pela própria indústria destas drogas, e de brochuras lustrosas de representantes farmacêuticos bem-treinados que empurram os seus produtos usando todas as manobras possíveis. Além disso, as avaliações da FDA regularmente apagam algumas informações significativas que o fabricante acredita que constituem-se “informações proprietárias”. Isso pode incluir, por exemplo, a lista de efeitos adversos observados em estudos onde a droga fabricada estava sendo testada para outra indicação, para a qual a taxa de efeitos adversos foi tão alta que o fabricante decidiu interromper os estudos.

Em conexão a isso, considere novamente alguns dos fatos discutidos nos capítulos anteriores:

- O estimulante Ritalina interrompe a produção do hormônio de crescimento, inibindo o crescimento do cérebro da criança, criando graves desequilíbrios bioquímicos dentro dele. De fato, como notado no Capítulo 4, há evidências de que os estimulantes podem causar danos permanentes ao cérebro. Da nossa perspectiva, esses perigos constituem um risco demasiadamente elevado para qualquer criança pagar. Nós acreditamos que essas drogas nunca deveriam ser dadas para crianças.
- Em um estudo controlado, Prozac causou psicose maníaca em 6 por cento das crianças que

³Para exemplos do tipo de informação descoberto por um médico especialista em exames de documentos selados de empresas de drogas farmacêuticas, ver Breggin (1997a [55]) referindo-se a Eli Lilly e Prozac, e Breggin (2006b, c, d e [71]) em referência a GlaxoSmithKline e Paxil.

estavam participando desta pesquisa (ver Capítulo 4). Apesar de ter pouco efeito benéfico, esta droga psiquiátrica foi descrita pelos autores do estudo, como útil para as crianças. Antidepressivos IRSS [SSRI] comumente causam esse mania potencialmente destruidora da vida em adultos, mas em uma taxa inferior. Novamente, nós consideramos que o custo seja muito alto - especialmente quando há crianças envolvidas.

- Drogas antipsicóticas, tais como Abilify, Seroquel, Risperdal, Zyprexa, Haldol, e Mellaril - muitas vezes usadas para controlar pacientes difíceis - potencialmente causam severos danos neurológicos em uma grande porcentagem de usuários. A maioria dos pacientes idosos, tratados por apenas dois ou três meses, desenvolvem contrações musculares ou espasmos óbvios e irreversíveis; eles também correm o risco de ficarem dementes. Mais uma vez, nós pensamos que o risco é muito alto.

6.6 Sérios perigos podem surgir pela primeira vez após anos de uso

Prozac, Zoloft, Paxil, Celexa, Luvox, Remeron e outros - os chamados Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IsRSS [SSRIs]) - construíram a sua popularidade como antidepressivos baseada na crença equivocada, entre médicos e pacientes, que eles têm menos efeitos adversos sérios do que outros antidepressivos. Desde o início, nós sabíamos que este era um falso alarde de marketing criado pela empresa Eli Lilly de drogas farmacêuticas (Breggin e Breggin, 1994 [53]). Mas a maioria dos psiquiatras, aparentemente caíram nesta falsidade. Mesmo agora, muitos psiquiatras e outros médicos não estão cientes do catálogo crescente de perigos destas drogas psiquiátricas.

Para ilustrar, mais de 10 anos após o Prozac estar no mercado, uma manchete na edição de maio de 1998 do *“Clinical Psychiatric News [Noticiário da Psiquiatria Clínica]”* reportou que: “Efeitos Colaterais de Longo Prazo Emergiram com IsRSS [SSRIs]”. O artigo descrevia sérias disfunções de sono e sexuais, bem como ganho de peso anormal, associadas com o uso de IsRSS [SSRIs]. Durante seu sono perturbado, os pacientes também podiam sofrer de períodos de insônia, pesadelos, ranger de dentes, sudorese e movimentos anormais de seus corpos.

A reportagem mencionou uma droga, Prozac, que supostamente beneficia as pessoas deprimidas, mas pode acabar tornando-as mais depressivas e até mesmo suicidas! De acordo com a reportagem, “Com o tratamento em curso [com Prozac], um número crescente de pacientes relatam letargia e fadiga”. Letargia e fadiga, é claro, podem causar ou agravar a depressão. Além disso, com relação à insônia causada pelo Prozac, “há uma grande quantidade de dados que mostram que pessoas que dormem mal têm mais probabilidade de recaída e que o risco de suicídio é maior”⁴.

Muitas pessoas decidiram usar Prozac na esperança de que ele iria ajudá-las a perder peso. A própria Eli Lilly tentou sem sucesso obter a aprovação, desta droga farmacêutica, pela FDA, para o controle de peso. Em seguida, descobriu-se que, a longo prazo, muitos pacientes consumindo Prozac estão ganhando muito peso. Eles estão se tornando obesos.

Como Eli Lilly respondeu a esses novos perigos reconhecidos do Prozac? Em um anúncio de página inteira multicolorida na mesma edição do *“Clinical Psychiatry News [Noticiário da Psiquiatria Clínica]”*, a empresa da droga psiquiátrica promoveu Prozac como produtor de “ambos, noites tranquilas, e dias produtivos”. Mas “noites tranquilas” são uma reivindicação notável para uma droga de drogaria que já era conhecida por produzir insônia em 20 por cento dos pacientes nos estudos, que duraram quatro a seis semanas, utilizados para a aprovação da FDA. (Devido a essa insônia, foi prescrito, para muitos dos pacientes, pílulas para dormir viciantes). Desafortunadamente, o anúncio

⁴Observações semelhantes foram feitas anteriormente em Breggin e Breggin (1994 [53]) e Breggin (1997a [55]).

não faz nenhuma menção sobre os riscos de obesidade, piora da depressão, ou suicídios associados com Prozac. Conforme exigido por lei, contudo, uma frase em letras muito finas, impressas em baixo da página de trás, notifica que tem havido relatórios pós-comercialização de “ideação suicida”, bem como de “comportamentos violentos”. Embora forçada pela FDA à mencionar estes possíveis efeitos adversos de sua droga de farmácia, a empresa farmacêutica também afirmou que estes efeitos “podem não ter nenhuma relação causal com a droga que eles fabricam”. Claro, o “inesperado” problema de ganho de peso não se limita ao Prozac. Um clínico, que escreveu para o *British Medical Journal* [Jornal Médico Britânico] em 2003, notou: “Tenho observado, frequentes e rápidos ganhos de peso, em clientes usando Paxil. Ao fazer perguntas, sobre os efeitos anoréxicos desta droga que foram alegados em 1995, fui recebido com ceticismo. Este é o primeiro ano em que ouvi ao vivo qualquer coisa sobre estas drogas causarem ganho de peso. Contudo, isto não é nenhuma surpresa para mim em meu papel como terapeuta” (Green, 2003 [188]).

6.7 Reconhecendo os limites da aprovação da FDA

Para seu crédito, a própria FDA tem reconhecido e divulgado que a aprovação da FDA, não exclui o perigo de sérias, e até fatais, reações adversas que podem surgir mais tarde. Devido ao fato de que os estudos, utilizados para a aprovação da FDA de drogas psiquiátricas, tipicamente durem apenas cerca de seis semanas, a FDA usualmente requer um aviso de que as novas drogas farmacêuticas ainda não foram comprovadamente atestadas como seguras e eficazes para o uso prolongado. Muito poucos consumidores consideram esta severa limitação sobre a aprovação da FDA. A maioria dos médicos parece prestar pouca ou nenhuma atenção à ela.

Mesmo a eficácia, a curto prazo, algumas vezes permanece duvidosa na época na qual uma droga psiquiátrica é aprovada. Por exemplo, documentos internos da FDA levantaram questões sobre a eficácia do antidepressivo Zoloft até o momento em que ele foi aprovado. Um alto funcionário da FDA notou que esta droga de drogaria havia sido rejeitada por algumas agências Européias e lamentou que a FDA estivesse perdendo seus padrões de aprovação para favorecer a indústria de drogas farmacêuticas⁵.

Outro exemplo diz respeito ao Prozac, que, em muitos dos estudos utilizados para a aprovação da FDA, se revelou como não sendo melhor do que uma pílula de açúcar. Fazer com que ele pareça eficaz exige a seleção dentre os estudos e, em seguida, sua “correção” estatística para incluir pacientes que já haviam sido tratados com tranquilizantes⁶. Atualmente Prozac é comercializado como uma droga genérica e perdeu popularidade para outros IsRSS [SSRIs]. Previsivelmente, o interesse em seus efeitos e história desvaneceu-se - o que permite que muitos dos erros e enganos, na sua aprovação e comercialização, sejam repetidos com impunidade nas drogas psiquiátricas que lhe seguiram.

6.8 Como efeitos adversos não são reportados

As muitas deficiências do processo de aprovação da FDA colocam uma grande carga sobre os procedimentos de acompanhamento que ocorrem depois de uma droga psiquiátrica ir para o mercado. Nesse ponto, a FDA começa a depender fortemente nos relatórios voluntários enviados espontaneamente; em sua maioria por médicos e farmacêuticos. Um padrão de relatórios indicativos, de uma relação causal entre uma droga farmacêutica e efeitos adversos sérios, tem com frequência levado ao aumento de avisos na bula da droga comercial ou na remoção desta droga do mercado⁷. Em 1990, o

⁵Temple (1991); discutido em Breggin (1997a [55]), pp 229-230.

⁶Esta observação é discutida e documentada em detalhes em Breggin e Breggin (1994 [53]), ela é também resumida e atualizada em Breggin (1997a [55]).

⁷Este processo é discutido, com exemplos de acompanhamento, em Breggin (1997a [55], 1998b [58]).

“*Government Accounting Office [Escritório de Avaliação do Governo]*” (GAO) [167] relatou que em mais de 50 por cento das drogas aprovadas pela FDA entre 1976 e 1985, foram encontrados, durante ou após a comercialização, efeitos negativos “sérios”, ou ainda, das quinze drogas psiquiátricas aprovadas durante este período, em nove delas foram encontrados riscos sérios adicionais e uma delas foi retirada do mercado pela FDA⁸. Sobre um antidepressivo, Nomifensina, se descobriu que ele é a causa de uma desordem no sangue potencialmente fatal - mas esta descoberta só ocorreu depois dele ter sido comercializado em todo o mundo por 8 até 9 anos (Leber, 1992, p. 6).

Os relatórios espontâneos, enviados para a FDA, têm desempenhado um papel chave nas decisões da agência sobre essas drogas psiquiátricas. Porém, quantos efeitos adversos sérios chamam a atenção dos médicos, e quão conscientes estes médicos estão, sobre a importância de enviá-los para a FDA?

Uma vez que uma droga psiquiátrica esteja no mercado, milhares de pacientes podem experimentar reações de abstinência desagradáveis ou perigosas. Contudo, apenas alguns deles vão perceber que seus problemas foram causados pela droga iatrogênica⁹, e menos ainda vão mencionar isso para os seus médicos. Por outro lado, apenas uma fração dos médicos que tomam conhecimento, mesmo de reações adversas sérias e incomuns causadas por estas drogas, vão de fato relatá-las a uma autoridade competente, tal como a FDA.

Em seu livro de 1998, Thomas Moore [287] documenta como os médicos dos EUA raramente relatam reações adversas. Mesmo no cenário mais otimista, parece que apenas uma pequena fração de reações adversas são de fato relatadas, incluindo casos tão sérios que resultam em hospitalização ou morte, tomara que a FDA baseia-se fortemente nesses relatórios para monitorar as drogas psiquiátricas, para atualizar suas bulas, e se necessário, para retirá-las do mercado.

Em 1998, um estudo canadense consultou médicos de cuidados primários, afiliados à quinze hospitais, sobre as suas observações pessoais dos efeitos adversos sérios de tranquilizantes benzodiazepínicos durante os dois anos anteriores (Cohen e Karsenty, 1998 [115]). Sete destes médicos descreveram efeitos graves, incluindo uma queda resultando em uma fratura no quadril, uma overdose fatal ou suicídio, um delírio que exigiu nove dias de hospitalização, e um caso de apatia severa que durou vários dias e que interrompeu todas as atividades de trabalho e de família. No entanto, nenhum dos médicos tinha escrito ou relatado estas reações adversas para qualquer autoridade ou jornal.

Ao não denunciar essas reações reconhecidamente sérias e até mesmo com risco de vida, algumas ou todas das quais poderiam ter resultado diretamente a partir do uso dos tranquilizantes, os médicos suprimiram o reconhecimento desses perigos do governo, do público, e da profissão médica. Seu comportamento perpetua as atitudes irrealistas, de médicos bem como de pacientes, a favor da suposta segurança dessas drogas psiquiátricas.

6.9 Nenhuma garantia de segurança à longo prazo

Não se demonstrou consistentemente a segurança e eficácia de nenhuma droga psiquiátrica por mais de algumas semanas ou meses de uso. Mesmo após muitos anos no mercado, estas drogas são raramente estudadas até o grau necessário para determinar à longo prazo, seus perigos ou utilidade. Em fevereiro de 2007, a FDA indicou que a partir de outubro 2005 até setembro de 2006, que as empresas de drogas farmacêuticas ainda tinham que começar 71 por cento das avaliações de segurança “pós-mercado” que esses fabricantes se comprometeram a iniciar para os produtos aprovados que já estavam sendo vendidos (Chen, 2007 [86]). Assim, as pessoas devem ter muito cuidado ao permanecer consumindo continuamente, por meses ou anos, uma destas drogas.

Perigos muito significativos podem passar despercebidos, mesmo muito tempo depois que uma

⁸ “*Government Accounting Office [Escritório de Avaliação do Governo]*” (1990) [167], p. 25, 74-78.

⁹Ver, por exemplo, Grohol (1997) [190].

droga psiquiátrica é comercializada. Como se tem notado, os estudos utilizados para a aprovação são de duração muito curta. Eles também são limitados em escopo, muitas vezes excluindo pacientes que têm severos ou complicados problemas emocionais, bem como pacientes que estão fisicamente doentes, ativamente suicidas, ou tomando outras drogas. Além disso, muitos desvios pró drogas são construídos na pesquisa por empresas farmacêuticas que são inteiramente responsáveis pelo planejamento, financiamento, monitoramento e interpretação de todos os estudos. As empresas de drogas farmacêuticas tipicamente contratam médicos de quem sabem poder esperar resultados positivos. Com exceção de circunstâncias não usuais, a FDA se baseia inteiramente em dados que estas empresas fabricantes de drogas reuniram, organizaram, podaram, e interpretaram.

As reações adversas das drogas psiquiátricas são subestimadas ou minimizadas de várias formas diferentes. Durante os testes destas drogas, por exemplo, sintomas como depressão ou ansiedade - que podem ser causados por muitas delas - são muitas vezes erroneamente atribuídos à “doença mental” do paciente. Mais especificamente, uma piora da depressão foi listada na bula oficial do Prozac, como um possível efeito adverso comumente relatado, até que foi retirado da bula nos últimos dois dias¹⁰. Quem retirou esta informação da bula do Prozac? A própria FDA¹¹. Qual foi a explicação? A agência queria encurtar a distrativa “lista de máculas” de reações adversas indicadas pela empresa de drogas farmacêuticas. No entanto, a depressão como um resultado comum de tomar antidepressivos certamente merece destaque, em vez de ser excluída completamente da bula da droga antidepressiva. Por causa da eliminação, os profissionais e o público continuam ignorantes dos relatórios frequentes, por investigadores da própria Eli Lilly, de que o Prozac pode agravar a depressão.

6.10 A mídia

Os meios de comunicação tornaram-se muito protetores da psiquiatria - especialmente de drogas psiquiátricas. Com exceção de exposições ocasionais, os meios de comunicação tendem a publicar depoimentos na direção destas drogas enquanto omitem os seus riscos. Livros críticos destas drogas raramente são revistos em grandes jornais ou revistas e raramente discutidos na televisão.

No ano passado, a FDA afrouxou as exigências, dos fabricantes de drogas psiquiátricas, das propagandas voltadas para o público. Como resultado, tem havido uma explosão de tais anúncios em jornais, revistas e na televisão, o que representa um aumento de 40 por cento nas receitas da mídia de impressão desde 1997. Somente em 1998, a indústria farmacêutica dos EUA gastaram mais de \$1,3 bilhões de dólares em publicidade, direta ao consumidor, na televisão, nas revistas e jornais. Prevemos que o total de publicidade continuará a aumentar e que a mídia vai se tornar cada vez mais protetora de seus benfeitores. Eli Lilly claramente liderou o caminho com uma campanha gigantesca para o Prozac, gastando mais de \$41 milhões de dólares na publicidade, deste produto, diretamente para o público em 1998 (um aumento de 82 por cento sobre os gastos do ano anterior)¹².

6.11 O que os médicos sabem?

Os médicos deixam de informar os pacientes sobre os perigos dos medicamentos, em parte porque eles próprios não estão plenamente informados. Muitos médicos se baseiam demasiadamente na publicidade tendenciosa das empresas de drogas farmacêuticas e nos representantes de vendas, e até mesmo os mais céticos dentre eles são bombardeados com informações distorcidas em favor destas

¹⁰Temple (1987) [363]; discutido em Breggin (1997a [55]), pp 85-86.

¹¹NT: FDA é a abreviação de “*Food and Drug Administration [Administração de Drogas e Alimentos]*”. No Brasil a função deste órgão governamental é exercida pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

¹²IMS Health (1999) [205]. O orçamento total de promoção destas drogas nos EUA em 1998 foi de mais de \$5,8 bilhões.

drogas. Além disso, os programas médicos educacionais e científicos são quase sempre financiados pelas empresas fabricantes das drogas psíquicas e, não surpreendentemente tendem a promover os seus produtos de drogaria. Psiquiatras, por exemplo, muitas vezes recebem telefonemas de comerciantes pedindo-lhes para aceitar \$100 dólares para ouvir ao telefone um programa “educativo” patrocinado por uma empresa de drogas psiquiátricas ou para comparecer à um jantar gratuito que inclui um seminário sobre novas drogas. Além da pequena gratificação ou da refeição gratuita, os psiquiatras ganham créditos de Educação Médica Continuada (CME) para manter suas credenciais médicas.

A maioria das revistas psiquiátricas são totalmente dependentes da publicidade de empresas de drogas farmacêuticas - uma relação que influencia suas políticas editoriais. As revistas especializadas, publicadas pela American Medical Association (AMA) [Associação Médica Americana], tais como o *Archives of General Psychiatry* [Arquivos de Psiquiatria Geral] e *Archives of Internal Medicine* [Arquivos de Medicina Interna], são enviadas gratuitamente aos médicos em suas respectivas especialidades. Como pode a AMA encaminhar isso? A distribuição das revistas é paga pela publicidade das empresas fabricantes destas drogas. De fato, ao oferecer as revistas gratuitamente para tantos médicos, a AMA garante um investimento em publicidade pesado das próprias empresas. Similarmente a Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association], que depende totalmente de infusões massivas de dinheiro das empresas de drogas farmacêuticas, não está disposta a ter um olhar crítico em qualquer prática corporativa ou produtos de drogarias. Em última instância, até mesmo os livros médicos e psiquiátricos são escritos por defensores destas drogas, os quais muitas vezes minimizam ou ignoram importantes e até mesmo perigosas reações adversas às drogas psiquiátricas. Apenas alguns profissionais se tornam especialistas no assunto de medicamentos sem trabalhar com e para as empresas de drogas farmacêuticas.

6.12 Atitudes dos médicos quanto a informar os pacientes

A falha dos médicos em transmitir informações deriva em parte da ignorância e em parte de suas atitudes para com seus pacientes. Muitos médicos não se sentem obrigados a “dizer aos pacientes tudo”. Em vez disso, eles controlam o fluxo de informações para atingir determinados fins, tais como encorajar a aceitação do tratamento. A educação médica instila e reforça este autoritarismo em jovens médicos. Desde os primeiros estágios de seu trabalho clínico, eles devem tomar decisões de vida ou morte, muitas das quais estão além do seu nível de maturidade, experiência, ou conhecimento. Talvez, apenas para esconder suas inseguranças pessoais sobre uma responsabilidade tão grande, os médicos podem se tornar arrogantes. Além disso, encorajar suas atitudes paternalistas é o papel quase sacerdotal que desempenham na sociedade.

Os médicos também não têm tempo para descrever toda a gama de efeitos adversos das drogas psiquiátricas à cada um dos seus pacientes. E ao invés de se basear em resumos escritos desses efeitos, eles tendem a usar somente sua memória e “julgamento clínico” ao informar seus pacientes. Como resultado, muitas vezes eles deixam de fora informações importantes sobre os efeitos adversos potenciais destas drogas. Médicos em planos de saúde são especialmente pressionados pelo tempo e provavelmente mais propensos do que outros para pular ou omitir fatos críticos.

Finalmente alguns médicos propositadamente retêm informações sobre os perigos das drogas psiquiátricas por medo de que seus pacientes se recusem a tomá-las. Porque eles acreditam que os pacientes precisam da medicação, eles prescrevem-as sem fornecer informações suficientes para que os pacientes façam uma decisão independente. Essa prática antiética e potencialmente ilegal é especialmente comum entre os psiquiatras, muitos dos quais abrigam uma atitude paternalista em relação aos pacientes.

Capítulo 7

Planeje a Redução da Droga Psiquiátrica

Podemos resumir o caminho mais prudente e sensato de parar de tomar drogas psiquiátricas em uma sentença curta: **planeje bem a retirada e vá devagar**. Independentemente da droga que você esteja usando e dos problemas que ela pode ter criado em sua vida, uma retirada bem planejada e gradual tem as melhores chances de ser bem sucedida. Por outro lado, uma retirada não planejada e abrupta aumenta o risco de grandes dificuldades e pode levá-lo à retornar, de forma igualmente não planejada, a tomar estas drogas.

Neste capítulo, oferecemos um programa, de retirada das drogas psiquiátricas, que é racional e centrado na pessoa. Por “racional”, queremos dizer que ele repousa em princípios e evidências clínicas fortes. Por “centrado na pessoa”, queremos dizer que ele procura ajudar os indivíduos a se encarregarem do processo de retirada. Qualquer um que esteja considerando sair das drogas psiquiátricas, ou aconselhar um parente, um amigo, um cliente, ou um paciente sobre esta questão, deve ler este capítulo cuidadosamente. No Capítulo 8, nós discutiremos o processo real de reduzir o consumo destas drogas até zero. Então, no Capítulo 9, nós revisaremos as reações de abstinência específicas associadas com vários tipos de drogas psiquiátricas. No Capítulo 10, discutiremos como ajudar sua criança a sair destas drogas.

O processo de retirada pode ser comparado com uma jornada. Antes de empreender uma jornada, especialmente uma com um destino não familiar, você provavelmente achará que é útil planejar seus passos, fazer um inventário dos elementos essenciais para levar contigo, e antecipar possíveis obstáculos, aliados e recursos. Você não será capaz de prever todas as surpresas difíceis ou agradáveis, mas poderá certamente estar preparado para muitas das mais óbvias.

Antes de dar o primeiro passo, porém, será melhor se você souber aonde realmente quer ir com esta jornada.

7.1 Decida por si mesmo

A escolha de sair das drogas psiquiátricas deve ser uma decisão pessoal própria sua. Seria imprudente que qualquer outra pessoa decidisse por ti se você deve tomar estas drogas ou parar de tomá-las.

Opiniões sobre a utilidade das drogas psiquiátricas variam muito. Como o leitor já deve saber, nós acreditamos que tomar estas drogas para resolver problemas emocionais, psicológicos e sociais é no máximo uma solução temporária superficial enganadora. Mas outras pessoas acreditam que estas drogas são muito úteis, até mesmo para salvar vidas, e alguns não conseguem jamais se ver sem elas. Nós encontramos muitos indivíduos que acreditam profundamente em drogas psiquiátricas. Alguns, eventualmente, saíram delas e encontraram outras maneiras de superar as dificuldades da vida. Acreditamos que, até que as pessoas decidam por si mesmas qual curso de ação a ser tomado,

o melhor que nós podemos fazer é fornecer informações precisas e partilhar a nossa experiência.

Tomar drogas psiquiátricas é muito mais do que uma simples questão médica ou técnica. Tomar estas drogas pode parecer dar sentido à vida de uma pessoa; se feito pelo pedido urgente de uma autoridade, pode ser a coisa mais próxima a um ritual religioso que você já experimentou. Seus valores e idéias sobre a natureza humana e crescimento pessoal, e sobre as fontes de sofrimento psicológico, vão influenciar se você escolhe ou não tomar drogas psiquiátricas. Por sua vez, tomar estas drogas virá a colorir seus valores e idéias (ver Capítulo 12).

Como notado, a decisão de tomar ou parar de tomar drogas psiquiátricas deve ser pessoal. Não deve ser trivializada pela aceitação loquaz de pseudo-argumentos médicos do seu psiquiatra ou de outros, tais como “Esta droga é o tratamento mais eficaz para a sua séria doença” ou “Esta droga corrige desequilíbrios bioquímicos no cérebro” ou “Nunca deixe de tomar este medicamento, é apenas como a insulina para o diabetes”.

No campo da saúde mental, não há uma única explicação física que tenha sido confirmada para qualquer uma das centenas de “distúrbios” psiquiátricos listados no DSM-IV. Um recente editorial no *American Journal of Psychiatry* [*Jornal Americano de Psiquiatria*] indica o caso claramente: “Até agora, nós não identificamos os agentes etiológicos dos distúrbios psiquiátricos” (Tucker, 1997 [374], p. 159). Mesmo nesta era de soluções biológicas rápidas, um número crescente de pesquisadores estão documentando a observação de que abordagens sem drogas psiquiátricas produzem resultados equivalentes ou melhores do que com elas. Isto é verdadeiro mesmo para os problemas considerados extremamente sérios, como a “esquizofrenia”¹. As alegações de alguns médicos, em contrário, têm pouca ou nenhuma base científica.

Contudo, mesmo pessoas bem-educadas podem ficar profundamente impressionadas pela propaganda psiquiátrica que apele para as suas inseguranças. Precisamente porque há tão pouca base científica sólida para o uso de drogas psiquiátricas, mistificações e slogans são frequentemente comunicados aos médicos pela propaganda destas drogas, e depois aos pacientes pelos médicos².

Portanto, o primeiro princípio da retirada racional de drogas psiquiátricas é o de decidir por si mesmo que você quer fazer isso. Mesmo que tomar estas drogas tenha se tornado um modismo, promovido pelas empresas farmacêuticas e os médicos, a retirada destas drogas deve ser uma decisão individual bem pensada.

Decidir por si mesmo requer que você assuma a responsabilidade pelo resultado da sua retirada. Independentemente das dificuldades que tu possas encontrar, você não deve culpar os outros. Da mesma forma, você deve se orgulhar de suas próprias realizações. Sair destas drogas pelo caminho mais racional possível, frequentemente exige planejamento, preparação, força, determinação e paciência.

Se os outros te influenciaram à tomar estas drogas, em um primeiro momento, e se seus desejos não foram respeitados, você pode achar mais difícil de decidir por si mesmo sair delas. Se você

¹Ver Fisher e Greenberg (1989 [153], 1997 [156]), dois dos melhores relatos sobre a eficácia comparativa de drogas psiquiátricas e psicoterapia para toda a gama de problemas emocionais. A psicoterapia se saiu surpreendentemente bem. Uma pesquisa recente realizada pela Consumer Reports [Reportagens de Consumidores] (Novembro de 1994) indica que os clientes de psicoterapia estavam tão satisfeitos como, e, geralmente, achavam a experiência mais gratificante do que, aqueles que foram tratados somente com estas drogas ou que tomaram elas, além do aconselhamento. Este achado se manteve verdadeiro, independentemente dos problemas para os quais o tratamento foi procurado. Assistentes sociais, psicólogos e médicos classificaram as duas abordagens como igualmente eficazes nesta pesquisa, a maior de seu tipo já realizada.

²Aqui estão alguns dos slogans das propagandas de drogas psiquiátricas que apareceram na edição de julho de 1998 do *American Journal of Psychiatry* [*Jornal Americano de Psiquiatria*]: “Paxil significa paz”, “Faça do Prozac a sua primeira escolha para ambos: noites repousantes e dias produtivos”, “Dias mais suaves à frente” (Risperdal), “Eu consegui minha mamãe de volta” (Effexor), “Coloque ela à prova” (Bemeron), “Poder antipsicótico para uso de rotina” (Zyprexa), “Receite Adderall - ele poderá fazer a diferença”, “Obtenha o melhor da natureza” (comprimidos de lítio Eskalith), “Do caos vem o controle” (Seroquel), e “Sim!” (Zolof).

depende de outros para o seu sustento econômico ou físico - como o fazem muitas pessoas que tomam neurolépticos, tais como Risperdal, Seroquel, Zyprexa, e Haldol - a decisão de sair das drogas psiquiátricas pode ser mais difícil de ser feita. Se você tomou estas drogas durante muitos anos, talvez você não se lembre exatamente quando e por que você começou com elas. Ou se os membros da sua família ou o seu médico estão inflexivelmente te pressionando à permanecer nas drogas psiquiátricas, é compreensível que você possa querer não arriscar se afastar dessas pessoas. Estas são circunstâncias difíceis, e pode não haver uma solução fácil.

7.2 Tente obter ajuda de um médico experiente

Verdadeiras emergências de saúde apenas ocasionalmente ocorrem durante uma retirada gradual e bem planejada. Nossa impressão é que a maioria das pessoas, que pararam de tomar drogas psiquiátricas, fizeram isso com sucesso por conta própria, sem supervisão clínica ativa. No entanto, às vezes pode ser perigoso tentar parar sem supervisão profissional. Acreditamos que a maioria das pessoas se beneficiarão com o apoio de um terapeuta experiente e qualificado ou um clínico que é simpático aos seus desejos. Esta pessoa pode ser um psiquiatra, um clínico geral ou outro especialista médico, um farmacêutico, um assistente social, um psicólogo, um enfermeiro, ou um conselheiro com treinamento ou experiência em trabalhar com pessoas que tomam drogas psiquiátricas prescritas.

Um terapeuta deve sentir-se livre para comunicar de forma clara para os pacientes ou clientes, e frequentemente para as suas famílias, que a retirada dos medicamentos psiquiátricos é uma escolha razoável com grandes benefícios para muitas pessoas. O terapeuta deve também comunicar que a escolha permanece sendo do cliente ou paciente, que o caso de cada pessoa é único, e que qualquer estratégia de retirada deve ser extensiva às necessidades do indivíduo, muitas vezes com o envolvimento de amigos e familiares. A ênfase sempre permanece no direito dos pacientes de escolher se querem permanecer nos medicamentos ou parar de consumi-los. Algumas pessoas podem precisar de encorajamento para romper com um ciclo destrutivo do uso de medicação; outras podem precisar da garantia de que elas não serão pressionadas à parar a medicação, a menos que elas estejam enfrentando sérios riscos de toxicidade (Cohen, sendo impresso).

Nós descobrimos que pacientes e clientes muitas vezes querem aprender em detalhes sobre a experiência dos profissionais de saúde em ajudar as pessoas à retirar-se de drogas psiquiátricas específicas. Eles esperam que os praticantes de saúde sejam capazes de prover respostas aprofundadas sobre seu próprio conhecimento e experiência.

7.3 Como pode um clínico ajudar?

A maioria dos médicos não são bem versados nas técnicas para ajudar as pessoas a retirar-se das drogas psiquiátricas. Alguns são claramente hostis à idéia, especialmente nos casos envolvendo neurolépticos, lítio, ou antidepressivos. De fato, se você estiver lendo este livro para obter ajuda objetivando parar de consumir estas drogas, é possível que você já tenha discutido essa intenção com o seu médico ou médica, mas não foi capaz de “sensibilizar” ele ou ela.

Um terapeuta experiente pode ser útil precisamente porque ele ou ela tem observado reações de abstinência e sabe que a maioria tende a desaparecer dentro de uns poucos dias ou semanas. Ouvir que você está experimentando uma reação de abstinência, em vez de estar “perdendo sua mente”, pode ser enormemente encorajador. Em adição à isso, o terapeuta pode ser capaz de identificar uma reação de abstinência potencialmente severa.

Um terapeuta cuidadoso e empático também pode trabalhar com você nas questões psicológicas e práticas que provavelmente irão surgir à medida que você reduzir o seu consumo de drogas psi-

quiátricas, começar a experienciar os seus problemas de maneira diferente, e procurar soluções para eles que não o uso destas drogas. Um dos principais desafios da retirada da droga não é a retirada em si, mas sim como você vive sua vida após a retirada. Um bom terapeuta pode te prover do encorajamento e conselhos que você provavelmente precisará na medida que reconstruir sua vida em fundações mais seguras, sem drogas psiquiátricas.

Ter um médico ao seu lado também pode aliviar a ansiedade que os amigos ou familiares estão sentindo à respeito dos seus planos. É uma vez que os profissionais de saúde mental estão frequentemente conectados à uma rede de colegas os quais podem dar-lhes conselhos sobre problemas específicos que surgam, eles aparentemente têm acesso imediato à informação médica ou psicológica e são capazes de ajudá-lo a dar sentido à ela.

7.4 Informando o seu médico de suas intenções

Como um primeiro passo, você pode querer informar ao seu médico de suas intenções a respeito da retirada. Você pode pedir ajuda para o desenvolvimento de um cronograma de diminuição das doses e uma lista de prováveis reações físicas e emocionais. Se você está tomando tranquilizantes benzodiazepínicos (ie, drogas “ansiolíticas” tais como Ativan, Klonopin, Valium, ou Xanax), o seu pedido deverá ser facilmente satisfeito. As chances são de que o seu médico irá apoiar ativamente o seu desejo de parar de tomar sedativos, comprimidos para dormir, ou tranquilizantes. Essas drogas são menos populares, de fato, elas são vistas decididamente como perigosas por muitos médicos informados. Mesmo os médicos, que acreditam que sua ansiedade é uma doença crônica requerendo medicação ao longo da vida, podem ser simpáticos com o seu desejo de parar de tomar benzodiazepínicos. Muitos médicos têm visto muitos pacientes viciados em benzodiazepínicos, eles percebem que esses pacientes estão sofrendo de “depressão benzo” (Drummond, 1997 [135]) ao invés de sua ansiedade ou estresse original.

Se o seu relacionamento com o seu médico não se baseia na confiança, você provavelmente vai achar angustiante abordar o assunto da retirada da droga. Se você não está acostumado a ser honesto com o seu médico ou geralmente expor apenas uma quantidade limitada de informações sobre si mesmo por medo de que o seu médico vá aumentar a dose ou acrescentar novas drogas, então expressar sua intenção de sair das drogas pode estressar o relacionamento.

Se você está tomando drogas psiquiátricas que não são tranquilizantes, e especialmente se você teve uma ou mais internações psiquiátricas ou uma tentativa de suicídio no passado, o seu médico pode ficar muito hesitante em apoiá-lo e pode até se tornar antagônico. Tente manter a calma, contudo. Exibir agitação sobre a reação negativa do seu médico pode ser contraproducente no planejamento de seu processo de retirada. Em vez disso, tente entender a perspectiva do seu médico.

O seu médico está provavelmente comprometido em acreditar que pílulas são indispensáveis, especialmente se ele ou ela não tem conhecimento sobre aconselhamento e escuta empática. As chances são de que a maior parte de seu treinamento recente ou educação continuada tem se focalizado em classificar os pacientes em categorias de diagnóstico, de modo a prescrever drogas psiquiátricas para eles. Além disso, se seu médico é um clínico geral, ele ou ela provavelmente assiste à conferências anuais em que os médicos são instados a reconhecer “casos escondidos de depressão” e “ansiedade subjacente” e rapidamente prescrever estas drogas. Transferir a habilidade dos médicos de resolver problemas, para opções sem drogas psíquicas, pode representar grandes desafios para a perícia e identidade profissional destes médicos. Muitos tipos diferentes de profissionais de saúde mental oferecem serviços psicológicos, mas apenas os médicos prescrevem drogas farmacêuticas. Se você chegou a ver um médico, há uma expectativa implícita de que você quer e precisa - e muito provavelmente obterá - uma droga psiquiátrica³.

³Tal como documentado por Sherman (1998) [342], a proporção de visitas a um psiquiatra, que incluiu uma

Precisamente porque muitos médicos expressam uma atitude negativa ou antagonica sobre a retirada de drogas psiquiátricas - especialmente a retirada que o paciente inicia, controla e avalia - eles não estão propensos a aceitar ou acolher relatos de resultados positivos. Nossa experiência clínica indica que quando os pacientes com sucesso param de tomar drogas psiquiátricas por conta própria, eles geralmente não falam para seus médicos anteriores. Os pacientes são ainda menos propensos a contar aos seus médicos se o relacionamento foi superficial ou centrado em torno da prescrição destas substâncias. Frequentemente os pacientes estão muito zangados ou aflitos para comunicar com o médico, ou sentem-se insuficientemente cuidados. Assim, os médicos simplesmente não aprendem que a retirada pode ser realizada eficientemente e frequentemente resulta em benefícios substanciais.

Contudo, se seu médico é uma pessoa de mente aberta e genuinamente interessado em seu bem-estar, você definitivamente deve discutir o assunto com ele ou ela. Você vai precisar de descrever calmamente os objetivos que você está tentando alcançar e a natureza do seu programa de retirada e reabilitação. Se você detectar resistência do seu médico, você pode tentar negociar certas condições sob as quais o médico vai concordar em supervisionar sua retirada.

Você pode indicar para o seu médico que tu tens estado “estável” durante algum tempo, e explicar que, uma vez que as drogas psiquiátricas não curam qualquer problema, mas apenas ajudam a suprimir alguns sintomas, você sente que é hora de você tentar controlá-las por si mesmo. Você também pode lembrar ao seu médico que, quando as coisas vão bem, é a sua droga que é elogiada, mas quando as coisas dão errado, é a sua “doença” que é culpada. Se você insistir em discutir o assunto, calmamente, mas com firmeza, e se você compartilhar os planos que você está fazendo para assegurar que a retirada será bem sucedida, há uma boa chance que você será capaz de ganhar o apoio do seu médico.

7.5 Fique encarregado da retirada

Isto não quer dizer que você deve deixar seu médico controlar a retirada. Mesmo se você tiver tido todas as razões possíveis para acreditar que ele ou ela entende o processo de retirada, você tem que sentir a participação do médico como uma colaboração.

E considerando que os médicos muitas vezes retiram os pacientes muito abruptamente das drogas psiquiátricas, acima de tudo, você deve se sentir livre para desacelerar o processo.

Às vezes, como discutimos no Capítulo 9, os médicos cortam a dose pela metade de um dia para o outro, enquanto continuam a chamar isto uma retirada “gradual”. Tal redução abrupta é uma estratégia imprudente na maioria dos casos. Por causa da ignorância, falta de experiência na retirada centrada no paciente, ou mesmo um desejo não reconhecido para sabotar o seu esforço, o médico pode correr na frente e criar complicações desnecessárias. O resultado desafortunado, então, será usado para provar à você que a retirada foi uma decisão ruim.

Algumas das etapas discutidas em capítulos posteriores deste livro, tais como a busca de soluções alternativas e a mestria em técnicas para lidar com várias manifestações do seu problema, vão ajudar você à mostrar ao seu médico que você está motivado, responsável e capaz de retirar a droga psiquiátrica com sucesso.

Uma mulher para quem foi prescrito um antidepressivo e dois tranquilizantes por três anos nos disse: “Eu disse à minha médica que se ela não me ajuda-se [à retirar a droga], eu simplesmente iria fazê-lo sozinha. Ela não desaprovou minha determinação e se tornou muito cooperativa. Ela olhou por cima algumas referências, me deu conselhos para ir devagar, e me chamou uma vez por semana. Mais tarde, ela me disse que aprendeu muito de mim”.

prescrição de antidepressivo cresceu de 53,5 por cento em 1985 para 70,9 por cento em 1994. Totalizando tudo, o número de visitas em que uma droga psiquiátrica foi prescrito saltou de 33 milhões em 1985 para 46 milhões em 1994.

Se falharem as tentativas de contar com a colaboração ou assistência de seu médico, você não deve ficar surpreso nem desencorajado. Lembre-se que você, e mais ninguém, vai fazer o “trabalho” real de sair fora das drogas psiquiátricas. Você vai sentir - a dor, e você vai experimentar as recompensas. Você vai ter que lidar com as objeções e medos das pessoas à sua volta que resistem à idéia de que pelo menos alguns de seus problemas atuais são de fato induzidos por estas drogas. Você deve então tentar estar encarregado de todo o processo desde o início, desde o primeiro momento que você decidir por si mesmo que sair das drogas é o seu objetivo.

7.6 O melhor e o pior à se esperar do seu médico

Na melhor das hipóteses, o seu médico irá apoiar e até mesmo encorajar o seu desejo de viver uma vida livre de drogas psiquiátricas; te fornecer informações médicas factuais sobre os efeitos da retirada; recomendar um cronograma de retirada sensato, prático e gradual; prescrever, se necessário, outra droga cuja retirada possa ser menos desagradável do que a que você está tomando atualmente; permanecer disponível para vinda supervisão médica durante a retirada; fazer referência de você para um colega, com mentalidade de psicólogo, para aconselhamento durante o processo de retirada; e, se você tem estado a tomar doses muito altas de tranquilizantes por vários anos, possivelmente interná-lo para desintoxicação.

Na pior das hipóteses, o seu médico irá demitir ou ridicularizar o seu desejo de retirar-se das drogas psiquiátricas, encorajar a sua dependência destas drogas, minar sua confiança em si mesmo, fornecer informações incorretas, ameaçá-lo com consequências terríveis, e sabotar seus esforços.

Se o seu próprio médico se recusa a ajudá-lo, consulte outro médico ou terapeuta. Tenha em mente, contudo, que os profissionais de saúde mental são propensos a ajudá-lo a se retirar das drogas psiquiátricas somente no contexto de uma relação sustentada e somente se eles são capazes de abraçar para si próprios a idéia de que soluções sem estas drogas são realistas, opções desejáveis para uma faixa de problemas.

Os farmacêuticos estão, por vezes, com boa vontade em oferecer aos pacientes conselhos para retirada destas substâncias, especialmente de tranquilizantes. Incitada a partir de dentro e de fora, a profissão de farmácia como um todo, mudou ao longo das últimas duas décadas, com os farmacêuticos aumentando a sua visibilidade e competência como conselheiros e como avaliadores dos tratamentos com prescrições médicas⁴. Hoje em dia, porque os médicos que receitam medicamentos muitas vezes não informam seus pacientes adequadamente, muitas pessoas aprendem primeiro sobre os efeitos adversos na drogaria, diretamente do farmacêutico, ou de um impresso ou panfleto sobre a droga recebida com a apresentação da sua receita médica.

Quando os farmacêuticos proveêm assessoria aos pacientes para retirar a droga psiquiátrica, eles não estão contradizendo a prescrição médica. Quando eles respondem as perguntas dos pacientes sobre as formas mais seguras de se retirar, eles estão dando informações vitais necessárias para os pacientes tomarem decisões inteligentes sobre o seu futuro bem-estar. De fato, embora os farmacêuticos sejam muitas vezes pressionados a aumentar a concordância dos seus pacientes em tomar drogas farmacêuticas, algumas pessoas acham neles um ouvido muito mais simpático do que em seus médicos. Em qualquer caso, devido ao seu treinamento específico em farmacologia existem chances de que os farmacêuticos estejam mais informados e sensíveis sobre questões de abstinência do que a maioria dos outros profissionais de saúde.

Cada vez mais profissionais de saúde mental sem formação médica estão intimamente envolvidos na situação de prescrição. Assistentes sociais, conselheiros e psicólogos estão hoje frequentemente sendo chamados para informar os seus clientes sobre os efeitos de medicamentos e para monitorar esses

⁴Veja, em geral, Morris et al. (1997) [288] e Schommer e Widerholt (1997) [335].

efeitos quando os pacientes são medicados, e discutir as idéias destes pacientes sobre medicamentos. Eles servem como educadores, orientadores, monitores, defensores, advogados e pesquisadores. Esses profissionais, por vezes, buscam à formação especializada sobre drogas psicotrópicas. Assim, muitos na profissão de psicologia estão ativamente fazendo lobby nas legislaturas estaduais para que estas concedam aos psicólogos alguma forma de autoridade para prescrever estas drogas psicotrópicas⁵ - um movimento com forte oposição pela psiquiatria organizada. Enquanto estamos ambivalentes sobre novos aumentos no número de indivíduos com o poder de prescrever drogas psiquiátricas, nós também podemos ver alguns benefícios potenciais. Durante a última década muitos profissionais não-médicos da saúde mental ganharam mais conhecimento especializado sobre as drogas psiquiátricas. Esperamos que isto possa dar aos clientes mais opções sobre o tipo de conselhos que recebem quando estão tentando decidir se devem tomar, ou continuar a tomar, ou parar de tomar medicamentos. Mas no momento, a maioria dos profissionais exercem o poder de prescrever com perigoso abandono.

7.7 Configure uma rede de suporte

Mais do que um médico ou um terapeuta, sua rede de amigos e conhecidos de confiança pode se tornar seu recurso mais valioso durante todo o processo de retirada. Sair das drogas psiquiátricas é uma tarefa feita melhor com apoio de outros, especialmente se você tem estado a tomar estas drogas por vários anos e tenha entorpecido ou perdido algumas de suas outras reações de enfrentamento.

Embora os membros da família e amigos possam oferecer uma ajuda inestimável, nós descobrimos que os pares de conselheiros ou membros de um grupo de auto-ajuda muitas vezes oferecem o melhor apoio. Muitos grupos de auto-ajuda, incluindo os Alcoólicos Anônimos (AA), ajudam os seus membros a parar de consumir substâncias psicoativas. Apesar de nós não conhecermos pessoalmente qualquer programa de apoio, de “Doze Passos”⁶, projetado especificamente para usuários de drogas psiquiátricas, nós acreditamos que tais grupos poderiam ser úteis. Contudo, cuidado com os grupos de auto ajuda nos quais o objetivo principal é fazer com que os membros aceitem a idéia de que seu problema emocional é uma doença, que devem consultar um médico para ele, e que estas drogas são o melhor remédio. Quando esses grupos discutem questões da medicação e efeitos adversos, o objetivo é diminuir a resistência dos membros, em tomar estas drogas farmacêuticas.

Grupos de auto-ajuda menos estruturados, tais como aqueles funcionando em pares nos centros de saúde mental, são susceptíveis de colocar você em contato com pessoas que tiveram sucesso em parar de consumir drogas psiquiátricas e que permanecem disponíveis para discutir suas experiências e dar conselhos. Independentemente dessas pessoas terem se libertado totalmente ou parcialmente destas drogas, elas podem ser de extrema ajuda para você.

As pessoas que já passaram pelo processo de parar de consumir drogas psicoativas geralmente não farão pré-julgamentos e aceitarão seu pedido. Elas rapidamente vão entender por que você quer parar de tomar estas drogas. Elas não precisam ser convencidas de que esta é uma alternativa sensata para o seu tratamento. Possivelmente, elas terão uma visão geral mais positiva, do que outras pessoas, sobre as suas chances de ser bem sucedido. Mesmo que as motivações e experiências delas tiverem sido diferentes das suas, falar com elas pode te mostrar que sair das drogas psiquiátricas pode ser realizado sem grandes retrocessos, enquanto fará de você uma pessoa mais forte.

⁵NT: Na verdade essas drogas psiquiátricas são psico-supressoras. Trópico significa alimento. Psicotrópico significa que alimenta a psique. Contudo muitas destas drogas como os neurolépticos, matam as células cerebrais provocando apatia e suprimindo a psique da vítima. Alguns pesquisadores chamam este efeito de lobotomia química. E alguns experimentos comprovam indubitavelmente este efeito tóxico que chega a provocar a morte de células cerebrais com uma *diminuição da massa encefálica de até 10% em cerca de dois anos*.

⁶NT: A Associação de Alcoólicos Anônimos (AAA), e outras associações semelhantes, possuem um programa de recuperação baseado em doze passos. Seria de extremo valor uma associação destas para ajudar os usuários das drogas psiquiátricas que desejam parar de utilizar estes meios não naturais para resolver os problemas psicológicos.

7.8 Como um amigo pode ajudar

Discutir informalmente os seus desejos, metas e apreensões, com pessoas sem preconceitos e empáticas - não importando se elas são novatas em aconselhamento ou se lhes falta credenciais profissionais - pode ser muito benéfico. Uma maneira de ajuda das pessoas, as quais tu podes recorrer, é concordando em ficar em contato com você durante o período do processo de parar de consumir as drogas psiquiátricas. Mas isso não quer dizer que elas têm de ser confrontadas com a responsabilidade de “vê-lo durante” este processo. Afinal, você deve assumir a responsabilidade por suas decisões. E em qualquer caso, não importa quão bem-informadas e bem-intencionadas as outras pessoas estão, elas podem quebrar suas promessas. Então, ao invés de ficar desapontado com indivíduos específicos e se sentindo desencorajado, procure - e faça uso - do tanto de apoio social o quanto você puder.

Organize, para sua ajuda, pessoas para falar com você no telefone em uma base regular - uma vez por dia ou algumas vezes por semana - independentemente de você estar se sentindo bem ou não. Talvez elas também possam concordar em encontrá-lo ocasionalmente para oferecer segurança e aconselhamento, ou simplesmente para te dispor com uma audição. Se elas próprias passaram por uma retirada destas drogas, elas saberão que, se você não estiver se sentindo bem, há uma razão válida. Elas sabem que emoções dolorosas e sensações corporais são esperadas. Elas saberão que as pessoas submetidas à esta experiência potencialmente difícil, muitas vezes perdem a perspectiva, desesperam devido à retrocessos menores ou exageram nas pequenas vitórias. Elas vão saber que algumas palavras asseguradoras podem fazer maravilhas em momentos críticos. Elas serão capazes de ver se você precisa de ajuda adicional, especialmente se a sua reação devido a retirada é mais séria do que você imagina. Elas também irão ajudá-lo a evitar fazer decisões bruscas ou insensatas sobre sua vida.

Idealmente, você deve ser ajudado, ao parar de consumir drogas psiquiátricas, no contexto de um relacionamento seguro e de confiança com um ajudante experiente e informado. Um princípio muitas vezes aplicado em centros de tratamento de dependência de drogas é estabelecer uma relação de confiança com um indivíduo que tenha passado através do mesmo processo e possa prover certificações, bem como antecipar algumas das dificuldades envolvidas.

Em suma, o processo de parar de consumir as drogas psiquiátricas necessita que você construa uma rede de apoio social. Procurar alianças com os indivíduos apoiadores e de mentalidade parecida, irá fortalecer não apenas sua resolução, mas, muito provavelmente, suas habilidades em outras áreas também. Você vai sentir os efeitos benéficos de aprender a buscar apoio de outras pessoas além da questão da retirada destas drogas.

Inúmeras pessoas têm sido muito estigmatizadas, isoladas, amedrontadas, ou confundidas para alistar este tipo de apoio. Forçadas a confiar em seus próprios recursos, elas têm, no entanto, administrado com sucesso o parar de tomar drogas psiquiátricas. Contudo, na ausência de supervisão médica, muitas destas pessoas tem incorrido em riscos crescentes de sofrer reações de abstinência desagradáveis e até perigosas.

7.9 Redes de suporte na Internet

O grau em que os recursos de auto-ajuda tem tomado posição no “mundo online” atesta a sua utilidade para muitas pessoas ao redor do mundo. Nenhuma discussão sobre a criação de uma rede de apoio para lidar com situações difíceis seria completa sem uma referência aos recursos disponíveis na Internet.

Em seu guia dos recursos on-line de saúde mental, o psicólogo e pioneiro da Internet John Grohol escreve: “É fácil esquecer que o mundo online oferece não apenas a capacidade de ‘navegar’, mas também para participar de uma comunidade interativa de apoio” (Grohol, 1997 [190], p. 244).

De fato, através da Internet, dezenas de milhares, senão milhões de pessoas discutem questões de interesse, e tentam apoiar uns aos outros em tempos difíceis.

A Internet tem sido particularmente útil no estabelecimento de conexões entre ex-pacientes psiquiátricos e os atuais. Como Grohol indica, o suporte on-line é indispensável para as pessoas que vivem em áreas remotas ou rurais. Também é especialmente útil para pessoas que têm dificuldades com as relações interpessoais face-a-face. Ainda outros podem descobrir que seus problemas emocionais são menos estigmatizados no mundo online. Acima de tudo, a Internet oferece uma forma imediata de “falar” com pessoas em todo o país e ao redor do mundo, que são susceptíveis de ter experimentado problemas muito semelhantes ao seu próprio.

Milhares de grupos de discussão de auto-ajuda e fóruns florescem na Internet. As pessoas discutem suas dificuldades pessoais, que vão desde o alcoolismo à perda de peso, e oferecem conselhos aos outros. Em alguns grupos, as pessoas discutem a retirada de drogas psiquiátricas.

Tudo o que é necessário para você começar uma tal discussão é entrar em um fórum obtendo uma senha e enviando uma mensagem. Com toda probabilidade, você receberá várias respostas empáticas e encorajadoras dentro de uns poucos dias. Se você tiver sorte, você vai receber algumas respostas bem informativas também. Tenha em mente, é claro, que a maioria dos participantes irá expressar seus pontos de vista e opiniões pessoais, que são muito parecidas com aquelas expressas em qualquer outro contexto. De fato, todos os comentários on-line devem ser recebidos cautelosamente, pois os participantes usualmente permanecem anônimos e você não terá o feedback que provê uma conversa face-a-face ou mesmo de telefone.

A miríade de sites na Internet devotados às questões de saúde mental e de drogas psiquiátricas exige cautela. Obviamente, a qualidade das informações na Internet, relacionadas com estas drogas, é muito variada. Alguns dos comumente mais usados e altamente respeitados sites, tais como WebMD, são patrocinados por empresas de drogas farmacêuticas. Quando se chega no tópico da retirada destas drogas, encontramos as seguintes características associadas com as informações de melhor qualidade na Internet: (1) o proprietário ou o autor do site é claramente identificado, (2) o site é de fácil leitura (3), referências exatas para a literatura são fornecidas, bem como os reconhecimentos de que a maioria do conhecimento sobre a retirada repousa sobre relatos de casos e na responsabilidade de pessoas em primeiro pronomes, e que a maioria das recomendações, sobre estratégias específicas de diminuição das doses, são as opiniões de especialistas, (4) o site não vende ou endossa produtos “de ervas”, “nutricionais”, ou outros que alegam apressar a retirada ou a reduzir muito os efeitos da retirada (sem induzir efeitos psicotrópicos ou criando a possibilidade para dificuldades futuras de retirada), e (5) o site não é patrocinado por empresas fabricantes de drogas psiquiátricas, centros médicos, ou outros grupos altamente investidos na indústria farmacêutica e médica.

O curso de um diálogo muitas vezes se desenvolve entre dois ou mais indivíduos na Internet. As seguintes mensagens, são apenas algumas dentre centenas sobre a retirada de antidepressivos, postadas durante a primavera de 1998 no painel de mensagem do Health for Life Center [Centro de Saúde para Vida] (www.lexmall.com). Elas não foram editadas (com exceção da ortografia) e, na maior parte, se referem a retirada do antidepressivo Zoloft.

Isso é o que eu tenho estado procurando, me sinto muito melhor agora que li que outras pessoas tem o mesmo tipo de abstinência que eu estou tendo. Eu posso quase chorar porque como você me disseram que não haveria problemas, bastava parar ... sim, certo!! Eu pensei que estava passando por algo pior do que deveria passar. Obrigada por haver esta mensagem aqui. Eu estava tomando 100 mg de Zoloft por 6 meses, e isso ajudou. Contudo eu parei duas semanas atrás e essa retirada [abrupta] é mortífera, eu tenho uma dor de cabeça constante, sinto-me como se estivesse elevada, mas a mente ainda está aqui, meu corpo formiga, eu sinto contrações, fico esgotada na maior parte do tempo, não posso mais suportar isso. Estou tonta, tenho dores de estômago, estou doente. Meu apetite, bem, por alguns dias eu estava com fome constantemente; não conseguia parar de comer, e agora, apesar de ainda estar com fome, não

posso comer. Gostaria de saber quando isto vai parar, espero que em breve! [Postado por Tanya em 26 de março]

Sim ... eu também. Contudo, penso que tive uma abordagem mais segura do que esta recomendada por seus médicos. Eu diminuí a dose gradualmente ... de 200 miligramas até 125 mgs, e depois 100, 75, 50, e daí para 33,3, 25, e agora finalmente 0 miligramas. Todo o processo durou cerca de 3 meses. Quando eu usei a droga psiquiátrica pela primeira vez, eu fui aumentando aos poucos até 200 miligramas. Eu experimentei uma disfunção sexual TOTAL, e sabia integralmente que eu não queria isso ... se eu quisesse ser castrado eu teria pedido! A parte final da retirada foi a mais difícil ... de 25 para 0 mgs ... e me pergunto se eu não deveria ter ido para 10 ou 15 primeiro. Mas agora que eu estou aqui, estou indo para falência. ... tenho tido tonturas e mudanças de humor nos últimos dias, mas elas não parecem tão severas como aquelas sobre as quais li acima. Eu não acredito que exista nenhuma outra maneira de reduzir os sintomas de abstinência. ... Sinta-se livre para me escrever sobre qualquer coisa deste assunto. Cuide-se e fique ligado! [Postado por Ed em 5 de Abril]

Eu realmente quero parar de tomar Zoloft, mas eu estou tão assustada. A abstinência sempre me causou uma experiência de depressão mais profunda. Eu quero parar, mas não sei como. Alguém tem alguma idéia? [Postado por Kristin em 12 de abril]

Eu estive reduzindo a dose, de 100mg/dia de Zoloft, por três semanas até agora. A vertigem é pior, não melhor. Eu posso praticamente cair apenas por girar minha cabeça. Eu provavelmente não estarei segura ao volante de um carro. Tenho dores de cabeça constantes, não posso pensar claramente não posso focar meus olhos, e uma miríade de outros sintomas. Estou cansada, com sono, resmungona e emocionalmente instável. Meu apetite é história. Eu não tenho feito nada no trabalho ou em casa. Meu temperamento e paciência está tão curta que é praticamente inexistente.

Quando o meu médico e eu decidimos que iria tentar a vida sem Zoloft novamente, eu perguntei sobre os sintomas de abstinência e ele disse: "Não há problemas - é só parar de tomá-lo". Eu não quero tomar drogas psiquiátricas todos os dias. Mas, para evitar sentimentos como estes, eu poderei rever minhas decisões sobre o assunto! Quando isso vai acabar? Nunca? [Postado por Kate em 13 de abril]

Eu recebi uma prescrição de Zoloft há apenas 2 meses atrás (50mg). Após o primeiro frasco ter acabado, eu não podia esperar para comprar outro até se passarem duas semanas. O que eu experimentei nessas 2 semanas foi horrível! Eu não sabia o que estava errado comigo. Agora, ao ler esses e-mails, eu sei que eu estava experimentando a abstinência de Zoloft. Se eu apenas soubesse disso! Por que o médico não me falou sobre isso? Agora eu estou aflita por que eu vou me sentir pior tentando chutar esta droga psiquiátrica. Nesse período de 2 semanas, comecei a sentir tonturas e mal do meu estômago. A tontura foi tão ruim, em um dado momento quando eu estava dirigindo, que eu tive que parar e estacionar o carro por alguns minutos. Eu pensei que tinha uma gripe. Então meus dedos, mãos e parte do meu braço começaram a formigar. A tontura durou cerca de 7 dias. Nos 4 últimos dos 7 dias, eu tive que começar a tomar o Zoloft novamente. Agora eu voltei a consumir Zoloft por 6 dias. Não há mais tonturas e os formigamentos estão lentamente desaparecendo. Eles estão praticamente inexistentes hoje. Eu disse ao médico sobre estes sintomas. Ele me disse que eu provavelmente tenho uma virose. Ele também me disse para acompanhar os formigamentos e outros sintomas. Ele me disse que poderiam ser os sinais de aviso iniciais de uma doença. Aparentemente, os médicos estão desinformados e meu médico muito casualmente fez uma prescrição para mim. Como eu vou conseguir parar de consumir esta droga? [Postado por Joyce em 16 de abril]

Estas mensagens ilustram vividamente, em linguagem comum, a grande variedade e gravidade potencial de reações de abstinência das drogas antidepressivas tais como Zoloft. Elas também expressam os juízos dos escritores de que seus médicos estavam desinformados, prescreviam e retiravam estas drogas com muita facilidade e informavam mal aos pacientes sobre o processo de retirada. Como nós temos notado, e continuaremos a discutir, embora os problemas de abstinência de antidepressivos não sejam raros, nem moderados, eles receberam escassa atenção até muito recentemente.

De particular interesse, contudo, são as expressões de alívio de alguns dos escritores ao descobrir que seu desconforto é induzido pelas drogas psiquiátricas e que eles não estão sozinhos. Claramente, eles receberam conforto e encorajamento ao ter sua experiência validada por outros, mesmo sendo pessoas completamente estranhas.

7.10 Saber o que advem das drogas psiquiátricas pode ajudar

Para ter sucesso na sua retirada, você deve ter uma boa idéia da “jornada” à sua frente e os eventos e situações que são susceptíveis de encontrar. Você deve antecipar possíveis problemas e entender, de antemão, que passos concretos devem ser dados para reduzir esses problemas.

A boa notícia é que a energia, vigor, e memória muitas vezes voltam quando as pessoas param de tomar drogas psiquiátricas. De fato, você pode muito bem descobrir que você é capaz de pensar e concentrar-se mais claramente, que você é capaz de sentir uma ampla gama de emoções, e que você é mais sensível a estímulos de seu meio social e físico.

7.11 Antecipe as reações de abstinência

Você deve se lembrar da primeira vez que começastes a tomar drogas psiquiátricas, seu corpo reagiu de várias maneiras. Por exemplo, você pode ter se sentido mais sonolento, suado mais, tido crises de tontura ou náusea, notado um tremor em seus braços ou pernas, perdido o apetite, ou experimentado várias disfunções sexuais. Possivelmente uma ou duas destas reações foram de alguma forma severas, colocado-te fora do trabalho em grupo por alguns dias, e depois desapareceu rapidamente quando seu corpo se tornou tolerante à droga ou quando a dose foi alterada.

Você pode também ter reagido emocionalmente a essas mudanças. Talvez você tenha se sentido aliviado de que a droga estivesse realmente suprimindo um efeito e, assim, tu começastes a se sentir melhor sobre algumas das dificuldades em sua vida. Ou talvez você estivesse ansioso ou deprimido por ter de se adaptar às reações físicas envolvidas, preocupado sobre a possibilidade de tomar estas drogas por um longo tempo, ou se sentiu apático sobre o prospecto de lidar com as pessoas ao seu redor que parecem ter contribuído para as suas dificuldades pessoais.

Similarmente, ir deixando de tomar uma droga psiquiátrica costuma criar reações físicas e psicológicas. Seu corpo vai começar a se ajustar à abstinência da substância. Ao mesmo tempo, o conhecimento de que você está largando uma destas drogas e as mudanças físicas pelas quais você está passando vão despertar várias emoções e pensamentos. Essas reações físicas e psicológicas podem ser bastante sutis ou muito óbvias, ou ambos. Elas, muitas vezes se assemelham aos problemas que te levaram à tomar estas drogas na primeira vez.

Vai ajudar muito descobrir o que puder sobre os sintomas de abstinência associados com a droga psiquiátrica que você está tomando. No Capítulo 9, revisamos essa informação em detalhe.

7.12 Entenda o que influencia a facilitação do período de abstinência

A severidade das suas reações de abstinência vai depender do tipo de droga psiquiátrica que você está tomando. Por exemplo, drogas de menor meia-vida (a quantidade de tempo que leva para o corpo eliminar metade da droga) tendem a produzir sintomas de abstinência mais intensos, mesmo durante a retirada gradual. Seus efeitos de abstinência também são usualmente sentidos mais cedo após a última dose do que aqueles deste tipo de drogas com meia-vida mais longa. Informações sobre as meias-vidas destas drogas são quase sempre incluídas nas suas bulas oficiais publicadas na Referência de Mesa dos Médicos [Physicians' Desk Reference]⁷.

A intensidade de sua abstinência também vai depender de quanto tempo você tem estado a tomar a droga psiquiátrica e a quantidade que você estava tomando em uma base diária. Em geral, é mais difícil de parar de consumir estas drogas, quando elas foram tomadas em doses elevadas e por vários meses ou anos.

O processo de retirada também será influenciado pelo seu estado de saúde geral. O avanço da idade e e condições médicas crônicas, que tornam as pessoas mais vulneráveis aos efeitos adversos das drogas psiquiátricas, também podem aumentar a dificuldade de parar de tomá-las. Às vezes, porém, os pacientes mais jovens relatam mais dificuldades do que os mais velhos.

Em adição a isso, vários fatores subjetivos, vão sem dúvida, desempenhar um papel. Sua atitude para com a abstinência é particularmente significativa. Como nós discutiremos a seguir, o medo psicológico da abstinência, a não ser que diretamente encarado, pode representar um obstáculo poderoso. Sua atitude para com o desconforto físico também é importante. Por exemplo, a urgência de aliviar, mesmo pequenos desconfortos com pílulas pode limitar a sua vontade de enfrentar os desconfortos induzidos pela abstinência. O seu conhecimento das reações de abstinência também irá influenciar a maneira pela qual você lida com essas reações. Saber antecipadamente que você pode enfrentar um sintoma de abstinência temporário vai ajudar a certificar-te de que o processo é previsível. Finalmente, o apoio e encorajamento que você receber pode ser decisivo. Um estudo mostrou que mesmo uma única carta encorajadora de um médico pode ajudar os pacientes a reduzir significativamente o seu consumo de drogas psiquiátricas, mesmo nos casos envolvendo drogas que tenham sido tomadas por anos e que sejam amplamente consideradas viciantes⁸.

7.12.1 Preveja o retorno de seu problema original

Sair das drogas psiquiátricas é muitas vezes acompanhado do retorno de alguns dos sentimentos e comportamentos aflitivos originais que te levaram a tomar estas drogas pela primeira vez. Na literatura psiquiátrica, esse fenômeno é geralmente referido como uma “recaída”. Uma vez que os efeitos destas drogas começam a diminuir, seus problemas originais podem começar a ressurgir se as raízes psicológicas ou situacionais deles tiverem sido negligenciadas. Lembre-se também a nossa discussão (no Capítulo 1) de quão difícil pode ser distinguir entre uma recorrência de seus problemas originais e uma reação de abstinência efetiva.

O retorno de seus problemas originais representa um teste crucial da sua determinação e habilidades, na medida em que você será desafiado a aceitar e lidar com estas emoções e comportamentos

⁷Edições anuais da Referência de Mesa dos Médicos [Physicians' Desk Reference] são publicadas pela Medical Economics [Economia Médica], em Nova Jersey. Elas podem ser encontradas em livrarias e bibliotecas.

⁸Cormack et al. (1994) [122] relatam que, dentro de um período de acompanhamento de seis meses, os idosos, usuários de longo prazo de benzodiazepínicos, reduziram seu uso de drogas psiquiátricas, em média, de dois terços (em comparação com um grupo de controle), após receberem uma carta de seu médico descrevendo os riscos do uso destas drogas e sugerindo que o uso seja diminuído gradualmente e, com o tempo, parado. Quase um quinto dos que receberam a carta pararam completamente seu uso destas drogas. Veja também Wylie (1995) [395].

através de meios construtivos que não as drogas psiquiátricas.

7.12.2 Antecipe a possibilidade de um período longo de abstinência

Assim como os sintomas de abstinência variam, o mesmo acontece com a amplitude do tempo que estes sintomas duram. Dependendo da droga que você está tomando, e de outros fatores tais como o seu estado de saúde, o processo de retirada pode durar várias semanas, até meses. Renovada energia e vigor, bem como sutis e desagradáveis efeitos, podem ser experimentados ao longo deste período. Em nossa experiência clínica, as reações de abstinência de muitas drogas psiquiátricas, incluindo os antidepressivos IsRSS [SSRIs] como Paxil e os tranquilizantes como Xanax, podem ser bastante prolongadas, com duração de um ano ou mais, às vezes deixando efeitos adversos permanentes.

A menos que um medicamento tenha sido tomado por somente poucos dias ou semanas, a interrupção abrupta nunca é aconselhável. Como uma regra geral, ela pode exigir um mês de diminuição para cada ano de exposição à droga psiquiátrica. Por exemplo, uma pessoa que tenha tomado antidepressivos por dois anos pode requerer, pelo menos, uma diminuição gradual de dois meses. Contudo, não há diretrizes rígidas e, como enfatizado no capítulo seguinte, cada indivíduo precisa achar um ritmo confortável para diminuir o consumo de uma droga. O próximo capítulo também examina o processo de retirada com mais detalhes e com recomendações específicas em relação à segurança.

7.12.3 Esteja preparado para mudar suas rotinas

Se você tem estado a tomar drogas psiquiátricas por um longo tempo, seu estilo de vida pode ficar profundamente perturbado quando você parar de tomá-las. Por algumas poucas semanas, você poderá ter dificuldades em aderir a suas rotinas regulares. Às vezes, simplesmente saber que você está tentando algo diferente pode preocupar os seus pensamentos em um grau incomum e deixá-lo incapaz de realizar seus deveres normais de forma tão eficiente como antes.

7.12.4 Espere o reavivamento de sentimentos

Sair das drogas psiquiátricas - especialmente de depressivos fortes, como tranquilizantes, neurolépticos, ou lítio - muitas vezes envolve potencialmente um dramático despertar dos sentidos. Este despertar pode levar a sentimentos de pânico em pessoas que não percebem a extensão em que sua audição, tato, paladar, ou sensações de frio e calor podem tornar-se inesperadamente agudas depois de terem estado insensíveis ou anestesiadas por longos períodos.

7.12.5 Manejando o sono interrompido

A retirada de várias drogas psiquiátricas - especialmente de depressores do sistema nervoso central (SNC) como tranquilizantes, muitos antidepressivos, lítio e antipsicóticos - muitas vezes provoca crises de insônia severa. A retirada de estimulantes, e dos antidepressivos mais estimuladores, tais como drogas do tipo Prozac, pode induzir “perturbações” com sonolência e fadiga. Raramente a insônia ou sonolência excessiva durará várias semanas.

A falta de sono pode ser assustadora e emocionalmente perturbadora. Algumas noites de sono interrompido podem ser suficientes para fazer você perder sua resolução. É importante que você consiga se disciplinar para dormir entre cinco e oito horas todos os dias com sonecas durante o dia, se necessário. Os esforços mentais e físicos envolvidos na retirada da droga exigem que você descanse e renove sua energia todo dia.

Se você tem uma tendência a tornar-se exaltado ou eufórico (“maníaco”), a incapacidade de dormir pode ser um sinal de que você está à beira de uma crise emocional mais séria. Neste caso, você pode necessitar de retomar temporariamente uma dose maior da droga psiquiátrica que estiver tomando ou procurar ir à uma consulta. Além disso, a perda de sono persistente pode torná-lo impaciente, irritado, e enraivecido rapidamente. Isto pode trazer à tona qualquer problema que você tenha tido dificuldade em controlar. Em geral, porém, um período temporário de dificuldades para dormir não vai ser prejudicial a longo prazo.

Se você encontrar-se excessivamente sonolento durante a abstinência, descanse bastante e tente ser cauteloso em suas atividades físicas. Exercício moderado e seguro pode ser útil. Não recorra excessivamente a cafeína ou estimulantes para ficar acordado. Seu cérebro necessita de uma pausa das drogas psicoativas. A fadiga e sonolência devem diminuir com a eliminação gradual da droga psiquiátrica do seu corpo e o seu cérebro voltará ao funcionamento normal.

7.12.6 Lidando com fortes reações de amigos e familiares

Os que estão ao seu redor podem ter medo de que quaisquer sentimentos incomuns ou sintomas de abstinência são um sinal de que você está se deteriorando ou tendo uma “recaída” sem os seus medicamentos, e necessita de reiniciá-los imediatamente. Eles podem até mesmo pressionar uns aos outros para “fazer alguma coisa” a respeito do que está acontecendo com você.

Muitas vezes, os parentes estão preocupados com os efeitos nocivos das drogas psiquiátricas sobre seus entes queridos. Muitos dos pedidos de ajuda e informações que recebemos sobre a retirada destas drogas vêm de membros da família preocupados. Contudo, porque eles também são bombardeados com propaganda pró-droga e tem pouco acesso a opções sem drogas, seus parentes podem acreditar que eles devem pressioná-lo a ficar com estas drogas. Antecipamos que as escolhas deles, por vezes, serão mais restritas do que as suas.

Se você está vivendo com membros da família, ou permanece dependente ou intimamente envolvido com eles, naturalmente eles vão ter sérias preocupações sobre sua retirada das drogas psiquiátricas. Os problemas que levaram você a tomar estas drogas podem ter causado a eles uma grande dose de estresse e preocupação dando-lhes uma boa razão para temer que você perca o controle de suas emoções ou comportamento. Se você quiser o encorajamento deles, o que depende em parte de dissipar os seus temores, você necessita ser honesto a respeito das consequências de seu comportamento passado.

Conflitos embutidos dentro da própria família são muitas vezes injustamente responsabilizados inteiramente na pessoa que recebeu um diagnóstico psiquiátrico e está tomando estas drogas farmacêuticas. Assim, quando você decide não aceitar o seu papel anterior, como um “paciente psiquiátrico”, outras pessoas da família podem se sentir ameaçadas. Talvez elas tenham se acostumado a focar em você em vez de em seus próprios problemas, ou sobre as formas pelas quais elas têm contribuído para os conflitos com você. Qualquer coisa que você faz para perturbar esse equilíbrio pode ser fortemente resistido por parte de sua família. Seus parentes podem estar especialmente resistentes se sua retirada parece casual, descuidada, ou não planejada. Em suma, os membros da família podem ajudar ou dificultar a sua retirada, mas de qualquer forma eles são obrigados a estar bastante preocupados.

Não há receita fácil para transformar seus parentes em aliados durante esta fase. Contudo, a partilha detalhada de seus planos sobre a retirada, e sobre a vida após a retirada, pode ajudar. Deixar claro a sua determinação de agir com responsabilidade será importante para os seus familiares - e para você. Você também deve reconhecer abertamente as dificuldades que o seu comportamento passado pode ter causado a eles, bem como a si mesmo. Pedir o seu apoio em tempos potencialmente difíceis vai ser certificador para eles e valioso para você.

Em última análise, os medos ou apreensões de sua família serão melhor dissipados ao vê-lo funcionando bem sem drogas psiquiátricas.

7.12.7 Não reaja com raiva e culpa

A medida que você parar de consumir drogas psiquiátricas, tu podes te tornar irritado com o tratamento que você recebeu baseado nestas substâncias, especialmente se você foi enganado ou forçado a tomá-las. Os efeitos destas drogas podem ter afastado você de algumas de suas emoções mais poderosas, incluindo o seu senso de indignação, injustiça e auto-preservação. Algumas dessas emoções podem ressurgir quando você parar de tomá-las. É muito importante manter sua raiva sob controle durante a retirada.

7.12.8 Seja flexível em relação a retirada

Você e somente você deve decidir o que você pode suportar ao passar pela abstinência. Nós acreditamos que não há cronogramas rígidos e rápidos. Você não deve parar a um ritmo mais rápido do que você deseja ou se sente confortável a respeito.

Alguns clínicos podem estar céticos quanto a possibilidade de pequenas doses de um medicamento psiquiátrico poder realmente ajudar a administrar ou controlar as reações de abstinência. Apesar de nosso próprio ceticismo inicial, temos visto pacientes efetivamente usando doses minúsculas nas últimas semanas e até meses de abstinência. Alguns indivíduos estiveram tomando tão pouco quanto um dezesseis avos da menor pílula disponível, durante várias semanas, como um meio de controlar os seus últimos sintomas remanescentes de abstinência de tranquilizantes, antidepressivos e antipsicóticos. Por exemplo, doses pequenas manejaram a náusea associada com a abstinência de Zyprexa (ver Capítulo 9). Para algumas pessoas, uma sensibilização às drogas⁹ durante o último estágio da retirada parece explicar o impacto de doses minúsculas. Nossa experiência com estas pessoas confirma a importância de cada indivíduo parar em seu próprio ritmo.

Você e somente você deve escolher como você vai passar pelo seu cronograma de retirada quando as situações estressantes e provocadoras de ansiedade surgirem. Você deve decidir se deve ou não tomar pílulas ou aumentar as doses nos dias “duros” ou difíceis. Você deve determinar quando você está apto em usar estas situações para praticar suas habilidades de viver sem recorrer as drogas psiquiátricas. A coisa importante é não se levar para qualquer extremo enquanto para de consumir estas drogas.

Por exemplo, quando as reações inesperadamente severas são produzidas pela abstinência, você poderá reinstaurar a dose anterior e então prosseguir com uma diminuição mais gradual (ver Capítulo 8). Se este processo for bem planejado, provavelmente você não estará susceptíveis de tornar-se excessivamente desencorajado. Pelo contrário você estará praticando uma resposta apropriada e ponderada para os sinais do seu corpo.

7.12.9 Configure um plano de ação

Um plano de ação detalhado aumenta suas chances de sucesso. Aqui estão algumas sugestões:

1. Planeje como você vai discutir o tema da retirada com seus ajudantes profissionais, o que você acha que precisa deles, e o que você intenciona fazer se não poder receber a sua cooperação.

⁹Aqui está um exemplo de sensibilização: Quando administrada anfetaminas, que são então retiradas ao longo de um período de tempo, muitos animais respondem com maior sensibilidade à futuras administrações da droga.

2. Planeje como você vai discutir o tema com seus amigos ou família e como você vai lidar com qualquer possível resistência.
3. Certifique-se de estar em contato com amigos ou parentes de confiança que possam lhe prover feedback sobre como você está indo durante todo o processo de retirada.
4. Escreva um planejamento de retirada detalhado ou um cronograma de diminuição que especifique doses diárias de sua droga ou drogas psiquiátricas, o número de semanas que planeja se submeter a esse processo, e o final no qual espera parar de tomar estas substâncias (novamente, ver Capítulo 8).
5. Comece a sua retirada em um ambiente tão seguro quanto possível.
6. Melhore vários de seus hábitos específicos relacionados com a dieta e exercício, de modo a reforçar a sua capacidade física para lidar com a abstinência e a vida após a retirada.
7. Prepare-se para se adaptar as interrupções de rotina, que a abstinência da droga psiquiátrica provoca algumas vezes, talvez suspendendo temporariamente algumas atividades estressantes ou preocupações.
8. Desenvolva soluções alternativas ao uso de drogas psiquiátricas. Antes de iniciar o processo de retirada, pratique relaxamento e técnicas de redução de estresse que irão diminuir os sintomas de ansiedade ou agitação que você é obrigado a experimentar em algum grau ou outro (Ver Otto, Pollack e Barlow, 1995 [298]).

7.13 Enfrentando o medo da abstinência

Muitos indivíduos continuam a tomar drogas psiquiátricas não porque eles achem que elas ajudem genuinamente, mas porque eles estão aflitos em parar de tomá-las. Nossas entrevistas com os pacientes frequentemente revelam que estas drogas não mantem as suas aflições bem controladas. Muitos pacientes de fato tornam-se insensíveis ou desesperançosos a respeito do seu sofrimento continuado.

Você pode ficar desconcertado se, imediatamente depois de iniciar o processo de redução gradual, você se sentir mais ansioso e nervoso do que antes. O mero conhecimento de que tu estais parando de tomar drogas psiquiátricas, ou tem reduzido o seu consumo delas, pode causar ansiedade¹⁰. Você pode se sentir compelido a reassumir o consumo destas drogas farmacêuticas, mesmo antes de ter experimentado de fato os efeitos de abstinência induzidos por elas.

O medo da abstinência, muitas vezes vai além do medo de experimentar sensações físicas desagradáveis. A abstinência da droga psiquiátrica apresenta um desafio potencialmente assustador de viver sua vida de forma diferente, sem uma garantia de que você estará à altura da tarefa. Esse medo, natural quase inevitável pode piorar ao longo dos anos em que disseram para você que tu

¹⁰Moncrieff (2006a) [279] sugere que um tipo distinto, e por vezes intenso, de ansiedade ou medo da abstinência podem de fato precipitar uma recaída.

tens uma doença incurável causada por desequilíbrios bioquímicos que devem ser corrigidos pelas panacéias médicas modernas¹¹.

A abstinência também requer que você enfrente o reaparecimento de emoções familiares dolorosas do passado - as emoções que são melhor entendidas como sinais para que você possa lidar com as consequências de conflitos anteriores, abusos ou traumas. O processo de parar de consumir drogas psiquiátricas pode confrontá-lo com a constatação do quanto sua vida tem sido dirigida por emoções dolorosas - como culpa, vergonha e ansiedade - em vez de princípios bem escolhidos e um amor de outras pessoas e da vida.

Em suma, decidir sair das drogas psiquiátricas “força” você a examinar o seu comportamento e estilo de vida, sua moral e seus valores, sua história pessoal. Isto te compele a ir além do verniz do argumento de droga-para-uma-doença. A abstinência requer que você examine o papel que estas drogas têm desempenhado em suprimir sua vida e subjugar suas emoções. Estes não são os tipos de problemas sobre os quais você pode refletir facilmente, mas ter que pensar sobre eles e, talvez, discuti-los com um conselheiro compassivo, pode se tornar um inesperado e grande benefício da abstinência. A vida auto-consciente e apaixonada é a vida de maior valor; a abstinência das drogas pode empoderá-lo a viver essa vida mais rica e mais plena.

¹¹Breeding (1998) [45] sugere que “dentro do quadro da psiquiatria materialista, a desesperança é uma resposta racional”, ele também enfatiza que as qualidades de esperança e coragem são necessárias para superar o medo da abstinência das drogas psiquiátricas.

Capítulo 8

Como Parar de Consumir Drogas Psiquiátricas

Você pode se sentir apressado em parar de tomar drogas psiquiátricas. Talvez você esteja experimentando efeitos colaterais afritivos ou sentindo-se “farto” de estar lento e emocionalmente entorpecido. Cuidado! Não é uma boa idéia parar abruptamente de tomar estas drogas sem antes se certificar de que não há perigo envolvido em fazê-lo. Em nossa opinião, é quase sempre melhor errar no sentido de ir mais devagar, e não mais rapidamente. Às vezes, o desenvolvimento de uma reação adversa severa pode exigir uma retirada imediata, mas se você estiver tendo uma reação séria à estas drogas farmacêuticas, você deve procurar ajuda de um clínico experiente.

Uma vez que você tenha começado a parar de consumir drogas psiquiátricas, não deixe ninguém - nem mesmo o seu médico - apressá-lo. Especialmente se há uma chance de que você esteja indo rápido demais, preste muita atenção em como você se sente fisicamente e emocionalmente. Ao mesmo tempo, contudo, você deve levar em conta as advertências de profissionais, membros da família, ou amigos que acreditam que a abstinência está te causando mais problemas do que você percebe. Você pode não ser o melhor juiz de seu estado emocional enquanto você está parando de consumir estas drogas, assim, tu debes levar em consideração as preocupações das pessoas em quem você confia.

8.1 Redução gradual é a sua própria proteção

Quando as pessoas consomem drogas psiquiátricas, suas faculdades de tomar decisões podem funcionar menos eficazmente. Os seus sentimentos estão embotados. Nesses momentos, se o seu pensamento foi expresso em palavras, é provável que tu tenhas comunicado apatia, indecisão ou confusão. Ou elas podem experimentar diferentes sentimentos em uma rápida sucessão, quase como se elas estivessem fora de controle. As pessoas são motivadas, a parar de tomar drogas psiquiátricas, porque elas geralmente querem pensar mais claramente, se “sentir plenas” de novo, e estar mais no controle de si mesmas.

Sair das drogas psiquiátricas gradualmente, ajuda a “conter” a montanha-russa emocional e intelectual que às vezes acompanha a abstinência. De fato, uma diminuição lenta e gradual, impõe uma disciplina sobre o processo de abstinência. Por causa da negligência do tema da abstinência, ainda não existem procedimentos de diminuição claramente validados. Hoje contudo, quase todos os escritos clínicos sobre o tema, bem como as recomendações mais recentes que os fabricantes de drogas farmacêuticas estão começando a inserir nas bulas oficiais destas drogas, afirmam que a interrupção gradual é a rota preferida. Na ausência de um amigo ou aliado de confiança para prover realimentação sobre o seu progresso, na ausência de uma rede de suporte, a diminuição gradual é aparentemente a mais sábia estratégia - especialmente se você não tem certeza a respeito do quão

rapidamente você deve proceder. Mesmo que um doutor em medicina ou outro profissional de saúde esteja te assistindo ou monitorando a sua abstinência, uma diminuição gradual é usualmente a estratégia mais segura.

8.2 Por que a retirada gradual é melhor do que a retirada súbita

No minuto no qual uma droga psiquiátrica entra na circulação sanguínea, o cérebro ativa mecanismos para compensar o impacto delas¹. Estes mecanismos compensatórios se tornam embrenhados depois de operar continuamente em resposta à estas substâncias psiquiátricas. Se estas drogas são rapidamente removidas, os mecanismos não desaparecem de repente. Pelo contrário, eles têm total liberdade para reinar por algum tempo. Normalmente, estes mecanismos compensatórios causam distúrbios físicos, cognitivos e emocionais - que são referidos coletivamente como a síndrome de abstinência.

A maneira mais simples de reduzir a intensidade das reações de abstinência é diminuir as doses gradualmente em pequenos decrementos. Desta forma, você está dando a seu cérebro “tempo” e “espaço” adequados para recuperar o funcionamento normal. A menos, que seja claramente estabelecido que você esteja sofrendo uma aguda e perigosa reação tóxica induzida pela droga psiquiátrica, você deve prosseguir com uma diminuição lenta e gradual. Quanto maior o período de retirada destas drogas, mais chances você tem que minimizar a intensidade das reações de abstinência esperadas.

É interessante que há alguma evidência de que “a interrupção gradual tende a encurtar a duração de qualquer síndrome de abstinência” (Noyes et al., 1991 [294], p. 1621). Em outras palavras, a duração efetiva, de todos os sintomas esperados da abstinência da droga psiquiátrica, será provavelmente mais curta se você parar lentamente do que se você parar abruptamente. Há também, entretanto, evidências, a maioria de histórias pessoais publicados na Internet por usuários de antidepressivos, que a retirada gradual, por vezes, não diminui a aflição das reações de abstinência. David Taylor, farmacêutico-chefe do Hospital de Maudsley, em Londres, descreveu a sua própria abstinência de antidepressivo IRSS [SSRI], afirmando:

“Por seis semanas ou mais, eu sofri os sintomas que eram na melhor das hipóteses perturbadores e na pior delas torturadores. Isso ocorreu apesar de seguir um cronograma cauteloso de diminuição da dose” (Taylor, 1999 [361]).

Contudo, uma diminuição lenta da dose tende a reduzir o risco de reações físicas severas, tais como convulsões ou flutuações de pressão sanguínea perigosas. Um estudo pesquisou 66 pacientes que recentemente interromperam um antidepressivo IRSS [SSRI]. Um quinto dessas pessoas abruptamente interromperam a droga psiquiátrica, e elas experimentaram exatamente duas vezes mais sintomas de abstinência do que aquelas que reduziram a dose gradualmente (van Geffen et al., 2005 [377]).

Em um estudo inicial da abstinência de antidepressivos tricíclicos, 62 por cento daqueles que diminuíram a dose em menos de duas semanas experimentaram reações de abstinência, em comparação com apenas 17 por cento daqueles que diminuíram durante um longo período (Kramer et al., 1961 [236]). Uma diminuição gradual aumenta as suas chances de sucesso e de permanecer livre de drogas psiquiátricas, porque as reações de abstinência desagradáveis são uma das principais razões que podem ser uma tentação para abortar a sua retirada destas drogas farmacêuticas.

Em adição a isso, parece que as pessoas que gradualmente reduzem o consumo de drogas psiquiátricas encontram um renovado vigor e energia que elas agora podem aprender a reinvestir. Em contraste com uma cessação súbita e não planejada, uma diminuição gradual da dose lhes permite

¹Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]); Breggin e Breggin (1994 [53]).

encontrar formas construtivas para usar esta energia para apreciar a nova confiança nas suas habilidades que eles vão desenvolver, e consolidar os novos padrões emocionais e comportamentais que serão aprendidas no processo.

Uma publicação descreve o caso de uma mulher que queria parar de consumir Paxil depois de tomar 20 mg por dia durante seis meses. Seu médico abruptamente diminuiu esta dose pela metade, para 10 mg por dia e deu-lhe a nova dose por um mês. Então, durante as duas semanas seguintes, ele lhe deu 10 mg em dias alternados. Nos dias em que não tomava a droga psiquiátrica, a mulher experimentava fortes dores de cabeça, náuseas severas, tontura e vertigem, boca seca e letargia. A dose foi reduzida para 5 mg por dia, mas, convencida de que isso só prolongou a sua agonia, ela parou abruptamente. Ela relatou ter experimentado duas semanas de vários sintomas de abstinência e depois ter se recuperado totalmente (Koopowitz e Berk, 1995 [235]).

Uma diminuição mais gradual, ao invés de uma redução abrupta de 50 por cento no início, poderia ter reduzido a gravidade do total de reações de abstinência da mulher. Além disso, como discutiremos adiante, tomar uma droga psiquiátrica a cada dois dias durante a retirada deve ser feito apenas no final do processo de diminuição da dose. Com permissão, muitos usuários de drogas psiquiátricas deixam de consumi-las de repente, sem experimentar qualquer dor significativa na abstinência. Nossa experiência, contudo, sugere-nos que a retirada abrupta é escolhido por pessoas que não estão devidamente informadas ou supervisionadas, que não podem tolerar suas disfunções induzidas por estas drogas, ou que agem impulsivamente porque elas percebem que ninguém está ouvindo-as ou entendendo seu sofrimento.

8.3 Remova as drogas uma de cada vez

Muitas pessoas, talvez você entre elas, tomam várias drogas psiquiátricas simultaneamente. Hoje em dia a polifarmácia - a prática de prescrever mais de uma ou duas destas drogas farmacêuticas ao mesmo paciente, e ao mesmo tempo - é bastante comum e encorajada, sobretudo por médicos fazendo apresentações em simpósios patrocinados pelos fabricantes de drogas farmacêuticas. Frequentemente os pacientes recebem um antidepressivo e um tranquilizante, um estimulante e um tranquilizante, ou um antipsicótico e um anticonvulsivo. Já não é raro encontrar crianças e adultos para os quais se prescreveu, ao mesmo tempo, drogas de cada uma das classes principais das discutidas neste livro. Tal coquetel, se combinado com uma falha médica em reconhecer as reações de abstinência e monitorar cuidadosamente os pacientes, deixam estes pacientes vulneráveis a experimentar aflições severas. Tais coquetéis aumentam vastamente a toxicidade de cada droga e produzem reações adversas perigosas, e imprevisíveis, bem como reações de abstinência complicadas. Pacientes que tomam múltiplas drogas psiquiátricas, muitas vezes sofrem de um estado crônico de confusão mental, emoções entorpecidas e instáveis e problemas cognitivos, incluindo déficit de memória.

Você pode abster-se de várias drogas psiquiátricas simultaneamente, mas esta é uma estratégia arriscada. Ela deve ser reservada para casos de toxicidade aguda e séria. Em adição a isso, desde que estas drogas tomadas em conjunto (como neurolépticos e antiparkinsonianos) muitas vezes têm efeitos semelhantes, retirá-las conjuntamente pode tornar piores as reações de abstinência. Além disso, como algumas drogas suprimem ou aumentam os níveis sanguíneos de outras, o seu profissional de saúde deve estar bem informado antes de fazer recomendações sobre decrementos simultâneos para mais de uma destas drogas. Se você intenciona abster-se simultaneamente de duas ou mais drogas psiquiátricas, você deve fazê-lo sob a supervisão ativa de um médico ou farmacêutico experiente.

Quando você toma duas drogas psiquiátricas, o seu cérebro tenta compensar não apenas os efeitos de cada uma separadamente, mas também os efeitos de sua interação. O quadro fisiológico fica ainda mais complicado com cada droga adicional. A complexidade crescente vai muito além de nossa compreensão atual, criando riscos desconhecidos e imprevisíveis durante ambos os momentos, de uso

e abstinência destas substâncias. Em casos de uso de múltiplas drogas farmacêuticas, a abstinência é como tentar desembaraçar um nó espesso composto de muitas linhas diferentes - sem cortar ou danificar qualquer uma das linhas. Nesta situação análoga, você teria que proceder com muito cuidado de fato, gradualmente desembaraçando uma linha e continuamente ajustando as outras em resposta à desintoxicação progressiva.

Geralmente é melhor reduzir uma droga psiquiátrica, enquanto se continua a tomar as outras. O processo começa de novo, uma vez que você eliminou a primeira destas drogas completamente e se acostumou a viver sem ela.

8.4 Que droga psiquiátrica deve ser retirada primeiro?

Se você quer parar de tomar mais de uma droga psiquiátrica, há algumas considerações para decidir qual destas drogas parar de tomar primeiro. Vamos dizer que você está tomando a droga “A” para neutralizar os efeitos colaterais da droga “B”, neste caso, você deve provavelmente começar a abstinência com a droga “B”. Por exemplo, se você está tomando uma pílula para a insônia causada pelo Prozac ou Ritalina, você pode querer adiar a abstinência da pílula para dormir até que você tenha começado a reduzir o Prozac ou Ritalina. Similarmente se você estiver tomando Cogentin ou Artane ou alguma outra droga para suprimir distúrbios de movimento causado pelos neurolépticos, você provavelmente deve primeiro reduzir seu neuroléptico antes de tentar abster-se do Cogentin ou Artane.

Não há regras rígidas e rápidas sobre que doses reduzir em primeiro lugar. Em geral, contudo, você deve considerar inicialmente a redução da dose que está causando a maioria dos efeitos colaterais, tais como a dose da tarde que o faz ficar muito sonolento ou a dose da noite que te super estimula e causa insônia. Por outro lado, você pode querer esperar, até a última etapa, para reduzir ou parar a dose que parece estar te ajudando mais, tal como a dose da noite de um tranquilizante se você tiver insônia. Muitas pessoas estão preocupadas com a dificuldade para dormir, caso elas parem com a dose da noite de um tranquilizante que estão tomando várias vezes ao dia e, nesse caso, será sábio começar a reduzir a dose que é dada no início do dia.

Às vezes, haverá outras razões óbvias para escolher reduzir primeiro a dose da manhã ou a da noite. Quando se toma tranquilizantes tais como Xanax ou Klonopin, por exemplo, muitas pessoas acham que elas despertaram pela manhã em um estado de ansiedade ou agitação devido à retirada da dose anterior. Portanto, elas podem se sentir mais confortáveis começando com uma redução da dose noturna. Outros podem achar que eles ficaram excessivamente sonolentos na parte da tarde. Eles podem querer começar a reduzir esta dose.

8.5 Considerações especiais durante a abstinência

Hoje em dia os pacientes são muitas vezes tratados com múltiplas drogas psiquiátricas ao mesmo tempo. Em casos extremos, eles podem receber uma ou mais de cada uma das categorias principais: estimulantes, antidepressivos, tranquilizantes e pílulas para dormir, estabilizadores de humor e agentes antipsicóticos. Se possível, tentar resolver os agentes antipsicóticos primeiro porque eles representam riscos severos, incluindo discinesia tardia, a potencialmente letal síndrome neuroléptica maligna, diabetes e pancreatite. Contudo, se a exposição aos antipsicóticos durou vários anos, pode levar muitos meses para retirá-los e, portanto, torna-se mais prático começar com uma outra droga que é mais fácil de parar. Mas tenha em mente que o risco de contrair discinesia tardia destas drogas antipsicóticas é alto e que o risco aumenta com o tempo, por isso é uma boa idéia parar de consumir estas drogas o mais rapidamente possível. Também mantenha em mente que você provavelmente

precisará de um forte sistema de apoio quando estiver retirando as drogas antipsicóticas.

Devido ao motivo dos tranquilizantes benzodiazepínicos muitas vezes provocarem reações de abstinência desagradáveis, prolongadas e potencialmente perigosas, algumas pessoas escolhem abster-se de seu uso por último, depois de terem experimentado a abstinência de outras drogas, fortalecido sua resolução, e ganhado confiança.

Se interações perigosas, de drogas psiquiátricas, estão presentes, tais como duas ou mais drogas que estimulam a serotonina, pode ser importante abster-se de um delas no início. E, claro, se o indivíduo já está sofrendo de uma reação adversa potencialmente severa, tais como movimentos anormais causados por uma droga antipsicótica ou sobre-estimulação e outras anomalias mentais causadas por um estimulante ou antidepressivo, é necessário considerar uma retirada tão rápida quanto for possível mantendo a segurança.

Em geral, a abstinência de múltiplas drogas psiquiátricas requer a supervisão por um médico clínico especialmente experiente.

8.6 Quão rápido você deve abster-se?

Quão rapidamente parar de tomar a medicação é uma das questões mais críticas e difíceis de responder e o processo deve ser adaptado às necessidades individuais. Em casos complicados, o paciente e o profissional de saúde devem prever que passarão juntos o tempo suficiente para compartilhar suas opiniões e traçar um plano geral. Eles também devem estar preparados para re-avaliar o plano em uma base regular. Os obstáculos não devem ser muito altos sob nenhuma circunstância, para que o indivíduo não falhe e fique desmoralizado durante a abstinência.

É importante parar gradualmente o suficiente para evitar ameaças à vida do corpo físico, devido às reações de abstinência, tais como convulsões e picos de pressão arterial. Se você levar um mês para parar gradualmente de consumir qualquer droga psicoativa, provavelmente você vai evitar as mais severas reações físicas de abstinência, tais como convulsões devido aos benzodiazepínicos ou picos perigosos de pressão arterial devido a clonidina (Catapres). No caso de grandes e prolongadas doses de tranquilizantes, mais de um mês deve ser normalmente exigido. Por outro lado, no caso de Catapres, a abstinência pode ser limitada à um período de uma semana quando abstendo-se de doses rotineiras.

Ao levar a cabo uma redução gradual de um mês, o procedimento mais simples é o de reduzir a dose em um quarto (25 por cento) a cada semana. Contudo, o plano não deve ser rígido. No final de uma semana, se os sintomas de abstinência permanecem desconfortáveis, então, a dose pode ser ligeiramente aumentada novamente, ou o tempo da dose pode ser estendido conforme a necessidade. Uma redução planejada de um mês pode acabar durando vários meses.

Se um indivíduo tem estado tomando uma droga psiquiátrica por mais de um ano, não será incomum planejar um mês de redução da dose para cada ano que a droga tenha sido tomada. Por este método, um indivíduo que tenha sido exposto à antidepressivos ou tranquilizantes por cinco anos, poderia requerer pelo menos cinco meses de redução da droga. Se o indivíduo tem estado tomando a ambos os tipos de drogas por cinco anos, isso pode requerer dois períodos de redução separados de cinco meses reduzindo cada uma das duas drogas; mas à esperanças que o processo possa ser mais curto.

Se uma retirada longa está prevista, pode ser útil começar com uma redução mais perto de 10 por cento para a primeira redução da dose. É uma questão de “testar as águas”. Se esta pequena redução acaba por ser relativamente indolor, então uma redução maior da dose, como 25 por cento, poderia ser tentada na próxima vez. Se, contudo, mesmo uma pequena redução é difícil, então não “force mais”. A questão toda é se certificar de que a redução não ocorra rápido demais e permaneça

na zona de conforto do indivíduo.

Desafortunadamente, não há como determinar antecipadamente o quão gradual, você precisa reduzir a droga psiquiátrica, ou quanto tempo você levará reduzindo a dose, a fim de evitar o conjunto de reações emocionais e neurológicas potencialmente aflitivas, tais como dores de cabeça, irritabilidade, fadiga, e alterações de humor, enquanto se está retirando os antidepressivos IRSS [SSRI]; ou insônia ansiosa, instabilidade emocional e dores musculares, enquanto se está reduzindo a dose de tranquilizantes benzodiazepínicos. Algumas pessoas experimentam apenas reações leves durante toda a sua redução e concluem a retirada da droga em poucas semanas. Outras vão experimentar reações aflitivas que vão forçá-las a proceder muito mais lentamente, excedendo vários meses, enquanto seu corpo leva um tempo para se adaptar a cada diminuição, antes de começar a redução seguinte da dose (Glenmullen, 2005 [180]). Normalmente, você saberá dentro das primeiras poucas semanas, se a redução está indo bem, no seu passo corrente.

Se você tem tomado os medicamentos por um longo tempo ou se você está preocupado com a abstinência, por qualquer razão, tu podes testar a sua sensibilidade à reação de abstinência, começando com uma redução da dose relativamente pequena e conveniente. Por exemplo, se você está tomando quatro pílulas por dia quebre uma delas pela metade. Esta é uma redução conveniente de aproximadamente 12,5 por cento. Se fazendo isso você se sente bem após uma semana ou mais, em seguida, retire outra metade de uma pílula. Agora você reduziu a dose em 25 por cento. Você pode querer perguntar ao seu médico ou farmacêutico qual o menor tamanho de pílulas para que você possa de forma mais conveniente fazer pequenas reduções.

Em relação aos novos antidepressivos, como Paxil e os tranquilizantes como Xanax, algumas pessoas descobrem que eles devem proceder de forma extremamente lenta, tomando pequenas frações de uma pílula no final da redução gradual. Se a droga psiquiátrica vem em forma líquida, como Paxil, algumas pessoas acabam usando um conta-gotas para medir pequenas reduções do líquido da droga no final da redução (Pacheco, 2002 [299]).

A regra mais importante é respeitar seus próprios sentimentos e evitar reduzir a dose mais rápido do que você acha suportável. Permaneça dentro de sua própria zona de conforto quando estiver determinando a velocidade da redução. Tenha em mente que quanto mais tempo você tomou a droga psiquiátrica, e quanto maior a dose, mais gradual deverá ser esta redução. Mais uma vez, não é incomum que se requeira um mês de redução da dose para cada ano de exposição à ela.

Se você tem estado a tomar uma droga psiquiátrica com reconhecido potencial de abuso, como os estimulantes ou benzodiazepínicos, em casos severos, tu podes obter ajuda de um programa de reabilitação ambulatorial ou de internação.

Se em algum momento os sintomas de abstinência se tornarem intoleráveis, a abordagem mais simples é retornar à dose anterior que você estava tomando. Então, se tu decidires continuar o processo de redução, poderás fazê-lo de forma mais gradual. Sempre que possível, faça uso da supervisão clínica especializada e uma rede de forte apoio social e da família. No geral, a maioria das pessoas são capazes de cuidadosamente e de forma segura parar de consumir drogas psiquiátricas.

Novamente, tenha em mente que estes métodos de redução são apenas diretrizes e não regras absolutas. Aplicá-las depende do quão rápido você se sente confortável para proceder e em quanto desconforto que você experimenta e pode suportar entre as reduções da dose.

8.7 Como dividir doses individuais

Para seguir os passos acima, você pode ter que usar doses menores do que aquelas disponíveis em pílulas individuais. Drogas psiquiátricas geralmente vêm em pílulas de doses variadas. Como já mencionado, o seu médico ou farmacêutico pode te fornecer a menor pílula disponível, a fim

de facilitar os seus ajustes da dose. Contudo, a menor pílula disponível pode não ser pequena o suficiente para aliviar o desconforto da abstinência. Por exemplo, Lexapro vem em tabletes de 5, 10 e 20 miligramas (mg), mas algumas pessoas podem necessitar de 2,5 mg para sua última série de doses.

A maioria das pílulas tem uma fenda que lhes permite ser divididas ao meio facilmente; você também pode comprar com baixo custo, na maioria das farmácias, um pequeno dispositivo para cortar pílulas e tabletes. Pílulas que são de liberação lenta (ação de longa duração) geralmente não podem ser divididas com segurança. Consulte o seu farmacêutico ou profissional de saúde sobre a segurança de dividir as pílulas que você está usando.

Também é possível tomar a maioria das drogas a cada dois dias durante a redução da dose. Contudo, isto não deve ser feito no início da redução. Tomar drogas psiquiátricas a cada dois dias, em doses do tamanho rotineiramente prescrito, pode ser muito estressante para o cérebro. Tomar estas drogas a cada dois dias deve ser feito apenas no final da redução da dose quando tu tiveres atingido a menor pílula disponível. Você pode então tentar reduzir a menor pílula tomando-a a cada dois dias, e depois a cada três dias, até que você se sinta confortável em parar. Em adição a isso, como já descrito, algumas drogas como Paxil vem na forma líquida e podem ser consumidas com um conta-gotas nos estágios finais da retirada.

Em suma, ao abster-se de muitas drogas psiquiátricas, não é incomum ter dificuldades em parar de tomar a menor dose disponível. Nestes casos, é possível partir a pílula na metade ou mesmo em quatro partes aproximadamente. No fim da redução da dose, também é possível tomar a menor pílula disponível a cada dois dias e depois a cada três dias, antes de parar completamente. Em relação aos antidepressivos e tranquilizantes, algumas pessoas acham que é muito difícil abster-se das pequenas doses no final e podem requerer semanas ou meses para terminar o processo.

Este capítulo se focalizou na mecânica da redução das doses de drogas psiquiátricas. Mas os aspectos mais difíceis da redução, muitas vezes têm há ver com os temores de deixar de consumir estas drogas, bem como o ressurgimento de emoções dolorosas e questões psicológicas que foram submersas em uma depressão mental induzida por elas. Antes de submeter a redução da droga, sempre avalie sua necessidade de aconselhamento, bem como sua necessidade de uma situação segura em casa e uma rede de apoio social. Quando esses passos básicos são tomados antes de iniciar a retirada das drogas psiquiátricas, a grande maioria das pessoas pode com segurança parar de tomar estas substâncias.

Capítulo 9

Reações de Abstinência de Drogas Psiquiátricas

No Capítulo 4, nós discutimos as reações adversas que podem ocorrer quando as drogas psiquiátricas são tomadas. O presente capítulo revisa as reações adversas que podem se desenvolver durante a abstinência.

9.1 Cuidado com o uso ilícito

Este livro é dirigido às pessoas que tiveram problemas enquanto estiveram tomando ou retirando drogas psiquiátricas que foram prescritas por médicos de acordo com as diretrizes geralmente aceitas para seu uso clínico.

Por outro lado, você pode estar experimentando sérias dificuldades ao usar estimulantes, sedativos, ou analgésicos em grandes quantidades, ou em combinação uns com os outros, ou com álcool. Você pode ter começado este uso com uma prescrição médica de rotina, mas está agora tomando quantidades muito maiores e sente que não pode controlar os efeitos cumulativos. Similarmente, se você tem obtido drogas psiquiátricas ilegalmente ou de múltiplos médicos, você pode ter um problema sério de dependência destas drogas. Se você está cheirando, injetando ou inalando essas drogas, você está se expondo a perigos extremos.

Em qualquer uma dessas circunstâncias, você pode precisar de ajuda profissional imediata, que pode incluir uma desintoxicação ou unidade de reabilitação de drogas.

Por outro lado, este livro centra-se em problemas associados ao uso comum e retirada de drogas psiquiátricas que têm sido rotineiramente prescritas por médicos.

9.2 Seu médico pode não saber

Todas as drogas psiquiátricas podem produzir reações desagradáveis e perturbadoras durante a abstinência ou descontinuação. Para algumas drogas que têm estado conosco por décadas, especialmente os tranquilizantes benzodiazepínicos, as reações de abstinência são bem descritas na literatura médica. Os médicos tendem a saber sobre elas. Contudo, os médicos estão, muitas vezes pouco familiarizados com problemas de abstinência associados com muitas das outras drogas psiquiátricas que prescrevem rotineiramente. Desde que a primeira edição deste livro apareceu, nós temos observado um claro aumento na sensibilização profissional e popular sobre as reações de abstinência das drogas psiquiátricas, especialmente os antidepressivos. Contudo, muito mais educação é preciso.

Os estimulantes como Ritalina, Adderall e Dexedrine têm sido amplamente utilizados há décadas, mas muitos médicos parecem não saber das reações de abstinência marcantes que eles podem causar. O mesmo é verdadeiro para drogas introduzidas no mercado mais recentemente. Todos os novos antidepressivos, como Lexapro, Cymbalta, Paxil, Prozac, e outros, muitas vezes causam abstinência afiativa, mas muitos médicos parecem não ter consciência deste fato. Por exemplo, médicos de família ou praticantes de primeiros socorros prescrevem a maior parte dos antidepressivos. No entanto, do nosso conhecimento, o primeiro aviso sistemático para médicos de família sobre a gestão da descontinuação de antidepressivo foi publicada na *American Family Physician* [Médicos da Família Americana] apenas no final de 2006 (Warner et al., 2006 [382]).

O que nós achamos mais perturbador é que, mesmo quando os médicos sabem sobre os perigos dos problemas de abstinência das drogas psiquiátricas, eles muitas vezes falham por não advertir os seus pacientes¹. Algumas vezes eles se sentem muito pressionados pelo tempo para informar aos seus pacientes sobre esses perigos. Algumas vezes, eles simplesmente esquecem. Às vezes, eles estão preocupados de que os pacientes vão queixar-se de qualquer efeito adverso que o médico mencionar ou que o paciente ouça falar. Em outras ocasiões, os médicos estão simplesmente aflitos em desencorajar os seus pacientes de tomar a medicação. Contudo, a ética médica e prática correta exige que os médicos avisem os pacientes sobre os problemas de abstinência. Não há desculpa legítima para não o fazer.

Uma vez que você tenha lido este livro, você poderá conhecer muito mais sobre os problemas de abstinência do que o seu médico conhece. Se você está planejando parar ou reduzir a dose de uma droga psiquiátrica, você pode querer partilhar este livro com o seu médico.

9.3 Quando estou tendo uma crise de abstinência?

Reações de abstinência podem ser difíceis de reconhecer. Por exemplo, considere o caso de George que, duas noites antes, parou de tomar o Klonopin (clonazepam) que foi prescrito para ele, na hora de se deitar, para ajudá-lo a dormir. É a primeira vez em vários meses que ele tentou adormecer sem a sua “pílula para dormir”. Desde de que parou de consumir o Klonopin, George tem tido mais dificuldade para adormecer do que nunca. Ele ficou acordado por horas preocupado com o que vai acontecer a ele se não puder jamais cair no sono novamente sem drogas psiquiátricas.

É mais provável que George esteja tendo uma reação de abstinência do Klonopin. Durante vários meses, seu cérebro esteve combatendo os efeitos da droga, a qual George estava tomando em uma base diária. Este processo resultou em uma superestimulação reativa ou compensatória de seu cérebro. Agora que parou de tomar a droga psiquiátrica, a superestimulação do cérebro de George retornou e está mantendo George acordado. Considerando que a sua insônia está pior do que era antes de começar a consumir Klonopin, sua reação de abstinência pode ser chamada de “rebote” - uma piora de seus sintomas originais.

Alternativamente, George pode estar sofrendo de medo psicológico de deixar a droga psiquiátrica. Se ele não estivesse tão assustado em continuar sem a pílula para dormir, ele poderia não estar tendo tantos problemas para adormecer. Tendo adquirido o hábito de usar Klonopin, ele agora pode estar aflito em desistir. Esta reação de abstinência deverá ser descrita, como tendo causa psicológica, em contraste com os problemas de abstinência, de causas físicas, com os quais estamos mais preocupados. Em tais circunstâncias, George vai necessitar da confirmação de seu médico de que ele vai se acostumar a dormir sem medicação.

¹Young e Currie (1997) [397]. Mesmo com relação a discinesia tardia, um distúrbio de movimento, muitas vezes irreversível frequentemente produzido pelas drogas neurolépticas e mencionado em todas as fontes de informação sobre estas drogas, as pesquisas mostram que os psiquiatras admitem que rotineiramente falham, por nem sequer mencionar este efeito aos pacientes antes de prescrever (revisão por Cohen, 1997).

George também pode estar sofrendo de sua insônia original. De fato, há anos, ele tem tendência a se preocupar durante a noite. Na ausência do sono induzido por drogas psiquiátricas, sua preocupação pode ter retornado. Esta situação poderia ser descrita como uma “recaída” - um retorno dos problemas originais experimentados antes do uso destas drogas. Aconselhamento ou psicoterapia pode ser especialmente útil para lidar com este aspecto da insônia de George.

Nós estamos provavelmente corretos em especificar a abstinência da droga psiquiátrica, como o diagnóstico mais aparente no caso de George, porque a Klonopin, e outras drogas de indução do sono, comumente causam problemas de abstinência. Se ele gradualmente normalizar o sono em poucos dias ou semanas, este diagnóstico será confirmado. Como notado, muitas vezes é difícil distinguir, as reações de abstinência destas drogas, de outros problemas, como um retorno dos sintomas originais. Usualmente, contudo, é mais seguro assumir que a abstinência física está desempenhando um papel e que uma redução da dose lenta e gradual será útil.

Considere a possibilidade de que você está tendo uma reação de abstinência, se você começar a experimentar reações físicas ou emocionais desconfortáveis em questão de horas, dias ou semanas de redução ou parada de consumo da medicação. O mesmo é verdadeiro se você estiver experimentando essas reações entre as doses destas substâncias. Drogas psiquiátricas, de ação de curta duração, são especialmente susceptíveis de provocar reações de abstinência entre as doses. Esses culpados incluem todos os estimulantes, as pílulas para dormir Ambien e Halcion, e o tranquilizante benzodiazepínico Xanax.

Você pode também estar experimentando uma reação de abstinência se a reação é o oposto do efeito da droga psiquiátrica. Por exemplo, se você fica muito cansado e sente que você está “quebrando” algumas horas depois de tomar um estimulante - ou se você fica agitado e até mesmo “alto” umas poucas horas depois de tomar um tranquilizante - você pode estar passando pela abstinência.

9.4 Negação das reações de abstinência

Por muitas razões, nosso conhecimento dos problemas de abstinência das drogas psiquiátricas não está tão avançado quanto deveria estar. Para começar, esses problemas são muito complicados. Como no caso de George, pode ser difícil separar fatores psicológicos dos fatores físicos. Ou pode ser difícil determinar quando os problemas envolvem abstinência física ou um retorno dos problemas originais do indivíduo. Em adição a isso, pessoas diferentes variam em termos de suas reações de abstinência para o mesmo tipo de droga. Por exemplo, George pode sentir-se nervoso e ter problemas para cair no sono por alguns dias após a retirada de Klonopin, enquanto Gina pode ouvir um som de toque nos ouvidos e descobrir que seu equilíbrio físico está prejudicado.

Como já mencionamos, os médicos estão muitas vezes relutantes em admitir que a abstinência é um problema sério. Além disso, quando eles testemunham reações de abstinência, eles raramente as relatam para as agências apropriadas. Por exemplo, prováveis reações de abstinência de antidepressivos como Paxil e Zoloft são muito comuns, ocorrendo em 30 por cento dos pacientes (Rosenbaum et al., 1998 [323]). No entanto, o número de relatos de todas as reações adversas dos antidepressivos enviados para a FDA varia entre 2 e 300 por 1 milhão de prescrições (Young e Currie, 1997 [397]).

Talvez o mais importante, quase todas as pesquisas sobre drogas psiquiátricas é paga e controlada pelos próprios fabricantes delas, e estas empresas, direcionadas aos lucros, tendem a ser muito relutantes para identificar os problemas de abstinência de suas drogas, que podem desencorajar as pessoas a usar seus produtos. Desde as pesquisas destas substâncias, até a educação médica e prática clínica, muitos fatores interagem para inibir o crescimento de nosso conhecimento sobre a abstinência destas drogas farmacêuticas. Como resultado, não existe uma tradição significativa ou corpo de sabedoria em psiquiatria que se concentre nas reações de abstinência destas drogas. Toda a ênfase tende a ser sobre como os pacientes iniciam e mantêm seu consumo, em vez de sobre como parar de

consumí-las.

Quando você conversar com seu médico sobre os problemas de parar ou reduzir a dose de sua droga psiquiátrica, tenha em mente que seu médico pode não saber muito sobre o problema ou pode até mesmo ficar irracionalmente negando sua existência. Por exemplo, os antidepressivos mais antigos, comumente chamados tricíclicos, têm sido utilizados por mais de 50 anos, e as suas reações de abstinência têm sido repetidamente documentadas. No entanto, alguns médicos parecem estar completamente inconscientes da existência de tais reações. Uma pesquisa, em 1997, testou a percepção de psiquiatras e clínicos gerais sobre a abstinência de drogas antidepressivas. Os autores concluíram que “uma minoria significativa de médicos negou estarem conscientemente conscientes da existência de sintomas de abstinência de antidepressivos” (Young e Currie, 1997 [397], p. 28). A implicação disto é que, na prática clínica de rotina, pelo menos uma “minoria significativa” dos médicos não fazem nenhuma tentativa de diagnosticar as reações de abstinência de antidepressivos ou de distingui-las dos outros sintomas. Outra pesquisa recente, sobre os psiquiatras, mostrou que as reações de abstinência são consideradas perto da parte inferior da lista dos fatores que ajudam esses médicos a decidir qual o antidepressivo que deve ser prescrito para as seus pacientes.

O seu médico pode também erroneamente atribuir as suas reações de abstinência à sua “doença mental”. Especialmente, se você tiver tentado, previamente e sem sucesso, abster-se da droga psiquiátrica, o seu médico pode tentar convencê-lo de que você tem uma “doença crônica”, que exige o uso destas drogas por toda a vida. A ironia é que quanto mais você consumir estas drogas, mais provável será que você sofra alguma coisa além de uma reação leve quando tu tentares se abster. O médico desavisado, e até mesmo você, pode ver isso como um sinal de que você “realmente necessita” destas drogas farmacêuticas. Na realidade o que você realmente necessita é de ajuda para gradualmente abster-se delas.

9.5 Definindo a dependência física

Se uma droga causa efeitos desagradáveis para alguns usuários quando eles param de tomá-la, então, alguns desses usuários, inevitavelmente, vão se tornar fisicamente dependentes dela. Esta conclusão é básica para a definição de dependência física. De acordo com a Força Tarefa Mundial sobre sedativos-hipnóticos, “dependência física é definida como o aparecimento de sintomas de abstinência específicos quando a medicação é abruptamente interrompida”². O Glossário de Farmacologia da Universidade de Boston afirma que a dependência “é caracterizada pela necessidade de continuar a administração da droga, a fim de evitar o aparecimento dos sintomas (de abstinência) desconfortáveis ou perigosos”³. E um relatório no *New England Journal of Medicine* [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra] confirma esta ênfase: “O uso do termo ‘dependência física’ implica que uma síndrome de abstinência objectiva ocorrerá após a descontinuação de uma droga” (Shader e Greenblatt, 1993 [339], p. 1402).

Com base nessas definições, nós podemos ainda concluir que todas as drogas psiquiátricas são drogas que causam dependência. Isto inclui drogas, como lítio, que não são comumente reconhecidas como causadoras de sintomas de abstinência. A ocorrência de sintomas de abstinência define a dependência na medida em que os usuários vão sentir um desconforto quando estiverem parando de consumir a droga e irão experimentar um alívio quando reiniciar o consumo. Como resultado de experimentar desconforto, alguns vão “escolher” permanecer consumindo estas drogas, somente a fim de evitar a aflição da abstinência prolongada. Como já foi descrito, eles também podem confundir os sintomas de abstinência com “doença mental” e decidirem que eles “precisam” da medicação.

²Força Tarefa Mundial, citada na World Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Mundial] (1993) [394], p. 47.

³Para acessar este Glossário de Farmacologia, vá para <http://bumc.bu.edu/Dept/Content.aspx?DepartmentID=65&PageID=7799#d>.

Alguns autores rejeitam a idéia de que drogas como os antidepressivos podem tornar as pessoas dependentes ou viciadas, pois os usuários, uma vez que param de consumi-las, não se engajam em comportamento “procura-droga”, ou seja, eles não tentam obter estas drogas, por qualquer meio ou visitam médicos diferentes para persuadí-los a fazer prescrições. Mas tal comportamento seria completamente desnecessário no caso destas drogas farmacêuticas que podem ser tão facilmente e legalmente obtidas a partir de uma prescrição médica.

A existência de reações de abstinência desagradáveis reflete negativamente sobre uma droga psiquiátrica. Por razões econômicas e políticas, os fabricantes, as agências reguladoras, pesquisadores e médicos individuais tendem a subestimar, ignorar, ou negar informações sobre os efeitos de abstinência de uma droga popular. Eles, às vezes, vão fazê-lo mesmo depois de provas convincentes tornarem-se disponíveis para todos verem. A resistência e negação têm sido documentadas nos últimos anos - notadamente, no que diz respeito às benzodiazepinas, os barbitúricos, os estimulantes, e até mesmo os opiáceos⁴. No entanto, essas variedades de drogas são hoje em dia consideradas “classicamente viciantes”.

Uma negação semelhante da natureza, extensão e implicações das reações de abstinência ocorreu a respeito dos antidepressivos IsRSS [SSRIs] e outros (ver página seguinte)⁵. Somente tardiamente que os fabricantes de drogas psiquiátricas e outros agentes importantes começaram a reconhecer que as reações de abstinência são um problema sério. Ironicamente, essas drogas nunca foram testadas para verificar o seu potencial de dependência e se tornaram populares em parte porque elas eram oferecidas como substitutos para os antidepressivos e os benzodiazepínicos mais antigos - drogas que reconhecidamente causam problemas de abstinência.

9.6 Reações de abstinência podem causar “aflições significativas”

Manual da psiquiatria de diagnóstico oficial, o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manual Estatístico de Diagnóstico das Desordens Mentais], quarta edição (DSM-IV APA, 1994 [6]), contém uma categoria de diagnóstico intitulada “Abstinência de Substância”. descrita como “o desenvolvimento de uma alteração de comportamento mal adaptado devido à uma substância específica, com alterações fisiológicas e cognitivas concomitantes, causadas pela cessação, ou redução do uso pesado e prolongado da substância (da droga psiquiátrica)” (DSM-IV, [6], p. 184). Na página seguinte, DSM-IV enfatiza o desconforto da abstinência, afirmando que a “síndrome causa aflição significativa e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas importantes de funcionamento” (DSM-IV, [6], p. 185).

Esta definição parece estar descrevendo a abstinência de substâncias ilícitas ou desaprovadas. Porém, o uso da maioria das drogas psiquiátricas prescritas, e aprovadas pela medicina, também é “pesado e prolongado”. Como nós documentamos mais adiante neste capítulo, as reações de abstinência que podem causar aflições e prejuízos severos e de longa duração, tem sido especificadas para todas as classes de drogas psiquiátricas. Dois painéis de especialistas também identificaram uma síndrome de abstinência, de antidepressivos IsRSS [SSRIs], distinta, complexa e por vezes severa. Contudo, DSM-IV “reconhece” essas reações para apenas duas classes de drogas psiquiátricas usadas atualmente: estimulantes e tranquilizantes (DSM-IV APA, 1994 [6]).

⁴Medawar (1992) [271]; Breggin e Breggin (1994 [53]); Grinspoon (1970).

⁵Ver Medawar (1997) [272]. O site da Rede de Auditoria Social (www.socialaudit.org.uk) inclui correspondência detalhada entre Medawar e vários cientistas e funcionários da Britain’s Medicines Control Agency [Agência de Controle de Medicinas Britânica] visando a sua investigação de reações de abstinência de antidepressivos. Veja também Moore (1997) [286].

9.7 “Abstinência” ou “descontinuação”?

Durante anos, os escritores na literatura médica tem usado indistintamente os termos síndrome de abstinência, de retirada, e de descontinuação, cada vez mais, nas discussões sobre drogas psiquiátricas, o termo aceito é descontinuação. Aos olhos de alguns especialistas, esta palavra é menos estigmatizante - para estas drogas. Nós lemos em um editorial do *British Medical Journal* [Jornal Médico Britânico] que “a crença leiga comum de que os antidepressivos são viciantes provavelmente contribui significativa para o subtratamento da doença de depressão. É importante não fomentar essa crença inadvertidamente - uma razão pela qual o termo ‘reação de descontinuação’ é melhor do que ‘reação de retirada’ ” (Haddad, Lejoyeux, e Young, 1998 [194], p. 1105).

Mas isso é uma fala dupla, dúbia e duvidosa. Ao invés de provêr evidências que se remetem aos medos justificados de que os antidepressivos produzem dependência, os especialistas insistem em que este fenômeno preocupante seja chamado por um nome diferente! Nós, por outro lado, sugerimos que uma tentativa significativa seja feita para responder questões importantes: Será que os efeitos de “descontinuação” ou “retirada” conduzem as pessoas à permanecerem com as drogas psiquiátricas indefinidamente? Com que frequência esses efeitos são confundidos com recaídas? E, será que esses efeitos erroneamente convencem os médicos de que os pacientes “necessitam” destas drogas?

Não muito tempo atrás, racionalizações semelhantes iludiram os médicos à acreditar que o tratamento de longo prazo com tranquilizante era “efetivo”. Desde o início do uso de benzodiazepínicos em 1963, a existência de dependência física em pacientes tomando doses clínicas dos benzodiazepínicos foi firmemente estabelecida (Lader, 1991 [239], p. 56). No entanto, nada menos que quinze anos mais tarde, um proeminente especialista concluiu que “o risco de dependência de benzodiazepinas é . . . provavelmente menos de um caso por 50 milhões de meses de uso terapêutico” (Marks, 1978 [266], p. 2). Como resultado de tal negação, milhões de pessoas tornaram-se fisicamente dependentes dessas drogas.

No restante deste capítulo, nós provemos uma revisão da informação médica sobre as reações de abstinência das drogas psiquiátricas comumente usadas, incluindo as mais novas que estão no mercado. Nós também discutimos reações e síndromes de abstinência menos conhecidas. Nós revisamos a literatura médica de muitas décadas passadas, à procura de relatórios publicados sobre a descontinuação. Mesmo se o seu médico não é simpático à nossa postura crítica sobre o uso de medicação, seria uma excelente idéia para ele ou ela ler o restante deste capítulo, pois ele apresenta o que é provavelmente o sumário disponível mais compreensível das reações de abstinência das drogas psiquiátricas.

9.8 Reações de abstinência de benzodiazepínicos

Reações de abstinência de benzodiazepínicos - drogas que compõem a maioria da classe dos tranquilizantes menores e pílulas para dormir prescritas normalmente - são extremamente bem documentadas. Para a maioria das pessoas que tomam doses baixas, os principais sintomas de abstinência consistem em aumentos na tensão e ansiedade, assim como distúrbios motores e de percepção. Contudo, a reação de abstinência pode se tornar muito mais severa e até mesmo com risco de vida (veja abaixo).

Tranquilizantes podem produzir reações de abstinência depois de apenas algumas semanas de uso. Estudos do Xanax, por exemplo, têm indicado aumento da ansiedade e pânico durante a abstinência, após apenas oito semanas. Quanto mais tempo você tomar um tranquilizante, quanto maior as doses, e quanto mais abrupta a retirada dele - mais sérias as reações de abstinência provavelmente serão. Reações severas tendem a ser mais frequentes com drogas de meia-vida curta (APA Task Force, 1990 [4]), Halcion (triazolam, usado apenas como uma pílula para dormir) e Xanax (alprazolam). Drogas psiquiátricas de meia-vida intermediária incluem Ativan (lorazepam), Klonopin (clonazepam), Lecto-

pam (bromazepam), Restoril (temazepam), e Serax (oxazepam). Drogas de meia-vida maior incluem Dalmane (flurazepam), Valium (diazepam), Tranxene (clorazepato), e Librium (clordiazepóxido). Benzodiazepinas podem reverter as reações de abstinência do álcool e barbitúricos. Consistente com este fato, elas produzem uma síndrome de abstinência semelhante à associada com estas substâncias⁶.

9.8.1 A síndrome de descontinuação

Um relatório da força-tarefa da Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1990) [4] divide a “síndrome de descontinuação” da benzodiazepina em três categorias familiares:

1. *Sintomas rebote de ansiedade e insônia* - os mesmos daqueles para os quais foi prescrito a droga psiquiátrica, só que mais severos. Estes sintomas geralmente ocorrem dentro de um a três dias após a descontinuação. Para drogas de meia-vida curta como Halcion, o rebote “muitas vezes significa um despertar durante o meio da noite, com uma inabilidade de voltar a dormir sem uma segunda dose de triazolam” (Salzman, 1992, p. 146). Para alguns pacientes, os sintomas de rebote duram cerca de uma semana, para outros, eles diminuem depois de duas ou três semanas. Contudo, muitas pessoas que experimentam estas reações não enxergam através delas, uma vez que elas reiniciam a medicação para evitar a aflição (Salzman, 1992).
2. *Sintomas de recorrência* - o retorno do problema original. Com efeito, desde que o tratamento com drogas psiquiátricas miram nos sintomas, ao invés da causa da ansiedade, você pode esperar a ansiedade retornar quando você parar de consumir estas drogas. E uma vez que a recorrência e o rebote são susceptíveis de ocorrerem em conjunto, o seu médico pode achar difícil distinguir um do outro. Contudo, os sintomas de recorrência tendem a durar muito mais tempo do que os sintomas de rebote.
3. *Sintomas de abstinência* - o aparecimento de sintomas de descontinuação que não existiam antes do início do uso de benzodiazepínicos. Mesmo reações de abstinência relativamente moderadas podem incluir sintomas parecidos com os da gripe, tais como náuseas, vômitos, dores de cabeça, dor muscular e rigidez, fadiga, diarreia, calafrios e sudorese. São muito comuns também os sintomas de insônia, ansiedade, tensão, e uma série de sensações não usuais dentro da cabeça. A síndrome de abstinência plenamente desabrochada também pode se estender à tremores, visão embaçada, extrema tensão e ansiedade, ataques de ansiedade agudos, aumentada e dolorosa sensibilidade à luz e ao som, distúrbios do sono severos, equilíbrio e coordenação física prejudicadas, contrações e câibras musculares dolorosas, distúrbios auditivos e visuais, tais como alucinações ou tilintares sonoros (zumbido nos ouvidos), anorexia e perda de peso (Petursson, 1994 [306]), e até mesmo psicose, delírio e convulsões.

Como acabamos de notar, a abstinência de benzodiazepínicos (tais como o álcool ou barbitúricos) podem envolver convulsões. Pessoas adultas e idosas parecem estar igualmente em risco, mas as convulsões são mais prováveis nos casos em que altas doses foram utilizadas, drogas psiquiátricas de meia-vida curta foram envolvidas, e a retirada é abrupta (Fialip et al., 1987 [150]).

⁶Jaffe (1980) [215]. Veja também DSM-IV (Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association], 1994 [6]), que descreve semelhanças entre síndromes de abstinência de todas as drogas tranquilizantes e sedativas, incluindo drogas ansiolíticas e álcool.

9.8.2 O envolvimento do médico na retirada da droga psiquiátrica

Hoje, muitos médicos rotineiramente encorajam, que os usuários de longo prazo de benzodiazepínicos, parem de consumir estas drogas psiquiátricas. Contudo, muitos desses pacientes não estão com vontade de fazê-lo, porque eles acharam que os sintomas de abstinência são intoleráveis. Eles permanecem nestas drogas, graças aos médicos que renovam suas prescrições. Isto é particularmente verdadeiro em pacientes idosos, especialmente mulheres, que iniciaram o consumo de benzodiazepínicos antes que os médicos se tornassem mais conscientes do potencial destas substâncias provocarem dependência (Rickels et al., 1991 [317]).

O envolvimento do médico antes, durante e após a abstinência é um dos ingredientes mais importantes para o sucesso em processos de retirada difícil (Ashton, 1994 [20]). Pacientes que param de consumir benzodiazepínicos, necessitam de apoio psicológico. Isso pode variar de um encorajamento simples, mas continuado, até técnicas mais formais de administração da ansiedade, tais como exercícios respiratórios, exercícios mentais, meditação e grupo de suporte; estas técnicas podem também incluir psicoterapia.

O seu médico pode ser mais eficaz através do uso de um protocolo claro para retirada da droga psiquiátrica, ao invés de uma diminuição não estruturada e casual para “testar as águas”. Pode ajudar se você estiver simultaneamente provido com instruções escritas sobre cada uma das etapas envolvidas. Embora alguns médicos prescrevem Inderal ou Tegretol para minimizar as reações de abstinência dos benzodiazepínicos, essas drogas não têm se mostrado de ajuda definitiva, exceto, talvez, em casos urgentes, quando os benzodiazepínicos devem ser retirados rapidamente⁷.

A grande maioria dos pacientes param de consumir drogas psiquiátricas com sucesso em um ambulatório. Em livros de medicina, as recomendações para retirada de benzodiazepínicos, por vezes menciona que pacientes internados podem mudar o consumo para uma droga de ação mais prolongada, tal como Valium, porque os sintomas de abstinência são menos agudos, e a dose equivalente relativamente maior pode ser dividida com mais facilidade. Outros médicos acreditam, ao contrário, que é melhor trabalhar com a droga que o paciente está acostumado.

Algumas fontes médicas sugerem um método de redução gradual de “10 por cento por dia” dos benzodiazepínicos, mas acreditamos que isso representa um risco indevido para os pacientes. Nos casos em que os médicos sentem que eles devem diminuir a dose de forma relativamente rápida, sem hospitalização do paciente, uma cronograma de diminuição de “10 por cento por semana” é mais razoável. Esta é também a conclusão na qual se chegou em uma revisão sistemática de testes clínicos de retirada de benzodiazepínicos: “retirada progressiva (ao longo de 10 semanas) pareceu preferível se comparada à retirada abrupta, pois o número de desistências era menos importante e o procedimento foi julgado mais favorável por parte dos participantes” (Denis et al., 2006). A experiência clínica com benzodiazepínicos também sugere que a extensão do período de rescisão não é prejudicial, especialmente após a dose inicial ter sido diminuída em 50 por cento. Em circunstâncias normais, contudo, os pacientes devem ser autorizados a participar no controle do processo, especialmente no que diz respeito a diminuir a velocidade de retirada da droga psiquiátrica.

9.9 Reações de abstinência de antidepressivos

No Capítulo 4, dividimos os antidepressivos em quatro classes: antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina oxidase (IsMAO [MAOIs]), drogas do tipo Prozac que estimulam a serotonina, e atípicos. Sintomas previsíveis de abstinência da maioria dessas drogas psiquiátricas são agora bem documentados, embora muitos psiquiatras e mesmo profissionais mais gerais permaneçam inconscientes deles.

⁷Ashton (1994) [20]; veja também Swantek et al. (1991) [358], e Denis et al. (2006).

9.9.1 Reações de abstinência de antidepressivos tricíclicos

Parar o uso de antidepressivos tricíclicos produz uma “variedade desconcertante” (Wolfe, 1997 [392]) de sintomas de abstinência, afetando entre 20 e 100 por cento dos usuários e com duração de até três meses. Você está muito arriscado à sofrer reações de abstinência de tricíclicos, se tiver sido tratado com altas doses, por muitos anos, e eles forem rapidamente retirados (Garner, Kelly e Thompson, 1993 [168]).

Existem tantos sintomas físicos diferentes que podem resultar da abstinência dos antidepressivos tricíclicos, que é útil dividi-los em categorias. Os seguintes sintomas de abstinência podem ocorrer isoladamente ou em combinação, e em graus variados.

1. Tensão gastrointestinal com dor abdominal, vômitos, boca seca, salivação e perda de apetite. A náusea é um sintoma comum e muito perturbador da abstinência dessas drogas psiquiátricas.
2. Sentimentos gerais de desconforto ou de aflição mental e física que são difíceis de definir ou descrever, mas que se assemelham a exaustão ou a gripe. “Sensações estranhas dentro da cabeça” são ocasionalmente relatadas pelos indivíduos.
3. Manifestações emocionais incluindo tensão, nervosismo, pânico ansioso de irritabilidade, despersonalização, apatia, depressão, “mudança de humor”, e até mesmo mania psicótica. Dentro de poucos dias após a retirada, algumas pessoas desenvolvem episódios maníacos plenamente manifestados com pensamentos apressados, hostilidade, julgamento muito pobre, e comportamento irresponsável e perigoso. Estas psicoses podem persistir muito após as drogas psiquiátricas serem descontinuadas e podem não responder ao tratamento com outras drogas⁸.
4. Disfunção mental, comumente incluindo dificuldades de memória e, em casos mais extremos, desorientação e delírio (extrema confusão).
5. Distúrbios do sono, incluindo insônia, sonhos excessivamente vívidos, pesadelos e dificuldades respiratórias durante o sono.
6. Movimentos anormais, incluindo movimentos descontrolados de quase qualquer músculo do corpo (discinesias), espasmos musculares (distonias), parkinsonismo (lentidão, movimento rígido), e akatisia (agitação interna que compele uma pessoa a se mover). Os espasmos musculares podem ser muito dolorosos, e a akatisia pode ser sentida como uma tortura.
7. Arritmias cardíacas que podem ser perigosas (Dilsaver, Greden e Snider, 1987 [133]).

Nós temos visto casos em que as pessoas, depois de muitos anos consumindo estas drogas psiquiátricas, pararam de consumi-las sem jamais se recuperarem dos sintomas de abstinência. Alguns, por exemplo, continuam a sofrer indefinidamente de náuseas e problemas de memória.

Como notado anteriormente neste livro, a maioria desses sintomas - incluindo mania e outros distúrbios mentais - também podem ocorrer durante o tratamento devido a toxicidade direta do antidepressivo.

⁸Ghadirian (1986) [172]; Hartman (1990) [197], Mirin et al. (1981) [278].

As crianças também sofrem com a abstinência de antidepressivos tricíclicos (Law, Petty e Kazdin, 1981 [245]). Em um caso envolvendo um menino de oito anos de idade, a retirada abrupta de um tricíclico provocou náuseas tão severas, vômitos e câibras abdominais, que o menino teve que ser hospitalizado por causa da desidratação (Gualtieri e Staye, 1979 [192]). “Irritabilidade mental” e irregularidades cardíacas também ocorrerem em crianças nascidas de mães que tomaram antidepressivos tricíclicos durante a gravidez (Webster, 1973 [383]).

9.9.2 Reações de abstinência dos IMAO [MAOI]

Problemas relacionados com a descontinuação dos inibidores da monoamina oxidase (drogas psiquiátricas tais como Nardil, Parnato, Eldepryl, e, no Canadá, Manerix) são menos documentados do que os de outras classes de antidepressivos, provavelmente porque estas drogas são usadas com menos frequência. A proporção de pacientes que experimentam reações de abstinência é desconhecida por causa da falta de estudos sistemáticos (Dilsaver, 1990; Lawrence, 1985 [246]). O que nós sabemos, contudo, é que se você parar de consumir um IMAO [MAOI], as reações de abstinência podem durar por “dias até semanas” (Wolfe, 1997 [392]).

Alguns clínicos acreditam que ... “a abstinência de IMAO [MAOI] usualmente não é um problema sério” (Frenkel et al., 1992, p. 111), enquanto outros sustentam que ela “produz síndromes de gravidade muito muito mais severas do que a abstinência dos (tricíclicos)” (Dilsaver, 1994 [132], p. 107). Uma revisão menciona “desequilíbrios cognitivos sérios e catatonias que podem levar à hospitalização, e que podem aparecer quando as (IsMAO [MAOIs]) são descontinuadas” (Schatzberg et al., 1997b [331], p. 5).

Outras reações de abstinência incluem ansiedade, agitação, paranóia, fala tensa, dores de cabeça, redução da pressão sanguínea ao levantar, fraqueza muscular, tremores, formigamento, e sensações de queimação sob a pele (Dilsaver, 1990; Lawrence, 1985 [246]). Mania também pode ocorrer.

Aqui estão dois casos de reações graves de abstinência dos IsMAO [MAOIs].

Uma mulher de trinta e quatro anos de idade iniciou uma diminuição gradual do consumo de Nardil. Ela sentiu sensações de queimação, e abruptamente parou de consumir a droga psiquiátrica. Ela tornou-se “hostil, barulhenta, agressiva, e desorientada no tempo e espaço ...”. Ela “dava botes em objetos imaginários. ... Esteve delirando por 3 dias depois de receber a última dose de fenelzina. ... Apesar de ter sido hospitalizada por apenas 72 horas, ela não se recuperou totalmente por seis semanas” (Liskin et al., 1985 [258], p. 46).

Em um caso envolvendo uma mulher de vinte e um anos de idade sendo tratada de bulimia, Nardil foi abruptamente retirado porque a mulher experimentava severa tontura ao se levantar. Como resultado, “ela esteve sonolenta, passou a maior parte do seu tempo na cama, ficou confusa por 3 dias e desorientada durante 4 dias após a última dose. ... Ela não reconhecia sua mãe ou seu quarto. Entrou em um estado de estupor catatônico e foi hospitalizada” (Liskin et al., 1985 [258], p. 47).

9.9.3 Reações de abstinência de antidepressivos que estimulam a serotonina

Este grupo de drogas psiquiátricas inclui os inibidores de reabsorção seletivos de serotonina (IRSS [SSRI]) como Prozac, Zoloft, Celexa, Paxil, e Luvox. Effexor, Wellbutrin, Remeron, e Cymbalta podem causar reações semelhantes de abstinência destas drogas.

Em 1996, e novamente em 2004, um painel de especialistas psiquiátricos patrocinado pelos fabricantes de drogas antidepressivas se reuniram para discutir a síndrome de abstinência de IsRSS

[SSRIs]. O primeiro painel observou que muitas das reações relatadas “são semelhantes aos da abstinência de tricíclicos, mas uma variedade de novos sintomas também estão associados com a parada da terapia de IRSS [SSRI]” (Schatzberg et al., 1997b [331], p. 5). Os novos sintomas incluíam “problemas de equilíbrio, anormalidades sensoriais, e possibilidade de comportamento agressivo e impulsivo” (Haddad, 1997 [193], p. 21).

Esse primeiro painel descobriu que a síndrome de descontinuação de IRSS [SSRI] engloba os seguintes e frequentemente relatados conjuntos de sintomas físicos:

(1) desequilíbrio (por exemplo, tonturas, vertigens, ataxia), (2) sintomas gastrointestinais (por exemplo, náuseas, vômitos), (3) sintomas de gripe (por exemplo, fadiga, letargia, mialgia, calafrios), (4) distúrbios sensoriais (por exemplo, parestesias [formigamento, sensação de queimação], sensações de choque elétrico), e (5) distúrbios de sono (por exemplo, insônia, sonhos vívidos) (Schatzberg et al., 1997b [331], p. 8).

O painel também notou dois “sintomas psicológicos centrais” da abstinência de IRSS [SSRI] - ansiedade / agitação, crises de choro “dramáticas” e irritabilidade - bem como hiperatividade, despersonalização, diminuição da concentração/ raciocínio lento, falta de humor, confusão, problemas de memória, e movimentos anormais.

O painel de 2004, confirmou todas as observações do primeiro painel, bem como as nossas, e reconheceu tanto a variedade surpreendente de sintomas relatados (mais de cinquenta), quanto a singularidade da maioria dos casos. O novo painel observou que a síndrome de abstinência de IRSS [SSRI] “usualmente” aparece dentro de 1 a 7 dias após a descontinuação, mesmo que a droga psiquiátrica tenha sido consumida por apenas um mês. Estima-se que a síndrome “usualmente” pode durar até três semanas. O novo painel reorganizou a matriz de sintomas de abstinência em seis grupos: (1) neurossensorial (incluindo vertigens, zumbidos e sensações de queimação, reações do tipo choque, e várias intensas dores do nervo e musculares), (2) neuromotor (tremor, espasmos, perda do controle muscular e alterações visuais), (3) gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, perda de apetite e perda de peso), (4) neuropsiquiátricos (ansiedade, depressão de humor, ideação suicida, impulsividade, irritabilidade), (5) vasomotores (transpiração intensa, rubor), e outros sintomas neurológicos (insônia, sonhos vívidos, fadiga, calafrios). O painel observou que estes grupos de sintomas tendem a ocorrer juntos, com a maioria dos pacientes experimentando sintomas de cada grupo. Ele também confirmou as observações anteriores de que a síndrome de abstinência completa pode emergir de doses e dias nos quais faltaram a droga psiquiátrica⁹.

Com base em nossa própria experiência clínica, nas informações revisadas por este painel de especialistas psiquiátricos, bem como em outros estudos recentes e revisões¹⁰, nós encontramos, como na abstinência de tricíclicos, uma vasta variedade de sintomas associados com a síndrome da descontinuação de IRSS [SSRI]. Aqui estão alguns exemplos.

Um homem de trinta e dois anos de idade, que interrompeu o consumo de Prozac após seis meses de uso, acordou com “espasmos dolorosos no músculo extensor” e “movimentos com a língua para fora” (Stoukides e Stoukides, 1991 [354]). Uma mulher de trinta anos, tentou parar de consumir Luvox quando ela ficou grávida, mas “foi dominada por fortes sentimentos de agressão (ela sentiu que ‘poderia matar alguém’)”. Isso ocorreu em duas ocasiões distintas de abstinência, e a mulher não foi capaz de parar o consumo de Luvox (Szabadi, 1992 [359]).

Um de nós relatou um caso de “crise” de abstinência de IRSS [SSRI]. Uma mulher espontaneamente decidiu reduzir sua dose de Zoloft de 100 mg (miligramas) para 50 mg por dia. Dentro de um par de dias, ela decaiu em “exaustão e fadiga, depressão profunda, e um desejo

⁹Therrien e Markowitz (1997) [366]; Thompson (1998) [367].

¹⁰Schatzberg et al. (2006) [332], e Shelton (2006) [341]. Ver também Therrien e Markowiz (1997) [366]; Thompson (1998) [367].

compulsivo, de sentimento alienado, de matar a si mesmo”¹¹. Todos esses sintomas desapareceram logo depois que a mulher voltou a consumir a dose de 100 mg. Em outra publicação, nós descrevemos uma jovem mulher que tornou-se suicida quando interrompeu o consumo de Prozac (Breggin, 1992a [50]).

Em dois casos envolvendo homens de meia idade, nenhum deles com um histórico de problemas psiquiátricos maiores, a abstinência de Paxil levou a sintomas severos. Por doze dias após retirada abrupta, um dos homens experimentou marcadamente uma hipomania. O segundo homem desenvolveu vários sintomas físicos, então começou a expressar “intensos” pensamentos homicidas - uma condição que durou por cinco semanas (Bloch et al, 1995 [41]).

Uma mulher, consumindo uma dose de 10 mg de Lexapro, reduziu seu consumo por dia para 5 mg, e três semanas depois parou completamente. Uma semana depois, ela começou a experimentar “sensações de choque elétrico ou flashes visuais com duração de cerca de 1 segundo cada. Isto era seguido por uma fase de desorientação espacial, que durava cerca de 30 segundos e era experimentado como altamente desagradável e assustador”. Isso ocorreu cerca de três vezes por dia durante duas semanas (Feth et al., 2006 [149]).

Um relatório descreve três períodos consecutivos de pacientes do sexo feminino que tiveram “severos sintomas físicos de abstinência” quando pararam de consumir Effexor. Effexor não é um IRSS [SSRI], mas como os IsRSS [SSRIs] ele estimula a serotonina. A mulher não conseguia parar de consumir esta droga psiquiátrica, mesmo depois de repetidas tentativas de redução gradual. Estes pacientes foram finalmente capazes de interromper o Effexor apenas mudando indefinidamente para o Prozac (Giakas e Davis, 1997 [173]).

Após três meses consumindo Prozac, uma jovem mulher tentou, sem sucesso, parar de consumir esta droga psiquiátrica em três ocasiões diferentes. Em cada tentativa, ela experimentou extrema tontura e instabilidade. Ela foi examinada por especialistas que ordenaram muitos testes, incluindo imagens de ressonância magnética (MRI) do cérebro. Os testes foram negativos. Os sintomas eram aliviados, em cada uma das três ocasiões, pela re-administração de Prozac, mas nenhum de seus médicos suspeitaram de uma reação de abstinência. Ela finalmente conseguiu, com sucesso, reduzir gradualmente o consumo ao longo de mais de 12 semanas (Einbinder, 1995 [139]).

Uma mulher de 32 anos de idade, consumiu 300 mg (miligramas) de Effexor por dia, durante oito meses. Ela tentou parar o consumo abruptamente em três ocasiões, mas falhou devido a dores de cabeça insuportáveis, desconforto gastrointestinal, fadiga e outros sintomas. “Ela permaneceu consumindo venlafaxina [Effexor], com uma dose de 100 mg por dia” (Farah e Lauer, 1996 [145]). Um homem se abstendo do Effexor experimentou “akatisia severa” (compulsão para se mover). Essa condição diminuiu “dentro de horas” após reiniciar o consumo da droga psiquiátrica, que mais tarde foi gradualmente reduzido até parar (Wolfe, 1997 [392]).

Em um artigo longo sobre as dificuldades da abstinência de antidepressivo, e em um site da Web relatando sua incansável consulta de funcionários públicos na Grã-Bretanha sobre a segurança dos medicamentos, o jornalista Charles Medawar resume inúmeros relatos de reações de abstinência de IRSS [SSRI] e da subnotificação destas reações por médicos, bem como a obstrução, por agências governamentais e fabricantes de drogas psiquiátricas, sobre o exame dos riscos de abstinência de IRSS [SSRI]¹². Entre esses relatórios, que foram datados de 1988 até 2003 e enumerados em mais de 125, estavam uma dúzia que notavam sintomas de abstinência distintos observados em crianças recém-nascidas cujas mães consumiram IsRSS [SSRIs] ou outros antidepressivos durante a gravidez. Muito parecido com os antidepressivos mais antigos, os IsRSS [SSRIs] podem em algumas ocasiões provocar mania devido a abstinência (Goldstein et al., 1999 [181]).

Reações de abstinência afetam entre 20 e 80 por cento das pessoas que param de consumir abruptamente IsRSS [SSRIs]. Baseado em uma estimativa conservadora de que 50 por cento dos indivíduos sofrem de reações de abstinência, nós teríamos de concluir que centenas de milhares de pessoas são afetadas a cada ano somente nos Estados Unidos. A maioria destas reações são leves ou moderadas,

¹¹Relatado por Peter R. Breggin, em Breggin e Breggin (1994 [53]), pp 105-106.

¹²Medawar (1997) [272], ver também www.socialaudit.org.uk.

mas podem ser aflitivas o suficiente para que os pacientes queiram evitá-las. Existem poucas estimativas válidas de reações severas: taxas entre 20 e 30 por cento foram relatadas em um simpósio (Thompson, 1998 [367]).

Reações de abstinência de IsRSS [SSRIs] tipicamente ocorrem após um a quatro dias da descontinuação, embora elas possam começar semanas mais tarde, no caso de drogas psiquiátricas de meia-vida longa como Prozac. Parece haver um consenso, na literatura publicada de relatórios sobre estudos clínicos e pesquisas de consumidores, de que drogas de meia-vida curta, especialmente Paxil, aparecem mais frequentemente implicadas. Em média, as reações de abstinência persistem por 7 a 25 dias (de um dia até treze semanas). Em um estudo sobre Cymbalta descobriu-se que pacientes que consumiram doses mais elevadas relataram significativamente mais sintomas de abstinência do que aqueles que consumiram doses menores (Perahia et al., 2005 [302]). Contudo, o número de estudos continua a ser muito pequeno para tirar conclusões válidas sobre a relação entre dose e duração do consumo destas drogas, por um lado, e o risco das reações de abstinência, por outro.

Reações de abstinência de IRSS [SSRI] envolvem muitos diferentes sintomas físicos, emocionais e mentais, cuja faixa completa provavelmente ainda não foi tabulada (Hindmarch et al., 2000 [202]). Eles ocorrem tanto com a retirada abrupta, quanto com a mais gradual, mas parecem ser atenuados por uma retirada verdadeiramente gradual, que dure três meses ou mais. Na nossa estimativa, contudo, a retirada abrupta é muito frequente, independentemente da supervisão médica que seja providenciada.

Reações de abstinência parecem ser mais frequentes - ou pelo menos mais agudas - no caso dos IsRSS [SSRIs] com menor meia-vida, como Paxil, Luvox e Zoloft. Reações de abstinência, de drogas psiquiátricas de ação mais prolongada como o Prozac, parecem aparecer muito mais tarde. Elas podem se iniciar até 25 dias depois que o consumo da droga é interrompido. Devido ao fato destas reações ocorrerem tão atrasadas, elas não são visíveis em estudos de curto prazo, além disso, os pacientes tendem a não atribuir essas reações de abstinência atrasadas à parada do consumo da droga (Pollock, 1998 [310], p. 535).

A FDA exigiu recentemente da GlaxoSmithKline, o fabricante do Paxil, que ela modificasse a bula de seu produto adicionando ênfase ao perigo de reações de abstinência. Esta mudança na bula ocorreu no momento em que Peter Breggin estava atuando como um médico especialista em uma ação judicial na Califórnia, que visava obrigar modificações semelhantes nas bulas. No item “Precauções”, a nova bula do Paxil lista os seguintes sintomas de abstinência relatados: “Humor disfórico, irritabilidade, agitação, tontura, distúrbios sensoriais (por exemplo, parestesias, tais como sensações de choque elétrico e zumbido), confusão ansiosa, dor de cabeça, letargia, labilidade emocional, insônia e hipomania” (Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference], 2007 [308], p. 1533). A seção refere-se a ocorrência de “sintomas de descontinuação sérios” e “sintomas intoleráveis”.

Nós descobrimos que um pequeno número de pacientes não podem tolerar a angústia associada a abstinência de Paxil e antidepressivos semelhantes, e ao invés de parar de consumi-los estes pacientes relutantemente decidem permanecer consumindo estas drogas psiquiátricas indefinidamente. Nesses casos, nós aconselhamos consultar-se com mais de um provedor de saúde sobre as abordagens de retirada. Outras tentativas de parar de consumir as drogas psiquiátricas em uma data posterior não devem ser descartadas uma vez que a intensidade das reações de abstinência podem variar em diferentes momentos.

Como M. Lejoyeux e Adès J. (1997) [249] indicam, “Os pacientes que são classificadas como tendo uma recaída, enquanto eles estão interrompendo a terapia, podem de fato, estar sofrendo de sintomas de abstinência não reconhecidos” (Lejoyeux e Adès, 1997 [249], p. 11). Como notado anteriormente, o painel de especialistas de 1996 descobriu que crises “dramáticas” de choro são um “sintoma psicológico central” da abstinência de IRSS [SSRI]. Não admira que seja tentador confundir esta reação com uma recaída da depressão. Qualquer um tem dúvidas quanto ao número de pacientes que voltam a consumir antidepressivos, porque eles estão sofrendo de reações de abstinência que são

erroneamente diagnosticadas como recaídas da depressão, mas este número é, sem dúvida muito grande.

9.9.4 Reações de abstinência de antidepressivos atípicos

Reações de abstinência dos antidepressivos atípicos são geralmente menos bem documentadas do que as de outros tipos de antidepressivos. Não existe quase nenhuma informação sobre os efeitos de abstinência de Ludiomil (maprotilina). Reações de abstinência de Wellbutrin ou Zyban (bupropiona), Serzone (nefazodona), e Remeron (mirtazapina) também quase não são documentadas na literatura médica. Um relatório descreve uma síndrome de abstinência da interrupção abrupta do Serzone, consistindo em “tonturas, náuseas, vômitos, sudorese, insônia ansiosa, e inquietação”, que durou três dias (Benazzi, 1998a). Outro relatório descreve uma reação semelhante (que incluiu também sensação de queimação na pele), após a súbita retirada do antidepressivo Remeron (Benazzi, 1998b).

Reações de abstinência de Effexor (venlafaxina) foram discutidas na seção anterior, pois esta droga psiquiátrica tem muitos efeitos em comum com drogas do tipo Prozac que estimulam a serotonina. Um pesquisador descobriu efeitos sérios de abstinência dentro de poucas horas após a parada do consumo de Effexor ou após a redução da dose. Estes efeitos de abstinência podem afetar a coordenação física e motora, a tal ponto que os pacientes devem ser explicitamente aconselhados a não conduzir um carro (Campagne, 2005 [81]). Asendin (amoxapina), uma combinação de um neuroléptico e um antidepressivo tricíclico, compartilha importantes efeitos de abstinência com os antipsicóticos e antidepressivos tricíclicos (tais como sintomas do tipo da gripe, agitação e distúrbios do movimento), e os leitores devem consultar as seções apropriadas neste capítulo.

Vários efeitos de abstinência têm sido documentados em relação à Desyrel (trazodona), incluindo mania e hipomania, náusea e vômito recorrente, e alucinações visuais¹³. Dentro de 36 horas de abstinência de trazodona, um paciente desenvolveu uma síndrome “de ansiedade esmagadora, despersonalização, insônia e pesadelos”, que demorou cinco dias para diminuir (Menza, 1986 [276]).

Como discutido nos capítulos anteriores, a ausência ou raridade de relatos dos efeitos de abstinência de drogas psiquiátricas específicas, de modo algum indica que uma droga seja livre de tais efeitos colaterais. O leitor, que está reduzindo o consumo de antidepressivos atípicos, deve proceder lentamente e esperar a vinda de quase todos os tipos de efeitos associados com outros antidepressivos.

9.10 Reações de abstinência de estimulantes

Estimulantes são frequentemente usados para controlar o comportamento das crianças. As anfetaminas Adderall, Desoxyn, Dexedrine e Gradumet, bem como a Ritalina tipo-anfetamina, são as mais comumente prescritas. Drogas estimulantes também são dadas aos adultos para o tratamento da “desordem de hiperatividade e déficit de atenção”, depressão narcolepsia, e obesidade. Outras drogas estimulantes têm sido usadas para controle da dieta, incluindo phentermin (Fastin, Adipex) e mazindole (Sanorex). Outra droga de controle de dieta, fenfluramina, foi recentemente retirada do mercado no Canadá e nos Estados Unidos porque prejudica as válvulas cardíacas humanas. Cafeína, é claro, é um estimulante leve que é comumente usado.

Ritalina e anfetaminas são muito semelhantes à cocaína, em termos de como elas afetam a química e função do cérebro. Embora o impacto de estimulantes na neurotransmissão da dopamina seja normalmente visto como a principal causa para a euforia ou “prazer” que encoraja as pessoas a continuar usando essas drogas, pesquisas recentes também enfocaram em outro neurotransmissor,

¹³Montalbetti & Zis (1988) [284]; Otani et al. (1994) [297]; Peabody (1987) [301]; Theilman e Christenbury (1986) [365].

serotonina. Cocaína e outros estimulantes bloqueiam a remoção da serotonina das sinapses entre as células cerebrais (Rocha et al., 1998 [319]). Uma vez que os antidepressivos IsRSS [SSRIs] têm efeitos semelhantes, não é de estranhar que a retirada de drogas estimulantes e de Prozac - como antidepressivos IsRSS [SSRIs] compartilham muitas características.

Descritos em muitos casos relatados por quase três décadas, “a abstinência de estimulante foi largamente ignorada [por médicos] por muitos anos” (Dackis e Gold, 1990, p. 16). Os médicos clínicos tendem a descartar a severidade da abstinência de estimulante ou a caracterizá-la como “meramente psicológica”. É mais fácil de ignorar a abstinência de estimulantes, porque ela tipicamente carece de algumas das manifestações físicas mais visíveis na abstinência das drogas classicamente utilizado em excesso, tais como o álcool e os opiáceos (Lago e Kosten, 1994 [241]), .

“Crise” é o efeito mais conhecido da abstinência de estimulantes. Durante esse estado, é provável que você se sinta emocionalmente perturbado, e que haja falta de energia e motivação. Este estado, depressivo e de fadiga, é o resultado do cérebro tentando superar o estado anterior de estimulação artificial. Similarmente, se estimulantes diminuem a fome, um acentuado aumento do apetite e do peso podem acompanhar a abstinência.

A depressão e apatia mais profunda usualmente não duram mais de três a dez dias. Contudo, como confirmado em um manual de psicofarmacologia, elas podem “atingir sérias proporções clínicas” e “persistir por semanas” em “indivíduos instáveis” (Schatzberg, Cole, e DeBattista, 1997 [331], p. 352). Pensamentos de desespero e suicídio podem acompanhar esta “crise”. Segue-se uma longa fase de lentidão geral física e mental. Paradoxalmente você pode também sofrer de insônia, ansiedade e irritação.

DSM-IV especifica alguns critérios de uma síndrome de abstinência associada ao grupo de drogas estimulantes, que inclui a Ritalina e cocaína. Os sintomas listados são fadiga; sonhos vívidos e desagradáveis; insônia ou sono excessivo; aumento do apetite; e retardo ou agitação psicomotora (DSM-IV APA, 1994 [6]), pp 208-209, 225-226).

Reações de rebote também são comuns. No caso das anfetaminas e Ritalina, fenômenos rebote aparecem quando as crianças param de consumir estas droga psiquiátricas abruptamente ou falham em tomar uma dose. Tipicamente, elas experimentam um aumento da agitação, inquietação, excitabilidade, e distração (Whalen e Henker, 1997). Reações de rebote são, por definição, mais intensas do que os mesmos sintomas experimentados antes de consumir a droga. Elas podem ocorrer dentro de horas a partir da última dose tomada de um estimulante, e podem persistir por vários dias.

Em um estudo controlado de duplo-cego, pais e professores de meninos “normais”, que receberam uma dose única de anfetamina, observaram fenômenos de rebote característicos, cinco horas após a administração da droga psiquiátrica (Rappoport et al., 1978 [315]). Não há dúvidas de que os pais, professores e médicos repetidamente confundem, essas reações rebote, com sinais de que a “desordem de hiperatividade e déficit de atenção” da criança está piorando, e que o inocente “necessita claramente” da droga de drogaria.

Há relatos de casos de delírio, psicose e estados severos de confusão, devido a abstinência de anfetaminas¹⁴. Similarmente, os pesquisadores têm documentado psicoses e sintomas depressivos profundos com pensamentos suicidas, durante a abstinência de Ritalina em crianças (Klein e Bessler, 1992 [233]). Há um caso relatado de priapismo (intermitentes e duradouras ereções dolorosas) em um adolescente que parou de consumir Concerta (Schwartz e Rushton, 2004 [337]). Como nós discutimos no início deste capítulo com relação aos relatórios de reações adversas enviados à FDA, a relativa escassez destes relatos de aflição induzida por abstinência, não é um bom indicador de sua frequência verdadeira.

A maioria dos nossos conhecimentos sobre as reações de abstinência após o uso de estimulantes vem

¹⁴Askevold (1959) [21]; DeVeaugh-Geiss e Pandurang (1982) [131]. Ver a revisão escrita por Walsh e Dunn (1998) [381].

de estudos de usuários de cocaína adultos. A abstinência de anfetamina tem sido menos estudada, e a abstinência de metilfenidato (Ritalina), menos ainda¹⁵. Milhões de crianças consomem estimulantes diariamente. É verdadeiramente marcante que os pesquisadores não estejam sistematicamente investigando este fenômeno perigoso.

Deve-se parar de consumir estimulantes abruptamente ou gradualmente? A literatura especializada contém recomendações para parar o consumo de estimulantes abruptamente, baseado na hipótese de que não irão ocorrer sintomas físicos perigosos. Um livro de psicofarmacologia é bastante explícito: “Quando um paciente que é dependente de estimulantes está hospitalizado, a administração destes estimulantes deve ser interrompida abruptamente. A redução gradual não é necessária”. (Schatzberg, Cole, e DeBattista, 1997 [331], p. 352). Contudo, os escritores dessa passagem confirmam que a retirada de grandes doses vai “muitas vezes” produzir “uma síndrome de abstinência consistindo de depressão, fadiga, hiperfagia [comer excessivamente], e hipersonia” (Schatzberg, Cole, e DeBattista, 1997 [331]). No entanto, ao invés de recomendar uma retirada gradual para atenuar as reações incapacitantes, os autores especulam sobre o valor de tratá-los com antidepressivos!

Não vemos nenhuma razão para endossar a retirada abrupta de estimulantes, a menos que eles tenham sido usadas por um tempo curto ou esporadicamente, com nenhum ou poucos efeitos maléficos entre os episódios de uso. Dois médicos que descreveram uma abstinência árdua de Ritalina de dois homens mais idosos enfatizam que “um estado livre de drogas psiquiátricas pode não ser facilmente alcançado seguindo-se a recomendação amplamente aceita de parar as doses diárias de estimulante abruptamente” (Keely e Licht, 1985 [224], p. 123).

9.11 Reações de abstinência do lítio e anticonvulsivos

A abstinência do lítio levanta a séria questão da confusão entre as dificuldades de abstinência e as recaídas. De fato, as reações de abstinência do lítio imitam exatamente os sintomas maníacos que levam ao início do tratamento com este mesmo lítio. Os médicos prescrevem o lítio primariamente para tratar a mania, muitas vezes, a mania rapidamente segue a abstinência de lítio. Como é que o médico ou o paciente podem saber se esta condição é mania advinda da abstinência ou um retorno do problema psiquiátrico original?

Alguns médicos se recusam a ver uma síndrome específica de abstinência do lítio. Outros sugerem que uma verdadeira síndrome de abstinência de lítio não pode meramente se assemelhar a mania, mas que “tremor, tontura e, às vezes crises epilépticas” também devem ser observadas (Schou, 1993 [336], p. 515). Nós acreditamos, contudo, que as opiniões mais recentes são ainda casos em que os médicos têm impensadamente atribuído reações perturbadas após a retirada da droga psiquiátrica com a “doença subjacente” do paciente e não com o tratamento com estas drogas em si.

A rápida recorrência de mania pode acontecer mesmo entre os pacientes que tem consumido a droga psiquiátrica por anos, estão aparentemente “bem estabilizados”, e que estejam se abstendo da droga por apenas quatro ou cinco dias¹⁶. Em um estudo os pesquisadores mudaram abruptamente vinte e um pacientes, previamente diagnosticados como maníacos, para placebos. Eles haviam consumido lítio continuamente por uma média de quatro anos. Os autores escrevem: “Dentro de 14 dias com placebo, 11 pacientes recaíram em estados psicóticos severos com síndromes paranóicas, maníacas e depressivas ... A maioria dos outros pacientes não reincidentes em estados psicóticos relataram

¹⁵Um estudo feito por Nolan, Gadow e Spraikin (1999) [293] examinou a abstinência de medicação estimulante durante o tratamento de longo prazo de crianças diagnosticadas com DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção) e com desordens crônicas com tiques múltiplos. Desafortunadamente, embora o estudo pudesse ter respondido a muitas questões sobre a síndrome de abstinência em crianças, ele só informou sobre o assunto restrito dos tiques, se eles pioravam ou não, durante a abstinência (eles não pioravam), e falhou em informar sobre qualquer outros sintomas esperados que ocorreram durante a abstinência de estimulantes.

¹⁶Lapierre et al. (1980) [244]; Christodoulou e Lykouras (1982) [90].

ansiedade nervosa, irritabilidade aumentada, estado de alerta, e distúrbios de sono” (Klein et al., 1981 [232], p. 255).

Uma revisão sistematicamente examinou catorze estudos publicados de abstinência de lítio envolvendo 257 pacientes “maníaco-depressivos” com uma média de 30 meses de tratamento estável com lítio. Dos novos episódios maníacos que ocorreram, mais de 50 por cento eram experimentados dentro de três meses de abstinência. Também observado foi um aumento desconcertante de 28 vezes o risco de novos episódios maníacos em pacientes que acabaram de parar de consumir o lítio (Suppes et al., 1991). Outra revisão de estudos publicados e não publicados sobre a abstinência de lítio chegou a conclusões semelhantes (Faedda et al., 1993 [144]). Esta evidência levou um médico a afirmar candidamente: “Sintomas verdadeiramente maníacos são a característica definidora de efeitos de abstinência significativos e parecem ser de uma severidade comparável aos observados na doença maníaco que em geral, muitas vezes, requer internação hospitalar” (Goodwin, 1994 [182], p. 149).

A abstinência do lítio aumenta a probabilidade de depressão rebote, bem como de mania. Um estudo de 14 pacientes e 28 sujeitos de controle, mostrou que a abstinência de lítio levou a “uma elevação imediata da taxa de recaída”. Contudo, uma vez que esses pacientes se recuperaram do rebote da reação de abstinência, o seu desempenho global ao longo dos próximos sete anos “não foi piorado pela descontinuação”. Esta é uma boa notícia para os pacientes que estão considerando parar de consumir lítio. De acordo com este estudo, uma vez que eles tenham se recuperado da reação de abstinência, seu prognóstico é tão bom quanto o dos pacientes que permanecem consumindo lítio (Cavanaugh et al., 2004 [84]).

Aumentos na energia e atenção, resposta emocional elevada, aumento da concentração e diminuição da sede às vezes são relatados mesmo em pacientes que não experimentaram mania durante a abstinência (Balon et al., 1984 [27]).

Um editorial no *British Journal of Psychiatry* [Jornal Britânico de Psiquiatria] abertamente afirma que, quando os pacientes consomem lítio menos de dois anos, eles correm o risco de passar por recorrências frequentes de episódios maníacos logo após a parada do consumo. O autor, um psiquiatra, acredita que estes são efeitos de abstinência genuínos e recomenda que se informe os pacientes sobre este perigo antes que eles decidam realizar tratamento com lítio (Goodwin, 1994 [182]). No entanto, o mesmo psiquiatra afirma que consumir lítio por mais de 10 anos, não comporta este risco de abstinência. Esta conclusão contradiz a experiência clínica bem aceita, indicadora de que quanto mais tempo uma droga psiquiátrica é consumida, maior é o risco de reações de abstinência.

Psiquiatras estão começando a perceber tardiamente que a rápida recorrência de mania após a retirada de lítio é um efeito de abstinência real. Contudo, muitos médicos praticantes, sem dúvida, continuam a atribuir a mania induzida pela abstinência à “doença crônica” de seus pacientes. Esses médicos então persistem em expor seus pacientes ao lítio, apesar do seus muitos efeitos adversos de longo prazo.

Durante a última década, o uso do lítio para tratar mania ou doença bipolar tem sido na maioria das vezes substituído por uma produção de drogas psiquiátricas originalmente desenvolvidas para tratar a epilepsia. A maioria dessas drogas anticonvulsivas, que incluem as drogas mais antigas, como Tegretol e Depakene, e as drogas mais novas, como Topamax e Neurontin, não foram aprovados pela FDA para o tratamento de mania ou distúrbio bipolar. Contudo, Lamictal e Depakote estão agora aprovadas para o tratamento de distúrbios maníacos.

Vários relatórios anteriores descrevem reações de abstinência de anticonvulsivos, enfocando o risco de convulsões em pacientes que receberam essas drogas para tratar epilepsia ou outras desordens convulsivas. Agora que centenas de milhares de pessoas que não sofrem convulsões estão recebendo prescrições de drogas anticonvulsivas, as reações de abstinência são susceptíveis de serem mais variadas. Contudo, como já ocorreu anteriormente com cada onda de “novas” drogas, ainda há uma carência de relatos de reações de abstinência.

Tegretol (carbamazepina) é uma droga anticonvulsiva amplamente utilizada para o tratamento de muitos problemas, incluindo mania. Após a retirada, Tegretol pode provocar sérias explosões emocionais - incluindo paranóia, hostilidade e agitação em pessoas previamente perturbadas (Heh et al, 1988 [201]). Estas reações de abstinência também podem ocorrer em indivíduos mentalmente estáveis, como em um caso documentado envolvendo um paciente tratado por uma desordem física (Darbar et al., 1996 [127]). Embora provavelmente menos frequentemente do que na abstinência do lítio, a abstinência de Tegretol também pode causar rebote de mania (Jess et al., 2004 [216]). Outras drogas anticonvulsivas ou anti-epilépticas, tais como Depakene (ácido valpróico), Depakote (divalproato de sódio), e Dilantina (fenitoína), também são amplamente prescritas em psiquiatria. O risco de convulsões deve ser considerado quando se para o consumo de qualquer droga anticonvulsiva, independentemente da presença prévia ou não, de uma desordem convulsiva. Outros sintomas da abstinência de anticonvulsivos podem incluir comumente ansiedade, espasmos musculares, tremores, fraqueza, náuseas e vômitos. Em um caso de reação de abstinência em um homem de oitanta e um anos de idade, consumindo por cinco anos Neurontin (gabapentina) e, em seguida, reduzindo a dose ao longo de uma semana descreveu-se “severas alterações do estado mental, dores no peito somáticas severas, e hipertensão” que apareceram 10 dias após a última dose. Após a reintrodução da droga, os sintomas diminuíram em 24 horas. Os autores propuseram que “uma redução gradual da gabapentina deve seguir um percurso semelhante ao da redução de benzodiazepínicos e diminuir lentamente durante um período de semanas ou meses” (Tran et al., 2005 [369]).

9.12 Reações de abstinência dos antipsicóticos ou neurolépticos

Antipsicóticos ou neurolépticos incluem Leponex, Haldol, Mellaril, Navane, Permitil, Risperdal, Zyprexa, e outros listados no Capítulo 4. Eles produzem muitas reações de abstinência físicas e psicológicas, incluindo ganho de peso, movimentos anormais, e psicose. Essas reações variam das apenas desagradáveis até as com risco de vida, das transientes até as irreversíveis. Antipsicóticos têm sido amplamente utilizados por 55 anos, e síndromes de abstinência distintas foram documentadas na primeira década de seu uso, contudo, como na maioria das drogas psiquiátricas, estas síndromes não foram suficientemente estudados (Tranter e Healy, 1998 [370]).

9.12.1 Três tipos de reações de abstinência de antipsicóticos

Um tipo comum de reação de abstinência de antipsicótico assemelha-se a retirada de antidepressivos tricíclicos. Estas reações envolvem o rebote do sistema neurotransmissor colinérgico do cérebro. Devido ao fato de que neurolépticos como Mellaril, Navane, Thorazine e Stelazine suprimem este sistema, ele atua em rebote, ou “entra em superestimulação”, quando as drogas psiquiátricas são removidas (Eppel e Mishra, 1984 [143]). Outros neurolépticos, tais como Haldol e Compazine, têm fortes efeitos anti-náusea, quando eles são retirados, náusea é uma reação provável.

O rebote colinérgico produz sintomas desagradáveis semelhantes a um ataque ruim de gripe, tais como náuseas, vômitos, diarreia, dores de cabeça, calafrios, sudorese, e um nariz escorrendo. Distúrbios emocionais frequentemente ocorrem também. Estes sintomas geralmente duram cerca de uma à quatro semanas, dependendo de quanto tempo a droga psiquiátrica foi usada. Contudo, nós estamos cientes de alguns pacientes que sofreram efeitos mais duradouros. Especialmente nos casos em que o vômito torna-se severo ou a respiração torna-se difícil, a atenção médica pode ser necessária. Em crianças, “a reação é frequentemente mais severa, e pode ocorrer de vez em quando depois de se deixar de tomar uma única dose”¹⁷. Os médicos clínicos notaram que “quadros de até

¹⁷Leipzig (1992) [248], p. 414. Os sintomas psicológicos e físicos de um caso particularmente severo de abstinência dos neurolépticos em uma criança de seis anos de idade, são descritos por Maisami e Golant (1991) [260].

50 por cento de sujeitos afetados por abstinência [rebote colinérgico] parecem padrão” (Tranter e Healy, 1998 [370], p. 308).

Um segundo grupo de reações de abstinência envolve anormalidades do movimento. Porque antipsicóticos suprimem o sistema neurotransmissor dopaminérgico, que controla os movimentos voluntários, a remoção da droga pode resultar em espasmos involuntários, espasmos, contrações, tics, tremores e outros movimentos musculares. Reações de abstinência podem incluir uma “síndrome do tipo Tourette”, caracterizada por tiques motores e vocalizações¹⁸. Muitos desses movimentos envolvem o rosto e o pescoço, mas qualquer função muscular pode ser afetada, incluindo a fala, deglutição e respiração. Estas reações de abstinência podem ser dolorosas, desfigurantes e incapacitantes. Elas são descritas de forma mais completa no Capítulo 4 em conexão com a discinesia tardia.

Em alguns casos, os movimentos cessam gradualmente depois de algumas semanas, este fenômeno é conhecido como a discinesia emergente de abstinência. (Outros nomes para ela são parkinsonismo de abstinência, distonia de abstinência, e akatisia de abstinência). Se os movimentos persistem por quatro semanas ou mais, eles são diagnosticados como discinesia tardia ou uma de suas variantes. Em cerca de um terço dos casos, esses movimentos diminuem substancialmente ou, em muitos poucos casos, desaparecem gradualmente ao longo de um período de meses. Na maioria dos casos estes movimentos persistem indefinidamente. Acompanhando esses distúrbios de movimento estão estados mentais desagradáveis tais como depressão e indiferença em casos de parkinsonismo, e ansiedade desesperada, e raiva em casos de akatisia¹⁹.

Nem todo mundo vê esses movimentos anormais como verdadeiras reações de abstinência, pela simples razão de que eles são normalmente observados pela primeira vez durante o uso das drogas psiquiátricas (Capítulo 4). Em muitos casos, contudo, movimentos anormais tornam-se aparentes ou pioram somente quando o paciente está reduzindo ou parando de consumir estas drogas farmacêuticas²⁰. Espantosamente, uma revisão das reações de abstinência de antipsicóticos não menciona movimentos anormais (Dilsaver, 1994 [132]).

Um terceiro grupo de reações de abstinência envolve uma ampla faixa de sintomas psicológicos e comportamentais, incluindo insônia, ansiedade, agitação, irritabilidade e psicose orgânica. Sintomas psicóticos de abstinência são variadamente chamados de psicose tardia, psicose super-sensitiva, ou psicose de abstinência²¹. Frequentemente acompanhados por movimentos anormais, estes sintomas incluem alucinações, delírios, confusão e desorientação.

A psicose tardia é considerada controversa por alguns investigadores, e os pesquisadores têm relatado taxas de ocorrência amplamente diferentes. Contudo, nós acreditamos que as evidências clínicas e científicas confirmam a sua existência (Avaliado em Breggin, 1997a [55]). Depois de anos nos quais essas drogas psiquiátricas suprimem o sistema da dopamina, o cérebro compensa os seus efeitos. Quando as drogas são interrompidas, o sistema dopaminérgico hiper-excitado assume o controle. Reações psicóticas, devido à abstinência abrupta têm sido observadas em indivíduos sem nenhuma história de sintomas psicóticos, como os pacientes que consomem antipsicóticos para as desordens de tiques (Silva et al., 1993 [345]).

Entre os indivíduos com deficiências de desenvolvimento que foram tratados com neurolépticos, a abstinência frequentemente leva a profundas perturbações emocionais. Esta piora do comportamento, chamada de “deterioração comportamental induzida por abstinência” (Sovner, 1995 [348], p. 221), usualmente dura por vários meses (Gualtieri, 1993 [191]) e pode se tornar permanente. Contudo, um número substancial de pessoas podem melhorar se mantidas sem consumir as drogas psiquiátricas.

¹⁸Lal e AlAnsari (1986) [242] revisaram onze casos da síndrome do tipo Tourette que se desenvolveu após a abstinência de neurolépticos. Esta síndrome também foi observada, após a abstinência de Leponex, por Poyurovsky et al. (1998) [311].

¹⁹Gualtieri (1993) [191]; Barnes e Braude (1994).

²⁰Lang (1994) [243]; Sachdev (1995) [329]; Weller e McKnelly (1983) [386].

²¹Weinberger et al. (1981) [384]; Witschy et al. (1984) [391].

Um autor nota que “não é geralmente apreciado o fato que severos sintomas comportamentais que emergem durante a redução da dose dos neurolépticos podem ser transientes”. Como resultado, “se os sintomas aparecem durante a redução destas drogas farmacêuticas, a prática clínica usual é reintroduzir a droga, muitas vezes em doses mais elevadas do que a original” (May et al., 1995 [268], p. 156).

Casos de neuroleptic malignant syndrome (NMS) [síndrome neuroléptica maligna (SNM)] (ver Capítulo 4) também foram documentados na abstinência dos neurolépticos. NMS [SNM] envolve alterações da consciência, movimentos anormais, febre e outros sintomas, por vezes, terminando com a morte do paciente²².

9.12.2 Abstinência de antipsicóticos atípicos

Reações de abstinência de Leponex (clozapina) envolvem não só a super-sensibilidade colinérgica e dopaminérgica, mas também o rebote. Vários relatos de casos descrevem uma síndrome de abstinência que ocorre velozmente “com início rápido de agitação, movimentos anormais e sintomas psicóticos”. Segundo um autor: “Estes sintomas aparecem muito mais rápido do que síndromes vistas após a interrupção convencional [dos neurolépticos]” (Pies, 1998 [309], p. 176). Outros descobriram que a “agitação severa e sintomas psicóticos ... são resolvidos rápida e completamente após a retomada do consumo de baixas doses de clozapina” (Stanilla et al., 1997 [352]).

Dois casos de súbita emergência de novos e estigmatizados sintomas obsessivo-compulsivos, um dos quais envolveu também a “síndrome de tiques do tipo Tourette”, foram descritos após a abstinência da clozapina. Em ambos os casos, os médicos clínicos observaram um “desaparecimento completo” dos sintomas com a retomada do consumo de clozapina (Poyurovski et al., 1998 [311]). Outra pessoa tratada por dois anos desenvolveu “severa insônia, agitação e calafrios”, após abster-se de clozapina. Estes sintomas desapareceram quando a clozapina foi reiniciada, e apareceram três meses mais tarde, quando os médicos retiraram o consumo novamente, e desapareceram mais uma vez com a readministração da droga psiquiátrica (Staedt et al., 1996 [351]). Em outro estudo, 28 pacientes foram avaliados sete dias após a interrupção abrupta da clozapina, dos quais 61 por cento desenvolveram reações de abstinência. A maioria das reações foram classificados como “leves” com agitação, dor de cabeça, ou náuseas, mas quatro pacientes experimentaram uma abstinência mais desconfortável envolvendo náuseas, vômitos ou diarreia. Outro experimentou “um episódio psicótico de início rápido requerendo hospitalização” (Shiovitz et al., 1996 [343]). O estudo não especifica quantos pacientes com agitação “leve”, durante os primeiros sete dias após a parada do consumo, passaram a desenvolver episódios mais severos de comportamento agitado. De acordo com um recente relatório descrevendo quatro casos sérios de abstinência de Leponex, dois pacientes não foram capazes de se sustentar, outro sofreu desequilíbrios, e dois sentiam vontade de vomitar enquanto comiam ou bebiam (Ahmed et al., 1998 [3]).

Um artigo intitulado “Clozapina como uma Droga que Provoca Dependência”, confirma a existência de um “sinal de abstinência somática claro” em animais de laboratório, após o tratamento com clozapina (Goudie et al., 1999 [185]). Esta droga psiquiátrica foi vista como o protótipo dos neurolépticos atípicos quando introduzida pela primeira vez nos Estados Unidos em 1990. Ao longo do tempo, os assim chamados neurolépticos atípicos ou antipsicóticos como o Risperdal, Seroquel, Zyprexa, Geodon, Abilify e Invega - entusiasticamente promovidos como drogas farmacêuticas mais seguras do que os neurolépticos mais antigos - parecem cada vez mais se assemelhar às drogas convencionais que estavam destinados a substituir.

Como os antidepressivos IsRSS [SSRIs], Seroquel tem ações no sistema da serotonina, e não é surpreendente que algumas reações de abstinência dele podem se assemelhar às reações das drogas

²²Amore e Zazzeri (1995) [8]; Spivak et al. (1990) [350]; Surmont et al. (1984) [356].

psiquiátricas IsRSS [SSRIs]. Um relato de caso descreveu uma mulher com trinta e seis anos de idade consumindo 100 mg (miligramas) por dia de Seroquel que, chateada com seu grande aumento de peso devido ao consumo da droga, decidiu parar de consumi-la e foi aconselhada por seu médico a reduzir a dose pela metade. “Depois de um dia, ela relatou náuseas, tonturas, dores de cabeça e ansiedade severa o suficiente para impedir suas atividades normais.” Seus sintomas continuaram, apesar de retornar ao consumo de uma dose mais elevada. Uma redução mais gradual de 12,5 mg a cada cinco dias, auxiliada por uma droga anti-náusea, também falhou. Ela foi bem-sucedida em uma terceira tentativa, quando seus médicos adicionaram uma droga antipsicótica mais antiga ao seu regime, apesar de sua náusea persistir por mais de dois dias depois de sua última dose (Kim e Staab, 2005 [226]).

9.12.3 “Reincidência” ou “abstinência”?

Nos casos em que os pacientes se abstêm do longo uso de antipsicóticos, muito do que é chamado de recaída “esquizofrênica” ou “psicótica” pode de fato serem reações de abstinência não reconhecidas. Sintomas de abstinência, tais como agitação, inquietação, e insônia, também são susceptíveis de serem erroneamente atribuídos à condição mental dos pacientes. Por agora, esta situação pode ser deprimentemente familiar ao leitor. Ela reflete a mesma confusão que nós notamos em relação à abstinência de antidepressivos, tranquilizantes menores, lítio, e estimulantes.

De fato, por causa da semelhança entre os sintomas de abstinência e os problemas emocionais anteriores dos pacientes, os médicos clínicos não apenas culpam a “desordem subjacente” pelos sintomas, mas também recomendam a continuação do tratamento com o agente agressor. Esses erros clínicos persistem, apesar de sinais indicadores tais como: rápido início dos sintomas após a suspensão da droga psiquiátrica e alívio rápido após ser reiniciado o consumo. Eles persistem mesmo a despeito das observações de que uma “recaída psicótica real raramente ocorre durante as primeiras semanas de abstinência” (Perenyi et al., 1985 [303], p. 430).

A controvérsia sobre o valor do tratamento com antipsicóticos, provavelmente vai aumentar à medida que os médicos continuarem a observar diferentes taxas de recaída entre os pacientes que param o consumo de forma abrupta ou gradualmente, como se mostra, muitos pacientes que param gradualmente não precisam de qualquer medicação adicional. De acordo com um estudo (Viguera et al., 1997 [380]), “Há uma diferença de quase duas vezes no risco de recaída entre a parada abrupta e a gradual do consumo de agentes [antipsicótico]” (Pies, 1998 [309], p. 176), enquanto que uma compreensiva análise anterior concluiu que a taxa de recaída entre os pacientes que pararam de consumir antipsicóticos é três vezes maior do que entre os pacientes que mantiveram o consumo destas drogas (Gilbert et al., 1995 [175]). Contudo, quando outros pesquisadores reanalisaram estes dados para distinguir entre os pacientes que pararam rapidamente e os que reduziram mais gradualmente, o último grupo teve um terço da taxa de recaída padrão (Baldessarini e Viguera, 1995 [25])! Portanto, em termos de taxas de recaída, o tratamento prolongado com drogas psiquiátricas parece não ser melhor do que uma redução gradual do consumo (ver Cohen, 1997a [92]).

É claro, que o tratamento prolongado é muito mais perigoso. De fato, os pesquisadores estão começando a sugerir que as alterações cerebrais decorrentes do tratamento de longo prazo com drogas psiquiátricas, podem criar “fatores de estresse farmacológico” ou “efeitos de estresse iatrogênicos farmacológicas” que, combinados com a retirada abrupta, aumentam a vulnerabilidade à recaída (Baldessarini e Viguera, 1995 [25]). Consumir drogas farmacêuticas e depois parar abruptamente pode enfraquecer a capacidade dos pacientes de responder ao estresse no futuro.

9.12.4 Quando abster-se dos antipsicóticos?

As circunstâncias em que a abstinência de antipsicóticos deve ser fortemente considerada ou tentada são tão numerosas que uma cobertura total do assunto não é possível. Nós podemos, contudo, fornecer algumas orientações que refletem o conhecimento e a prática médica geralmente reconhecida:

1. Antipsicóticos devem ser suspensos a qualquer momento, em que houverem sinais de risco de vida induzido por estas drogas psiquiátricas, distúrbios tais como a síndrome neuroléptica maligna ou supressão da medula óssea com comprometimento do sistema imunológico. Fatalidades podem resultar da falha em aderir a esta orientação.
2. Antipsicóticos devem ser suspensos, se possível, ao primeiro sinal de discinesia tardia. A maioria dos casos muito severos, e desabilitadores de discinesia tardia, resultam, em parte, da falha de seguir essa orientação.
3. Antipsicóticos devem ser suspensos o mais rápido possível de pacientes que tenham atingido 40 anos de idade, pois as taxas de discinesia tardia aumentam com a idade.
4. A abstinência de antipsicóticos deve ser tentada, se possível, nos casos em que pacientes que tenham consumido estas drogas psiquiátricas durante meses ou anos já não apresentem sintomas psicóticos severos ou incapacitantes.

Dada a alta probabilidade de efeitos irreversíveis dos antipsicóticos, qualquer médico acompanhando pacientes que estão sendo submetidos a tratamento de longo prazo, devem considerar seriamente a redução da dose ao mínimo absoluto. Em muitos pacientes, a dose mínima será de fato zero. Em geral, os pacientes devem consumir neurolépticos pelo menor tempo e nas menores doses possíveis. Nós acreditamos que uma prática mais racional de psiquiatria eliminaria o uso de tais medicamentos perigosos.

Uma pesquisa sobre OBRA-87, a legislação do Congresso que regulamenta a utilização de psicotrópicos e restrições físicas em enfermarias, mostra que esta legislação obteve os resultados pretendidos, especialmente em termos da redução do uso de neurolépticos (Snowden e Roy-Birne, 1998 [347]). O uso de benzodiazepínicos, também alvo da legislação, diminuiu da mesma forma. Nós ainda precisamos de uma documentação melhor sobre como essas mudanças estão melhorando a qualidade de vida dos internos. Enquanto isso, contudo, fica claro a partir de vários estudos, que até metade dos pacientes idosos institucionalizados podem parar de consumir os neurolépticos com sucesso. As reduções de consumo graduais são geralmente bem sucedidas, os internos raramente mostram aumento do nível de agitação, e a maioria é capaz de se manter fora das drogas por longos períodos (Bridges-Parlet et al., 1997 [78]). No geral, essas drogas psiquiátricas são tão perigosos para os idosos que elas não deviam ser prescritas para eles.

9.12.5 Quanto tempo deve durar a retirada da droga antipsicótica?

Drogas antipsicóticas devem ser completamente interrompidas ao primeiro sinal de qualquer movimento anormal. Muitas vezes os médicos tentam adivinhar se ou não um determinado movimento anormal, como piscar os olhos ou fazer caretas, está relacionado com discinesia tardia. Qualquer movimento anormal deve ser considerado uma manifestação provável de discinesia tardia quando o paciente está tomando drogas antipsicóticas, incluindo as mais novas, e o consumo da droga psiquiátrica deve ser interrompido o mais rápido possível.

Alguns médicos acreditam que as novas drogas antipsicóticas são menos propensas a causar discinesia tardia. Atualmente, os dados são insuficientes para fazer esta reivindicação e a FDA exige o mesmo aviso de discinesia tardia para todas as drogas antipsicóticas. Quase todas estas drogas, incluindo Risperdal e Zyprexa, suprimem a função dos nervos dopaminérgicos e, portanto, podem causar discinesia tardia.

Um relatório ocasional, sem escrúpulos, afirma que os antipsicóticos mais novos podem “melhorar” a discinesia tardia, porque eles tendem a suprimir os sintomas. Na realidade, qualquer droga que suprime a discinesia tardia provavelmente pode causá-la também. Este fenômeno é chamado de mascaramento. Dar os novos antipsicóticos para controlar a discinesia tardia tende a piorar a desordem, a longo prazo.

Em situações não emergenciais, onde não se suspeita da discinesia tardia, as drogas antipsicóticas devem ser retiradas lentamente, mantendo em mente que não é incomum demorar pelo menos um mês de redução do consumo para cada ano de exposição, de modo que um paciente que consumiu neurolépticos por dois anos provavelmente irá requerer pelo menos dois meses reduzindo a dose até parar (ver Capítulo 8). Também tenha em mente o risco de psicose por abstinência. Um agravamento temporário da condição do paciente é provável até o final da retirada ou logo depois que a droga é interrompida. Isto não deve em si impedir a eventual retirada, se gradual, das drogas antipsicóticas.

Pesquisa com primatas confirma que a retirada deve prosseguir de forma muito lenta, porque as mudanças induzidas por drogas psiquiátricas podem durar vários meses após a última dose. Em um estudo de laboratório, 38 macacos saudáveis foram observados diariamente por 108 semanas. Durante as primeiras 25 semanas, informação “basal” foi recolhida. Da semana 25 a 72, os macacos receberam injeções de longa duração de flufenazina (Permitil). As principais conclusões durante este período foram que “diminuiu muito significativamente os comportamentos dirigidos para si próprio e para o ambiente e também diminuiu as afiliações”, significando que os animais prestam muito menos atenção para si mesmos, seus companheiros, e seus arredores. Na semana 73, as injeções de drogas psiquiátricas foram cessadas, e “apresentou-se algum aumento da agressão durante a interrupção precoce da droga, acentuada pelo estresse”. (Este resultado assemelha-se a agitação por abstinência observada em humanos). É importante ressaltar que os investigadores afirmam que “a recuperação do nível de comportamento (basal) normal começou por volta da semana 7 após o último tratamento”. Em outras palavras, somente dois meses após a última dose que os animais começaram a apresentar um comportamento normal. Por fim, “discinesias tardias persistiram em 30 por cento dos animais por um tempo prolongado” (Lifshitz et al., 1991 [257]).

Com base na experiência clínica amparado por pesquisas, nós sugerimos que se você está parando de consumir neurolépticos, tu debes evitar fazer grandes mudanças em sua vida durante e logo após a abstinência. Permita-se um período de “segurança e paz” de pelo menos várias semanas para afastar os efeitos da droga psiquiátrica, com ênfase na melhoria da nutrição, exercício e bem-estar geral. Em particular, reforce os seus relacionamentos sociais e evite novas fontes imprevisíveis de estresse e tensão.

Reconstruir sua vida, sem recorrer as drogas psiquiátricas, depois de anos de antipsicóticos, pode ser especialmente difícil. Você pode ter aquiescido em consumir estas drogas que de fato experimentou como sendo tóxicas e entorpecentes, e esta submissão, agravada pelos efeitos da droga, pode ter enfraquecido a sua habilidade de tomar decisões independentes. Você irá se beneficiar de um planejamento e preparação cuidadosa, construindo uma rede de suporte, e praticando opções sem drogas farmacêuticas para lidar com o estresse e a ansiedade.

9.13 Reações de abstinência antiparkinsonianas

Drogas antiparkinsonianas como Cogentin, Kemadrin, Artane e Symmetrel são frequentemente prescritas para suprimir os distúrbios de movimento, tais como parkinsonismo, comumente causado por neurolépticos. Cerca de metade dos pacientes que recebem antipsicóticos mais antigos também recebem drogas antiparkinsonianas.

Drogas antiparkinsonianas também são descritas como “anticolinérgicas” por causa de sua ação química de supressão da atividade colinérgica no cérebro²³. Hipersensibilidade colinérgica de rebote provoca uma grande proporção dos efeitos de abstinência das drogas antiparkinsonianas, que se assemelham aos dos tricíclicos e dos neurolépticos e podem ser igualmente complexos e variados. Vários estudos têm demonstrado os sintomas típicos de gripe tais como náuseas, vômitos, calafrios, fraqueza e dor de cabeça, bem como a insônia e agitação que ocorrem mediante a abstinência dessas drogas psiquiátricas (Luchins et al., 1980 [259]).

Em um raro estudo duplo-cego de abstinência, controlado com placebo, os autores descobriram “uma síndrome de abstinência reconhecível” - nomeadamente, um aumento da ansiedade manifestada por “irritabilidade, tensão, palpitações e dores de cabeça”, várias queixas físicas (relativas especialmente ao trato gastrointestinal), tonturas ao levantar, e batimentos cardíacos irregulares. Adicionado a isso, sintomas psicóticos aumentaram dentro de alguns dias de abstinência e duraram até três semanas (McInnis e Petursson, 1985 [270], p. 297). Oito dos onze pacientes abstênicos (73 por cento) apresentaram esses “sintomas óbvios relacionados a abstinência”.

Outros estudos também observaram crises psicóticas, que são geralmente acompanhadas de um ressurgimento dos movimentos anormais. De fato, os investigadores relacionam diretamente estes sintomas psicóticos - incluindo delírios, alucinações, tentativas de suicídio e isolamento - com os sintomas físicos de rigidez, agitação, akatisia, e parkinsonismo²⁴.

Em um desses estudos, os autores afirmam claramente que “a síndrome de abstinência anticolinérgica assemelha-se a síndrome esquizofrênica negativa em muitos aspectos importantes. Sua ocorrência em pacientes esquizofrênicos pode ser confundida com descompensação psicótica e resultar em tratamento inapropriado” (Tandon et al., 1989 [360], p. 712). Um relatório de caso também descreve uma catatonía severa (imobilidade), com a abstinência abrupta de Symmetrel (Brown et al., 1986 [79]).

Além disso, um caso de reação severa semelhante à síndrome neuroléptica maligna foi relatado durante a abstinência de drogas antiparkinsonianas, mesmo que o paciente nunca tivesse recebido neurolépticos (Toru et al., 1981 [368]).

Desde que as drogas antiparkinsonianas pioram a discinesia tardia e prejudicam a memória, a abstinência pode trazer benefícios extras. Em particular, a abstinência pode melhorar os sintomas da discinesia tardia (Yassa, 1985 [396]) e pode causar um “aumento dramático nos escores de memória na Escala Wechsler de Memória” (Baker et al., 1983 [24], p. 585) .

Como com todas as drogas psiquiátricas, a redução das doses de drogas antiparkinsonianas deve ser gradual, diminuindo assim a recorrência dos movimentos anormais originalmente suprimidos por estas substâncias. A redução gradual também é menos susceptível de conduzir a uma reinstalação do consumo da droga (Ben Hadj et al., 1995 [36]).

²³Quando neurolépticos suprimem a transmissão de dopamina, aumenta a atividade da acetilcolina, provavelmente como um mecanismo compensatório. A perturbação resultante no equilíbrio dopamina-acetilcolina provoca ou contribui para movimentos anormais. Drogas anticolinérgicas são prescritas para suprimir a hiperatividade colinérgica. É claro, o cérebro também tenta compensar os efeitos dessas drogas, e os mecanismos compensatórios sobressaem-se quando as drogas são abruptamente removidas.

²⁴Ver Manos et al. (1981) [263]; Baker et al. (1983) [24].

9.14 Quão gradual é a “retirada gradual”?

Como vimos no Capítulo 7, as chamadas reduções graduais de antidepressivos mencionadas na literatura são muitas vezes demasiado rápidas. Em um relatório, por exemplo, “gradual” refere-se a um período de redução de sete a dez dias (Barr et al, 1994 [30]), no outro, refere-se a redução ao longo de quatro dias (Rauch et al., 1996 [316]), em um terceiro, refere-se a uma redução de 50 por cento durante cinco semanas, em seguida, então consome-se a droga psiquiátrica a cada dia alternado por uma semana, e então faz-se uma interrupção abrupta (Amsden e Georgian, 1996 [9]). Em dois relatórios adicionais, “gradual” significa uma redução de 50 por cento na dose durante uma semana, então a interrupção abrupta²⁵. Em uma revisão de relatórios de 46 casos de reações de abstinência de IRSS [SSRI], 23 envolveram uma parada de consumo abrupta, doze envolveram uma redução ao longo de duas semanas ou menos, e apenas seis envolveram a redução ao longo de mais de duas semanas (Therrien e Markovitz, 1997 [366]). Nenhuma das últimas dezoito reduções usava algo como os métodos graduais, e centrados no paciente descritos no Capítulo 8. Finalmente, em uma revisão de quase sessenta estudos envolvendo pacientes com diagnósticos de esquizofrenia, ou outras psicoses, os quais pararam de consumir drogas neurolépticas, os autores relatam que na maioria dos estudos especificando a velocidade de retirada, o processo foi concluído em menos de uma semana, usualmente de uma vez (Gilbert et al., 1995 [175]).

Raramente os investigadores sugerem que o período de redução necessita ser estendido por várias semanas, de fato, 12 semanas e 14 semanas são os mais longos períodos citados nas revisões acima mencionadas. Em um caso de tonturas severas que ocorreram após tentativas sucessivas, que falharam, de retirada de Zoloft em um homem de 29 anos de idade, os médicos contactaram o fabricante da droga psiquiátrica para obter ajuda. Eles foram aconselhados a prosseguir com “titulações da dose extremamente lentas” (Amsden e Georgian, 1996 [9], p. 686). Especificamente uma dosagem reduzida foi prescrita a cada dois dias durante três semanas, então a cada três dias pelas próximas seis semanas, então cada quarto dia por mais duas semanas, altura em que o consumo de Zoloft foi finalmente interrompido. No geral, a retirada durou 11 semanas.

Nenhuma recomendação, de proceder com uma redução “extremamente lenta” da dose, aparece nas monografias de produtos oficiais do Zoloft, ou de qualquer outro antidepressivo. Como notado, resultado das exigências da FDA, fabricantes de IRSS [SSRIs] e outros antidepressivos, começaram a incluir avisos sobre os sintomas de abstinência e recomendações de “redução gradual da dose, em vez de interrupção abrupta ... sempre que possível” (como citado na bula do Cymbalta, na Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference] de 2007 [308]), mas nenhuma orientação é dada, em contraste com as orientações para iniciar o consumo da droga. Assim, ambos os médicos e os pacientes devem ser ativamente encorajados a proceder mais devagar e cuidadosamente quando as drogas psiquiátricas são retiradas. Os métodos de redução gradual descritos no Capítulo 8 constituem uma orientação sensata a este respeito.

9.15 Resumo das reações de abstinência das drogas psiquiátricas

Em um livro autorizado, de 500 páginas, focalizado somente nos efeitos adversos das drogas psiquiátricas, menos de cinco páginas são dedicadas aos efeitos de abstinência associados com todas as categorias de drogas (Veja Kane e Lieberman, 1992 [233]). Este achado reflete o nível inadequado de interesse e conhecimento psiquiátrico sobre tais reações.

Drogas psiquiátricas podem induzir uma ampla extensão de efeitos adversos quando são consumi-

²⁵Arya (1996) [18]; Fava et al. (1997) [147].

das, e elas podem induzir uma ampla extensão de efeitos adversos quando são retiradas. Síndromes de abstinência reconhecidas são uma característica regular e comum do uso de todas as drogas psiquiátricas. Mas como vimos, os médicos que prescrevem essas drogas muitas vezes falham por não avisar os pacientes que as consomem.

As drogas psiquiátricas devem ser consideradas drogas que causam dependência, porque elas produzem reações de abstinência desagradáveis. Em outras palavras, pelo menos, alguns usuários vão reiniciar o consumo destas drogas devido ao desconforto induzido pela abstinência. Estes indivíduos continuarão a usar estas substâncias simplesmente para evitar as reações de abstinência. Os inúmeros relatos em primeira pessoa colocados na Internet por usuários de antidepressivos IsRSS [SSRIs], por exemplo, proveem evidências vívidas não usuais de que este fenômeno ocorre com demasiada frequência. Desafortunadamente, quando as reações de abstinência levam ao uso prolongado destas drogas farmacêuticas, os usuários se arriscam à experimentar depois severas reações de abstinência.

Como se nota, a quantidade relativamente pequena de relatos, de casos publicados, descrevendo as reações de abstinência, não pode ser tomada como um indicador válido da frequência fatural de sua ocorrência. Como regra geral, as reações de abstinência da maioria das drogas psiquiátricas têm sido ignoradas ou simplesmente não reconhecidas como tal. Contudo, estudos especialmente planejados para olhar para estas reações verificaram sua ocorrência em 60 a 80 por cento dos pacientes. Um total de 20 por cento pode ter sofrido reações “severas”.

Médicos muitas vezes se focalizam nas consequências físicas da abstinência, tais como náuseas, tremores, ou convulsões, enquanto falham na identificação dos sintomas de abstinência emocional que muitas vezes contribuem para a retomada das drogas psiquiátricas. Reações de abstinência emocional, como ansiedade, depressão, insônia, confusão, e irritabilidade podem realmente ter um impacto maior em pacientes do que os sintomas puramente físicos.

As três categorias principais de reações de abstinência emocional e comportamental são ansiedade, depressão e psicose. Reações de ansiedade parecem ser comuns na abstinência, do sistema nervoso central (SNC), de antidepressivos tais como benzodiazepinas e outros tranquilizantes, e da maioria dos antidepressivos, antipsicóticos, lítio e anticonvulsivantes utilizados como estabilizadores de humor, e antiparkinsonianos. Reações depressivas parecem ser comuns mediante a abstinência de estimulantes e IsRSS [SSRIs]. E reações psicóticas parecem ser comuns na abstinência de neurolépticos, lítio e antiparkinsonianos. Ainda, evidências de relatos de caso e estudos sugerem que qualquer droga psiquiátrica pode produzir qualquer uma destas reações de abstinência.

Em adição a isso, mais de uma dezena de estudos até agora têm implicado o uso de antidepressivos, por mães durante a gravidez, com o aparecimento de uma peculiar “síndrome de abstinência neonatal”. Em um estudo bem controlado, 30 por cento do total de 60 bebês cujas mães tomaram antidepressivos durante períodos prolongados, inclusive durante o terceiro trimestre, desenvolveram a síndrome, que durou até quatro dias, 13 por cento dos recém-nascidos tiveram reações severas. Os sintomas mais comuns foram tremor, problemas gastrointestinais, um aumento anormal do tônus muscular (hipertonia), distúrbios do sono e gritos agudos. Nenhuma de 60 crianças, que não foram expostas aos antidepressivos IsRSS [SSRIs], desenvolveram a síndrome (Levinson-Castiel et al., 2006 [252]). Há algum debate se isso representa uma reação de abstinência de fato ou um sinal da toxicidade da droga psiquiátrica diretamente no sistema da serotonina.

Além disso, médicos e pesquisadores nem sempre descrevem corretamente os sintomas que ocorrem durante a abstinência. Em muitos casos, a tendência deles em favor das drogas psiquiátricas, e a resistência habitual destes médicos em reconhecer os efeitos da abstinência, leva-os a usar termos relativamente neutros e ambíguos (tais como agitação, inquietação, ansiedade e retardo psicomotor) no lugar de termos como psicose.

Sem dúvida, muitas reações de abstinência, de todas as categorias de drogas psiquiátricas, são erroneamente tratadas como “recaídas”, pelos médicos que prescrevem-nas, assim movendo o foco,

de um possível envolvimento destas drogas, para o “distúrbio subjacente” do paciente. Muitos pesquisadores também abordam o problema timidamente, muitas vezes falhando em descrever ou enfatizar as reações de abstinência. Como consequência, os pacientes sofrem, e o público é mantido desinformado.

Os pacientes devem estar verdadeiramente bem informados para que possam dar o seu consentimento para as drogas psiquiátricas que estão tomando, os médicos devem descrever completamente a abstinência, ou interrupção, em termos de reações adversas as drogas com uma probabilidade “frequente” de ocorrência, é dever dos médicos se certificar de que os pacientes realmente entenderam e, em seguida, lembrar da natureza e da probabilidade de todas as reações adversas importantes, incluindo as reações de abstinência. Similarmente, em suas monografias oficiais sobre seus produtos, os fabricantes de drogas psiquiátricas devem apresentar sumários precisos dos relatórios de reações de abstinência, bem como orientações detalhadas para diminuição do consumo de seus produtos, assim como eles fornecem orientações de como iniciar o tratamento.

A melhor maneira de minimizar o risco de reações de abstinência severas é, em primeiro lugar, não tomar drogas psiquiátricas. Segundo, caso se esteja tomando estas substâncias, a melhor abordagem é planejar uma redução da dose lenta e gradual, envolvendo monitoramento de perto e um programa sistemático e permanente de informação, aconselhamento e re-certificação. Desafortunadamente, contudo, a retirada abrupta da droga permanece muito comumente na prática clínica. Retirada abrupta é imprudente e pode resultar em aflições e deficiências maiores. Exceto em emergências, os pacientes que estão parando o uso de drogas psiquiátricas e os profissionais que estão ajudando eles, devem proceder de forma gradual e manter esse passo cadenciado, até que a parada completa do consumo seja realizada, mesmo que as fases iniciais de abstinência não apresentem dificuldades.

Capítulo 10

Retirando Sua Criança das Drogas Psiquiátricas

Os capítulos 7, 8 e 9 deste livro, foram em grande parte dirigidos aos adultos que querem parar de consumir drogas psiquiátricas. Contudo, como quase todos os princípios descritos nesses capítulos são relevantes para as crianças, eles devem ser lidos antes deste.

Os mais gerais destes princípios incluem a diminuição gradual da dose, o envolvimento de membros da família e um sistema de apoio, e orientação de um profissional experiente. Nós também enfatizamos a importância delas prestarem atenção aos seus próprios sentimentos, e de um planejamento e administração pessoal de sua própria experiência de abstinência. Obviamente, as crianças - especialmente as crianças mais novas - não podem planejar ou controlar seus próprios cuidados médicos: Elas necessitam de pais e outros adultos para fazer isso por elas. Mas as crianças podem e devem desempenhar um papel importante em cada etapa do planejamento, e, como com os adultos, deve ser dada atenção especial, aos seus sentimentos, durante todo o processo. Precisamente porque as crianças têm competência imatura ou mesmo desapareada, seus cuidadores são obrigados a tentar arduamente buscar e responder às visões e sentimentos delas.

Desde que as crianças que recebem estimulantes são, de longe o maior grupo de menores que consomem drogas psiquiátricas, nós vamos nos focar na retirada de estimulantes das crianças diagnosticadas com “distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade”. Contudo, a maioria das observações que se seguem aplicam-se igualmente bem para crianças das quais está sendo retirada qualquer droga psicoativa. Atualmente, é cada vez mais comum que as crianças recebam antipsicóticos atípicos e anticonvulsivantes.

A ênfase neste capítulo é sobre as crianças menores - pré-adolescentes que são jovens demais para participar efetivamente nas decisões de tratamento e que não podem facilmente descrever em palavras suas respostas para as drogas psiquiátricas que estão tomando. Crianças mais velhas, que são mais capazes de se comunicar e tomar decisões, podem se tornar ativamente envolvidas de uma maneira mais semelhante à dos adultos. De fato, dependendo de sua maturidade, as crianças mais velhas podem ajudar a monitorar a velocidade da diminuição da sua dose destas drogas, em grande parte da mesma forma que os adultos o fazem.

10.1 Precauções especiais

Muitas vezes são dadas drogas psiquiátricas para sedação das crianças, que apresentam problemas especiais se o consumo for parado abruptamente. Independentemente delas terem tido epilepsia, crianças tomando sedativos e drogas farmacêuticas utilizadas para o tratamento de convulsões, podem experimentar estas convulsões durante a abstinência. Estas drogas incluem todos os tranquilizantes

menores, como Klonopin e Xanax, bem como anticonvulsivantes, tais como Depakote, Tegretol, Dilantin, Lamictal, e Topamax. Mesmo entre as crianças que nunca foram maníacas, o lítio pode causar mania durante a abstinência. E mesmo entre as crianças que nunca foram hipertensas, parar de consumir abruptamente clonidina (Catapres) pode desencadear uma crise hipertensiva. Abstinência de estimulantes como a Ritalina e Adderall, e antidepressivos, como Paxil, Celexa, Effexor, Prozac, e Zoloft, pode causar “crises”, acompanhadas por sentimentos depressivos e até mesmo suicidas.

Para aprender mais sobre os efeitos adversos e os efeitos de abstinência associados com qualquer droga psiquiátrica que sua criança esteja tomando, esteja certo de rever as informações nos capítulos anteriores deste livro, bem como em outros recursos.

10.2 Experiência prévia, da sua criança, de abstinência de drogas psiquiátricas

As crianças, como os adultos, variam muito em termos da intensidade de sua resposta de abstinência quando estão parando de consumir drogas estimulantes. Algumas crianças experimentam pouco mais do que hiperatividade ou tensão rebote, por algumas horas. Outras, especialmente depois de meses ou anos de exposição à estas drogas, podem sofrer uma extensa e desconfortável abstinência. As manifestações de abstinência também variam. Algumas crianças podem apresentar maior rebeldia, hiperatividade e insônia, outras podem mostrar apatia e a uma maior necessidade de dormir.

Drogas estimulantes são retiradas de muitas crianças rotineiramente todo fim de semana. Se este for o caso com sua criança, os sintomas agudos de abstinência, provavelmente não vão ser um problema após cessar definitiva o uso de droga psiquiátrica que a criança está consumindo. Não menos importante, podem ressurgir os problemas prévios, após algumas semanas ou mesmo alguns meses, a medida que você, sua criança, e a escola, lidam com esta nova experiência livre de drogas farmacêuticas.

Alguma vez você já saiu de férias e esqueceu de trazer junto as drogas psiquiátricas da sua criança, ou parou de dá-las por algum outro motivo? Tais experiências devem dar-lhe um senso do que a resposta da sua criança vai ser durante a fase aguda da abstinência planejada que virá. Contudo, tenha em mente que reações de abstinência podem variar de um momento para o outro mesmo na mesma criança.

10.3 Efeitos de abstinência e de rebote

Alguns médicos dizem aos pais que crianças e adultos “reagem de forma diferente” aos estimulantes. Isto é falso. Qualquer reação de abstinência pode ocorrer em ambos, crianças e adultos.

Conforme descrito anteriormente, as crianças costumam experimentar sintomas de abstinência de estimulantes dentro de algumas horas após tomar a última dose. Se elas tomam Ritalina às três horas da tarde, por exemplo, elas tendem a ficar mais nervosas, ansiosas e “hiper”, à noite. Este estágio de abstinência da droga psiquiátrica é chamado de rebote.

Alguns médicos dizem aos pais que o rebote não pode começar após um lapso de várias horas depois da última dose, e que não pode persistir por um período prolongado de tempo. De fato, rotineiramente o rebote começa em um intervalo de cinco à dez horas após a última dose. E se não for administrado mais estimulantes, o rebote pode tornar-se uma reação de abstinência de longo prazo que dure dias ou semanas. Em alguns casos, pode demorar um mês ou mais para as crianças se acalmarem depois de parar de consumir estimulantes durante as férias de verão. Estes efeitos de abstinência deverão manifestar-se ainda mais prolongadamente se as crianças forem submetidas ao

regime mais exigente e estressante de uma escola típica.

10.4 Identificando a fonte de problemas potenciais

Ao planejar a retirada da droga psiquiátrica de sua criança, você deve levar em conta como e por que ela começou a consumir estas drogas na primeira vez. Se sua criança foi medicada por causa de “problemas escolares”, na ausência de “problemas em casa”, então você pode ter poucos ou menos problemas parentais severos para lidar durante a abstinência. Não menos importante, novos conflitos entre pais e crianças estão propensos a se desenvolver durante este processo.

Por outro lado, se você concordou em medicar a sua criança por causa de seu comportamento perto de ti, então tu vais precisar, quase com certeza, de trabalhar muito arduamente em questões parentais a medida que sua criança sai das drogas psiquiátricas. Este trabalho irá exigir um sério auto-exame de seu próprio comportamento, juntamente com a abertura receptiva ao criticismo construtivo de seu cônjuge ou outros membros da família e muita atenção à qualquer opinião que sua criança for capaz de vocalizar. Em adição à isso, você terá que trabalhar em estreita colaboração com qualquer um que compartilhe contigo responsabilidades de cuidado, já que a consistência é uma parte importante da criação bem sucedida dos filhos.

Livros úteis, sobre o exercício da paternidade e da maternidade, podem ser encontrados em livrarias e bibliotecas. Olhe vários livros deste assunto e, em seguida, selecione um ou dois de referência para uma leitura cuidadosa. Você também pode querer assistir a aulas de formação de pais e mães e procurar se consultar com um especialista em parentalidade¹.

Se for descoberto que a sua própria confusão ou inconsistência na educação da sua criança é uma das principais causas das dificuldades da sua criança, você deve saudar isto como sendo uma boa notícia, de fato, a melhor notícia possível! Isso significa que sendo um assunto dos pais, não há nada de errado com sua criança que não possa ser corrigido através de seus esforços e os de sua família. Embora possa parecer inicialmente mais fácil pensar que alguém ou alguma outra coisa é a causa dos problemas de sua criança, tal pensamento, em última análise tira o poder das suas mãos. Ao tomar a decisão de parar de medicar sua criança, você deve reafirmar-se como um pai ou mãe e retomar a responsabilidade por ela.

10.5 Focalizando nos problemas da família

10.5.1 Amadurecimento suprimido

Quando as crianças têm estado consumindo drogas psiquiátricas por anos, seu desenvolvimento psicológico e social pode ter sido suprimido. Em vez de lutar pelos estágios normais de desenvolvimento, durante seu período de crescimento, essas crianças são empurradas para um estado de conformidade induzido por estas drogas. Elas podem não aprender a se expressar e conhecer a si mesmas, para lidar com as dores emocionais, para trabalhar nos conflitos com os outros, e para se responsabilizar pelo seu próprio comportamento. O seu sentido de autonomia e responsabilidade pessoal é quase sempre prejudicado. Todas estas questões podem vir à superfície de forma aguda durante a abstinência, e requerem atenção especial dos pais.

¹Ver Breggin (1998a [57]) para sugestões de leituras, princípios básicos da paternidade e maternidade, e informações sobre classes de formação de pais e mães, e os tipos de consultas disponíveis.

10.5.2 Aprendendo novas habilidades de pais

Nenhum de nós nascemos bons pais: Nós temos que aprender esse conjunto complexo e sutil de competências, “no trabalho”. Com efeito, nós atravessamos os mesmos estágios de desenvolvimento que nossos filhos, mas de nossa própria perspectiva e com os nossos próprios processos de aprendizagem específicos. Contudo, quando as nossas crianças são medicadas, nós não temos a oportunidade de aprender as habilidades envolvidas na criação de uma criança livre de drogas psiquiátricas. Nós nos acostumamos a recorrer a medicação como a resposta. Ao mesmo tempo, podemos deixar de examinar a nós mesmos e nossas próprias competências parentais. Pais e crianças têm de aprender novas habilidades durante e após a retirada da droga de drogaria.

Médicos, professores, psicólogos escolares, e outros que trabalham pelo bem estar da criança, frequentemente recomendam medicação para os pais quando eles deveriam recomendar ou oferecer uma consultoria ou seminário sobre competências parentais. Mesmo os pais que têm com sucesso criado várias crianças podem ter dificuldades em encontrar a abordagem certa para outros de sua prole. Cada criança é um novo desafio. De fato, os talentos especiais de sua criança, como elevada energia e uma natureza independente, podem estar testando suas competências parentais. E cada novo desafio na vida de uma família, apresenta novas tensões e oportunidades para você e suas crianças. Consultas com um terapeuta orientado para família que seja especialista em identificar suas vulnerabilidades como pai, neste momento especial de sua vida, e com esta criança em particular, pode ser o fator crítico para ajudar sua criança à abster-se das drogas psiquiátricas.

Muitos pais mantêm suas crianças consumindo drogas psiquiátricas porque se sentem culpados ou envergonhados demais para enfrentar os erros que eles cometeram. Eles se sentem tão humilhados pelas críticas de seu exercício de paternidade e maternidade, que eles não podem enfrentar a necessidade de aprender novas abordagens. Por contraste, os pais mais bem sucedidos são aqueles que livremente admitem que eles rotineiramente cometem erros e necessitam de realizar reajustes constantes nos caminhos através dos quais eles se relacionam com suas crianças. Desista de qualquer pretensão que tu possas ter de ser um pai (mãe) “perfeito”, e assuma que você tem muito a aprender. É uma questão de aceitar o axioma de que todos somos humanos.

Outros pais mantêm sua criança tomando medicação porque lhes foi dito que ela sofre de uma “severa desordem neurocomportamental” que vai piorar, a menos que um tratamento seja instituído com drogas psiquiátricas. Virtualmente todas as aflições da infância, realização tardia, ou mau comportamento, tem sido rotuladas como uma desordem. Pergunte ao seu doutor que exames médicos ou evidências necessita um diagnóstico médico efetivo, além do comportamento da criança.

Crianças pré-adolescentes são incrivelmente sensíveis a qualquer melhoria no comportamento dos pais. Às vezes, apenas umas poucas boas consultas com um especialista em parentalidade pode ajudá-lo a mudar significativamente a vida da sua criança para melhor. Especialmente no que diz respeito à administração dos comportamentos difíceis, tais como raiva e ressentimento, as novas abordagens dos pais podem transformar as respostas de uma criança da noite para o dia.

10.5.3 Aprendendo à dar mais atenção

A maioria dos pais sofre de “desordem de déficit de atenção de pais”. Eles raramente encontram tempo suficiente para dar às suas crianças toda a atenção que elas necessitam e merecem. Com efeito, as suas crianças tem tempo de sobra.

Na sociedade moderna, com sua crescente pressão econômica sobre as famílias e seus muitos lares mono-parentais, as drogas psiquiátricas se tornaram uma espécie de babá, as crianças fazem menos exigências dos pais enquanto estão envolvidas com estas drogas. Se você estiver planejando parar o consumo destas drogas da sua criança, esteja preparado para gastar mais tempo com ele ou ela. Esta pode ser a decisão mais importante e potencialmente gratificante de sua vida - passar mais tempo

com seu filho de forma rotineira durante todo o período de dependência da sua criança em você.

10.5.4 O papel especial do pai

Muitas crianças que rotineiramente utilizam medicação, talvez a maioria, têm pais que não estão suficientemente envolvidos na vida delas. Especialmente nos casos envolvendo meninos que são desobedientes e se ressentem de autoridade, o pai é muitas vezes a principal fonte da dificuldade - e, portanto, a principal fonte de potencial melhoria. Tais meninos necessitam de um vínculo mais forte de pai e filho por meio do qual aprendam um comportamento disciplinado e respeitoso. Contudo, nos casos em que o pai está passando tempo com a criança, mas uma melhoria comportamental correspondente não está ocorrendo, ele pode estar agindo muito mais como um amigo e não o suficiente como um pai. Quando um pai é negligente como um disciplinador, a criança é encorajada a tirar proveito de sua mãe ou outros cuidadores, impondo um fardo impossível para eles.

10.5.5 Prestar atenção aos sentimentos e desejos de sua criança

Em adição aos princípios da redução lenta e cautelosa que enfatizamos, é importante que você preste atenção especial aos sentimentos de sua criança. Todos os dias durante o período de abstinência, converse e brinque com ela, e sintonize em como ela se sente.

O tempo acamado apresenta uma boa oportunidade para visitar sua criança, especialmente se ele ou ela está tendo problemas para cair no sono durante a abstinência da droga psiquiátrica. Mas não se esqueça de checar antes e depois da escola também. Se você está no trabalho durante o dia, telefone diariamente, quando sua criança chega em casa da escola. Como as nossas outras sugestões, esta pode se tornar um hábito profundamente satisfatório que dure durante toda a infância e contribua para o amor e a confiança que você compartilha com sua criança.

Deixe claro para sua criança que a abstinência das drogas psiquiátricas pode ser difícil e que você quer ouvir sobre todos os sentimentos ou pensamentos incomuns ou desconfortáveis. Reassegure à sua criança que você vai prestar atenção, responder, e talvez alterar o cronograma de medicação, se necessário.

Jogar jogos pode ajudar uma criança nova à expressar sentimentos potencialmente delicados e, assim, ajudá-lo a se comunicar com ela. Por exemplo, você pode ter dois bichinhos de pelúcia em um bate-papo um com o outro. Comece por estabelecer qualquer assunto que você possa imaginar, especialmente se ele for bonito e engraçado. Então proponha à sua criança que os animais falem uns com os outros. Em um momento oportuno, introduza o tópico dos “sentimentos” na conversa entre os animais. Eventualmente, você pode perguntar-lhes como se sentem agora que eles estão tomando menos pílulas. Você pode ser surpreendido ao ouvir a sua criança, anteriormente reticente, começar a revelar informações na forma de um diálogo entre os dois bichinhos de pelúcia.

Outra abordagem lúdica envolve contar histórias. Proponha à sua criança - com bastante empolgação, se necessário - que ela inicie uma história sobre uma pequena menina ou menino. Após a história começar, você pode sugerir que a criança na história está tendo problemas para se dar bem em casa ou na escola. Em seguida, direcione a história para o que acontece se a menina ou menino começa a tomar medicamentos e então pára. Você pode descobrir que sua criança lhe diz sobre si mesma em sua história.

Outra maneira de conseguir a cooperação de sua criança é informá-la sobre as possíveis dificuldades que ela pode experimentar durante a abstinência. As crianças muitas vezes se tornam mais responsáveis quando a responsabilidade é confiada à elas. E a perspectiva de parar de consumir drogas psiquiátricas, muitas vezes motiva as crianças à melhorar a sua conduta.

Não se preocupe achando que estais dando à sua criança muita oportunidade de expressar seus sentimentos e desejos, você ainda pode permanecer no comando como o progenitor. De qualquer forma, o seu interesse maior nos sentimentos de sua criança irá encorajá-la a ser mais responsiva para os seus.

10.6 Focalizando nos problemas na escola

As crianças mais frequentemente consomem estimulantes por causa da pressão da escola. Muitas escolas encorajam os pais a procurar consultas médicas, a fim de medicar as crianças e controlar seu comportamento em sala de aula. No passado, a hiperatividade e outras formas de ações disruptivas foram os principais comportamentos alvos. Mais recentemente, as escolas começaram a advogar o consumo de drogas psiquiátricas baseado na suposição de que elas também contribuem para uma melhora da aprendizagem e do desempenho acadêmico. Contudo, não existe nenhum corpo de evidências científicas para suportar esta esperança. A maioria das revisões e dos painéis, concluíram que não foi demonstrado que os estimulantes melhoraram a aprendizagem ou o desempenho acadêmico². Como outros agentes psicoativos, eles são de longe muito mais susceptíveis de prejudicar a função mental.

10.6.1 Se a sua criança está desatenta

Se os principais problemas de sua criança na escola são “sonhos durante o dia”, esquecimento de coisas, e de algum outro modo uma atuação “desatenta”, você deve ser capaz de parar o consumo das drogas estimulantes com relativa facilidade. Simplesmente explique ao professor que você prefere ter uma criança que “sonhe durante o dia” do que uma criança que não possa sonhar. Você pode também indicar que não existem dados científicos confirmando a utilidade de estimulantes para o tratamento da desatenção³.

Peça aos professores suporte para aumentar a atenção de sua criança na escola, talvez através de uma instrução mais individualizada destinada a estimulá-la à abordar necessidades educacionais específicas. Em adição à isso, passe um tempo fora da escola cultivando os interesses acadêmicos da sua criança, de uma maneira divertida. Leve-a na biblioteca e nos museus, filmes, concertos e outras atividades educacionais. Mas não recorra às drogas psiquiátricas para “melhorar” a atenção de sua criança. Estas drogas somente embotam a imaginação e vida de fantasia, sem fazer qualquer melhoria genuína na habilidade fatural da criança de se focar.

10.6.2 Se sua criança não tem boas notas

Alguns professores dão notas melhores para as crianças que consomem drogas psiquiátricas porque estas substâncias tornam-as mais conformadas. Mas notas melhores, não valem o preço da conformidade induzida por estas drogas. E, como já notado, drogas farmacêuticas não melhoram o fatural desempenho acadêmico ou de aprendizagem.

Muitos pais bem-intencionados escolheram medicar suas crianças para melhorar suas notas. Se você está entre eles, nós pedimos que você reconsidere suas prioridades. Sua relação pessoal com a sua

²Ver o relatório, do painel da conferência de desenvolvimento de consenso, publicado pelo National Institutes of Health (Institutos Nacionais de Saúde) (1998). Além disso, Breggin (1998a [57]) provê uma análise das revisões e estudos confirmando que os estimulantes não melhoram o aprendizado ou a performance acadêmica.

³De acordo com a declaração de consenso do National Institutes of Health (Institutos Nacionais de Saúde) (1998), “não existem dados sobre o tratamento da DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção), do tipo desatento”.

criança deve ser uma prioridade muito maior do que as notas. De fato, a sua criança irá beneficiar-se muito mais sentindo-se amada e apreciada por você do que tirando boas notas. Pare de lutar com sua criança sobre trabalhos de casa e se concentre em aproveitar a paternidade ou maternidade. Deixe o professor, um tutor, ou um parente ou amigo ajudar no trabalho de casa se isso alivia um pouco da tensão entre você e sua criança. Um ou dois meses de alívio de conflitos sobre estudos podem permitir-lhe melhorar não só o seu relacionamento, mas também a sua perspectiva sobre o que é importante no longo prazo para a sua criança. Em nossa opinião, nada é mais importante do que a qualidade de seu relacionamento pessoal com sua criança.

Nós também pedimos que você coloque uma maior prioridade na integridade do cérebro da sua criança do que em boas notas. A medida que sua criança cresce, ele ou ela terá múltiplas oportunidades para desenvolver o interesse pela escola e na educação. Sobre esta matéria, algumas pessoas não se propõe à estudar até que sejam adultas, e outras, é claro, vão muito bem na vida apesar de irem muito pobremente na escola. Assim, enquanto as oportunidades futuras para a escola abundam, sua criança nunca vai ser capaz de obter um novo cérebro que não tenha sido afetado pelas drogas psiquiátricas.

Se a sua criança está em perigo de ser reprovada por uma nota, você pode sentir uma urgência particular sobre como corrigir a situação. Esta preocupação é compreensível, mas não deixe que ela se sobreponha a dois dos aspectos mais importantes da vida da sua criança - a relação entre vocês dois, e que ela possua um cérebro que não seja prejudicado por drogas psiquiátricas.

Manter a paciência, com as crianças que não alcançam boas notas, é uma ação muito mais positiva do que medicá-las. E, em qualquer caso, existem muitas outras maneiras de ajudar as crianças a um melhor desempenho na escola. O melhor é gastar tempo com sua criança - jogar jogos interessantes, ir aos museus, e, em geral, participar de atividades que tornam a aprendizagem uma parte da vida de sua família. Tutoria, especialmente na leitura, é muitas vezes a intervenção educacional mais eficaz disponível. Ler com a sua criança não é só academicamente benéfico, mas pode melhorar seu relacionamento como ela.

10.6.3 Se a escola insiste

Como notado, muitas escolas pressionam os pais para colocarem suas crianças consumindo medicamentos, especialmente se elas são perturbadoras na sala de aula ou exigem mais atenção do que o professor está disposto ou é capaz de dar. Escolas particulares podem ameaçar expulsar as crianças. Escolas públicas utilizam outras formas de pressão psicológica que podem ser igualmente ameaçadoras.

Se você é um pai ou uma mãe que está determinado a não dar drogas psiquiátricas para suas crianças, tu podes re-direcionar sua energia considerando as muitas alternativas melhores que existem. Primeiramente, trabalhe em estreita colaboração com a escola para melhorar o comportamento perturbador da sua criança. Gaste tempo em sala de aula observando o comportamento dela, ou encontre um amigo ou parente que possa fazê-lo. Suas visitas vão ter a vantagem adicional de tornar claro para sua criança - e para o professor - que você considera a sério essas dificuldades. Faça todas as coisas que puder para garantir que a escola atende às necessidades do seu filho ou filha.

É de se esperar a resistência das escolas. Lidar com os professores e funcionários da escola que, compreensivelmente, resistem em mudar seus hábitos, a fim de acomodar as necessidades de sua criança, requer tempo, esforço, paciência, e engenho. Mas, esta alternativa que não medica a sua criança, tem a clara vantagem de enquadrar diretamente a dificuldade em termos educacionais, e de encorajar os adultos, em torno da sua criança, a chegarem nas soluções.

Nós às vezes aconselhamos aos pais a dizer para as autoridades da escola algo ao longo destas linhas: “Eu sei que a Ritalina tem uma boa chance de fazer o minha criança mais complacente em

sala de aula, mas isso não é o tipo de 'melhoria' que eu quero para ela. Eu não bato na minha criança se ela sofre um revés em sala de aula, e eu me recuso dar drogas psiquiátricas para ela para este mesmo propósito". Você também pode expressar a sua preocupação em expor sua criança a estas drogas farmacêuticas que causam agitação, retardo de crescimento e problemas cardíacos sobre os quais a FDA tenha explicitamente alertado.

Em segundo lugar, discuta os problemas da sua criança na escola com um conselheiro independente, psicólogo ou consultor educacional. Se o profissional não está disposto a visitar a escola, você pode querer encontrar outro recurso.

Terceiro, lembre-se que muitas crianças maravilhosas que se tornam adultos criativos não tinham a pretensão de passar dia após dia em grandes grupos aprendendo matérias pouco importantes. Considere outras escolas, bem como a grande variedade de programas de escola em casa, que estão disponíveis.

10.7 Redução de múltiplas drogas psiquiátricas ou múltiplas doses diárias

No Capítulo 8, nós discutimos os princípios envolvidos na escolha de qual droga psiquiátrica ou que dose começar a reduzir. Lembre-se que se uma segunda droga de drogaria tem sido dada para minimizar um efeito colateral causado pela droga original, a segunda droga psíquica não deve ser retirada até que a dose da original seja reduzida. Assim, por exemplo, se foi dado à sua criança Klonopin para superar a insônia induzida pela Ritalina, reduzir a Ritalina deve ser o seu passo inicial.

Alternativamente, se a dose de uma droga psiquiátrica específica está causando efeitos adversos, você pode começar por reduzir esta dose. Por exemplo, se a dose da tarde de clonidina está tornando sua criança muito sonolenta - ou se a dose da tarde de Ritalina está tornando sua criança muito ativa na hora de dormir - comece a reduzindo esta dose.

Às vezes uma ou outra dose pode ser a mais prática de se reduzir primeiro. Se o comportamento da sua criança em casa é relativamente fácil de administrar em comparação com o comportamento dela na escola, então, comece por reduzir a dose que você dá depois da escola.

10.8 Quando começar a retirada

A sua criança deve parar de consumir drogas psiquiátricas de qualquer tipo o mais rapidamente possível. Estas drogas são prejudiciais para o crescimento do cérebro e desenvolvimento geral da sua criança. Mesmo que você e o médico da sua criança acreditem que as drogas psiquiátricas têm sido úteis, o consumo delas deve ser interrompido logo que possível. Nos casos em que drogas farmacêuticas estão sendo usadas para tratar crianças ou adultos, a melhor prática é sempre a menor dose pelo menor tempo possível. Em crianças com cérebros em crescimento e vulneráveis, a necessidade de evitar exposições tóxicas é especialmente crítica.

Lembre-se, o comportamento da sua criança pode piorar temporariamente durante a abstinência. É muito importante neste momento um ambiente positivo, amoroso, paciente e envolvente. Se a sua criança está indo para o acampamento de verão ou alguma outra atividade fora de casa, a redução da dose deve ser completada de preferência, pelo menos, algumas semanas antes.

Se sua criança tem estado consumindo drogas psiquiátricas por um ano ou mais, e se o comportamento na escola é o maior problema, você pode querer esperar até as férias de verão para começar a reduzir a dose. Ou você pode querer começar uma redução lenta e cautelosa durante o ano letivo.

Se a escola relatar que a criança está “saindo do controle”, você pode ter que adiar a redução até o verão.

Como pais, nós mesmos preferiríamos retirar nossas crianças da escola do que drogá-las com o propósito de permanecerem na escola. Nós vamos preferir qualquer alternativa viável, que não seja dar drogas psicoativas para nossas crianças, incluindo grandes mudanças em nosso próprio estilo de vida, a fim de prover melhor as necessidades delas.

Nós recomendamos a leitura, do livro de Peter Breggin intitulado “*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*” (Breggin, 1998a [57]), como uma parte de qualquer decisão de iniciar ou parar o consumo das drogas estimulantes para o controle comportamental das crianças. Seu livro discute muitos assuntos explanados no presente capítulo, com um detalhamento consideravelmente maior - incluindo como lidar com as escolas e como desenvolver suas competências parentais.

Capítulo 11

Entendendo os Medos do Seu Terapeuta de Não Usar Drogas Psiquiátricas

Muitas pessoas lendo este livro estão consultando médicos ou psicoterapeutas que estão instando-os a iniciar ou permanecer consumindo drogas psiquiátricas. Se você está sendo pressionado a usar estas drogas, você pode achar de ajuda compreender o seu médico ou terapeuta como um ser humano com suas próprias preocupações, medos e conflitos sobre o seu desejo de estar livre destas drogas de drogaria.

11.1 Quando seu terapeuta diz que você precisa de drogas psiquiátricas

Você pode não ter tido a intenção de tomar drogas psiquiátricas quando tu procurastes ajuda pela primeira vez. Depois de algumas poucas sessões de terapia, o seu terapeuta pode ter levantado a questão. Ou talvez, quando a terapia não estava progredindo tão bem quanto você esperava, tu se perguntavas sobre a possibilidade de tentar estas drogas. De uma forma ou de outra, o seu terapeuta fez um encaminhamento para um psiquiatra e, após uma visita de quinze a trinta minutos com o médico, tu iniciastes o consumo destas drogas psíquicas.

Você pode ter tido sentimentos mistos sobre iniciar o consumo de drogas psiquiátricas. Se o seu terapeuta sugeriu isto, você pode ter concluído: “Eu devo estar pior do que eu pensava. Até meu terapeuta não pode me ajudar. Talvez eu tenho um desequilíbrio bioquímico. Talvez isto seja genético”.

Mesmo que tenha sido sua própria idéia procurar medicação, você pode ter tido reservas ou questionamentos. Será que foi tudo culpa sua quando a terapia não estava progredindo tão bem? Talvez o seu terapeuta estivesse no caminho errado. Talvez você pudesse se beneficiar mais de um terapeuta diferente ou de outro tipo de terapia. Possivelmente você se perguntou sobre a mudança de terapeuta, sobre usar ervas e outros métodos alternativos de cura, indo a um centro de cura holística, ou tentando fazê-lo por conta própria, sem ajuda profissional. Talvez você tenha desejado que seu terapeuta tivesse dito: “Não desista de si mesmo e não desista de sua terapia. Nós podemos fazer isso sem drogas!”

11.2 Terapeutas também são gente

A sua suspeita pode ter sido correta: Se você não estava indo tão bem quanto você esperava na terapia, talvez não tenha sido sua culpa. A terapia é uma relação, e há inúmeras razões pelas quais os relacionamentos deixam de cumprir sua promessa. Pode haver uma falta de simpatia entre os participantes, um choque de personalidades ou valores, pontos de vista conflitantes, uma falta de compreensão mútua. Talvez a relação tenha começado com o pé errado e nunca se recuperou. Talvez nenhum de vocês se sinta confortável um com o outro. Seu terapeuta pode lembrar muito do seu pai ou mãe, ou da sua criança, ou você pode lembrar seu terapeuta muito da mãe ou pai dele, ou do filho. Talvez o seu terapeuta tenha problemas semelhantes aos seus e nunca os resolveu. Talvez o seu terapeuta esteja passando por um momento difícil em sua própria vida, ou simplesmente não sabe como fazer terapia também. Em suma, as fontes de dificuldade na terapia são tão numerosas quanto as causas da dificuldade em qualquer relacionamento.

Encontrar o terapeuta certo é comparável em dificuldades a encontrar e cultivar um bom amigo. Ambos, a amizade e um bom relacionamento terapêutico, requerem persistência, sorte, paciência, trabalho duro, e talvez uma bênção.

Desafortunadamente alguns terapeutas automaticamente culpam o cliente por qualquer falta de sucesso na terapia. Eles podem justificar-se dizendo: “Eu não recomendei medicação até que fosse óbvio que a terapia por si só não estava funcionando”. Mas esta afirmação - ... “a terapia não estava funcionando” - contem muitas suposições não examinadas. A terapia não é uma coisa, como uma máquina de perfuração do dentista, que funciona ou não funciona. Não é algo que vem de forma fixa e fechada com efeitos específicos, tais como 250 mg de penicilina. Em vez disso, a terapia é um relacionamento. E o fracasso da relação pode tão facilmente ser causado pelo terapeuta quanto pelo cliente. Comumente ambas contribuem para este resultado.

11.3 Tantos tipos de terapia

Cada cliente possui idéias únicas sobre os objetivos da terapia, um cliente quer alívio da ansiedade ou depressão, outro quer chegar às raízes dos problemas pessoais desde a infância, ainda um outro está focado na busca de uma abordagem mais livre para viver. Alguns clientes não têm objetivos declarados, outros têm muitos.

Os pais muitas vezes procuram ajuda, em relação a suas crianças, a partir de muitas perspectivas divergentes. Alguns pais vêm a si mesmos como parte do problema, eles querem orientação na resolução de conflitos com sua descendência. Outros pais vêm a dificuldade como residindo em suas crianças; pois eles esperam que as crianças sejam diagnosticadas e tratadas. Terapeutas também têm idéias específicas sobre os objetivos da terapia. Eles se identificam por numerosas “escolas” diferentes com frases descritivas tais como: terapia cognitiva-comportamental, terapia existencial, terapia fenomenológica, terapia de insight (visão interior), terapia de relacionamento, terapia apoiadora, terapia racional-emotiva, terapia psicanalítica, terapia psicodinâmica, terapia experiencial, biofeedback (realimentação biológica), terapia noética, terapia psicoespiritual, terapia psicoeducacional, aconselhamento centrado no cliente, programação neurolinguística, e muito mais. Quando há crianças envolvidas, o número de abordagens se expande para incluir ludoterapia e uma variedade de abordagens de treinamento dos pais.

Alguns terapeutas são ecléticos, adaptando várias técnicas diferentes para seus clientes, enquanto outros têm uma abordagem particular que eles usam para todos. Muitos terapeutas trabalhar com qualquer um que venha ao seu consultório, outros se especializam. Alguns terapeutas trabalham com uma pessoa de cada vez, outros trabalham com famílias ou grupos. Similarmente os terapeutas podem variar em seus objetivos na terapia. Um terapeuta, por exemplo, pode recomendar o alívio

da ansiedade ou depressão através de drogas psiquiátricas, juntamente com a psicoterapia, outro pode oferecer um programa comportamental ou cognitivo para a aprendizagem de novas formas de agir e pensar, ainda um outro pode tentar libertar o indivíduo de traumas precoces ou lições erradas aprendidas na infância. Alguns terapeutas têm objetivos muito claros para os seus pacientes, antes mesmo de entrarem no consultório, outros tentam adequar a terapia com os objetivos originais do cliente na medida que eles se desenrolam.

Alguns terapeutas tem uma abordagem acolhedora e cuidadosa, e partilham alguns dos seus próprios sentimentos e experiências; outros terapeutas são mais distantes e reservados, não partilhando quase nada sobre si mesmos. Alguns tentam construir uma relação de igualdade e respeito mútuo, enquanto outros são autoritários e controladores.

Alguns se dirigem aos seus pacientes pelo seu primeiro nome, mas esperam ser chamados de “doutor”. Alguns raramente chamam seus clientes por qualquer nome. O método de abordar os clientes, e de se dirigir a eles, muitas vezes reflete atitudes básicas em relação a autoridade e controle.

Muitos terapeutas exploram os problemas dos clientes sem qualquer abordagem formal no geral, outros têm rotinas e programas definidos. Alguns não estabelecem um limite de tempo para terapia; outros oferecem um determinado número de sessões. Alguns terapeutas trabalham em ambientes médicos semelhantes à um consultório de cirurgias, outros trabalham em consultórios domésticos que expressam suas personalidades únicas e vida familiar.

Uma terapia que atenda as necessidades de uma pessoa pode parecer fútil, assustadora, ou mesmo ridícula para outra pessoa. Nesta matéria, até mesmo uma resposta singular individual, a um ou outro tipo de terapia, pode variar ao longo do tempo. Algumas pessoas recebem a terapia com facilidade e gosto, outros acham-a dolorosa e até mesmo alienada.

Dado o amplo espectro de atitudes e abordagens entre os clientes e terapeutas, bem como as diferenças infinitas na personalidade, é absurdo pensar que qualquer indivíduo deva consumir drogas psiquiátricas porque uma ou outra terapia “não funcionou”.

11.4 O que fazer quando a terapia está falhando

Se você não está indo bem na terapia não é porque haja algo errado contigo. Pelo contrário, é porque a relação não está atingindo os objetivos desejados de um ou de ambos os participantes. E quando os objetivos desejados não estão sendo alcançados, certamente não vai ajudar, se um dos participantes começa a drogar o outro.

Dado o número infinito de relações terapêuticas que podem potencialmente ser formadas, buscar pela terapia correta faz muito mais sentido, do que voltar-se para drogas psiquiátricas, depois do fracasso de uma, duas ou até três dessas relações. Considere a possibilidade de experimentar uma série de diferentes terapias e terapeutas, se você não encontrar uma correspondência perfeita na primeira tentativa.

Por outro lado, você pode se sentir muito inseguro ou instável para parar a terapia antes de encontrar uma alternativa. Lembre-se, é seu direito de continuar trabalhando com um terapeuta enquanto você avalia outro. Idealmente, você deve ser capaz de dizer ao seu terapeuta que você está procurando ajuda adicional ou alternativa, mas se você se sentir desconfortável ao fazer isso, você não tem que informar o seu terapeuta que você está considerando uma mudança.

11.5 Em que temos fé?

Escolher, entre terapia de droga psiquiátrica e psicoterapia, ou decidir sobre uma combinação das duas, muitas vezes tem mais a ver com fé do que com ciência ou razão. Nos tempos modernos, muitas pessoas sofisticadas se sentem desconfortáveis com a sua necessidade de fé. Elas negam isso e acabam por ter uma fé distorcida, silenciosa, ou dissimulada em coisas materiais. As pessoas costumavam ter fé em seus empregadores, mas isso raramente é o caso hoje em dia. Elas podem tentar, em vez disso, ter fé na sua própria inteligência e, especialmente na sua formação, educação e experiência no local de trabalho. Elas também podem voltar-se para o dinheiro, cobiçando muito do mesmo, como uma forma de segurança. Elas têm fé no dinheiro.

Quando nós crescemos, não deixamos de ser crianças - nós simplesmente disfarçamos esse fato. Nós continuamos a ter todos as mesmas necessidades básicas de segurança, amor, e fé.

As crianças começam tendo fé em seus pais. Mais tarde, elas podem desenvolver a fé em outras pessoas ao seu redor, bem como em pessoas que nunca encontraram, desde estrelas de cinema aos heróis esportivos. À medida que amadurecem, os adultos tendem a evoluir e encontrar novos tipos de fé, incluindo a sua própria ética particular, valores e religião. A fim de desenvolver relacionamentos adultos saudáveis, eles precisam aprender a ter fé nas pessoas individuais. Em suma, eles devem aprender a confiar.

A fé última de uma pessoa pode ser definida em termos de para onde ele ou ela se volta quando sente-se amedrontada, duvidando de si mesma, desesperadamente deprimida ou ansiosa, desesperada, ou agitada até o núcleo. Hoje em dia muitas pessoas recorrem a profissionais de saúde mental como sua última fonte de segurança e esperança. Elas têm fé de que esses profissionais podem fazê-las se sentir bem psicologicamente ou espiritualmente. Sem perceber, elas estão colocando a si mesmas nas mãos de especialistas de saúde que podem ter pouca consciência psicológica ou espiritual - são pessoas que colocaram a sua fé em diagnósticos médicos, explicações biológicas, e drogas psiquiátricas.

Mas será que a psiquiatria é ciência? Será que a fé na psiquiatria está baseada em fatos? Em pesquisa? Será que podemos “confiar nas pesquisas”?

A verdade triste é que, no campo da psiquiatria, é impossível “confiar na pesquisa”¹. Quase todas as pesquisas nesse campo são pagas por empresas de drogas farmacêuticas e conduzidas por pessoas que vão “trabalhar” da melhor maneira possível para estas empresas. Mesmo que um projeto de pesquisa não seja patrocinado por uma empresa fabricante de drogas, o pesquisador é obrigado a ter fortes laços com estas empresas farmacêuticas que controlam o campo de pesquisa, financiam a maior parte das conferências e reuniões envolvidas, e oferecem outras regalias, tais como trabalhos de consultoria. Em adição a isso, as empresas e os pesquisadores destas drogas comerciais compartilham uma crença comum nestas drogas de drogaria. Eles também compartilham um conjunto de valores sobre os tipos de manipulações estatísticas que podem ser tolerados, sobre os tipos de dados que podem ser aceitos ou rejeitados, e sobre os padrões para o sucesso. Quase sempre, se qualquer tipo de números estatisticamente significativos puderem ser expurgados dos dados - independentemente de seu significado real - o teste clínico será apresentado como “prova” da segurança e eficácia da droga psico-comercial em questão. De fato, é quase impossível coletar dados em tais experimentos sem chegar a “significativas” correlações e resultados “positivos”.

Infelizmente, mesmo pessoas bem informadas muitas vezes também colocam sua fé na psiquiatria e na pesquisa psiquiátrica. É o mesmo que colocar sua fé em uma empresa de drogas farmacêuticas.

¹Algumas das muitas razões, para não confiar nas pesquisas psiquiátricas, nas empresas de drogas farmacêuticas, e na psiquiatria materialista, foram discutidas em capítulos anteriores do presente livro e documentadas detalhadamente em Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]), Breggin e Breggin (1994 [53], 1998 [57]), Moore (1997 [286], 1998 [287]), e Ross e Pam (1995) [325].

11.6 Terapeutas estão perdendo a fé em si mesmos

Muitos psiquiatras hoje em dia não têm fé na psicoterapia, outros simplesmente não sabem como fazê-la. Eles são medicamente treinados e contam com métodos médicos, e eles acreditam que as aberrações genéticas e bioquímicas são as causas mais significativas do sofrimento psicológico. Ainda outros psiquiatras podem continuar a acreditar na terapia do diálogo, mas se sentem pressionados, por colegas, bem como pelos pacientes e suas famílias, a dar medicação.

Mesmo muitos psicoterapeutas que não são médicos - profissionais de saúde mental que se especializam em terapias de diálogo - se sentem coagidos a ir junto com as últimas modas em diagnósticos psiquiátricos e medicamentos. HMOs, PPOs, e outras seguradoras, muitas vezes pressionam os terapeutas e clientes a procurar tratamento com drogas psiquiátricas. E psicoterapeutas, incluindo psicólogos clínicos, conselheiros e assistentes sociais, estão sendo treinados para acreditar que a medicação deve ser usada em qualquer situação que pareça difícil. O resultado final: terapeutas começaram a perder a confiança em si mesmos.

Se o seu tratamento não está progredindo bem ou se você parece estar em crise, o terapeuta pode se sentir “fora do galho” e insistir que você consuma uma droga psiquiátrica. Terapeutas têm vulnerabilidades emocionais exatamente como qualquer outra pessoa. Sua crise emocional pode se transformar em uma crise emocional para o seu terapeuta.

Mesmo terapeutas cuidadosos, experientes, e éticos podem descobrir que suas próprias preocupações pessoais atrapalham o caminho de te encorajar a trabalhar com eles sem drogas psiquiátricas. Eles podem se preocupar em como você vai ficar sem estas drogas, mas também podem temer o que vai acontecer com eles se tu ficares “pior” sem estas substâncias. Ao invés de estarem focados no que você quer e necessita, o terapeuta pode tornar-se mais preocupado com a sua própria imagem profissional, com as críticas de colegas por não dar drogas farmacêuticas, e até mesmo com um processo legal de sua família se você ficar mal sem estas drogas.

11.7 O medo exagerado de processos legais

A psiquiatria organizada alimentou os temores dos terapeutas, fazendo ameaças e, em um caso bem divulgado, afirmando que um hospital psiquiátrico privado “perdeu um processo por imperícia” porque não prescreveu drogas psiquiátricas para um paciente. De fato, o hospital resolveu a ação fora do tribunal de uma forma bastante covarde. Além disso, este processo particular foi uma raridade.

Psiquiatras que prescrevem drogas farmacêuticas e eletrochoques são aqueles que regularmente são mais processados no campo da saúde mental. E inúmeros processos por ano, por erro médico, ameaçam ou são iniciados contra médicos, incluindo psiquiatras, como resultado de danos causados por suas prescrições de drogas psiquiátricas e eletrochoques. Enquanto isso, muito poucos psicoterapeutas são processados pelos pacientes ou seus familiares, por qualquer razão. Muitos psiquiatras têm vários processos contra eles; poucos psicoterapeutas têm qualquer um. Como prova deste ponto, os prêmios de seguro por imperícia, pagos por psiquiatras, são muito mais elevados do que aqueles pagos por psicoterapeutas.

Mais especificamente, houve muito poucos processos por imperícia movidos contra os terapeutas por não recomendar medicação. Mas o medo dos terapeutas, de serem processados, é exagerado pela psiquiatria materialista como mais um método de intimidação. Embora tais ações legais sejam possíveis, elas não são prováveis especialmente entre os terapeutas que dispendem um tempo para explicar seus pontos de vista e para contrastá-los com as opiniões predominantes expressas por psiquiatras.

11.8 Fé em nós mesmos versus fé na medicação

Se nós não consideramos as drogas psiquiátricas como um último recurso, então estaremos diante da confiança em nós mesmos - nos nossos próprios recursos pessoais - incluindo a nossa capacidade de ser empático, compreender, ajudar na criação de novas e melhores soluções. Isto é verdade se nós estamos tentando ajudar a nós mesmos, amigos, membros familiares ou pacientes, sem incentivar o uso destas drogas.

Quando você e seu terapeuta rejeitam a medicação como uma alternativa, vocês na verdade declaram: “Trabalhando juntos, nós temos os recursos pessoais para vencer esse problema”. Muitos profissionais têm medo de assumir tal posição. Falta-lhes confiança. Eles esperam contar com um poder maior além de si mesmos, dos seus clientes, e de outros meros mortais. Hoje em dia o Poder Superior supremo é a medicação. É especialmente assustador rejeitar este “poder”, porque as empresas de drogas farmacêuticas e a psiquiatria materialista tem convencido um grande segmento da população que estas drogas psiquiátricas são a resposta, talvez mesmo a única resposta.

Quando nós decidimos não recorrer a intervenções médicas para aliviar nossa aflição ou resolver nossas crises ou sofrimentos, nós nos definimos, e a outros seres humanos, como sendo o recurso supremo. Nós nos comunicamos com nós mesmos ou com um cliente ou amigo: “Você e eu juntos, e com a ajuda de outras pessoas, possuímos os recursos necessários para resolver ou transformar para melhor o seu sofrimento e esta crise”.

11.9 Compreendendo os medos do seu terapeuta

Consistentemente com o princípio de que os terapeutas são pessoas, também, eles podem responder com muitos medos se você rejeitar a sugestão de drogas psiquiátricas ou mostrar um interesse em interromper o consumo delas. Terapeutas, como o público em geral, têm sido bombardeados com propaganda pró-droga farmacêutica. Durante a sua formação como psicólogos, conselheiros, ou assistentes sociais, eles podem ter sido obrigados a assistir palestras pró-drogas de farmácia por psiquiatras biológicos. Muitos profissionais de saúde mental se sentem dependentes de psiquiatras para referências ou para postos de trabalho, e tendem a aceitar o que eles defendem. Eles podem ter medo das críticas dos seus colegas ou de psiquiatras se eles não “aderirem ao programa” - e hoje em dia as drogas de drogaria são o programa.

Se tu estais deprimido, o terapeuta pode ficar preocupado com a possibilidade de que você vá se machucar ou cometer suicídio. Terapeutas têm sido levados a acreditar que os antidepressivos podem ajudar a prevenir o suicídio. Poucos deles percebem que não há evidências convincentes de que qualquer droga psiquiátrica possa reduzir a taxa de suicídio, mas há evidências de que muitas destas drogas, incluindo antidepressivos, podem aumentar a taxa de suicídio². Como revisado na introdução de Peter Breggin, a FDA agora adverte aos médicos e aos usuários da capacidade dos antidepressivos de aumentar pensamentos e comportamentos suicidas.

Se tu podes fazê-lo honestamente, você deve acalmar os temores do seu terapeuta, fazendo um acordo de que tu não vais prejudicar a si mesmo, e que ao invés disso você vai falar sobre as tendências autodestrutivas que possa ter. Considere também fazer planos de contingência concordando adiantadamente, por exemplo, em sempre telefonar ou aguardar até a próxima sessão, em vez de fazer qualquer coisa drástica. Seu terapeuta vai se sentir muito mais confortável em apoiar o seu não uso de drogas psiquiátricas se você deixar claro sua vontade de trabalhar em conjunto e assumir a responsabilidade de não machucar a si mesmo ou qualquer outra pessoa.

Alguns indivíduos tomam a posição de que “é problema meu, se eu me machucar”. Mas quando

²Ver Breggin (1997a [55]), Breggin e Breggin (1994 [53]), e Moore (1997) [286].

uma pessoa tenta ou comete suicídio, uma onda de sofrimentos resulta. Terapeutas não são imunes a isso. Diante do suicídio de um cliente, eles sentem-se não só culpados e com remorso, assim como perdidos, e sentem que falharam. Eles também podem temer pela sua reputação ou se preocupar com a sua vulnerabilidade legal a uma ação movida pela família ou por ti, se você sobreviver.

Hoje em dia, os terapeutas frequentemente tem medo de ser processados. Eles não sabem que os profissionais de saúde mental raramente são processados por não dar drogas psiquiátricas. Pelo contrário, é comum que os psiquiatras e outros médicos sejam processados por seus pacientes devido a reações adversas à estas drogas comerciais.

Acima de tudo, os terapeutas necessitam entender que a melhor garantia, contra processos legais, é ter um bom relacionamento com seus clientes. É muito raro que pacientes venham a processar, médicos ou terapeutas, quando eles sentem que foram tratados de maneira ponderada, com consideração, bem informados e com cuidado. Pacientes e clientes, bem como suas famílias, quase sempre podem aceitar erros honestos. O que se ressentem é a indiferença, manipulação e desprezo em respeito ao seu bem-estar.

Que seu terapeuta saiba que você aprecia as preocupações dele sobre o seu desejo de não tomar medicação psiquiátrica, e prometa não responsabilizá-lo por qualquer risco que você escolha assumir ao rejeitar ou ao interromper a medicação. Você pode até mesmo sugerir a assinatura de um formulário de que tu reconheces que o não uso de drogas psiquiátricas é uma decisão sua e que você está seguindo ela depois de devidamente advertido sobre as consequências potencialmente negativas.

Provavelmente foi ensinado ao seu terapeuta que medicamentos psiquiátricos têm efeitos positivos a longo prazo e que muitos pacientes devem permanecer consumindo eles por toda a vida. Assim, se você tem estado consumindo drogas psiquiátricas por anos, o seu terapeuta pode sentir que você está assumindo um risco grande demais, tentando “passar sem estas substâncias”. Ele ou ela provavelmente não tem idéia de que poucas, e talvez nenhuma destas drogas, trazem comprovadamente efeitos benéficos a longo prazo, mesmo pelos padrões de pesquisadores que são a favor delas³.

Não existem estudos pelo tempo de uma vida, sobre a eficácia das drogas psiquiátricas conforme descrito no Capítulo 2, a maioria dos estudos destas drogas duram de quatro a seis semanas e muitas vezes têm de ser estatisticamente manipulados para torná-los aparentemente positivos. Mesmo quando pesquisadas por longo prazo, estas drogas tendem a estar associadas com efeitos adversos crescentes e não há evidência de sua eficácia. Pode ser útil para o seu terapeuta ler este livro e outros⁴, a fim de aprender que há pouca base científica para a maioria das reivindicações sobre a eficácia das drogas psiquiátricas, mesmo no curto prazo, e quase nenhuma evidência sobre o seu valor a longo prazo. Simplesmente não há justificativa alguma para a alegação comumente feita de que algumas pessoas precisam de consumir estas drogas de drogaria pelo resto de suas vidas.

De fato, a maioria das dificuldades relacionadas em “passar sem drogas psiquiátricas” são o resultado da abstinência da droga. A maioria dos pacientes muitas vezes têm dificuldade de interromper o consumo destas drogas não porque elas sejam úteis, mas porque criaram dependência.

³A falha em provar os efeitos positivos a longo prazo, e sobre tudo a fragilidade de quaisquer reivindicações sobre a eficácia das drogas psiquiátricas, têm sido extensivamente revisadas por Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]) e Breggin e Breggin (1994 [53]). Veja também Cohen (1997a) [92], Fisher e Fisher (1996) [154], Fisher e Greenberg (1989) [153], Jacobs (1995) [211], e Mosher e Burti (1994) [290], bem como o Capítulo 2 do presente livro.

⁴Veja Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]) e Breggin e Breggin (1994 [53]). Veja também Cohen (1997a) [92], Fisher e Fisher (1996) [154], Fisher e Greenberg (1989) [153], Jacobs (1995) [211], e Mosher e Burti (1994) [290], bem como o Capítulo 2 do presente livro.

11.10 Personalidades e poder

11.10.1 Psiquiatras biológicos (materialistas)

Ambos os autores deste livro tem sido ativos em várias arenas profissionais, o que tem nos dado a oportunidade de comparar as características e estilos pessoais típicos das diversas profissões. Psiquiatras como um grupo, são muito mais controladores, autoritários, e emocionalmente distantes do que os outros profissionais de saúde mental que não são médicos. Agora que a profissão está dominada pela sua ala biológica (materialista), ela atrai os médicos que se sentem mais confortáveis fazendo prescrições de drogas psiquiátricas do que se relacionando com as pessoas. Estas tendências, por sua vez, são reforçadas por seu treinamento em clínicas e hospitais psiquiátricos, onde eles são ensinados a exercer poder e autoridade sobre os pacientes e outros profissionais e onde eles aprenderam a trancar as pessoas contra a sua vontade, para administrar eletrochoque, para escrever ordens de confinamento solitário e contenção, para controlar todos os aspectos da rotina diária dos pacientes, prescrever drogas tóxicas e negar seus devastadores efeitos adversos, e para geralmente mantêr uma relação autoritária e distante com seus pacientes.

Como resultado, os psiquiatras tendem a buscar poder não só na enfermaria do hospital e no consultório, mas na administração e na política também. Eles frequentemente se tornam líderes poderosos no campo da saúde. Na política, eles são extraordinariamente eficazes. O lobby da saúde mental financiado por empresas de drogas farmacêuticas, e liderado pela psiquiatria organizada, é uma dos mais poderosas na história das nações.

Psiquiatras biológicos - que constituem a maioria dos psiquiatras de hoje - tendem a reagir de uma maneira muito supressiva aos que se opõem a eles, incluindo os dissidentes em seu campo. Eles ostracizam os seus críticos e tem sido conhecidos por expulsá-los de suas posições em escolas ou outras instituições. Este comportamento é consistente com as abordagens autoritárias e controladoras que são ensinadas durante a sua formação.

11.10.2 Psicoterapeutas

Em nossa experiência, os psicoterapeutas que não são médicos tendem a ser menos autoritários, menos controladores, e menos distantes do que os doutores em medicina e especialmente os psiquiatras. Fazer psicoterapia no dia a dia tende a promover a aceitação da autonomia inevitável dos clientes ou pacientes. Terapeutas tendem a aprender a respeitar seus próprios limites e se concentrar em fortalecer as pessoas as quais eles estão tentando ajudar. Ao fazer o seu trabalho corretamente eles exercem sua influência através da empatia, compreensão e sabedoria - e não através da manipulação e controle.

Psicoterapeutas, por natureza, não são muito políticos ou burocráticos. Eles tendem a ser almas privadas, sentindo-se mais confortáveis nas configurações em que eles escolheram para trabalhar - espaços íntimos, isolados, e bem protegidos. Focalizados em compreender e ajudar os indivíduos, muitas vezes falta, à estes terapeutas, preocupações ou insights (visão interior) sobre as forças econômicas e políticas que orientam a profissão de saúde mental e a sociedade. Eles mal participam ativamente nas controvérsias majoritárias dentro do campo da saúde mental.

Ao contrário dos psiquiatras biológicos, “os médicos do diálogo” não têm nenhuma fonte de financiamento ou poder de grandes indústrias, das fundações privadas, ou do governo. Eles não têm nenhum grupo de lobby maciço em Washington. Mesmo os psiquiatras que praticam a psicoterapia têm pouca ou nenhuma influência no *Instituto Nacional de Saúde Mental* [*National Institute of Mental Health (NIMH)*] ou na Associação de Psiquiatria Americana [*American Psychiatric Association*], sendo que ambas são dominadas por seus colegas biologicamente (materialisticamente) orientados.

Não somente falta, aos psicoterapeutas, uma base mais ampla de poder econômico, mas suas rendas pessoais tendem a ficar muito atrás da dos psiquiatras, que prescrevem drogas comerciais, realizam tratamentos de choque, e confinam as pessoas nos hospitais. Organizações que representam os psicoterapeutas, como a Academia Americana de Psicoterapeutas, são também economicamente e politicamente fracas. Por outro lado, a psiquiatria organizada como exemplificada pela Associação Psiquiátrica Americana, ganhou muitos bens, e portanto influência, através do financiamento da indústria de drogas farmacêuticas.

A psiquiatria organizada - com a sua tendência natural para a acumulação de poder e com seu financiamento das empresas de drogas comerciais - agora domina o campo de saúde mental, enquanto os praticantes, psicoterapeuticamente orientados, raramente podem alcançar posições de influência profissional. Muitos se mantêm precariamente em qualquer posição que possam conseguir em revistas e em clínicas, escolas profissionais, e organizações nacionais. Não é exagero dizer que eles vivem com medo. Ganhar a inimizade de um psiquiatra biológico em uma instituição profissional - como uma associação, hospital universitário, clínica, jornal profissional, ou órgão do governo - é arriscar seu próprio emprego e carreira.

Você e seu terapeuta podem achar que é encorajador saber que existe uma organização de profissionais que fala a verdade ao poder no campo da psiquiatria. O Centro Internacional para o Estudo da Psiquiatria e Psicologia (ICSPP), em Bethesda, Maryland, foi fundado em 1970, em parte, para resistir ao poder crescente da psiquiatria materialista (ver Anexo C). Ele fornece uma rede de apoio mútuo e partilha de informações para profissionais e leigos interessados. Também patrocina um jornal revisado por pares, *Ethical Human Sciences and Services* [Serviços e Ciências Humanas Éticas], que se dedica à pesquisa científica e análise imaculada pelos interesses profissionais e econômicos. A cada ano o ICSPP detém uma conferência internacional dedicada ao princípio de ajudar as pessoas em sofrimento psíquico, sem recorrer a drogas psiquiátricas.

Se você é um cliente ou paciente que deseja parar ou rejeitar a medicação psiquiátrica, é extremamente importante que você entenda os medos e preocupações do seu terapeuta ou médico, e seja capaz de oferecer garantias racionais de que você vai assumir a responsabilidade por sua decisão e conduta pessoal.

O próximo capítulo oferece sugestões para os terapeutas que desejam favorecer a psicoterapia, mais do que a medicação psiquiátrica, como um tratamento para seus pacientes ou clientes. Se você está em terapia tu podes achar que é útil partilhar estas sugestões com seu terapeuta.

Capítulo 12

Diretrizes para Terapeutas que Não Defendem o Uso de Drogas Psiquiátricas

No capítulo anterior, nós descrevemos a atmosfera de intimidação dentro do campo da saúde mental que faz com que muitos psicoterapeutas fiquem temerosos de tratar seus clientes sem recorrer a drogas psiquiátricas. Também notamos que muitos terapeutas têm temido irrealisticamente que eles serão processados por não recomendar estas drogas.

Na realidade muitos bem sucedidos processos legais, devido a erro médico, são executados contra psiquiatras que prejudicaram seus pacientes com drogas psiquiátricas, enquanto um número relativamente pequeno destes processos são ações contra psicoterapeutas que falharam no tratamento¹. Além disso, há poucos ou nenhum caso em que psicoterapeutas foram legalmente processados, com sucesso, por deixarem de recomendar medicação. Uma revisão recente das causas dos processos legais contra psiquiatras, que cometeram erro médico, nem sequer menciona a falha em prescrever medicação, embora este estudo liste muitos fatores de risco associados com a prescrição destas drogas psiquiátricas (Perlin, 1997).

Não há proteções asseguradas contra processos por imperícia médica ou outras recriminações de pacientes ou colegas; profissionais individuais devem lidar com essas preocupações legítimas de acordo com seus próprios valores e precauções. Contudo, se você é um terapeuta ou psiquiatra que não defende o uso de medicação, existem princípios éticos e diretrizes que podem ser úteis para você e seus clientes. Se você é um cliente cujo terapeuta ou psiquiatra está com medo, de não parar ou de não começar a medicação, você pode sugerir-lhe que leia este capítulo.

12.1 Diretrizes sugeridas

As diretrizes a seguir são apresentadas em forma concisa para propósitos de clareza, elas não devem ser interpretadas, como regras rígidas e rápidas, ou como padrões legais de cuidado. Em suma, elas são sugestões que intencionam estimular seu pensamento e apontar direções úteis.

¹Perlin (1997) indica que a falha, em conduzir adequadamente a psicoterapia, é raramente a base para um bem sucedido processo por imperícia médica, e Simon (1997) descreve as condições nas quais psiquiatras são, com sucesso, processados em relação ao tratamento com medicação e a frequência com que essas ações legais são iniciadas. Psicoterapeutas são mais propensos de serem legalmente processados, por conduta antiética tais como ter relações sexuais com uma paciente, do que por erros cometidos durante a prestação de tratamento.

12.1.1 Informe seus clientes sobre o ponto de vista predominante da psiquiatria materialista

Informe seus clientes sobre o ponto de vista predominante da psiquiatria materialista. Quando a questão da medicação surgir, deixe claro que hoje em dia a maioria dos psiquiatras prescrevem drogas de drogaria para quase todos os pacientes que eles vêem, incluindo aqueles com casos relativamente leves de ansiedade e depressão. Desta forma, você pode garantir que os seus clientes, compreenderam a ênfase atual na medicação da psiquiatria materialista, e que eles estão cientes da pronta disponibilidade destas drogas psiquiátricas, caso queiram obtê-las em outro lugar.

12.1.2 Esclareça as razões pelas quais você profissionalmente não concorda com, ou incentiva, o uso de medicação

Esclareça as razões pelas quais você profissionalmente não concorda com, ou incentiva, o uso de medicação. De uma maneira que seja consistente com suas crenças particulares, explique a sua opinião e experiência profissional em relação aos medicamentos. Circunstancialmente, nós muitas vezes indicamos nossas crenças de que as drogas psiquiátricas são altamente superestimadas, que seus efeitos adversos são comumente subestimados, que muitas vezes elas fazem mais mal do que bem, e que estas drogas prejudicam muito as faculdades mentais necessárias para maximizar a psicoterapia.

12.1.3 Recomende consultas e leituras de ambos os pontos de vista

Recomende consultas e leituras de ambos os pontos de vista. Explique que você apoia o direito dos seus clientes de procurar outras opiniões à qualquer momento durante a terapia, mas notifique que muitos ou mesmo a maioria dos psiquiatras irá manter uma opinião contrária à sua. Você também pode sugerir material de leitura de ambos os pontos de vista, mas mantenha em mente que a maioria dos clientes já terão sido inundados com exemplos do ponto de vista da psiquiatria materialista na publicidade, na mídia e nos livros.

12.1.4 Não pressione seus clientes a seguirem a sua filosofia particular de terapia

Não pressione seus clientes a seguirem a sua filosofia particular de terapia. Lembre-se que o seu trabalho é, o de capacitá-los a tomarem decisões, e não o de tomar decisões por eles. Por exemplo, em vez de tentar falar para seu cliente parar de consumir drogas psiquiátricas, simplesmente afirme o seu próprio desejo de não encorajar estas drogas e explique suas razões de porquê evitá-las. Não fique pessoalmente investido em parar o consumo, de seus clientes, destas drogas de drogaria; isto é uma decisão deles.

Em adição a isso, reassegure seus clientes que você terá prazer em continuar a terapia mesmo se eles decidirem obter medicação de outro indivíduo ao mesmo tempo. Mas advirta-os antecipadamente que eles provavelmente serão pressionados, a tomar drogas farmacêuticas, por psiquiatras e outros doutores em medicina, assim eles poderão estar preparados para lidar com isto.

12.1.5 Evite fazer referências às drogas psiquiátricas, se você acredita que elas não serão de ajuda

Evite fazer referências às drogas psiquiátricas, se você acredita que elas não serão de ajuda. Tera-

peutas, em nossa opinião, não são eticamente obrigados a fazer referendos para um serviço que eles não são favoráveis e que estão facilmente disponível através de outras fontes. Em vez disso, explique a seus clientes que, por conta própria, eles podem encontrar facilmente psiquiatras e outros médicos que prescrevem drogas psiquiátricas. Você pode indicar-lhes fontes potenciais de médicos, tais como a lista telefônica, a escola médica ou hospital psiquiátrico mais próximo, e o escritório local ou nacional da American Medical Association [Associação Médica Americana], ou da Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association]. Mas você não tem que participar na busca de um profissional cuja abordagem você não defende.

12.1.6 A menos que os clientes tenham estado consumindo drogas psiquiátricas por um tempo muito curto, sempre alerte-os sobre os perigos de parar abruptamente qualquer medicação deste tipo

A menos que os clientes tenham estado consumindo drogas psiquiátricas por um tempo muito curto, sempre alerte-os sobre os perigos de parar abruptamente qualquer medicação deste tipo. Exceto quando um paciente está sofrendo de uma reação, de abstinência destas drogas, potencialmente séria, é melhor errar do lado da cautela e defender a redução lenta da dose. Você não tem que ser um doutor em medicina para desenvolver habilidades em problemas de abstinência de droga psiquiátrica. Familiarize-se com as informações contidas neste livro e outras fontes sobre os perigos da redução destas drogas.

12.1.7 Se você tem conhecimento sobre os efeitos adversos de drogas psiquiátricas, compartilhe-o com seus clientes

Se você tem conhecimento sobre os efeitos adversos de drogas psiquiátricas, compartilhe-o com seus clientes. Você não está “interferindo” se discute os efeitos adversos destas drogas que outro profissional esteja prescrevendo para o seu cliente ou paciente. Também, você não pode assumir que um médico prescritor tenha dado ao seu cliente uma imagem suficientemente completa desses efeitos adversos. Por exemplo, os folhetos escritos, que os médicos fornecem aos seus pacientes, são muitas vezes inadequados.

Se você estiver confortável em fazê-lo, use uma edição recente da Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference], complementado por outras fontes, para rever com os seus clientes os efeitos adversos de qualquer droga psiquiátrica que foi prescrita para eles. Deixe claro que toda droga, deste tipo, tem tantos efeitos colaterais potenciais que você não pode descrever todos eles.

Certifique-se de não clamar mais experiência do que você tem de fato. Encoraje os seus clientes para obter informações, tanto quanto possível, por conta própria e de outros médicos.

12.1.8 Se você é um terapeuta, sem formação médica, com clientes que querem parar de consumir drogas psiquiátricas, considere referi-los a um médico

Se você é um terapeuta, sem formação médica, com clientes que querem parar de consumir drogas psiquiátricas, considere referi-los a um médico. Terapeutas não-médicos, podem, e desenvolvem a competência para ajudar os seus clientes a abster-se da medicação, mas é geralmente uma boa idéia contar com a ajuda de um médico para supervisionar o processo de redução da dose do medicamento. Este indivíduo pode ser um médico de família, internista, ou neurologista, ao invés de um psiquiatra. Médicos que se consideram “holísticos” são prováveis fontes deste tipo de ajuda. Você poderá, claro,

ter que educar o médico em métodos apropriados de redução da dose, para esse fim, o presente livro pode ser útil.

Alguns terapeutas não médicos, éticos e competentes, ajudam, com sucesso, seus pacientes a parar de consumir drogas psiquiátricas, com pouca ou nenhuma ajuda de médicos. No atual clima da medicina, dominada pela psiquiatria materialista, os terapeutas não médicos poderão ter que intervir para fornecer informações e conhecimentos específicos.

12.1.9 Se seus clientes estiverem favoravelmente inclinados, considere o envolvimento de suas famílias, amigos e outros recursos

Se seus clientes estiverem favoravelmente inclinados, considere o envolvimento de suas famílias, amigos e outros recursos. Abster-se de drogas psiquiátricas pode ser uma tarefa muito difícil e dolorosa, ocasionalmente requerendo hospitalização para desintoxicação. Indivíduos diante de tais circunstâncias, muitas vezes beneficiam-se do apoio de familiares e amigos. Em uma consulta conjunta, com o cliente e o terapeuta, a família e os amigos podem ser alertados para sinais, de abstinência da droga, que o cliente pode não ser capaz de perceber ou reconhecer durante o período de redução da dose. Pode-se reassegurar a eles que as atribuições emocionais, e mudanças de personalidade, são geralmente de curta duração e limitadas ao processo de redução. E eles podem ajudar dialogando com o cliente sobre o que deve ser feito em momentos de instabilidade. Se um terapeuta envolve a família e amigos, este acordo deve ser feito com a concordância do cliente, de todo o coração - idealmente, na presença deste cliente e com a sua participação ativa. Também deve-se ser respeitoso com a autonomia última, e, direito à confidencialidade do cliente.

12.1.10 Se a terapia não está indo bem, e não pode ser corrigida, encaminhe o cliente para outro terapeuta ao invés de incentivar o uso de drogas psiquiátricas

Se a terapia não está indo bem, e não pode ser corrigida, encaminhe o cliente para outro terapeuta ao invés de incentivar o uso de drogas psiquiátricas. Nós enfatizamos aos clientes para verem a terapia como um relacionamento, e decidirem contra serem drogados quando o relacionamento está falhando. Similarmente, os terapeutas devem evitar recomendar estas drogas simplesmente porque eles sentem-se incapazes de ajudar um cliente em particular sem elas. Em vez disso, se a terapia não puder ser melhorada, o terapeuta deve discutir abertamente os problemas da terapia com o cliente, mantendo em mente o objetivo potencial de fazer um encaminhamento para uma consulta ou uma nova tentativa na terapia.

Há, é claro, o perigo de que um cliente vá se sentir rejeitado ou abandonado quando seu terapeuta sugerir-lhe que consulte ou procure outro terapeuta. Contudo, a sugestão pode ser feita com muito tato, com ênfase nos próprios limites dos terapeutas e as afirmações de insatisfação do cliente. E o encaminhamento pode ser feito, como uma consulta a um profissional adicional, para ver se uma nova abordagem pode ser útil, ou se novas visões interiores podem ser geradas. Enquanto isso, o terapeuta pode enfatizar a falta de progresso sem, de maneira nenhuma, indicar qualquer inadequação por parte do cliente. Tenha em mente que, mesmo que a sugestão de procurar ajuda adicional ou alternativa levante questões de rejeição, o resultado é preferível do que o surgimento, da parte do cliente, de questionamentos falsos e desmoralizante tais como: “Qual é o problema com o meu cérebro?” ou “Não posso gerir a minha vida sem as drogas?”

Durante a transição, o terapeuta deve expressar preferência em continuar as sessões até que o cliente se convença sobre uma mudança. Se o cliente parecer temeroso ou instável, o terapeuta - com o consentimento do cliente - pode decidir participar ativamente no processo de transição.

12.1.11 Faça anotações, em seu livro de registros de terapia, para indicar que você já teve conversas com seus clientes sobre as drogas psiquiátricas

Faça anotações, em seu livro de registros de terapia, para indicar que você já teve conversas com seus clientes sobre as drogas psiquiátricas. Certifique-se que você dialogou com os seus clientes sobre a alternativa de procurar tratamento, com estas drogas, de algum outro indivíduo. Se for relevante, também verifique seus diálogos sobre quaisquer avisos para não parar de consumir, este tipo de drogas, de forma abrupta e sem supervisão. Se os seus clientes tiverem lido a sua opinião por escrito ou te ouvido falar em público sobre elas, confira que eles foram informados sobre a polêmica, e, sobre seu próprio posicionamento profissional. No futuro, este registro escrito pode ajudar você e seus clientes a se lembrarem de seus diálogos. Também pode ser útil se os seus clientes ou suas famílias fizerem erroneamente uma reclamação contra você por não informá-los totalmente. Contudo, essa eventualidade é remota, se você tiver sido ponderado e respeitoso no trato com seus clientes.

12.2 Levante-se e participe

Se você é um terapeuta, nós esperamos que você vá se juntar ao crescente número de nossos colegas que estão tomando uma posição em favor de abordagens psicológicas, sociais e espirituais para ajudar as pessoas. Muitos estão criticando abertamente o ponto de vista da psiquiatria materialista. Nossos colegas estão fazendo isso não só para sua própria satisfação e identidade profissional, mas por causa da busca da verdade e do bem-estar de seus pacientes e clientes. Muitos deles também se familiarizaram com, ou juntaram-se ao, Centro Internacional para o Estudo da Psiquiatria e Psicologia (www.icspp.org², ver apêndice C), ou a Aliança para a Proteção de Pesquisa Humana (www.ahrp.org³, ver apêndice D) .

Se você é um cliente, espere o melhor de seu terapeuta. Encoraje-o a confiar em você, e trabalhar na direção da meta de te capacitar para viver uma vida responsável, amorosa e criativa, sem recurso de medicamentos que alterem a mente. Nós esperamos que você também seja inspirado a se juntar ao Centro Internacional para o Estudo de Psiquiatria e Psicologia ou A Aliança para a Proteção de Pesquisa com Seres Humanos.

O capítulo 13 deste livro descreve alguns dos princípios psicológicos essenciais envolvidos em lidar com crises emocionais e o sofrimento extremo, sem recorrer a drogas. Estes princípios devem ser úteis para terapeutas e clientes, e para todos os indivíduos que querem melhorar sua capacidade de auto-ajuda ou para ajudar os outros.

²Internet: "<http://www.icspp.org/>".

³Internet: "http://www.ahrp.org".

Capítulo 13

Princípios Psicológicos para Ajudar a Si Próprio e aos Outros sem Recorrer à Medicamentos Psiquiátricos

Existem vários princípios psicológicos básicos para lidar com crises emocionais e sofrimento emocional extremo, em nós próprios e nos outros, sem recorrer a drogas psiquiátricas¹. Estes princípios lhe serão úteis independentemente de você estar ou não em terapia. Eles também podem ser úteis para seu terapeuta, já que agora muitos “médicos psicoterapeutas” necessitam de encorajamento e inspiração para lidar com situações difíceis sem recorrer a drogas psiquiátricas.

Como podem os mesmos princípios serem úteis para você e para seu terapeuta? Não há nada mágico sobre a terapia. É uma relação profissional baseada em princípios psicológicos e éticos para te empoderar e melhorar a tua vida. A terapia é única, em parte, porque ela estabelece limites e éticas protetoras para o cliente²; mas os mesmos princípios psicológicos que funcionam na terapia também podem funcionar para você, sem terapia. Além disso, podem lhe permitir melhor ajudar um amigo ou um indivíduo querido durante crises emocionais.

¹Muitas das idéias neste capítulo foram desenvolvidas primeiramente por Peter Breggin em “*Beyond Conflict [Além do Conflito]*” (St. Martins Press, 1992) [51], “*The Heart of Being Helpful [O Coração do Ser Ajudante]*” (Springer Publishing Company, 1997) [56], e “*Psychotherapy in Emotional Crises Without Resort to Psychiatric Medication [Psicoterapia durante Crises Emocionais sem Recorrer a Medicação Psiquiátrica]*” (The Humanistic Psychologist [O Psicólogo Humanista], de 1998) [59]. Embora tenha sido apresentado em uma nova forma, o material neste capítulo baseia-se em todas as três fontes, e nós queremos agradecer aos editores por terem proporcionado oportunidades anteriores para desenvolver essas idéias em edições impressas.

²A psicoterapia é uma relação de ajuda. A experiência e o treinamento do terapeuta são obviamente importantes, mas o que realmente faz a terapia única é a configuração, especialmente estabelecida, cujo foco é limitado aos problemas e necessidades dos clientes e não os do terapeuta, e todo o contato pessoal é limitado ao relacionamento profissional e as sessões. Esses limites tornam mais seguro para o cliente e o terapeuta se concentrarem nos detalhes íntimos da vida do cliente. Eles permitem um relacionamento cuidadoso, sem complicações adicionais. E eles fazem a terapia muito diferente dos relacionamentos pessoais, mesmo aqueles em que as pessoas oferecem ou recebem ajuda. Embora esses limites protejam a relação terapêutica, eles também circunscrevem seus objetivos: A terapia não pode ser tão curativa como uma relação de amor mutuamente satisfatória. Por outro lado, certamente pode ajudar uma pessoa a alcançar um relacionamento amoroso.

13.1 Princípios de ajuda

13.1.1 Identifique e supere os seus sentimentos de desamparo auto-destrutivos

Identifique e supere os seus sentimentos de desamparo auto-destrutivos. Na raiz de quase todas as reações emocionais deficientes encontra-se um sentimento de desamparo infantil. No momento em que você está desesperado o suficiente para procurar ajuda ou considerar tomar drogas psiquiátricas, este sentimento se manifestou como uma perda de fé em si mesmo e nas outras pessoas. Você começou a sentir-se pessoalmente oprimido e alienado, e incapaz de obter o apoio adequado de qualquer outra pessoa. Neste estado, você pode tentar obter de outros a confirmação do quão ruim a sua situação se tornou. Você pode até querer que eles sintam pena de você e cuidem dos seus sentimentos de desamparo. Todos esses resultados são compreensíveis, mas eles também são muito auto-destrutivo.

Caso você esteja ou não em psicoterapia, uma de suas primeiras metas deve ser o de identificar e superar seus sentimentos de desamparo, alienação e desconfiança. Você necessita se focar em recuperar a fé em si mesmo e em qualquer outra pessoa que você queira que te ajude. A base de qualquer relacionamento de ajuda bem sucedido é a atitude de cuidado da outra pessoa para contigo, o que por sua vez te encoraja a cuidar de você mesmo.

Não tente arrastar seu terapeuta, ou qualquer outra pessoa, para seu estado mental de desamparo e medo. Como descrevemos no capítulo anterior, os terapeutas são pessoas também, e seus sentimentos de desamparo podem estimular sentimentos semelhantes neles. Pode ser muito útil discutir abertamente estes seus sentimentos de impotência e medo sem agir como se eles tivessem te sobrepujado. Também pode ajudar relacionar esses sentimentos com as suas experiências quando criança, quando você realmente estava desamparado.

13.1.2 Concentre-se nas suas reações emocionais únicas a uma crise ou estresse

Concentre-se nas suas reações emocionais únicas a uma crise ou estresse. Se algo terrível está acontecendo em sua vida, é fácil de se concentrar nos detalhes que parecem estar fazendo você se sentir impotente e sobrepujado. Você pode estar dizendo a si mesmo: “Quem não gostaria de desmoronar”, quando confrontado com câncer, divórcio, a morte de um ente querido, ou a perda de um emprego.

As pessoas variam enormemente em termos de suas respostas até mesmo as ameaças e perdas mais devastadoras. Mesmo quando uma ameaça é muito real, é a resposta subjetiva do indivíduo a ela, que continua a ser a chave para o resultado. Algumas pessoas ficam desmoralizadas quando descobrem, por exemplo, que tem câncer, outros se mobilizam para maximizar suas chances e aproveitar ao máximo suas vidas. Em casos de divórcio ou separação, uma pessoa pode ficar devastada, enquanto outra, em última análise se sente liberta e renovada.

Pode lhe ser inspirador perceber que os seres humanos são capazes de perseverar e até mesmo crescer em face da adversidade aparentemente esmagadora. Você pode tornar-se capaz de responder a sua crise como se fosse a um desafio, até mesmo um presente.

Tenha a expectativa de que o seu conselheiro esteja menos focado, em ajudá-lo com os detalhes específicos do que você está passando, do que em guiá-lo para ver como você pode melhorar suas reações pessoais a eles. Você estará muito melhor capacitado para lidar com as crises, quando você se concentrar em compreender suas respostas emocionais subjetivas e únicas, em vez de os fatos da própria crise. Seu objetivo deve ser o de crescer em face da crise - para transformá-la em uma experiência criativa.

13.1.3 Esteja feliz por você estar vivo, e encontre alguém que esteja feliz por estarem ambos vivos

Esteja feliz por você estar vivo, e encontre alguém que esteja feliz por estarem ambos vivos. Como muitos outros, quando você passa por uma crise, você pode ressentir-se de estar vivo. Mas o ressentimento inibe sua vontade de usar todos os seus recursos para superar seus problemas. Procure por um conselheiro ou terapeuta que vai cumprimentá-lo com alegria por você estar vivo. Se você não se sentir acolhido, com entusiasmo e alegria, alguma coisa está faltando no relacionamento. Ao longo do tempo, isto pode acabar causando mais mal do que bem, por diminuir o seu senso de auto-estima e suas expectativas de uma vida sólida.

Em contraste, quando recebido por outra pessoa que está feliz que você esteja vivo, você vai descobrir que a sua crise emocional não é tão esmagadora quanto você pensava anteriormente. Você não estará sozinho, e até mesmo tem algum valor para outra pessoa. É o início da recuperação.

13.1.4 Evite entrar no “modo de emergência”, e rejeite intervenções desesperadas ou soluções extremas

Evite entrar no “modo de emergência”, e rejeite intervenções desesperadas ou soluções extremas. Quando confrontado com sentimentos de desesperança e condenação, você (e qualquer um que esteja te ajudando) pode ser tentado a direcionar a situação para o modo de emergência. Mas é importante que você não tente levar o seu psicoterapeuta junto contigo para os seus sentimentos de desespero. Drogas psiquiátricas, hospitalização desnecessária, e mesmo tratamento de eletrochoque podem resultar disto.

Evite reações exageradas aos clientes, medo e desespero, os terapeutas precisam entender suas próprias vulnerabilidades. Se eles estão aterrorizados com câncer ou AIDS, então, eles devem permanecer especialmente alertas para não encorajar o terror em seus clientes em face dessas crises de saúde. Similarmente, se eles se sentem desconfortáveis com seus próprios impulsos agressivos, os terapeutas devem fazer um esforço para evitar estimular nos seus clientes um medo maior da sua própria raiva.

Algumas emergências podem exigir uma ação rápida, mas estes casos são relativamente raros. Quase sempre, se o terapeuta pode manter seu próprio senso de calma e conexão, você também, vai começar a se sentir mais protegido e seguro, mais racional, e mais capaz de encontrar novas abordagens positivas.

Se focalize em encontrar um centro racional, amoroso, e confiante em si mesmo que possa elevar-se acima de suas crises ou sofrimento emocional. Tente não ser pego na “emergência”. Tenha expectativa de que o seu terapeuta possui uma perspectiva saudável, que comunica uma confiança de que o problema pode ser tratado. O termo presença curativa (Breggin, 1997b [56]) descreve a capacidade do ajudante terapêutico de ser empático, independentemente do medo e desamparo, angústia e alienação, que são experimentados pelos clientes durante uma emergência aparente.

13.1.5 Resista ao impulso de ter algo feito para ou por você, em vez disso, procure ajuda no fortalecimento de si mesmo

Resista ao impulso de ter algo feito para ou por você, em vez disso, procure ajuda no fortalecimento de si mesmo. Consistentemente com a superação de seus sentimentos de desamparo, e evitando o “modo de emergência”, não peça ao seu terapeuta para fazer qualquer coisa por você. Embora possa ser tentador tentar envolver seu terapeuta em sua vida - por exemplo, pedindo-lhe para ele ou ela falar com sua família ou empregador a seu favor - é geralmente melhor encontrar a força para seguir

por você mesmo. Similarmente não peça ao seu terapeuta para fazer qualquer coisa para você em termos de lhe dar drogas psiquiátricas ou pedir-lhe para fazer um “checkup” em um hospital. Procure fortalecer seu próprio ser, e procure um terapeuta que queira ajudar nesse processo.

13.1.6 Não use drogas psiquiátricas para evitar seus sentimentos dolorosos

Não use drogas psiquiátricas para evitar seus sentimentos dolorosos. Durante os períodos de dor emocional e tumulto, dê a sua mente uma chance de funcionar sem desequilíbrios induzidos por estas drogas. Esse é o único caminho para transformar essas experiências aparentemente negativas em oportunidades de crescimento. Nesses momentos, você precisa de faculdades mentais intactas e uma gama completa de emoções. Você precisa receber os seus sentimentos dolorosos como sinais de vida e como sinais que indicam o caminho para a auto-compreensão e mudança, de fato, ao acolher os seus sentimentos mais dolorosos, você estará habilitado para ver essas emoções sob uma óptica muito mais positiva, uma perspectiva que transforma sofrimento desesperado em energia positiva.

A idéia de dar “boas vindas” as emoções dolorosas, pode parecer além da capacidade de muitas pessoas, quando elas estão severamente aflitas. No momento que elas estão irritadas o suficiente para pensar em terapia ou drogas psiquiátricas, elas usualmente querem se livrar de suas emoções. É desafortunado e potencialmente trágico que muitos terapeutas e médicos concordem com este desejo de auto-destruição dos sentimentos fortes. Para serem genuinamente de ajuda, eles deveriam lembrar seus pacientes de que as emoções fortes, de qualquer tipo, são sinais necessários e potencialmente libertadores ou reflexos de seu estado psicológico ou espiritual.

Frequentemente, a terapia é de ajuda precisamente porque ela pode dar suporte a suas tentativas de sentir os seus “piores” sentimentos. Em última análise, todas as pessoas necessitam de outras pessoas - profissionais ou não - para ajudar na compreensão, bem sucedida e triunfante, das emoções dolorosas. Todas as pessoas necessitam de outras para lidar com os desafios e revoltas emocionais inevitáveis da vida.

Medicamentos, não apenas suprimem e confundem alguns sentimentos, eles podem estimular sentimentos perigosos. Como discutido nos capítulos 3 e 4, antidepressivos e tranquilizantes menores podem causar agitação e mania, bem como, desinibição com perda de controle dos impulsos. Se um indivíduo já está oscilando à beira de perder o controle, as drogas podem se tornar ainda mais perigosas.

13.1.7 Tenha em mente que a maioria das crises emocionais e sofrimentos se embasam em uma cadeia de estresse e traumas anteriores

Tenha em mente que a maioria das crises emocionais e sofrimentos se embasam em uma cadeia de estresse e traumas anteriores. Embora uma crise atual possa parecer ser a causa de sua aflição, é mais provável que seja a proverbial “palha que impediu o camelo de carregar a carga nas costas”. Mas quando você está se sentindo sobrecarregado, pode ser muito difícil ver além dos eventos imediatos. Por esta razão, você pode querer procurar ajuda para compreensão de eventos anteriores, a fim de obter uma melhor perspectiva sobre a sua crise atual.

13.1.8 Evite convidar outras pessoas a assumirem sua vida por você

Evite convidar outras pessoas a assumirem sua vida por você. Quando você está se sentindo desamparado e desesperado, você pode ser tentado a dar sinais que convidem outras pessoas a assumirem

sua vida. Mas a menos que você realmente queira alguém para intervir, não aja como se você não pudesse cuidar de si mesmo. Não diga coisas que podem enganar os outros fazendo-os pensar que você pode machucar a si mesmo ou alguém mais. Se você está se sentindo tão desesperado, então é melhor assumir a responsabilidade por si mesmo - por exemplo, pedindo mais ajuda ou encontrando um lugar seguro para ficar, onde outras pessoas podem dar-lhe suporte no momento presente.

Esperamos que os terapeutas, ao ler este livro, irão também se aperceber de que o uso de ameaças emocionais ou até mesmo força direta, tal como internação involuntária a um hospital psiquiátrico, é raramente, talvez nunca, a melhor maneira de lidar com uma crise. De fato, nós acreditamos que o tratamento involuntário é errado, em princípio, e contrário as abordagens genuinamente terapêuticas. Tais intervenções podem afastar o risco imediato de um suicídio, por exemplo, mas no longo prazo, por enfraquecer e humilhar o indivíduo, geralmente estas intervenções fazem mais mal do que bem. Às vezes, um terapeuta pode achar que é necessário mencionar para um cliente que existem alternativas voluntárias, tais como centros de crise e hospitais psiquiátricos, mas trazer à tona essas alternativas pode indicar ao cliente que o terapeuta está aflito de que a situação não possa ser tratada através de seus recursos pessoais mútuos. Contudo, os clientes também necessitam entender que qualquer contato com instituições psiquiátricas, especialmente em tempos de crise, pode levar a um tratamento involuntário.

Não há estudos confirmando a utilidade de intimidação emocional ou de medidas mais formais, tais como tratamento psiquiátrico involuntário. Eles também ofendem os direitos humanos básicos. E, em qualquer caso, a intuição e a auto-reflexão são susceptíveis de nos convencer de que as pessoas não se beneficiam de serem forçadas a se conformar com as expectativas de um terapeuta. Claramente, o desenvolvimento de uma relação empática requer respeito mútuo, em vez de coerção.

13.1.9 Seja gentil com qualquer um que esteja tentando ajudá-lo, incluindo o seu terapeuta

Seja gentil com qualquer um que esteja tentando ajudá-lo, incluindo o seu terapeuta. Demasiadas vezes, indivíduos acabam atacando, emocionalmente, as próprias pessoas para as quais pediram ajuda. Eles amotinam-se nesses assaltos por muitas razões diferentes: porque eles se sentem vulneráveis em pedir ajuda, ou envergonhados por “terem problemas” ou “serem um paciente”, ou tem medo da rejeição, intimidade ou autoridade. Uma série de questões, da infância e das circunstâncias atuais, podem vir à tona em vários momentos na relação terapêutica.

Às vezes o ataque é um golpe preemptivo que visa colocar outras pessoas fora de equilíbrio antes que elas possam montar seu próprio ataque. Mas, ironicamente, quanto mais eles atacam seu terapeuta - ou qualquer outra pessoa - mais medo eles terão de contra-ataques.

Seja qual for a causa, qualquer tendência persistente para atacar, usualmente, reflete um padrão persistente de comportamento auto-destrutivo que pode ser rastreada até as coisas que eles aprenderam a fazer para sobreviver na infância.

Terapeutas, lembre-se, são pessoas comuns em si mesmos. Eles são mais capazes de oferecer seus cuidados e compreensão quando se sentem seguros e valorizados. Por outro lado, eles vão achar mais difícil de cuidar de ti se você fizer eles se sentirem na defensiva, humilhados ou rejeitados. O trabalho profissional do seu terapeuta é criar um bom relacionamento com você, mas ele ou ela não pode fazer isso sozinho. Ajude fazendo o seu melhor para construir a confiança.

A terapia deve ser um lugar de segurança e de securidade no qual você pode expressar suas mais profundas dores e sentimentos mais ternos, um lugar onde você pode examinar seus sonhos e ideais mais importantes. Deve ser um lugar onde você pode expressar tudo o que você sente - e, inevitavelmente, algumas vezes você vai querer expressar raiva para pessoa que está tentando ajudá-lo. Mas se você persistentemente se comunicar de maneiras que ameaçam, assustam, ou humilham

essa pessoa, você vai acabar repetindo padrões auto-destrutivos que precisam mudar. Você também vai tornar mais difícil para o seu terapeuta ajudá-lo. Você pode até mesmo erroneamente encorajar o seu terapeuta a recomendar drogas psiquiátricas ou outras soluções drásticas - por medo agudo ou frustração.

Nada do que foi dito acima deve minar quaisquer reclamações razoáveis que tu possas ter sobre o seu terapeuta. Como temos enfatizado, ao longo deste livro, os terapeutas são pessoas, e os bons são tão difíceis de encontrar como são os amigos de toda vida. Você pode ter que procurar nos arredores para encontrar o terapeuta certo. Mas você nunca vai conseguir o melhor que qualquer um deles tem para oferecer, se você atacá-los.

13.1.10 Saiba que a empatia e o cuidado estão no coração de qualquer relação de ajuda

Saiba que a empatia e o cuidado estão no coração de qualquer relação de ajuda. Quando as pessoas procuram por ajuda, elas usualmente estão se sentindo tão mal sobre si mesmas que não esperam que alguém se preocupe com eles de uma maneira pessoal que diga: “Eu entendo e simpatizo com seus sentimentos e sua situação. Eu não me sinto superior a você. Dado o que você passou, eu não tenho certeza que eu poderia ter lidado com isso melhor do que você”.

Tenha a expectativa que o seu terapeuta irá trabalhar duro para cuidar e compreender você. Você também deve trabalhar duro para entender e cuidar de si mesmo. Encontrar alguém que sinta empatia por ti é talvez o aspecto singular mais importante da sua cura.

Provavelmente nenhum trabalho pessoal é mais importante para nós, terapeutas, que abrir nossos corações para aqueles que estamos tentando ajudar³. Mas por que tantas vezes a empatia é sentida como um “trabalho”, mesmo para os terapeutas experientes? Há muitas razões. Como terapeutas, podemos estar assustados com o grau de aflição do outro. Além do medo pelo paciente, podemos ser excessivamente focados em resolver rapidamente crises ou emergências. Podemos nos tornar preocupados com o que os outros vão pensar de nós se as coisas derem errado. Podemos sentir que nos falta a experiência necessária para ajudar a pessoa.

Mais provavelmente, talvez, achemos difícil ter empatia com o sofrimento do outro, porque ela evoca nosso próprio sofrimento pessoal. Em nosso esforço para controlar nossos próprios sentimentos, nós desligamos a fonte de estímulo - o sofrimento da outra pessoa.

13.1.11 Lembre-se de ouvir uns aos outros!

Lembre-se de ouvir uns aos outros! No momento em que as pessoas acabam buscando ajuda ou se voltando para as drogas psiquiátricas, elas podem ter começado a pensar, “eu tenho que fazer isso sozinho”. Muitas pessoas chegaram a essa conclusão falsa depois de se sentirem tão decepcionadas e traídas por outros que elas acreditam que não têm outra escolha senão retirar-se para dentro de si mesmas.

Quando as pessoas vão a um médico, elas estão susceptíveis de serem reforçadas em sua crença de que o problema é para ser resolvido estritamente por elas próprias. O processo de receber um diagnóstico, tal como depressão maior ou desordem do pânico, e de tomar uma droga psiquiátrica, enfatiza o quão sozinhas elas estão em sua luta. Na realidade, contudo, a maioria dos problemas crescem a partir de relacionamentos - indo por todo o caminho de volta à infância. O bem-estar

³Breggin (1997b [56]) descreve a empatia como o “coração do ser ajudante”. Em particular, ele introduz o conceito de auto-transformação empática para explicar a tarefa do terapeuta ou ajudante de se tornar aberto para a pessoa que está sofrendo.

psicológico ou espiritual exige relações melhorados e novas.

A psicologia popular muitas vezes enfatiza a responsabilidade das pessoas por si próprias excluindo a importância de outras pessoas em suas vidas. Se diz a elas, por exemplo, “Você não pode ser amado até que você ame a si mesmo” ou “Ninguém pode fazer ninguém feliz”. As pessoas são encorajadas a não “necessitar muito dos outros”. Mas, enquanto pode haver alguma verdade nessas admoestações, elas perdem o ponto central da vida - o de que as pessoas são todas enormemente dependentes umas das outras para quase tudo de bom na vida. Desde a infância em diante, elas são moldadas por suas relações umas com as outras. Na idade adulta, elas são tão fortes como são as suas relações com os outros. Ninguém nunca se tornou verdadeiramente bem sucedido, baseando-se no princípio de que “Eu posso fazer isso sozinho”.

Nestes momentos em que você está emocionalmente perturbado, seu julgamento - especialmente no que diz respeito a escolher amigos ou ajudantes - pode estar nublado. Você pode se voltar para a pessoa errada. Não há solução fácil para este problema, ele deve ser uma preocupação maior quando você procura ajuda, porque você pode acabar escolhendo o terapeuta errado também. Mas não “desista das pessoas”, as pessoas são o que a vida é como um todo.

Se você estiver em tratamento, você pode querer pensar sobre envolver um ente querido no processo. Qualquer melhoria na comunicação e carinho entre você e um ente querido provavelmente irá frutificar em um longo caminho no sentido de fortalecer sua habilidade de superar o seu sofrimento e construir uma vida melhor⁴.

13.1.12 Perceba que as crises emocionais e o sofrimento são oportunidades de crescimento pessoal acelerado

Perceba que as crises emocionais e o sofrimento são oportunidades de crescimento pessoal acelerado. Crises e sofrimento extremo fornecem uma janela para a sua maior vulnerabilidade. Eles dão a oportunidade de você explorar seus piores medos. Eles trazem para fora e confrontam-no com o material nu de sua existência humana. A auto-compreensão adquirida com esta realização pode ser aplicada em toda a sua vida, permitindo-lhe desenvolver uma consciência psicológica mais profunda de seu próprio ser e de outros. Você ganha não só um novo entendimento de suas próprias vulnerabilidades, mas uma genuína visão interior e respeito pela condição humana.

Quando você enfrenta e compreende seus piores medos, e então supera-os, você vai se sentir muito empoderado. Já não mais empurrado para trás por reações emocionais auto-destrutivas, você vai ganhar fé em si mesmo. Você vai descobrir que tu podes triunfar sobre ameaças aparentemente impossíveis de serem vencidas e de alcançar novos patamares de transformação psicológica e espiritual.

De fato, crises emocionais e sofrimento oferecem um potencial para crescimento escalonado na medida que você aprende a manusear suas maiores vulnerabilidades e as emoções mais dolorosas. Na medida que a sua confiança é recuperada, qualquer crise que experimentares irá se transformar em oportunidades de crescimento ainda mais excepcionais. Você vai descobrir que mesmo os seus piores medos podem ser manuseados, superados, e transformados em oportunidades. Uma vez que sua confiança seja restaurada, melhores abordagens, até mesmo soluções, quase sempre podem ser encontradas. Você vai culminar se sentindo mais forte do que você se sentia antes da crise começar.

13.2 Conclusão

Nós introduzimos este livro com uma discussão sobre a necessidade humana da fé. Nós conversamos sobre as muitas maneiras diferentes em que as pessoas procuram orientação ou ajuda para lidar

⁴Terapia de família e vida familiar também são discutidos em Breggin (1997b [56]).

com o sofrimento inevitável da vida. Agora, queremos enfatizar que a escolha não é entre as drogas psiquiátricas e outras formas de “terapia”, incluindo as orientações psicológicas ou terapêuticas sugeridas neste livro. Em vez disso, a escolha é entre as drogas psiquiátricas e toda a vida com seus inumeráveis e ricos recursos.

A psicoterapia é apenas uma das muitas abordagens psicológicas, sociais, educacionais, políticas e espirituais que as pessoas podem utilizar quando estão tentando lidar com a dor emocional e o sofrimento. Nossa abordagem de terapia, também, é apenas uma entre muitas. Uma vez que as pessoas se tornem livres do ponto de vista psico-materialista e das drogas psiquiátricas, a vida apresenta um espectro infinito de alternativas para lidar com o sofrimento emocional e para viver uma existência mais plena. Acima de tudo, nós acreditamos que todas as pessoas necessitam de um conjunto de éticas, princípios e ideais com as quais possam guiar suas vidas, incluindo dependência em um cérebro não prejudicado por agentes tóxicos.

Contudo, quando as pessoas tornam-se focadas em especialistas médicos e drogas psiquiátricas como sendo a “solução”, a vida torna-se compulsivamente angustiante. Suas opções se tornam ainda mais limitadas a medida que estas drogas inevitavelmente começam a prejudicar a sua consciência, tornando as pessoas menos capazes de compreender ou redirecionar suas vidas. Eventualmente, elas se sentem como se não tivessem outra alternativa senão a dependência perpétua em uma ou outra droga psiquiátrica.

Neste livro nós apresentamos as limitações das drogas psiquiátricas. Destacamos o porquê e como parar de depender delas. Nosso objetivo, não é apresentar uma filosofia de vida completa, e sim ajudá-lo a abordar a vida de sua própria maneira original - vida não prejudicada, em sua jornada, por substâncias tóxicas.

Capítulo 14

Apêndices

14.1 Apêndice A: medicamentos psiquiátricos de uso comum

14.1.1 Os antidepressivos

1

14.1.1.1 Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IsRSS [SSRIs])

Celexa (citalopram)

Lexapro (escitalopram)

Luvox (fluvoxamina)²

Prozac e Sarafem (fluoxetina)

Paxil (paroxetina)

Zoloft (sertralina)

14.1.1.2 Outros antidepressivos mais novos

Cymbalta (duloxetina)

Effexor (venlafaxina)

Remeron (mirtazapina)

Symbyax (Prozac + Zyprexa, um novo antipsicótico)

Wellbutrin e Zyban (bupropiona)

¹Os novos avisos da FDA das drogas psiquiátricas em caixas com “tarja preta” se aplicam a todos os antidepressivos, mas de fato foram desenvolvidos com base nos IsRSS [SSRIs] e nos antidepressivos mais novos e não com base nos mais antigos.

²A marca Luvox foi retirada do mercado, mas esta droga psiquiátrica ainda está disponível na forma genérica.

14.1.1.3 Antidepressivos antigos (lista parcial)

3

Anafranil (clomipramina)
Elavil (amitriptilina)
Parnato, Parnate (tranilcipromina)
Tofranil (imipramina)
Vivactil (protriptilina)
Surmontil (trimipramina)

14.1.2 Estimulantes

14.1.2.1 Estimulantes clássicos

4

Adderall, Adderall XR (mistura de anfetamina)
Desoxyn (metanfetamina)⁵
Dexedrine (dextroanfetamina)
Focalin, Focalin XR (dexamethylphenidate)
Ritalina, Concerta, Daytrana (metilfenidato)
Vyvanse (lisdextroamphetamine)

14.1.2.2 Outros

Cylert (pemoline) [não mais disponível]
Strattera (atomoxetina)

14.1.3 Pílulas tranquilizantes e soníferas

6

14.1.3.1 Tranquilizantes benzo

Ativan (lorazepam)
Klonopin (clonazepam)

³Todos os antidepressivos mais antigos podem causar reações adversas a drogas psiquiátricas, incluindo mania e psicose, mas eles comumente surgem muito menos em nossa experiência clínica e legal. Uma lista mais completa pode ser encontrada em vários livros textos acadêmicos, especialmente em “*Drug Facts and Comparisons [Fatos e Comparações entre Drogas Psiquiátricas]*” (2007), uma publicação anual de fácil acesso.

⁴Todos são “narcóticos” de acordo com a Drug Enforcement Administration (DEA) - Schedule II [Administração e Reforço de Droga - Lista II], indicando o alto risco de tolerância e dependência (vício).

⁵Poucas pessoas percebem que os médicos podem prescrever metanfetamina, a droga viciante mortífera, para as crianças com DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção).

⁶Todas são “narcóticos” de acordo com a Drug Enforcement Administration (DEA) - Schedule IV [Administração e Reforço de Droga - Lista IV], indicando um risco de tolerância e dependência (vício).

Librium (clordiazepóxido)
Serax (oxazepam)
Tranxene (chlorazepate)
Xanax (alprazolam)
Valium (diazepam)

14.1.3.2 Pílulas soníferas benzo

Dalmane (flurazepam)
Doral (quazepam)
Halcion (triazolam)
ProSom (estazolam)
Restoril (temazepam)

14.1.3.3 Pílulas soníferas não-benzo

Ambien (zolpidem)
Lunesta (eszopiclone)
Sonata (zaleplon)

14.1.4 Drogas antipsicóticas (neurolépticos)

14.1.4.1 Novos antipsicóticos (segunda ou terceira geração ou atípicos)

7

Ability (aripirazol)
Geodon (ziprasidona)
Invega (paliperidona)
Risperdal (risperidona)
Seroquel (quetiapina)
Symbyax (olanzapina + Prozac, um antidepressivo IRSS [SSRI])
Zyprexa (olanzapina)

14.1.4.2 Drogas antipsicóticas antigas

Leponex, Clozaril (clozapina)
Etrafon (antidepressivo mais Trilafon)
Haldol (haloperidol)
Loxitane (loxapina)

⁷Sertindol é outro neuroléptico atípico atualmente atravessando o processo de aprovação da FDA.

Mellaril (tioridazina)
Moban (molindona)
Navane (tiotixeno)
Neozine (levomepromazina)
Permitil, Prolixin (flufenazina)
Serentil (mesoridazina)
Stelazine (trifluoperazina)
Taractan (clorprotixeno)
Thorazine (clorpromazina)
Tindal (acetofenazina)
Trilafon (perfenazina)
Vesprin (triflupromazina)

14.1.4.3 Antipsicóticos utilizados para outros fins médicos

Compazine (proclorperazina)
Inapsine (droperidol)
Orap (pimozida)
Phenergan (prometazina)⁸
Reglan (metoclopramida)

14.1.5 Lítio e outras drogas usadas como “estabilizadores de humor”

Depakote (divalproato de sódio) [droga anti-epiléptica]
Equetro (liberação prolongada de carbamazepina) [droga anti-epiléptica]
Lamictal (lamotrigina) [droga anti-epiléptica]
Lithobid, Lithotabs, Eskalith (lítio)

14.1.5.1 Off-Label ou estabilizadores de humor não aprovada

Catapres (clonidina) [droga anti-hipertensiva]
Gabitril (tiagabina)
Neurontin (gabapentina) [droga anti-epiléptica]
Tegretol (carbamazepina) [droga anti-epiléptica]
Tenex (guanfacina) [droga anti-hipertensiva]
Topamax (topiramato) [droga anti-epiléptica]
Trileptal (oxcarbazepina)

⁸Usualmente classificado como um anti-histamínico, mas tem características dos neurolépticos e pode causar discinesia tardia. Todas as drogas da subseção 14.1.4 são neurolépticos e podem causar discinesia tardia.

14.2 Apêndice B: sobre os autores

14.2.1 Peter R. Breggin, M.D.

Peter R. Breggin, M.D. tem sido chamado de a “consciência da psiquiatria” por seus esforços para reformar o campo da saúde mental, incluindo a sua promoção abordagens psicoterapêuticas de cuidado e sua oposição à escalada de uso excessivo de medicamentos psiquiátricos, o opressivo diagnóstico e prescrição de drogas psiquiátricas para crianças, eletrochoque, lobotomia, tratamento involuntário, e falsas teorias materialistas⁹.

Dr. Breggin tem praticado psiquiatria em consultório próprio desde 1968, primeiro na área de Washington, D.C., e agora em Ithaca, Nova York. Em sua prática de terapia, ele orienta indivíduos, casais e crianças com suas famílias. Como psicofarmacologista clínico, ele oferece consultas e atua como um especialista médico em processos legais de responsabilidade criminal, de má prática e de produtos, muitas vezes envolvendo os efeitos danosos das drogas psiquiátricas. Ele tem sido um especialista em casos marcantes envolvendo os direitos dos pacientes.

Desde 1964 Dr. Breggin escreveu dezenas de artigos científicos e aproximadamente vinte livros. Alguns de seus muitos livros incluem “*Toxic Psychiatry [Psiquiatria Tóxica]*” [49], “*The Heart of Being Helpful [O Coração do Ser Ajudante]*” [56], “*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*” [65], “*The Antidepressant Fact Book [O Livro de Fatos sobre os Antidepressivos]*” [66], e com co-autoria de Ginger Breggin, “*Talking Back to Prozac [Falando em Retrospectiva do Prozac]*” [75] e “*The War Against Children of Color [A Guerra Contra as Crianças de Cor]*” [76]. Seu próximo livro, “*Medication Madness: 55 True Stories of Mayhem, Murder and Suicide Caused Psychiatric Drugs [Loucura Medicamentosa: 55 Estórias Verdadeiras de Mutilação, Assassinato e Suicídio Causados por Drogas Psiquiátricas]*”, será publicado no início de 2008.

Em vários estágios de sua carreira ele esteve décadas à frente de seu tempo, alertando sobre os perigos da lobotomia, eletrochoque e, mais recentemente, o suicídio e violência induzidos por antidepressivos, bem como muitos outros riscos recentemente reconhecidos associados às drogas psiquiátricas. Dos jornais “*New York Times*” e “*Wall Street*” até “*Times*” e “*Newsweek*”, e de “*Larry King Live*” e “*Oprah a 60 minutos e 20/20*”, seu trabalho tem sido coberto por grandes meios de comunicação em todo o mundo.

Em 1972 Dr. Breggin fundou o Centro Internacional para o Estudo de Psiquiatria e Psicologia (www.ICSP.org¹⁰). Originalmente organizado para apoiar sua campanha bem sucedida para impedir o ressurgimento da lobotomia, ICSP tornou-se uma fonte de apoio e inspiração para profissionais de mentalidade renovada e pessoas leigas que desejam elevar os padrões éticos e científicos no campo da saúde mental. Em 1999 ele e sua esposa Ginger fundaram o jornal científico de revisão de pares do ICSP: “*Ethical Human Psychology and Psychiatry [Psiquiatria e Psicologia Humana Ética]*”. Em 2002, eles selecionaram profissionais mais jovens para assumir o centro e o jornal, embora o Dr. Breggin continue a participar em actividades do ICSP.

A formação e experiência do Dr. Breggin inclui o “*Harvard College [Colégio de Harvard]*”, “*Case Western Reserve Medical School*”, professor auxiliar na “*Harvard Medical School [Escola Médica*

⁹NT: As pseudo-teorias que justificam a prescrição de drogas psiquiátricas para seres humanos se embasam em conceitos doentamente materialistas a respeito das pessoas. Na verdade é a *personalidade humana* que unifica todos os fatores associados de individualidade: *o corpo, a mente, a alma e o espírito*. As teorias psiquiátricas materialistas não reconhecem nem fazem um discernimento dos valores do espírito, dos significados da mente e dos fatos do corpo material que são unificados pela personalidade humana. São os ciclos vitais de expansão e contração, entre a semente e o ventre do todo, que movimentam as energias interiores e exteriores. A *vida anima as energias - material, mental e espiritual* - dos seres vivos. Por isso, as teorias psiquiátricas materialistas não merecem nem ao menos serem chamadas de biológicas ou vitais, pois prejudicam a vitalidade criativa natural dos seres humanos e não reconhecem a *essência espiritual da vida*.

¹⁰Internet: “<http://www.icspp.org/>”.

de Harvard]”, três anos de formação em residência de psiquiatria, dois anos no staff do “*Instituto Nacional de Saúde Mental [National Institute of Mental Health (NIMH)]*”, e cargos de ensino diversos, incluindo o “*George Mason University Institute for Conflict Analysis and Resolution [Instituto da Universidade de George Mason para Análise e Resolução de Conflitos]*” e o Departamento de Aconselhamento da Universidade Johns Hopkins.

Dr. Breggin website é www.breggin.com¹¹.

14.2.1.1 Livros escritos por Peter R. Breggin, M.D.

“*College Students in a Mental Hospital: Contribution to the Social Rehabilitation of the Mentally Ill [Estudantes Universitários em um Hospital Psiquiátrico: Contribuição para a Reabilitação Social dos Doentes Mentais]*” (autoria conjunta) (1962)

“*Electroshock: It’s Brain-disabling Effects [Eletrochoque: Seus Efeitos Desabilitadores do Cérebro]*” (1979)

“*The Psychology of Freedom: Liberty and Love as a Way of Life [A Psicologia da Liberdade: Liberdade e Amor como um Modo de Vida]*” (1980)

“*Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain [Drogas Psiquiátricas: Perigo para o Cérebro]*” (1983) [46]

“*Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy and Love Must Replace the Drugs, Electroshock and Biochemical Theories of the ‘New Psychiatry’ [Psiquiatria Tóxica: Por Que a Terapia, Empatia e Amor a Devem Substituir as Drogas, Eletrochoque e as Teorias Bioquímicas da ‘Nova Psiquiatria’]*” (1991) [49]

“*Beyond Conflict: From Self-Help and Psychotherapy to Peacemaking [Além do Conflito: Da Auto-Ajuda e Psicoterapia até a Pacificação]*” (1992) [51]

“*Talking Back to Prozac [Falando em Retrospectiva do Prozac]*” (coauthor Ginger Breggin) (1994) [75]

“*Psychosocial Approaches to Deeply Disturbed Persons [Abordagens Psicossociais para Pacientes Profundamente Perturbados]*” (co-editor Mark E. Stern) (1996)

“*Brain-Disabling Treatments in Psychiatry: Drugs, Electroshock and the Role of the FDA [Tratamentos em Psiquiatria Desabilitadores do Cérebro: Drogas, Eletrochoque, e o Papel da FDA]*” (1997) [55]

“*The Heart of Being Helpful: Empathy and the Creation of a Healing Presence [O Coração do Ser Ajudante: Empatia e a Criação de uma Presença Curativa]*” (1997) [56]

“*The War Against Children of Color: Psychiatry Targets Inner City Children [A Guerra Contra as Crianças de Cor: Psiquiatria Mira nas Crianças das Cidades do Interior]*” (co-autora Ginger Breggin) (1998), Revision of “*The War Against Children [A Guerra Contra as Crianças]*” (1994) [76]

“*Reclaiming Our Children: A Healing Plan to a Nation in Crisis [Reivindicando Nossas Crianças: Um Plano de Cura Para uma Nação em Crise]*” (2000) [64]

“*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*”, edição revisada (2001) [65]

“*The Antidepressant Fact Book [O Livro de Fatos sobre os Antidepressivos]*” (2001) [66]

“*Dimensions of Empathic Therapy [Dimensões da Terapia da Empatia]*” (co-editores Ginger e Fred Breggin Bemak) (2002)

“*The Ritalin Fact Book [O Livro de Fatos sobre a Ritalina]*” (2002) [67]

¹¹Internet: “<http://www.breggin.com/>”.

14.2.2 David Cohen, Ph.D., LCSW

David Cohen é professor de Serviço Social na Universidade Internacional da Flórida, em Miami. Como um assistente social clínico licenciado, Dr. Cohen trabalha com adultos e crianças e consultas em casos legais. Ele é frequentemente consultado por indivíduos e famílias que desejam afastar-se das drogas psiquiátricas.

Dr. Cohen tem diplomas de psicologia e bem-estar social da Universidade McGill, da Universidade Carleton e da Universidade da Califórnia - Berkeley. Anteriormente, ele foi professor na Universidade de Montreal e foi professor visitante no *Institut National de la Santé et de La Recherche Scientifique* (INSERM) na França.

Dr. Cohen é autor ou co-autor de mais de 100 publicações, e recebeu o Prêmio de Elliot Freidson por Publicação Proeminente em Sociologia Médica da *American Sociological Association* [Associação Sociológica Americana], em 2003. Seus livros editados incluem “*Challenging the Therapeutic State* [Desafiando o Estado Terapêutico]” (1990) [117] e “*Tardive Dyskinesia and Cognitive Dysfunction* [Discinesia Tardia e Disfunção Cognitiva]” (1993). Seus livros em língua francesa incluem “*Médicalisation et Contrôle Social* [Medicalização e Controle Social]” (1994) e “*Guide Critique Ales Médicaments de l’Âme*” (1995). Ele recentemente editou com Gwynedd Lloyd e Joan Stead - “*Critical New Perspectives on ADHD* [Novas Perspectivas Críticas sobre a DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção)]” (2006, ganhador do Prêmio de Suplemento Educacional da NASEN/Times para o melhor livro acadêmico [109]).

A pesquisa do Dr. Cohen incluiu questionários em larga escala de práticas de prescrição de psicofármacos, exames clínicos de distúrbios de movimento induzidas por drogas psiquiátricas, e questionários qualitativos aprofundados das percepções dos consumidores sobre os efeitos destas drogas. Sua pesquisa é baseada em perspectivas críticas sobre o uso individual, profissional e social das drogas psicotrópicas prescritas. Dr. Cohen está atualmente projetando e avaliando um currículo, para profissionais não-médicos de saúde mental, com financiamento público, baseado em evidências e fundamentado no pensamento crítico sobre as drogas psicotrópicas.

Mais sobre Dr. Cohen e seu trabalho pode ser encontrado em:

rscphsw.fiu.edu¹².

[/social_work/facult_cohen.html](http://social_work/facult_cohen.html)

14.2.2.1 Livros escritos por David Cohen, Ph.D.

“*Critical New Perspectives on ADHD* [Novas Perspectivas Críticas sobre a DHDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção)]” (co-editores Gwynedd Lloyd and Joan Stead) (2006) [109]

“*Drug Abuse and Dependence on Psychotropic Medications Among Women, Older Persons, and Children* [Abuso de Drogas e Dependência de Medicamentos Psicotrópicos entre as Mulheres, Pessoas Idosas e Crianças]” (coauthor Johanne Collin) (1998)*

“*Critical Handbook of Psychiatric Drugs* [Manual Crítico das Drogas Psiquiátricas]” (co-autores Suzanne Cailloux-Cohen e AGIDD, 1995)*

“*Psychotropic Drugs: Psychosocial Aspects* [Drogas Psicotrópicas: Aspectos Psicosociais]” (co-editor Guilheme Pérodeau) (1997)*

“*Médicalisation et Contrôle Social* [Medicalização e Controle Social]” (co-editor Louise Bouchard) (1994)*

¹²**Internet:** “http://rscphsw.fiu.edu/social_work/faculty_cohen.html”.

“*Challenging the Therapeutic State: Further Disquisitions on the Mental Health System* [[*Desafiando o Estado Terapêutico: Dissertações Adicionais sobre o Sistema de Saúde Mental*]]” (1994) [111]

“*Tardive Dyskinesia and Cognitive Dysfunction* [*Discinesia Tardia e Disfunção Cognitiva*]]” (coeditor Henri Cohen) (1993)

“*Challenging the Therapeutic State: Critical Perspectives on Psychiatry and the Mental Health System* [*Desafiando o Estado Terapêutico: Perspectiva Crítica sobre Psiquiatria e o Sistema de Saúde Mental*]]” (1990) [117]

*publicado em francês

14.3 Apêndice C: International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (ICSPP) [Centro Internacional para o Estudo da Psiquiatria e Psicologia]

O *International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (ICSPP)* [*Centro Internacional para o Estudo da Psiquiatria e Psicologia*] é um centro internacional, sem fins lucrativos, para os profissionais e não profissionais que querem elevar os padrões éticos e científicos em psicologia e psiquiatria. O conselho de diretores, conselho consultivo, e os membros, incluem centenas de profissionais em diversas áreas que abrangem a psicologia, aconselhamento, serviço social, enfermagem, psiquiatria e outras especialidades médicas, neurociência, educação, religião e lei, bem como pessoas leigas preocupadas com a causa.

Fundado em 1971 pelo psiquiatra Peter R. Breggin, M.D., o ICSPP começou os seus esforços de reforma bem sucedidos com a oposição ao ressurgimento internacional de psicocirurgia. ICSPP também se opôs ao uso do tratamento de eletrochoque, a escalada desenfreada do uso de drogas psiquiátricas, e a psiquiatria coercitiva em geral. Em meados da década de 1990, ICSPP organizou uma campanha que levou o governo dos EUA a retirar sua “iniciativa violenta” proposta, um programa amplo do governo que pretendia executar experimentos biomédicos intrusivos em crianças de cidades do interior na expectativa de demonstrar causas biológicas e genéticas da violência. Alguns dos esforços de reforma mais recentes do ICSPP são direcionados à tendência crescente de diagnosticar e medicar, psiquiatricamente, as crianças. Devido aos seus muitos esforços bem-sucedidos a favor da verdade e da justiça nas ciências psicossociais e biomédicas, ICSPP tem sido chamado de “a consciência da psiquiatria”.

ICSPP tem divisões na América do Norte, Europa e Austrália. O centro oferece uma adesão geral. Ele publica um boletim informativo e mantém um site na Web ativo, que apresenta comentários sobre problemas contemporâneos nas ciências humanas. Cada ano ICSPP acolhe uma conferência nacional que está aberta ao público.

ICSPP patrocina um jornal revisto por pares: “*Ethical Human Psychology and Psychiatry* [*Psiquiatria e Psicologia Humana Ética*]], publicado pela Springer Publishing Company. O jornal apresenta artigos científicos, revisões e comentários que elevam o nível da consciência ética da pesquisa, teoria e prática. O jornal examina questões nos serviços humanos contemporâneos com análises críticas que abrangem as ciências psicossociais e biomédicas.

Em 2002, Dr. Breggin e sua esposa Ginger Breggin passaram a liderança do ICSPP aos profissionais mais jovens e Dominick Riccio, Ph.D., um psicólogo de Nova York, é atualmente o diretor internacional. Enquanto isso, Dr. Breggin continua a fazer apresentações nas conferências nacionais do ICSPP e a contribuir para o jornal. Nenhum dos líderes do ICSPP são pagos. Todos são voluntários devotados.

Informações sobre a adesão ao ICSPP, o jornal, encontros nacionais, e outras atividades podem ser obtidas no website central, *www.icspp.org*¹³. Uma assinatura anual do jornal está incluída na adesão ao ICSPP. A adesão atualmente custa apenas \$100 dólares por ano, incluindo o jornal. Apoiando o ICSPP, você apoia o movimento de reforma em psiquiatria. Unindo-se ao ICSPP você pode conhecer e se comunicar com os profissionais e leigos preocupados com esta causa, que partilham o seu desejo de elevar o nível de conduta ética, consciência crítica e ciência genuína dentro da psiquiatria e psicologia.

14.3.1 Conselheiros Internacionais dos Trabalhadores Sociais, Psiquiatras, Psicólogos & Educadores

Peter R. Breggin, MD, não mais está afiliado ao Center for the Study of Psychiatry [Centro para o Estudo de Psiquiatria], informalmente conhecido como Centro Internacional para o Estudo da Psiquiatria e Psicologia, o qual ele fundou e liderou de 1972 até 2002, e o Dr. Breggin não mais está envolvido com a Conferência Anual do ICSPP em Outubro. No dia 8 de setembro de 2010, um FORUM ligado à uma Audiência de Arbitragem reafirmou a propriedade e controle do Dr. Breggin do URL *icspp.org*, e apoiou o seu direito de redirecionar este URL para seu novo website na Internet que é chamado: ICSPP - International Counselors Social Workers, Psychiatrists, Psychologists & Educators [Conselheiros Internacionais dos Trabalhadores Sociais, Psiquiatras, Psicólogos & Educadores] - hospedado em *www.icspp.org*¹⁴.

14.4 Apêndice D: A Aliança para a Proteção da Pesquisa Humana

Fundada em 2001, a *Alliance for Human Research Protection (AHRP)* [Aliança para a Proteção Humana na Pesquisa] é uma rede nacional de leigos e profissionais dedicados ao avanço responsável e práticas éticas de pesquisa médica, para minimizar os riscos associados de tais esforços, e para assegurar que os direitos, dignidade e bem-estar dos sujeitos humanos sejam protegidos.

Muito do que se transforma em conhecimento sobre os efeitos das drogas psiquiátricas foi obtida em testes clínicos e outros estudos envolvendo sujeitos humanos. AHRP tem estado na vanguarda dos esforços de documentação sobre como o projeto, conduta, e os achados de tais estudos estão contaminados por conflitos de interesses resultantes do financiamento e controle destes testes clínicos, por parte da indústria de drogas farmacêuticas.

Por meio de e-mails informativos diários, testemunhos e conferências públicas, educação, exposição na mídia, e apelos à consciência e justiça social, AHRP se levanta e fala em defesa dos direitos humanos dos sujeitos submetidos às pesquisas - especialmente aqueles que são vulneráveis ou suscetíveis à coerção e exploração, tais como crianças atrasadas, pessoas idosas com capacidade de raciocínio prejudicado, as populações atrasadas que vivem em países subdesenvolvidos, bem como os prisioneiros e membros das forças armadas.

Os e-mails informativos diários, da AHRP, servem como catalisadores do debate público. Eles contêm informações extremamente úteis para os pacientes e suas famílias, jornalistas, acadêmicos, defensores legais e advogados, e outros observadores concernentes. Quase todo o trabalho da AHRP é realizada por voluntários não remunerados, que doam tempo e outros recursos para a organização. Assim, AHRP oferece um ponto de vista único, sem contaminação de conflitos de interesses. Seu site na Internet oferece um extenso arquivo de materiais pesquisáveis, reportagens e outros documentos.

¹³Internet: "<http://www.icspp.org/>".

¹⁴Internet: "<http://www.icspp.org/>".

AHRP é uma organização educacional, sem fins lucrativos, isenta de impostos nos termos da Seção 501C-3 do *Internal Revenue Code* [Código da Receita Federal].

Para se inscrever e receber estes e-mails informativos, junte-se ou faça uma doação para AHRP, ou pesquise nas bases de dados da AHRP, visite www.ahrp.org¹⁵.

14.5 Bibliografia

Nota do autor sobre a bibliografia

Esta bibliografia longa se acumulou por mais de 25 anos, começando com a edição inicial em 1983 do livro intitulado *Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain* (*Drogas Psiquiátricas: Perigos para o Cérebro*). Em vez de retirar as citações mais antigas do texto e da bibliografia, quase todas elas foram mantidas. A maioria das citações mais antigas permanecem cientificamente válidas e, em geral, têm sido confirmadas por pesquisas subsequentes. Além disso, elas fornecem uma perspectiva histórica sobre o crescimento do conhecimento sobre os efeitos adversos de drogas psiquiátricas sobre o cérebro e a mente. Uma vez que qualquer um dos estudos mais antigos são mais detalhados e, por vezes, mais francos em suas observações, eles também fornecem ao clínico ou pesquisador uma oportunidade de aprofundar o assunto.

¹⁵Internet: “<http://www.ahrp.org>”.

Referências Bibliográficas

- [1] Abramson, John. (2004). *Overdo\$ed America: The broken promise of American medicine* [Overdo\$e Americana: A quebra de promessa da medicina americana]. New York: Harper-Collins.
- [2] Addonizio, G., Susman, V., & Roth, S. (1986). Symptoms of neuroleptic malignant syndrome in 82 consecutive inpatients [Sintomas da síndrome neuroléptica maligna em 82 pacientes consecutivos]. *American Journal of Psychiatry* [Jornal Americano de Psiquiatria], 143, 1587-1590.
- [3] Ahmed, S., Chengappa, K.N., Naidu, V.R., Baker, R.W., Parepally, H., & Schooler, N.R. (1998). Clozapine withdrawal-emergent dystonias and dyskinesias: A case series [Distonias e discinesias emergentes da abstinência de clozapina: Uma série de casos]. *Journal of Clinical Psychiatry* [Jornal de Psiquiatria Clínica], 59, 472-477.
- [4] American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] (1990). *American Psychiatric Association Task Force on Benzodiazepine Dependence, Toxicity, and Abuse* [Força Tarefa da Associação de Psiquiatria Americana sobre Dependência de benzodiazepínicos, toxicidade e abuso]. Washington, D.C.: “American Psychiatric Press [Imprensa de Psiquiatria Americana]”.
- [5] American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] (1992). *Tardive dyskinesia: A task force report* [Discinesia tardia: Relatório de uma força-tarefa]. Washington, D.C.: American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana].
- [6] American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition* [Manual estatístico de diagnóstico das doenças mentais, quarta edição] (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana].
- [7] American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] (2005, 4 de Maio). Mental illness stigmas are receding, but misconceptions remain [Estigmas doença mental estão diminuindo, mas os preconceitos continuam]. Comunicado nº 05-24. Download 2 de Junho de 2006 from: http://www.psych.org/news_room/press_releases/05-24APANewsReleaseonPoll-%20final.pdf.
- [8] Amore, M., & Zazzeri, N. (1995). Neuroleptic malignant syndrome after neuroleptic discontinuation [Síndrome neuroléptica maligna após a descontinuação dos neurolépticos]. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* [Progresso em Neuro-Psicofarmacologia e Psiquiatria Materialista], 19, 1323-1334.
- [9] Amsden, G.W., & Georgian, F. (1996). Orthostatic hypotension induced by sertraline withdrawal [Hipotensão ortostática induzida pela retirada de sertralina]. *Pharmacotherapy* [Farmacoterapia], 16, 684-686.

- [10] Ananth, J., Parameswaran, S., Gunatilake, S., Burgoyne, K., & Sidohm, T. (2004). Neuroleptic malignant syndrome and atypical antipsychotic drugs [Síndrome neuroléptica maligna e drogas antipsicóticas atípicas]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 65, 464-470.
- [11] Angell, Marcia B. (2004). *The truth about drug companies: How they deceive us and what to do about it [A verdade sobre as empresas de drogas farmacêuticas: Como eles nos enganam e o que fazer sobre isso]*. New York: Random House.
- [12] Antonuccio, D.O., Danton, W.G., & DeNelsky; G.Y. (1994). Psychotherapy: No stronger medicine [Psicoterapia: medicina suave]. *Scientist Practitioner [Cientista Praticante]*, 4, 2-18.
- [13] Antonuccio, D.O., Danton, W.G., & DeNelsky; G.Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data [Psicoterapia versus medicação para depressão: Desafiando a sabedoria convencional com dados]. *Professional Psychology: Research and Practice [Psicologia Profissional: Pesquisa e Prática]*, 26, 574-585.
- [14] Antonuccio, D.O., Danton, W.G., DeNelsky G.Y., Greenberg, R.P., & Gordon, J.S. (1999). Raising questions about antidepressants [Levantando questões sobre antidepressivos]. *Psychotherapy and Psychosomatics [Psicoterapia e Psicossomática]*, 68, 3-14.
- [15] Antonuccio, D., Ward, C., & Tearnan, B. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients [O tratamento comportamental da depressão unipolar em adultos de ambulatório]. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification [Progresso na mudança de comportamento]*. Orlando, Fla.: Academic Press.
- [16] Armstrong, L. (1993). *And they call it help: The psychiatric policing of America's children [E eles chamam isso de ajuda: O policiamento psiquiátrico das crianças da América]*. New York: Addison-Wesley.
- [17] Armstrong, T. (1995). *The myth of the ADD child [O mito da criança TDA]*. New York: Dutton.
- [18] Arya, D.K. (1996). Withdrawal after discontinuation of paroxetine [Abstinência após a descontinuação da paroxetina]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Australiano e da Nova Zelândia]*, 30, 702.
- [19] Ashton, H. (1991). Protracted withdrawal syndromes from benzodiazepines [Prolongada síndrome de abstinência de benzodiazepínicos]. *Journal of Substance Abuse Treatment [Jornal do Tratamento do Abuso de Substância]*, 8, 19-28.
- [20] Ashton, H. (1994). The treatment of benzodiazepine dependence [O tratamento da dependência de benzodiazepínicos]. *Addiction [Vício]*, 89, 1535-1541.
- [21] Askevold, F. (1959). The occurrence of paranoid incidents and abstinence delirium in abusers of amphetamines [A ocorrência de incidentes paranóicos e delírio de abstinência em usuários abusivos de anfetaminas]. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica [Ata Psiquiátrica e Neurológica da Scandinava]*, 34, 145-164.
- [22] Asscher, A.W. (1991, 1 de outubro). Dear Doctor/Dentist/Pharmacist: Withdrawal of triazolam [Caro Médico/Dentista/Farmacêutico: Abstinência de triazolam]. (Carta). Committee on Safety of Medicines [Comitê de Segurança de Medicamentos], London, England.
- [23] Associated Press. (1998, 5 de Junho). (Indianapolis). Maker of Prozac defends product [Fabricante do Prozac defende produto]. Original press release [Comunicado da imprensa original].

- [24] Baker, L.A., Cheng, L.Y., & Amara, I. B. (1983). The withdrawal of benztropine mesylate in chronic schizophrenic patients [A retirada do mesilato de benzotropina em pacientes esquizofrênicos crônicos]. *British Journal of Psychiatry [Jornal Britânico de Psiquiatria]*, 143, 584-590.
- [25] Baldessarini, R.J., & Viguera, A.C. (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients [Retirada dos neurolépticos em pacientes esquizofrênicos]. *Archives of General Psychiatry [Arquivos de Psiquiatria Geral]*, 52, 189-192.
- [26] Balhara, Y., Sagar, R., & Varghese, S.T. (2007). Bleeding gums: Duloxetine may be the cause [Sangramento nas gengivas: Duloxetina pode ser a causa]. *Journal of Postgraduate Medicine [Jornal de Medicina Pós-graduada]*, 53, 44-45.
- [27] Balon, R., Yeragani, V.K., Pohl, R.B., & Gershon, S. (1988). Lithium discontinuation: Withdrawal or relapse? [Descontinuação do lítio: Abstinência ou recaída?] *Comprehensive Psychiatry [Psiquiatria Compreensiva]*, 29, 330-334.
- [28] Barker, M.J., Greenwood, K.M., Jackson, M., & Crowe, S.F. (2004). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: A meta-analysis [Persistência dos efeitos cognitivos após a retirada de benzodiazepínicos usados por longo prazo: Uma meta-análise]. *Archives of Clinical Neuropsychology [Arquivos de Neuropsicologia Clínica]*, 19, 437-454.
- [29] Barnhart, W.J., Makela, E.H., & Latocha, M.J. (2004). SSRI-induced apathy syndrome: A clinical review [Síndrome de apatia induzida por IRSS [SSRI]: Uma revisão clínica]. *Journal of Psychiatric Practice [Jornal de Psiquiatria Prática]*, 10, 196-199.
- [30] Barr, L.C., Goodman, W.K., & Price, L.H. (1994). Physical symptoms associated with paroxetine discontinuation [Sintomas físicos associados com a descontinuação da paroxetina]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]* 151, 289.
- [31] Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression [Terapia Cognitiva da depressão]*. New York: Guilford Press.
- [32] Benezzi, F. (1998a). Nefazodone withdrawal symptoms [Sintomas de abstinência da nefazodona]. *Canadian Journal of Psychiatry [Jornal Canadense de Psiquiatria]*, 43, 194-195.
- [33] Benezzi, F. (1998b). Mirtazapine withdrawal symptoms [Sintomas de abstinência da mirtazapina]. *Canadian Journal of Psychiatry [Jornal Canadense de Psiquiatria]*, 43, 525.
- [34] Bender, K.J. (1998a, maio). New warning of depression with Acutane could apply to other medications [Novo aviso de depressão com Acutane pode se aplicar a outros medicamentos]. *Psychiatric Times [Jornal Psiquiátrico]*, p. 1.
- [35] Bender, K.J. (1998b, maio). Researchers report dramatic change in psychotropic medication use [Pesquisadores relatam mudança dramática no uso de medicação psicotrópica]. *Psychiatric Times [Jornal Psiquiátrico]*, p. 32.
- [36] Ben Hadj, A., Dogui, M., Ben Ammou, S., & Loo, H. (1995). Antiparkinson drugs in neuroleptic treatment: Comparative study of progressive and abrupt withdrawal [Drogas antiparkinsonianas no tratamento com neuroléptico: Estudo comparativo da retirada progressiva e abrupta]. *Encephale [Encéfalo]*, 21, 209-215.
- [37] Bezchlibnyk-Butler, K.Z., & Jeffries, J.J. (Eds.). (1996). *Clinical handbook of psychotropic drugs [Manual Clínico de drogas psicotrópicas]*. Seattle: Hogrefe & Huber.

- [38] Bezchlibnyk-Butler, K.Z., & Jeffries, J.J. (Eds.). (2005). *Clinical handbook of psychotropic drugs [Manual Clínico de drogas psicotrópicas]* (15th revised edition). Ashland, O.H.: Hogrefe & Huber.
- [39] Blader, J.C., & Carlson, G.A. (2007, 15 de fevereiro, in press). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry [Psiquiatria Biológica; Psiquiatria Materialista]* .
- [40] Bleuler, M. (1978). *The schizophrenic disorders [As desordens esquizofrênicas]*. New Haven: Yale University Press.
- [41] Bloch, M., Stager, S.V., Braun, A.R., & Rubinow, D.R. (1995). Severe psychiatric symptoms associated with paroxetine withdrawal [Graves sintomas psiquiátricos associados com a retirada da paroxetina]. *The Lancet [O Lanceteiro]*, 346, 57.
- [42] Bola, J., Mosher, L., & Cohen, D. (2005). The Soteria project and community treatment of psychosis. In S. Kirk (Ed.), *Mental disorders in the social environment: Critical perspectives [Desordens mentais no ambiente social: perspectivas críticas]* (pp. 389-406). New York: Columbia University Press.
- [43] Bolton, J.M., Sareen, J., & Reiss, J.P. (2006). Genital anaesthesia persisting six years after sertraline discontinuation [Anestesia genital persistindo seis anos após a descontinuação da sertralina]. *Journal of Sex and Marital Therapy [Jornal da Terapia Marital e Sexual]*, 32, 327-330.
- [44] Brahams, D. (1991, 12 de outubro). Triazolam suspended [Suspensão do Triazolam]. *The Lancet [O Lanceteiro]*, 338, 938.
- [45] Breeding, J. (1998, inverno). Drug withdrawal and emotional recovery [Retirada da droga e recuperação emocional]. *The Rights Tenet [Os Princípios Corretos]*, pp. 9-12.
- [46] Breggin, P.R. (1983a). *Psychiatric Drugs¹⁶: Hazards to the Brain [Drogas Psiquiátricas: Perigo para o Cérebro]*. New York: Springer.
- [47] Breggin, P.R. (1983b). *Iatrogenic Helplessness in Authoritarian Psychiatry¹⁷ [Desamparo Iatrogênico na Psiquiatria Autoritária]*. In R.F. Morgan (Ed.), *The Iatrogenics Handbook [Manual da Iatrogenia]*. Toronto: IPI Publishing Company.
- [48] Breggin, P.R. (1990). *Brain Damage, Dementia and Persistent Cognitive Dysfunction Associated with Neuroleptic Drugs¹⁸: Evidence, Etiology, Implications [Dano Cerebral, Demência e Disfunção Cognitiva Persistente Associada com Drogas Neurolépticas: Evidência, Etiologia, Implicações]*. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 11, 425-464.
- [49] Breggin, P.R. (1991). *Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy and Love Must Replace the Drugs, Electroshock and Biochemical Theories of the 'New Psychiatry' [Psiquiatria Tóxica: Por Que a Terapia, Empatia e Amor Devem Substituir as Drogas, Eletrochoque e as Teorias Bioquímicas da 'Nova Psiquiatria']*. New York: St. Martins Press.
- [50] Breggin, P.R. (1992a). A case of fluoxetine-induced stimulant side effects with suicidal ideation associated with a possible withdrawal syndrome ("crashing") [Um caso de efeitos colaterais estimulantes induzidos pela fluoxetina com ideação suicida associada a uma possível síndrome de abstinência ("crise")]. *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 3, 325-328.

¹⁶**Internet:** "<http://www.amazon.com/Psychiatric-Drugs-Hazards-Peter-Breggin/dp/0826129307>".

¹⁷**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/iatrogenic_authoritarian_psychiatry.pdf".

¹⁸**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/neuroleptic_brain_damage.pdf".

- [51] Breggin, P.R. (1992b). *Beyond Conflict*¹⁹: From Self-Help and Psychotherapy to Peacemaking [Além do Conflito: Da Auto-Ajuda e Psicoterapia para Pacificação]. New York: St. Martin's Press.
- [52] Breggin, P.R. (1993). *Parallels between Neuroleptic Effects and Lethargic Encephalitis*²⁰: The Production of Dyskinesias and Cognitive Disorders [Paralelos entre os Efeitos dos Neurolépticos e Encefalite Letárgica: A Produção de Discinesias e Distúrbios Cognitivos]. *Brain and Cognition* [Cérebro e Cognição], 23, 8-27.
- [53] Breggin, P.R. (1994, 17-19 de outubro). Testimony in *Joyce Fentress et al. v. Shea Communications et al.* ("The Wesbecker Case") [Testemunho em *Joyce Fentress et al. v. Shea Communications et al.* ("O Caso Wesbecker")]. Jefferson Circuit Court, Division One, Louisville, Kentucky N° 90-CI-06033, Vol. 16.
- [54] Breggin, P.R. (1995, September). Prozac "Hazardous" to Children [Prozac "Perigos" para as Crianças]. *Clinical Psychiatry News* [Noticiário da Psiquiatria Clínica], p. 10.
- [55] Breggin, P.R. (1997a). *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*²¹: Drugs, Electroshock, and the Role of the FDA [Tratamentos em Psiquiatria Desabilitadores do Cérebro: Drogas, Eletrochoque, e o Papel da FDA]. New York: Springer.
- [56] Breggin, P.R. (1997b). *The Heart of Being Helpful*²²: Empathy and the Creation of a Healing Presence [O Coração do Ser Ajudante]. New York: Springer.
- [57] Breggin, P. R. (1998a). *Talking Back to Ritalin*²³: What Doctors Aren't Telling You About Stimulants for Children [Falando em Retrospectiva da Ritalina: O Que os Médicos não estão te Dizendo sobre Estimulantes para as Crianças]. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- [58] Breggin, P.R. (1998b). Analysis of Adverse Behavioral Effects of Benzodiazepines With a Discussion of Drawing Scientific Conclusions From The FDA's Spontaneous Reporting System [Análise dos Efeitos Comportamentais Adversos dos Benzodiazepínicos com Uma Discussão sobre Tirar Conclusões Científicas de Sistema da FDA de Relatórios Espontâneos]. *Journal of Mind and Behavior* [Jornal da Mente e do Comportamento], 19, 21-50.
- [59] Breggin, P.R. (1998c). *Psychotherapy in Emotional Crises without Resort to Psychiatric Medications*²⁴ [Psicoterapia em Crises Emocionais, sem Recorrer à Medicação Psiquiátrica]. *The Humanistic Psychologist* [O Psicólogo Humanista], 25, 2-14.
- [60] Breggin, P.R. (1998d). Risks and Mechanism of Action of Stimulants. *NIH Consensus Development Conference Program and Abstracts: Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* [Riscos e Mecanismo de Ação de Estimulantes Programa e Resumos da Conferência de Desenvolvimento de Consenso da NIH]²⁵: *Diagnóstico e Tratamento da Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção*, pp. 105-120. Rockville, Md.: National Institutes of Health.
- [61] Breggin, P.R. (1999a). Psychostimulants in the Treatment of Children Diagnosed With ADHD: Part I - Acute Risks and Psychological Effects [Psicoestimulantes no Tratamento de Crianças Diagnosticadas com DHDA (TDAH): Parte I - Riscos Agudos e Efeitos Psicológicos]. *Ethical Human Sciences and Services* [Serviços e Ciências Humanas Éticas] 1, 13-33.

¹⁹**Internet:** "http://books.google.ca/books/about/Beyond_Conflict.html?id=ocsy5ADeKsYC".

²⁰**Documento:** "...gaia/en/mental/pbreggin/neuroleptic_lethargic_encephalitis.pdf".

²¹**Livro:** "Brain-Disabling Treatments in Psychiatry".

²²**Internet:** "http://breggin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=67".

²³**Internet:** "http://www.goodreads.com/book/show/205593.Talking_Back_to_Ritalin".

²⁴**Documento:** "...gaia/en/mental/pbreggin/psychotherapy_in_crises.pdf".

²⁵NIH: National Institute of Health [Instituto Nacional de Saúde]

- [62] Breggin, P.R. (1999b). Psychostimulants in the Treatment of Children Diagnosed With ADHD: Part II - Adverse Effects on Brain and Behavior [Psicoestimulantes no Tratamento de Crianças Diagnosticadas com DHDA (TDAH): Parte II - Os Efeitos Adversos sobre o Cérebro e o Comportamento]. *Ethical Human Sciences and Services [Serviços e Ciências Humanas Éticas]*, 1, 213-242.
- [63] Breggin, P.R. (1999c). *Psychostimulants in the Treatment of Children Diagnosed with ADHD*²⁶: Risks and Mechanism of Action [Psicoestimulantes no Tratamento de Crianças Diagnosticadas com DHDA (TDAH): Riscos e Mecanismo de Ação]. *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]* 12, 3-35. This simultaneously published version combines 1999a and 1999b.
- [64] Breggin, P.R. (2000). *Reclaiming Our Children*²⁷: A Healing Plan for a Nation in Crisis [Reivindicando Nossas Crianças: Um Plano de Cura Para uma Nação em Crise]. Cambridge, Mass: Perseus Books.
- [65] Breggin, P. R. (2001a). *Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*, edição revisada. Cambridge, M.A.: Perseus Books.
- [66] Breggin, P.R. (2001b). *The Antidepressant Fact Book [O Livro de Fatos sobre os Antidepressivos]*. Cambridge, M.A.: Perseus Books.
- [67] Breggin, P.R. (2002a). *The Ritalin Fact Book [O Livro de Fatos sobre a Ritalina]*. Cambridge, M.A.: Perseus Books.
- [68] Breggin, P.R. (2002b). Fluvoxamine as a Cause of Stimulation, Mania, and Aggression With a Critical Analysis of the FDA-Approved Label [Fluvoxamina como uma Causa de Estimulação, Mania, e Agressão com uma Análise Crítica do Rótulo Aprovado pela FDA]. *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 14, 71-86.
- [69] Breggin, P.R. (2003). *Suicidality, Violence and Mania Caused by Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)*²⁸: A Review and Analysis [Suicídio, Violência e Mania Causados pelos Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (SSRI): Uma Revisão e Análise]. *Ethical Human Sciences and Services [Serviços e Ciências Humanas Éticas]*, 5, 225-246. Simultaneously published in the *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 16, 31-49, 2003/2004.
- [70] Breggin, P.R. (2006a). *Recent Regulatory Changes in Antidepressant Labels*²⁹: Implications of Activation (Stimulation) for Clinical Practice [Mudanças Regulatórias Recentes nos Rótulos dos Antidepressivos: Implicações para a Ativação (Estimulação) na Prática Clínica]. *Primary Psychiatry [Psiquiatria Primária]*, 13, 57-60.
- [71] Breggin, P.R. (2006b). *Court Filing Makes Public My Previously Suppressed Analysis of Paxil's Effects*³⁰ [Ação Judicial torna Pública a Minha Análise dos Efeitos do Paxil Anteriormente Suprimida]. *Ethical Human Psychology and Psychiatry [Psiquiatria e Psicologia Humana Ética]*, 8, 77-84.

²⁶**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/risks_psychostimulats_children_ADHD.pdf".

²⁷**Internet:** "http://breggin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=25".

²⁸**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/ssri-suicidality-violence.pdf".

²⁹**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/antidepressant_labels_change.pdf".

³⁰**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/publication_paxil_effects.pdf".

- [72] Breggin, P.R. (2006c). *How GlaxoSmithKline Suppressed Data on Paxil-Induced Akathisia*³¹: Implications for Suicidality and Violence [Como GlaxoSmithKline Suprimiu Dados sobre Acatisia Induzida por Paxil: Implicações no Suicídio e Violência]. *Ethical Human Psychology and Psychiatry [Psiquiatria e Psicologia Humana Ética]*, 8, 91-100.
- [73] Breggin, P.R. (2006d) *Drug Company Suppressed Data on Paroxetine-Induced Stimulation*³²: Implications for Violence and Suicide [Empresas de Drogas Psiquiátricas Suprimiram Dados sobre a Estimulação Induzida pela Paroxetina: Implicações de Violência e Suicídio]. *Ethical Human Psychology and Psychiatry [Psiquiatria e Psicologia Humana Ética]*, 8, 255-263.
- [74] Breggin, P.R. (2006e). *Intoxication Anosognosia*³³: The Spellbinding Effect of Psychiatric Drugs [Intoxicação por Anosognosia: O Efeito Dopador das Drogas Psiquiátricas]. *Ethical Human Psychology and Psychiatry [Psiquiatria e Psicologia Humana Ética]*, 8, 201-215.
- [75] Breggin, P.R., & Breggin, G. (1994). *Talking Back to Prozac*³⁴: What Doctors Aren't Telling You About Today's Most Controversial Drug [Falando em Retrospectiva do Prozac: O Que Os Médicos Não Estão Te Dizendo sobre as Drogas Psiquiátricas Mais Controversas de Hoje em Dia]. New York: St. Martin's Press.
- [76] Breggin, P.R., & Breggin, G. (1998). *The War Against Children of Color*³⁵: How the Drugs, Programs, and Theories of the Psychiatric Establishment are Threatening America's Children With a Medical 'Cure' for Violence [A Guerra Contra as Crianças de Cor: Como as Drogas, Programas e Teorias do Estabelecimento Psiquiátrico estão Ameaçando as Crianças da América com uma 'Cura' Médica para Violência]. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- [77] Breggin, P.R., & Stern, E.M. (Eds.). (1996). *Psychosocial Approaches to Deeply Disturbed Persons*³⁶ [Abordagens Psicossociais para Pacientes Profundamente Perturbados]. New York: Haworth Press. Também publicado em *The Psychotherapy Patient [O Paciente da Psicoterapia]*, 9 (3/4), 1996.
- [78] Bridges-Parlet, S., Knopman, D., & Steffes, S. (1997). Withdrawal of Neuroleptic Medications From Institutionalized Dementia Patients: Results of a Double-Blind, Baseline-Treatment Controlled Pilot Study [Retirada de Medicamentos Neurolépticos de Pacientes Institucionalizados com Demência: Resultados de um Estudo Piloto Controlado com Tratamento Básico e Experimento Duplo-Cego]. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology [Jornal de Psiquiatria Geriátrica e Neurologia]*, 10, 119-126.
- [79] Brown, C.S., Wittkowsky, A.K., & Bryant, S.G. (1986). Neuroleptic-Induced Catatonia after Abrupt Withdrawal of Amandatine During Neuroleptic Therapy [Catatonia Induzida por Neurolépticos após Retirada Abrupta de Amandatina Durante Terapia com Neurolépticos]. *Pharmacotherapy [Farmacoterapia]*, 6, 193-195.
- [80] Burton Goldberg Group. (1994). *Alternative Medicine: The Definitive Guide [Medicina Alternativa: O Guia Definitivo]*. Fife, Wash.: Future Medicine Publishing.
- [81] Campagne, D.M. (2005, Julho). Venlafaxine and Serious Withdrawal Symptoms: Warning to Drivers [Venlafaxina e Sintomas de Abstinência Sérios: Aviso aos Motoristas]. *Medscape General Medicine [Medicina Geral Medscape]*, 7, n° 22. <http://www.medscape.com/viewarticle/506427> (acessado em 8 de fevereiro, 2006).

³¹**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/paxil_induced_violence.pdf".

³²**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/drug_company_paroxetine.pdf".

³³**Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/spellbinding_psychiatric_drugs.pdf".

³⁴**Internet:** "http://www.goodreads.com/book/show/107210.Talking_Back_to_Prozac".

³⁵**Internet:** "http://www.breggin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=26".

³⁶**Internet:** "http://breggin.com/index.php?Itemid=42&id=28&option=com_content&task=view".

- [82] Caplan, P. (1995). *They Say You're Crazy: How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal* [*Eles Dizem Que Você Está Louco: Como os Psiquiatras Mais Poderoso do Mundo Decidem Quem É Normal*]. New York: Addison-Wesley
- [83] Carlson, P. (1998, Junho 9). Ailments For What Cures You [Doenças Devido ao que Te Cura]. *Washington Post*, p. D1.
- [84] Cavanaugh, J., Smyth, R., and Goodwin, G. (2004). Relapse Into Mania or Depression Following Lithium Discontinuation: A 7-Year Follow-Up [Recaída em Mania ou Depressão Após Interrupção de Lítio: Um Acompanhamento de 7 Anos]. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [*Ata Psiquiátrica Escandinávia*], 109, 91-95.
- [85] Ceccherini-Nelli, A., Bardellini, L., Cur, A., Guazzelli, M., Maggini, C., & Dilsaver, S.C. (1993). Antidepressant Withdrawal: Prospective Findings [Retirada de Antidepressivo: Achados Prospectivos]. *American Journal of Psychiatry* [*Jornal Americano de Psiquiatria*], 150, 165.
- [86] Chen, M. (2007, 7 de fevereiro). "Drugmakers Hurry Sales, Delay Safety Studies [Os Fabricantes de Drogas Psiquiátricas Apressam as Vendas, e Demoram com os Estudos de Segurança]". *The New Standard* [*O Novo Padrão*]. <http://newstandardnews.net/content/index.cfm/items/4269> .
- [87] Cherland, E. and Fitzpatrick, R. (1999). Psychotic Side Effects of Psychostimulants: A 5-Year Review [Efeitos Colaterais Psicóticos devido à Psicoestimulantes: Uma Revisão de 5 Anos]. *Canadian Journal of Psychiatry* [*Jornal Canadense de Psiquiatria*], 44, 811-813.
- [88] Chouinard, G., & Jones, B. (1980). Neuroleptic-Induced Supersensitivity Psychosis: Clinical and Pharmacologic Characteristics [Psicose Supersensitiva Induzida por Neurolépticos: Características Clínicas e Farmacológicas]. *American Journal of Psychiatry* [*Jornal Americano de Psiquiatria*], 137, 16-21.
- [89] Chouinard, G., & Jones, B. (1982). Neuroleptic-Induced Supersensitivity Psychosis, The "Hump Course", and Tardive Dyskinesia [Psicose Supersensitiva Induzida por Neurolépticos, O "Curso Tortuoso", e Discinesia Tardia]. *Journal of Clinical Psychopharmacology* [*Jornal de Psicofarmacologia Clínica*], 2, 143-144.
- [90] Christodolou, C.N., & Lykouras, E.P. (1982). Abrupt Lithium Discontinuation in Manic-Depressive Patients [Interrupção Abrupta de Lítio em Pacientes Maníaco-Depressivos]. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [*Ata Psiquiátrica Escandinávia*], 65, 310-314.
- [91] Clayton, A.H., Pradko, J.F., Croft, H.A., Montano, C.B., Leadbetter, R.A., Bolden-Watson, C., Bass, K.I., Donahue, R.M., Jamerson, B.D., and Metz, A. (2002). Prevalence of Sexual Dysfunction Among Newer Antidepressants [Prevalência de Disfunção Sexual Entre os Antidepressivos Mais Novos]. *Journal of Clinical Psychiatry* [*Jornal de Psiquiatria Clínica*], 63, 357-366.
- [92] Cohen, D. (1997a). A Critique of The Use of Neuroleptic Drugs in Psychiatry in S. Fisher & R.P. Greenberg (Eds.), *From Placebo To Panacea: Putting Psychotropic Drugs To The Test* [Uma Crítica do Uso de Drogas Neurolépticas na Psiquiatria em S. Fisher & R.P. Greenberg (Eds.), *Do Placebo à Panacéia: Colocando em Teste as Drogas Psicotrópicas*] (pp. 173-228). New York: John Wiley & Sons.
- [93] Cohen, D. (1997b). Psychiatrogenics: The Introduction of Chlorpromazine in Psychiatry [Psiquiatrogênia: A Introdução da Clorpromazina em Psiquiatria]. *Review of Existential Psychology and Psychiatry* [*Revista de Psiquiatria e Psicologia Existencial*], 23, 206-233.
- [94] Cohen, D. (2001). Commentary: Electroconvulsive Treatment, Neurology, and Psychiatry [Comentário: Tratamento Eletroconvulsivo, Neurologia e Psiquiatria]. *Ethical Human Sciences and Services* [*Serviços e Ciências Humanas Éticas*], 3 (2), 127-129.

- [95] Cohen, D. (2001). How to Detoxify from Common Illusions About Psychiatric Medication [Como Desintoxicar-se das Ilusões Comuns sobre Medicação Psiquiátrica]. *Ethical Human Sciences and Services [Serviços e Ciências Humanas Éticas]*, 3 (3), 207-211.
- [96] Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., & Perodeau, G. (2001). Medications as Social Phenomena [Medicamentos Como Um Fenômeno Social]. *Health [Saúde]*, 5 (4), 441-469.
- [97] Cohen, J.S. (2001). *Overdose: The Case Against The Drug Companies [Overdose: O Caso Contra as Indústrias de Droga Farmacêutica]*. New York: Penguin Putnam.
- [98] Cohen, D. (2001). Medication-Free Minors With Schizophrenia [Minorias Sem Medicação com Esquizofrenia]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 158 (2), 324.
- [99] Cohen, D. (2002). Research on The Drug Treatment of Schizophrenia: A Critical Evaluation and Implications For Social Work Education [Pesquisa sobre o Tratamento com Droga Psiquiátrica da Esquizofrenia: Uma Avaliação Crítica e Implicações para a Educação Social do Trabalho]. *Journal of Social Work Education [Jornal de Educação para o Trabalho Social]*, 38, 217-239.
- [100] Cohen, D., & Leo, J. (Eds.), with commentaries by T. Stanton, D. Smith, K. McCready D.B. Stein, P. Oas, M. Laing, B. Kean, & S. Parry (2002). A Boy Who Stops Taking Stimulants for “ADHD”: Commentaries on a Pediatrics Case Study [Um Garoto Que Parou de Tomar Estimulantes para “DHDA (TDAH)” : Comentários sobre um Estudo de Caso Pediátrico]. *Ethical Human Sciences and Services [Serviços e Ciências Humanas Éticas]*, 4, 189-209.
- [101] Cohen, D. (2003). Review of W. Kneeland & C. Warren’s “Pushbutton Psychiatry: A History of Electroshock in America” [Revisão de W. Kneeland & C. Warren’s “Psiquiatria de Apertar Botão: Uma História de Eletrochoque na América”]. *Journal of the History of Behavioral Sciences [Jornal da História das Ciências Comportamentais]*, 39, 417-418.
- [102] Cohen, D. (2003). The Psychiatric Medication History: Context, Meaning, and Purpose [A História da Medicação Psiquiátrica: Contexto, Significado e Propósito]. *Social Work in Mental Health: The Journal of Behavioral and Psychiatric Social Work*, 1, 5-28.
- [103] Cohen, D. (2003, 11 de agosto). Antidepressant Debate [Debate sobre Antidepressivos]. *New York Times*. [letter]
- [104] Cohen, D., & Hoeller, K. (2003). Screening for Depression: Medicine or Telemarketing? [Triagem da Depressão: Medicina ou Telemarketing?]. *Ethical Human Sciences and Services [Serviços e Ciências Humanas Éticas]*, 5, 3-6.
- [105] Cohen, D. (2004, 20 de janeiro). The Risks of Antidepressant Withdrawal [Os Riscos da Retirada de Antidepressivos]. *New York Times*. [letter]
- [106] Cohen, D., & Leo, J. (2004). ADHD and Neuroimaging: An Update [DHDA (TDAH) e Neuroimagem: Uma Atualização]. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 25, 161-166.
- [107] Cohen, D. (2005). Clinical Psychopharmacology Trials: “Cold Standard” or Fool’s Gold? [Testes Clínicos de Psicofarmacologia: “Padrão Sóbrio” ou Ouro de Tolo?] In S. Kirk (Ed.), *Mental Disorders in the Social Environment: Critical Perspectives [Desordens Mentais no Ambiente Social: Perspectivas Críticas]* (pp. 347-367). New York: Columbia University Press.
- [108] Cohen, D. (2006). Foreword. In Jay Joseph, *The Missing Gene: Psychiatry Heredity, and the Fruitless Search for Genes [O Gene que Faltava: Psiquiatria Hereditária, a Infrutífera Procura por Genes]* (pp. 1-3). San Francisco: Algora Publishing.

- [109] Cohen, D. (2006). How Does The Decision to Medicate Children Arise in ADHD? Views of Parents and Professionals in Canada [Como Chega-se à Decisão de Medicar Crianças nos Casos da DHDA (TDAH)? Pontos de Vista de Pais e Profissionais no Canadá]. In G. Lloyd, J. Stead, & D. Cohen (eds.), *Critical new perspectives on ADHD [Novas Perspectivas Críticas sobre a DHDA (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção)]* (pp. 137-155). London & New York: Routledge.
- [110] Cohen, D. (2006). Critiques of the ‘ADHD Enterprise’ [Críticas do ‘Empreendimento da DHDA (TDAH)’] in G. Lloyd, J. Stead, & D. Cohen (eds.), *Critical New Perspectives on ADHD [Novas Perspectivas Críticas sobre a DHDA (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção)]* (pp. 12-33). London & New York: Routledge.
- [111] Cohen, D. (1994). Challenging The Therapeutic State, Part II: Further Disquisitions on The Mental Health System [Desafiando o Estado Terapêutico, Parte II: Dissertações Adicionais sobre o Sistema de Saúde Mental] [Special Issue]. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 15 (1 & 2).
- [112] Cohen, D., & Cohen, H. (1986). Biological Theories, Drug Treatments, and Schizophrenia: A Critical Assessment [Teorias Biológicas, Tratamentos com Drogas Psiquiátricas, e Esquizofrenia: Uma Avaliação Crítica]. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 7, 11-36.
- [113] Cohen, D. (2007). Helping Individuals Withdraw From Psychiatric Drugs [Ajudando os Indivíduos à Retirar-se das Drogas Psiquiátricas]. *Journal of College Student Psychotherapy*.
- [114] Cohen, D., & Jacobs, D. (2007). Randomized Controlled Trials of Antidepressants: Clinically and Scientifically Irrelevant [Testes Controlados Randomizados de Antidepressivos: Clinicamente e Cientificamente Irrelevantes]. *Debates in Neuroscience [Debates em Neurociência]*, DOI 10. 1007.
- [115] Cohen, D., & Jacobs, D. (1998). A Model Consent Form for Psychiatric Drug Treatment [Um Formulário de Consentimento Modelo para Tratamento com Drogas Psiquiátricas]. *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 11, 161-164.
- [116] Cohen, D., & Karsenty, S. (1998). The Social Construction of the Side Effects of Anxiolytic Drugs [A Construção Social dos Efeitos Colaterais das Drogas Ansiolíticas]. Manuscrito não publicado.
- [117] Cohen, D. (Ed.) (1990). Challenging The Therapeutic State: Critical Perspectives on Psychiatry and The Mental Health System [Desafiando o Estado Terapêutico: Perspectivas Críticas em Psiquiatria e do Sistema de Saúde Mental] [Special Issue]. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 11 (3 & 4).
- [118] Cohen, D., & McCubbin, M. (1990). The Political Economy of Tardive Dyskinesia: Asymmetries in Power and Responsibility [A Economia Política da Discinesia Tardia: Assimetrias no Poder e Responsabilidade]. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 11, 465-488.
- [119] Colbert, T. (1996). *Broken Brains or Wounded Hearts: What Causes Mental Illness [Cérebros Quebrados ou Corações Feridos: O Que Causa a Doença Mental]*. Santa Ana, Calif.: Kevco.
- [120] Coles, G. (1987). *The Learning Mystique: A Critical Look at “Learning Disabilities” [A Mística da Aprendizagem: Um Olhar Crítico sobre as “Dificuldades de Aprendizagem”]*. New York: Pantheon Books.

- [121] Cooper, W.O., Arbogast, P.G., Ding, H., Hickson, G.B., Fuchs, D.C., and Ray, W. (2006). Trends In Prescribing of Antipsychotic Medications for U.S. Children [Tendências na Prescrição de Medicamentos Antipsicóticos para Crianças dos EUA]. *Ambulatory Pediatrics [Pediatria Ambulatória]*, 6, 79-83.
- [122] Cormack, M.A., Sweeney; K.G., Hughes-Jones, H., & Foot, G.A. (1994). Evaluation of an Easy Cost-Effective Strategy for Cutting Benzodiazepine Use in General Practice [Avaliação de Uma Estratégia Custo-Efetiva Fácil para Cessar o Uso de Benzodiazepínicos na Prática Geral]. *British Journal of General Practice [Jornal Britânico de Prática Geral]*, 44, 5-8.
- [123] Coupland, N.J., Bell, C.J., & Potokar, J.P. (1996). Serotonin Reuptake Inhibitor Withdrawal [Retirada dos Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (SSRI, IRSS)]. *Journal of Clinical Psychopharmacology [Jornal de Psicofarmacologia Clínica]*, 16, 356-362.
- [124] Critser, G. (2005). *Generation RX: How Prescription Drugs Are Altering American Lives, Minds, and Bodies [Geração Raio-X: Como as Drogas Psiquiátricas Estão Alterando as Vidas, Mentas e Corpos dos Americanos]*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- [125] Csoka A.B., Shipko S. (2006). Persistent Sexual Side Effects After SSRI Discontinuation [Persistentes Efeitos Sexuais Colaterais Após a Descontinuação de SSRI]. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 75, 187-188.
- [126] Danton, W.C., & Antonuccio, D.O. (1997). A Focused Empirical Analysis of Treatments for Panic and Anxiety [Uma Análise Empírica Focada no Tratamento de Pânico e Ansiedade]. In S. Fisher & R.P. Greenberg (Eds.), *From Placebo to Panacea: Putting Psychotropic Drugs to The Test [Do Placebo à Panacéia: Colocando em Teste as Drogas Psicotrópicas]* (pp. 229-280). New York: John Wiley & Sons.
- [127] Darbar, D., Connachie, A.M., Jones, A.M., & Newton, R.W. (1996). Acute Psychosis Associated With Abrupt Withdrawal of Carbamazepine Following Intoxication [Psicose Aguda Associada com a Retirada Abrupta de Carbamazepina Após Intoxicação]. *British Journal of Clinical Practice [Jornal Britânico de Prática Clínica]*, 50, 350-351.
- [128] Davies, R.K., Tucker, G.J., Harrow, M., & Detre, T.P. (1971). Confusional Episodes and Anti-depressant Medication [Episódios de Confusão e Medicação Antidepressiva]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 128, 95-99.
- [129] DEA (Drug Enforcement Administration [Administração de Reforço de Drogas]). (1995b, Outubro). *Methylphenidate (A Background Paper) [Metilfenidato (Um Artigo de Fundamentos)]*. Washington, D.C.: Drug and Chemical Evaluation Section, Office of Diversion Control, DEA. Obtained through the Freedom of Information Act.
- [130] de Girolamo, G. (1996). WHO Studies of Schizophrenia: An Overview of The Results and Their Implications for an Understanding of The Disorder [Estudos da OMS sobre Esquizofrenia: Uma Visão Geral dos Resultados e Suas Implicações para a Compreensão da Doença]. In P. Breggin & E.M. Stern (Eds.), *Psychosocial Approaches to Deeply Disturbed Patients [Abordagens Psicossociais para Pacientes Profundamente Perturbados]* (pp. 213-231). New York: Haworth Press. [Also published as *The Psychotherapy Patient [O Paciente da Psicoterapia]*, 9 (3/4), 1996.]
- [131] DeVeugh-Geiss, J., & Pandurangi, A. (1982). Confusional Paranoid Psychosis after Withdrawal From Sympathomimetic Amines: Two Case Reports [Psicose Paranoica com Confusão Após a Retirada de Aminas Simpatomiméticas: Relatórios de Dois Casos]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 139, 1190-1191.

- [132] Dilsaver, S.C. (1994). Withdrawal Phenomena Associated With Antidepressant and Antipsychotic Agents [Síndrome de Abstinência Associada com Agentes Antidepressivos e Antipsicóticos]. *Drug Safety [Segurança de Drogas]*, 10, 103-114.
- [133] Dilsaver, S.C., Greden, J.F., & Snider, R.M. (1987). Antidepressant Withdrawal Syndromes: Phenomenology and Physiopathology [Síndrome de Abstinência de Antidepressivos: Fenomenologia e Fisiopatologia]. *International Clinical Psychopharmacology [Psicofarmacologia Clínica Internacional]*, 2, 1-19.
- [134] Di Masi, J., & Lasagna, L. (1995). The economics of psychotropic drug development [A economia do desenvolvimento da droga psicotrópica]. In F. Bloom & D. Kupfer (Eds.), *Psychopharmacology: The fourth generation of progress [Psicofarmacologia: A quarta geração de progresso]* (pp. 1883-1895). New York: Raven.
- [135] Drummond, E.H. (1997). *Overcoming Anxiety Without Tranquilizers: A Ground-Breaking Program For Treating Chronic Anxiety [Superando a Ansiedade Sem Tranquilizantes: Um Programa Inovador Para O Tratamento da Ansiedade Crônica]*. New York: Dutton.
- [136] Dukes, MNG (1996). *Meyler's Side Effects of Drugs [Efeitos Colaterais de Meyler das Drogas Psiquiátricas]*. New York: Elsevier.
- [137] Dukes, MNG (1997). Editorial. *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 10, 67-69.
- [138] Duloxetine: New Indication. Depression and Diabetic Neuropathy: Too Many Adverse Effects [Nova Indicação. Depressão e Neuropatia Diabética: Excesso de Efeitos Adversos]. (2006). *Prescrire International [Prescrição Internacional]*, 15, 168-172.
- [139] Einbinder, E. (1995). Fluoxetine Withdrawal? [Abstinência da Fluoxetina?] *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 152, 1235.
- [140] El-Zein, R.A., Abdel-Rahman, S.Z., Hay, M.J., Lopez, M.S., Bondy, M.L., Morris, D.L., and Legator M.S.. Cytogenetic Effects In Children Treated With Methylphenidate [Efeitos Citogenéticos em Crianças Tratadas com Metilfenidato]. *Cancer Letters [Cartas sobre Câncer]*, 230, 284-291.
- [141] El-Zein, R.A., Hay, M.J., Lopez, M.S., Bondy, M.L., Morris, D.L., Legator, M.S., and Abdel-Rahman, S.Z. (2006). Response To Comments On 'Cytogenetic Effects In Children Treated With Methylphenidate' By El-Zein et al. [Resposta aos Comentários sobre os 'Efeitos Citogenéticos em Crianças Tratadas com Metilfenidato' por El-Zein et al.] *Cancer Letters [Cartas sobre Câncer]*, 231, 146-148.
- [142] Emslie, G.J., Rush, A.J., Weinberg, W.A., Kowatch, R.A., Hughes, C.W., Carmody, T., & Rintelmann, J. (1997). A Double-Blind, Randomized Placebo-Controlled Trial of Fluoxetine In Children and Adolescents With Depression [Um Estudo Duplo-Cego, Randomizado e Controlado com Placebo da Fluoxetina em Crianças e Adolescentes com Depressão]. *Archives of General Psychiatry [Arquivos de Psiquiatria Geral]*, 54, 1031-1037.
- [143] Eppel, A.B., & Mishra, R. (1984). The Mechanism of Neuroleptic Withdrawal [O Mecanismo da Abstinência dos Neurolépticos]. *Canadian Journal of Psychiatry [Jornal Canadense de Psiquiatria]*, 29, 508-509.
- [144] Faedda, G.L., Tondo, L., Baldessarini, R.J., Suppes, T., & Tohen, M. (1993). Outcome After Rapid Vs. Gradual Discontinuation of Lithium in Bipolar Disorders [Resultado Após a Descontinuação, Rápida Vs. a Gradual, do Lítio nas Desordens Bipolares]. *Archives of General Psychiatry [Arquivos de Psiquiatria Geral]*, 50, 448-455.

- [145] Farah, A., & Lauer, T.E. (1996). Possible Venlafaxine Withdrawal Syndrome [Possível Síndrome de Abstinência de Venlafaxina]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 153, 576.
- [146] Fava, G.A., & Grandi, S. (1995). Withdrawal Syndromes After Paroxetine and Sertraline Discontinuation [Síndromes de Abstinência Após a Descontinuação da Paroxetina e Sertralina]. *Journal of Clinical Psychopharmacology [Jornal de Psicofarmacologia Clínica]*, 15, 374-375.
- [147] Fava, M., Mulroy, R., Alpert, J., Nierenberg, A.A., & Rosenbaum, J.F. (1997). Emergence of Adverse Effects Following Discontinuation of Treatment With Extended-Release Venlafaxine [Aparecimento de Efeitos Adversos Após a Descontinuação do Tratamento Prolongado com Venlafaxina]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 154, 1760-1762.
- [148] FDAAdvisoryCommittee.com. (2004, 2 de fevereiro). Antidepressant Strengthened Warnings About Pediatric Suicidality Risk Needed Immediately, Committe Says [São Necessários Avisos Reforçados sobre o Risco de Suicídio Pediátrico causado por Antidepressivos]. Downloaded from Web site.
- [149] Feth, N., Cattaan-Ludewig, K., and Sirot, E.J. (2006). Electric Sensations: Neglected Symptom of Escitalopram Discontinuation [Sensações Elétrica: Sintoma Negligenciado da Descontinuação de Escitalopram]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 163, 160.
- [150] Fialip, J., Aumaitre, O., Eschaliere, A., Dordain, G., & Lavarenne, J. (1987). Benzodiazepine Withdrawal Seizures: Analysis of 48 Case Reports [Convulsões devido a Abstinência de Benzodiazepínicos: Análise de 48 Relatos de Casos]. *Clinical Neuropharmacology [Neurofarmacologia Clínica]*, 10, 538-544.
- [151] Fishbain, D.A., Rosomoff, H.L., & Rosomoff, R.S. (1992). Detoxification of Nonopiate Drugs In The Chronic Pain Setting and Clonidine Opiate Detoxification [Desintoxicação de Drogas Não-Opiáceas na Conjuntura de Dor Crônica e Desintoxicação do Opiáceo Clonidina]. *Clinical Journal of Pain [Jornal Clínico da Dor]*, 8, 191-203.
- [152] Fisher, C.M. (1989). Neurological fragments. II - Remarks On Anosognosia, Confabulation, Memory and Other Topics; And An Appendix On Self-Observation [Fragmentos neurológicos. II - Observações sobre Anosognosia, Confabulação, Memória e Outros Tópicos; E Um Apêndice sobre a Auto-Observação]. *Neurology [Neurologia]*, 39, 127-132.
- [153] Fisher, S., & Greenberg, R. (Eds.). (1989). *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress: Comparisons With Psychotherapy and Placebo [Os Limites dos Tratamentos Biológicos para a Aflição Psicológica: Comparações Com a Psicoterapia e Placebo]*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- [154] Fisher, R., & Fisher, S. (1996). Antidepressants For Children: Is Scientific Support Necessary? [Antidepressivos Para Crianças: É Necessário Suporte Científico?] *Journal of Nervous and Mental Disease [Jornal de Doença Mental e Nervosa]*, 184, 99-102.
- [155] Fisher, S., Bryant, S.G., & Kent, T.A. (1993). Postmarketing Surveillance By Patient Self-Monitoring: Trazodone Versus Fluoxetine [Supervisão Pós-Comercialização pela Auto-Monitorização do Paciente: Trazodone Versus Fluoxetina]. *Journal of Clinical Psychopharmacology [Jornal de Psicofarmacologia Clínica]*, 13, 235-242.
- [156] Fisher, S., & Greenberg, R. (1997). *From Placebo To Panacea: Putting Psychiatric Drugs To The Test [Do Placebo até a Panacéia: Colocando em Teste as Drogas Psiquiátricas]*. New York: Wiley.

- [157] Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2004a, 22 de março). FDA Issues Public Health Advisory On Cautions For Use of Antidepressants In Adults and Children [FDA Emite Aviso de Saúde Pública sobre a Cautela com o Uso de Antidepressivos em Adultos e Crianças]. Rockville, Maryland. www.fda.gov .
- [158] Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2004b, 14 de setembro). Transcript of Meeting of The Center For Drug Evaluation and Research [Transcrição da Reunião do Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas Farmacêuticas]. Joint meeting of the CDER Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee and the FDA Pediatric Advisory Committee [Reunião Conjunta dos Comitês Consultivos de Drogas Psicofarmacológicas do CDER e Pediátrico da FDA]. Bethesda, Maryland. www.fda.gov .
- [159] Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2005a, 26 de janeiro). Class suicidality labeling language for antidepressants [Classes de linguagem sobre suicídio nas bulas dos antidepressivos]. Food and Drug Administration, Rockville, Maryland. www.fda.gov .
- [160] Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2005b, 26 de janeiro). Medication guide: About using antidepressants in children and teenagers [Guia de medicação: Sobre o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes]. Food and Drug Administration, Rockville, M.D.. Obtained from www.fda.gov .
- [161] Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2005c, 28 de setembro). FDA issues Public Health Advisory on Strattera (atomoxetine) for Attention Deficit Disorder [FDA Emite um Aviso de Saúde Pública sobre o uso de Strattera (atomoxetina) para a Desordem de Déficit de Atenção]. Food and Drug Administration, Rockville, M.D. Obtained from www.fda.gov
- [162] Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2005d, Junho 30). Declaração da FDA, sobre Concerta e metilfenidato, no PAC de 30 de junho. (Informes breves do Pediatric Advisory Committee [Comitê de Avisos Pediátricos], Junho 29, 2005) www.fda.gov
- [163] Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2006, 14 de março). Summary of psychiatric and neurological adverse events from June 2005 1-year post pediatric exclusivity reviews of Concerta and other methylphenidate products. Table 2: Brief case summaries of psychiatric adverse events for Concerta, immediate-release methylphenidate, and extended release methylphenidate (N=52) [Sumário dos eventos adversos psiquiátricos e neurológicos devido ao Concerta e outros produtos de metilfenidato em uso exclusivamente pediátrico, extraído das revisões pós-anuais de junho de 2005. Tabela 2: Breves sumários de caso de eventos psiquiátricos adversos devido a Concerta, com parada de consumo imediata e prolongada de metilfenidato (N = 52)]. www.fda.gov.
- [164] Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos]. (2007, 21 de fevereiro). FDA News: FDA directs ADHD drug manufacturers to notify patients about cardiovascular adverse events and psychiatric adverse events [Notícias da FDA: FDA orienta os fabricantes, de drogas psiquiátricas da DHDA (TDAH), para notificar os pacientes sobre eventos adversos cardiovasculares e psiquiátricos]. www.fda.gov
- [165] Fried, S.M. (1998). *Bitter pills: Inside the hazardous world of legal drugs* [Pílulas amargas: Dentro do mundo perigosos das drogas legais]. New York: Bantam Doubleday Bell.
- [166] Gaines, D. (1992). *Teenage wasteland: Suburbia's dead end kids* [Terra de adolescentes abandonados: Crianças dos becos sem saída dos subúrbios]. New York: HarperPerennial.

- [167] GAO (Government Accounting Office [Escritório de Avaliação do Governo]). (1990, abril). *FDA drug review: Post-approval risks 1976-1985 [Revisão da FDA sobre drogas psiquiátricas: Riscos posteriormente aprovados 1976-1985]*. Relatório ao Presidente, Subcomissão de Recursos Humanos e Relações Intergovernamentais, Comitê de Operações Governamentais, Câmara dos Deputados.
- [168] Garner, E.M., Kelly M.W., & Thompson, D.F. (1993). Tricyclic antidepressant withdrawal syndrome [Síndrome de abstinência de antidepressivos tricíclicos]. *Annals of Pharmacotherapy [Anais de Farmacoterapia]*, 27, 1068-1072.
- [169] Garrland, E.J., and Baerg, E.A. (2001). Amotivational syndrome associated with selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents [Síndrome amotivacional associada com inibidores de reabsorção seletivos de serotonina em crianças e adolescentes]. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology [Jornal de Psicofarmacologia da Criança e do Adolescente]*, 11, 181-186.
- [170] Gelperin, K. and Phelan, K. (2006, 3 de Maio). Psychiatric adverse events associated with drug treatment of ADHD: Review of postmarketing safety data [Eventos psiquiátricos adversos associados com o tratamento da DADA (TDAH) utilizando drogas farmacêuticas: Revisão dos dados de segurança pós-comercialização]. “*Food and Drug Administration [Administração de Drogas e Alimentos]*”, Rockville, M.D..
- [171] Geurian, K., & Burns, I. (1994). Detailed description of a successful outpatient taper of phenobarbital therapy [Descrição detalhada de uma redução de fenobarbital, bem sucedida, de um paciente ambulatorial]. *Archives of Family Medicine [Arquivos da Medicina da Família]*, 3, 458-460.
- [172] Ghadirian, A.M. (1986). Paradoxical mood response following antidepressant withdrawal [Resposta paradoxal do humor após a abstinência de antidepressivo]. *Biological Psychiatry [Psiquiatria Biológica; Psiquiatria Materialista]*, 21, 1298-1300.
- [173] Giakas, W.J., & Davis, J.M. (1997). Intractable withdrawal from venlafaxine treated with fluoxetine [Abstinência difícil de venlafaxina tratada com fluoxetina]. *Psychiatric Annals [Anais Psiquiátricos]*, 27, 85-92.
- [174] Gibeaut, J. (1996, agosto). Mood-altering verdict [Veredito da alteração de humor]. *American Bar Association Journal [Jornal da Associação de Advocacia Americana]*, p. 18
- [175] Gilbert, P.L., Harris, J., McAdams, L.A., & Jeste, D.V. (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: A review of the literature [Abstinência de neurolépticos em pacientes esquizofrênicos: Uma revisão da literatura]. *Archives of General Psychiatry [Arquivos de Psiquiatria Geral]*, 52, 173-188.
- [176] Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A.L., Janols, L.O., Thernlund, G., Hagglof, B., Eidevall-Wallin, L., Gustafsson, P., & Kopp, S. (1997). Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial [Tratamento com estimulante, de longo prazo, de crianças com sintomas da desordem de hiperatividade e déficit de atenção: Um estudo randomizado, duplo-cego, controlado com placebo]. *Archives of General Psychiatry [Arquivos de Psiquiatria Geral]*, 54, 857-864.
- [177] Glass, J., Lanctot, K.L., Herrmann, N., Sproule, B.A., Busto, U.E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits [Sedativos hipnóticos em idosos com insônia: meta-análise de riscos e benefícios]. *British Medical Journal [Jornal Médico Britânico]*, 331 (7526), 1169.

- [178] GlaxoSmithKline (2006, maio). Important Prescribing Information [Informações de prescrição importantes] (Dear Healthcare Provider Letter) (Carta ao Provedor de Cuidados de Saúde). Sobre a piora clínica e suicídio em adultos que tomam Paxil. Philadelphia, Pennsylvania.
- [179] Glenmullen, J. (2000). *Prozac Backlash [Reação ao Prozac]*. New York: Simon and Schuster.
- [180] Glenmullen, J. (2005). *The antidepressant solution: A step-by-step guide to safely overcoming antidepressant withdrawal, dependence, and "addiction" [A solução dos antidepressivos: Um guia passo-a-passo para superar com segurança a abstinência, dependência, e "vício" de antidepressivo]*. New York: Free Press.
- [181] Goldstein, T., Frye, M., Denicoff, K., Smith-Jackson, E., Leverich, G., Bryan, A., Ali, S., and Post, R. (1999). Antidepressant discontinuation-related mania: Critical prospective observation and theoretical implications in bipolar disorder [Mania relacionada com a interrupção de antidepressivos: Observação crítica em perspectiva e implicações teóricas na desordem bipolar]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 60, 563-567.
- [182] Goodwin, G.M. (1994). Recurrence of mania after lithium withdrawal: Implications for the use of lithium in the treatment of bipolar affective disorder [Recorrência de mania após a abstinência de lítio: Implicações para o uso de lítio no tratamento da desordem afetiva bipolar]. *British Journal of Psychiatry [Jornal Britânico de Psiquiatria]*, 164, 149-152.
- [183] Goozner, Merrill. (2004). *The \$800 million pill: The truth behind the cost of new drugs [A pílula de \$800 milhões dólares: A verdade por trás do custo das novas drogas farmacêuticas]*. Berkeley: University of California Press.
- [184] Gorman, J.M. (1997). *The essential guide to psychiatric drugs [O guia essencial para as drogas psiquiátricas]*. New York: St. Martin Press.
- [185] Goudie, A.J., Smith J.A., Robertson, A., & Cavanagh, C. (1999). Clozapine as a drug of dependence [Clozapina como uma droga que gera dependência]. *Psychopharmacology [Psicofarmacologia]*, 142, 369-374.
- [186] Grady; D. (1998, 15 de abril). Reactions to prescribed drugs kill tens of thousands, study shows [Estudo mostra que reações às drogas prescritas matam dezenas de milhares de pessoas]. *New York Times*, p. A1.
- [187] Green, A. (1989). Physical and sexual abuse of children [Abuso físico e sexual de crianças]. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry [Livro-texto abrangente de psiquiatria]* (pp. 1962-1970). Baltimore: Williams and Wilkins.
- [188] Green, A. (2003). Withdrawal symptoms are very frequent and difficult to treat [Sintomas de abstinência são muito frequentes e difíceis de tratar]. *British Medical Journal [Jornal Médico Britânico]*, 324. Available at: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/324/7332/260>.
- [189] Greenberg, R., Bornstein, R., Greenberg, M., & Fisher, S. (1992). A meta-analysis of antidepressant outcome under "blinder" conditions [Uma meta-análise do resultado de antidepressivo em condição "cega"]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology [Jornal de Psicologia Clínica e de Consultório]*, 60, 664-669.
- [190] Grohol, J.M. (1997). *The insider's guide to mental health resources online [O guia do "insider" dos recursos de saúde mental on-line]*. New York: Guilford Press.
- [191] Gualtieri, C.T., & Sovner, R. (1989). Akathisia and tardive akathisia [Akatisia e akatisia tardia]. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews [Revisões dos Aspectos Psiquiátricos do Retardo Mental]*, 8, 83-87.

- [192] Gualtieri, C.T., & Staye, J. (1979). Withdrawal symptoms after abrupt cessation of amitriptyline in an eight-year-old boy [Sintomas de abstinência após a interrupção abrupta de amitriptilina em um menino de oito anos de idade]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 136, 457-458.
- [193] Haddad, P. (1997). Newer antidepressants and the discontinuation syndrome [Antidepressivos mais novos e a síndrome de descontinuação]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 58 (supplement 7), 17-22.
- [194] Haddad, P., Lejoyeux, M., & Young, A. (1998). Antidepressant discontinuation reactions are preventable and easy to treat [Reações a descontinuação de antidepressivo são preveníveis e fácil de tratar]. *British Medical Journal [Jornal Médico Britânico]*, 316, 1105-1106.
- [195] Hall, S.S. (1998, 13 de fevereiro). Our memories, our selves [Nossas memórias, nosso ser]. *New York Times Magazine*, pp. 26-33, 49, 56-57.
- [196] Hardman, J.G., & Limbird, L.E. (1996). *Goodman and Gilman's The Pharmacological basis of therapeutics [As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman]*, 9th ed. New York: McGraw-Hill.
- [197] Hartman, P.M. (1990). Mania or hypomania after withdrawal from antidepressants [Mania ou hipomania após a retirada de antidepressivos]. *Journal of Family Practice [Jornal da Prática de Família]*, 30, 471-472.
- [198] Healy D. (1997). *The Antidepressant era [A era dos antidepressivos]*. Cambridge, M.A.: Harvard University.
- [199] Healy D. (2004). *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression [Deixe-os comer Prozac: A relação pouco saudável entre a indústria farmacêutica e a depressão]*. New York and London: New York University Press.
- [200] Hegarty J.M. (1996). Antipsychotic drug withdrawal [Abstinência de droga anti-psicótica]. *Current Approaches to Psychoses [Abordagens Correntes para Psicose]*, 5, 1-4.
- [201] Heh, CWC, Sramek, J., Herrera, & Costa, J. (1988). Exacerbation of psychosis after discontinuation of carbamazepine treatment [Exacerbação da psicose após a descontinuação do tratamento com carbamazepina]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 145, 878-879.
- [202] Hindmarch, I., Kimber, S., & Cockle, S.M. (2000). Abrupt and brief discontinuation of antidepressant treatment: Effects on cognitive function and psychomotor performance [Interrupção abrupta e breve do tratamento com antidepressivo: Efeitos na função cognitiva e desempenho psicomotor]. *International Clinical Psychopharmacology [Psicofarmacologia Clínica Internacional]*, 15, 305-318.
- [203] Hoehn-Saric, R., Lipsey, J.R., & McLeod, D.A. (1990). Apathy and indifference in patients on fluvoxamine and fluoxetine [Apatia e indiferença em pacientes que tomam fluvoxamina e fluoxetina]. *Journal of Clinical Psychopharmacology [Jornal de Psicofarmacologia Clínica]*, 10, 343-345.
- [204] Horgan, J. (1999, 21 de março). Placebo nation [Nação placebo]. *New York Times*, p. 15.
- [205] *Impact of direct-to-consumer advertising on prescription drug spending [Impacto da publicidade direta ao consumidor nos gastos com drogas de prescritis]*. (Junho 2003). Fundação da Família de Henry Kaiser. Posted on: www.kff.org

- [206] IMS Health (1999, 21 de abril). U.S. pharmaceutical industry spent more than \$5.8 billion on product promotion in 1998 [Indústria farmacêutica dos EUA gastou mais de \$5,8 bilhões de dólares na promoção de produtos em 1998]. Disponível online em <http://www.imshealth.com> .
- [207] INCB (International Narcotics Control Board [Conselho Internacional de Controle de Narcóticos]) (1996, novembro). *Control of use of methylphenidate in the treatment of ADD: Expert meeting on amphetamine-type stimulants, Shanghai [Controle do uso do metilfenidato no tratamento do TDA: Reunião de especialistas sobre estimulantes do tipo anfetamina, Xangai]*, 25-29 de novembro de 1996. Vienna, Austria: INCB.
- [208] INCB (International Narcotics Control Board [Conselho Internacional de Controle de Narcóticos]) (1997, 4 de março). INCB sees continuing risk in stimulant prescribed for children [INCB vê risco permanente em estimulantes prescritos para crianças]. *INCB Annual Report Background Note N^o4 [Relatório Anual de Fundamentos do INCB Nota N^o4]*. Vienna, Austria: INCB.
- [209] Inuwa, I., Horobin, R., & Williams, A. (1994, Julho). A TEM study of white blood cells from patients under neuroleptic therapy [Um estudo com Microscópio de Transmissão Eletrônica (TEM) de células brancas do sangue de pacientes sob terapia neuroléptica]. *ICEM 13-Paris International Congress of Electron Microscopy [Congresso Internacional de Microscopia Eletrônica]*, pp. 1091-1092.
- [210] Jacobovitz, D., Sroufe, L.A., Stewart, M., & Leffert, N. (1990). Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympathomimetic drugs: A comprehensive review [Tratamento de problemas de atenção e hiperatividade em crianças com drogas simpatomiméticas: Uma revisão abrangente]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [Jornal da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e Adolescente]*, 29, 677-688.
- [211] Jacobs, D. (1995). Psychiatric drugging: Forty years of pseudo-science, self-interest, and indifference to harm [Drogas psiquiátricas: Quarenta anos de pseudo-ciência, interesse egoísta, e indiferença aos danos na saúde]. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 16, 421-470.
- [212] Jacobs, D., & Cohen, D. (1999). What is really known about psychological alterations produced by psychiatric drugs? [O que é realmente conhecido sobre as alterações psicológicas produzidas pelas drogas psiquiátricas?] *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 12 (1), 37-47.
- [213] Jacobs, D., & Cohen, D. (1999). What is really known about psychological alterations produced by psychiatric drugs? [O que é realmente conhecido sobre as alterações psicológicas produzidas pelas drogas psiquiátricas?] *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 12 (2).
- [214] Jacobs, D., & Cohen, D. (2004). Hidden in plain sight: DSM-IV's rejection of the categorical approach to diagnosis [Escondido descaradamente: Rejeição do DSM-IV da abordagem de diagnóstico por categoria]. *Review of Existential Psychology and Psychiatry [Revista da Psicologia e Psiquiatria Existencial]*, 26, 81-96.
- [215] Jaffe, J. (1980). Drug addiction and drug abuse [Dependência e abuso de drogas psiquiátricas]. In L. S. Goodman & A. Gillman (Eds.), *The pharmacological basis of therapeutics [As bases farmacológicas da terapêutica]*, 6th ed. (pp. 535-584). New York: Macmillan.
- [216] Jess, G., Smith, D. MacKenzie, C., & Crawford, C. (2004). Carbamazepine and rebound mania [Carbamazepina e mania de rebote]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 161, 2132-2133.

- [217] Joint Commission on Mental Illness and Mental Health [Comissão Conjunta de Doença Mental e Saúde Mental]. (1961). (Relatório Final). *Action for Mental Health [Ação pela Saúde Mental]*. New York: Basic Books.
- [218] Julien, R.M. (1997). *A primer of drug action [Uma cartilha sobre a ação da droga]*. New York: W.H. Freeman.
- [219] Kapit, R.M. (1986, 17 de outubro). Atualização de segurança. NDA 18-936 (Prozac for depression [Prozac para a depressão]). Documento interno do Department of Health and Human Services [Departamento de Saúde e Serviços Humanos], Public Health Service [Serviço de Saúde Pública], “*Food and Drug Administration [Administração de Drogas e Alimentos]*”, Center for Drug Evaluation and Research [Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas]. Obtido através do Freedom of Information Act [Decreto de Liberdade de Informação].
- [220] Karp, D.A. (2006). *Is it me or my meds? Living with antidepressants [Vem de mim ou dos meus remédios? Vivendo com antidepressivos]*. Cambridge, M.A., and London: Harvard University Press.
- [221] Kassirer, Jerome P. (2005). *On the take: How America’s complicity with big business can endanger your health [Em primeira mão: Como a cumplicidade dos Estados Unidos da América com as grandes empresas pode colocar em risco a sua saúde]*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- [222] Kean, B. (2005). The risk society and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [A sociedade de risco e a Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção (DHDA (TDAH))]; A critical social research analysis concerning the development and social impact of the ADHD diagnosis [Uma análise e pesquisa social crítica sobre o impacto social, e no desenvolvimento, do diagnóstico da DHDA]. *Ethical Human Psychology and Psychiatry [Psiquiatria e Psicologia Humana Ética]*, 7, 131-142.
- [223] Kean, B. (2006). The globalization of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the rights of the child [A globalização da Desordem de Déficit de Atenção e Hiperatividade e os direitos da criança]. *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 18, 195-204.
- [224] Keely, K.A., & Licht, A.L. (1985). Gradual vs. abrupt withdrawal of methylphenidate in two older dependent males [Redução de metilfenidato, gradual versus abrupta, em dois dependentes idosos do sexo masculino]. *Journal of Substance Abuse Treatment [Jornal do Tratamento do Abuso de Substância]*, 2, 123-125.
- [225] Kennedy S.H., Eisfeld, B.S., Dickens, S.E., Bacchioni, J.R., & Bagby R.M. (2000). Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine [Disfunção sexual induzida por antidepressivo durante o tratamento com moclobemida, paroxetina, sertralina e venlafaxina]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 61, 276-281.
- [226] Kim, D.R., & Staab, J.P. (2005). Quetiapine discontinuation syndrome [Síndrome de descontinuação da quetiapina]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 162, 1020.
- [227] King, J.R., & Hullin, R.P. (1983). Withdrawal symptoms from lithium: Four case reports and a questionnaire study [Sintomas de abstinência do lítio: Quatro relatos de caso e um estudo de questionário]. *British Journal of Psychiatry [Jornal Britânico de Psiquiatria]*, 143, 30-35.

- [228] Kirk, A., & Kutchins, H. (1992). *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry* [A Venda do DSM: A Retórica da Ciência em Psiquiatria]. New York: Aldine de Gruyter.
- [229] Kirsch, I. (1997). Specifying Nonspecifics: Psychological Mechanisms of Placebo Effects [Especificando Não-Especificidades: Mecanismos Psicológicos dos Efeitos Placebo]. In A. Harrington (Ed.), *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration* [O Efeito Placebo: Uma Exploração Interdisciplinar] (pp. 166-186). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- [230] Kirsch, I., & Sapirstein, G. (1998). Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Antidepressant Medication [Escutando o Prozac, mas Ouvindo o Placebo: A Meta-Análise da Medicação Antidepressiva]. *Prevention and Treatment* [Prevenção e Tratamento], 1, article 0002a. [Posted Junho 26, 1998: <http://journals.apa.org/prevention/volume1/pre0010002.html> .]
- [231] Kirsch, I., Moore, T., Scoboria, A. & Nicholls, S. (2002). The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to The U.S. Food And Drug Administration [Novas Drogas do Imperador: Uma Análise dos Dados, sobre Medicação Antidepressiva, Submetidos à Administração de Drogas e Alimentos]. *Prevention and Treatment* [Prevenção e Tratamento], 5, article 23, posted 15 de julho, 2002.
- [232] Klein, H.E., Broucek, B., & Greil, W. (1981). Lithium Withdrawal Triggers Psychotic States [Abstinência de Lítio Provoca Estados Psicóticos]. *British Journal of Psychiatry* [Jornal Britânico de Psiquiatria], 139, 255-264.
- [233] Klein, R.G., & Bessler, A.W. (1992). Stimulant Side Effects in Children [Efeitos Colaterais dos Estimulantes em Crianças]. In J.W. Kane & J.A. Lieberman (Eds.), *Adverse Effects of Psychotropic Drugs* [Efeitos Adversos de Drogas Psicotrópicas] (pp. 470-496). New York: Guilford Press.
- [234] Koch, S., Jager-Roman, E., Losche, G., Nau, H., Rating, D., & Helge, H. (1996). Antiepileptic Drug Treatment in Pregnancy: Drug Side Effects in The Neonate and Neurological Outcome [Tratamento com Drogas Antiepilépticas na Gravidez: Efeitos Colaterais da Droga no Recém-Nascido e Consequências Neurológicas]. *Acta Paediatrica*, 85, 739-746.
- [235] Koopowitz, L.F., & Berk, M. (1995). Paroxetine-Induced Withdrawal Effects [Efeitos de Abstinência Induzidos pela Paroxetina]. *Human Psychopharmacology* [Psicofarmacologia Humana], 10, 147-148.
- [236] Kramer, J.C., Klein, D.F., & Fink, M. (1961). Withdrawal Symptoms Following Discontinuation of Imipramine Therapy [Sintomas de Abstinência Após a Descontinuação da Terapia com Imipramina]. *American Journal of Psychiatry* [Jornal Americano de Psiquiatria], 118, 549-550.
- [237] Lacasse, J., & Leo, J. (2005). Serotonin and Depression: A Disconnect Between the Advertisements And the Scientific Literature [Serotonina e Depressão: Uma Desconexão entre a Publicidade e a Literatura Científica]. *PLoS Medicine*, 2 (12), e392. Disponível gratuitamente on-line em <http://medicine.plosjournals.org>³⁷ .
- [238] Lader, M. (1983). Benzodiazepine Withdrawal States [Estados de Abstinência de Benzodiazepínicos]. Em M.R. Trimble (Ed.), *Benzodiazepines Divided* [Benzodiazepínicos Dividido] (pp. 17-31). New York: John Wiley & Sons.
- [239] Lader, M. (1991). History of Benzodiazepine Dependence [História da Dependência de Benzodiazepínicos]. *Journal of Substance Abuse Treatment* [Jornal do Tratamento do Abuso de Substância], 8, 53-59.

³⁷**Internet:** “<http://medicine.plosjournals.org>”.

- [240] Lader, M. (1992). Abuse Liability of Prescribed Psychotropic Drugs [Responsabilidade do Abuso de Drogas Psicotrópicas Prescritas]. In J.M. Kane & J.A. Lieberman (Eds.), *Adverse Effects of Psychotropic Drugs [Efeitos Adversos de Drogas Psicotrópicas]* (pp. 77-84). New York: Guilford Press.
- [241] Lago, J.A., & Kosten, T.R. (1994). Stimulant Withdrawal [Abstinência de Estimulantes]. *Addiction [Vício]*, 89, 1477-1481.
- [242] Lal, S., & AlAnsari, E. (1986). Tourette-Like Syndrome Following Low-Dose Short-Term Neuroleptic Treatment [Síndrome do Tipo Tourette Após Tratamento de Curto Prazo com Baixas Doses de Neurolépticos]. *Canadian Journal of Neurological Sciences [Jornal Canadense de Ciências Neurológicas]*, 13, 125-128,
- [243] Lang, A.E. (1994). Withdrawal Akathisia: Case Reports and A Proposed Classification of Chronic Akathisia [Acatisia de Abstinência: Relatos de Casos e Uma Proposta de Classificação de Akatisia Crônica]. *Movement Disorders [Desordens de Movimento]*, 9, 188-192.
- [244] Lapierre, Y.D., Gagnon, A., & Kokkinidis, L. (1980). Rapid Recurrence of Mania Following Lithium Withdrawal [Rápida Recorrência de Mania Após Retirada de Lítio]. *Biological Psychiatry [Psiquiatria Biológica; Psiquiatria Materialista]*, 15, 859-864.
- [245] Law, W., III, Petti, T.A., & Kazdin, A.E. (1981). Withdrawal Symptoms After Graduated Cessation of Imipramine In Children [Sintomas de Abstinência Após a Interrupção Gradativa de Imipramina em Crianças]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 138, 647-650.
- [246] Lawrence, J.M. (1985). Reactions to Withdrawal of Antidepressants, Antiparkinsonian Drugs, and Lithium [Reações a Retirada de Antidepressivos, Drogas Antiparkinsonianas e Lítio]. *Psychosomatics [Psicosomática]*, 26, 869-874, 877.
- [247] Lazarou, J. Pomeranz, B.H., & Corey, P. (1998, 15 de abril). Incidence of Adverse Drug Reactions In Hospitalized Patients [Incidência de Reações Adversas a Drogas Psiquiátricas em Pacientes Hospitalizados]. *Journal of the American Medical Association [Jornal da Associação Médica Americana]*, 279, 1200-1205.
- [248] Leipzig, R.M. (1992). Gastrointestinal and Hepatic Effects of Psychotropic Drugs [Efeitos Gastrointestinais e Hepáticos de Drogas Psicotrópicas]. In J.M. Kane & J.A. Lieberman (Eds.), *Adverse Effects of Psychotropic Drugs [Efeitos Adversos de Drogas Psicotrópicas]* (pp. 408-430). New York: Guilford Press.
- [249] Lejoyeux, M., & Adès, J. (1997). Antidepressant Discontinuation: A Review of the Literature [Descontinuação de Antidepressivo: Uma Revisão da Literatura]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 58 (supplement 7), 11-16.
- [250] Lenzer, J. (2005, 27 de setembro). Drug Secrets: What the FDA isn't Telling [Segredos das Drogas Psiquiátricas: O Que a FDA não está Dizendo]. *Slate [Cobertura]*. www.slate.com/id/2126918/³⁸.
- [251] Leo, J., & Cohen, D. (2003). Broken Brains or Flawed Studies? A Critical Review of ADHD Brain Imaging Research [Cérebros Quebrados ou Estudos Falhos? Uma Revisão Crítica da Pesquisa sobre DDAH (TDAH) com Imagens do Cérebro]. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 24, 29-56.

³⁸ "... gaia/mental/drogapsi/bilingue/www.slate.com/id/2126918/".

- [252] Levinson-Castiel, R., Merlob, P., Linder, N., Sirota, L., & Klinger, G. (2006). Neonatal Abstinence Syndrome after in Utero Exposure to Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Term Infants [Síndrome de Abstinência Neonatal após Exposição Intra-Uterina aos Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina em Crianças Nascidas a Termo]. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* [Arquivos de Medicina Pediátrica e de Adolescentes], 160, 173-176.
- [253] Lewontin, R.C. (1992). *Biology as Ideology* [Biologia como Ideologia]. New York: HarperPerennial.
- [254] Lewontin, R.C., Rose, S., & Kamin, L. (1984). *Not In Our Genes: Biology Ideology and Human Nature* [Não em Nossos Genes: Ideologia Biológica e Natureza Humana]. New York: Pantheon Books.
- [255] Lieberman, J.A. (2006). Comparative Effectiveness of Antipsychotic Drugs [Eficácia Comparativa de Drogas Antipsicóticas]. *Archives of General Psychiatry* [Arquivos de Psiquiatria Geral], 63, 1069-1072.
- [256] Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Swartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J., and Hsiao, J.K. (Investigadores do CATIE), (2005). Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients With Chronic Schizophrenia [Eficácia das Drogas Antipsicóticas em Pacientes Com Esquizofrenia Crônica]. *New England Journal of Medicine* [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra], 353, 1209-1223.
- [257] Lifshitz, K., O'Keefe, R.T., Lee, K.L., Linn, G.S., Mase, D., Avery J., Lo, E., & Cooper, T.B. (1991). Effect of Extended Depot Fluphenazine Treatment and Withdrawal on Social and Other Behaviors of Cebus Apella Monkeys [Efeito do Tratamento Prolongado com Flufenazina, e Abstinência, nos Comportamentos Sociais e Outros de Macacos Cebus Apella]. *Psychopharmacology* [Psicofarmacologia], 105, 492-500.
- [258] Liskin, B., Roose, S.P., Walsh, B.T., & Jackson, W.K. (1985). Acute Psychosis Following Phenelzine Discontinuation [Psicose Aguda Após a Descontinuação de Fenelzina]. *Journal of Clinical Psychopharmacology* [Jornal de Psicofarmacologia Clínica], 5, 46-47.
- [259] Luchins, D.J., Freed, W.J., & Wyatt, R.J. (1980). The Role of Cholinergic Supersensitivity in the Medical Symptoms Associated With Withdrawal of Antipsychotic Drugs [O Papel da Supersensibilidade Colinérgica nos Sintomas Médicos Associados com a Abstinência de Drogas Antipsicóticas]. *American Journal of Psychiatry* [Jornal Americano de Psiquiatria], 137, 1395-1398.
- [260] Maisami, M., & Golant, D. (1991). Neuroleptic Withdrawal [Abstinência dos Neurolépticos]. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [Jornal da Academia de Psiquiatria Infantil e da Adolescência], 30, 336.
- [261] Mander, A.J. (1986). Is There a Lithium Withdrawal Syndrome? [Existe Uma Síndrome de Abstinência de Lítio?] *British Journal of Psychiatry* [Jornal Britânico de Psiquiatria], 149, 498-501.
- [262] Mander, A.J., & Loudon, J.B. (1988, 2 de julho). Rapid Recurrence of Mania Following Abrupt Discontinuation of Lithium [Rápida Recorrência de Mania Após a Interrupção Abrupta de Lítio]. *The Lancet* [O Lanceteiro], 2, 15-17.
- [263] Manos, N., Gkiouzevas, J., & Logothetis, J. (1981). The Need For Continuous Use of Antiparkinsonian Medication With Chronic Schizophrenic Patients Receiving Long-Term Neuroleptic Therapy [A Necessidade de Uso Contínuo de Medicamentos Antiparkinsonianos Com Pacientes Esquizofrênicos Crônicos Recebendo Terapia a Longo Prazo de Neurolépticos]. *American Journal of Psychiatry* [Jornal Americano de Psiquiatria], 138, 184-188.

- [264] Mant, A., & Walsh, R. (1997). Reducing Benzodiazepine Use [Redução do Uso de Benzodiazepínicos]. *Drug and Alcohol Review [Revista da Droga e Álcool]*, 16, 77-84.
- [265] Marks, I.M., De Albuquerque, A., Cottraux, J., Gentil, V., Greist, J., Hand, J., Liberman, R.L., Relvas, J.S., Tobena, A., & Tyrer, P., et al. (1989). The “Efficacy” of Alprazolam in Panic Disorder and Agoraphobia: A Critique of Recent Reports [A “Eficácia” de Alprazolam na Desordem do Pânico e Agorafobia: Uma Crítica de Relatórios Recentes]. (1989). *Archives of General Psychiatry [Arquivos de Psiquiatria Geral]*, 46, 668-672.
- [266] Marks, J. (1978). The Benzodiazepines: Use, Overuse, Misuse, Abuse [Os Benzodiazepínicos: Uso, Uso Excessivo, Uso Incorreto, Abuso]. Lancaster, England: MTP.
- [267] Maxmen, J.S., & Ward, N.G. (1995). Psychotropic Drugs Fast Facts [Fatos Resumidos sobre Drogas Psicotrópicas], 2nd ed. New York: W.W. Norton.
- [268] May P., London, E.B., Zimmerman, T., Thompson, R., Mento, T., & Spreat, S. (1995). A Study of The Clinical Outcome of Patients With Profound Mental Retardation Gradually Withdrawn From Chronic Neuroleptic Medication [Um Estudo do Resultado Clínico de Pacientes Com Retardo Mental Profundo Gradualmente Reduzindo a Medicação Neuroléptica Crônica]. *Annals of Clinical Psychiatry [Anais da Psiquiatria Clínica]*, 7, 155-160.
- [269] McCready, K. (1995, Summer). What Heals Human Beings? Technology or Humanity - There is a Choice? [O Que Cura o Ser Humano? Tecnologia ou Humanidade - Existe Uma Escolha?]. Relatório do Center for the Study of Psychiatry and Psychology [Centro para o Estudo da Psiquiatria e Psicologia] no *Rights Tenet: Newsletter of the National Association for Rights Protection and Advocacy [Lemas de Direitos: Notícias da Associação Nacional de Proteção dos Direitos e Advocacia]* (NARPA), p. 3.
- [270] McInnis, M., & Petursson, H. (1985). Withdrawal of Trihexyphenidyl [Abstinência de Triexifenidila]. *Acta Psychiatrica Scandinavica [Ata Psiquiátrica Escandinávia]*, 71, 297-303.
- [271] Medawar, C. (1992). *Power and Dependence [Poder e Dependência]*. London: Social Audit.
- [272] Medawar, C. (1997). The Antidepressant Web: Marketing Depression and Making Medicines Work [A Rede de Antidepressivos: Mercado da Depressão e o Trabalho de Fabricar Medicamentos]. *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 10, 75-126.
- [273] Medawar, C., & Hardon, A. (2004). *Medicines Out of Control? Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill [Medicamentos Fora de Controle? Antidepressivos e a Conspiração de Boa Vontade]*. London: Aksant Academic Publishers/Transaction.
- [274] Medical Letter (1998, 13 de fevereiro). Some Drugs That Cause Psychiatric Symptoms [Alguas Drogas Que Causam Sintomas Psiquiátricos]. *Medical Letter on Drugs and Therapeutics [Informes Médicos sobre Drogas e Terapêutica]*, 40, 21-24.
- [275] Mender, D. (1994). *The Myth of Neuropsychiatry: A Look At Paradoxes, Physics, and The Human Brain [O Mito da Neuropsiquiatria: Um Olhar sobre Paradoxos, Física, e o Cérebro Humano]*. New York: Plenum Press.
- [276] Menza, M.A. (1986). Withdrawal Syndrome in a Depressed Patient Treated With Trazodone [Síndrome de Abstinência em um Paciente Deprimido Tratado com Trazodona]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 143, 1195.

- [277] Miller, M.M., & Potter-Efron, R.T. (1990). Aggression and Violence Associated With Substance Abuse [Agressão e Violência Associados ao Abuso de Substâncias]. *Journal of Chemical Dependency Treatment [Jornal do Tratamento de Dependência Química]*, 3, 1-36.
- [278] Mirin, S.M., Schatzberg, A.F., & Creasy D.E. (1981). Hypomania and Mania After Withdrawal of Tricyclic Antidepressants [Hipomania e Mania Após a Retirada dos Antidepressivos Tricíclicos]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 138, 87-89.
- [279] Moncrieff, J. (2006a). Why Is It So Difficult to Stop Psychiatric Drug Treatment? It May Be Nothing To Do With the Original Problem. [Por Que É Tão Difícil Parar o Tratamento com Droga Psiquiátrica? Pode Não Ter Nada a Ver Com o Problema Original.] *Medical Hypotheses [Hipóteses Médicas]*, 67, 517-523.
- [280] Moncrieff, D. (2006b). Does Antipsychotic Withdrawal Provoke Psychosis? Review of the Literature on Rapid Onset Psychosis (Supersensitivity Psychosis) and Withdrawal-Related Relapse. [Será Que a Abstinência de Antipsicótico Provoca Psicose? Revisão da Literatura Sobre Psicose de Início Rápido (Psicose Supersensitiva) e Recaída Relacionada com Abstinência.] *Acta Psychiatrica Scandinavica [Ata Psiquiátrica Escandinávia]*, 114, 3-14.
- [281] Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005). Rethinking Models of Psychotropic Drug Action [Repensando os Modelos da Ação das Drogas Psicotrópicas]. *Psychotherapy and Psychosomatics [Psicoterapia e Psicossomática]*, 74, 145-153.
- [282] Moncrieff, J., & Cohen, D. (2006). Do Antidepressants Cause or Cure Abnormal Brain States? [Será que Antidepressivos Causam ou Curam Estados Cerebrais Anormais?] *PLoS Medicine*, 3 (7), e240. Disponível livremente na Internet em: <http://medicine.plosjournals.org>³⁹.
- [283] Moncrieff, J. & Kirsch, I. (2006). Efficacy of Antidepressants In Adults [Eficácia dos Antidepressivos em Adultos]. *BMJ* 331: 155-157.
- [284] Montalbetti, D.J., & Zis, A.P. (1988). Cholinergic Rebound Following Trazodone Withdrawal? [Rebote Colinérgico Após Retirada de Trazodone?] *Journal of Clinical Psychopharmacology [Jornal de Psicofarmacologia Clínica]*, 8, 73.
- [285] Moore, T.J. (1995). *Deadly Medicine: Why Tens of Thousands of Heart Patients Died In America's Worst Drug Disaster* [Medicina Mortífera: Por Que Dezenas de Milhares de Pacientes com Problemas Cardíacos Morreram no Pior Desastre da América com Drogas Farmacêuticas]. New York: Simon & Schuster.
- [286] Moore, T.J. (1997, dezembro). Hard to Swallow: Hidden Dangers of Antidepressants [Difícil de Engolir: Perigos Ocultos dos Antidepressivos]. *The Washingtonian*, pp. 68-71, 140-145.
- [287] Moore, T.J. (1998). *Prescription for Disaster: The Hidden Dangers in Your Medicine Cabinet* [Prescrição para o Desastre: Os Perigos Escondidos em Seu Armário de Remédios]. New York: Simon & Schuster.
- [288] Morris, L.A., Tabak, E.R., & Gondek, K. (1997). Counseling Patients About Prescribed Medication: 12-Year Trends [Aconselhando os Pacientes Sobre Medicação Prescrita: Tendências em 12 Anos]. *Medical Care [Cuidado Médico]*, 35, 996-1007.
- [289] Mosher, L. (1996). Soteria: A Therapeutic Community For Psychotic Persons [Soteria: Uma Comunidade Terapêutica para Pessoas Psicóticas]. Em P. Breggin & E.M. Stern (Eds.), *Psychosocial Approaches to Deeply Disturbed Patients [Abordagens Psicossociais para Pacientes Profundamente Perturbados]* (pp. 43-58). New York: Haworth Press. Also published as *The Psychotherapy Patient [O Paciente da Psicoterapia]*, 9 (3/4), 1996.

³⁹**Internet:** “<http://medicine.plosjournals.org>”.

- [290] Mosher, L.R., & Burti, L. (1994). *Community Mental Health: Principles and Practice [Saúde Mental Comunitária: Princípios e Prática]*. New York: Norton.
- [291] Mosher, L., & Cohen, D. (2003). An Ethical Examination of Electroconvulsive Therapy (ECT) [Um Exame Ético da Terapia Eletroconvulsiva]. *Virtual Mentor: Ethics Journal of the American Medical Association [Mentor Virtual: Jornal Ético da Associação Médica Americana]*. Available online: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/11123.html> .
- [292] Myslobodsky, M.S. (1986). Anosognosia in Tardive Dyskinesia: “Tardive Dysmentia” or “Tardive Dementia”? [Anosognosia na Discinesia Tardia: “Dysmentia Tardia” ou “Demência Tardia”?] *Schizophrenia Bulletin [Boletim da Esquizofrenia]*, 12, 1-6.
- [293] Nolan, E.E., Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (1999). Stimulant Medication Withdrawal During Long-Term Therapy in Children With Comorbid Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Chronic Multiple Tic Disorder [Abstinência de Medicação Estimulante Durante a Terapia de Longo Prazo em Crianças com Comórbida Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção e Tiques Múltiplos Crônicos]. *Pediatrics [Pediatria]*, 103 (4 Pt. 1), 730-737.
- [294] Noyes, R., Jr., Garvey M.J., Cook, B., & Suelzer, M. (1991). Benzodiazepine Withdrawal: Dr. Noyes and Associates Reply [Abstinência de Benzodiazepínicos: Dr. Noyes e Associados Respondem]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 148, 1621.
- [295] Olfson M., Marcus S.C., Tedeschi, M., & Wan, G.J. (2006). Continuity of Antidepressant Treatment for Adults with Depression in The United States [Continuidade do Tratamento de Antidepressivo para Adultos com Depressão nos Estados Unidos]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 163, 101-108.
- [296] Opbroek, A., Delgado, P.L., Laukes, C., McGahuey C., Katsanis, J., Moreno, F.A., & Manber, R. (2002). Emotional Blunting Associated with SSRI-Induced Sexual Dysfunction. Do SSRIs [SSRIs] Inhibit Emotional Responses? [Embotamento Emocional Associado com Disfunção Sexual Induzida por IRSS [SSRI]. Será que os SSRIs [SSRIs] Inibem as Respostas Emocionais?] *International Journal of Neuropsychopharmacology [Jornal Internacional de Neuropsicofarmacologia]*, 5, 147-151.
- [297] Otani, K., Tanaka, O., Kaneko, S., Ishida, M., Yasui, N., & Fukushima, Y. (1994). Mechanisms of the Development of Trazodone Withdrawal Symptoms [Mecanismos de Desenvolvimento de Sintomas de Abstinência de Trazodona]. *International Clinical Psychopharmacology [Psicofarmacologia Clínica Internacional]*, 9, 131-133.
- [298] Otto, M.W., Pollack, M.H., & Barlow, D.H. (1995). Stopping Anxiety Medication. A Workbook for Patients Wanting to Discontinue Benzodiazepine Treatment for Panic Disorder [Parando a Medicação de Ansiedade. Um Livro de Trabalho para os Pacientes Que Querem Interromper o Tratamento Benzodiazepínico para Desordem de Pânico]. Albany, N.Y.: Graywind Publications.
- [299] Pacheco, L. (2002). Withdrawal Symptoms are Very Frequent and Difficult to Treat [Sintomas de Abstinência são Muito Frequentes e Difíceis de Tratar]. *British Medical Journal [Jornal Médico Britânico]*, 324. Available at: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/324/7332/260> .
- [300] *PDR for Herbal Medicines [PDR de Medicamentos Fitoterápicos]* (1998). Montvale, N.J.: Medical Economics.
- [301] Peabody C.A. (1987). Trazodone Withdrawal and Formication [Abstinência de Trazodona e Formigamento]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 48, 385.

- [302] Perahia, D.G., Kajdasz, D.K., Desai, D., & Haddad, P.M. (2005). Symptoms Following Abrupt Discontinuation of Duloxetine Treatment in Patients With Major Depressive Disorder [Sintomas Após a Interrupção Abrupta do Tratamento com Duloxetina em Pacientes com Distúrbio Depressivo Maior]. *Journal of Affective Disorders [Jornal das Desordens Afetivas]*, 89, 207-212.
- [303] Perenyi, A., Frecska, E., Bagdy G., & Revai, K. (1985). Changes in Mental Condition, Hyperkinesias and Biochemical Parameters After Withdrawal of Chronic Neuroleptic Treatment [Alterações do Estado Mental, Hipercinesia e Parâmetros Bioquímicos Após a Abstinência do Tratamento Neuroléptico Crônica]. *Acta Psychiatrica Scandinavica [Ata Psiquiátrica Escandinávia]*, 72, 430-435.
- [304] Perlis, R.H., Ostacher, M.J., Patel, J.K., Marangell, L.B., Zhang, H., Wisniewski, S.R., Ketter, T.A., Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Gyulai, L., Reilly-Harrington, N.A., Nierenberg, A.A., Sachs, G.S., & Thase, M. (2006). Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes from The Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) [Preditores de Recorrências na Distúrbio Bipolar: Os Resultados Primários do Programa Sistemático de Melhoria do Tratamento para a Distúrbio Bipolar (STEP-BD)]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 163, 217-224.
- [305] Perry P.J., Alexander, B., & Liskow, B.I. (1997). *Psychotropic Drug Handbook [Manual de Drogas Psicotrópicas]*, 7th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Imprensa.
- [306] Petursson, H. (1994). The Benzodiazepine Withdrawal Syndrome [A Síndrome de Abstinência dos Benzodiazepínicos]. *Addiction [Vício]*, 89, 1455-1459.
- [307] *Physicians' Desk Reference [Referência de Mesa dos Médicos]* (1998). Montvale, N.J.: Medical Economics. (Revised annually)
- [308] *Physicians' Desk Reference [Referência de Mesa dos Médicos]* (2007). Montvale, N.J.: Thomson PDR,
- [309] Pies, R.W. (1998). *Handbook of Essential Psychopharmacology [Manual de Psicofarmacologia Essencial]*. Washington, D.C.: American Psychiatric Imprensa.
- [310] Pollock, B.G. (1998). Discontinuation Symptoms and SSRIs [Sintomas de Descontinuação e IsRSs [SSRIs]]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 59, 535-536.
- [311] Poyurovski, M., Bergman, Y., Shoshani, D., Schneidman, M., & Weizman, A. (1998). Emergence of Obsessive-Compulsive Symptoms and Tics During Clozapine Withdrawal [Surgimento de Sintomas Obsessivo-Compulsivos e Tiques Durante a Retirada de Clozapina]. *Clinical Neuropharmacology [Neurofarmacologia Clínica]*, 21, 97-100.
- [312] PRNewswire via News Edge Corporation (1998, Junho 4). GAMIAN P.R. Urges Aggressive Treatment of Children, Studies Show Poor Patient Compliance [GAMIAN P.R. Insta Tratamento da Agressividade de Crianças, Estudos Mostram Baixa Adesão do Paciente].
- [313] Quitkin, F.M., Adams, D.C., Bowden, C.L., Heyer, E.J., Rifkin, A., Sellers, E.M., Tandon, R., & Taylor, B.P. (1998). *"Current Psychotherapeutic Drugs"* [Drogas Psicoterapêuticas Correntes], 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Imprensa.
- [314] Ramaswamy, S., Vija, D., William, M., Sattar, S.P., Praveen, F., & Petty, F. (2004). Aripiprazole Possibly Worsens Psychosis [Aripiprazole Possivelmente Agrava Psicose]. *International Clinical Psychopharmacology [Psicofarmacologia Clínica Internacional]* ; 19, 45-48.

- [315] Rappoport, J.L., Buchsbaum, M., Zahn, T.P., Weingartner, H., Ludlow, C., & Mikkelsen, E. (1978). Dextroamphetamine: Cognitive and Behavioral Effects in Normal Prepubertal Boys [Dextroanfetamina: Efeitos Cognitivos e Comportamentais em Meninos Pré-Púberes Normais]. *Science*, 199, 5650-5653.
- [316] Rauch, S.L., O'Sullivan, R.L., & Jenike, M.A. (1996). Open Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder With Venlafaxine: A Series of Ten Cases [Tratamento Aberto de Desordem Obsessiva-Compulsiva Com Venlafaxina: Uma Série de Dez Casos]. *Journal of Clinical Psychopharmacology* [Jornal de Psicofarmacologia Clínica], 16, 81-84.
- [317] Rickels, K., Case, W.G., Schweizer, E., Garcia-Espana, F., & Fridman, R. (1991). Long-Term Benzodiazepine Users Three Years After Participation in a Discontinuation Program [Usuários de Longo Prazo de Benzodiazepínicos, Três Anos Após a Participação em um Programa de Descontinuação]. *American Journal of Psychiatry* [Jornal Americano de Psiquiatria], 148, 757-761.
- [318] Rifkin, A., Quitkin, F., Howard, A., & Klein, D.F. (1975). A Study of Abrupt Lithium Withdrawal [Um Estudo da Abstinência Abrupta de Lítio]. *Psychopharmacologia* [Psicofarmacologia], 44, 157-158.
- [319] Rocha, B.A., Fumagali, F., Gaintdinov, R., Jones, S.R., Ator, R., Giros, B., Miller, G.W., & Caron, M.G. (1998). Cocaine Self-Administration in Dopamine-Transporter Knockout Mice [Auto-Administração de Cocaína em Transportadores Dopaminérgicos de Camundongos]. *Nature Neuroscience* [Natureza: Neurociência], 1, 132-137.
- [320] Rogers, C. (1961). Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics [Alguns Aprendizados a Partir de Um Estudo de Psicoterapia com Esquizofrênicos]. Em C. Rogers & B. Stevens (Eds.), *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* [Sobre Tornar-se uma Pessoa: Uma Visão Terapêutica da Psicoterapia] (pp. 183-196). New York: Houghton Mifflin.
- [321] Rogers, C. (1995). *A Way of Being* [Uma Maneira de Ser]. New York: Houghton Mifflin.
- [322] Rosebush, P., & Stewart, T. (1989). A Prospective Analysis of 24 Episodes of Neuroleptic Malignant Syndrome [Uma Análise Prospectiva de 24 Episódios de Síndrome Neuroléptica Maligna]. *American Journal of Psychiatry* [Jornal Americano de Psiquiatria], 146, 717-725.
- [323] Rosenbaum, J.F., Fava, M., Hoog, S.L., Ascroft, R.C., & Krebs, W.B. (1998). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation Syndrome: A Randomized Clinical Trial [Síndrome de Descontinuação do Inibidor de Reabsorção Seletivo da Serotonina: Um Teste Clínico Randomizado]. *Biological Psychiatry* [Psiquiatria Biológica; Psiquiatria Materialista], 44, 77-87.
- [324] Rosenbaum, J.F., & Zejecka, J. (1997). Clinical Management of Antidepressant Discontinuation [Manejo Clínico da Descontinuação de Antidepressivo]. *Journal of Clinical Psychiatry* [Jornal de Psiquiatria Clínica], 58 (supplement 7), 37-40.
- [325] Ross, C.A., & Pam, A. (1994). *Pseudoscience in Biological Psychiatry: Blaming the Body* [Pseudociência em Psiquiatria Materialista: Culpando o Corpo]. New York: John Wiley & Sons.
- [326] Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Stewart, J.W., Nierenberg, A.A., Thase, M.E., Ritz, L., Biggs, M.M., Warden, D., Luther, J.F., Shores-Wilson, K., Niederehe, G., & Fava, M. da equipe do estudo STAR*D (2006). Bupropion, Sertraline, or Venlafaxine-XR After Failure of SSRIs for Depression [Bupropiona, Sertralina ou Venlafaxina-XR Após Falha dos IsRSS [SSRIs] para Depressão]. *New England Journal of Medicine* [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra], 354, 1231-1242.

- [327] Russell, J. (2007, 1 de fevereiro). Cymbalta Leads the Way for Lilly [Cymbalta Lidera o Caminho para Lilly]. *The Indianapolis Star* [A Estrela Indianápolis]. Retrieved 3 de fevereiro, 2007 from: <http://www.indystar.com/apps/pbcs.dll/article?AID=/20070201/BUSINESS/702010485/-1/ZONES04>.
- [328] Rybacki, J., & Long, J.W. (1998). *The Essential Guide to Prescription Drugs* [O Guia Essencial para Medicamentos Prescritos]. New York: HarperPerennial.
- [329] Sachdev, P. (1995). The Epidemiology of Drug-Induced Akathisia: Part II. Chronic, Tardive, and Withdrawal Akathisias [A Epidemiologia da Acatisia Induzida por Drogas: Parte II. Acatisia Crônica, Tardia e Abstinência]. *Schizophrenia Bulletin* [Boletim da Esquizofrenia], 21, 451-461.
- [330] Safer, D.J., Allen, R.P., & Barr, E. (1975). Growth Rebound After Termination of Stimulation Drugs [Aumento do Rebote Após o Término das Drogas Estimulantes]. *Journal of Pediatrics* [Jornal de Pediatria], 86, 113-116.
- [331] Schatzberg, A.F. (1997). Antidepressant Discontinuation Syndrome: An Update of Serotonin Reuptake Inhibitors [Síndrome de Descontinuação de Antidepressivo: Uma Atualização dos Inibidores de Reabsorção da Serotonina]. *Journal of Clinical Psychiatry* [Jornal de Psiquiatria Clínica], 58 (suplemento 7), 3-4.
- [332] Schatzberg, A.F., Cole, J.O., & DeBattista, C. (1997). *Manual of Clinical Psychopharmacology* [Manual de Psicofarmacologia Clínica], 3^a ed. Washington, D.C./London, England: "American Psychiatric Press [Imprensa de Psiquiatria Americana]".
- [333] Schatzberg, A.F., Haddad, P., Kaplan, E., Lejoyeux, M., Rosenbaum, J.F., Young, A.H., & Zajecka, J. (1997). Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation Syndrome: A Hypothetical Definition [Síndrome de Descontinuação dos Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina: Uma Definição Hipotética]. *Journal of Clinical Psychiatry* [Jornal de Psiquiatria Clínica], 58 (supplement 7), 5-10.
- [334] Schatzberg, A.F., Blier, P., Delgado, P.L., Fava, M., Haddad, P.M., & Shelton, R.C. (2006). Antidepressant Discontinuation Syndrome: Consensus Panel Recommendations for Clinical Management and Additional Research [Síndrome de Descontinuação de Antidepressivo: Recomendações do Painel de Consenso para Manejamento Clínico e Pesquisas Adicionais]. *Journal of Clinical Psychiatry* [Jornal de Psiquiatria Clínica], 67 (suppl. 4), 27-30.
- [335] Schommer, J.C., & Wiederholt, J.B. (1997). The Association of Prescription Status, Patient Age, Patient Gender, and Patient Question-Asking Behavior with The Content of Pharmacist-Patient Communication [A Associação do Status de Prescrição, Idade e Gênero do Paciente, e Seu Comportamento Verbal de Perguntas e Respostas com O Conteúdo das "Comunicações Farmacêuticas" deste Paciente]. *Pharmaceutical Research* [Pesquisa Farmacêutica], 14, 145-151.
- [336] Schou, M. (1993). Is There a Lithium Withdrawal Syndrome? An Examination of The Evidence [Existe Uma Síndrome de Abstinência de Lítio? Um Exame das Evidências]. *British Journal of Psychiatry* [Jornal Britânico de Psiquiatria], 163, 514-518.
- [337] Schwartz, R.H., & Rushton, H.G. (2004). Stuttering Priapism Associated with Withdrawal from Sustained-Release Methylphenidate [Priapismo e Gagueira Associada com a Abstinência de Metilfenidato de Liberação Prolongada]. *Journal of Pediatrics* [Jornal de Pediatria], 144, 675-676.

- [338] Selemon, L.D., Lidow, M.S., & Goldman-Rakic, P.S. (1999). Increased Volume and Glial Density in Primate Prefrontal Cortex Associated with Chronic Antipsychotic Drug Exposure [Aumento de Volume e Densidade Glial, no Córtex Prefrontal de Primatas, Associado à Exposição Crônica de Droga Antipsicótica]. *Biological Psychiatry [Psiquiatria Biológica; Psiquiatria Materialista]*, 46, 161-172.
- [339] Shader, R.I., & Greenblatt, D.J. (1993). Use of Benzodiazepines in Anxiety Disorders [Uso de Benzodiazepínicos nas Desordens de Ansiedade]. *New England Journal of Medicine [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra]*, 328, 1398-1405.
- [340] Sharkey J. (1994). Bedlam: Greed, Profiteering, and Fraud in a Mental Health System Gone Crazy [Bedlam: Ganância, Especulação e Fraude em um Sistema de Saúde Mental Enlouquecido]. New York: St. Martin's Press.
- [341] Shelton, R.C. (2006). The Nature of The Discontinuation Syndrome Associated with Antidepressant Drugs [A Natureza da Síndrome de Descontinuação Associada com as Drogas Antidepressivas]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 67 (suppl. 4), 3-7.
- [342] Sherman, C. (1998). Shift Seen in Psychotropic Prescribing Patterns [Mudança Vista nos Padrões de Prescrição dos Psicotrópicos]. *Clinical Psychiatry News [Noticiário da Psiquiatria Clínica]*, 26 (4). [Available on-line at <http://www.medscape.com> .]
- [343] Shiovitz, T.M., Welke, T.L., Tigel, P.D., Anand, R., Hartman, R.D., Sramek, J.J. Kurtz, N.M., & Cutler, N.R. (1996). Clozapine Rebound and Rapid Onset Psychosis Following Abrupt Clozapine Withdrawal [Rebote da Clozapina e Psicose de Rápido Início Após a Abstinência Abrupta da Clozapina]. *Schizophrenia Bulletin [Boletim da Esquizofrenia]*, 22, 591-595.
- [344] Shirzadi, A.A., & Ghaemi, N. (2006). Side Effects of Atypical Antipsychotics: Extrapiramidal Symptoms and The Metabolic Syndrome [Efeitos Colaterais de Antipsicóticos Atípicos: Os Sintomas Extrapiramidais e a Síndrome Metabólica]. *Harvard Review of Psychiatry [Revista de Psiquiatria de Harvard]*, 14, 152-164.
- [345] Silva, R.R., Friedhoff, A.J., & Alpert, M. (1993). Neuroleptic Withdrawal Psychosis in Tourette's Disorder [Psicose da Abstinência dos Neurolépticos na Desordem de Tourette]. *Biological Psychiatry [Psiquiatria Biológica; Psiquiatria Materialista]*, 34, 341-342.
- [346] Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O.E., Kvale, G., Nielsen, G.H., & Nordhus, I.H. (2006). Cognitive Behavioral Therapy Vs. Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults: A Randomized Controlled Trial [Terapia Cognitivo-Comportamental Vs. Zopiclone para o Tratamento de Insônia Primária Crônica em Adultos Mais Velhos: Um Teste Controlado e Randomizado]. *Journal of the American Medical Association [Jornal da Associação Médica Americana]*, 295, 2851-2858.
- [347] Snowden, M., & Roy-Birne, P. (1998). Mental Illness and Nursing Home Reform: OBRA-1987 Ten Years Later [Reforma do Hospital de Doença Mental e Enfermagem: OBRA-1987 Dez Anos Depois]. *Psychiatric Services [Serviços Psiquiátricos]*, 49, 229-233.
- [348] Sovner, R. (1995). Thioridazine Withdrawal-Induced Behavioral Deterioration Treated with Clonidine: Two Case Reports [Deterioração Comportamental, Induzida pela Abstinência de Tioridazina, Tratada com Clonidina: Dois Relatos de Casos]. *Mental Retardation [Retardo Mental]*, 33, 221-225.
- [349] Spieb-Kiefer, C., Grohmann, R. Schmidt, L.G., & Ruther, E. (1988). Severe and Life-Threatening Adverse Reactions to Psychotropic Drugs [Graves e Potencialmente Fatais Reações Adversas à Drogas Psicotrópicas]. *Pharmacopsychiatry [Farmacopsiquiatria]*, 21, 290-292.

- [350] Spivak, B., Weizman, A., Wolovick, L., Hermesh, H., Tyano, S., & Munitz, H. (1990). Neuroleptic Malignant Syndrome During Abrupt Reduction of Neuroleptic Treatment [Síndrome Neuroléptica Maligna Durante a Redução Abrupta do Tratamento com Neurolépticos]. *Acta Psychiatrica Scandinavica [Ata Psiquiátrica Escandinávia]*, 81, 168-169.
- [351] Staedt, J., Stoppe, G., Hajak, G., & Ruther, E. (1996). Rebound Insomnia after Abrupt Clozapine Withdrawal [Insônia Rebote Após a Abstinência Abrupta da Clozapina]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences [Arquivos Europeus de Psiquiatria e Neurociências Clínica]*, 246, 79-82.
- [352] Stanilla, J.K., de Leon, & Simpson, G.M. (1997). Clozapine Withdrawal Resulting in Delirium With Psychosis: A Report of Three Cases [Abstinência de Clozapina Resultando em Delírio com Psicose: Um Relatório de Três Casos]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 58, 252-255.
- [353] Stead, J., Lloyd, G., & Cohen, D. (Eds.) (2006). *Critical New Perspectives on ADHD [Novas Perspectivas Críticas sobre DHD (TDAH)]*. London & New York: Routledge.
- [354] Stoukides, J.A., & Stoukides, C.A. (1991). Extrapyramidal Symptoms upon Discontinuation of Fluoxetine [Sintomas Extrapiramidais com a Descontinuação da Fluoxetina]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 148, 1263.
- [355] Stowe, Z.N., Strader, Jr., J.R., & Nemeroff, C.B. (1998). Psychopharmacology During Pregnancy and Lactation [Psicofarmacologia Durante a Gravidez e Lactação]. In A.F. Schatzberg & C.B. Nemeroff (Eds.), *Textbook of Psychopharmacology [Livro Texto de Psicofarmacologia]*, 2nd ed. (pp. 979-996). Washington, D.C.: "American Psychiatric Press [Imprensa de Psiquiatria Americana]".
- [356] Surmont, DWA, Colardyn, F., & De Reuck, J. (1984). Fatal Complications of Neuroleptic Drugs: A Clinico-Pathological Study of Three Cases [Complicações Fatais de Neurolépticos: Um Estudo Clínico-Patológico de Três Casos]. *Acta Neurologica Belgica [Ata Neurológica Bélgica]*, 84, 75-83.
- [357] Swanson, J.M. (1993, 27-29 de janeiro). Medical Intervention for Children With Attention Deficit Disorder [Intervenção Médica em Crianças com Desordem de Déficit de Atenção]. *Proceedings of the Forum on the Education of Children with Attention Deficit Disorder [Anais do Fórum sobre a Educação de Crianças com Desordem de Déficit de Atenção]*, pp. 27-34. Washington, D.C.: Departamento de Educação dos EUA, Secretaria de Educação Especial e Serviços de Reabilitação, Divisão de Inovação e Desenvolvimento.
- [358] Swantek, S.S., Grossberg, G.T., Neppe, V.M., Doubek, W.G., Martin, T., & Bender, J.E. (1991). The Use of Carbamazepine to Treat Benzodiazepine Withdrawal in a Geriatric Population [O Uso da Carbamazepina no Tratamento da Abstinência de Benzodiazepínicos em Uma População Geriátrica]. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology [Jornal de Psiquiatria Geriátrica e Neurologia]*, 4, 106-109.
- [359] Szabadi, E. (1992). Fluvoxamine Withdrawal Syndrome [Síndrome de Abstinência de Fluvoxamina]. *British Journal of Psychiatry [Jornal Britânico de Psiquiatria]*, 160, 283-284.
- [360] Tandon, R., Dutchak, D., & Greden, J.F. (1989). Cholinergic Syndrome Following Anticholinergic Withdrawal in a Schizophrenic Patient Abusing Marijuana [Síndrome Colinérgica Após a Abstinência de Anticolinérgicos em um Paciente Esquizofrênico Abusando de Maconha]. *British Journal of Psychiatry [Jornal Britânico de Psiquiatria]*, 154, 712-714.

- [361] Taylor, D. (1999, September/outubro). Truth Withdrawal: David Taylor Experienced SSRI Withdrawal - It's Not Quite Like The Standard Texts Say [Verdadeira Abstinência: David Taylor Experimentou a Abstinência de IRSS [SSRI] - Não é Bem Como os Textos Padrão Dizem]. *Open Mind [Mente Aberta]* (National Association for Mental Health, London), p. 16.
- [362] Taylor, D., Stewart, S., & Connolly, A. (2006). Antidepressant Withdrawal Symptoms: Telephone Calls to a National Medication Helpline [Sintomas de Abstinência de Antidepressivos: Chamadas Telefônicas para uma Linha de Ajuda Nacional de Medicamentos]. *Journal of Affective Disorders [Jornal das Desordens Afetivas]*, 95, 129-133.
- [363] Temple, R. (1987, 28 de dezembro). Memorandum: Fluoxetine Label [Memorando: Rótulo da Fluoxetina]. Memorando do diretor do *Office of Drug Research and Review [Escritório de Pesquisa e Revisão de Drogas]*, para o diretor da *Division of Neuropharmacology Drug Products [Divisão de Produtos de Drogas Neurofarmacológicas]*. Documento interno do *Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research. [Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Serviço de Saúde Pública, Administração de Drogas e Alimentos, Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas]*. Obtidos através do *Freedom of Information Act [Ata de Liberdade de Informação]*.
- [364] Temple, R. (1987, 28 de dezembro). Approval of Sertraline [Aprovação de Sertralina]. Memorando do diretor do *Office of Drug Research and Review [Escritório de Pesquisa e Revisão de Drogas]*, para o diretor da *Division of Neuropharmacology Drug Products [Divisão de Produtos de Drogas Neurofarmacológicas]*. Documento interno do *Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research. [Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Serviço de Saúde Pública, Administração de Drogas e Alimentos, Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas]*. Obtidos através do *Freedom of Information Act [Ata de Liberdade de Informação]*.
- [365] Theilman, S.B., & Chistenbury M.M. (1986). Hypomania Following Withdrawal of Trazodone [Hipomania Após a Abstinência de Trazodona]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 143, 1482-1483.
- [366] Therrien, F., & Markowitz, J.S. (1997). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Withdrawal Symptoms: A Review of the Literature [Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina e Sintomas de Abstinência: Uma Revisão da Literatura]. *Human Psychopharmacology [Psicofarmacologia Humana]*, 12, 309-323.
- [367] Thompson, C. (1998). Discontinuation of Antidepressant Therapy: Emerging Complications and their Relevance [Descontinuação da Terapia com Antidepressivos: Complicações Emergentes e sua Relevância]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 59, 541-548.
- [368] Toru, M., Matsuda, O., Makiguchi, K., & Sugano, K. (1981). Neuroleptic Malignant Syndrome - Like State Following a Withdrawal of Antiparkinsonian Drugs [Síndrome Neuroléptica Maligna - Estados Parecidos Após a Abstinência de Drogas Antiparkinsonianas]. *Journal of Nervous and Mental Disease [Jornal de Doença Mental e Nervosa]*, 169, 324-327.
- [369] Tran, K.T., Hranicky, D., Lark, T., & Jacob, N. (2005). Gabapentin Withdrawal Syndrome in the Presence of a Taper [Síndrome de Abstinência de Gabapentina na Presença de uma Redução da Dose]. *Bipolar Disorders [Desordem Bipolar]*, 7, 302-304.
- [370] Tranter, R., & Healy, D. (1998). Neuroleptic Discontinuation Syndromes [Síndromes de Descontinuação de Neurolépticos]. *Journal of Psychopharmacology [Jornal de Psicofarmacologia]*, 12, 306-311.

- [371] Autoridade das cortes legais para investigar e determinar a correção e veracidade dos julgamentos. (1996, 30 de Maio). *Hon. John W. Potter, Judge, v. Eli Lilly and Company* (95-SC-580-MR). Apelo da Corte de Apelações: Opinião por Justiça de Wintersheimer, recurso, submetido 23 de Maio, 1996. 43 KLS 5, pp. 33-35.
- [372] Trifiro, G., Verhamme, K.M., Ziere, G., Caputi, A.P., Stricker, B.H., & Sturkenboom, M.C. (2006). All-Cause Mortality Associated with Atypical and Typical Antipsychotics in Demented Outpatients [Todas as Causas de Mortalidade Associadas com Antipsicóticos Típicos e Atípicos em Pacientes Ambulatoriais Dementes]. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety [Farmacoepidemiologia & Segurança das Drogas Farmacêuticas]*.
- [373] Trivedi, M.H., Rush, A.J., Wisniewski, S.R., Nierenberg, A.A., Warden, D., Ritz, L., Norquist, G., Howland, R.H., Lebowitz, B., McGrath, P.J., Shores-Wilson, K., Biggs, M.M., Balasubramani, G.K., & Fava, M. (Equipe de Estudo da STAR*D) (2006). Outcomes With Citalopram for Depression Using Measurement-Based Care in STAR*D: Implications for Clinical Practice [Resultados de Citalopram para Depressão Através das Medidas de Cuidados Baseadas na STAR*D: Implicações para Prática Clínica]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 163, 28-40.
- [374] Tucker, G.J. (1997). Editorial: Putting DSM-IV in Perspective [Editorial: Colocando DSM-IV em Perspectiva]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 155, 159-161.
- [375] Umbarger, C., Dalsimer, J., Morrison, A., & Breggin, P. (1962). *College Students in a Mental Hospital [Estudantes Universitários em um Hospital Psiquiátrico]*. New York: Grune & Stratton.
- [376] USPDI. (1998). Drug Information for the Health Care Professional [Informações sobre Drogas Farmacêuticas para o Profissional de Saúde], 18th ed. USPDI; Rockville, M.D.. (Revised annually.)
- [377] van Geffen, E.C., Hugtenburg, J.G., Heerdink, E.R., van Hulten, R.P., & Egberts, A.C. (2005). Discontinuation Symptoms in Users of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Clinical Practice: Tapering Versus Abrupt Discontinuation [Sintomas de Descontinuação em Usuários de Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina na Prática Clínica: Redução Gradual Versus Descontinuação Abrupta]. *European Journal of Clinical Pharmacology [Jornal Europeu de Farmacologia Clínica]*, 61, 303-307.
- [378] van Putten, T., & Marder, S. (1987). Behavioral Toxicity of Antipsychotic Drugs [Toxicidade Comportamental de Drogas Antipsicóticas]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 48 (supp.), 13-19.
- [379] Varchaver, M. American Lawyer News Service [Serviço de Notícias da Advocacia Americana] (1995, 25 de setembro). Prozac Verdict Was a Sure Thing [Veredito sobre o Prozac foi uma Coisa Certa]. *Fulton County Daily Report [Repórter Diário da Comarca de Fulton]* (Atlanta).
- [380] Viguera, A.C., Baldessarini, R.J., Hegarty J.D., van Kammen, D.P., & Tohen, M. (1997). Clinical Risk Following Abrupt and Gradual Withdrawal of Maintenance Neuroleptic Treatment [Risco Clínico Após a Retirada Abrupta e Gradual da Manutenção do Tratamento Neuroléptico]. *Archives of General Psychiatry [Arquivos de Psiquiatria Geral]*, 54, 49-55.
- [381] Walsh, K.H., & Dunn, D.W. (1998). Complications of Psychostimulants [Complicações dos Psicoestimulantes]. In J. Biller (Ed.), *Iatrogenic Neurology [Neurologia Iatrogênica]* (pp. 415-431). Boston: Butterworth-Heinemann.

- [382] Warner, C.H., Bobo, W., Warner, C., Reid, S., & Rachal, J. (2006). Antidepressant Discontinuation Syndrome [Síndrome de Descontinuação de Antidepressivos]. *American Family Physician [Médicos da Família Americana]*, 74, 449-456.
- [383] Webster, P.A. (1973). Withdrawal Symptoms in Neonates Associated With Maternal Antidepressant Therapy [Sintomas de Abstinência em Recém-Nascidos Associadas Com a Terapia da Mãe com Antidepressivos]. *The Lancet [O Lanceteiro]*, 2, 318-319.
- [384] Weinberger, D.R., Bigelow, L.L., Klein, S.T., & Wyatt, R.J. (1981). Drug Withdrawal in Chronic Schizophrenic Patients: In Search of Neuroleptic-Induced Supersensitivity Psychosis [Abstinência de Drogas Psiquiátricas em Pacientes Esquizofrênicos Crônicos: Na Busca da Psicose Supersensitiva Induzida por Neurolépticos]. *Journal of Clinical Psychopharmacology [Jornal de Psicofarmacologia Clínica]*, 1, 120-123.
- [385] Weis, R. (1998, 15 de abril). Correctly Prescribed Drugs Take Heavy Toll. *Washington Post*, p. A1.
- [386] Weller, R.A., & McKnelly, W.V. (1983). Case Report of Withdrawal Dyskinesia Associated With Amoxapine [Relatório de Caso de Discinesia por Abstinência Associada à Amoxapina]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 140, 1515-1516.
- [387] West, R., & Gossop, M. (1994). Overview: A Comparison of Withdrawal Symptoms From Different Drug Classes [Visão Geral: Uma Comparação entre os Sintomas de Abstinência de Diferentes Classes de Drogas Psiquiátricas]. *Addiction [Vício]*, 89, 1483-1489.
- [388] Wexler, B., & Cicchetti, D. (1992). The Outpatient Treatment of Depression [O Tratamento Ambulatorial da Depressão]. *Journal of Nervous and Mental Disease [Jornal de Doença Mental e Nervosa]*, 180, 277-286.
- [389] Whitaker, R. (2005). Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness In America [Anatomia de uma Epidemia: Drogas Psiquiátricas e a Elevação Assustadora da Doença Mental nos Estados Unidos da América]. *Ethical Human Psychology and Psychiatry [Psiquiatria e Psicologia Humana Ética]*, 7, 19-32.
- [390] Williams, V.S., Baldwin, D.S., Hogue, S.L., Fehnelm, S.E., Hollis, K.A., Edin, H.M. (2006). Estimating the Prevalence and Impact of Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction in 2 European Countries: A Cross-Sectional Patient Survey [Estimando a Prevalência e o Impacto da Disfunção Sexual Induzida pelos Antidepressivos em 2 Países Europeus: Uma Pesquisa com Secionamento Cruzado e feita em Pacientes]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 67, 204-210.
- [391] Witschy, J.K., Malone, G.L., & Holden, L.D. (1984). Psychosis After Neuroleptic Withdrawal in a Manic-Depressive Patient [Psicose Após a Retirada de Neuroléptico em um Paciente Maníaco-Depressivo]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 141, 105-106.
- [392] Wolfe, R.M. (1997). Antidepressant Withdrawal Reactions [Reações de Abstinência de Antidepressivos]. *American Family Physician [Médicos da Família Americana]*, 56, 455-462.
- [393] Wolfe, S.M. (Ed.) (2005, janeiro). DO NOT USE: Duloxetine (Cymbalta) for Major Depressive Disorder - Nothing Special and Possible Liver Toxicity [NÃO USE: Duloxetina (Cymbalta) para Desordem Depressiva Maior - Nada Especial e Possível Toxicidade Hepática]. *Worst Pills Best Pills [Pílulas Piores e Pílulas Melhores]*, 11 (1), 1-3.
- [394] World Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Mundial] (1993). Task Force on Sedative Hypnotics [Força-Tarefa sobre Sedativos Hipnóticos]. *European Psychiatry [Psiquiatria Européia]*, 8, 45-49.

- [395] Wylie, R.M. (1995). Reducing Benzodiazepine Usage [Reduzindo o Uso de Benzodiazepínicos]. *British Journal of General Practice [Jornal Britânico de Prática Geral]*, 45, 327.
- [396] Yassa, R. (1985). Antiparkinsonian Medication Withdrawal in The Treatment of Tardive Dyskinesia: A Report of Three Cases [Retirada da Medicação Antiparkinsoniana no Tratamento da Discinesia Tardia: Um Relato de Três Casos]. *Canadian Journal of Psychiatry [Jornal Canadense de Psiquiatria]*, 30, 440-442.
- [397] Young, A.H., & Currie, A. (1997). Physicians' Knowledge of Antidepressant Withdrawal Effects: A Survey [Conhecimento dos Médicos sobre os Efeitos de Abstinência de Antidepressivo: Uma Pesquisa]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 58 (supplement 7), 28-30.
- [398] Zalsman, G., Hermesh, H., & Munitz, H. (1998). Alprazolam Withdrawal Delirium: A Case Report [Delírio da Abstinência de Alprazolam: Um Relato de Caso]. *Clinical Neuropharmacology [Neurofarmacologia Clínica]*, 21, 201-202.
- [399] Zimmerman, M., Posternak, M., Friedman, M., Attiullah, N., Baymiller, S., Boland, R., Berlowitz, S., Rahman, S., Uy, K., & Singer, S. (2004). Which Factors Influence Psychiatrists' Selection of Antidepressants? [Quais os Fatores que Influenciam os Psiquiatras na Seleção de Antidepressivos?] *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 161, 1285-1289.
- [400] Zolpidem: Now Classified as a Psychotropic at Risk of Abuse [Zolpidem: Agora Classificado como um Psicotrópico com Risco de Abuso]. (2003). *Prescrire International [Prescrição Internacional]*, 2003, 12, 60.