

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 *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 do livro	3
0.2.1	Candace Pert, Ph.D.	3
0.2.2	Loren Mosher, M.D.	4
0.2.3	Bertram P. Karon , Ph.D.	5
0.2.4	Steven Rose, Ph.D.	5
0.2.5	John Horgan	6
0.2.6	Thomas J. Moore	7
0.2.7	Kate Millett	7
0.2.8	Tony Stanton, M.D.	8
0.2.9	Alberto Fergusson, M.D.	8
0.2.10	Milton F. Shore, Ph.D.	9
0.2.11	Fred Bemak, Ph.D.	9
0.2.12	Douglas C. Smith, M.D.	10
0.2.13	Clemmont E. Vontress, Ph.D.	11
0.2.14	Wolf Wolfensberger, Ph.D.	11
0.2.15	Rhoda L. Fisher, Ph.D.	12
0.2.16	Steven Baldwin, Ph.D.	13
0.2.17	Thomas Greening, Ph.D.	13
0.2.18	Thomas J. Scheff, Ph.D.	14
0.2.19	David H. Jacobs, Ph.D.	14
0.2.20	Al Siebert, Ph.D.	15
0.2.21	Jay Haley	16
0.2.22	Paula J. Caplan, Ph.D.	16
0.2.23	William Glasser, M.D.	17
0.3	Gratidão e dedicatória às esposas	18
0.4	Aviso sobre drogas psiquiátricas	18

0.5	Notas dos tradutores	19
0.6	Introduções à nova edição	21
0.6.1	Introdução de Peter Breggin	21
0.6.1.1	A FDA finalmente reconhece o suicídio induzido por antidepressivo	22
0.6.1.2	Confirmando a sobre-estimulação	24
0.6.1.3	Suicídios em adultos induzido por antidepressivo	28
0.6.1.4	A FDA resiste aos fatos	29
0.6.1.5	Reconhecimento da crise de abstinência dos antidepressivos	32
0.6.1.6	Os antidepressivos têm algum efeito positivo?	33
0.6.1.7	Novas descobertas da FDA sobre drogas estimulantes para tratamento da DHDA em crianças	34
0.6.1.8	Um novo conceito: dopagem provocada por drogas psiquiátricas	37
0.6.2	Introdução por David Cohen	40
0.6.2.1	Informação sobre drogas psiquiátricas na Internet	43
0.6.2.2	A indústria farmacêutica exposta e re-exposta	43
0.6.2.3	Drogas para esquizofrenia, depressão e desordem bipolar - uma farsa	45
0.6.2.4	Medicamentos e prescrições fora de controle	48
0.6.2.5	Conclusão	50
0.7	Introdução: qual é o seu último recurso?	51
0.7.1	Nosso recurso final	52
0.7.2	Recurso das drogas	52
0.7.3	Buscando alívio	53
0.7.4	O que o sofrimento nos diz	54
0.7.5	O novo recurso final	55
0.7.6	O que nós realmente sabemos sobre como nosso cérebro funciona?	57
0.7.7	A ciência por trás das drogas psiquiátricas	58
0.7.8	Existem desequilíbrios bioquímicos?	59
0.7.9	O que realmente sabemos sobre as drogas psiquiátricas e o cérebro?	60
0.7.10	O que aconteceria se tratássemos nossos computadores da maneira como tratamos o cérebro?	63
0.7.11	O que esse ponto de vista nos faz	65
0.7.12	Ervas e remédios “naturais”	66
1	Drogas Psiquiátricas - Parar?	71
1.1	Minutos que afetam uma vida	72
1.2	Razões para não tomar drogas p.	73
1.3	Como este livro pode ajudar	85
1.4	Mais razões para não tomar drogas p.	87

1.5	Alguém querido toma drogas p.	90
1.6	Uma decisão independente	92
2	Limites das Drogas Psiquiátricas	97
2.1	Aprendendo o que as drogas fazem	98
2.2	Efeitos das drogas psiquiátricas	99
2.3	Desequilíbrios bioquímicos?	101
2.4	Drogas psíquicas causam desequilíbrios	102
2.5	Falhas no mito dos desequilíbrios	104
2.6	Anestesia da alma	106
2.7	“Melhora” com drogas psiquiátricas?	106
2.8	Os limites das drogas psiquiátricas	108
2.9	Limites das drogas em crises emocionais	110
2.10	Pessoas são melhores que pílulas	113
2.11	Conclusão	116
3	Você Pode Ser o Último a Saber	119
3.1	Variação das respostas às drogas p.	119
3.2	Os efeitos adverso de “Entorpecimento”	121
3.3	Risco de disfunção cerebral permanente	124
3.4	Médicos reforçam uso de longo prazo	126
3.5	Perigo específico de drogas psiquiátricas	131
3.6	Efeitos adversos no pensar, sentir e agir	132
3.6.1	Psicoses tóxicas induzidas por drogas psiquiátricas	132
3.6.2	Confie na sua própria percepção de si mesmo - até um certo ponto	134
3.6.3	Os efeitos adversos comuns no seu pensamento, sentimento e comportamento	134
3.7	Você pode ser o último a saber	143
4	Efeitos Adversos de Drogas P.	147
4.1	Reconhecimento dos perigos das drogas p.	148
4.2	Psicoses tóxicas induzidas por drogas p.	150
4.3	“Mania” induzida por drogas psiquiátricas	151
4.4	Crianças em grave risco, antidepressivos	153
4.5	Estimativas de desordens iatrogênicas	153
4.5.1	Agentes anti-maníacos: Lítio	154
4.5.2	Estimulantes	154
4.5.3	Tranquilizantes benzodiazepínicos: Xanax, Valium, Ativan, Klonopin, e outros	155
4.5.4	Antidepressivos tricíclicos: Elavil	155

4.5.5	Antidepressivos do tipo prozac: Prozac	156
4.5.6	Antidepressivos Inibidor da Monoamina Oxidase (IMAO [MAOI]): Parnato	156
4.5.7	Antipsicóticos ou neurolépticos	156
4.6	Efeitos adversos causados por drogas p.	157
4.6.1	Estimulantes	157
4.6.2	Antidepressivos que especificamente estimulam a serotonina	161
4.6.3	Antidepressivos tricíclicos	168
4.6.4	Antidepressivos atípicos	168
4.6.5	Antidepressivos Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO [MAOI])	171
4.6.6	Benzodiazepinas prescritas para ansiedade e insônia	173
4.6.7	Drogas não-benzodiazepínicas prescritas para ansiedade e insônia	176
4.6.8	Lítio, anticonvulsivos e outros “estabilizadores de humor”	180
4.6.9	Drogas antipsicóticas (neurolépticos)	184
4.7	Discinesia tardia por antipsicótico	186
4.8	Síndrome neuroléptica maligna	188
4.9	Psicoses induzidas por antipsicóticos	190
4.10	Efeitos nocivos dos antipsicóticos	190
4.11	Medicamentos para movimentos anormais	194
4.12	Drogas p. na gravidez e amamentação	196
5	Razões para Não Usar Drogas P.	199
5.1	Uma aversão natural de tomar drogas alteradoras do humor	199
5.2	Preocupações ao se tomar drogas p.	200
5.3	Convencendo-te que você é “doente”	202
5.4	Definindo emoções como doença	206
5.5	Como a psiquiatria toma vantagem	208
5.6	Boa terapia versus medicação	210
5.7	Mantendo suas faculdades mentais	211
5.8	Mantendo contato com seus sentimentos	212
5.9	O efeito placebo	214
5.10	Dependência psicológica de drogas e médicos	217
5.11	Aprendendo a viver sem drogas p.	217
6	Por Que os Médicos Dizem Pouco	221
6.1	Encorajados a não falar	221
6.2	Onde estava a FDA?	224
6.3	Obtendo informações para você	227
6.4	Aprovação da FDA não significa segurança	228

6.5	Quem se arrisca e quem se beneficia?	229
6.6	Perigos após anos de uso	232
6.7	Os limites da aprovação da FDA	234
6.8	Efeitos adversos não são reportados	235
6.9	Nenhuma garantia de segurança	237
6.10	A mídia	239
6.11	O que os médicos sabem?	239
6.12	Médicos informam os pacientes?	241
7	Planeje a Redução da Droga P.	243
7.1	Decida por si mesmo	244
7.2	Ajuda de um Médico Experiente	247
7.3	Como pode um clínico ajudar?	248
7.4	Informando o seu médico	250
7.5	Fique encarregado da retirada	252
7.6	O melhor e o pior esperado do médico	254
7.7	Configure uma rede de suporte	256
7.8	Como um amigo pode ajudar	258
7.9	Redes de suporte na Internet	260
7.10	Conhecer as drogas psiquiátricas, ajuda	265
7.11	Antecipe as reações de abstinência	266
7.12	Entenda o que torna fácil a abstinência	267
7.12.1	Preveja o retorno de seu problema original	268
7.12.2	Antecipe a possibilidade de um período longo de abstinência	269
7.12.3	Esteja preparado para mudar suas rotinas	270
7.12.4	Espere o reavivamento de sentimentos	270
7.12.5	Manejando o sono interrompido	271
7.12.6	Lidando com fortes reações de amigos e familiares	272
7.12.7	Não reaja com raiva e culpa	274
7.12.8	Seja flexível em relação a retirada	274
7.12.9	Configure um plano de ação	275
7.13	Enfrentando o medo da abstinência	278
8	Como Parar de Consumir Drogas P.	281
8.1	Redução gradual é a proteção	282
8.2	Retirada gradual é melhor	283
8.3	Remova as drogas uma de cada vez	285
8.4	Que droga psiquiátrica retirar primeiro?	287

8.5	Considerações durante a abstinência	288
8.6	Quão rápido você deve abster-se?	290
8.7	Como dividir doses individuais	293
9	Abstinência de Drogas P.	297
9.1	Cuidado com o uso ilícito	297
9.2	Seu médico pode não saber	298
9.3	Será uma crise de abstinência?	300
9.4	Negação das reações de abstinência	302
9.5	Definindo a dependência física	304
9.6	Reações de abstinência podem causar “aflições significativas”	306
9.7	“Abstinência” ou “descontinuação”?	307
9.8	Abstinência de benzodiazepínicos	309
9.8.1	A síndrome de descontinuação	310
9.8.2	O envolvimento do médico na retirada da droga psiquiátrica	311
9.9	Reações de abstinência de antidepressivos	313
9.9.1	Reações de abstinência de antidepressivos tricíclicos	314
9.9.2	Reações de abstinência dos IMAO [MAOI]	317
9.9.3	Reações de abstinência de antidepressivos que estimulam a serotonina	318
9.9.4	Reações de abstinência de antidepressivos atípicos	326
9.10	Reações de abstinência de estimulantes	327
9.11	Abstinência do lítio e anticonvulsivos	331
9.12	Abstinência dos antipsicóticos	335
9.12.1	Três tipos de reações de abstinência de antipsicóticos	336
9.12.2	Abstinência de antipsicóticos atípicos	339
9.12.3	“Reincidência” ou “abstinência”?	341
9.12.4	Quando abster-se dos antipsicóticos?	343
9.12.5	Quanto tempo deve durar a retirada da droga antipsicótica?	345
9.13	Abstinência antiparkinsoniana	347
9.14	Quão gradual é a “retirada gradual”?	350
9.15	Resumo das reações de abstinência	351
10	Retirando Criança das Drogas P.	357
10.1	Precauções especiais	358
10.2	Experiência prévia de abstinência	359
10.3	Efeitos de abstinência e de rebote	360
10.4	Identificando os problemas potenciais	361
10.5	Focalizando nos problemas da família	362

10.5.1	Amadurecimento suprimido	362
10.5.2	Aprendendo novas habilidades de pais	363
10.5.3	Aprendendo à dar mais atenção	365
10.5.4	O papel especial do pai	365
10.5.5	Prestar atenção aos sentimentos e desejos de sua criança	366
10.6	Focalizando nos problemas na escola	368
10.6.1	Se a sua criança está desatenta	368
10.6.2	Se sua criança não tem boas notas	369
10.6.3	Se a escola insiste	371
10.7	Redução de múltiplas drogas	373
10.8	Quando começar a retirada	373
11	Entendendo Medos do Terapeuta	377
11.1	Terapeuta diz que precisa-se drogas p.	377
11.2	Terapeutas também são gente	378
11.3	Tantos tipos de terapia	379
11.4	O que fazer se a terapia está falhando	382
11.5	Em que temos fé?	383
11.6	Terapeutas estão perdendo a fé	385
11.7	O medo exagerado de processos legais	386
11.8	Fé em nós mesmos versus fé na medicação	387
11.9	Compreendendo os medos do terapeuta	388
11.10	Personalidades e poder	392
11.10.1	Psiquiatras biológicos (materialistas)	392
11.10.2	Psicoterapeutas	393
12	Diretrizes para Terapeutas	397
12.1	Diretrizes sugeridas	398
12.1.1	Informe seus clientes sobre a psiquiatria materialista	398
12.1.2	Esclareça as razões para não usar a medicação	399
12.1.3	Recomende leituras de ambos os pontos de vista	399
12.1.4	Não pressione seus clientes a seguirem sua terapia	400
12.1.5	Evite fazer referências às drogas psiquiátricas	400
12.1.6	Alerte sobre os perigos de parar abruptamente a medicação	401
12.1.7	Compartilhe seu conhecimento sobre efeitos adversos	401
12.1.8	Médicos para abstinência de drogas psiquiátricas	402
12.1.9	Considere a participação da família e amigos	403
12.1.10	Prefira terapia ao invés de drogas psiquiátricas	404

12.1.11	Faça registros destas conversas informativas	405
12.2	Levante-se e participe	405
13	Princípios Psicológicos de Ajuda	407
13.1	Princípios de ajuda	408
13.1.1	Supere os seus sentimentos de desamparo	408
13.1.2	Concentre-se nas suas reações emocionais	409
13.1.3	Esteja feliz por você estar vivo	410
13.1.4	Evite entrar no “modo de emergência”	411
13.1.5	Procure ajuda no fortalecimento de si mesmo	412
13.1.6	Não drogue seus sentimentos dolorosos	413
13.1.7	A maioria dos sofrimentos vem de traumas anteriores	414
13.1.8	Evite convidar outras pessoas a assumirem sua vida por você	415
13.1.9	Seja gentil com quem estiver tentando ajudá-lo	416
13.1.10	A empatia está no coração da relação de ajuda	418
13.1.11	Lembre-se de ouvir uns aos outros!	419
13.1.12	As crises emocionais são oportunidades de crescimento	420
13.2	Conclusão	421
14	Apêndices	425
14.1	Apêndice A: medicamentos psiquiátricos	425
14.1.1	Os antidepressivos	425
14.1.1.1	Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IsRSS [SSRIs])	425
14.1.1.2	Outros antidepressivos mais novos	426
14.1.1.3	Antidepressivos antigos (lista parcial)	427
14.1.2	Estimulantes	428
14.1.2.1	Estimulantes clássicos	428
14.1.2.2	Outros	429
14.1.3	Pílulas tranquilizantes e soníferas	430
14.1.3.1	Tranquilizantes benzo	430
14.1.3.2	Pílulas soníferas benzo	431
14.1.3.3	Pílulas soníferas não-benzo	432
14.1.4	Drogas antipsicóticas (neurolépticos)	432
14.1.4.1	Novos antipsicóticos (segunda ou terceira geração ou atípicos)	432
14.1.4.2	Drogas antipsicóticas antigas	433
14.1.4.3	Antipsicóticos utilizados para outros fins médicos	435
14.1.5	Lítio e outras drogas usadas como “estabilizadores de humor”	436
14.1.5.1	Off-Label ou estabilizadores de humor não aprovada	437

14.2	Apêndice B: sobre os autores	437
14.2.1	Peter R. Breggin, M.D.	438
14.2.1.1	Livros escritos por Peter R. Breggin, M.D.	440
14.2.2	David Cohen, Ph.D., LCSW	442
14.2.2.1	Livros escritos por David Cohen, Ph.D.	444
14.3	Apêndice C: ICSPP	445
14.3.1	ICSPP - Conselheiros Internacionais	447
14.4	Apêndice D: A Aliança para a Proteção	448
14.5	Bibliografia	449
14.6	Tradução das 50x6=300 páginas do livro original	544

Capítulo 0

Preliminares

Preliminary

0.1 Capa

Front-Page

(*)

Your Drug May Be Your Problem

“A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”

(*)

How and Why to Stop

Como e Por Que Parar de

(*)

Taking Psychiatric Medications

Tomar Medicamentos Psiquiátricos

(*)

Peter R. Breggin, M.D. and

Peter R. Breggin, M.D. e

(*)

David Cohen, Ph.D.

David Cohen, Ph.D.

(*)

0.1.1 Contra capa

Back Page

(*)

“In non-technical, easy-to-understand language, [the authors] bring an incredibly important and hardly ever recognized message to people who need to understand the dark side of psychiatric drugs and how to stop taking them. I heartily recommend [this book].” - Candace Pert, Ph.D., author of “*Molecules of the Mind*”

“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]*”

(*)

“This is a courageous, compassionate book, and a much-needed antidote to the pro-drug bias of modern psychiatry and psychology.” - John Horgan, author of “*The End of Science*” and “*The Undiscovered Mind*”

“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]*”.

(*)

“I wish I'd had this book when I was trying to come off psychiatric drugs.” - Kate Millett, author of “*The Loony Bin Trip*”

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

(*)

“This book is long overdue. Drs. Breggin and Cohen make possible the practice of psychiatry with a conscience.” - Bertram P. Karon, Ph.D., Professor of Clinical Psychology, Michigan State University

“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

(*)

COVERS ALL PSYCHIATRIC DRUGS, INCLUDING:

Cobre todas as drogas psiquiátricas, incluindo:

(*)

Celexa • Lexapro • Prozac • Paxil • Zoloft • Cymbalta

Celexa • Lexapro • Prozac • Paxil • Zoloft • Cymbalta

(*)

Effexor • Remeron • Wellbutrin • Adderall • Dexedrine

Effexor • Remeron • Wellbutrin • Adderall • Dexedrine

(*)

Focalin • Ritalina • Concerta • Strattera • Ativan • Klonopin

Focalin • Ritalina • Concerta • Strattera • Ativan • Klonopin

(*)

Xanax • Valium • Dalmane • Halcion • Restoril

Xanax • Valium • Dalmane • Halcion • Restoril

(*)

Ambien • Lunesta • Abilify • Geodon • Invega • Risperdal

Ambien • Lunesta • Abilify • Geodon • Invega • Risperdal

(*)

Seroquel • Clozaril • Haldol • Prolixin • Thorazine

Seroquel • Leponex • Haldol • Permitil • Thorazine

(*)

Trilafon • Compazine • Reglan • Depakote • Equetro

Trilafon • Compazine • Reglan • Depakote • Equetro

(*)

Lamictal • lithium • Catapres • Neurontin

Lamictal • lítio • Catapres • Neurontin

(*)

Tegretol • Tenex • Topamax • Trileptal

Tegretol • Tenex • Topamax • Trileptal

(*)

ISBN-10: 0-7382-1098-6

ISBN-10: 0-7382-1098-6

(*)

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

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

(*)

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

Advance Praise for Your Drug May Be Your Problem

(*)

0.2.1 Candace Pert, Ph.D.

Candace Pert, Ph.D.

(*)

Research Professor of Physiology and Biophysics
Professor Pesquisador de Fisiologia e Biofísica

(*)

Georgetown University Medical Center
Georgetown University Medical Center

(*)

Author of *Molecules of the Mind*
Autor de *Molecules of the Mind [Moléculas da Mente]*

(*)

Washington, D.C.

Washington, D.C.

(*)

“In non-technical, easy to understand language, Peter Breggin and David Cohen bring an incredibly important and hardly ever recognized message to people who need to understand the dark side of psychiatric drugs and how to stop taking them. I heartily recommend it.”

“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.

Loren Mosher, M.D.

(*)

Soteria Associates,
Soteria Associates [Associados Soteria],

(*)

Former Chief of the *Center for Studies of Schizophrenia*,
Ex-chefe do *Center for Studies of Schizophrenia*
[Centro de Estudos de Esquizofrenia],

(*)

National Institute of Mental Health
National Institute of Mental Health
[Instituto Nacional de Saúde Mental]

(*)

San Diego, California
San Diego, California

(*)

“Confronting current psychiatric drug prescribing practice head-on is a daunting task - we owe Breggin and Cohen a vote of thanks for openly speaking the truth. Despite what the pharmaceutical companies would have us believe, we don't need ‘a better life through chemistry?’ This book will help debunk this myth and provide practical advice on how to avoid psychiatric drugs and get off them.”

“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.

Bertram P. Karon, Ph.D.

(*)

Professor of Clinical Psychology

Professor de Psicologia Clínica

(*)

Michigan State University

Michigan State University [Universidade Estadual de Michigan]

(*)

East Lansing, Michigan

East Lansing, Michigan

(*)

“This book is long overdue. Drs. Breggin and Cohen make possible the practice of psychiatry with a conscience.”

“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.

Steven Rose, Ph.D.

(*)

Professor of Biology and Director,

Professor de Biologia e Diretor,

(*)

Brain and Behavior Research Group,
Brain and Behavior Research Group
[Grupo de Pesquisa do Cérebro e do Comportamento],

(*)

Open University
Universidade Aberta

(*)

Milton Keynes, England
Milton Keynes, Inglaterra

(*)

“The modern medical approach to almost any human problem is to find a drug - a sort of magic bullet - to fix it. But many drugs do more harm than good, and some even cause the problems they are supposed to fix. And once on a drug, coming off may also be dangerous. In this clear and important book, Peter Breggin and David Cohen outline the problems and provide a step-by-step account of how to come off the drug which may be harming you.”

“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 delineararam 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

John Horgan

(*)

Author of *The End of Science and The Undiscovered Mind*
Autor de *The Undiscovered Mind [A Mente Desconhecida]*

(*)

Garrison, New York
Garrison, Nova York

(*)

“This is a courageous, compassionate book, and a much needed antidote to the pro-drug bias of modern psychiatry and psychology”

“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

Thomas J. Moore

(*)

Author of *“Prescription for Disaster: The Hidden Dangers in Your Medicine Cabinet”*

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.

Washington, D.C.

(*)

“Your Drug May Be Your Problem is a clear, accurate, and thorough look at the dangers of psychiatric drugs, and a prudent outline of what steps to take for those who want to stop taking them.”

“‘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

Kate Millett

(*)

Author of *“Sexual Politics”* and
Autora de *“Sexual Politics [Política Sexual]”* e

(*)

“The Loony Bin Trip”
“The Loony Bin Trip [A Viagem Loony Bin]”

(*)

New York, New York

New York, New York

(*)

“I wish I had this book when I was trying to come off psychiatric drugs. How wonderful that you have provided this guide.”

“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.

Tony Stanton, M.D.

(*)

Psychiatric Consultant

Consultor Psiquiátrico

(*)

Bremerton, Washington

Bremerton, Washington

(*)

“Working as a consultant, I am constantly looking for ways to help clients achieve a more educated view regarding psychotropic medication. Breggin and Cohen have assembled a gold mine of information to assist in this process. I can think of no other book that has done such a superb job of making such information accessible at any point of decision regarding taking or discontinuing psychotropic medication.”

“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.

Alberto Fergusson, M.D.

(*)

Psychiatrist, Psychoanalyst, and Institute Director

Psiquiatra, Psicanalista e Diretor de Instituto

(*)

Bogota, Colombia

Bogotá, Colômbia

(*)

“This book is one of the most important things that has happened to psychiatry and especially to so-called ‘psychiatric patients’ during this century. Having worked for more than 20 years with so-called schizophrenics - the main victims of the abuse by prescribed psychiatric drugs - I can say that Peter Breggin and David Cohen must be praised for the courage they have had to unmask many pseudo-scientific conclusions frequently present in supposedly scientific literature.”

“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.

Milton F. Shore, Ph.D.

(*)

Former President, American Orthopsychiatry Association

Ex-presidente, American Orthopsychiatry Association
[Associação Americana de Ortopsiquiatria]

(*)

Recipient of the American Psychological Association Award

Recebedor do Prêmio da American Psychological Association
[Associação Psicológica Americana]

(*)

for Outstanding Professional Contributions (1998)

por Contribuições Profissionais Significativas (1998)

(*)

Silver Spring, Maryland

Silver Spring, Maryland

(*)

“It has taken great courage for Drs. Breggin and Cohen to write this very significant book ... As advocates for non-pharmacological approaches ... the authors have outlined a careful and highly responsible program for withdrawal from psychiatric medications.”

“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.

Fred Bemak, Ph.D.

(*)

Professor of Counselor Education and
Professor de Aconselhamento Educacional e

(*)

Section Head for Wellness and Human Services College of Education,

Chefe da Seção do

Wellness and Human Services College of Education
[Colégio de Educação de Serviços Humanos e Bem-Estar],

(*)

The Ohio State University, Columbus, Ohio.

Universidade Estadual de Ohio, Columbus, Ohio.

(*)

“This book leads the way in explaining and redefining the growing pathology of the culture of psychiatric medications. It is a reminder of where we are and a non-medical prescription of where we can go.”

“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.

Douglas C. Smith, M.D.

(*)

Psychiatrist, Juneau, Alaska

Psiquiatra, Juneau, Alaska

(*)

“One hundred years from now, people will read current psychiatric textbooks with the same incredulity we have about blood-letting and snake oil. Your Drug May Be Your Problem will be remembered as the turning point and as the beacon that showed the way out of these dark days of widespread psychiatric drugging. Breggin and Cohen, like trusted friends, provide us with critical information we need to know in order to make informed decisions about psychiatric drugs, including when and how to stop taking them. They present it all within a coherent philosophy of life and health that makes the routine use of psychiatric drugs obsolete. If you have reached that inevitable point of being disillusioned with your psychiatric drug, this book will be your best friend and guide.”

“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.

Clemmont E. Vontress, Ph.D.

(*)

Professor Emeritus of Counseling

Professor e Conselheiro Emérito

(*)

George Washington University

George Washington University

(*)

Recipient of the Counselor Educator of the Year Award (1995)

Ganhador do Prêmio Anual de Conselheiro Educacional (1995)

(*)

from the American Mental Health Counselors Association.

da American Mental Health Counselors Association

[Associação Americana de Conselheiros de Saúde Mental].

(*)

Washington, D.C.

Washington, D.C.

(*)

“This innovative, informative, and easy-to-read book is a godsend for non-medical people such as parents, teachers, counselors, social workers, and psychologists who need to know the potential dangers of referring their children, students, or clients to physicians for psychiatric medication.”

“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.

Wolf Wolfensberger, Ph.D.

(*)

Research Professor of Education

Professor Pesquisador de Educação

(*)

Syracuse University

Syracuse University

(*)

Director, Training Institute for Human Service Planning,
Diretor, do Training Institute for Human Service Planning
[Instituto de Treinamento de Planejamento de Serviços Humanos],

(*)

Leadership and Change Agency
Líder e Agente de Mudança

(*)

Syracuse, New York
Syracuse, New York

(*)

“Your Drug May Be Your Problem provides much useful and very practical information, and it is much needed considering that there is such massive propaganda by the pharmaceutical and medical industries about such drugs. This propaganda must be combated, and this book contributes to that effort.”

“‘*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.

Rhoda L. Fisher, Ph.D.

(*)

Clinical Psychologist
Psicólogo Clínico

(*)

Syracuse, New York
Syracuse, New York

(*)

“Your Drug May Be Your Problem is an honest and straightforward attempt to present a clear picture of drug effects, why we turn to drugs, their role in society, and more. It fills a real need in our current drug culture and in our current complete trust in the drug dispenser himself. The book’s main import will be to serve as a counter-balance to the myth of a ‘miracle’ drug cure. It’s a must on everyones bookshelf!”

“‘*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.

Steven Baldwin, Ph.D.

(*)

Senior Editor, Ethical Human Sciences and Services
Editor Sênior, Ethical Human Sciences and Services
[Serviços e Ciências Humanas Éticas]

(*)

Foundation Professor of Psychology
Professor de Psicologia Fundador

(*)

School of Social Sciences, University of Teesside, Teesside, U.K.
Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Teesside,
Teesside, no Reino Unido (UK)

(*)

“I recommend Your Drug May Be Your Problem as the number one self-help guide to coming off psychiatric drugs.”

“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.

Thomas Greening, Ph.D.

(*)

Professor of Psychology, Saybrook Graduate School
Professor de Psicologia, Escola de Graduação de Saybrook
[Saybrook Graduate School]

(*)

Editor, Journal of Humanistic Psychology
Editor, Journal of Humanistic Psychology
[Jornal de Psicologia Humanista]

(*)

Los Angeles, California
Los Angeles, California

(*)

“Anyone considering saying ‘yes’ to psychiatric drugs, or wanting to ‘just say no,’ should first say ‘YES’ to buying and reading this essential, informative book. Breggin and Cohen’s goal is empowerment of troubled people seeking help, not propaganda, pressure, or profit. This book questions, informs, warns, and leaves the reader far better able to choose wisely.”

“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.

Thomas J. Scheff, Ph.D.

(*)

Professor Emeritus of Sociology

Professor Emérito de Sociologia

(*)

University of California, Santa Barbara

Universidade da Califórnia, Santa Barbara

(*)

“I highly recommend this book to persons on psychiatric drugs, and to the physicians who prescribe them. These drugs are very powerful, either for good or for harm. Since the actions for almost all of them are still unknown, the people who use them are being experimented on, mostly without their knowledge. Drs. Breggin and Cohen are experts on the negative effects of drugs. Their views should be just as widely known as the misleadingly positive advocations of the drug companies.”

“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.

David H. Jacobs, Ph.D.

(*)

Clinical Psychologist, Resident Faculty

Psicólogo Clínico, Faculdade de Residência

(*)

California Institute of Human Science
Instituto da Califórnia de Ciência Humana

(*)

San Diego, California
San Diego, Califórnia

(*)

“This groundbreaking book provides a comprehensive and honest source of information about adverse and withdrawal effects of commonly-used psychiatric drugs. It should be in the office of all medical and non-medical ‘mental health’ workers. It should also be read by anyone considering the use of psychiatric drugs and all those who want to stop.”

“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.

Al Siebert, Ph.D.

(*)

Author of *The Survivor Personality*
Autor de “*The Survivor Personality*”
[“*A Personalidade Sobrevivente*”]

(*)

Portland, Oregon
Portland, Oregon

(*)

“Emotional maturity, self-confidence, and life competence come from struggling with stresses, fears, and adversities. When young people become addicted to drugs they remain emotionally immature until they quit and start learning to cope. Breggin and Cohen point out that the same is true of chronic users of psychiatric medications. It is not until they withdraw from the chemical dependency urged on them by psychiatry that they can develop inner strengths for coping with life’s difficulties.”

“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

Jay Haley

(*)

United States International University
Universidade Internacional dos Estados Unidos

(*)

Author of “*Leaving Home*” and
Autor de “*Leaving Home [Saindo de Casa]*” e

(*)

Learning and Teaching Therapy
“*Learning and Teaching Therapy*
[*Aprendendo e Ensinando Terapia*]”

(*)

La Jolla, California

La Jolla, Califórnia

(*)

“Doctors Peter Breggin and David Cohen take the reader through the risky pathways of psychiatric medication with accurate information as a guide. Dr. Breggin was a voice in the night calling for responsibility with psychiatric medication. Now he leads an orchestra of protest.”

“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.

Paula J. Caplan, Ph.D.

(*)

Author of “*They Say You’re Crazy*” [82] and

Autora de “*They Say You’re Crazy*”
[“*Eles Dizem que Você é Louco*”] [82] e

(*)

“*The Myths of Women’s Masochism*”
“*The Myths of Women’s Masochism*”
[“*Os Mitos do Masoquismo da Mulher*”]

(*)

Visiting Scholar, Pembroke Center
Professor Visitante, Centro de Pembroke

(*)

Brown University

Universidade de Brown

(*)

Providence, Rhode Island

Província, Rhode Island

(*)

“Breggin has been a brave pioneer in not only pointing out but also meticulously documenting the ways that the ‘Emperor’ of traditional mental health treatment is naked. His relentless raising of questions and documentation of false advertising and cover-ups by drug companies and various forms of abuse of patients by a variety of therapists is invaluable and irreplaceable.”

“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.

William Glasser, M.D.

(*)

Psychiatrist, author of *Reality Therapy* and

Psiquiatra, autor de “*Reality Therapy [Terapia da Realidade]*” e

(*)

the forthcoming *Reality Therapy in Action*

a vindoura “*Reality Therapy in Action*”

[“*Terapia da Realidade em Ação*”]

(*)

Chatsworth, California

Chatsworth, Califórnia

(*)

“Nowhere does the false medical thinking, that there is a drug cure for almost all common diseases, do more harm than in the modern psychiatric argument that mental illness is easily diagnosed and then cured by a side-effect-free drug. Nowhere is the correct psychiatric thinking more evident than in the books by Peter Breggin. In them he explains clearly that patients with mental illnesses are in almost all instances suffering from their inability to connect with important people in their lives and need help in making these vital connections. He supports

safe, drug-free counseling as a more effective way to help people, and I enthusiastically agree with this premised.”

“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

Gratitude and Dedication to Wives

(*)

To Our wives

Para nossas esposas

(*)

Ginger and Carole

Ginger e Carole

(*)

Who inspire us

Que nos inspiram

(*)

With their Love, brilliance, and courage

Com seu amor, brilho e coragem

(*)

0.4 Um aviso quanto ao uso de drogas psiquiátricas

A Warning Concerning the Use of Psychiatric Drugs

(*)

Psychiatric drugs are much more dangerous than many consumers and even physicians realize. All of these drugs produce numerous serious and potentially fatal adverse reactions, and most are capable of causing withdrawal problems that are emotionally and physically distressing. Some produce powerful physical dependence and can cause life-threatening withdrawal problems.

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.

(*)

Although this is the first book to describe in detail why and how to stop taking psychiatric drugs, it is not intended as a substitute for professional help. Especially when psychiatric drugs have been taken in large doses for prolonged periods of time, experienced clinical supervision may be useful and even necessary during the withdrawal process.

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.

(*)

This book is intended for anyone who is thinking about starting or stopping psychiatric drugs. It may also be useful to people who are taking psychiatric medications without any immediate intention of stopping. In addition, it is meant for anyone who has friends or loved ones who are taking these drugs.

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.

(*)

Many professionals who are involved with the prescription or monitoring of medication may also find this book useful. The chapters that follow contain basic information about drug hazards and drug withdrawal of which many medical doctors may be unaware - including even those physicians who frequently prescribe psychiatric drugs.

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

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”.

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.

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 “biopsiquiatric” por “psico-materialista”, pelos seguintes motivos:

Ousamos traduzir “biological psychiatric” por “psiquiatria materialista”, traduzir “biopsiquiatric” 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 *personalidade 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 personalidade humana. São os *ciclos de vida de expansão-contração*³,

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”.

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.

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*⁶ que unifica todos os fatores associados de individualidade: *o corpo, a mente, a alma e o espírito*⁷. 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 de vida de expansão-contração*⁸, entre a semente e o ventre do todo, que movimentam as energias interiores e exteriores. A *vida anima as energias - material, mental e espiritual*⁹ - 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*¹⁰.

(*)

0.6 Introduções à nova edição: confirmações científicas da primeira edição

Introduction to the new edition

(*)

0.6.1 Introdução de Peter Breggin

Introduction by Peter Breggin

(*)

When Your Drug May Be Your Problem was originally published in 1999 it was the first of its kind-the only book to examine the adverse effects of every class of psychiatric drug and how to safely withdraw from them. With this second edition, our book remains unique in its emphasis but in many ways it has become less controversial. In the past eight years, scientific research and the Food

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.

⁶“Livro de Urantia”, Documento Preliminar: “Introdução”, Item 0.5: “Realidades da Pessoaalidade”, Parágrafo 11.

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

⁸Livro: “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”.

⁹“Livro de Urantia”, Documento 36: “Os Portadores da Vida”, Item 36.6: “As Forças Vivas”, Parágrafo 6.

¹⁰“Livro de Urantia”, Documento 42: “A Energia - a Mente e a Matéria”, Item 42.1: “Energias e Forças do Paraíso”, Parágrafo 1.

and Drug Administration (FDA) have further confirmed many of the concerns voiced in the first edition, including our emphasis on how antidepressants and stimulants cause harmful mental effects and dangerously abnormal behavior such as psychosis, violence, and suicide.

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.

(*)

We have both been very active in scientific research in the intervening years since the first edition of *Your Drug May Be Your Problem*. I have published more than a dozen scientific articles and books that further develop and demonstrate many of the observations and concepts described in the first edition of this book¹¹. In recent years, my testimony has been accepted in many additional criminal, malpractice and product liability cases involving the adverse effects of these medications

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 livro¹². 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

The FDA Finally Recognizes Antidepressant-Induced Suicidality

(*)

The FDA has at long last confirmed the first edition’s observations that antidepressants produce dangerous degrees of stimulation with aggressive behavior and that they also produce suicidality in children and adults.

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.

(*)

¹¹For some Breggin publications since the first edition of this book, see Breggin (1998 [57], 1999a-c [61], 2000 [64], 2001a&b [65], 2002a&b [67], 2003 [69], 2006a-e [70]). The articles can be obtained from www.breggin.com .

¹²Para 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 .

At public hearings in 2004 the FDA presented re-evaluations of antidepressant clinical trials for children and youth under age eighteen documenting that the suicide risk was doubled in children taking antidepressants compared to similar individuals taking a sugar pill. The agency also reported that only one-fifth of controlled clinical trials demonstrated any usefulness for antidepressants in children and youth under age eighteen¹³. Antidepressants were not only proven ineffective in children and teenagers, they were proven to cause suicide.

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 anos¹⁴. Os antidepressivos não só foram ineficazes em crianças e adolescentes, como também se comprovou que eles provocam suicídio.

(*)

The FDA applied its conclusions to all of the newer antidepressants including bupropion (Wellbutrin), citalopram (Celexa), fluoxetine (Prozac, Sarafem), fluvoxamine (Luvox), mirtazapine (Remeron), nefazodone (Serzone), paroxetine (Paxil), sertraline (Zoloft), escitalopram (Lexapro), and venlafaxine (Effexor). A more recent antidepressant, duloxetine (Cymbalta), shares similar risks.

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.

(*)

In summarizing the hearings, panel chairman Wayne K. Goodman, M.D. confirmed an emerging “pattern” of “behavioral toxicity” and specifically referred to “activation” or over-stimulation as a root problem. He suggested that symptoms or signs of over-stimulation “may represent a precursor to the symptom we most fear, that of suicide intent”. Dr. Goodman reminded the hearing that only 20 percent of the clinical trials showed any effectiveness and warned, “So, in addition to adverse effects that were of concern, we had questions about the overall benefit of this class of agents, raising then naturally questions about benefit/risk ratio” (FDA, 2004b [158]).

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

(*)

¹³The FDA failed to mention that the three positive studies were drug-company sponsored and conducted by drug company drones.

¹⁴A 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.

On March 22, 2004, the FDA issued a press release along with a public Health Advisory on “Cautions for the Use of Antidepressants in Adults and Children”. The agency’s press release stated that it is “known” that antidepressants are associated with “anxiety, agitation, panic attacks, insomnia, irritability, hostility impulsivity akathisia (severe restlessness), hypomania, and mania” (FDA, 2004a [157]). Without using the terms stimulation or activation, the FDA for the first time confirmed that antidepressants cause a dangerous pattern of these effects along a continuum from anxiety and agitation through mania.

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.

(*)

The FDA published a new required label for all antidepressants on January 26, 2005 including a black box headlined “Suicidality in Children and Adolescents”. The warning begins “Antidepressants increased the risk of suicidal thinking and behavior (suicidality) in short-term studies in children and adolescents with Major Depressive Disorder (MDD) and other psychiatric disorders” (FDA, 2005a [159]).

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]).

(*)

The FDA also added to the label a section entitled “WARNINGS - Clinical Worsening and Suicide Risk” for children and adults. In doing so, the federal agency confirmed my longstanding concern that antidepressants actually worsen the condition of many patients. Antidepressant labels must now warn that adults “should be observed similarly for clinical worsening and suicidality especially during the initial few months of a course of drug therapy or at times of dose changes, either increases or decreases”.

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

Confirming Over-Stimulation

(*)

The media and the psychiatric profession have focused almost exclusively on the new suicide warnings in antidepressant labels, while the FDA's more far-reaching warnings about over-stimulation have been largely ignored. Every antidepressant label must now warn in detail about over-stimulation or activation. This critical new addition to all antidepressant labels applies to children and adults alike and is found in the section entitled, "WARNINGS-Clinical Worsening and Suicide Risk". Embellishing slightly on the initial FDA press release, the label states that antidepressants are associated with the production of "anxiety agitation, panic attacks, insomnia, irritability, hostility; aggressiveness, impulsivity akathisia (psychomotor restlessness), hypomania, and mania".

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".

(*)

Another section of the new label informs doctors what information should be given to patients and their families. It points to "clinical worsening and suicide" and repeats the description of over-stimulating, adding "and other unusual changes in behavior, worsening of depression, and suicidal ideation".

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".

(*)

The FDA also published a special booklet to be included in the labels and to be given to the parents of children placed on antidepressants (FDA, 2005b [160]). In a heading entitled "What to Watch Out For in Children or Teens Taking Antidepressants", the booklet lists twelve psychiatric items with bullets. Almost all of them confirm antidepressant over-stimulation and several specifically mention manifestations of violence and suicidality. Here they are in their entirety:

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:

(*)

- Thoughts about suicide or dying

Pensamentos de suicídio ou de morte

(*)

- Attempts to commit suicide

Tentativas de cometer suicídio

(*)

- New or worse depression

Depressão nova ou pior

(*)

- New or worse anxiety

Ansiedade nova ou pior

(*)

- Feeling very agitated or restless

Sentimento muito agitado ou inquieto

(*)

- Panic attacks

Ataques de pânico

(*)

- Difficulty sleeping (insomnia)

Dificuldade para dormir (insônia)

(*)

- New or worse irritability

Irritabilidade nova ou pior

(*)

- Acting aggressive, being angry, or violent

Comportamento agressivo, irritação, ou violência

(*)

- Acting on dangerous impulses

Ações impulsivas perigosas

(*)

- An extreme increase in activity and talking

Um aumento extremado de atividade e conversação

(*)

- Other unusual changes in behavior

Outras mudanças incomuns no comportamento

(*)

Immediately after the list, the booklet additionally warns about withdrawal:

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

(*)

Never let your child stop taking antidepressants without first talking to his or her healthcare provider. Stopping an antidepressant suddenly can cause other symptoms.

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

Antidepressant-Induced Suicidality in Adults

(*)

After establishing that antidepressants cause suicide in individuals under the age of eighteen, in 2005-2006 the FDA required the drug companies to re-evaluate their data on adult suicidality. As a result, in May 2006 GlaxoSmithKline sent a mass mailing to “Dear Healthcare Professional” [178] warning that Paxil increases the risk of suicidal behavior for adults of all ages who suffer from Major Depressive Disorder as well as for younger adults who suffer from lesser depressive disorders and anxiety disorders (GlaxoSmithKline, 2006 [178]).

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]).

(*)

On December 13, 2006 the FDA’s advisory committee¹⁵ met to discuss the overall results of the re-evaluation of adult suicidality data. The FDA concluded that antidepressants cause increased rates of suicidality in people age eighteen to twenty-four taking antidepressants compared to those taking placebo.

¹⁵Officially called the Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC).

Em 13 de dezembro de 2006 o comitê consultivo da FDA¹⁶ 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.

(*)

The FDA seemingly would like to believe that at age twenty-five people change biologically or psychologically in some fashion so that the antidepressant suicidality warning need not apply to them; but common sense and clinical experience tell us that the risk is increased for all ages. Younger patients may be more likely to have these horrendous adverse drug reactions, but they occur as well in older people. Clinical trials are not meant to detect suicidality and due to their relative insensitivity to the problem, they only identified the greater vulnerability found in younger patients.

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 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

The FDA Resists the Facts

(*)

All of these “new” FDA observations and conclusions were already available in the first edition of *Your Drug May Be Your Problem*. The psychiatric community and the FDA have been slow to catch up with observations that I have been making for decades and that were summarized in the first edition of the book. In 1991 in *Toxic Psychiatry* I first described how Prozac can cause “murderous and suicidal behavior” by means of over-stimulation:

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 often affects individuals as if they were taking stimulants, such as amphetamine, cocaine, or PCP. ... Like amphetamine or cocaine, Prozac can produce the whole array of

¹⁶Oficialmente chamado de “*Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC)*” (“*Comitê Consultivo de Drogas Psicofarmacológicas*”).

stimulant effects, such as sleeplessness, increased energy, jumpiness, anxiety, artificial highs, and mania. Some patients taking Prozac do indeed look “hyper” or “tense”, and even aggressive, without even realizing it . . . , Indeed, the FDA’s internal review of Prozac side effects by psychiatrist Richard Kapit twice mentions the drug’s “stimulant” effects, but these important observations were not included in the final labeling requirements¹⁷.

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 psiquiátrica¹⁸.

(*)

In many books after 1991, I continued to warn about antidepressant overstimulation, violence, and suicide, drawing upon additional clinical and research studies in *Talking Back to Prozac* (1994), *Brain-Disabling Treatment in Psychiatry* (1997), and finally *The Antidepressant Fact Book* (2002). I also published scientific papers culminating in 2003 with the most detailed scientific review of the entire subject entitled “Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)”.

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].

(*)

Meanwhile, in 1997 psychiatrist David Healy [198] joined in with a critique of antidepressants, *The Antidepressant Era*, further describing the risk of suicidality; and in 2000 psychiatrist Joe Glenmullen [179] wrote *Prozac Backlash [Reação ao Prozac]*, extensively documenting the role of antidepressant-induced akathisia (psychomotor agitation) in causing violence and suicide.

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 akatíisia, (agitação psicomotora) induzida por antidepressivos, na promoção de violência e suicídio.

(*)

The new language required by the FDA in antidepressant labels closely follows the thrust of my observations in my 2003 paper that was distributed to the FDA committee before it drew its conclusions. In that paper I described and documented how the antidepressants cause akathisia and a stimulant syndrome that begins with “insomnia, nervousness, anxiety, hyperactivity, and

¹⁷Pp. 165 ff.

¹⁸Pp. 165 ff.

irritability and then progresses toward more severe agitation, aggression, and varying degrees of mania”. Notice the similarity in the concept and language in the new FDA-approved label when it describes antidepressant-induced “anxiety, agitation, panic attacks, insomnia, irritability, hostility, aggressiveness, impulsivity, akathisia (psychomotor restlessness), hypomania, and mania”.

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 akathisia 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, akathisia (agitação psicomotora), hipomania e mania”.

(*)

It was of course gratifying to witness this outcome after years and years of work, often in the face of professional outrage, judicial hostility and media disbelief; but for untold millions of patients and their families, the warnings came much too late.

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.

(*)

How are we to account for such a long lag in the FDA’s recognition of antidepressant-induced overstimulation, as well as hostility aggression, and suicidality? Most obviously the drug companies and the FDA want to protect themselves from being criticized for denying problems that some of us have been warning about since the early 1990s. More insidiously, as I have recently documented on my Web site and in *Ethical Human Psychology and Psychiatry* concerning Paxil and GlaxoSmithKline, drug companies make extreme efforts to hide incriminating data about their drugs from the FDA, the health professions, and the public¹⁹.

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 público²⁰.

(*)

¹⁹My product liability report against GlaxoSmithKline can be found on www.breggin.com. I published portions of it with introductory explanations in *Ethical Human Psychology and Psychiatry*; the journal sponsored by the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (Breggin, 2006b-d [71]).

²⁰O 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]).

0.6.1.5 Reconhecimento da crise de abstinência dos antidepressivos

Antidepressant Withdrawal Acknowledged

(*)

As we emphasized in the first edition of this book, all antidepressants can cause emotionally and physically distressing and dangerous withdrawal reactions. Because of a wide variety of symptoms from severe shock-like headaches to overwhelming depression, many patients feel they cannot stop taking them²¹.

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 esmagadoras²².

(*)

Paxil produces some of the worst withdrawal reactions but GlaxoSmithKline, the manufacturer of the antidepressant, has fought recognizing the severity of these problems. A few years ago I was a consultant in a California suit to force the manufacturer of Paxil to increase its warnings concerning withdrawal. Attorney Don Farber of San Rafael reported to me that the company “resolved the case” satisfactorily a pharmaceutical industry euphemism for settled without admitting guilt.. Simultaneously under pressure from the FDA, the company upgraded the warning with a bold black heading, “Discontinuation of Treatment with PAXIL”. The label now summarizes reports that it has received concerning withdrawal reactions²³:

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 abstinência²⁴:

(*)

Dysphoria [painful] mood, irritability agitation, dizziness, sensory disturbances (eg., paresthesias such as electric shock sensations), anxiety confusion, headache, lethargy, emotional lability, insomnia, and hypomania. While these events are generally self-limiting, there have been reports of serious discontinuation symptoms.

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.

²¹See Moncrieff (2006 [283]) for similar observations.

²²Ver Moncrieff (2006 [283]) para observações semelhantes.

²³Physicians’ Desk Reference (2006, p. 1504, first column). It’s buried amid a mountain of other data.

²⁴Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference] (2006, p. 1504, primeira coluna). Está escrito em meio a uma montanha de outros dados.

(*)

The new antidepressant label notes that the withdrawal symptoms can become “intolerable”. Consistent with our earlier suggestions in the first edition of this book, GlaxoSmithKline now recommends slow withdrawal with resumption of the previous dose if the suffering becomes intolerable.

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?

Do Antidepressants Have Any Positive Effects?

(*)

In *Toxic Psychiatry* in 1991 and again in more detail in *Talking Back to Prozac* in 1994, I documented that antidepressants are so ineffective that even drug company-rigged studies have difficulty showing any positive effects. I pointed out that the drugs are little better than sugar pills and that the slightly better performance of the antidepressants in short-term clinical trials is due to many extraneous factors including investigator bias and the manipulation of data. Recent research has confirmed these observations.

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.

(*)

In 2002 a team led by psychologist Irving Kirsch [231] at the University of Connecticut published an analysis of efficacy data submitted to the FDA between 1987-1999 for Prozac, Paxil, Zoloft, Effexor, Serzone, and Celexa (Kirsch et al., 2002 [231]; Also see Kirsch and Sapirstein, 1998 [230]). In order to approve a drug, the FDA requires only two positive studies, but drug companies invariably have to conduct many clinical trials before they can come up with a couple of positive clinical trials. Kirsch and his colleagues looked at all the studies conducted by the companies-not merely those used to get approval by the FDA. After analyzing the entire group of antidepressant clinical trials conducted by the drug companies, Kirsch and his colleagues concluded that there was little or no evidence that the drugs worked. Their research demonstrated that any beneficial or positive effects in comparison to placebo were “negligible”.

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”.

(*)

In 2006 Joanna Moncrieff [283] and Kirsch published another review and analysis of antidepressant efficacy in the BMJ (British Medical Journal) focusing on SSRIs such as Prozac, Zoloft, and Paxil. They concluded that these drugs “do not have a clinically meaningful advantage over placebo”.

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 SSRIs [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

New FDA Disclosures about Stimulant Drugs for Treating ADHD in Children

(*)

The first edition of *Your Drug May Be Your Problem* also emphasized the dangers associated with the stimulant drugs used to treat Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). As Brian Kean (2005 and 2006 [222]) has amply documented, a worldwide marketing campaign continues to expand the number of children whose basic human rights are being trampled by unscientific diagnoses and toxic treatments. Meanwhile, the FDA has admitted that these medications are far more dangerous than previously admitted. The relatively benign FDA-approved labels for stimulant drugs such as Adderall, Dexedrine, Ritalina, and Concerta have misled physicians and the public into underestimating their hazards. Few professionals or consumers realize how addictive the drugs can be and even fewer realize that they frequently cause serious psychiatric side effects such as psychosis, mania, aggression, and suicide.

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.

(*)

In 2005 the FDA finally acknowledged that it was receiving numerous reports of stimulant-induced harmful psychiatric effects such as psychosis, visual hallucinations, suicidal ideation, aggression, and violence (FDA, 2005d [162], 2006 [163]). Then in early in 2006 the FDA's Division of Drug Risk Evaluation issued an alarming report that declared²⁵:

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 declarou²⁶:

(*)

The most important finding of this review is that signs and symptoms of psychosis or mania, particularly hallucinations, can occur in some patients with no identifiable risk factors, at usual doses of any of the drugs currently used to treated ADHD. Current labeling for drug treatments of ADHD does not clearly address the risk of drug-induced signs or symptoms of psychosis or mania (such as hallucinations) . . . A substantial proportion of psychosis related cases were reported to occur in children age ten years or less, a population in which hallucinations are not common.

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.

(*)

Their data was derived from all the drugs involved in treating ADHD, including Strattera, amphetamine (Adderall and Dexedrine) and methylphenidate (Focalin, Concerta, Metadate, Methylin, Ritalin, and methylphenidate skin patches). It also included Provigil, a drug sometimes used as a stimulant. A complete list can be found in the Appendix.

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.

(*)

The FDA's report also identified stimulant-induced aggression, including many cases that were “considered life-threatening or required hospital admission”. It noted that the FDA had already placed a suicide warning in the Strattera label (FDA, 2005c [161]) and it warned with less conviction that the other stimulants showed signals of causing suicidality.

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

²⁵Gelperin and Phelan (2006) [170]. Quotes in this section are from pp. 3-4 of the FDA in-house memorandum.

²⁶Gelperin e Phelan (2006) [170]. Citações nesta seção são das páginas 3-4 do memorando interno da FDA.

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.

(*)

With these observations and warnings about stimulant drugs, the FDA began to catch up with warnings I had first issued in 1998 as the scientific presenter on adverse drug effects in children at the Consensus Development Conference on the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, a highly publicized meeting sponsored by the National Institutes of Health (NIH)²⁷. In my published report and my presentations to the conference I specifically warned about an unexpectedly high number of cases of stimulant-induced psychosis, aggression, and suicidality. Using an earlier version of the same data that the FDA recently relied upon-reports sent to it from various sources - by 1998 I had already found hundreds of psychiatric adverse drug reactions such as agitation, hostility, depression, psychotic depression, psychosis, hallucinations, emotional lability, and abnormal thinking. I also reported on finding many cases listed as overdose, intentional overdose, and suicide attempt. I enlarged upon this warning in “Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action” (1999) and in “*Talking Back to Ritalin*” (2001)²⁸.

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)²⁹. 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)³⁰, e em “*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*” (2001)³¹.

(*)

Why was I able to pick up the signal in 1998, while the drug companies never found it and the FDA only became aware in 2005? I was looking for potential problems from the drugs while the drug companies and the FDA were looking away from them.

²⁷In addition to emphasizing this data in a verbal exchange with another expert who was denied the risk of stimulant-induced psychosis, I presented my breakdown of data from the FDA’s spontaneous reporting system in my published report to the Consensus Development Conference (Breggin, 1999b [62]).

²⁸Os dados são descritos e tabulados em maior detalhe no *Falando Voltar ao Ritalin, Revised* (2001 [65], pp. 43-44).

²⁹Além 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]).

³⁰“*Psicoestimulantes no tratamento de crianças diagnosticadas com DHDA (TDAH): Riscos e mecanismo de ação*”

³¹Os 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).

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.

(*)

Ultimately the FDA failed in its initial promises to seriously upgrade its warnings about the newly recognized adverse psychiatric effects of stimulants. In September 2006 the agency held hearings on the subject and decided not to “scare” parents by putting a black box warning in the label concerning either cardiovascular or psychiatric side effects. In February 2007 the FDA issued a news release announcing its intentions to warn about the risk of cardiovascular adverse events including sudden death in patients with underlying serious heart problems or defects and stroke and heart attack in adults with unspecified risk factors. It then went on to minimize findings of psychiatric adverse events, citing “a slight increased risk (about 1 per 1,000) for drug-related psychiatric adverse events, such as hearing voices, becoming suspicious for no reason, or becoming manic, even in patients who did not have previous psychiatric problems”. The cited rate of one event per 1,000 is unconscionably small. One retrospective review of clinic records, for example, found that nearly 10 percent of children, or 100 per 1,000, developed signs of psychosis including cases of “paranoia”, “visual hallucinations”, and “auditory hallucinations; aggressive, agitated behavior” (Cherland and Fitzpatrick, 1999 [87]).

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]).

(*)

0.6.1.8 Um novo conceito: dopagem provocada por drogas psiquiátricas

A New Concept: Spellbound by Psychiatric Drugs

(*)

Why do so many people take such harmful drugs? Why do they persist in taking them long after the drugs have begun to do more harm than good?

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?

(*)

The persistent use of harmful drugs is not limited to psychiatric drugs. People frequently abuse non-prescription drugs such as alcohol and marijuana despite their obviously harmful mental and emotional effects. In the extreme, alcoholics ruin their lives and the lives of their families as they drink themselves to death. Alcohol, of course, causes dependence (the new name for addiction). But even in the absence of addiction, people often take drugs to their obvious personal detriment and frequently to the detriment of others as well.

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.

(*)

Over the years I have evaluated many dozens of clinical and legal cases in which individuals have endured severe and sometimes lasting mental impairment from taking psychiatric drugs. In many of these cases, the individuals committed horrendous acts that were wholly out of character for them. Recently when re-evaluating my extensive experience with these cases, I realized that all psychoactive drugs produce an effect that can be called medication spellbinding or, more technically intoxication anosognosia (Breggin, 2006e [74]). Anosognosia means the inability to recognize illness in oneself. Drugs that impair mental function at the same time impair the individual's ability to recognize that dysfunction.

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-avalei 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.

(*)

All psychoactive drugs - that is, all drugs that affect the brain and mind - tend hide or to mask their harmful mental effects from the individuals who use them. Often these drugs make spellbound individuals feel that they are mentally improved when they are in reality mentally - impaired. In extreme drug spellbinding, they compel people toward thoughts and actions such as violence and suicide that they would ordinarily find appalling.

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.

(*)

Every class of psychiatric drugs-antidepressants, stimulants, tranquilizers, mood stabilizers, and antipsychotics - causes mental impairments that often go unrecognized by the victim, even when they are severe. (The drugs in these categories are listed in the Appendix). This misleads medicated patients into believing that they are doing better even when they are getting worse. As a result, people often feel they cannot live without psychiatric drugs when a careful history reveals that their lives have deteriorated during the time they have been exposed to them.

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.

(*)

Antidepressants, stimulants and tranquilizers (especially Xanax) frequently cause unrecognized over-stimulation that can lead to acts of aggression or suicide. Mood stabilizers like lithium and antipsychotic drugs like Zyprexa, Risperdal, Seroquel, and Geodon often lead to a flattening of emotions that the patient and doctor alike overlook or mistake for clinical depression. The concept of medication spellbinding helps to explain how adverse reactions go unrecognized or unappreciated, and why so many people feel compelled to take so many drugs that cause them mental impairment. The concept of medication spellbinding clarifies the destructive compulsion to persist in taking harmful drugs. The subject of spellbinding will be expanded and documented with dozens of cases in my forthcoming book, *Medication Madness: True Stories of Mayhem, Murder and Suicide Caused Psychiatric Drugs*.

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]”*.

(*)

In conclusion, a great deal has happened in the past eight years that confirms our concerns and warnings expressed in first edition of this book. The reader can be reassured that the observations made in this book are based on sound scientific data, even if some of these observations remain ahead of their time.

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.

Peter R. Breggin, M.D.

(*)

Ithaca, New York

Ithaca, Nova York

(*)

www.breggin.com

www.breggin.com

(*)

0.6.2 Introdução por David Cohen

Introduction by David Cohen

(*)

The first edition of *Your Drug May Be Your Problem* appeared at the height of a period of “biopsychiatric hubris” - the excessive pride and arrogance linked to the view that people who suffer emotionally or misbehave have defective brains and genes and should take psychiatric drugs.

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.

(*)

It seemed to me then that this viewpoint resembled a cult. It was impervious to reason or evidence, hostile to counter-arguments, and locked its adherents in a strange chemical embrace. At the time, to argue that prolonged psychotropic drug use had no scientific justifications and was potentially very dangerous, and to suggest how to stop taking drugs, went so straight against conventional thinking and practice that it could have seemed foolhardy.

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.

(*)

In the intervening eight years, however, the basic arguments set out in this book have been shown to be prescient, well founded, and useful to patients and clinicians alike. This may have occurred partly because of the following:

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:

(*)

- the Internet changed the usual methods of creating and disseminating information about drugs, partly by allowing direct and uncensored expression of patients' voices on issues that matter to them rather than to experts with ties to the drug industry;

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;

(*)

- scores of media reports discussed how drug companies-aided and abetted by their paid "academic" researchers, medical journal editors, and even the FDA itself-actively suppress unfavorable findings about medications;

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;

(*)

- the FDA required makers of antidepressants to include prominent warnings on the official drug labels concerning the emergence of suicidal thinking in children and adolescents;

A FDA requeriu que os fabricantes de antidepressivos incluíssem alertas, nas bulas oficiais das drogas psiquiátricas, sobre o aparecimento de pensamentos suicidas em crianças e adolescentes;

(*)

- even Newsweek carried a story on August 3, 2005, on the hardships of coming off antidepressants, and more people realized that all psychotropic drugs may be associated with withdrawal effects that can produce enough impairment to overshadow all previously perceived benefits;

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;

(*)

- results of several large, long-term drug treatment studies conducted without drug industry funding squarely denied the often repeated claims about psychiatric drugs’ effectiveness;

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;

(*)

- the realization that doctors prescribe the most dangerous psychiatric medications to hundreds of thousands of children, some as young as two and three years of age, without tested evidence, makes more people wonder if the biopsychiatric approach has any fail-safe mechanism.

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.

(*)

Let me discuss briefly some of these changes and what they could mean for you as a consumer or potential consumer of psychiatric drugs, or as someone contemplating coming off psychiatric drugs.

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

The Internet and Drug Information

(*)

When we drafted *Your Drug May Be Your Problem* back in 1998, the Internet helped us mostly to search for bibliographic sources and to peruse a few hundred postings from individuals discussing their withdrawal reactions online. However, when I typed “antidepressant withdrawal” on a popular Web search engine while writing this introduction in early 2007, the startling result was 1.2 million hits. The few listings I consulted offered general advice from professionals and laypersons on discontinuing drugs, how-to-taper strategies, users, daily withdrawal logs, summaries of published case reports, ways to cut pills or divide capsules, advertisements for antidepressants or for “herbal detoxification” products, legal briefs, online discussions between consumers, as well as other varied material including some extremely sophisticated analyses of drug effects from laypersons. Of course, just like information about drugs from experts, information on the Internet must be evaluated critically, and we offer in Chapter 7 some guidelines to assess the quality of Web sites offering withdrawal-related advice.

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.

(*)

To me, however, this content illustrates how the creation of knowledge about psychiatric drugs has moved and will continue to move far beyond the traditional confines set by credentialed experts. Withdrawal reactions and dependence on antidepressants did not emerge from observations by experts. Rather, experts could no longer ignore these problems when they were described without intermediary by tens of thousands of patients.

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

The Drug Industry Exposed and Re-Exposed

(*)

How extensively the pharmaceutical industry shapes medical and psychiatric research and practice and how it thwarts drug regulation to the industry's advantage has now become a mainstream topic of study.

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.

(*)

In its relentless pursuit of profits, the drug industry uses every means at its disposal to shape how people think about disease, health, and treatment. This means, notably, that it carefully orchestrates the production of infomercials that are passed off to policymakers, clinicians, and consumers as scientific studies, to the detriment of patients' health and of the integrity of scientific research.

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 infomerciais³² 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.

(*)

In 2004 and 2005 alone, the following titles, among others, documented this depressing reality in detail; *“The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It”*, by Marcia Angell [11], former editor-in-chief of the *New England Journal of Medicine* [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra] and a professor at Harvard Medical School; *“On the Take: How Medicine’s Complicity with Big Business Can Endanger Your Health”*, by Jerome Kassirer [221], also a former editor-in-chief of the *New England Journal of Medicine* [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra] and professor at the Tufts University School of Medicine; *“Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression”*, by David Healy [199], psychopharmacologist and historian of psychiatry; *“Selling Sickness: How the World’s Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients”*, by medical journalists Ray Moynihan and Alan Cassels; *“Medicines Out of Control? Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill”*, by Charles Medawar, founder of the U.K. organization *“Social Audit”*, and Professor Anita Hardon; *“Overdo\$ed America: The Broken Promise of American Medicine”*, by John Abramson [1], clinical instructor at Harvard Medical School; *“The \$800 Million-Dollar Pill: The Truth About the Cost of New Drugs”*, by Merrill Goozner [183], journalist; and *“Generation Rx: How Prescription Drugs are Altering American Lives, Minds, and Bodies”*, by Greg Critser [124], author and journalist.

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*

³²N.T.: Infomerciais são informações comerciais.

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? 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\$e: 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.

(*)

If I had to choose one take-home message to extract from the sum of these compelling works, it’s the following: The personal, individual choices that both you and your doctor make with respect to your treatment for emotional distress are, more often than not, simply the end result of well-organized marketing campaigns by the industry to sell its products.

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

Drugs for Schizophrenia, Depression, and Bipolar Disorder - A Bust

(*)

Despite the decades-long barrage of reports of industry-funded clinical trials presumably demonstrating the superiority and safety of psychiatric drugs, the *National Institute of Mental Health* (NIMH) was prompted to support, at a combined cost of \$100 million, three large studies to test the latest drug treatments for the major psychiatric disorders.

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.

(*)

The studies were unusual in that they enrolled several thousand patients, most of whom would have been excluded from most short-term clinical trials. Under more “real-world” treatment conditions and using more real-world outcomes than those from conventional clinical trials, many of these patients were followed for more than a year. Main findings from the studies began appearing in late 2005 and continue as of this writing.

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.

(*)

The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project recruited nearly 1,500 individuals diagnosed with schizophrenia and randomly assigned them to receive one of five different antipsychotic drugs (four newer “atypical” drugs, Zyprexa, Risperdal, Seroquel, Abilify, and one old antipsychotic rarely used today Trilafon). After eighteen months, across the five groups, between 64 percent and 82 percent of patients had quit their treatment because of “intolerable side effects or lack of efficacy or other reasons” (Lieberman et al., 2005 [256]). Most observers were taken by surprise, having accepted as scientific facts the drug industry’s promotional messages that atypical antipsychotics were basically magic potions. I wasn’t surprised, having shown earlier how studies of the atypical antipsychotics were so rigged with systematic biases and manipulations that few of their claims could stand critical scrutiny (Cohen, 2002 [99]).

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]).

(*)

The Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) project recruited nearly 2,900 patients diagnosed with nonpsychotic major depression and subjected them to what modern psychiatry considers to be the best treatment for depression. In the first sequence, all these patients were treated with the SSRI antidepressant Celexa. Their doctors could tailor doses individually based on patients’ feedback and, on average, each patient was medicated for about twelve weeks. The result: less than 30 percent had a remission of symptoms during the entire study period (20 months) (Trivedi et al., 2006 [373]). The study continued, with different medication strategies - such as augmentation with other antidepressants or switching to other antidepressants - applied as the pool of subjects who did not drop out got smaller and smaller. In one particular sequence, among 727 people initially medicated with Celexa with no success and then agreeing to take either Wellbutrin, Zoloft, or Effexor for up to fourteen weeks, an average of

only 21 percent experienced a remission - less than the percentage of those who dropped out because of intolerable side effects (23 percent). And more than half of all participants reported that they experienced moderate to severe side effects more than half of the time (Rush et al., 2006 [326]).

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]³³ 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 desistiram. 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]).

(*)

Finally results of the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD), described as the largest treatment study of bipolar disorder ever performed, also appeared recently. The study claimed to use a “best-treatment-available” approach (mostly anticonvulsants, antipsychotics, lithium, and benzodiazepines), and as in the other treatment studies just described, recruited a broadly representative sample of almost 1,500 patients from across the country who underwent a full two years of treatment. The results: only 28 percent of treated individuals achieved full remission and experienced no recurrence during the two years (Perlis et al., 2006 [304]).

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]).

(*)

Keep in mind that there were no placebo-treated groups in these three studies. Conservatively one could estimate that at least half of subjects who responded to the drugs would have responded to placebos - which would have revealed “net” desired drug effects as even less impressive. Keep in mind also that subjects in all studies might have received several medications. In the STAR*D study for example, in addition to Celexa, additional drugs to counteract sleep, anxiety, and agitation problems, as well as Celexa - induced sexual dysfunction, were given at physicians’ discretion.

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

³³N.T.: IRSS [SSRI] - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina).

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.

(*)

It remains to be seen just how doctors seeking to obtain informed consent from their patients to receive psychiatric drugs for depression, psychosis, or bipolar disorder will discuss these latest findings with their patients. Commenting on the CATIE findings, the lead investigator candidly admitted that:

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:

(*)

“The claims of superiority for the [newer antipsychotics] were greatly exaggerated. This may have been encouraged by an overly expectant community of clinicians and patients eager to believe in the power of new medications. At the same time, the aggressive marketing of these drugs may have contributed to this enhanced perception of their effectiveness in the absence of empirical information” (Lieberman, 2006 [255]).

“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]).

(*)

Disseminating greatly exaggerated claims of superiority in the absence of empirical information - is this science, or propaganda?

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

Medications and Prescribers Out of Control

(*)

Many practitioners, recognizing that results from these major treatment studies directly challenge practice-as-usual, suggest that the best guideline still remains to “use medication wisely”. But, as this book argues, this is not so simple as it might sound. It’s difficult to find a doctor admitting that he or she does not prescribe medication wisely yet it’s disconcertingly easy to identify harmful,

scientifically unsupported, involuntarily imposed, or plainly excessive psychotropic drug prescription practices.

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.

(*)

In one recent case in which I reviewed medical records, a ten-year-old child in the middle of a custody dispute was receiving, from the same doctor, six psychotropic drugs simultaneously belonging to five different drug classes. Over the past few years, the child has been placed on and withdrawn from over fifteen different drugs. The case notes and discharge summaries were filled with descriptions of behaviors that might reasonably be attributed to the mental confusion and emotional and physical roller coaster to which this unbelievably irrational drug cocktail was probably subjecting the child. Yet neither the child’s doctors, nor the judge overseeing the case, nor an experienced clinical psychologist appointed by the court to make recommendations, voiced that anything might be wrong with this picture.

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.

(*)

The bigger picture includes the following: The number of antipsychotic prescriptions to children two to eighteen years increased from under 500,000 in 1995-1996 to almost 2.5 million in 2001-2002 (Cooper et al., 2006 [121]). Most of these prescriptions were for indications for which antipsychotics have not been studied in children. Even more dramatic trends are being reported about the prescription of anticonvulsants to youths (Blader and Carlson, 2007 [39]). Yet the psychiatric journals reporting these findings merely call for more well-controlled studies of antipsychotics or anticonvulsants in children.

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.

(*)

Arguably, “better” evidence is not likely to slow this engine running out of control. The absence of evidence did not prevent doctors (not only psychiatrists but pediatricians, family medicine physicians, emergency department physicians, and other types of providers) from experimenting with antipsychotics and anticonvulsants. It is difficult to see how any self-corrective mechanisms might come into play to bring sanity back to caring for children in distress.

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

Conclusion

(*)

In sum, now more than probably any time before, I believe that most people are able to avail themselves of better quality, unbiased information and critical perspectives to help them decide whether, when, and for how long to take psychiatric medications, and how to safely come off them.

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.

(*)

However, the playing field remains quite uneven, with most consumers and even clinicians deeply in the dark about the common pitfalls of using psychiatric drugs, with increasing numbers of children subjected to the most powerful and harmful drugs, and with most sources of information on drugs still controlled by the drug industry and vested medical interests.

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.

(*)

We are gratified by the response from readers of the first edition of *Your Drug May Be Your Problem*, and we are hopeful that this second edition will continue to meet their needs and answer their questions.

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*³⁴, Ph.D.

*David Cohen*³⁵, Ph.D.

(*)

Miami Beach, Florida

Miami Beach, Florida

(*)

see also:

veja também:

(*)

*www.criticalthinkrx.org*³⁶

*www.criticalthinkrx.org*³⁷

(*)

0.7 Introdução: qual é o seu último recurso?

Introduction: What Is Your Ultimate Resource?

(*)

This book is filled with technical and scientific information about psychiatric drugs (especially their dangers) and how to withdraw from them. However, it is also important to understand the underlying psychological, social, and ethical principles that may affect your decision to use or not use psychiatric drugs.

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.

(*)

³⁴**Internet:** “http://rscphsw.fiu.edu/social_work/faculty_cohen.html”.

³⁵**Internet:** “http://rscphsw.fiu.edu/social_work/faculty_cohen.html”.

³⁶**Internet:** “<http://www.criticalthinkrx.org>”.

³⁷**Internet:** “<http://www.criticalthinkrx.org>”.

We can learn a great deal about ourselves and how we view life by asking, “Where do we turn when we feel emotionally upset or despairing? Where do we go when life seems unendurable and we have little or no hope left? What are our ultimate resources in life - the places and persons to whom we turn for help, direction, and inspiration?”

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 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

Our Final Resort

(*)

All people seem to need faith, but the varieties of faith seem infinite. For many individuals, the ultimate resort or resource is religious or spiritual: God and prayer, or other beliefs and practices, and perhaps a trusted minister, priest, rabbi, or counselor. For others, the ultimate resort may be a loved one - a husband or wife, a parent, a friend. Still others may believe that they themselves are the ultimate resource. They may turn to creative work, nature, pets, hobbies, sports, or some other more seemingly individual or personal pursuit. Increasingly, people nowadays also turn to science to find answers about how to live life. Probably for most people, the final resort is a combination of these resources: God, nature, science, other people, and oneself. Ultimately, all human resources are related. Commitment to a loving, zestful, rational, principled life becomes the cornerstone of life and the final resource.

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

Resort to Drugs

(*)

Many people, however, rely on another, more limited resource when they face psychological or social crises. They turn to psychoactive or mind-altering substances. Although they may believe or hope that they are relying on seemingly objective science, in reality they are placing their faith in drug company marketing - and so are their doctors.

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.

(*)

Consider the seemingly different situation with respect to recreational or illicit drugs. For untold millions throughout the world, the last resort is alcohol, tobacco, or substances such as marijuana and cocaine. Many turn to them whenever they feel on the verge of experiencing painful emotions. In the extreme, they become addicted to these substances and build their lives around them. When they eventually try to give up their addiction, they may discover that they have no Other resources left and nowhere else to turn. Their lives have been emptied by their reliance on drugs. They must rebuild from scratch their faith in God or other ethical convictions, their trust in other people, and their reliance on themselves and their love of creative work or nature.

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

Seeking Relief

(*)

If people do feel better when drinking alcohol or smoking marijuana, it is because they feel better when their brain is impaired. Psychiatric drugs are no different. The people who take such drugs may feel less of their emotional suffering. They may even reach a state of relative anesthesia. But to the degree that they feel better, it is because they are experiencing intoxication with the drugs.

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.

(*)

Most of us can empathize with people who are willing to sacrifice brain function in return for a blunting of emotional suffering, but should therapists or doctors offer this alternative? Should we ourselves turn to this alternative in our own lives? Is the cost too great in terms of brain dysfunction and the failure to deal with the real issues in our lives?

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?

(*)

The resort to psychoactive substances, whether legal or illegal, recreational or psychiatric, involves a compulsive narrowing of focus in the search for solutions to life's problems. Almost always the emphasis is on obtaining relief from painful emotions, too often regardless of the potential cost.

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

What Suffering Tells Us

(*)

Emotional suffering is inevitable in life. But it has a meaning - a purpose, Suffering is a signal that life matters. Specifically it is usually a signal that something in our lives that matters a great deal needs to be addressed. Depression, guilt, anxiety, shame, chronic anger, emotional numbing - all of these reactions signal that something is amiss and requires special attention, The depth of suffering is a sign of the soul's desire for a better, more creative, more principled life.

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.

(*)

For example, when faced with a patient in deep depression, should we immediately focus on relief of the pain? On the contrary; we should respond by saying that the pain is a signal of the intensity of the person's spirit: "The strength and intensity of your suffering indicates the strength and intensity of your spirit. Your discomfort shows how alive you are. Now imagine if you could learn to turn all that self-destructive energy into creative energy and a love of life."

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

The New Ultimate Resource

(*)

The last ten to twenty years have seen a drastic change in viewpoint regarding the ultimate resource of moral and psychological guidance: Regardless of their religion or philosophy, many educated and informed people have come to believe that psychiatry and psychiatric drugs provide the best last resort for themselves when in psychological distress. Indeed, such drugs are increasingly the first resort. It appears that we have replaced reliance on God, other people, and ourselves with reliance on medical doctors and psychiatric drugs. The ultimate source of guidance and inspiration is no longer life itself with its infinite resources but biopsychiatry with its narrow view of human nature.

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.

(*)

This view of ourselves is a most astonishing one. It suggests that most if not all of our psychological, emotional, and spiritual problems are “psychiatric disorders” best treated by specialists who prescribe psychoactive drugs. Our emotional and spiritual problems are not only seen as psychiatric disorders, they are declared to be biological and genetic in origin.

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.

(*)

The propaganda for this remarkable perspective is financed by drug companies and spread by the media, by organized psychiatry and individual doctors, by “consumer” lobbies, and even by government agencies such as the *National Institute of Mental Health* (NIMH). As a result, many

educated Americans take for granted that “science” and “research” have shown that emotional upsets or “behavior problems” have biological and genetic causes and require psychiatric drugs. Indeed, they believe they are “informed” about scientific research. Few if any people realize that they are being subjected to one of the most successful public relations campaigns in history.

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.

(*)

These days, your doctor is likely to suggest medication for relatively mild degrees of emotional upset or distress: even a few weeks of moderate sadness or anxiety are apt to lead to a prescription. If your child has been difficult to deal with for a few weeks at home or in school, that, too, is likely to bring out the prescription pad. The problem may have lasted for only a short period, but the drug treatment may go on for years or even for a lifetime.

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.

(*)

Psychiatric diagnosis has become so widespread that it is almost impossible to mention any kind of “feeling” to a medical doctor without being assigned a psychiatric label and prescribed the latest psychiatric drug. And this scenario is not limited to strong emotions or serious distress. Feeling fatigued? Take Prozac. Feeling as though you’ve lost your enthusiasm or direction? Take Paxil or Zoloft, especially if Prozac hasn’t worked. Feeling trapped in an abusive relationship? Take Effexor, Luvox, or lithium. Feeling a little nervous? Take Xanax, Klonopin, or Ativan. Having trouble disciplining your child? Give the child Ritalina, or Dexedrine, or Adderall. Having trouble focusing on work that bores you? Try Ritalin for yourself. Having ups and downs of any kind? Take any number of psychiatric drugs.

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?

What Do We Really Know About How Our Brains Work?

(*)

Do we know what we are doing to our brains and minds when we take psychiatric drugs? Do we know what we are doing to our children when we give them these substances?

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?

(*)

Consider this extraordinary reality. The human brain has more individual cells (neurons) than there are stars in the sky Billions! And each neuron may have 10,000 or more connections (synapses) to other brain cells, creating a network with trillions of interconnections. In fact, the brain is considered to be the most complex organ in the entire universe. With its billions of neurons and trillions of synapses, it is more complex than the entire physical universe of planets, stars, and galaxies.

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.

(*)

Scientists have well-developed ideas about how the physical universe works. They possess mathematical formula for describing the various forces that control the relationships among physical entities from black holes to subatomic particles. All these forces also affect the human brain. However, the living processes of the brain add complexities unknown in the physical universe. Those trillions of interconnections between brain cells, for example, are mediated by hundreds of chemical messengers (neurotransmitters), as well as by hormones, proteins, tiny ions such as sodium and potassium, and other substances. We have limited knowledge about how a few of these chemical messengers work but little or no idea as to how they combine to produce brain function.

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

The Science Behind Psychiatric Drugs

(*)

The public is told that a great deal of science is involved in the prescription of psychiatric drugs, but this is not so - given that we know so little about how the brain works. The knowledge that we do have about the effects of psychiatric drugs on the brain is largely limited to test-tube studies of biochemical reactions utilizing ground-up pieces of animal brain. We simply do not understand the overall impact of drugs on the brain.

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.

(*)

Nor do we have a clear idea about the relationship between brain function and mental phenomena such as “moods” or “emotions” like depression or anxiety. We don’t even know where to begin looking because we don’t fully understand how the brain functions.

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.

(*)

Some theoreticians would urge us to focus on the molecular level by looking for biochemical imbalances. But that’s sheer speculation. Why would a biochemical imbalance be at the root of feeling very depressed any more than it would be at the root of feeling very happy? And if there were biochemical substrates for extreme sadness and extreme happiness, would that fact make them diseases? The idea of individual biochemical imbalances is wholly at odds with the complexity of the brain.

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.

(*)

Besides, whose biochemical imbalance are we looking for? That of the child who is out of control or the caregiver who has difficulty disciplining? That of the child who isn’t learning or the teacher who hasn’t figured out how to reach this child? That of the individual who becomes anxious in dealing with people or the adult who abused the individual as a child? That of the person who is

deeply depressed over a lost loved one or the doctor who recommends electroshock? That of the person who feels insecure or anxious or the doctor who thinks that the person's problems require drugs? In short, whose brain isn't working right?

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?

Are There Biochemical Imbalances?

(*)

As one of our colleagues recently said, "Biochemical imbalances are the only diseases spread by word of mouth", Individually we must all use our own intuitive understanding of life to determine the likelihood that our problems are caused by some as-yet-undetected brain dysfunction rather than by conflicts in the home, at work, or in society, painful life experiences, confused values, a lack of direction, or other aspects of human life.

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.

(*)

Of course, our bodies can affect our emotional outlook. We all find it much easier to maintain a bright and enthusiastic attitude when physically healthy than when physically ill. And anything from lack of sleep to the common cold can affect our moods.

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.

(*)

However, doctors commonly give people psychiatric drugs without checking for obvious signs of serious physical disorder, such as hypothyroidism, estrogen deficiency or head injury from a car accident. Moreover, they seem particularly prone to overlooking the importance of physical symptoms in women. Some women with obvious signs of a hormonal disorder or heart condition are put on

antidepressants and anti-anxiety drugs without first being required by their internists or psychiatrists to undergo a physical evaluation.

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.

(*)

It is therefore theoretically possible that some anxious or depressed people may be afflicted with an as-yet-undetected physical dysfunction. But this speculation doesn't justify the unfounded conclusion that people in emotional distress are beset by specific biochemical imbalances or that such imbalances can be corrected with drugs.

Portanto, é teoricamente possível que algumas pessoas, ansiosas ou deprimidas, podem estar sendo atingidas 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.

(*)

In our own experience, most people with depression and anxiety have obvious reasons for how they feel. These reasons are often apparent in their everyday lives and may be complicated by past experiences in childhood or earlier adult life. But even if some people do turn out to have subtle, undetected biochemical imbalances, there is no reason to give them drugs like Prozac or Xanax that cause biochemical imbalances and disrupt brain function.

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.

(*)

Let us again consider the final resort. Is it defined by our values, our family and friends, and ourselves - or by a medical doctor with a prescription pad?

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?

What Do We Really Know About Psychiatric Drugs and the Brain?

(*)

Almost all psychiatric drug research is done on the normal brains of animals, usually rats. As noted earlier, much of this research involves grinding up brain tissues to investigate the gross effects of a drug on one or more limited biochemical reactions in the brain. More sophisticated research involves micro-instrumentation that injects small amounts of drugs into the living brain and measures the firing of brain cells. Yet even these more refined methods are gross compared to the actual molecular activity in the brain. For example, we have no techniques for measuring the actual levels of neurotransmitters in the synapses between the cells. Thus all the talk about biochemical imbalances is pure guesswork. More important, what's actually being studied is the disruption of normal processes by the intrusion of foreign substances.

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.

(*)

This research in no way bolsters the idea that psychiatric drugs correct imbalances. Rather, it shows that psychiatric drugs create imbalances. In modern psychiatric treatment, we take the single most complicated known creation in the universe - the human brain - and pour drugs into it in the hope of "improving" its function when in reality we are disrupting its function.

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.

(*)

The notion that Prozac corrects biochemical imbalances is sheer speculation - propaganda from the biological psychiatric industry. But disruption of biochemical reactions in the brain, causing severe biochemical imbalances and abnormal rates of firing among brain cells, is a proven fact about Prozac that cannot honestly be disputed by anyone who knows the research.

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.

(*)

How does the brain react to the intrusion of psychiatric drugs such as Prozac, Ritalin, or Xanax?
Como o cérebro reage à invasão de drogas psiquiátricas, tais como Prozac, Ritalina, ou Xanax?

(*)

The brain reacts as if it is being invaded by toxic substances: it tries to overcome, or compensate for, the harmful drug effects. In the process, the brain literally destroys its own capacity to respond to the drug. It numbs itself to the drug and, in so doing, actually kills some of its own functions. So when a doctor tells us that Prozac is putting our biochemicals into balance, we are being badly misled. In actuality Prozac is profoundly disrupting the function of the brain.

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, Ritalin, and Xanax, like most psychiatric drugs, overstimulate particular neurotransmitter systems either by increasing the output of a neurotransmitter or by preventing its removal from the synapses between nerve cells. Prozac, for example, overstimulates a chemical messenger called serotonin by blocking its removal from the synapse. The brain reacts initially by shutting down the release of serotonin and then by reducing the number of receptors that can respond to the serotonin.

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.

(*)

These self-destructive processes in the brain are relatively easy to research. They were demonstrated in the private laboratories of Eli Lilly - the manufacturer of Prozac - even before the drug was approved for marketing by the Food and Drug Administration (FDA). Long before the marketing of Prozac, the drug was known to routinely cause drastic biochemical imbalances rather than to correct them.

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.

(*)

How long does it take the brain to recover from the imbalances caused by Prozac? We don't have an answer to this critical question. Why not? Because drug companies and the scientific community have never carried out the relatively simple and inexpensive research that would be required. Yet we should suspect that the brain does not always recover from Prozac or similar antidepressants such as Paxil and Zoloft.

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.

(*)

We already know that the brain's recovery from exposure to many psychiatric drugs can be prolonged and that full recovery may never take place. Studies have demonstrated this outcome for stimulant drugs such as the amphetamines, including Dexedrine and Adderall, that are prescribed for children. Although the final verdict concerning Ritalin isn't in, its similarity to the other stimulants is such that we should be concerned about its capacity to cause irreversible changes. We also know that irreversible changes can occur in response to the drugs used to treat schizophrenia, such as Haldol, Prolixin, and Risperdal. These drugs can cause permanent, severe impairments of brain function, indeed, we should suspect that any psychoactive drug-any drug that affects mental function-tends to produce irreversible changes in some if not most people.

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.

(*)

What hope can we have that bathing the brain in a psychiatric drug will actually improve the overall function of this mysterious organ? Almost none. In fact, as already noted, most of what we know about the various neurotransmitters has been gathered by studying how psychiatric drugs disrupt or spoil their functioning.

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?

What If We Treated Our Computers the Way We Treat the Brain?

(*)

Imagine what would happen if we treated our much simpler computers in the same way as we treat the brain in psychiatry. Consider the case of a computer that is “crashing” too often. With considerable poetic license, we can compare this mechanical dysfunction to the human tendency to become “overwhelmed” or “overloaded” with depression, anxiety or obsessions and compulsions, and unable to function easily in everyday life.

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.

(*)

Perhaps the computer is crashing for reasons having to do with its hardware. For example, the computer may need more memory or a new hard drive. Alternatively the problem may be traceable to its software - to one or more of the programs installed in the computer. Then again, the operator of the computer and its programs may be responsible. Or the source of the problem could lie outside the computer and even outside the office, as in the case of power surges.

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.

(*)

When troubleshooting such a problem, computer experts routinely take all of these factors into consideration - the computer, the program, the operator, and the power source. If the cause of the problem isn't immediately apparent, they may run experimental tests or programs in order to diagnose the problem.

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.

(*)

The approach taken by psychiatrists and other medical doctors, by contrast, is both simple-minded and destructive. In contemporary psychiatry the doctor almost always assumes that the problem lies in the “hardware” of the brain (ie, in “biochemical imbalances”). In the words of one well-known psychiatrist, emotional and behavioral difficulties are caused by a “broken brain”.

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”.

(*)

Modern psychiatrists seem to consider themselves brain consultants, but they have little knowledge with which to establish that expertise. Unlike computer consultants, psychiatrists have no way of identifying or locating the source of the problem in a patient's brain. So the patient must take their "expert" assertions on faith.

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.

(*)

How would you react if your computer consultant treated your computer the way psychiatrists treat patients and their brains? Suppose your consultant invariably concluded that the problem must lie in the hardware of your machine rather than in the program, the operator, or some external factor such as the power source. Suppose your consultant always began by pouring toxic agents into your computer. Further suppose that your consultant never guaranteed you a good result while continuing to pour toxic agents into your machine without regard for the consequences - and, when pressed for an explanation, made vague references to "crossed wires" or "electrical imbalances" in your computer but never looked inside, conducted any tests, or provided a definitive physical diagnosis.

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 físico definitivo.

(*)

How long would you put up with such nonsense from your computer consultant? Not very long. If computer consultants behaved like psychiatrists, we would fire them. Yet, tens of millions of people put up with even more slipshod, irrational treatments involving their far more complex and vulnerable brains and minds.

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

What This Viewpoint Does to Us

(*)

What happens when we start viewing a human being as an object? We lose our own capacity for rationality and for love. It is impossible to reduce a person's emotional suffering to biochemical aberrations without doing something psychologically and morally destructive to that person. We reduce the reality of that individuals life to a narrowly focused speculation about brain chemistry.

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 psicologica 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.

(*)

In taking such a distorted view of the person, doctors also do harm to themselves. They suppress their natural tendency to be empathic toward other human beings. Thus, in their efforts to be "objective" and "scientific", biological psychiatrists and doctors end up doing very destructive things to people, including themselves.

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"

Herbal and "Natural" Remedies

(*)

Although this book is about psychiatric medications that are approved by the FDA, many readers may have questions about psychoactive herbal remedies that can be obtained over the counter (OTC). They may wonder if these more "natural" substances can be used instead of psychiatric drugs during the withdrawal process or as a general substitute. In brief, we do not recommend the use of psychoactive herbs for these purposes.

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.

(*)

Many people believe that such natural remedies are likely to be safer than prescription drugs. This is the implication conveyed by many books that evaluate herbal medicines, such as PDR for Herbal Medicines (1998) [300] and Alternative Medicine (1994). Both list far fewer adverse effects for typical herbal remedies (such as St. John's Wort as an antidepressant or ginseng as a stimulant) than are usually described in the literature for psychiatric drugs used for corresponding purposes (such as Prozac or Ritalin).

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).

(*)

Nonetheless, anyone who uses psychoactive herbs should do so with caution. Some of these herbs have recognized adverse effects. For example, ginseng, in large doses, can cause dependence with serious adverse effects. The scientific citations typically listed for herbs are mainly non-English language reports not readily accessible to the ordinary reader in the United States. The composition of many of these substances, including St. John's Wort and ginseng, is very complex, with numerous active agents that have been little studied. Preparations from different manufacturers - or even from the same manufacturer - may not be standardized. And, finally even though the FDA often fails to live up to its mandate, FDA-approved drugs are usually more thoroughly studied than herbal remedies in regard to adverse effects.

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.

(*)

Some people might believe that a long history of use without known ill effects is in itself a good indication of a psychoactive herb's safety. However, consider two of the most widely used natural psychoactive substances, alcohol and tobacco: Both were once recommended by physicians for medicinal purposes, and both have been heavily promoted by government and corporate interests. Alcohol has been used for many reasons by untold millions of human beings since before recorded history but only in the last few decades have the harmful effects of chronic excessive alcohol use been generally recognized. Society has also become increasingly aware of the association between acute alcohol use and many forms of violence and accidents. Likewise, tobacco has an ancient history of ritual use in Native American societies and, in more recent centuries, of widespread chronic use in Western society. But the dangerousness of smoking did not gain widespread recognition until a few decades ago.

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.

(*)

Any drug that affects the brain and mind should be viewed with caution, especially in the context of daily or persistent use. And any person who decides to use herbal remedies should read as much as possible about them. To use these agents is, to some extent, to step into the unknown. By contrast, all psychiatric drugs have well-documented, serious hazards.

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.

(*)

Even if psychoactive substances were harmless, we would question their use for “therapeutic” or “psychiatric” purposes - that is, to overcome psychological and social problems. The use of a psychoactive substance for such purposes is wrong in principle because it represents an attempt to fix the brain instead of the problems that lie within the person’s internal life, relationships, and environment.

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.

(*)

It is understandable, of course, that people want relief from emotional suffering, just as they tend to take aspirin, ibuprofen, or other drugs for head, muscle, and joint pains. The latter treatments play a valuable role, especially if they are administered over the short term. However, both aspirin and ibuprofen also have many potentially serious adverse effects, ranging from stomach ulcers to stroke.

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.

(*)

The use of “emotional painkillers” is more questionable. If a person gets headaches because of the stress of a conflicted marriage or a frustrating workplace, it would ultimately be self-defeating to rely on pills instead of dealing with the issues involved. Besides, all psychiatric drugs have far more

negative effects on brain and mind function than do aspirin or ibuprofen. Psychiatric medications are, first and foremost, psychoactive or psychotropic drugs: They influence the way a person feels, thinks, and acts. Like cocaine and heroin, they change the emotional response capacity of the brain. If used to solve emotional problems, they end up shoving those problems under the rug of drug intoxication while creating additional drug-induced problems.

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.

(*)

There is another lesson to be gained from how long it has taken us to recognize the dangers of tobacco and alcohol. Because it has taken centuries to grasp the damaging effects of these natural substances on individuals, families, and society we cannot blithely assume that we can learn about the dangers of psychiatric drugs in a matter of months or years.

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.

(*)

Many drugs are effective in bringing about the short-term relief of emotional suffering. Alcohol, for example, affects the same general neurotransmitter system as tranquilizers like Xanax, Valium, Klonopin, and Ativan. It has similar clinical effects, too. Millions of people “take a drink” to relax or calm down, to relieve anxiety or even depression, and to fall asleep more easily. Yet alcohol, much like the tranquilizers, has many negative effects on behavior, tends to worsen the very problems it is used to treat, and can become addictive.

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.

(*)

The question, then, is not “Do drugs affect mental processes?” Many drugs are called “psychoactive” precisely because they have effects on the mind. Rather, the question is. “Should they be prescribed as treatments?”

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?”

(*)

This book is aimed at helping people understand some of the medical and psychological dangers of relying on psychiatric drugs, but it can only hint at the psychological and social void created by such reliance on mind-altering agents. The book also offers approaches to coming off psychiatric drugs, but, in this context too, it can only hint at the kinds of resources to which people must turn to live a meaningful and satisfying life. The choice is not between psychiatric drugs and some other “therapy” but between psychiatric drugs and all the resources that life can offer us.

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

Psychiatric Drugs - Much Easier to Start Than to Stop

(*)

The use of psychiatric drugs has continued to increase in recent years among all age groups, men and women, and members of minority groups. Society is becoming increasingly dependent on prescription drugs to solve psychological and social problems. Drugs like Paxil and Ritalin are advertised directly to the consumer through magazines and newspapers. Other advertisements in mass media urge people to wonder whether they are suffering from the latest popular psychiatric disorder, often encouraging them to ask their doctors about a specific medication and sometimes offering a free sample. TV news magazines frequently paint rosy pictures of the latest “miracle drug”. Innumerable books continue to be written for the layperson extolling the virtues of psychiatric drugs for myriad psychological or emotional problems in children and adults.

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.

(*)

Even psychotherapists who favor “talking therapy” often recommend a visit to a psychiatrist for medication, sometimes in the hope that these drugs will facilitate their clients, progress or help them handle painful and overwhelming emotions. Indeed, many therapists have been led to believe that psychiatric drugs are required as part of the treatment of emotional problems such as “anxiety” or “depression”.

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”.

(*)

Health maintenance organizations (HMOs) and other health care insurers encourage and sometimes insist on the use of psychiatric drugs as a supposedly cheaper alternative to talking therapy. Physicians in almost every specialty - from surgery and obstetrics and gynecology to pediatrics and family practice - are quick to prescribe psychiatric medications for problems such as insomnia, anxiety, depression, obsessions and phobias, and even “stress”.

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

A Few Minutes That Can Become a Lifetime

(*)

In today's pro-drug environment, a doctor often takes only a few minutes to make an evaluation before writing a prescription for an antidepressant, anticonvulsant, antipsychotic, or tranquilizer. But your decision to accept medication may lead to a lifetime of drug use, including exposure to long-term harmful effects. Furthermore, whereas it was easy to find a doctor to start you on psychiatric drugs, it may be very hard to find one who is willing to help you stop.

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 a 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 a ajudá-lo a parar de tomá-las.

(*)

When you start taking a psychiatric drug, you may not experience any serious negative effects. But what happens when you want to stop taking it? All psychiatric drugs can cause problems during withdrawal. You also need to be aware of those unusual circumstances when the abrupt discontinuation of a psychiatric drug can produce potentially dangerous physical or psychological reactions.

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

Reasons to Stop Taking Psychiatric Drugs

(*)

Even if you and your doctor don't realize it, the psychiatric drugs that you are taking could be causing you serious mental, emotional, or physical harm. Your doctor may fail to appreciate that some of your problems are being caused by the prescribed medication and, instead, mistakenly increase your dose or add another drug to your regimen. This prescription cycle - a common occurrence - could expose you to increased risks of adverse drug effects.

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.

(*)

When you reduce or skip your medication, you may experience painful emotional or physical reactions as the effects of your drug wear off. This is due to drug withdrawal between the doses. But if you don't realize that you are undergoing interdose withdrawal, you may wrongly assume that you will always feel that uncomfortable if you stop the medication. Similarly your doctor may mistakenly insist that your discomfort is proof that you need to take more of the drug or additional drugs to control your discomfort.

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.

(*)

Some of us have relatives who are taking psychiatric drugs. Often we watch with concern and frustration as our husband or wife, or perhaps a parent, takes medications that seem to be doing them more harm than good. Meanwhile, millions of children are being prescribed stimulant drugs such as Ritalin and Adderall, and many other youngsters are being given adult psychiatric drugs that have never been approved for children, such as Paxil, Catapres, Tenex, or Zyprexa. Parents are often told that these drugs are very safe when in fact they can be extremely dangerous to a child.

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.

(*)

Perhaps you can see yourself, a relative, or a friend in one of the stories that follow.

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

(*)

Amanda started taking Zoloft when she became depressed during a period of conflicts at work and in her marriage. After explaining that she had a “biochemical imbalance” in her brain, Amanda’s psychiatrist encouraged her to stay on antidepressants “indefinitely”. But after three years on Zoloft, Amanda decided she didn’t want to “take pills forever”.

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 skipped two days of Zoloft and “crashed”. It was like falling into a black hole; she wanted to die. Perhaps unaware that withdrawal from antidepressants can cause depression, her doctor responded by writing a prescription that doubled her original dose.

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 wanted to find another psychiatrist who could help her withdraw from the medication, but each new doctor urged her to stay on Zoloft or to start another medication. So she took matters into her own hands and tapered off the Zoloft over a several-week period, fortunately without lapsing into depression.

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.

(*)

As she became drug-free, Amanda realized how stagnant her life had been during the time she was taking the medication. The emotional pain of her conflicts at work and at home had been dulled by the drugs, but her circumstances and the quality of her life had not improved. She found a psychotherapist who would help her to begin the process of taking charge of her life without drugs.

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 had been taking one or another psychiatric drug for ten years, including tranquilizers like Xanax and Ativan, antidepressants like Prozac and Paxil, and mood stabilizers like lithium and Depakote. He often found himself saying, “I don’t feel like myself anymore”. He was even unsure what he would be like if he weren’t on drugs. His daily experience was one of tinkering with his biochemistry. His moods seemed to go up and down depending on how much time had transpired between doses. Although his diagnosis was changed every year or two, his psychiatrist remained certain that Robert had a genetic and biological disorder that made him anxious and depressed. He assured Robert that he would need medications for the rest of his life. But Robert didn’t like the idea of being forever dependent on drugs. He wished he had some guidance about how to stop taking them. But he could not seem to make up his mind about what to do.

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.

(*)

Robert’s indecisiveness was partly due to the medications themselves. From alcohol to stimulants to antidepressants, all medications that affect the mind tend to impair judgment, making it difficult for people to know whether they are being harmed by the drug they are taking. Most people are well aware that alcohol can impair judgment. They know that friends who are “drunk” cannot judge their ability to competently drive a car or to control their temper in a conflict situation.

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.

(*)

Eventually Robert sought help from a psychiatrist known to be willing to help patients withdraw from drugs. While Robert worked with a psychotherapist who included his family in the treatment, the psychiatrist slowly withdrew Robert from the drugs he was taking. Because Robert had been using psychiatric drugs for many years, it took him more than a year to complete the withdrawal. But with a brain and mind free of drugs, Robert realized that his suspicions had been correct. He was better able to manage his life and to fulfill his potential without mind-altering drugs. Although his life still had its ups and downs, it felt wonderful to know that they were his ups and downs rather than those induced by drugs.

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 began taking an antidepressant, Elavil, thirty years ago when she was in her teens. She had been depressed as far back as she could remember and always lacked confidence in herself. Now she suspected that years of taking the antidepressant had cost her some of her mental sharpness, especially her ability to focus and concentrate. Her psychiatrist, whom she saw every few months to renew her prescriptions, wanted to add Ritalin to her drug regimen for what he deemed to be “adult attention deficit disorder”.

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 suspected that her increasing mental difficulties were due to years of taking Elavil rather than to “adult ADD”, so she tried on her own to stop taking the drug. Within twenty-four hours, she underwent the worst attack of “the flu” in her entire life. She was overcome with vomiting and diarrhea, her body ached, her head felt as though it was caught in a vise, and a dreadful sense of impending doom overcame her.

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 experienced immediate relief upon restarting the Elavil. Her stomach and gut settled down, her muscles stopped aching, the headache and feeling of dread went away. What did this mean? Did she have a bad case of the flu? Or did she need Elavil to keep her from going crazy? She called her psychiatrist who said she had probably contracted a viral flu. He urged her to continue on Elavil. The next day Pamela looked up the drug on the Internet and found out that “flu-like” symptoms and depression are commonly associated with withdrawal from Elavil and many other antidepressants.

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.

(*)

With the help of a psychotherapist who did not advocate psychiatric drugs, Pamela was able to plan a withdrawal that ended her dependence on the drugs she had been taking. Because she had been using them for so many years, she spent several months tapering down her doses. To her relief, her mental sharpness gradually returned.

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.

(*)

As she came off the drugs, Pamela began to discover the sources of her lifelong depression. Like many persistently depressed and anxious people, she had endured an extremely abusive childhood. Many dreadful memories and painful feelings surfaced in therapy, but she was glad to be facing her history of abuse with a clear, more focused drug-free mind.

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 also joined an incest survivor group at her church. At first it was an act of faith - believing that a group of survivors could help to encourage and empower her. But she found that sharing her experiences with them gave her new faith in herself and her ability to grow. Over time, Pamela gained great support from the church community and from her rekindled faith in God.

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 became depressed during the beginning of his senior year of high school. He did not think that anything in his life was causing these negative feelings, so he never sought counseling. Hoping for medication, he went to a psychiatrist who diagnosed him as suffering from “clinical” and “biochemical” depression and put him on Prozac. Within a few days, Marvin felt a “lift” in his mood. The drug really seemed to work.

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.

(*)

Within a few more weeks Marvin’s somewhat shy personality began to undergo a dramatic transformation. He now felt “super-better than ever” and “very outgoing”. But his parents became concerned about the changes. He was sleeping too little, talking a mile a minute, wearing outlandish clothing, and losing weight. He also stopped studying and, wholly unlike himself, skipped classes on a whim.

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.

(*)

Although the effects of Prozac are described in the package insert that comes with this substance, as well as in the Physicians’ Desk Reference, the psychiatrist did not realize that Prozac could be causing Marvin’s symptoms of extreme energy and elation. Instead, the doctor changed Marvin’s diagnosis from “clinical depression” to “manic depression” or “bipolar disorder” (severe mood swings). He told Marvin and his parents that Marvin was suffering from a “genetic” and “biochemical” disorder. The doctor added lithium to the Prozac and stated that Marvin would have to stay on both drugs for the rest of his life.

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.

(*)

During his first year of college, Marvin began to feel sluggish and lifeless. He also began having trouble focusing his mind on his studies. He phoned his psychiatrist and asked. “Could the lithium or Prozac be causing me problems?” “No”. the doctor said. “Since you have a biochemical imbalance, the drugs improve your mental functioning.”

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.”

(*)

During the summer break, Marvin sought help from another psychiatrist who confirmed his suspicion that the drugs could be suppressing his vitality and his mental processes rather than improving them. The new psychiatrist also informed Marvin that his episode of “mania” during high school was probably caused by the Prozac. Marvin felt betrayed by his previous doctor who had never mentioned this possibility to him or to his parents.

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.

(*)

During the summer, Marvin was weaned off both Prozac and lithium. For the first time since starting Prozac, he felt “like myself” again.

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

(*)

Marvin also began psychotherapy with his new psychiatrist and quickly began sharing experiences he had been previously ashamed to tell anyone. He recalled that at the time he became depressed in high school, he had repeatedly witnessed severe yelling and screaming matches between his parents that usually left his mother depressed and in tears. Marvin’s psychiatrist helped him to understand how these family conflicts had played a prominent role in the initial development of his depression. More recently several family therapy sessions with his mother and father helped Marvin to separate himself emotionally from their problems. They in turn sought help for themselves. Marvin did well emotionally and academically without psychiatric drugs throughout the remainder of college.

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 a 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 was having trouble coping with the isolation and stress of raising two children, as well as with her husband’s extreme preoccupation with “making money for the children’s future”. She felt so lonely and hopeless about her situation that she tried not to think about it during the day. Instead, she lay awake worrying at night. When she told her family doctor about her “difficulty sleeping” he prescribed the tranquilizer Klonopin before bed each night.

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.

(*)

For the first few nights, Marjorie slept much better. But within a few weeks, she was having more difficulty falling asleep and experienced increased nervousness and tension upon awakening in the mornings. She became short-tempered with her children and nearly violent with her husband. He in turn feared that she needed to go to a mental hospital but knew that he couldn’t afford to pay someone to take care of the children in her absence. It never occurred to either Marjorie or her husband that the “sleeping pill” could be causing or contributing to her emotional upsets during the daytime.

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.

(*)

Instead of explaining that Marjorie might be experiencing “rebound anxiety” as the Klonopin wore off each morning, her doctor prescribed yet another tranquilizer, Xanax, for her daytime distress. He instructed Marjorie to take one or two tablets of Xanax three or four times a day for “anxiety”, depending on how she felt. Like too many doctors, he may have not fully appreciated the dangers of these drugs, including “rebound anxiety” between doses.

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.

(*)

Marjorie was now in a constantly unstable emotional state. Shortly after taking each Xanax tablet, she would feel calmer. But she would also feel lethargic and apathetic from the sedation. Sometimes she unintentionally fell asleep in the middle of the day while trying to care for her children. Then, as the drug effect wore off later in the afternoon, she would become “hyper” and agitated. Sometimes she had “panic attacks” in between doses. Her memory was also affected; on a “bad day”, she would lose track of the number of Xanax tablets she had taken. No matter how many sleeping pills she took, she never had a restful night and never felt refreshed in the morning.

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.

(*)

By the time Marjorie sought help in withdrawing from these drugs, she had lost faith in her ability to handle her life without medication. Her weaning from the drugs over a several-month period was combined with psychotherapy.

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.

(*)

In therapy Marjorie learned more about the balance that she needed in her life between raising children and being with other adults in more intellectually stimulating activities. She volunteered at church and then went to work and to school part-time.

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.

(*)

Marjorie's husband eventually agreed to join her in couples counseling. He learned that he was very much a part of Marjorie's problems in that he had emotionally abandoned his wife and children in his efforts to earn a living.

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.

(*)

Andy's mom and dad didn't want to give him Ritalin. They believed that their child was normal and that with proper discipline and consistent love he would outgrow his problems adjusting to school. But the school psychologist said that Andy suffered from attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). He warned that Andy would need special classes if he didn't go to a physician to get Ritalina.

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.

(*)

After a ten-minute discussion with Andy's mom, the family pediatrician prescribed two doses of Ritalin each day, one before school and one at lunch break to be given by the school nurse. Within a week, Mom noticed that Andy was more "hyperactive" than ever in the evening. Because no one had warned her that Andy's brain might "bounce back" from the medication, resulting in increased hyperactivity later in the day she thought that her son's condition must be getting worse.

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 "rebater" 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.

(*)

The pediatrician may not have known that Ritalin and other stimulants commonly make children more agitated and excited as they wear off in the evening. In response to a brief phone call from Andy's mother, he added a late-afternoon dose of Ritalin for a total of three per day.

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.

(*)

The third dose of Ritalin seemed to work. According to the afternoon babysitter, when Andy got home from school he took his Ritalin right away and then went upstairs to watch TV or to do his homework. But within a week, the parents discovered that Andy was staying up all night. Now the doctor added Dalmane as a sleeping pill.

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.

(*)

One morning, Andy's mom and dad looked with dismay at their son at the breakfast table. Their hearts sank at the sight of the listless, sad-faced little fellow. They decided to stop all his medications but didn't know how to go about it. After a consultation with a second pediatrician who wanted to put Andy on another stimulant, Adderall, Andy's mom and dad decided to seek help from a doctor who was critical of the practice of giving stimulants to children and who supported the parents efforts to wean Andy from prescription medications.

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.

(*)

The new pediatrician explained the various Ritalin withdrawal effects to both Andy and his parents, encouraged them to stay in close touch, and tapered the boy from Ritalin. As the dose was reduced, Andy no longer needed the Dalmane to sleep. Within a couple weeks, Andy's mom and dad felt that their child had been restored to them.

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.

(*)

Instead of sending Andy back to the public school, his parents enrolled him in a small private school that prided itself in individualizing its programs to the needs of its students. To their joy the child who "needed Ritalin" in the public school did fine in the private school from the very first day of class. In retrospect, they were appalled at how close they had come to subjecting their child to years of drugging in order to make him conform to the local school system.

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.

(*)

Nowadays the drug companies are marketing a whole new array of timed-release or long-acting forms of stimulant drugs (See Appendix A). While today Andy would probably have been prescribed one of these, or perhaps Strattera, the outcome for him would have remained unchanged. All stimulant drugs share essentially the same adverse effects. They work by producing short-term suppression of spontaneous behavior, combined with enforcement of obsessive-compulsive behavior, all of which is then mistaken for an improvement. None of the drugs have any proven longterm effectiveness, even in regard to the suppression of behavior. And none of them have been shown to improve a child's learning, scholastic work, social life or psychological outlook (see Chapter 2). In addition, the longer-acting preparations have two disadvantages: First, they make it less bothersome to adults to administer the drugs, thereby further encouraging their use; and second, when an adverse reaction

develops, it will last longer because the body cannot as quickly rid itself of the drug. The reader may assume that these negative reactions to psychiatric drugs are rare, but, in reality they are quite common. Moreover, the harm they cause often goes unrecognized or is attributed to something other than the medications. The stories you've just read illustrate several potentially serious problems that you are likely to face when you or a family member are prescribed psychiatric medications;

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;

(*)

- You will probably not be given the information you need about a drug's negative effects before making an informed decision about taking it. This lack of information will also make it more difficult for you to recognize any adverse effects that develop after you start taking it.

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.

(*)

- If you do develop an adverse reaction to the psychiatric drug, your doctor may overlook it, deny that it is possible, or decide that you need more of the same or another medication.

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.

(*)

- If you stop the psychiatric drug abruptly serious withdrawal reactions may follow. This outcome may lead your doctor to increase the drug dose when, in fact, you need to withdraw from it more gradually.

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.

(*)

The above stories also illustrate some important aspects of the drug withdrawal process that your doctor may fail to communicate to you:

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:

(*)

- Probably the most common mistake made by doctors and patients is to withdraw the psychiatric drug too rapidly. Especially if you have been taking medication for several weeks or more, or if you are taking large doses, it is almost always preferable to withdraw slowly.

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.

(*)

- Even though many people manage to stop taking most kinds of psychiatric medication without difficulty keep in mind the possibility that you may undergo severe emotional and physical reactions as you attempt to stop.

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.

(*)

- When attempting to wean yourself from psychiatric drugs, you need to pay close attention to your emotional reactions. You will also benefit from a support network of family and friends who understand what you are going through. Often, therapy or counseling can help you with underlying problems that may resurface as you start to become drug-free. Therapy can also help you with any problems that have developed as a result of your taking the drugs.

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

How This Book Can Help

(*)

If you are considering taking a psychiatric drug but remain unsure about doing so, this book can provide the information you need to make up your mind. For instance, you may be wondering whether the use of mind-altering drugs is the wrong way to go about handling stress, conflict, or psychological problems. You may be concerned about becoming dependent on drugs in a way that undermines your self-confidence. Or you may have read or been told many good things about psychiatric drugs but wonder if the claims are exaggerated or if there is a hidden downside. All of these circumstances, and more, are considered in the chapters that follow.

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.

(*)

This book can also be of use if you are concerned about stopping psychiatric drugs. Even if you feel that medications have improved your life, you may eventually want to become drug-free. You may wonder if the improvement you felt after taking a drug was due to your own personal efforts rather than to any drug effect. You may sense that there is a cost to taking drugs - a dulling of your emotions, a slowing of your thinking processes or memory, a lackluster attitude toward life in general.

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.

(*)

Perhaps you also want to stop taking psychiatric drugs in order to feel in control of yourself rather than at the mercy of a medication, to properly assess your mental state while free from mind-altering substances, to tap your deeper psychological resources, and to define for yourself the kind of life worth living and to go after it with a clearer brain and mind. You may feel that taking psychoactive drugs isn't consistent with the healthier, less artificial lifestyle that you desire. This book will encourage you to make the changes that you want to make.

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.

(*)

Without attributing your problems to your drug intake, you may be suffering from one or more of the many symptoms that are identified in Chapter 4 as commonly caused by psychiatric drugs, including poor memory or concentration, headaches, blurred vision or other difficulties with reading or seeing, insomnia, stomachaches, problems with bladder or bowel function, sexual problems, excessive weight loss or gain, fatigue and lethargy, lack of coordination, tremors or clumsiness, irritability, impatience, anxiety, and depression. Alternatively, you may have developed a facial tic or muscle twitch that could possibly worsen and become permanent.

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.

(*)

Perhaps you want to understand why you have been feeling worse in some ways since starting on certain psychiatric drugs. Could the drugs themselves be making you emotionally dull or blunted, hypersensitive, uninterested in sex or other pleasures, withdrawn from loved ones, or stressed? Indeed, many adverse drug effects are difficult to distinguish from emotional problems. This book can help you decide whether the drugs, rather than your psychological difficulties, are responsible for making you feel worse.

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.

(*)

Or perhaps your doctor wants you to stay on certain medications while trying higher doses or new combinations, but you suspect that stopping the drugs is the only way to find out if they're doing more harm than good. In fact, stopping is often the only way to discover that psychiatric drugs have been the source of your persistent symptoms. This book can help you and your doctor reach the decision to come off drugs in order to more accurately evaluate their effects.

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 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.

(*)

You may have tried to stop taking psychiatric drugs in the past and failed because of your emotional or physical response in the days, weeks, or even months afterward. You will learn in this book that your reactions might have been caused by drug withdrawal rather than by your psychiatric or psychological problems.

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

More Reasons to Stop Taking Drugs

(*)

Your doctor may have heard or read that taking psychiatric drugs is supposed to help in psychotherapy by making it easier for patients to handle their feelings and to communicate. The authors' experience is very different. We have found that psychiatric drugs suppress feelings and estrange people from themselves. This makes it more difficult to explore, identify, and channel emotions. Weaning off psychiatric drugs can improve your ability to benefit from any personal or educational relationship, including therapy.

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.

(*)

You may have been taking drugs for a long time and can no longer tell if they are doing much good. Very few studies show a positive effect from psychiatric drugs beyond more than four to six weeks, duration, important recent studies reviewed in David Cohen's introduction reveal that less than a third of people taking drug treatments for depression, schizophrenia, or bipolar disorder experience sustained remissions even after two years of treatment. Furthermore, there is too little information available about drugs' long-term dangers¹.

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 drogas².

(*)

Even if you don't plan to completely stop taking psychiatric drugs, you may want to cut back to the minimum effective dose for you. Psychiatric drugs are often given in doses that exceed recommended or approved levels, thus substantially adding to their dangers. Similarly, you may wish to reduce the number of psychiatric drugs that you are taking. Too often doctors prescribe psychiatric drugs in dangerous combinations. And since very few drugs have been tested or approved for use in combination with others, you essentially become an experimental subject when given two or more psychiatric drugs at the same time. Meanwhile, it is commonplace for patients to get worse and worse, while increasing numbers of drugs are being prescribed, without any question from their doctors as to whether the drugs themselves have become the problem.

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.

(*)

¹The short duration of studies involving psychiatric drugs, and the scarcity of long-term studies of adverse effects, are discussed in Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]) and Breggin and Breggin (1994 [53]).

²A 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]).

Doctors often tell patients not to worry about adverse drug effects because they are being prescribed “small doses” of the drug. But keep in mind that people vary enormously in terms of how sensitive they are to drug effects. Thus you could have a serious, even life-threatening reaction to a relatively small dose of a drug.

Os médicos frequentemente dizem aos pacientes para não se preocupar com os efeitos adversos das drogas psiquiátricas, porque elas estão sendo receitadas 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.

(*)

Although you may often have wanted to stop taking psychiatric drugs, you may realize that there can be dangers involved in doing so. Evidence suggests that all psychiatric drugs can produce withdrawal reactions. Some of these may be quite distressing or even disabling. In most cases, psychiatric drugs should be withdrawn slowly, preferably under experienced clinical supervision and, especially; with careful attention to how you are feeling and reacting to the change.

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 afitivas 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.

(*)

During pregnancy and breast-feeding, women should make every Y possible effort to stop taking psychiatric drugs in order to avoid harming the fetus or baby All psychiatric drugs have the capacity to cross what is called the blood-brain barrier in order to enter the brain. The same capacity enables these drugs to cross the placenta to circulate in the fetal bloodstream and, from there, to enter the unborn infant’s brain. Similarly psychiatric drugs enter the mothers milk and thus also affect the nursing infants brain. Also, antidepressants cause distinct withdrawal and distress reactions in neonates whose mothers were medicated during the last trimester of pregnancy. Accordingly, all psychiatric drugs can impair the brain function of both the fetus and the nursing infant. Although few studies have attempted to measure any potential lasting effects on the brain that may result from this early drug exposure, enough is known in the field of developmental neurotoxicity that parents should be warned to avoid taking psychiatric drugs during pregnancy and while nursing (Vitiello, 1998).

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 afitivas em recém-nascidos cujas mães foram medicadas durante o último trimestre da gravidez. De forma concordante, todas as drogas psiquiátricas podem desparrar 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).

(*)

In addition, some psychiatric drugs are known to cause obvious physical abnormalities as a result of fetal exposure. For example, women who take lithium or Depakote during pregnancy expose their infants to an increased rate of heart defects. information about known birth defects caused by individual psychiatric drugs can be found in many standard sources, including the Physicians' Desk Reference.

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]*”.

(*)

This book provides a review of the withdrawal reactions associated with individual psychiatric drugs and describes methods for coming off them as safely as possible.

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

If Someone You Care About Is Taking Psychiatric Drugs

(*)

You may initially have encouraged your husband or wife to take psychiatric drugs to combat a psychological or emotional problem. Perhaps your doctor said that lithium or Depakote would “smooth out” your spouses moods and make him or her easier to live with. Or perhaps you went along with having stimulants prescribed for behavioral control of your child. But, then, after a few weeks or months of apparent improvement, you have begun to notice negative changes in this individuals behavior.

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.

(*)

The drugs may seem to be making your loved one less sensitive, less in touch, less interested in enjoying the company of friends and family even less loving. He or she may seem more cranky or distant. In some instances, especially when medical supervision has been inadequate, people have developed toxic psychoses - severe drug-induced states of brain dysfunction with loss of touch with reality and bizarre behavior.

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.

(*)

Too often doctors dismiss warning signs, such as communications from the family that the patient “isn’t acting right”, “seems more irritable and impatient”, or is “getting quiet and withdrawn”. Failing to stop the offending drug at the earliest signs of an adverse emotional reaction can lead to disastrous consequences such as a severe drug-induced personality change or psychosis. Drugs such Paxil, Prozac, Effexor, Zoloft, Xanax, Strattera, and Ritalin have been implicated in many cases in producing or aggravating depression, suicidal ideation, and aggressive behavior³.

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 personalidade, 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 agressivo⁴.

(*)

Perhaps you are a school teacher whose students have been taking Ritalin or other stimulant drugs. School policy encourages you to recommend difficult children for referral for evaluation and possible medication. Although some of the children do become quieter and easier to manage on medication, the “sparkle” seems gone from their eyes. They look vacant or dulled. What is being sacrificed for the convenience of the school? You need more facts about what the drugs are really doing to these children.

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.

³Cases of violence and suicide related to psychiatric drug effects are described in Breggin and Breggin (1994 [53]) and Breggin (1997a [55]). Moreover, Peter Breggin has testified in a number of legal cases involving harmful or dangerous behavioral reactions associated with drugs such as Prozac, Zoloft, Xanax, Klonopin, and Ritalina. Examples of legal cases are listed on www.breggin.com.

⁴Casos 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.

(*)

Alternatively you might be a health professional, such as a pediatrician or psychologist, who has been involved with diagnosing or prescribing drugs for children or adults. You've always taken for granted what you've read or been told about how safe and effective they are, but your own clinical experience is raising doubts. Could you have been misled by the drug companies and the "experts"? You wish you had more information about adverse effects and techniques for helping your patients or clients withdraw from medication. With the possible exception of the more notoriously addictive drugs, such as tranquilizers like Xanax and Valium, even medical doctors are rarely taught much about how to help their patients withdraw from psychiatric drugs.

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.

(*)

Sources that advocate the use of psychiatric drugs are readily available in libraries and bookstores, so we shall not take up space here by repeating the standard arguments in favor of them. Rather, we believe that the benefits of psychiatric drugs are vastly exaggerated, that their disadvantages are too often minimized, and that there is far too little information about how to stop taking them. This book is, in fact, the first and only one to focus on the overall problem of why and how to stop taking psychiatric medications. We are not, however, trying to convince anyone not to take prescription drugs. We are simply providing a more critical viewpoint than is readily available. For more thoroughly documented critiques of biological psychiatry and psychiatric drugs, see the following: Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]); Breggin and Breggin (1994 [53]); Cohen (1990 [117], 1994 [111], 1997a [92]); Fisher and Greenberg (1989 [153], 1997 [156]); Jacobs, 1995 [211]; Mender, 1994 [275]; and Mosher and Burti, 1994 [290].

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

An Independent Decision

(*)

Choosing whether or not to take psychiatric drugs should be an independent, personal decision. Law and ethics support the right of competent adults to make such a decision.

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.

(*)

In recent years, the virtues of psychiatric drugs have been widely extolled, but an informed decision can be made only when people also have access to both a more critical view of drugs and a frank analysis of their hazards. The law also supports the right of people to be fully informed about potential hazards before agreeing to a doctor's recommendation for a drug.

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.

(*)

Ideally, withdrawal should be a collaborative effort involving the individual who wishes to stop the medication, a competent consultant or therapist, and family or friends when necessary. Of course, many patients stop taking psychiatric drugs on their own. In fact, whereas many doctors encourage patients to take drugs for seemingly endless periods of time, most patients stop on their own. Often they do so without any difficulty. But sometimes they run into serious withdrawal problems.

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 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.

(*)

It can be difficult to predict who will have an easy time and who may experience profound distress during drug withdrawal. However, clinical experience confirms that the larger the doses and the longer the exposure to the drug, the more distress you can expect during withdrawal.

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.

(*)

Stopping the long-term use of "antipsychotic" drugs such as Risperdal and Zyprexa can be emotionally and physically difficult and should be done very slowly with a great deal of social support.

Stopping the long-term use of lithium can lead to severe emotional reactions, including mania. Stopping the short-term use of minor tranquilizers, such as Xanax, Klonopin, Valium, and Ativan, can cause anxiety agitation, insomnia, or even seizures. And stopping almost any antidepressant, including the newer ones, can lead to depression and even suicidal feelings.

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.

(*)

This book reviews the hazards of psychiatric drugs in general, examines the potential withdrawal reactions from most classes of psychiatric drugs currently in use, and makes specific suggestions on how to withdraw as safely as possible. It concludes with a discussion of how you and your therapist can handle emotional crises without resort to drugs.

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.

(*)

Do not let anyone pressure you into starting or continuing psychiatric drugs. As a competent adult, you have the ethical and legal right to make your own decisions about taking psychiatric drugs. You also have the legal right to be completely informed in advance about the dangers of any psychiatric drug, including its withdrawal effects.

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.

(*)

No matter how many doctors favor one or another psychiatric drug, you can and should decide for yourself. Your decisions about taking or rejecting drugs need to be made without coercive pressure from doctors and in the absence of exaggeration, misinformation, and deception.

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.

(*)

Similarly, don't let anyone push you into stopping psychiatric drugs before you're ready. This decision, too, has to be your own. If you have already begun to withdraw from drugs, don't let anyone hurry you. You are the best judge of how much you can handle during drug withdrawal, and you have the right to go at your own pace.

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

The Limits of Psychiatric Drugs

(*)

Pharmaceutical companies and organized psychiatry have conducted a worldwide campaign to convince ever greater numbers of people to take psychiatric drugs. At the 1998 annual meeting of the American Psychiatric Association, an alliance of “mental illness advocates” announced the results of its international survey: Two-thirds of people “with psychiatric disorders” often wait two to five years or more before seeking treatment. This survey was funded by a grant from Bristol-Myers Squibb Company which manufactures both an antidepressant and an anti-anxiety drug¹. The results were presented and discussed at the world’s most prestigious psychiatric meeting by professors from Harvard Medical School, the New York University Medical School, and the University of Toronto.

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 ansiolítico². 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*.

(*)

The survey unintentionally confirmed a major reason that so many people don’t seek treatment: The treatment frequently does more harm than good. More than 50 percent of patients drop out of psychiatric drug treatment “due to side effects”, including drug-induced “sleep problems, anxiety and agitation, and sexual dysfunction”. These results confirm the obvious limits of drug treatment; yet the survey director announced the need for a “worldwide” campaign to encourage more people to seek psychiatric treatment. A more recent survey found that 42 percent of American adults prescribed an antidepressant between 1996 and 2001 stopped taking it within one month; only 28 percent remained on the drug past three months (Olfson et al., 2006 [295]).

¹PRNewswire, 1998 [312]. The group referenced in the bibliography is the Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks (GAMIAN).

²PRNewswire, 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).

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]).

(*)

The *National Institute of Mental Health* (NIMH) and pharmaceutical companies have been placing increasing emphasis on marketing psychiatric drugs to children³. Consistent with this strategy the survey urged “aggressive treatment in childhood and adolescence”. Children, of course, have less power than adults to reject the drugs, no matter how bad the adverse effects become.

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 crianças⁴. 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.

(*)

Claims that “mental illness” is caused by “biochemical imbalances” is the major public relations thrust of current drug promotion. In magazine advertisements and during consultations with doctors in their offices, potential patients are repeatedly told that psychiatric drugs “work” by correcting known “biochemical imbalances” in the brains (Lacasse and Leo, 2005). Media reports treat these claims as the gospel truth, and the American Psychiatric Association reports that 75 percent of Americans believe in them (APA, 2005 [7]). What is the basis for them?

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?

(*)

2.1 Como aprendemos o que as drogas psiquiátricas fazem

How We Learn What Drugs Do

³This marketing strategy is described by Tanouye (1997) and by psychiatrists Vitiello and Jensen (1997). It is also reviewed in Breggin (1998a [57], ch. 15).

⁴Essa estratégia de marketing é descrita por Tanouye (1997) e pelos psiquiatras Vitiello e Jensen (1997). É também revisada em Breggin (1998a [57], cap. 15).

(*)

During the FDA approval process, new drugs are first tested on healthy animals to see if they have effects similar to those already in use, such as other antidepressants or stimulants. They are sorted out for future testing on humans on the basis of how they affect animals. Thus, if they cause loss of appetite, weight loss, and hyperactivity in animals, they will be tested on people as “stimulants” or perhaps as “antidepressants”; and if they produce a calming effect, slowed reflexes, and sleep in animals, they will be tested on people as sleeping pills or tranquilizers.

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.

(*)

After being screened for their effects on animals, the drugs are tested on healthy volunteers to make a gross estimate of safety and to determine the doses needed to achieve a therapeutic impact. Only then are they tried on specific diagnostic groups of patients. The drug effects, which are the same in healthy animals, healthy volunteers, and diagnosed psychiatric patients, result from the drugs, impact on these animals, volunteers, and patients.

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.

(*)

The process of testing drugs for FDA approval thus confirms, step by step, that psychiatric drugs have the same effects on healthy animals, healthy people, and patients with psychiatric diagnoses.

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

How Current Drugs Affect Animals and People

(*)

Not all drugs were first discovered through the process of screening their effects on animals. Sometimes the effects were accidentally discovered in people. Nonetheless, it turns out that the drugs have the same effects on healthy animals and volunteers as on patients.

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.

(*)

For example, so-called antianxiety drugs such as Xanax, Ativan, and Klonopin have the same calming effects on healthy animals and volunteers as on anxious people. As the dose increases, these drugs will put all creatures to sleep and eventually into a potentially fatal coma. The drugs also bring about the same adverse effects, such as memory loss, in healthy animals, healthy volunteers, and diagnosed patients.

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.

(*)

Stimulants also affect animals and people in the same characteristic ways. They produce “good caged rats” much as they produce “good school children”⁵. The drugged animals, like compliant school children, lose their motivation to explore, to innovate, to socialize, and to escape. Instead, they sit around in their cages performing meaningless tasks, such as repetitive grooming or chewing on the bars.

Estimulantes também afetam os animais e as pessoas da mesma forma característica. Eles produzem “ratos enjaulados bonzinhos” tanto quanto “crianças quietas na escola”⁶. 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.

(*)

Even antipsychotic agents have the same effects on animals and people alike, producing apathy, indifference, docility, and movement disorders in all creatures⁷.

Mesmo agentes antipsicóticos têm os mesmos efeitos em animais bem como em pessoas, produzindo distúrbios de apatia, indiferença, docilidade, e movimento, em todas as criaturas⁸.

(*)

⁵Breggin (1998a [57]). See also Chapter 3 for a discussion of Ritalin.

⁶Breggin (1998a [57]). Veja também o Capítulo 3 para uma exposição sobre a Ritalina.

⁷Documented in Breggin (1983a [46], 1997a [55]) and Cohen (1997a) [92].

⁸Documentado em Breggin (1983a [46], 1997a [55]) e Cohen (1997) [92].

2.3 Podemos comprovar os desequilíbrios bioquímicos?

Can We Test for Biochemical Imbalances?

(*)

Because of ethical and legal restraints, researchers cannot conduct studies that are certain to cause brain damage in human subjects. For example, they are not allowed to implant electrodes or to inject minute amounts of drugs into the brain tissue of living patients to test the effects of experimental drugs. Because there is no other way to do it, the basic biochemical research on drug effects is carried out on animals rather than on humans. Most of the information about a psychiatric drug's biochemical effect is deduced from conducting tests on living animal brains or, more often, from killing the animals in order to study their brain tissue following exposure to drugs. Furthermore, the animals almost never have anything wrong with them; the drug effects are being studied in healthy mammalian brains.

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 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.

(*)

In short, when explaining how a psychiatric drug like Prozac or lithium affects the biochemistry of the human brain, researchers are drawing almost entirely on animal research conducted on normal mammalian brains rather than from studies involving people with supposed biochemical imbalances in their brains!

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!

(*)

The concept of biochemical imbalances in people diagnosed with depression, anxiety, or other “disorders” remains highly speculative and even suspect. Although we have ample reason to doubt the validity of this concept, there is at present no way to prove its validity. Specifically, we lack the technical capacity to measure biochemical concentrations in the synapses between nerve cells. Although medication advocates often speak with seeming confidence about how psychiatric drugs can correct biochemical imbalances in the brain, they are merely indulging in pure speculation or using figures of speech that they know will resonate with their audiences. There's little evidence for the existence of any such imbalances and absolutely no way to demonstrate how the drugs would affect them if they did exist.

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

Causing, Not Curing, Biochemical Imbalances

(*)

As confirmed in animal research, all psychiatric drugs directly affect the brain's normal chemistry by disrupting it. Ritalin, for example, is known to produce overactivity in three of the brain's neurotransmitter systems: dopamine, norepinephrine, and serotonin. However, the fact that a drug increases brain cell activity by no means indicates that it will increase behavioral activity.

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.

(*)

In the case of stimulants such as Ritalin or amphetamine, the effects on people are very complex, variable even in the same user at different times, and sometimes inconsistent. Often these drugs subdue or numb those who take them, making them more docile and manageable. This is precisely why they are used to treat behavior problems in children. At other times, however, stimulants produce opposite effects, making some children and adults hyperactive and impulsive.

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 subjogam 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, and Luvox produce hyperactivity in the serotonin system; but since serotonin nerves spread throughout the entire brain, the effects are widespread and ultimately involve other neurotransmitter systems such as dopamine. The minor tranquilizers, such as Xanax, Valium,

Klonopin, and Ativan, produce hyperactivity in yet another neurotransmitter system, GABA; but GABA activation produces a suppressive effect on the overall functioning of the brain.

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.

(*)

It is important to keep this in mind: The brain is always impaired by psychiatric drugs⁹. If a drug is strong enough to have a supposedly positive effect, then it is disrupting normal brain function. Although this conclusion may seem controversial, it is supported by common sense and an enormous amount of scientific research detailing the biochemical imbalances in the brain created by psychiatric medication¹⁰. These drug-induced biochemical imbalances commonly cause psychiatric disorders in routine psychiatric practice. An egregious example of how far researchers can go to deny damage caused by psychotropic drugs is illustrated by a report in which researchers found gliosis - scarring tissue around neurons that is a hallmark sign of cell death and degeneration - in healthy rhesus monkeys after they received antipsychotic drugs. The researchers nonetheless proposed that gliosis “may be beneficial to cortical function despite the negative connotation of the term ‘gliosis’ due to long-established association with neurodegenerative processes” (Selemon et al., 1999 [338])!

É importante manter isso em mente: O cérebro é sempre prejudicado por drogas psiquiátricas¹¹. 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 bioquímicos, no cérebro, criados pela medicação psiquiátrica¹². 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])!

(*)

⁹This concept - that psychiatric drugs always impair brain function - is explained in detailed medical terms in Breggin (1997a [55], ch. 1).

¹⁰Confirmation that all psychiatric drugs disrupt biochemical processes in the brain can be found in summary form for most drugs in almost any psychiatric or psychopharmacological textbook. Euphemisms such as enhancing or activating may be used in such books, but the reader should be able to ascertain that in each case a measurable change in the brain's normal function is involved.

¹¹Este conceito - de que as drogas psiquiátricas sempre prejudicam a função cerebral - é explicado em termos médicos detalhados em Breggin (1997a [55], cap. 1).

¹²Uma 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.

2.5 Mais falhas no mito dos desequilíbrios bioquímicos

More Flaws in the Myth of Biochemical Imbalances

(*)

Even if some emotional problems turned out to be caused by subtle, as-yet-undetected biochemical imbalances, this finding would not be a rational justification for using any of the psychiatric drugs that are currently available. Because they impair normal brain function, such drugs only add to any existing brain malfunction. When psychiatric drugs are given to patients who do have known brain dysfunctions such as head injury or hormonal disorder, psychiatric drugs add to their brain dysfunction, frequently causing further mental deterioration. Experienced clinicians who work with brain-injured patients, for example, avoid prescribing brain-altering chemicals to them. And endocrinologists try to correct actual hormonal problems instead of suppressing their symptoms with psychiatric drugs. Unfortunately the psychiatric literature is also replete with examples of the opposite practice; prescribing multiple psychiatric drugs to persons with traumatic brain injuries, despite a dearth of evidence that these treatments reduce behavioral problems in such patients.

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.

(*)

If psychiatric drugs could correct specific biochemical imbalances, specific types of drugs for specific disorders would be available. But this is not the case. For example, even though Prozac mainly affects just one neurotransmitter system, it is used with supposed success for a broad range of difficulties, from anxiety to depression to behavior problems in children. The same has been true of other psychiatric drugs. Even the first “antipsychotics”, such as Thorazine, were originally marketed for nearly every possible human problem, from behavioral difficulties in children to insomnia and anxiety in adults, as well as for a variety of supposed psychosomatic disorders, including skin and digestive problems. Similarly, the stimulants, such as Ritalin and amphetamine, were originally advertised not only for behavioral control of children but also for stress and depression - and even for energizing old people.

Se as drogas psiquiátricas podessem 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.

(*)

Furthermore, many psychiatric disorders are treated with a variety of drugs with widely varying biochemical effects. The treatment for depression, for example, involves drugs that affect the serotonin, norepinephrine, acetylcholine, dopamine, and GABA systems.

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.

(*)

No psychiatric drug has ever been tailored to a known biochemical derangement. Instead, the drugs are marketed on the basis of whether they “work” in short clinical trials on one particular diagnostic group - although subjects in that group typically carry other diagnoses as well and may have little in common with each other (Cohen and Jacobs, 2007 [113]). The drug companies, followed by drug advocates, then construct an argument that the medications must be correcting a biochemical imbalance in this group of patients.

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 neste grupo de pacientes.

(*)

At the same time, no biochemical imbalances have ever been documented with certainty in association with any psychiatric diagnosis. The hunt goes on for these elusive imbalances; but their existence is pure speculation, inspired by those who advocate drugs¹³.

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 drogas¹⁴

(*)

¹³Within the privacy of professional writings, various experts in the field agree that no biochemical abnormalities have been demonstrated in psychiatric disorders. Textbooks are filled with speculations, often specifying several potential biochemical mechanisms, but in no case can they claim that such speculations have been proven. Indeed, the textbook chapters usually conclude with an admission that nothing has been proven but that “breakthroughs” are anticipated.

¹⁴Dentro 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.

2.6 Anestesia da alma

Anesthesia of the Soul

(*)

Arguing that psychiatric drugs “work” by correcting a biochemical imbalance in patients is similar to arguing that surgical anesthesia renders patients unconscious by correcting a biochemical imbalance in them. The comparison is not farfetched. Some psychiatric drugs, such as the benzodiazepines, can be and are given in higher doses to produce surgical anesthesia. And the original “antipsychotic” drug, Thorazine, was first used by a French surgeon who noticed that it was useful in making surgical patients indifferent or apathetic toward the pain that they were undergoing¹⁵. There is also evidence that the SSRIs may produce a particular sort of emotional blunting, apathy, and unconcern (Barnhart et al., 2004 [29]; Garland and Baerg, 2005; Hoehn-Saric et al., 1990 [203]; Obproek et al., 2002). Scientific evidence can be marshaled to support the hypothesis that most psychiatric drugs “work” by producing a kind of anesthesia of the mind, spirit, or feelings (Breggin, 1991 [49], 1997a [55]).

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 passando¹⁶. 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?

What Does “Improvement” Mean in the Context of Psychiatric Drugs?

(*)

If a person falls asleep more quickly due to the chemical effects of a sleeping pill such as Ambien or becomes more calm after taking a tranquilizer such as Valium, the effect is due to a suppression of brain function. The impact of the drugs, in fact, is very similar to that of alcohol. All three agents - Ambien, Valium, and alcohol - activate an inhibitory system in the brain called GABA. This inhibitory system, when made hyperactive by a drug, causes varying degrees of brain suppression

¹⁵Cohen (1997b) [93] describes the first use of Thorazine as a surgical anesthetic in France in the early 1950s.

¹⁶Cohen (1997b) [93] descreve o primeiro uso da Thorazina como anestésico cirúrgico na França no início dos anos cinquenta.

that, following high enough doses, will produce sleep and then coma. The abnormalities caused in the GABA system can be studied in animal brains. Various abnormalities in brain waves in humans demonstrate how the drugs disrupt normal awake/asleep patterns in people, regardless of whether they have a sleep problem or anxiety.

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.

(*)

Similarly, in cases where an individual's mood swings seem to be “smoothed out” on lithium, the drug has suppressed the normal electrical transmission of brain cells, limiting the individual's capacity to feel or to react. Lithium literally replaces basic elements in the brain's electrical transmission system, including sodium and potassium ions, thereby slowing down nerve conduction. This intrusion produces a grossly abnormal condition in any animal or person quite apart from any supposed biochemical imbalance.

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.

(*)

When a person's emotions are altered by drugs, the effect is not limited to the emotion-regulating centers of the brain. Indeed, since the brain is a highly integrated organ, and since the drugs cause widespread disruptions within it, emotional suffering cannot be dulled without harming other functions such as concentration, alertness, sensitivity; and self-awareness¹⁷.

Quando as emoções de uma pessoa são alteradas por drogas psiquiátricas, o efeito não se limita 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-consciência¹⁸.

(*)

¹⁷In addition, Jacobs and Cohen (1999) [212] show how clinical trials of psychiatric drugs deliberately ignore various wide-ranging or persistent impairments in patients' sensitivity and self-awareness, by focusing exclusively on “improvements” in a few target symptoms from a behavior checklist.

¹⁸Além 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.

2.8 Os limites das drogas psiquiátricas em geral

The Limits of Psychiatric Drugs in General

(*)

Despite a hugely successful promotional campaign by drug companies and biological psychiatry, the effectiveness of most or all psychiatric drugs remains difficult to demonstrate. The drugs often prove no more effective than sugar pills, or placebos¹⁹ - and to accomplish even these limited positive results, the clinical trials and data that they generate typically have to be statistically manipulated. Furthermore, no psychiatric drugs have consistently demonstrated effectiveness in studies lasting more than a few weeks or months²⁰.

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 placebos²¹ - 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 meses²².

(*)

Concerning antidepressants, for example, meta-analyses (overviews) of hundreds of published clinical trials are challenging the idea that such drugs, including Prozac, have any genuine antidepressant effect (Horgan, 1999 [204]). Studies show that at least 80 percent of the antidepressant effect is a placebo effect - the positive response that people have to any treatment that they hope or think will work. But the remaining 20 percent of the positive result may be caused by the “active placebo” effect - which is related to the fact that the antidepressants, unlike placebos, have noticeable side effects that convince the subjects that they are getting “strong” or “real” medicine.

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”.

(*)

Ideally, clinical trials involving drugs are “double-blind”, so that both the researchers and the patients are unaware of who is getting the real drug and who is getting the placebo. This research

¹⁹See Fisher and Greenberg (1997 [156], 1989 [153]) and, more recently Antonuccio et al. (1999) [14]. The lack of effectiveness of psychiatric drugs is also discussed in Breggin (1997a [55], 1998a [57]) and Breggin and Breggin (1994 [53]).

²⁰This point is further discussed below and in Chapter 3.

²¹Ver 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]).

²²Este ponto é discutido abaixo e no Capítulo 3.

design is supposed to maintain the objectivity of both the investigators and the patients. Otherwise, both are likely to give higher ratings of improvement to the new “miracle drug” than to the sugar pill.

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.

(*)

Unfortunately the ideal of the double-blind is rarely attained. The side effects of psychiatric drugs - including antidepressants, stimulants, and tranquilizers - are usually very noticeable. In short, they let the investigators and the patients know who is taking a real drug rather than a sugar pill. This knowledge destroys the double-blind and allows bias in favor of the drug to affect the outcome of drug studies²³. Still, despite these advantages in favor of drugs, recent clinical trials of SSRI antidepressants consistently show these drugs to be equaled or outperformed by placebos (Cohen and Jacobs, 2007 [113]).

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 elas²⁴. 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]).

(*)

Regarding antianxiety drugs such as Xanax, researchers have even greater difficulty establishing any effectiveness because the rebound and withdrawal effects often leave the patients worse off than before they started taking the drugs. Marginal positive results are erased by the eighth week, at which time many or most patients experience more anxiety than before they began taking the drugs²⁵.

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 mais ansiedade do que antes de começarem à tomar estas drogas²⁶.

(*)

²³For a discussion of placebo effects in clinical trials involving antidepressants, as well as the ability of investigators to break the double-blind by figuring out who is taking active medication, see Breggin (1991 [49], 1997a [55]), Fisher and Greenberg (1989 [153], 1997 [156]), and Kirsch and Sapirstein (1998) [230].

²⁴Para 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].

²⁵Evidence that antianxiety drugs actually worsen the condition of patients can be found in Breggin (1991 [49]), Jacobs (1995) [211], and Marks et al. (1989) [265].

²⁶Evidências, 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].

Psychostimulants, such as Ritalin and Adderall, can also leave children worse off than before they began receiving the drugs. In addition, they have never been shown to have any long-term positive effects at all. Their impact is limited to subduing the behavior of children for a period ranging from seven to twelve weeks. Even in the short term, stimulants have not been shown to improve a child's mental state, academic performance, or learning. Prescription of these drugs is strictly a method for short-term behavioral inhibition²⁷.

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 prazo²⁸.

(*)

2.9 Os limites das drogas psiquiátricas para ajudar em crises emocionais

The Limits of Drugs for Helping in Emotional Crises

(*)

Despite their almost universal use as a first resort, often the use of psychiatric drugs is justified as a “last resort” or as a means of “saving a life” from suicide or violence. Yet there is no scientific evidence that drugs are useful to people during acute emotional crises. The testing employed for the approval of psychiatric drugs by the FDA usually excludes people who are suicidal or violent²⁹. And, in any case, the FDA has never approved a drug specifically for the prevention or control of suicide or violence.

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 violentas³⁰. E, em qualquer caso, a FDA nunca aprovou uma droga especificamente para a prevenção ou controle de suicídio ou violência.

(*)

More generally there is no convincing evidence that any psychiatric medication can reduce the suicide rate or curtail violence. But there is substantial evidence that many classes of psychiatric

²⁷See Breggin (1998a [57]) for a detailed review of the literature on Ritalin. See also Swanson (1993) [357] for similar conclusions from within the establishment concerning Ritalin's limited effectiveness.

²⁸Ver 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.

²⁹Breggin, 1997a [55], describes the kinds of studies used for drug approval. More specific information concerning Prozac as a model drug can be found in Breggin and Breggin, 1994 [53].

³⁰Breggin, 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].

drugs - including neuroleptics (antipsychotics), antidepressants, stimulants, and minor tranquilizer - can cause or exacerbate depression, suicide, paranoia, and violence.

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 neurolepticos (antipsicóticos), antidepressivos, estimulantes e tranquilizantes menores - podem causar ou agravar depressão, suicídio, paranóia e violência.

(*)

Most people are aware that psychiatrists commonly tell their patients, “It can take eight weeks or more for the drug to take full effect”. Yet there is little evidence in support of this assertion, given that clinical trials seldom last beyond four to six weeks. Because the brain compensates for drug effects, drugs often stop having their anticipated effects after four to six weeks. Moreover, many patients drop out after a few weeks because of diminishing positive effects and increasing adverse effects, so there aren’t enough left to draw any statistical conclusions beyond the short term. Thus it’s very difficult to conduct a clinical trial that will last for more than a few weeks³¹.

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 semanas³².

(*)

It’s also difficult to show any good effect from psychiatric drugs during the first one or two weeks. This is another reason that drugs should not be relied upon to provide immediate relief to people who are in crisis or acute distress. For example, the FDA requires antidepressants to carry a warning about the danger of suicide during the first few weeks before the drug effect kicks in. The warning is misleading, however, since there’s no evidence that the antidepressants reduce the suicide rate even after they achieve their maximum effect.

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.

(*)

³¹Breggin and Breggin (1994 [53]) discuss clinical trial length in detail. In regard to Prozac, only a small number of patients managed to complete the brief four-to-six-week trials. See also Breggin (1997a [55]) and Cohen and Jacobs (2007) [113] for a discussion of how FDA drug trials are conducted.

³²Breggin 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.

Movies about mental hospitals or psychiatric treatment sometimes accurately depict how psychiatric drugs can turn people into zombies. In *The Dream Team*, a comedy starring Michael Keaton, mental patients successfully masquerade as doctors. The patients manage to escape by prescribing enforced medication for the psychiatrists themselves, who are last seen staring in a drugged stupor at the TV on a hospital ward.

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.

(*)

To some extent, at least, this zombie effect can render people temporarily unable to harm themselves or others. For instance, “antipsychotic” drugs, which can be injected into the muscles to quickly subdue resistant patients, are used in this way in emergency rooms, hospitals, and prisons. The resistant patients are chemically controlled by the numbing effect on the brain. This procedure has accurately been called a “chemical lobotomy”. “Antipsychotic” drugs also suppress the brain centers that control voluntary movement, rendering the person unable to respond with any speed, agility or determination—thus warranting the descriptive phrase “pharmacological straitjacket”³³.

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”³⁴.

(*)

The use of such drugs should be viewed not as “therapy” but as chemical restraint - as a seemingly easy, inexpensive, and efficient way to temporarily subdue a person. Unfortunately doctors often fail to implement the best way to calm disturbed and disturbing individuals - by spending time with them in a confident, caring, and skillful manner (Breggin, 1997b [56]).

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]).

(*)

³³The effects of neuroleptics are described and documented with citations to the literature in Breggin (1991 [49], ch. 3) and Breggin (1997a [55], ch. 2), as well as in Cohen, 1997a [92].

³⁴Os 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].

Chemical force is sometimes used as a police method for controlling people, much as straitjackets, shackles, and “quiet rooms” are used for the same purpose. In fact, a good case can be made for the greater safety of physical restraint compared to chemical restraint; the former restrains the limbs, the latter can harm the brain. Furthermore, the use of drugs for short-term control does not empower patients to handle their own emotions and their lives more effectively. To the contrary holding people down in order to inject them with paralyzing drugs adds to their sense of personal shame, resentment, and helplessness. In any case, skilled individuals using sound therapeutic approaches are almost always able to calm down upset and menacing patients without the use of drugs.

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

People Are Better Than Pills - Even for the Most Disturbed Patients

(*)

There is a great deal of discussion in the media and in professional journals about the relative merits of medication and psychotherapy. Claims are usually made for the superiority of medication; it is supposedly faster, more economical, and more effective. In reality, however, the comparable or superior efficacy of psychotherapeutic interventions, even for severely disturbed persons, is much better documented than most therapists or the public realize³⁵.

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 percebe³⁶.

³⁵For critiques of the efficacy of psychiatric drug therapy see Antonuccio et al. (1989 [15], 1994 [12], 1995 [13]); Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) [31]; Bleuler, 1978 [40]; Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]); Breggin and Breggin (1994 [53], 1998 [57]); Breggin and Stern (1996); Fisher and Greenberg (1989 [153], 1997 [156]); Greenberg et al. (1992) [189]; Karon and VandenBos (1981); Kirsch and Sapirstein (1998) [230]; Moore (1998) [287]; Mosher and Burti (1994) [290]; and Wexler and Cicchetti (1992) [388]. The many books and articles by Carl Rogers (1961 [320], 1994), often based on research studies, also address the efficacy of therapy Rogers (1994) ultimately links the success of therapy to empathy on the part of the therapist.

³⁶Para 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)

(*)

It is also misleading and futile to compare drugs to talk therapy. Drugs and psychotherapy don't have the same effects. Both their immediate effects and their outcomes are different. Their "efficacy" cannot be measured by the same standards. Drugs can suppress "symptoms", such as intense emotions, but they may also impair overall brain function. Psychotherapy can strengthen and liberate individuals to respond to their emotions in a rational way and to live better, more fulfilling lives.

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 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.

(*)

Even emotionally disabled, institutionalized individuals respond better to personal attention than to drugs. Peter Breggin's "clinical" experience began in the 1950s when, as a college student volunteer, he worked with very disturbed and disturbing inmates in a dilapidated state mental hospital³⁷. While still an undergraduate college student, he became director of the Harvard-Radcliffe Mental Hospital Volunteer Program³⁸. He and his fellow students developed a special project that allowed more than a dozen of them to work with their own individual patients under the group supervision of a therapist. Each of the students was assigned a "chronic inmate" who had little hope of release from the hospital. They were able to help almost every patient to leave the hospital.

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 estado³⁹. Enquanto ainda era um estudante universitário de graduação, ele se tornou diretor do Programa de Voluntariado do Hospital Mental de Harvard-Radcliffe⁴⁰. 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.

(*)

[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.

³⁷Reported by Peter R. Breggin, M.D.

³⁸The Harvard-Radcliffe Mental Hospital Volunteer Program is described in the first chapter of Breggin (1991 [49]). The original book about this program, including a description of the case aide project, can be found in Umbarger et al. (1962) [375]. The program was so successful that it received praise as a prototype in the final report of the Joint Commission on Mental Illness and Health of the U.S. Congress (1961) [217]. The shift in political power to biological psychiatry a decade or two later effectively terminated this program and others like it.

³⁹Relatado por Peter R. Breggin, M.D.

⁴⁰O 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.

There was no need for a special control group of untreated patients to show what would have happened without the intervention of the Harvard-Radcliffe student volunteers in their lives. The whole hospital was the control group! In the mid-1950s, the patients from the “back wards” were almost never discharged. Even after the “miracle drugs” were introduced, no large-scale increase in discharges occurred until a decade later, when hospital admission and discharge policies were changed for political and economic reasons⁴¹. Without the help of the volunteers as caring therapists and case aides, few if any of the patients would have left the state hospital for many years, if ever.

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 econômicas⁴². 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.

(*)

Therapy has also been shown to be more effective than drugs in helping patients diagnosed with their first “schizophrenic” break. Nowadays it is argued that these people must have drugs and that psychotherapy is futile; yet nothing could be further from the truth. In controlled studies, untrained therapists in a home-like setting have proven more successful than drugs and mental hospitals in treating patients diagnosed with their first episode of schizophrenia⁴³. A key factor was the caring, noncoercive approach of these therapists.

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 esquizofrenia⁴⁴. Um fator-chave desses terapeutas foi a sua abordagem não coerciva e cuidadosa.

(*)

According to an international study by the World Health Organization (WHO), less industrialized cultures characterized by extended families have a very positive effect on the recovery of individuals

⁴¹Contrary to psychiatric mythology, the advent of neuroleptic drugs, such as Thorazine, did not “empty the hospitals”. These drugs take effect within minutes; the emptying process did not begin for a decade or more. What really led to the mass discharge of patients from the hospitals (often to the streets or to wretched nursing homes and board and care facilities) were administrative changes, about which many books have been written (reviewed in Breggin, 1991 [49]).

⁴²Ao 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]).

⁴³Soteria House, originated by Loren Mosher (1996 [289]; Mosher and Burti, 1994 [290]), provided this successful model. Its efficacy was demonstrated by controlled studies, but it’s fate was sealed when psychiatry became dominated by it’s biological wing.

⁴⁴Soteria 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.

who are diagnosed as schizophrenic - in contrast to their counterparts in Western cultures, where isolated families are more common, in cultures with extended families, a large proportion of very disturbed individuals labeled schizophrenic had complete recoveries. Tragically, this study also showed that the availability of modern psychiatric treatment with drugs has a negative effect on the outcome for people diagnosed as schizophrenic (See de Girolamo, 1996 [130]). This finding corroborates our own assertion that biological psychiatry does more harm than good.

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 pessoas 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.

(*)

If nondrug, caring approaches work better for severely disturbed people, they are clearly even more effective with less impaired people who can benefit from relationships and “talk therapy”.

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

Conclusion

(*)

Virtually everyone today recognizes that the public has been subjected to a high-power selling campaign for psychiatric drugs. This campaign, conducted by drug companies and organized psychiatry has convinced most people that psychiatric drugs are much safer and more valuable than they really are⁴⁵.

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 são⁴⁶.

(*)

⁴⁵For detailed descriptions of the economic forces that push drugs and perpetrate the myths of “biochemical imbalances” and drug efficacy see Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]), Breggin and Breggin (1994 [53], 1998 [57]), and Cohen (1990 [117], 1994 [111]).

⁴⁶Para 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]).

Psychiatric drugs do not work by correcting anything wrong in the brain. We can be sure of this because such drugs affect animals and humans, as well as healthy people and diagnosed patients, in exactly the same way. There are no known biochemical imbalances and no tests for them. That's why psychiatrists do not draw blood or perform spinal taps to determine the presence of a biochemical imbalance in patients. They merely observe the patients and announce the existence of the imbalances. The purpose is to encourage patients to take drugs.

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.

(*)

Ironically psychiatric drugs cause rather than cure biochemical imbalances in the brain. In fact, the only known biochemical imbalances in the brains of patients routinely seen by mental health professionals are brought about through the prescription of mind-altering drugs.

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.

(*)

Psychiatric drugs “work” precisely by causing imbalances in the brain - by producing enough brain malfunction to dull the emotions and judgment or to produce an artificial high. Some people may choose this alternative because they do not know that other options exist or because they have lost faith in themselves and in the ability of other people to help them, or because they have been taught to believe that their brain is defective and that a drug will temporarily fix the problem.

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.

(*)

In the experience of the authors, when people are caught in emotional crises and are suffering from extreme emotional pain, the most important therapeutic intervention is a caring individual or group willing to create a safe space and a safe relationship. We further discuss this point in the final chapter, after examining in more detail the hazards of taking psychiatric drugs and the process of stopping them.

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 a 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.

(*)

Capítulo 3

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

Your Drug May Be Your Problem - But You May Be the Last to Know

(*)

If you or a loved one are taking psychiatric drugs, you may be dismayed to discover how many “psychiatric symptoms” can be caused or worsened by the drugs themselves. In fact, nearly all psychiatric symptoms, including the most severe ones such as hallucinations and delusions, can be produced by these drugs. The present chapter describes the overall ways in which psychiatric medications can adversely affect how you think, feel, and act. Chapter 4 provides detailed information on the adverse effects of specific drugs.

Se você ou um ente querido está a tomar drogas psiquiátricas, você pode ficar chocado 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

The Variability of Individual Responses to Drugs

(*)

Do not be misled by a doctor or friend who tells you that you’re taking only a “small dose” of a psychiatric drug. Although the risk of harmful drug effects does usually increase with the size of the dose, some people are very sensitive to mind-altering drugs and can suffer bad reactions even from small doses. One of the most important observations in psychopharmacology is that all psychotropic drugs have complex and variable effects, and will not affect everyone the same way. A drug’s effect commonly varies within the same person over time, and among different people. Severe adverse

reactions often occur when the dose has been changed up or down or when another drug has been added but they can appear for the first time at any time during the treatment.

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.

(*)

Consider the wide variety of responses that people have to caffeine, a relatively mild stimulant. Some individuals can drink six or more cups a day without any dramatic effect on their psyche. But others are so sensitive that even the small amount of caffeine in decaffeinated coffee can make them feel jittery and anxious. For them, a full cup of coffee would be a prescription for physical symptoms that feel like a spontaneous “panic attack”.

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.

(*)

Likewise, some people cannot drink coffee late in the day without being kept awake all night by the stimulant effects, while others routinely have coffee with dinner, or even later in the evening, without experiencing any apparent interference with their sleep. Some people suffer a stomachache from drinking one or two cups of coffee, while others never experience any stomach upset from much greater amounts. Some people can stop drinking coffee without any major withdrawal effects, while others develop headaches and become temporarily fatigued and lethargic, even depressed.

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.

(*)

The effects of psychiatric drugs are similarly variable. One person may “feel nothing” after a 10-20 mg dose of Prozac, while another person may develop severe agitation and insomnia, and even become psychotic. One person with insomnia may hardly notice the impact of 5 mg of Valium taken

before bedtime, while another will sleep like a log and feel “sluggish” and “irritable” for a day or two afterward. Some children may seem unaffected by a 5 mg dose of Ritalin; others become zombie-like.

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.

(*)

Individual responses to psychiatric drugs also vary over time. Some effects tend to appear after a week or two, while others may not appear for months or years. Similarly, a person may react to a drug one way and then in an entirely different fashion at a later date after restarting it.

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”

“Creeping” Adverse Effects

(*)

Unfortunately drugs that affect the brain and mind can seriously impair your mental function before you recognize that anything is the matter. You may not realize that your thinking is slowed, your emotions dulled, or your coordination impaired. You may believe that your newly developed feelings of anxiety or depression are due to events in your life rather than to the drug you are taking. If you feel euphoric or “high” from taking the drug, you may think that you are doing “better than ever” when, in fact, your judgment has been impaired.

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.

(*)

Your doctor may fail to notice these drug side effects or mistakenly attribute them to something else such as your psychological problems. Family or friends may become increasingly dismayed by the deterioration in your memory; attention span, sensitivity or emotional responsiveness, while you and your doctor remain seemingly unaware that anything is wrong.

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.

(*)

Patients often suffer from common adverse drug effects that their doctors have never warned them about. In order to encourage their patients to start drugs or to stay on them, doctors frequently misinform their patients by inflating the benefits and minimizing the hazards of psychiatric medications. Many doctors nowadays feel that they should cajole or push their patients to take these medications against the patients' better judgment.

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.

(*)

Even when patients develop serious drug-induced adverse reactions - such as depression or psychosis, weight loss and fatigue, or abnormal movements of the body - doctors tend to attribute the effects to something other than the drug. On a particular occasion, one of us was presenting grand rounds - a special educational seminar for doctors at a hospital - when a case history came to our attention. It concerned a middle-aged business executive who became violent for the first time while taking Prozac¹. In a minor altercation at a gas station, he assaulted a stranger with a crowbar.

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 Prozac². Em uma briga menor, num posto de gasolina, ele agrediu um estranho com um pé de cabra.

(*)

Experience, prudence, and reason suggest that the drug should be suspected as the cause of the problem when unusual, irrational behavior erupts for the first time after the patient has started taking it. Yet some of the doctors at the grand rounds totally rejected the possibility that the

¹Reported by Peter R. Breggin, M.D., who presented this grand rounds at Suburban Hospital in Bethesda, Maryland, circa 1993-1994. Prozac-induced violence is documented in detail in Breggin and Breggin (1994 [53]) and updated in Breggin (1997a [55]).

²Relatado 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]).

patients unprecedented, extreme, and bizarre violence had been caused or exacerbated by Prozac. They recommended raising his dose of Prozac instead of stopping it³.

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 interrompê-la⁴.

(*)

Too many health professionals are reluctant or resistant to recognizing adverse drug effects, especially those that affect the patient’s emotional state. They find it easier, apparently, to blame the effects on the patients “mental illness”. Yet a doctor’s refusal to face the dangers of medication can lead to irreversible and ultimately tragic adverse drug reactions.

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.

(*)

In our consultations, we find that patients are rarely told all they need to know about the psychiatric drugs they are taking. Of course, some patients are reluctant to know in advance about the dangers to which they are being exposed; but it remains the doctor’s responsibility to insist on informing them. But physicians are not alone in withholding facts about drug hazards; printed handouts from doctors’ offices or pharmacies, as well as textbooks and drug advertisements, also often fail to give sufficient emphasis to the dangerous effects of psychiatric drugs⁵. (See Chapter 6 for a discussion of the possible motivations that lead some health professionals to minimize the risks of these drugs).

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 psiquiátricas⁶. (Veja o Capítulo 6 para uma discussão sobre as possíveis motivações que levam alguns profissionais de saúde a minimizar os riscos dessas drogas).

³On a number of occasions, Peter Breggin has consulted on cases in which patients have attempted suicide or committed homicide for the first time after starting a psychiatric drug. This outcome should be a red flag indicating that the drug may have caused or contributed to the destructive behavior. Yet in many of these cases, doctors continued or even increased the dose of the offending drug after the suicide attempt or murder.

⁴Em 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.

⁵Cohen and Jacobs (1998) [115] have proposed a “Model Consent Form” for psychiatric drug treatment.

⁶Cohen e Jacobs (1998) [115] propuseram um “Formulário de Consentimento Modelo” para o tratamento com drogas psiquiátricas.

(*)

3.3 O risco de disfunção cerebral permanente causada por drogas psiquiátricas

The Risk of Permanent Brain Dysfunction Caused by Psychiatric Drugs

(*)

Very few studies have examined the danger of potentially permanent changes in brain chemistry caused by long-term use of psychiatric medication. However, enough is known and suspected about these dangers to make a thoughtful person cautious about using any psychiatric drug.

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, and Luvox are recent examples of drugs tailormade in the laboratory to stimulate the activity of the serotonin system. In the case of Prozac, the brain's compensatory mechanisms were documented from the beginning of the research involving this drug.

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.

(*)

All four drugs, known as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), block the normal removal of the neurotransmitter serotonin from the synaptic cleft - the space between nerve cells. The resultant overabundance of serotonin then causes the system to become hyperactive. But the brain reacts against this drug-induced overactivity by destroying its capacity to react to stimulation by serotonin. This compensatory process is known as "downregulation". Some of the receptors for serotonin actually disappear or die off.

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.

(*)

To further compensate for the drug effect, the brain tries to reduce its output of serotonin. This mechanism is active for approximately ten days and then begins to fail, whereas downregulation

continues indefinitely and may become permanent. Thus we know in some detail about two of the ways in which the brain tries to counterbalance the effects of psychiatric drugs. There are other compensatory mechanisms about which we know less, including counterbalancing adjustments in other neurotransmitter systems. But, overall, the brain places itself in a state of imbalance in an attempt to prevent or overcome overstimulation by the drugs.

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.

(*)

The brain probably has compensatory mechanisms to ward off or reverse the effects of all psychiatric drugs. Some of these mechanisms have already been recognized and studied. For instance, downregulation of overstimulated neurotransmitter systems occurs with all of the older “tricyclic” antidepressants such as amitriptyline (Elavil) and imipramine (Tofranil). Downregulation also takes place with stimulant drugs such as Ritalin and the amphetamines Dexedrine and Adderall.

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.

(*)

Psychiatric drugs do not always overstimulate neurotransmitter systems. Some drugs inhibit or block nerve transmission in the brain. When this happens, the brain again tries to compensate by reacting in the opposite direction - this time by “upregulation” of the suppressed neurotransmitter system. The “antipsychotic” drugs - such as Thorazine, Haldol, Prolixin, Risperdal, and Zyprexa - tend to suppress the dopamine system. The brain tries to overcome this effect by making the dopamine system hypersensitive. As discussed below, this upregulation can lead to severe, even permanent neurological disorders.

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.

(*)

In its attempts to overcome the effects of psychiatric drugs, the brain becomes distorted in its functioning. And as already emphasized, the brain cannot immediately recover its original functions once the drugs are stopped. In some cases, the brain may never recover.

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

Physicians Urge Long-Term Use Without Justification

(*)

Physicians who prescribe psychiatric drugs for long-term use believe that the drugs are useful, but their views are based on personal impressions and unproven assumptions rather than on scientific evidence. Medical doctors rely heavily on medications and tend to be very biased in favor of their use. For example, many doctors who prescribe psychiatric drugs recommend them for long-term use as soon as they become available on the market. They recommend that patients take a new psychiatric drug for months or years, even though the studies used for FDA approval typically last for only a few weeks⁷.

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 semanas⁸.

(*)

The widespread use of Zyprexa exemplifies how new and potentially dangerous drugs are often prescribed with unjustified enthusiasm for their safety and efficacy. In 1996 Zyprexa was approved by the FDA for the treatment of psychosis and a few years later for the treatment of bipolar disorder. Drugs approved for such manifestations are called neuroleptics or antipsychotics. All are extremely dangerous.

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.

(*)

⁷See the related discussion and notes in Chapter 2.

⁸Ver a discussão e as notas relacionadas no Capítulo 2.

As required by the FDA, all neuroleptic drugs, including the newer ones like Zyprexa, must carry a “class warning” about the dangers of tardive dyskinesia (TD)⁹. Tardive dyskinesia is a disfiguring and potentially disabling, usually permanent neurological disorder characterized by tics, spasms, and abnormal movements. These drugs also cause neuroleptic malignant syndrome (NMS), a potentially fatal disease of the brain with effects similar to those associated with severe viral encephalitis¹⁰. For the neuroleptics that have been extensively studied, as we document in Chapter 4, the rates of tardive dyskinesia and neuroleptic malignant syndrome are very high.

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)¹¹. 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 severas¹². 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.

(*)

The controlled trials used for the approval of Zyprexa lasted only six weeks and were conducted on adults diagnosed with schizophrenia. Yet immediately after Zyprexa became available on the market, doctors began recommending it for indefinite, even lifetime usage. Doctors also began prescribing it for people with no psychotic symptoms, even for children with behavior problems.

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

(*)

Despite the absence of long-term studies and the newness of the drug, doctors accepted the drug manufacturers promotional pitch that Zyprexa is safer than other drugs used for the same purpose. In fact, almost all psychiatric drugs start out amid claims of being “safer” and “more effective”. Rarely in psychiatry is this enthusiasm confirmed by more sober, realistic appraisals based on time and experience.

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.

(*)

⁹These warnings can be found in any recent edition of the Physicians’ Desk Reference.

¹⁰These well-established drug-induced disorders are discussed in most psychiatric and pharmacological textbooks, including those listed in Appendix A. More details are provided in Chapter 4.

¹¹Esses avisos podem ser encontradas em qualquer edição recente da Referência de Mesa dos Médicos [Physicians’ Desk Reference].

¹²Estas 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.

In the case of Zyprexa and other newer antipsychotics, long-term use revealed that many patients were at higher risk of developing elevated blood sugar, diabetes, pancreatitis, elevated cholesterol, and considerable weight gain. Some patients gained over 60 pounds a year, and several died from these complications. In his clinical and forensic practice Peter Breggin has evaluated several cases of rapid death caused by acute Zyprexa-induced diabetes and pancreatitis.

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.

(*)

In 2004, the FDA mandated that newer antipsychotics carry a warning about the risk of hyperglycemia and diabetes. Moreover, a systematic analysis had also revealed that older, frail patients with dementia prescribed atypical antipsychotics had nearly double the risk of dying, and here again the FDA in 2002 ordered a “black box” warning about the risk of premature death from such drugs. Some recent reviews find that older antipsychotics also appear to significantly increase this risk of premature death among the frail elderly and we believe that the FDA “black box” warning should be applied equally to this entire class of drugs (Trifiro et al., 2006 [372]).

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]).

(*)

Even when drugs later prove to be useless or highly dangerous when prescribed over the long term, many doctors continue to push patients to take them for many months or years at a time. Regarding Ritalin and other stimulants, for example, there is no substantial evidence for positive effects on any behavior, including hyperactivity, beyond the first several weeks¹³. These drugs can temporarily subdue the behavior of children and make them more obedient, conforming, and quiet in the classroom. But they are routinely prescribed for months and years, even over entire lifetimes. Similarly, although Ritalin is known to disrupt growth hormone production, causing significant growth inhibition, it is routinely prescribed throughout childhood.

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 hiperatividade¹⁴. Essas drogas podem temporariamente subjugar o comportamento das crianças e torná-las mais obedientes, conformadas, e quietas na sala

¹³Documented in detail in Breggin (1998a [57]).

¹⁴Documentado em detalhes em Breggin (1998a [57]).

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.

(*)

All the so-called antianxiety drugs - such as Xanax, Ativan, Klonopin, Valium, and Librium - are known to be highly addictive. After only a few weeks of treatment with Xanax, many patients suffer from severe withdrawal symptoms when they cease taking the drug. Others feel unable to stop without help¹⁵. Indeed, after several weeks of treatment, many Xanax patients develop anxiety that is more severe than before their treatment began.

Todos 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 ajuda¹⁶. 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.

(*)

Despite these limits on the long-term use of drugs such as stimulants and minor tranquilizers, large numbers of physicians continue to prescribe them for months or even years at a time. Some doctors trust their “clinical judgment” more than the scientific data; others simply haven’t kept up with the scientific literature. In addition, most of the seminars that doctors attend are sponsored by drug companies and too often provide opinions that are biased toward the long-term use of drugs. The doctors never see negative comments about the long-term use of drugs in the eye-catching pharmaceutical advertising that they read in almost every professional journal. Nor are they likely to hear this kind of critical information from the drug salespersons who regularly visit them in their offices. Doctors may also fail to realize that their patients have become addicted and want to stay on their drugs in order to avoid withdrawal reactions. Overall, doctors often take the easy route of writing prescriptions rather than the more arduous route of helping their patients to find more complex long-term solutions to their emotional difficulties.

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 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

¹⁵The official FDA-approved labels for the benzodiazepine minor tranquilizers-such as Xanax, Ativan, and Valium-now recognize that these drugs are intended for short-term use only (see the individual drug labels as reproduced in any recent edition of the Physicians Desk Reference). The label for Xanax, for instance, makes clear that the drug may not only worsen anxiety but also cause addiction. Xanax, as an example of these drugs, is discussed in detail in Breggin (1991 [49]), Jacobs (1995) [211], and Marks et al. (1989) [265].

¹⁶As 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].

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.

(*)

Meanwhile, as noted, the patients themselves may feel compelled to take the drugs to avoid painful and frightening withdrawal reactions such as anxiety; agitation, insomnia, depression, fatigue, and abnormal sensations in the head or body. Depending on the drug, one or more withdrawal symptoms can develop within hours or days of cutting back on the medication. These reactions can become severe enough that patients begin to pressure their doctor into continuing to prescribe drugs. In effect, the prescribing physician maintains or “enables” the patients’ drug dependence.

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.

(*)

Some drug advocates believe that years of clinical use by thousands of patients can prove a drug’s long-term usefulness and safety. And some individual doctors feel that their own prescription of a drug over many years can demonstrate its safety. These beliefs have led to tragic outcomes for millions of patients. One of these has already been described - millions of patients suffering from lifelong dependence on addictive tranquilizing drugs such as Xanax, Valium, Ativan, Klonopin, and Librium.

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.

(*)

Overconfidence in clinical judgment concerning the long-term safety of drugs has led to an even more tragic outcome. Millions of patients have been afflicted with gross neurological disorders from taking antipsychotic drugs. This class of drugs - starting with Thorazine, and now including many others such as Haldol, Prolixin, Navane, Risperdal, Clozaril, and Zyprexa - was used for two decades before it was generally recognized that the entire group frequently causes tardive dyskinesia and neuroleptic malignant syndrome. Even today, fifty-five years after the first neuroleptics were introduced, many doctors fail to realize the frequency or severity of these dangers and prescribe the drugs without adequately monitoring their use or warning patients and their families.

O excesso de confiança no julgamento 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

The Special Danger of Psychiatric Drugs

(*)

The brain is the “target organ” for psychiatric drugs. All drugs approved for psychiatric purposes directly affect the brain, causing a variety of mental or psychiatric symptoms. Commonly reported effects include confusion, memory difficulties, dulled emotions, artificial feelings of euphoria, depression, anxiety, agitation, personality changes, and psychosis. A review of handbooks or textbooks, as well as the discussions in Chapter 4, will confirm that psychiatric symptom or disorder can also be caused by psychiatric drugs.

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.

(*)

By law, every psychiatric drug must have an FDA-approved label listing all mental and behavioral side effects, sometimes including suicide and violence. This information is based on reports of adverse effects made during the drug testing process as well as after the drug has been marketed. However, in its efforts to be politically accommodating, and partly owing to its administrative limitations, the FDA often fails to force the drug companies to list well-known serious adverse effects in a drug's official label. Not until 1986 did the FDA require drug companies to include neuroleptic malignant syndrome in the labels (and package inserts) for all antipsychotic or neuroleptic drugs-nearly three decades after this disorder was initially described¹⁷.

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

¹⁷Breggin (1997a [55]) discusses the events leading to the inclusion of neuroleptic malignant syndrome in drug labels, as well as the overall FDA process.

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 descrita¹⁸.

(*)

3.6 Efeitos adversos em como você pensa, sente e age

Adverse Effects on How You Think, Feel, and Act

(*)

As we have been emphasizing, any psychiatric drug can and will impair mental function. The impairments associated with most psychiatric drugs can also be caused by an endless variety of other kinds of trauma, including head injury extreme fatigue, chronic illness or stress, lack of oxygen to the brain, chronic use of alcohol, or exposure to toxins such as lead or carbon monoxide.

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.

(*)

Sometimes these symptoms of mental dysfunction are aggravated by emotional problems. However, if problems develop for the first time or worsen after you have started a psychiatric drug, you should suspect the drug. Even in cases where the symptoms seem to get worse when you're upset, the underlying cause may be the psychiatric drug. Many drug-induced adverse reactions, from agitation to memory problems and neurological tremors, can worsen under stress. Conversely, they can improve during rest and relaxation.

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 deve 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

Drug-Induced Toxic Psychoses

¹⁸Breggin (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.

(*)

The term toxic psychosis or, more simply psychosis is often used to describe the extreme negative impact that psychiatric drugs frequently have on the brain. Although psychosis has many meanings, in general it refers to a loss of touch with reality often accompanied by hallucinations or delusions¹⁹.

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 delírios²⁰.

(*)

Drug-induced impairment of overall brain function may also be called confusion or delirium. Delirium is a disturbance of consciousness and cognition (thinking processes) that usually develops over a short period of time²¹. Related terms are organic brain syndrome and dementia. Finally, the term mania is often used to describe an especially dangerous psychosis that is commonly caused by psychiatric drugs (as further discussed below and in Chapter 4).

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 tempo²². 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).

(*)

Initially these disorders often manifest as memory problems and disorientation, but they eventually involve impairments of all higher mental functions such as judgment, insight, and abstract reasoning. Mood or feelings may be unstable, disturbed, or inappropriate. Hallucinations and delusions may develop.

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.

(*)

A significant percentage of patients who take psychiatric drugs will develop full-blown toxic psychoses or deliriums, but many more will develop milder variations of these drug-induced symptoms.

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.

(*)

¹⁹See American Psychiatric Association (1994 [6], p. 273) for a brief discussion of some of the different meanings of psychosis.

²⁰Veja Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1994 [6], p. 273) para uma breve discussão sobre alguns dos diferentes significados de psicose.

²¹American Psychiatric Association (1994) [6], p. 123.

²²Associação 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

Trust Your Own Perception of Yourself - Up to a Point

(*)

In trying to decide if you have a drug-induced symptom - such as memory problems, slowed thinking, or dulled feelings - your own perception of yourself is the most sensitive instrument there is for detecting when your brain and mind aren't working right. If you sense that a drug is interfering with your normal mental processes, take your perceptions seriously. You could be mistaken - and other people may try to reassure you that "nothing's the matter" or that "you're doing fine". But you could also be right about suffering from the ill effects of medication.

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.

(*)

Keeping track of your changing mental responses soon after you take a dose of medication, compared to when the drug effect is wearing off, may help you to determine if you are having a drug-induced problem. If the symptoms become worse soon after taking the drug, you may be suffering from a drug toxic effect. If they grow worse when the drug effect is wearing off, you may be suffering from withdrawal symptoms. It can be difficult, of course, to distinguish between drug effects and your own psychological reactions.

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.

(*)

On the other hand, psychiatric drugs can confuse your reasoning and judgment, leading you to believe that you are being helped when in fact you are being mentally impaired.

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

Common Adverse Effects on Your Thinking, Feeling, and Behaving

(*)

If you are taking a psychiatric drug, you may eventually find yourself experiencing one or more of the following drug-induced mental abnormalities:

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

(*)

Impaired Concentration. Almost any psychiatric drug can make it harder for you to pay attention to conversations, to focus on reading anything complicated, or to work consistently on a project. The subjective awareness of impaired concentration is a subtle but important sign of drug-induced toxicity.

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.

(*)

Poor Memory. Psychiatric drugs can make it difficult for you to remember things such as a list of items to get at the grocery, the time your children said they were coming for dinner, or the name of the person who just left a phone message for your wife or husband. You may find it harder to recall recipes or simple operations on your computer, to find the word or phrase you want, or to remember the name of some familiar object. As in the case of impaired concentration, you may notice your poor memory before your family or psychiatrist do, and even before it can be detected by psychological testing.

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.

(*)

Confusion or Disorientation. This is a more serious sign of brain dysfunction caused by psychiatric drugs. It may be harder for you to find your way around buildings or within places you've been before. You may discover that you've walked or driven by a familiar place without realizing it or that you have difficulty driving somewhere using written directions. Malls and other large spaces are more confusing than they used to be. You may lose your bearings more easily.

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.

(*)

Slowed or Simplified Mental Functioning. You may find it harder to follow complicated questions or directions, to think about more than one thing at a time, or to carry out a logical sequence of thought. You may find yourself wishing that people would slow down and not expect such quick responses. While you used to think of yourself as “quick”, you now seem “slow”. You may become baffled by conversations involving more than one person, or you may be unable to carry out more than one task at a time, such as talking on the phone while you prepare dinner.

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.

(*)

Exaggerated Responses to Stress. You may find yourself increasingly less able to handle everyday stresses, such as getting the children ready for school, trying to arrive at work on time, having a conflict with friends or co-workers, being late for an appointment, falling behind in a project, or being interrupted.

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.

(*)

Increased Irritability Anger or Aggressivity. To your embarrassment, you find yourself getting unusually annoyed, frustrated, or irritable, and sometimes you hurt peoples feelings without meaning to. You may also find yourself becoming unexpectedly angry or aggressive. In the worstcase scenario, you may do something dangerous or harmful that you would otherwise never do, landing you in trouble at work, at home, or on the street. These drug-induced problems are called “paradoxical reactions” or “disinhibition”.

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”.

(*)

Sleep Difficulties. You may have trouble falling asleep or staying asleep. Overall, you may not be sleeping as deeply as before, and when you do sleep, you may not wake up refreshed. Some psychiatric drugs can make you sleepy during the daytime, impairing your daily activities. Other psychiatric drugs can stimulate you at night, keeping you awake and leaving you sleepy and exhausted the next day.

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.

(*)

Emotional Blunting and Insensitivity. The highs and the lows of your emotions may have been leveled off by the drug you are taking. You don't care about anyone or anything as much as you used to; your feelings often seem blunted; your internal landscape is bland and less colorful; you feel "blah". This drug-induced diminished responsiveness and loss of vitality is given many different labels in the medical literature, including indifference, apathy lethargy and diminished or blunted affect. Other labels for this overall flattening of the mind, spirit, and energy level include fatigue, malaise, and depression.

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.

(*)

Fatigue. You find that you don't have the same amount of mental or physical energy that you once did and that you get tired and discouraged much more easily. You may be sluggish or lethargic when you get up in the morning and exhausted by the evening.

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.

(*)

Malaise. You feel not just lethargic or fatigued but "ill", "worn out", "blah" - as if you have the flu or some other debilitating physical ailment. These drug-induced reactions are sometimes referred to as "flu-like symptoms" in the medical literature.

. **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.

(*)

Depression. Many psychiatric drugs can lead to depression, involving a loss of enjoyment of life, feelings of gloom and hopelessness, and even suicidal feelings or attempts. The final draft of the label for Prozac - the description included on the package insert - initially said that "depression" was "frequently" reported as an adverse effect of the drug. However, the reference to depression was

edited out at the last minute. Secret documents in the files of Eli Lilly the manufacturer of Prozac, reveal that, in comparison to placebos and other antidepressants, the drug caused an increased rate of suicide attempts in controlled clinical trials²³. Patients often become more depressed on antidepressants, but doctors then mistakenly increase the dose.

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 controlados²⁴. Pacientes frequentemente tornam-se mais deprimidos com antidepressivos, mas os médicos, em seguida, erroneamente aumentam a dose.

(*)

Almost all psychiatric drugs - from the minor tranquilizers to stimulants like Ritalin - can cause depression²⁵. For example, depression is generally recognized as a potential result of taking Antabuse, anticonvulsants, antidepressants, barbiturates, benzodiazepine tranquilizers, beta-blockers, calcium channel blockers, narcotics, neuroleptics, and stimulants.

Quase todas as drogas psiquiátricas - desde os tranquilizantes menores até os estimulantes como a Ritalina - podem causar depressão²⁶. 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.

(*)

Reduced Imagination and Creativity. You feel as if you’ve lost your old “spark” when it comes to thinking about solutions to problems, new ways of looking at things, or even what to do with your time on a free saturday afternoon. Too often, you feel bored.

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

(*)

Impaired Self-Insight, Self-Understanding, or Self-Awareness. You no longer feel confident about your appraisals of your own behavior, and other people give hints or signals that they think you’re not behaving as appropriately as you think you are. You have trouble figuring out how you’re feeling and why you’re feeling that way, and you’re not sure whether the drug is helping you or

²³Discussed in detail in Breggin (1997a [55]). Breggin (1994 [53]) testified about these secret documents in the Wesbecker case.

²⁴Discutido em detalhe em Breggin (1997a [55]). Breggin (1994 [53]) testemunhou sobre esses documentos secretos no caso Wesbecker.

²⁵In this connection, see Chapter 4 as well as Medical Letter (1998) [274] and Bender (1998a) [34].

²⁶A 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].

causing you problems. Friends or family may comment that you're not looking well, or may inquire whether you're feeling ill, when you haven't even noticed anything wrong.

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.

(*)

Feeling “Out of Touch” with Yourself or Others. You feel disconnected, remote, or out of touch with yourself and your feelings, and perhaps with the feelings of other people as well. It's as if there's a dark glass or a great distance between you and other people, such that you're not quite the same person you used to be. These reactions are called “depersonalization” or “derealization”.

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”.

(*)

Personality Changes. Even if you don't notice it, other people who care about you may say that you are not acting like yourself. You may have become moody less sensitive, more irritable, more careless, withdrawn, “high” or mildly euphoric, or somewhat “out of it”. In drug-reaction reports, this symptom of toxicity is often called “personality disorder”.

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”.

(*)

Emotional Instability. Your feelings seem to go up and down without any reason, and you have more trouble controlling what you feel and when and how you show it. This condition is sometimes referred to as “increased lability” in reports of adverse drug reactions.

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.

(*)

Anxiety. Many different drugs can make you feel agitation, anxiety and panic. To add to your confusion, these symptoms are commonly caused by drugs used to treat anxiety and panic disorder.

Relatively short-acting tranquilizers such as Xanax or Ativan can cause episodes of anxiety when the drug effect wears off and the brain rebounds several hours after each dose²⁷. Most antidepressants and stimulants can also cause anxiety and agitation. And Prozac-like drugs, as well as antipsychotic drugs, can cause a particularly distressing syndrome known as akathisia, which involves anxiety or inner irritability that leads to a compulsive need to move about. It can feel like being tortured from the inside out.

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 distúrbios 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 dose²⁸. 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.

(*)

Euphoria and Mania. If you feel “wonderful” while taking a psychiatric drug, the feeling may not be realistic. Instead, you may be so “high” that your judgment is impaired. Many psychiatric drugs can produce unrealistic feelings of well-being and confidence. When this effect becomes obviously abnormal, it is called euphoria or hypomania (mild mania). Temporary euphoria can be followed by its opposites, despair and depression.

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.

(*)

Drug-induced euphoria sometimes progresses into a psychosis called mania. Probably all antidepressants and stimulants are capable of causing mania, which is characterized by exaggerated or unrealistic feelings of being happy or “high”, excitability; insomnia, boundless energy, racing thoughts, grandiose schemes, and feelings of extreme self-importance and omnipotence. Irritability insensitivity to others, paranoia, and aggression often go along with being manic. During mania, a person can become “physically assaultive or suicidal”²⁹.

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

²⁷In the trials used for the approval of Xanax for panic disorder, most patients had more anxiety after a few weeks on the drug than before they first took it. For a discussion of the worsening anxiety condition of patients treated with Xanax, see Marks et al. (1989) [265] and Breggin (1991 [49], 1998b [58]).

²⁸Nos testes clínicos utilizados para aprovação do Xanax para distúrbio de pânico, a maioria dos pacientes teve mais ansiedade, depois de algumas semanas consumindo estas drogas, do que antes de consumi-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]).

²⁹American Psychiatric Association (1994) [6], p. 330; see also p. 329.

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 agressiva ou suicida”³⁰.

(*)

Mania can ruin anyone’s life. Manic people can become very paranoid and react with violence toward innocent victims, including loved ones. They have been known to offend important people, quit jobs, leave marriages, commit criminal acts, or do something so bizarre or harmful that it results in jail or involuntary commitment to a mental hospital.

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, depression, and other abnormalities of emotional control commonly result from taking psychiatric drugs. These drug-induced “mood disorders” are mentioned many times in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV), which is the source of all official diagnoses in psychiatry. The manual makes clear that a number of psychiatric drugs, including antidepressants, can cause mania³¹.

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 mania³².

(*)

Rates of mania caused by antidepressants frequently reach or surpass 1 percent of patients. They are probably several times higher for children receiving psychiatric drugs³³.

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 psiquiátricas³⁴.

(*)

³⁰Associação de Psiquiatria Americana [American Psychiatric Association] (1994) [6], p. 330, ver também p. 329.

³¹For a definition of the diagnosis of “substance-induced mood disorder”, see American Psychiatric Association (1994) [6], pp. 374-375. For specific references to antidepressants causing mania, see the same source (pp. 331, 371).

³²Para 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).

³³See Chapter 4 for the rates of drug-induced mania. A recent clinical trial of Prozac for children and adolescents with depression demonstrated a rate of 6 percent (Emslie et al., 1997 [142]).

³⁴Veja 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]).

Neurological Problems, Including Spasms and Seizures. Most psychiatric drugs can cause a variety of neurological and muscular abnormalities, including headaches, impaired sleep, abnormal dreams and nightmares, incoordination or awkwardness, weakness, muscle spasms (sometimes called myoclonic spasms), tics, tremors, abnormal visual or auditory perceptions, and strange discomforts in the skin or head. Many psychiatric drugs can also cause a variety of seizures or convulsions. The most serious seizures are grand mal convulsions with loss of consciousness. Seizures can be caused by the direct action on the brain of drugs such as antidepressants, stimulants, and antipsychotic agents, as well as by withdrawal from many drugs, especially those that calm or sedate the brain, such as antianxiety drugs (benzodiazepine minor tranquilizers), sleeping pills, and antiepileptic medications.

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.

(*)

All of the psychiatric symptoms caused by the chemical effects of psychiatric drugs can also be considered to be neurological symptoms, since they are caused by impairments of brain function.

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.

(*)

Withdrawal and Rebound. Most if not all psychiatric drugs can cause withdrawal reactions. Usually the withdrawal effect is the opposite of the drug's direct effect. Withdrawal from sedative minor tranquilizers such as Xanax will typically produce anxiety; agitation, insomnia, and, in extreme cases, seizures. Withdrawal from stimulants such as Ritalin and Adderall can produce fatigue, excessive sleep, and depression, but also opposite effects such as hyperactivity, agitation, and insomnia. In Chapter 9 we consider the kinds of withdrawal reactions that are typical of individual drugs or classes of drugs.

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

You May Be the Last to Know

(*)

Most of us know that recreational drugs can impair the ability of individuals to assess how they are really doing. We've seen or heard of cases in which alcohol drinkers or cocaine users show no judgment about how impaired they have become. Similarly psychiatric drugs can compromise a person's ability to evaluate how he or she is doing.

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

(*)

Georgia was taking antidepressants for years and felt that they were “life-saving”. She doubted if she could survive without them. But her husband was concerned that they were making her less emotionally present. He urged her to see a doctor who would be willing to offer psychotherapy while trying to reduce or eliminate her use of drugs. She reluctantly decided to try.

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.

(*)

Four months later, no longer taking antidepressants, Georgia felt like she was “alive” for the first time in years. She had completely forgotten how much zest she had for living. The drug had been suppressing her vitality without her realizing it. She had mistakenly thought she was chronically depressed and in desperate need of continued medication.

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.

(*)

A more extreme example is tardive dyskinesia, the disorder involving permanent twitches and spasms caused by neuroleptic or antipsychotic drugs such as Haldol and Risperdal. Numerous studies have shown that most patients with these drug-induced twitches deny that they are having any such problem, especially while they are taking the drugs³⁵.

³⁵Discussed with citations to the literature in Breggin (1991 [49]) and Breggin (1997a [55]), p. 57. See also Myslobodsky (1986) [292].

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 drogas³⁶.

(*)

Prozac, Zoloft, Paxil, Luvox, Effexor, and other drugs that overstimulate the serotonin system often produce personality changes such as irritability, aggressiveness, mood instability, and varying degrees of euphoria. The person taking the drug may feel “better than ever”, whereas members of the family may feel that the individual has become a “different person” with many negative personality traits.

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.

(*)

Patients may become dependent on minor tranquilizers, such as Xanax or Valium, without realizing what is happening to them until months or years have gone by. They may believe that they need to take more and more of the drug to control their anxiety and insomnia when, in fact, the drugs are actually worsening their condition. Even when they realize that they have become addicted, people often find the problem too difficult to face. They often end up denying that they have an addiction while continuing to take the drugs.

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.

(*)

Many patients on psychiatric drugs may find that they have lost the sharpness of their memory function. This outcome is commonly associated with lithium, tranquilizers, and a variety of antidepressants. Both patients and doctors may mistakenly attribute the problem to “depression”, rather than to the drug and, in the case of older patients, may mistakenly attribute the memory difficulties to aging. It is worth emphasizing that the psychiatric drug you are taking may be impairing your alertness, mental acuity emotional awareness, social sensitivity or creativity without your realizing it. It may be causing adverse physical or a mental effects that you are unable to recognize or appreciate. Furthermore, since these drug-induced symptoms resemble the impairments associated with psychiatric problems, it’s easy for you, your doctor, or your family to mistakenly blame them on emotional problems.

³⁶Discutido com citações da literatura em Breggin (1991 [49]) e Breggin (1997a [55]), p. 57. Veja também Myslobodsky (1986) [292].

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.

(*)

The impairment of judgment caused by brain dysfunction is called anosognosia³⁷, a condition that was first noticed in stroke patients who denied they were suffering from partial paralysis. From a more psychological perspective, it is called denial - the rejection of obvious mental impairment.

O comprometimento do juízo causado pela disfunção cerebral é chamado de anosognosia³⁸, uma condição que foi notada pela primeira vez em pacientes com AVC³⁹ 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.

(*)

Psychiatric drugs are especially dangerous because they can render you unable to recognize their harmful effects. You can become seriously harmed without realizing what is happening. In many cases, people do not become aware of the damaging effects of drugs until after recovering from taking them.

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.

(*)

You have now learned about how psychiatric drugs in general can impair your brain and mind. The next chapter focuses on the specific effects of individual drugs. If you or someone you care about is taking a psychiatric drug, you may want to learn all you can about its potential adverse effects.

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.

(*)

³⁷Anosognosia is discussed in Breggin (1989a, 1989b, 1991 [49], 1997a [55]); Fisher (1989) [152]; and Myslobodsky (1986) [292]. Fisher’s paper is especially important in establishing that anosognosia, much like short-term memory difficulty is a common characteristic of any form of generalized brain dysfunction.

³⁸Anosognosia 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.

³⁹NT: AVC - Acidente Vascular Cerebral.

Capítulo 4

Efeitos Adversos de Drogas Psiquiátricas Específicas

Adverse Effects of Specific Psychiatric Drugs

(*)

Psychoactive drugs - those that affect the brain and mind - can cause harm in two different ways¹. Most obviously, they cause direct adverse effects by impairing the function of the brain or body. Drinking alcohol, for example, can result in an intoxication characterized by slurred speech, incoordination, and impaired mental processes. Many psychiatric drugs, especially sedative tranquilizers, have similar effects.

Drogas psicoativas - aquelas que afetam o cérebro e a mente - podem causar dano de duas maneiras diferentes². 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.

(*)

Psychoactive drugs can have equally harmful indirect effects that usually begin to develop after days or weeks of exposure to them. These indirect, delayed effects are caused by the brains attempt to overcome the original drug effect. In essence, by “fighting back” the brain creates its own problems. For example, when a person has been drinking, the brain becomes more excited or energetic in order to overcome the effects of the alcohol. If an alcoholic suddenly stops drinking, he or she can go into a state of withdrawal involving agitation, anxiety, tremors, and, in extreme cases, psychosis and seizures. Again, many psychiatric drugs produce similar withdrawal effects.

¹No single chapter can cover all the hazards of psychiatric medications. Even in this book, serious or life-threatening side effects may sometimes be omitted. For a more complete picture, the reader should consult several different medical sources regarding any particular drug. Most of the adverse drugs effects listed in this chapter are described in a variety of readily available medical sources (see Appendix A). Therefore, specific citations will be given only in those instances where further information or confirmation seems useful.

²Nenhum 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.

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.

(*)

All psychiatric drugs produce both direct and indirect adverse effects. This chapter focuses on the direct effects, whereas Chapter 9 concentrates on the indirect effects that often manifest themselves between doses or during and after withdrawal.

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

Growing Recognition of the Dangers of Psychiatric Drugs

(*)

The use of psychiatric drugs, especially stimulants, antipsychotics, and anticonvulsants for children and antidepressants for all age groups, has been escalating in recent years (Bender, 1998b [35]). At the same time, there has been growing concern about the adverse effects of prescription medications in general.

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.

(*)

A recent study in the Journal of the American Medical Association (JAMA) [Jornal da Associação Médica Americana] concluded that the frequency of severe and fatal reactions to prescribed drugs in the United States is “extremely high” (Lazarou, 1998 [247]). More than 100,000 people a year are estimated to die in hospitals from drug reactions, implicating medications as one of the nation’s top killers. Depending on the specific estimate, drug reactions in hospitals may constitute either the fourth or the sixth leading cause of death behind heart disease, cancer, and stroke.

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

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.

(*)

The actual figures for drug fatalities are much higher than the estimates in the JAMA report, in part because the study was limited to hospitalized patients. Many patients die of drug-related causes outside of hospitals through suicide, accidents caused by mental impairment, and acute fatal reactions such as heart attack and stroke. The JAMA study also excluded patients who had been given inappropriate prescriptions, such as unusually high doses and unusual drug combinations. Yet inappropriate prescriptions are a very common cause of serious harm to patients. Given the large number of patients who were excluded by the JAMA investigators, it is likely that many more than their estimate of 100,000 Americans die of drug reactions each year.

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.

(*)

The data in the JAMA report came as a shock to doctors who, as a group, tend to minimize the dangers of the drugs they prescribe. Death and other tragic outcomes from drug treatment often go unreported in order to protect doctors and hospitals from blame and lawsuits. The JAMA report found that only heart disease, cancer, and stroke likely cause more deaths than adverse drug reactions. There are, of course, famous national associations devoted to reducing the risk of harm and death from these three diseases, as well as from lung diseases, diabetes, and other disorders that may produce fewer deaths than medications. But there are no national associations to prevent death from prescription medication. Motivated by self-interest, drug manufacturers and the medical establishment have little desire to increase the public's awareness of this problem.

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.

(*)

True to form, when the JAMA report came out in 1988, the Pharmaceutical Research and Manufacturers Association - an industry lobbying group - warned the public not to make too much of the ominous findings. Rather than showing concern for the safety of patients, some doctors voiced concern that patients would be scared off from taking drugs³.

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 farmacêuticas⁴.

(*)

4.2 Psicoses tóxicas e delírio tóxico induzidos por drogas psiquiátricas

Drug-Induced Toxic Psychosis and Toxic Delirium

(*)

We previously described how psychiatric drugs in general produce varying degrees of toxic psychoses and other severe mental abnormalities, including anxiety, depression, and mania (see especially Chapter 3). Confirming the frequency of adverse reactions to psychiatric drugs, a German study found that 11 percent of hospitalized psychiatric patients developed adverse drug-induced symptoms that were severe enough to warrant discontinuation (Spieb-Kiefer et al., 1998 [349]). The researchers observed that life-threatening reactions were relatively common, occurring in 1.8 percent of the patients. By far the most common severe reaction was “toxic delirium”, a drug-induced state of confusion, disorientation, and generalized mental impairment.

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.

(*)

Elderly patients are especially prone to toxic psychoses as well as to less intense mental impairments from almost any mind-altering drug. Typical effects on the elderly include stimulation, excitement, insomnia, depression, and memory problems.

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

³Grady (1998) [186] and Weis (1998) [385]. These newspaper reports contain commentaries about the JAMA publication.

⁴Grady (1998) [186] e Weis (1998) [385]. Estes relatórios de jornal contêm comentários sobre a publicação do JAMA.

(*)

Toxic psychoses, which occur in varying degrees of severity, are also diagnosed as delirium, organic brain syndrome, confusion, or mania. Sometimes a doctor, family member, or patient may notice one or two possible symptoms of toxic psychosis - such as agitation, disorientation, incoherence, disturbed concentration, memory difficulties, or hallucinations - without recognizing the severity of the overall mental dysfunction.

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.

(*)

Anxiety and depression are frequently caused by psychiatric drugs. They can appear in either the presence or absence of toxic psychosis.

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

Drug-Induced Mania

(*)

Mania is a specific toxic psychosis frequently caused by drugs. Based on data gathered from all U.S. trials for the FDA approval of Prozac, the manufacturer reported a 0.7 percent rate of hypomania/mania among Prozac patients⁵. Internal documents from the FDA, however, show a rate for mania of slightly above 1 percent - a rate much higher than that for the other antidepressants used for comparison in the trials⁶.

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 Prozac⁷. 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 testes⁸.

⁵Physicians' Desk Reference (1998) [307], p. 860, column 3, line 10.

⁶In evaluating the studies used for the approval of Prozac for depression, the FDA's medical reviewer for adverse effects, Richard Kapit, M.D. (1986 [219], p. 18), reported that the rate of Prozac-induced psychotic mania was three times that for the comparison tricyclic antidepressant. Of the thirty-three reported cases of mania, twenty-three occurred in patients with no history of mania. See also the related discussion in Breggin (1997a [55]), p. 86.

⁷Referência de Mesa dos Médicos [Physicians' Desk Reference] (1998) [307], p. 860, coluna 3, linha 10.

⁸Ao 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.

(*)

Recall that drug-induced mania is a severe psychotic disorder whose symptoms include extreme overactivity, insomnia, racing thoughts, frantic and exhausting outbursts of energy grandiosity and fantasies of omnipotence that may lead to bizarre and destructive actions, paranoia, and sometimes even suicide (see Chapter 3). People undergoing drug-induced mania have been known to throw away their life's savings on unrealistic schemes or to ruin or quit jobs and marriages that were previously successful. Some end up in mental hospitals or jails. Others commit violence⁹.

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 violência¹⁰.

(*)

If we accept the estimate that approximately 1 percent of depressed patients treated with Prozac will develop potentially devastating manic reactions, that works out to be a thousand people out of every million. These figures are disastrous in themselves, but in routine clinical practice the reactions would be much more frequent and severe. In the clinical trials used for FDA approval of Prozac, individuals with a history of mania were excluded, while in clinical practice the antidepressant is frequently prescribed to people with a history of, and a potential predisposition to, mania. In the clinical trials, Prozac was not used in combination with stimulants and other antidepressants, while in clinical practice, these other drugs are commonly given along with Prozac, greatly increasing the risk of psychotic mania. And finally, in the clinical trials, patients were typically evaluated once a week by means of checklists and interviews, while in clinical practice, patients frequently go many weeks or months without being seen by a doctor. With less monitoring in clinical practice, patients are likely to become much more psychotic before being detected and removed from the medication¹¹.

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 removida¹².

⁹American Psychiatric Association (1994) [6], p. 330; see also p. 329. Peter Breggin has been a medical expert in cases of drug-induced mania that resulted in homicide.

¹⁰Associação 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.

¹¹The clinical trials for Prozac are discussed in detail in Breggin and Breggin (1994 [53]).

¹²Os 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

Children at Grave Risk for Antidepressant-Induced Mania

(*)

Prozac even more commonly induces mania in children. In a study intended to tout the drug's safety and efficacy; 6 percent of the children were forced to drop out due to Prozac-induced mania¹³. None of the controls became psychotic. A similar drug, Luvox, produced a 4 percent rate of “manic reactions” in children, according to the Physicians' Desk Reference¹⁴.

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 Prozac¹⁵. 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]¹⁶.

(*)

Without a doubt, Prozac and other antidepressants are causing tens of thousands of psychotic reactions that can ruin the lives not only of the afflicted individuals but also of their family members. With the increasing prescription of such drugs to children, we expect the devastation to increase.

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

Estimated Rates for Drug-Induced Mental and Neurological Disorders

¹³Emslie et al. (1997) [142]. Breggin (1995 [54]) first noticed this ominous finding of a 6 percent rate of Prozac-induced mania in children when he read a prepublication report on Emslie's research in a psychiatric newspaper. In a letter to the newspaper, Breggin warned about the high rates of mania. The newspaper noted that Emslie declined to respond.

¹⁴Luvox was being taken by Eric Harris at the time he committed the murders at Columbine High School in Littleton, Colorado, on April 20, 1999.

¹⁵Emslie 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.

¹⁶Luvox 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.

(*)

In their widely used drug handbook for doctors, J.S. Maxmen and M.G. Ward (1995) [267] summarize the available data regarding estimated rates of various adverse drug effects¹⁷. In the sections that follow, our references to these rates for drug-induced psychiatric and neurological disorders are intended to illustrate the frequency with which such disorders are caused by psychiatric drugs¹⁸. Even though our own estimates are sometimes higher, the rates reported in Maxmen and Ward's handbook are likely to startle and concern the reader.

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 drogas¹⁹. 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 psiquiátricas²⁰. 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-maniacos: Lítio

Anti-Manic Agents: Lithium

(*)

Confusion and disorientation (22.8 percent of patients, with some studies reporting nearly 40 percent) and memory impairment (32.5 percent).

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

Stimulants

(*)

¹⁷R.W. Pies (1998) [309], for example, drew his basic data from Maxmen and Ward [267], who in turn obtained their data from a review of the literature.

¹⁸Maxmen and Ward [267] do not provide rates for the "toxic psychoses". The nearest related syndromes they report are "hypomania and mania", "confusion and disorientation", and the symptoms of hallucinations and delusions. As described in Chapter 3 of the present volume, doctors sometimes specify such symptoms as memory impairments, agitation, and excitement when, in fact, the patient is suffering from a more global toxic psychosis.

¹⁹R.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.

²⁰Maxmen 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.

Ritalin. Psychosis (less than 1 percent at normal doses), confusion or dopeyness (2-10 percent), agitation and restlessness (6.7 percent), irritability and stimulation (17.3 percent), and depression (8.7 percent).

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).

(*)

Amphetamines. This category comprises Dexedrine and Adderall, among other drugs. Psychosis (less than 1 percent in normal doses), confusion or dopeyness (10.3 percent), agitation and restlessness (more than 10 percent), irritability and stimulation (25 percent), and depression (39 percent!).

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 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

Benzodiazepine Tranquilizers: Xanax, Valium, Ativan, Klonopin, and Others

(*)

Confusion and disorientation (6.9 percent), hallucinations (5.5 percent), anxiety and nervousness (4.1 percent), depression (8.3 percent), and irritability, hostility and anger (5.5 percent). According to Maxmen and Ward, mania is particularly associated with Xanax (Maxmen and Ward, 1995 [267], p. 287).

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

Tricyclic Antidepressants: Elavil

(*)

Confusion and disorientation (11.3 percent) and excitement and hypomania (5.7 percent). However, evidence from other sources suggests even higher rates²¹

²¹Specifically after reviewing hospital charts, Davies et al. (1971) [128] found even higher rates for “forgetfulness, agitation, illogical thoughts, disorientation, increased insomnia, and at times, delusional thoughts” among patients who were taking tricyclic antidepressants.

Confusão e desorientação (11,3 por cento), excitação e hipomania (5,7 por cento). Contudo, evidências de outras fontes sugerem taxas ainda mais elevadas²².

(*)

4.5.5 Antidepressivos do tipo prozac: Prozac

Prozac-Like Antidepressants: Prozac

(*)

Confusion and disorientation (1.5 percent) and excitement and hypomania (7.3 percent; Maxmen and Ward also note rates as high as 30 percent). As already noted, 6 percent of the participants in a recent controlled clinical trial involving Prozac for depressed children were forced to drop out due to Prozac-induced mania (Emslie et al., 1997 [142]).

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

Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI) Antidepressants: Parnate

(*)

Confusion and disorientation (6.2 percent), mental anxiety and nervousness (2 percent), physical agitation and restlessness (5 percent), excitement and hypomania (17.1 percent, with a range of 10-30 percent), myoclonic jerks (ie, muscle spasms) (7 percent).

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

Antipsychotics or Neuroleptics

(*)

²²Especificamente, 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.

Thorazine. Confusion and disorientation (6.8 percent) and depression (13.9 percent).

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

(*)

Haldol. Confusion and disorientation (4 percent), mental restlessness and agitation (24 percent), physical restlessness and agitation (24 percent), and excitement (12 percent). Rigidity and acute dystonia - disabling, painful muscle spasms - occur at very high rates (30 percent each). The extraordinarily high rates for tardive dyskinesia (TD), as well as the danger of neuroleptic malignant syndrome (NMS), are discussed later in this chapter.

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.

(*)

4.6 Efeitos adversos causados por drogas psiquiátricas específicas

Adverse Effects Caused by Specific Psychiatric Drugs

(*)

Our review of adverse drug effects across the spectrum of psychiatric medications focuses on neurological and mental malfunctions - that is, on malfunctions of the brain and mind - since these effects are most likely to be confusing to patients, their families, and their doctors. Too often, these effects are mistakenly blamed on the patients, “mental illness”.

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

Stimulants

(*)

This category comprises Ritalin and Methylin (methylphenidate), as well as Ritalin SR, Ritalin LA, Concerta, Metadate CD and ER, Methylin ER, and Daytrana (long-acting), Dexedrine and DextroStat (dextroamphetamine or d-amphetamine), Adderall and Adderall XR (dexamphetamine

and amphetamine mixture), Vyvanse (lisdexamphetamine), Desoxyn and Gradumet (methamphetamine)²³. Both Cylert (pemoline) and, in Canada, Adderall XR, were discontinued or removed from the market in February 2005. For a list of stimulants, see Appendix A.

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)²⁴. 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.

(*)

We are appalled by the widespread use of stimulants to control and suppress the behavior of children diagnosed with ADHD²⁵. The aim is to correct behavior described in terms of hyperactivity, impulsivity, and inattention. In actuality, however, stimulants subdue behavior by impairing mental function; they often cause the very problems they are supposed to correct.

Nós estamos horrorizados com o uso, amplamente divulgado, de estimulantes para controlar e suprimir o comportamento das crianças diagnosticadas com DDAH (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção)²⁶. 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.

(*)

Ritalin and the amphetamines have almost identical adverse effects. Cylert is less addictive, but it has the extreme disadvantage of causing death due to liver failure in a small number of reported cases.

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.

(*)

Stimulants have a powerful impact on the functioning of the brain and mind. They can lead to addiction and abuse. Children may give away or sell their stimulants to older children, who use them to get high. Parents may illegally use or sell their children's Ritalin or amphetamine.

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.

²³A detailed analysis of the hazards of these drugs - including detailed documentation of this section - can be found in Breggin's *Talking Back to Ritalin* (1998a) [57]. See also Breggin (1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]).

²⁴Uma 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]).

²⁵See Breggin's *Talking Back to Ritalin* (1998a) [57]. See also Breggin (1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]).

²⁶Ver Breggin *Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*. (1998a) [57]. Veja também Breggin (1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]).

(*)

In many or most children, stimulants routinely cause rebound, involving a worsening of behavioral symptoms a few hours after the last dose. And especially with larger or more prolonged dosing, they can lead to severe withdrawal reactions such as “crashing”, which is characterized by extreme fatigue, depression, and even suicidal feelings (see Chapter 9).

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).

(*)

Stimulants can also cause the following: excessive stimulation of the brain, including insomnia and seizures; agitation, irritability, and nervousness; confusion and disorientation; personality changes; apathy social isolation, sadness, and, very commonly, depression. The most characteristic toxic psychosis from stimulants is mania. In addition, stimulants can cause paranoia, involving fearful and even violent feelings toward others. Stimulants such as Ritalin have been used in experiments to worsen the symptoms of patients labeled schizophrenic - a practice that should be considered unethical²⁷.

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 antiética²⁸

(*)

Furthermore, stimulants can cause a variety of emotional disturbances that are mistakenly considered “therapeutic”, including flattened emotions and robotic behavior. Children who take these drugs frequently lose the sparkle in their eyes. The edge comes off their creativity and vitality. Some become zombie-like. When stimulants cause compliance, Obedience, reduced initiative, and reduced autonomy they make children easier to manage. But these “therapeutic” effects, such as compliance or increased obedience, should be viewed as adverse drug effects.

Além disso, os estimulantes podem causar uma variedade de distúrbios emocionais que são erroneamente 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.

(*)

²⁷Ritalin-induced psychoses are discussed, with citations from the literature, in Breggin (1998a [57]), pp. 14-20.

²⁸As psicoses induzidas pela Ritalina são discutidas, com citações da literatura, em Breggin (1998a [57]), pp 14-20.

All stimulants can cause the very symptoms they are supposed to treat: hyperactivity, loss of impulse control, and diminished concentration and focus. They can worsen a child's or adult's reactions to stress or anxiety.

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.

(*)

Stimulants also cause dizziness, headache, insomnia, palpitations, abnormally increased heart rate, increased blood pressure, cardiac arrhythmias (heart attacks due to arrhythmias have been reported to the FDA); loss of appetite, weight loss, nausea, vomiting, constipation, and stomach pain; dry mouth; blurred vision; abnormal liver function; muscle cramping; tremor; hair loss; itching and scratching; severe and life-threatening skin eruptions; bleeding problems; weakened immunity; growth hormone disruption and prolactin hormone disruption. In 2006, following a series of reports of sudden deaths of children and adults taking stimulants, the FDA ordered a warning on all stimulant labels for doctors not to prescribe these drugs to those with heart problems. Ritalin causes liver cancer in rats, but this outcome has not been reported in humans. One study published in 2004 found evidence of genetic damage, using three different measures, in each of ten children immediately following a three-month course of Ritalin treatment. All children had tested normal on these measures prior to the treatment, and had undergone no major diet, weight, or environmental changes that could have caused these chromosomal alterations (El-Zein et al., 2004 and 2006 [140]).

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 de três 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]).

(*)

Permanent tics, sometimes categorized as Tourette's syndrome, are a serious complication. They often start in the face and neck.

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

(*)

Stimulants suppress the growth of the body, including height and weight. This effect is mainly due not to suppression of appetite but to a disruption of growth hormone production caused by the

drugs interference with pituitary function. Because growth hormone affects all organs of the body overall growth is suppressed, including that of the head and its contents, the brain.

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.

(*)

Since stimulants disrupt growth hormone and suppress growth during childhood, in addition to causing multiple biochemical imbalances in the growing brain, we believe they should never be administered to children²⁹.

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 crianças³⁰.

(*)

Recently one of the authors had the opportunity to review the animal literature on brain damage and dysfunction caused by stimulant drugs³¹. All stimulant drugs can produce lasting abnormalities in the brain. The most extensive animal research has been conducted using amphetamines (Dexedrine, Adderall), which have been shown to cause permanent biochemical imbalances and cell death, even in short-term moderate doses. The high risk of permanent injury to the brain is one more reason not to prescribe these drugs to children.

Recentemente um dos autores teve a oportunidade de rever a literatura, de estudos em animais, sobre os danos cerebrais e disfunções causadas por drogas estimulantes³². 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.

(*)

4.6.2 Antidepressivos que especificamente estimulam a serotonina

Antidepressants that especially stimulate serotonin

(*)

²⁹Growth inhibition is reviewed in Breggin (1998a [57]), pp. 25-28 and Breggin (1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]). There are many studies confirming growth suppression (eg, Safer et al., 1975 [330]) and disruption of growth hormone cycles (reviewed in Jacobovitz et al., 1990 [210]).

³⁰A 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]).

³¹For the scientific community, Breggin (1998d [60], 1999a [61], 1999b [62], 1999c [63]) has reviewed stimulant adverse effects including persistent and irreversible brain changes, such as cell death.

³²Breggin (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.

This category comprises Prozac and Sarafem (fluoxetine), Zoloft (sertraline), Paxil and Paxil CR (paroxetine), Celexa (citalopram), Lexapro (escitalopram), Luvox (fluvoxamine), and Effexor (venlafaxine). See Appendix A for a complete list of antidepressants.

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 was the first selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) approved for use in the United States. It was followed by Zoloft, Paxil, and Luvox. Luvox was approved for obsessive-compulsive disorder. Effexor is not an SSRI; its direct impact is not limited to serotonin. Nonetheless, its adverse effects are similar to those of Prozac.

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.

(*)

Serious criticisms of these drugs have been published for nearly 15 years now³³. Despite the great hype surrounding these drugs, and despite their widespread use, there is little scientific evidence for their efficacy as antidepressants. The promise that they would have few harmful effects has not been fulfilled. During the first 12 years after its initial marketing, over 40,000 reports of adverse effects from Prozac were submitted to the FDA. No other drug comes close.

Críticas sérias destas drogas psiquiátricas têm sido publicadas há quase 15 anos³⁴. 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.

(*)

SSRIs were tailored to block the removal of the neurotransmitter serotonin from the synapse in order to cause increased firing of serotonin nerves. However, the brain is much more complex than this description implies. When serotonergic nerves are overstimulated, they tend to become less sensitive. This “downregulation” does not return to normal immediately after the drug is stopped. Whether downregulation can become permanent in this particular system has not been studied, but we believe it poses a serious risk to the brain.

Os IRSS [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

³³Dukes (1997) [137], Medawar (1997) [272], and Moore (1997) [286]. The most comprehensive criticisms can be found in Breggin and Breggin (1994 [53]), with an update in Breggin (1997a [55]).

³⁴Dukes (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]).

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.

(*)

These drugs are capable of producing effects very similar to those of amphetamine or methamphetamine, including an artificial feeling of well-being or energy, anxiety agitation, and insomnia. Prozac and Effexor are especially stimulating. The others can cause somnolence or insomnia. Like the amphetamines and all antidepressants, these drugs cause manic psychoses. As noted earlier, the first published randomized controlled trial of Prozac in children found that 6 percent of children taking it became manic and had to stop the drug (Emslie et al., 1997 [142]). Upon withdrawal, some patients may “crash” into depression and experience suicidal thoughts or commit actions similar to those associated with stimulants (see Chapter 9) ³⁵.

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 Efexor são especialmente estimulantes. Os outros podem causar sonolência ou insônia. Como as anfetaminas e todos os antidepressivos, essas drogas causam psicose 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) ³⁶.

(*)

We have seen patients become very disturbed and violent, especially when the dosage is changing (as when a patient starts, increases, reduces, or stops the drug). Drug-induced loss of impulse control as well as agitation and mania are among the potential causes. Prozac can also produce akathisia - characterized by a feeling of being tortured from within - which is probably one of its mechanisms for causing self-destructive or violent behavior. Jonathan O. Cole, professor of psychiatry at Harvard and a participant in studies of Prozac, has seen cases of “obsessive suicidal thoughts” related to it³⁷. Cole believes that the adverse reaction is “rare” but adds, “However, some psychiatrists do consider warning patients to check in or stop the medication should new, bizarre suicidal ideation occur”.

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 substância³⁸. 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”.

³⁵Breggin (1992a [50]) reported a case of depression upon withdrawal from Prozac.

³⁶Breggin (1992a [50]) relatou um caso de depressão na abstinência do Prozac.

³⁷Schatzberg, Cole, and DeBattista (1997) [331], p. 77. Cole cites Fisher et al. (1992), who demonstrated an increased rate of suicidality among patients on Prozac compared to those on trazodone.

³⁸Schatzberg, 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.

Numerous suicide and murder cases have involved patients who have taken SSRIs for a few days or longer. The first case to go to court against Eli Lilly the manufacturer of Prozac, was secretly settled by the company during the trial in order to mislead the judge and jury into providing a verdict in its favor. Although the judge changed the jury verdict to “settled with prejudice”, Lilly still publicly claims to have won a jury verdict³⁹.

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-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 ganho o veredito do júri⁴⁰.

³⁹Breggin and Breggin (1994 [53]) and Breggin (1997a [55]) review the evidence for suicide and murder committed by individuals taking SSRIs. Peter Breggin has been a medical expert in some of the product liability cases brought against Eli Lilly, the manufacturer of Prozac. Among these was the Wesbecker case, the only one thus far to go to court. (For testimony, see Breggin, 1994 [53]). Wesbecker shot twelve people, killing eight, and then shot himself to death. His psychiatrist suspected that Wesbecker had become psychotic on Prozac and stopped it shortly before the tragic violence occurred. As noted, this particular case was secretly settled by the drug company during the trial. However, news of the settlement was withheld from the judge and the jury and the plaintiffs presented a watered-down case to the jury in order to bring about a more certain victory for Lilly. In short, the plaintiffs secretly took money in return for which, in cooperation with Lilly they manipulated the trial. After the trial, the judge, John Potter, became outraged when he discovered these manipulations. He changed the verdict from “dismissed without prejudice by the jury” to “settled with prejudiced”. The Kentucky Supreme Court found that Lilly had manipulated the legal system and possibly even committed “fraud”. (See Trial courts authority 1996 [371]; Gibeaut, 1996 [174]; and Varchaver, 1995 [379]. Discussed in more detail, and with additional citations, in Breggin, 1997a [55]). Lilly continues to make false claims that it won a jury verdict in the Wesbecker case. In response to news in 1998 that a youngster was taking Prozac at the time he allegedly killed his parents and shot several classmates, Lilly issued a statement in defense of Prozac through the Associated Press (1998) [23]. According to this A.P. release, in the Wesbecker case “the victim’s families sued Lilly, but a jury found Prozac wasn’t responsible”. In fact, Lilly paid off the families before the trial was over in return for their cooperation in presenting a weaker case to the jury Also according to the A.P. release, Lilly has “successfully argued” in “scores of court cases” that Prozac was not the cause of violence. In fact, no other Prozac product-liability cases had gone to court. Since then, in April 1999, Eli Lilly finally won a jury trial in the U.S. District Court of Hawaii in the case of *Forsyth v. Eli Lilly* (Civil N° 95-00185ACK). Peter Breggin, who was not involved in the Forsyth case, has also been a medical expert in several cases of Prozac-related suicide or violence that were quietly settled.

⁴⁰Breggin 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

(*)

The first case to go to trial against GlaxoSmithKline and Paxil involved a sixty-year-old man who suffered from depression but had never before been violent or suicidal. After his second dose of Paxil, he killed his wife, daughter, and their granddaughter before killing himself. The judge found that there was scientific basis for permitting expert testimony implicating Paxil in murder and suicide, and the jury returned a verdict of \$6.4 million against GlaxoSmithKline.

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.

(*)

As documented in Peter Breggin's introduction, the FDA has finally admitted that all of the new antidepressants - including the SSRIs, Wellbutrin, Effexor, and Cymbalta - increase suicidal behavior in children and adults. The FDA's advisory committee has suggested limiting the warning about adult suicidality to "young adults", but the distinction is absurdly artificial. The data was generated by very limited controlled clinical trials and the finding must be taken seriously for all ages.

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.

(*)

In some ways more important, the FDA now requires a warning about the stimulant or activation syndrome induced by all of the newer antidepressants. Consistent with observations first published by Breggin in a series of books and scientific articles beginning in 1991, this particular group of drug-induced symptoms includes aggression and hostility. Specifically, the antidepressant labels are now required to warn that the drugs are associated with the production of "anxiety agitation, panic attacks, insomnia, irritability, hostility, aggressiveness, impulsivity, akathisia (psychomotor restlessness), hypomania, and mania".

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".

(*)

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.

As noted in the Introduction, the FDA also added a section entitled “WARNINGS - Clinical Worsening and Suicide Risk”, stating that adults “should be observed similarly for clinical worsening and suicidality, especially during the initial few months of a course of drug therapy or at times of dose changes, either increases or decreases”.

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”.

(*)

There should no longer be any doubt that the antidepressants cause an increase in suicidal and violent behavior, as well as mania, and that they often lead to a general worsening of the patients mental condition. Drastic changes leading to destructive and criminal behavior often happen shortly after starting the drug or around dose changes, up or down; but they can occur at any time.

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 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.

(*)

Withdrawal reactions also occur with these drugs and can be very severe (Chapter 9). Many patients become despondent, tearful, emotionally unstable and suicidal while trying to withdraw from these drugs. A large number suffer from bizarre neurological disturbances such as shock-like pains in the head and weird sensations in the skin. A significant number decide to resume taking the drugs because the process of withdrawal feels too painful to endure.

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.

(*)

Because this group of drugs can cause agitation and anxiety they can lead to the increased use of alcohol and other calming drugs. We have seen recovered alcoholics resume their drinking after starting on Prozac.

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.

(*)

Patients who take these drugs often experience flattened or dulled feelings. Families report that they are less attentive, caring, or loving. Sexual dysfunctions are common. Some patients become tired and even sleepy instead of agitated, particularly on Paxil and Zoloft.

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.

(*)

Especially when combined with other drugs that stimulate serotonin, these drugs can produce serotonergic crises involving agitation, delirium, muscle spasms (myoclonus), various neurological abnormalities, and elevated body temperature. Some reports submitted to the FDA concern Prozac-induced tardive dyskinesia.

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.

(*)

Many patients initially experience weight loss when taking SSRIs. While some people may welcome this effect, it can be harmful to those already suffering from lack of appetite and excessive weight loss. Furthermore, over a period of months this drug effect tends to reverse, and many people experience weight gain leading to obesity.

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.

(*)

The blunting effects of SSRIs on libido and sexual functioning are now well established. In large surveys of thousands of patients in the United States and abroad, rates of SSRI-induced sexual dysfunctions reach upwards of 40 percent (Clayton et al., 2002 [91]; Williams et al., 2006 [390]), and in smaller studies, up to 70 percent of patients on Paxil and Zoloft reported sexual dysfunctions (Kennedy et al., 2000 [225]). Yet, the authors of one such survey concluded that “Physicians consistently underestimated the prevalence of antidepressant-associated sexual dysfunction” (Clayton et al., 2002 [91]). Recently reports of sexual adverse effects - total libido loss, loss of genital sensitivity and genital anesthesia - persisting months and years after cessation of SSRIs have begun to surface, leading some to suggest that these drugs may be permanently altering gene expression⁴¹.

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

⁴¹Bolton et al. (2006) [43]; Csoka and Susko. (2006) [125].

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 gene⁴².

(*)

4.6.3 Antidepressivos tricíclicos

Tricyclic Antidepressants

(*)

This category comprises imipramine (Tofranil, Imavate, Presamine, SK-Pramine, Janimine), desipramine (Pertofrane, Norpramin), amitriptyline (Elavil), nortriptyline (Aventyl, Pamelor), protriptyline (Vivactil), doxepin (Sinequan, Adapin), trimipramine (Surmontil), and Anafranil (clomipramine).

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).

(*)

Probably all antidepressants are capable of causing seizures and manic psychoses. Even relatively small doses can result in dulled and flattened feelings or agitated and “wired” feelings. Most tricyclic antidepressants have a variety of anticholinergic effects including blurred vision, dry mouth, constipation, difficulty urinating, and cardiac arrhythmias that sometimes prove fatal, especially among adults with heart problems and among children and the elderly. They frequently cause serious withdrawal reactions (see Chapter 9).

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 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

Atypical Antidepressants

(*)

⁴²Bolton et al. (2006) [43]; Csoka e Susko. (2006) [125].

This category comprises Asendin (amoxapine), Desyrel (trazodone), Effexor (venlafaxine), Ludiomil (maprotiline), Remeron, Remeron Sol Tab, Remeron RD, Cymbalta (duloxetine), and Wellbutrin, Wellbutrin SR, Wellbutrin XL or Zyban (bupropion). See Appendix A for a complete list. Following an unexpectedly high number of reports of severe liver injuries, Serzone was withdrawn from the Canadian market in November 2003 and from the United States in May 2004.

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.

(*)

Of extreme importance is the fact that the antidepressant Asendin is converted into a neuroleptic within the body producing the same problems as those associated with other neuroleptics, including tardive dyskinesia and neuroleptic malignant syndrome (see below). For this drug, the FDA requires class warnings regarding TD and NMS.

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 and Remeron are classified along with Asendin as tetracyclic compounds. Seizures and involuntary abnormal movements (extrapyramidal symptoms) have been reported in association with Ludiomil. Remeron is relatively new; hence its profile of adverse effects is less understood. Many of the adverse effects of other antidepressants, including the tricyclics, should be considered in regard to these three drugs. Remeron, in particular, tends to induce sedation as well as dizziness, weight gain, and low blood pressure. Cardiovascular problems have been reported in connection with both drugs. Like all antidepressants, they can cause toxic psychoses, including mania and delirium.

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 (venlafaxine), mentioned earlier as a drug that stimulates serotonin, also stimulates norepinephrine neurotransmission in the brain. However, its effects are very similar to those of Prozac, including stimulation, anxiety nervousness, insomnia, loss of appetite, and weight loss. In addition, it can cause agitation and mania, hostility paranoid reactions, psychotic depression, toxic psychosis, and hypertension.

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 (nefazodone) also stimulates serotonin and norepinephrine, but it has other effects as well. It is more likely to cause sleepiness than insomnia. It can produce lightheadedness, confusion, memory impairment, and hypotension. And it can lead to hostility, paranoid reaction, suicide attempts or ideation, derealization and depersonalization, and hallucinations. As he did in regard to Effexor, T. Moore (1997) [286] reviewed the FDA data generated during the approval process for Serzone. He found that suicides and suicide attempts were several times more frequent among patients on Serzone than on placebos.

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 (trazodone) tends to cause sedation, dizziness, and fainting. It can lead to heart problems in cardiac patients. And among men it can cause a potentially serious adverse reaction called priapism - uncontrolled, irreversible penile erection that sometimes requires surgical correction.

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 (bupropion) produces an unusually high rate of seizures. It is known to be very stimulating and agitating, causing anxiety, nightmares, and manic psychoses. In 1997, this very same drug, marketed as Zyban, was approved by the FDA as an aid for smoking cessation.

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.

(*)

Duloxetine (Cymbalta) arrived on the antidepressant market in August 2004 when it was also approved for the treatment of diabetic neuropathic pain. A recent review summarized its most frequently observed adverse effects as “nausea, dry mouth, constipation, diarrhea, decreased appetite,

weight loss, feeling of fatigue, dizziness, somnolence, hypohidrosis [lack of sweating], decreased libido and erectile dysfunction” (Balhara et al., 2007 [26]). A systematic review of its clinical trials by the independent medical journal *Prescrire International* concluded that “In practice, duloxetine currently has no place in the treatment of depression or diabetic neuropathy. Its efficacy has not yet been demonstrated to be even equivalent to that of other available drugs, and it has too many adverse effects, given this degree of uncertainty.”⁴³ Another independent newsletter, noting that the manufacturer Eli Lilly claims that Cymbalta has special value in managing the painful symptoms of depression, concluded, “At this time, any claim that duloxetine is useful for managing pain is groundless” (Wolfe, 2005 [393], p. 3). Even more ominous, in 2004-2005 Cymbalta received considerable negative press surrounding the suicide of nineteen-year-old Tracy Johnson and several other volunteers who took the drug in the initial clinical trials for depression (Lenzer, 2005 [250]). Nonetheless, undoubtedly as a result of Eli Lilly’s vigorous marketing and advertising campaign to doctors and the public, sales of Cymbalta jumped 85 percent in 2006 (Russell, 2007 [327]).

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 International* [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.”⁴⁴ 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])

Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI) Antidepressants

(*)

This category comprises Parnate (tranylcypromine), Marplan (isocarboxazid), Nardil (phenelzine), Eldepryl (selegiline), and Manerix (moclobemide, available in Canada).

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

(*)

⁴³Duloxetine; New indication (2006) [138].

⁴⁴Duloxetine; Nova indicação (2006) [138].

Parnate is chemically similar to amphetamine and is very stimulating. Eldepryl was approved for the treatment of Parkinson's disease, and not for depression.

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.

(*)

Although all antidepressants can cause toxic psychoses including mania, the MAOIs are particularly prone to these potentially life-ruining adverse reactions. They often produce mental abnormalities such as dulling of feelings or delirium. Especially when combined with certain foods and drugs, they can also cause life-threatening hypertensive crises (involving violent headaches and possible strokes) as well as serotonergic crises (involving agitation, delirium, muscle spasms, various neurological abnormalities, and elevated body temperature). These food and drug reactions can lead to coma or death. Patients and families should be warned about such problems in advance⁴⁵. MAOIs interact especially dangerously with stimulants and antidepressants.

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 a alimentos e drogas psiquiátricas podem levar ao coma ou morte. Pacientes e seus familiares devem ser avisados sobre tais problemas com antecedência⁴⁶. IsMAO [MAOIs] interagem especialmente de forma perigosa com estimulantes e antidepressivos.

(*)

MAOIs have many of the same side effects as those typically associated with other antidepressants, but they also include hypertensive crises, low blood pressure, extreme fevers (hyperpyretic reactions), sexual dysfunction, daytime sedation, nighttime insomnia, excessive stimulation, muscle pain, and muscle spasms.

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.

(*)

Years ago these drugs went out of favor because of their dangers and questionable efficacy. With the resurgence of biological psychiatry and the disappointing results obtained with other antidepressants, they are again in vogue.

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.

⁴⁵Dietary instructions can be found in Bezchlibnyk-Butler and Jeffries (2005) [38].

⁴⁶Instruções dietéticas podem ser encontradas em Bezchlibnyk-Butler e Jeffries (2005) [38].

(*)

Manerix is currently available in Canada but not in the United States. Although it does not suppress monoamine oxidase for as long as the other drugs in this class and is considered less of a risk for producing hypertensive crises when combined with certain foods, it shares a similar adverse reaction profile with the other MAOIs, including stimulation, insomnia, anxiety and agitation, and occasionally aggressive behavior. Liver problems have been reported in a small percentage of patients.

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.

(*)

4.6.6 Benzodiazepinas prescritas para ansiedade e insônia

Benzodiazepines Prescribed for Anxiety and Insomnia

(*)

This category comprises Ativan (lorazepam); Klonopin (clonazepam); Librium, Librax, and Limbitrol (chlordiazepoxide); Paxipam (halazepam), Serax (oxazepam), Tranxene (clorazepate), Valium (diazepam); and Xanax (alprazolam)⁴⁷.

Esta categoria compreende Ativan (lorazepam); Klonopin (clonazepam); Librium, Librax e Limbitrol (clordiazepóxido); Paxipam (halazepam), Serax (oxazepam), Tranxene (clorazepato), Valium (diazepam) e Xanax (alprazolam)⁴⁸.

(*)

These drugs are prescribed for anxiety, panic attacks, and related problems. They are also prescribed for insomnia. The benzodiazepines most commonly prescribed for insomnia are Halcion (triazolam), which is banned in England; Dalmane (flurazepam), Doral (quazepam); Prosom (estazolam); and Restoril (temazepam). Versed (midazolam) is also used in injectable form for anesthesia.

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.

(*)

⁴⁷A detailed analysis of the hazards of these drugs-including documentation of the observations in this section-can be found in Breggin (1997a [55], 1998b [58]).

⁴⁸Uma análise detalhada dos riscos destas drogas psiquiátricas - incluindo a documentação das observações nesta seção - pode ser encontrada em Breggin (1997a [55], 1998b [58]).

When they first came out in the 1960s, benzodiazepines were promoted as relatively safe and free of the well-known addiction problems associated with barbiturates. Nothing could be further from the truth. Consider Xanax, for example. Most patients taking this drug for even a few weeks will develop serious withdrawal problems, and many, if not most, will have trouble discontinuing the medication. In fact, it can be dangerous to stop any benzodiazepine too abruptly (see Chapter 9).

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).

(*)

Especially in the case of short-acting agents such as Xanax or Halcion, withdrawal symptoms can occur on a daily basis in between doses. These often manifest as a rebound worsening of the original anxiety symptoms. The individual can end up cycling between withdrawal and intoxication from dose to dose throughout the day.

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.

(*)

In addition to addiction and withdrawal reactions, patients taking benzodiazepines face hazards similar to those who abuse alcohol. Intoxication can sneak up on users without their realizing it. They can develop slowed thinking, slurred speech, lack of coordination, clumsiness and impaired walking (ataxia), tremor, poor judgment, and drowsiness. Drugged feelings and hangovers with amnesia are not uncommon.

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.

(*)

Benzodiazepines work by producing a continuum of suppression of the brain. Initially, for some people, this suppression is experienced as relaxation or a reduction in anxiety and tension, an effect similar to that of alcohol. As the dose increases, sleep and eventually coma are produced. The drugs work by impairing brain function, which is sometimes experienced as relief from tension or anxiety.

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.

(*)

Because they suppress overall brain function, all drugs that are used to reduce anxiety or to induce sleep will also impair high mental functions, including thinking and memory. While only a few studies have attempted to examine this danger, the long-term use of any such drug, especially in higher doses, should be viewed as posing a risk of irreversible mental dysfunction. One review of several studies found that after withdrawal from long-term benzodiazepine use, “there remains a significant impairment in most areas of cognition in comparison to controls or normative data”. The authors concluded, “there may be some permanent deficit or deficits that take longer than 6 months to completely recover” (Barker et al., 2004 [28]).

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]).

(*)

Benzodiazepines can cause severe amnesia. Students taking them in order to sleep may lose a substantial part of their memory for the material they studied that same evening. The drugs can produce confusion, paranoia, and paradoxical reactions such as excitement, agitation, and rage and violence. They can cause toxic psychosis. (Xanax is especially known to cause mania). They commonly worsen depression and may lead to suicide. Like alcohol, they often make people irritable and impulsive. We know of individuals who have committed violence after taking just a few doses of these drugs. In cases of longer-term benzodiazepine toxicity users may lose their judgment and perform senseless, out-of-character acts of theft or other criminal activities⁴⁹.

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 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 criminosas⁵⁰.

(*)

Halcion, a benzodiazepine used for inducing sleep, has been banned in England because it causes so many mental abnormalities, including depression and paranoia⁵¹. Versed, a very short-acting

⁴⁹See Breggin (1997a [55], 1998b [58]) for a detailed analysis of the adverse behavioral and mental effects of benzodiazepines.

⁵⁰Ver Breggin (1997a [55], 1998b [58]) para uma análise detalhada dos efeitos adversos comportamentais e mentais dos benzodiazepínicos.

⁵¹For documentation of the banning of Halcion in England, see Asscher (1991) [22] and Brahams (1991) [44].

benzodiazepine used for anesthesia, commonly causes behavioral abnormalities following its use for anesthesia. We have seen a case in which the emotionally disturbing effects of Versed appear to have been long-lasting. Versed should be considered a very hazardous drug.

Halcion, um benzodiazepínico usado para indução do sono, foi proibido na Inglaterra porque ele causa muitas anormalidades mentais, incluindo depressão e paranóia⁵². 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.

(*)

Benzodiazepines can cause muscular twitches and other abnormal movements that are so severe as to be mistaken for seizures. Like many psychiatric drugs, benzodiazepines can also cause headache, visual problems, and a variety of gastrointestinal disturbances.

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

Non-Benzodiazepines Prescribed for Anxiety and Insomnia

(*)

This category comprises newer drugs such as Ambien (zolpidem), Lunesta (zopiclone), Sonata (zaleplon), as well as drugs on the market for decades, such as Atarax or Vistaril (hydroxyzine), beta-adrenergic blockers (beta-blockers) including Inderal (propranolol) and Tenormin (atenolol), BuSpar (buspirone), Miltown (meprobamate), and Trancopel (chlormezanone).

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).

(*)

Drugs such as Lunesta, Sonata, and Ambien have been very widely advertised to the public and to doctors as safe and almost magically effective sleeping pills. Free samples are routinely offered to patients in various promotional strategies, and, as expected, the drugs have become increasingly popular, even among young persons. Unfortunately, virtually every available review of the evidence concludes that their benefits may be mostly illusory but their risks quite real. In clinical trials heavily biased in favor of these drugs, they succeed in adding mere minutes of sleep in comparison to placebo, while carrying much more risk of daytime fatigue, memory loss and other cognitive impairments, as

⁵²Para obter a documentação da proibição de Halcion na Inglaterra, veja Asscher (1991) [22] e Brahams (1991) [44].

well as morning-after difficulties with motor coordination (Glass et al., 2005 [177]). Older people, especially those over 70 and 80 years of age, remain the most frequent and long-term users of sedatives and hypnotics, but non-drug methods to induce and maintain sleep in older persons are consistently found to be superior, safer, and more durable (Sivertsen et al., 2006 [346]).

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]).

(*)

A variety of non-benzodiazepines are used for sleep and for the control of anxiety. Miltown is addictive and subject to abuse, and is very much like the benzodiazepines in its profile of adverse reactions. Trancopel can cause many of the adverse effects associated with other sedative drugs, including confusion and depression. Severe skin rashes have also been reported.

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, like the benzodiazepines, can cause drowsiness, confusion, awkward gait, fatigue, headache, nausea, and memory problems. It can also cause dizziness and incoordination, resulting in falls; toxic psychosis, hallucinations, and nightmares; various sensory disturbances; and disinhibition (bizarre or dangerous behavior). Occasional reports and our own clinical experience suggest that it can produce dependence. In 2003, Ambien appeared on the list of psychotropic drugs of abuse of the United Nations' Vienna convention.

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 psicotrópicas viciantes, da Convenção de Viena das Nações Unidas.

(*)

Atarax or Vistaril is an antihistamine with sedative qualities. We have seen cases of abuse of this drug, usually in combination with multiple addictions.

Atarax ou Vistaril é um anti-histamínico com qualidades sedativas. Nós temos visto casos de abuso desta droga psiquiátrica, geralmente em combinação com vícios múltiplos.

(*)

BuSpar can cause headaches, dizziness, and nausea. It can also produce tension or anxiety, abnormal dreams, delirium, and psychotic mania.

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

(*)

Barbiturates, which are prescribed to induce sleep and, sometimes, to reduce anxiety, include Amytal (amobarbital), Butisol (butabarbital), Mebaral (mephobarbital), Nembutal (pentobarbital), phenobarbital (generic), and Seconal (secobarbital).

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).

(*)

Barbiturates are highly addictive and produce toxic symptoms similar to those of alcohol and the benzodiazepines, including sedation, clumsiness, slurred speech, and poor judgment. They also produce a withdrawal syndrome similar to that of alcohol and the benzodiazepines. They can cause paradoxical reactions such as excitement, hyperactivity and aggression. They can also cause hallucinations and depression. Extreme behavioral abnormalities are especially common among children and the elderly.

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.

(*)

Other common problems associated with the use of barbiturates include dizziness or lightheadedness, nausea and vomiting, diarrhea, muscle cramps, and hangovers. According to one of the few studies of long-term adverse effects on mental function, relatively small doses of phenobarbital in children resulted in a measurable reduction in IQ. The drug had been administered over the long term for the prevention of seizures induced by high fevers. As emphasized earlier in the chapter, all drugs that suppress anxiety or induce sleep should be suspected of causing irreversible mental dysfunction when used over the long term.

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.

(*)

Any drug associated with reduction of anxiety or increased sleep should also be suspected of causing tolerance - an increasing need for larger doses - as well as dependence. This is especially true of the benzodiazepines and barbiturates, but caution is suggested in cases of sedation or tranquilization from almost any drug. There is no “free ride”. If the drug has a significant impact, the brain will likely try to compensate, producing the potential for rebound and withdrawal symptoms.

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-blockers suppress the heart rate, thereby reducing one of the most disturbing symptoms associated with acute anxiety - the pounding heart. They are also used in medicine to slow the heart rate.

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-blockers have more negative effects on brain function than many doctors realize. Drugs such as Inderal can cause serious depression in some patients (Bender, 1998 [34]). More commonly, they can cause sedation and slow down the thinking process in a manner that physicians describe as “clouding the sensorium”. They can bring about a feeling of being “washed out” or lethargic. They can cause overstimulation, delirium, anxiety, nightmares, and more extreme psychotic symptoms such as hallucinations. They can also produce impotence, gastrointestinal upsets, low blood pressure, and slowed heart rate. A dangerous possibility is the constriction of the respiratory tract (bronchospasm). Withdrawal can be a problem as well, in that it can result in rebound or increased heart rate and blood pressure.

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”

Lithium, Anticonvulsants, and Other “Mood Stabilizers”

(*)

This category comprises several different drugs from different classes. They include Lithium (Eskalith, Lithane, Lithobid, Lithotabs) and the anti-epileptic or anticonvulsant medications, including Tegretol (carbamazepine), Depakene (valproic acid) and Depakote (divalproex sodium), Neurontin (gabapentin), Lamictal (lamotrigine), Topamax (topimarate), and Trileptal (oxcarbazepine). Other drugs prescribed as mood-stablizers include Klonopin (clonazepam), Calan (verapamil), and Catapres (clonidine). See Appendix A for a complete list.

Esta categoria inclui vários distintas drogas psiquiátricas de diferentes classes. Elas incluem lítio (Eskalith, Lithane, Lithobid, Lithotabs) e os medicamentos anti-epiléticos ou anticonvulsivantes, incluindo Tegretol (carbamazepina), Depakene (ácido valpróico) 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.

(*)

These drugs are supposed to control mania or to reduce mood swings, which psychiatrists commonly call “bipolar disorder”. Faced with disappointing results from the use of lithium, psychiatry turned to the use of anticonvulsants, three newer ones of which were approved by the FDA for the treatment of acute mania and bipolar disorder between 1994 and 2000. These drugs probably all have their effect by causing sedation and overall depression of the central nervous system. In 2006, however, as discussed in David Cohen’s Introduction, there appeared several reports on the largest-ever study (nearly 1,500 patients) of the drug treatment of bipolar disorder. The study was unusual in that it was not funded by the drug industry, and it enrolled a broadly representative sample of patients diagnosed with bipolar disorder from across the country. The patients were seen as often as clinically desired, and the study claimed to use the “best available” drug treatments (mostly anticonvulsants, antipsychotics, lithium, and clonazepam) in addition to a standard psychosocial intervention. The results: only 28 percent of treated individuals achieved remission without experiencing a recurrence of major symptoms during the two-year follow-up (Perlis et al., 2006 [304]).

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]).

(*)

Lithium flattens emotions by blunting or constricting the range of feeling, resulting in varying degrees of apathy and indifference. It also slows down the thinking processes. This drug-induced mental and emotional sluggishness should be considered lithiums primary “therapeutic” effect. Lithium sometimes reduces the likelihood that a patient will become “high” or manic - but at the cost of brain dysfunction⁵³.

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 cerebral⁵⁴.

(*)

Many people experience increasing memory problems after taking lithium for months or years. Their ability to work can become impaired.

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.

(*)

Doctors and patients often mistakenly attribute these problems to other causes such as chronic fatigue syndrome, depression, or “old age”. When the lithium is reduced or stopped, many people experience a rebirth of their cognitive and emotional capacities. Some patients, however, find that their mental faculties do not fully recover after years of lithium treatment.

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.

(*)

Lithium can cause hypothyroidism, cardiac arrhythmias, weight gain, stomach discomfort and diarrhea, skin diseases such as severe acne and rashes, hair loss, tremor, an awkward gait, and serious disorders of the kidneys. It can cause serious, life-threatening toxicity of the brain, which may creep up on users whose judgment has become impaired by the same toxic process. For these reasons, routine blood levels are required to keep track of potential intoxication. It can cause an increased white count; concern has been expressed about its possibly causing leukemia. And, finally, lithium is known to cause birth defects, including heart malformations, and to suppress the brain of the fetus or nursing baby; leading to flaccidity and lethargy. Withdrawal from lithium commonly results in mania (see Chapter 9).

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

⁵³An extensive review of adverse effects of lithium is found in Breggin (1983 [46], 1997a [55]).

⁵⁴Uma extensa revisão, dos efeitos adversos do lítio, é encontrado em Breggin (1983 [46], 1997a [55]).

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) is somewhat similar to benzodiazepines and alcohol in that it can cause sedation, tremor, and difficulty walking. It can also cause behavioral abnormalities, including confusion or delirium. Over the long term it may impair mental abilities, and on rare occasions it has been known to cause liver failure. It can also cause weight gain, stomach upset, hair loss, rash, pancreatitis, and blood clotting problems.

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.

(*)

Clonidine (Catapres) is an antihypertensive drug that can cause sedation and thus has found a place in psychiatric use. If withdrawn too quickly, it can produce rebound hypertensive crises. It can also cause many psychiatric problems including insomnia, nightmares, anxiety restlessness, depression, and, more rarely, hallucinations.

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.

(*)

Klonopin, a benzodiazepine, can cause all the problems associated with this class of drugs, including dependence (see above). It is FDA approved for both seizures and panic attacks.

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 is closely related to the tricyclic antidepressants and can cause all of the problems associated with them (see above). It poses a special danger of bone marrow suppression, involving loss of blood cells. Patients and their families need to be alert to early signs of this condition, including fever, sore throat, and tiny bleeding spots (petechiae) in the skin. Other side effects include sedation, fatigue, nausea, and lightheadedness. Higher doses can produce signs of neurological intoxication,

including lack of coordination of the muscles. When the muscles of the eyes are affected, seeing double may result. Liver functions may show up as abnormal upon testing, and, more rarely liver toxicity may develop. Cardiac function can also be impaired. Rashes are common.

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, a calcium-channel blocker, is an agent used to treat cardiac disorders, but it can cause a variety of cardiovascular problems. Dizziness, headache, and nausea are common; high doses can result in sedation and lethargy. More rare are such serious adverse effects as cardiac arrhythmias that don't respond well to treatment, liver toxicity, and severe low blood pressure with fainting. The heart and blood pressure status of patients taking this drug should be checked for baseline and then for potential adverse drug effects.

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.

(*)

Many benzodiazepines, anti-seizure medications and anti-hypertension drugs are used as mood stabilizers because of their sedating effects. The benzodiazepines and anti-seizure drugs should be gradually tapered to avoid withdrawal seizures, and the anti-hypertension drugs should be gradually tapered to avoid rebound spikes in blood pressure. An experienced health professional should be consulted about the length of time and dose schedule required for withdrawing from these drugs, many of which are listed in Appendix A.

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)

Antipsychotic (Neuroleptic) Drugs

(*)

The available neuroleptics or antipsychotics - previously called major tranquilizers - include phenothiazines and other drugs⁵⁵. The phenothiazines include Compazine (prochlorperazine), Etrafon (antidepressant plus Trilafon), Mellaril (thioridazine), Prolixin (fluphenazine), Serentil (mesoridazine), Stelazine (trifluoperazine), Thorazine (chlorpromazine), Tindal (acetophenazine), Trilafon (perphenazine), and Vesprin (triflupromazine).

Os neurolépticos ou antipsicóticos disponíveis - anteriormente chamados de tranquilizantes maiores - incluem fenotiazinas e outras drogas psiquiátricas⁵⁶. As fenotiazinas incluem Compazina (proclorperazina), Etrafon (antidepressivo mais Trilafon), Mellaril (tioridazina), Permitil (flufenazina), Serentil (mesoridazina), Stelazine (trifluoperazina), Thorazine (clorpromazina), Tindal (acetophenazina), Trilafon (perfenazina), e Vesprin (triflupromazina).

(*)

Other neuroleptics include Haldol (haloperidol), Inapsine (droperidol), Loxitane (loxapine), Moban (molindone), Navane (thiothixene), and Taractan (chlorprothixene).

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

(*)

“Atypical” or “second-or third-generation” antipsychotic drugs currently include Clozaril (clozapine), Risperdal and Risperdal Consta (risperidone), Seroquel (quetiapine), Zyprexa (olanzapine), Geodon (ziprasidone), Abilify (aripiprazole), and Invega (paliperidone, approved by the FDA in December 2006). Serlect (sertindole) was approved by the FDA in 1996 but never actually marketed in the United States because of later concerns over major cardiac effects. See Appendix A for a list of most antipsychotic drugs.

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 (aripiprazole), 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 (pimozide) is a neuroleptic that causes an especially high rate of adverse effects. In one clinical trial involving twenty patients, reported in the 1998 Physicians' Desk Reference [307], many of the patients suffered serious neurological impairments, including sedation (fourteen patients),

⁵⁵Adverse effects of neuroleptics on the central nervous system (CNS) are discussed extensively in Breggin (1983a [46], 1990 [48], 1991 [49], 1993 [52], 1997a [55]).

⁵⁶Os 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]).

akathisia or inner agitation causing hyperactive movements (eight patients), akinesia or slowed movements (eight patients), adverse behavior effects (five patients), and impotence (three patients). Orap was approved by the FDA for treating tics associated with Tourette's disorder, but not for treating psychosis. Nonetheless, the manufacturer, in its drug label, refers several times to Orap as an "antipsychotic", and some doctors use it for that purpose.

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), akatíisia ou agitação interna causando movimentos hiperativos (oito pacientes), acinesia ou movimentos lentos (oito pacientes), efeitos adversos de comportamento (cinco pacientes) e impotência (três pacientes). Orap 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 Orap como um "antipsicótico", e alguns médicos usam-no para esse fim.

(*)

Sertindole and ziprasidone are other atypical neuroleptics currently undergoing or having recently undergone the FDA approval process. These drugs are intended for use in the control of psychotic patients, usually those diagnosed with schizophrenia or acute mania.

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.

(*)

Neuroleptics have their main impact by blunting the highest functions of the brain in the frontal lobes and the closely connected basal ganglia. They can also impair the reticular activating or "energizing" system of the brain. These impairments result in relative degrees of apathy, indifference, emotional blandness, conformity and submissiveness, as well as a reduction in all verbalizations, including complaints or protests. It is no exaggeration to call this effect a chemical lobotomy.

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**.

(*)

Contrary to claims, neuroleptics have no specific effects on irrational ideas (delusions) or perceptions (hallucinations). Like all other psychiatric drugs, they have the same impact on healthy animals, healthy volunteers, and patients - namely, the production of apathy and indifference. They are even used in veterinary medicine to control violent animals. Most veterinarians, however, do not use them for long periods of time because they are considered too dangerous.

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.

(*)

All neuroleptics produce an enormous variety of potentially severe and disabling neurological impairments at extraordinarily high rates of occurrence; they are among the most toxic agents ever administered to people.

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

Tardive Dyskinesia Caused by Antipsychotics

(*)

Tardive dyskinesia (TD) is a common and yet potentially disastrous adverse reaction to all of the antipsychotic or neuroleptic drugs. TD involves irreversible abnormal movements of any of the voluntary muscles of the body. It commonly afflicts the face, eyes, mouth, and tongue, as well as the hands and arms, feet and legs, and torso. It can also affect breathing, swallowing, and speech. In some cases, spasms of the eyes are so severe that the person cannot see.

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.

(*)

One variant of TD is tardive dystonia, which involves painful spasms, often of the face and neck. Tardive dystonia can be disfiguring and disabling, potentially impairing even the ability to walk.

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.

(*)

Another variant of TD is tardive akathisia. The individual is virtually tortured from inside his or her own body as feelings of irritability and anxiety compel the person into constant motion,

sometimes to the point of continuous suffering. We agree with T. van Putten and S. Marder who observe that akathisia, “in the extreme case, can drive people to suicide or to homicide”⁵⁷.

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”⁵⁸.

(*)

Neuroleptics actually suppress the symptoms of tardive dyskinesia while the disease is developing. As a result, the afflicted individual, the family or the doctor may not recognize the impairment until the symptoms break through or until the drug dosage is reduced.

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.

(*)

The rates of TD are extremely high. Many standard textbooks estimate a rate of 5 percent-7 percent per year in healthy young adults. The rate is cumulative so that 25 percent-35 percent of patients will develop the disorder in five years of treatment. Among the elderly rates of TD reach 20 percent or more per year⁵⁹. For a variety of reasons, including the failure to include tardive akathisia in estimates, the actual rates are probably much higher for all patients⁶⁰.

As taxas de discinesia tardia são extremamente elevadas. Muitos livros-texto padrão estimam 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 ano⁶¹. Por várias razões, incluindo a falha de incluir akatisia tardia nas estimativas, as taxas de fato são provavelmente muito maiores para todos os pacientes⁶².

⁵⁷See also Breggin and Breggin (1994 [53]) and Breggin (1997a [55]) for discussions of violence against self or others from drug-induced akathisia.

⁵⁸Ver 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.

⁵⁹Pies (1998 [309], p. 117) cites a yearly incidence of 4-5 percent per cumulative year for most patients and 20 percent per cumulative year for the elderly. These figures are consistent with the American Psychiatric Association's (1980, 1992 [5]) task force reports on tardive dyskinesia. Bezchlibnyk-Butler and Jeffries (1996) [37] estimate that 37 percent of patients will develop TD in the first five years and 56 percent after ten years. Breggin (1991 [49], 1997a [55]) discusses the nature and incidence of TD in much more detail.

⁶⁰Many TD studies are conducted while the patient remains medicated, suppressing manifestations of the symptoms. Minimal or even mild cases are sometimes excluded from TD studies (as discussed in Breggin, 1991 [49]). And, as noted, studies often do not include data on tardive akathisia, which itself can occur at a high rate. Gualtieri and Sovner (1989) [191] estimate the prevalence of tardive akathisia at 13-18 percent and call it “a significant health issue”. Nonetheless, the drug companies have not included references to this disorder in the labels for neuroleptic drugs, and the FDA shows no signs of requiring such inclusion.

⁶¹Pies (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.

⁶²Muitos 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

(*)

We have seen the lives of numerous individuals and their families wrecked by tardive dyskinesia. In many cases, patients and their families were not informed by doctors about the dangers of TD⁶³. In other instances, several doctors - one after another - ignored obvious symptoms of the disorder. Often the drug dose was mistakenly increased instead of being reduced and stopped. The failure to stop the drugs at the first sign of the disorder resulted, in these cases, in painful, severely incapacitating, disfiguring twitches and spasms. The afflicted individuals were unable to work or to carry on a normal family or social life. Often they became depressed, felt humiliated by their physical appearance, and withdrew from loved ones.

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 tardia⁶⁴. 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

Neuroleptic Malignant Syndrome

(*)

Another disastrous reaction caused by neuroleptic drugs is neuroleptic malignant syndrome (NMS). Similar to viral brain inflammation (encephalitis), NMS is characterized by severe abnormal movements, fever, sweating, unstable blood pressure and pulse, and impaired mental functioning. Delirium and coma can also develop. NMS can be fatal, especially when doctors fail to recognize it in time. Patients who recover may be left with varying degrees of irreversible mental impairment as well as permanent abnormal movements⁶⁵. This drug reaction looks so “bizarre” that many doctors initially, and even persistently, attribute it to the patient’s “mental illness”. In such cases, of course, it will go untreated - with tragic results.

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

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.

⁶³Many of these cases were carefully investigated as part of Peter Breggin’s forensic work in medical malpractice and product liability suits.

⁶⁴Muitos destes casos foram cuidadosamente investigados como parte do trabalho forense de Peter Breggin sobre negligência médica e ações legais de responsabilidade iatrogênica de produto.

⁶⁵Discussed in Breggin (1997a [55]), pp. 49-51. See also Rosebush and Stewart (1989) [322].

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 permanentes⁶⁶. 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.

(*)

Although many doctors and even some textbooks say that neuroleptic malignant syndrome is “rare”, others such as A.F. Schatzberg, J.O. Cole, and C. DeBattista (1997) [331] give a more realistic estimate of 0.7 to 2.4 percent of hospital admissions treated with neuroleptics. The higher rate of 2.4 percent is probably the more accurate⁶⁷. The FDA considers a rate of 1 percent to be “common” or “frequent”. Like tardive dyskinesia, neuroleptic malignant syndrome may be caused by atypical antipsychotics. One review conducted in January 2003 located 68 published cases, most of which were caused by Clozaril, Risperdal, and Zyprexa (Ananth et al., 2004 [10]).

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 acurada⁶⁸. 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 (Ananth et al., 2004 [10]).

(*)

Using a low-end rate of 1 percent, Maxmen and Ward (1995 [267], p. 33) estimate that 1,000-4,000 deaths occur in America each year as a result of neuroleptic malignant syndrome. The actual number is probably much greater.

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.

(*)

If such high rates for a dangerous and disabling adverse reaction were reported in relation to drugs used in general medicine, such as antibiotics or blood pressure medication, they would probably be removed from the market. Vulnerable mental patients, by contrast, are purposely exposed to brain-damaging treatments such as electroshock, psychosurgery, and neuroleptics.

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 expostas à tratamentos mentais danosos como eletrochoque, psicocirurgia, e neurolépticos.

(*)

⁶⁶Discutido em Breggin (1997a [55]), pp 49-51. Veja também Rosebush e Stewart (1989) [322].

⁶⁷Addonizio et al. (1986) [2] reviewed the charts of eighty-two male inpatients in a psychiatric unit and found a 2.4 percent rate of diagnosed NMS.

⁶⁸Addonizio 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.

4.9 Psicoses induzidas pela abstinência de antipsicóticos

Antipsychotic Withdrawal Psychoses

(*)

A number of reports confirm that these drugs can cause very disabling withdrawal reactions, including irreversible psychosis (tardive psychosis) and irreversible deterioration of the mental processes (tardive dementia) (see Chapter 9). Tragically individuals treated for an acute and perhaps short-lived emotional disturbance can end up with a chronic drug-induced psychosis.

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

Other Harmful Antipsychotic Effects

(*)

Unexplained sudden death is another adverse effect of neuroleptic drugs, especially among chronically hospitalized patients. It may be due to an increased rate of convulsions, impaired swallowing reflex, or heart attacks caused by arrhythmias. These medications also reduce the capacity to handle heat, resulting in numerous deaths in urban centers during heat waves. Because people on neuroleptics are less sensitive to signals from their body, they may become dangerously ill before they realize it.

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.

(*)

All of the antipsychotics can cause a Parkinsonism syndrome, involving flattened emotions, stiff facial features, tremors, and a characteristic stooped and shuffling walk. The term akinesia, referring to the slowing down of emotions and movements, is used to describe an aspect of this syndrome. Antipsychotics can also produce acute and painful muscular spasms (dystonias) and very disturbing emotional agitation accompanied by a compulsive need to move about (akathisia). Studies indicate very high rates - sometimes exceeding 50 percent - for these acute adverse reactions. As we have described, such reactions can become permanent in a large percentage of patients.

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.

(*)

Although there is some variation among medications in this class, all of them can cause toxic psychoses with delirium, confusion, disorientation, hallucinations, and delusions. The atypical antipsychotics are no exception. One article published at the time Abilify (aripiprazole) first appeared on the United States market in 2004 described four cases of exacerbation of psychosis after starting on this drug. The report bears the unusually informative title “Aripiprazole possibly worsens psychosis” (Ramaswamy et al., 2004 [314]). Invega (paliperidone) was recently approved by the FDA. The agency described the drug as a new molecular entity, meaning that its active substance has never been approved for marketing in the United States. Nonetheless, every person who has ever taken Risperdal has had Invega coursing through his or her body - because Invega is simply the main active metabolite of Risperdal, on the market since 1994. Invega is now described in some publications as a unique antipsychotic, but many if not all of Risperdal’s adverse effects can be expected to occur with Invega.

Embora haja alguma variação entre os medicamentos desta classe, todos eles podem causar psicose tóxicas com delírio, confusão, desorientação, alucinações e delusões. Os antipsicóticos atípicos não são exceção. Um artigo publicado na época que Abilify (aripiprazol) 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 incomumente informativo: “Aripiprazole 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.

(*)

Probably all antipsychotics can also cause depression; Prolixin, in the long-acting intramuscular form, appears to be a special offender in this regard. Most of them can cause sedation and fatigue, seizures, weight gain, dangerous cardiac problems, hypotension (especially upon the patient’s attempt to stand up), a variety of gastrointestinal problems such as paralysis of the bowels, hormonal abnormalities including swelling of the breasts and even lactation, sexual dysfunctions, disfiguring facial hair growth, skin rashes and sensitivity to sunlight, eye disorders, allergic reactions that can become serious, and disorders of body temperature regulation that can lead to fatalities on hot days.

Provavelmente todos os antipsicóticos também podem causar depressão; Permitil, na forma intramuscular 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.

(*)

Most neuroleptics can also cause bone marrow suppression (agranulocytosis or aplastic anemia), involving immunological suppression and the risk of serious, intractable infections. Though seemingly rare, except in the case of Clozaril, these blood disorders are potentially lethal. Families need to be alert to early signs, such as elevated temperature, and immediately seek medical evaluation, including a blood count. Unfortunately, many different kinds of psychiatric drugs can cause bone marrow suppression.

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.

(*)

Although the reader may be feeling overwhelmed by the data presented thus far, this summary has only touched on the enormous range of often serious adverse effects associated with neuroleptics. These drugs subject almost every system of the body to impairment. Research, including a recent study, indicates that these drugs are toxic to cells in general⁶⁹.

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 geral⁷⁰.

(*)

Anyone, as well as their relatives and friends, taking these drugs should review the adverse effects listed in the Physicians' Desk Reference [Referência de Mesa dos Médicos] and other sources.

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, and Haldol essentially pose the same dangers as the phenothiazines, especially in regard to tardive dyskinesia and neuroleptic malignant syndrome. Haldol and Orap are especially prone to causing severe and painful neurological problems.

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.

(*)

⁶⁹Discussed in Breggin (1997a [55]), p. 67. Recent research includes Inuwa et al. (1994) [209].

⁷⁰Discutido em Breggin (1997a [55]), p. 67. A pesquisa recente inclui Inuwa et al. (1994) [209].

The atypical antipsychotics, touted for the past decade as breakthrough drugs in terms of improved efficacy and superior safety are not so atypical after all. All of these drugs have been shown to cause the range of neurological and psychological disorders associated with the other neuroleptics (antipsychotics) including tardive dyskinesia and neuroleptic malignant syndrome (see Chapter 9). One careful review concludes that “atypical antipsychotics continue to have notable risks of [abnormal movement disorders], particularly akathisia” (Shirzadi and Ghaemi, 2006 [344]). One of their best-documented adverse effects is commonly called “metabolic syndrome”, which consists of abnormal sugar and/or insulin metabolism, weight gain, elevated cholesterol levels, and high blood pressure. Approximately 50 percent of patients on atypicals gain an average of 20 percent of their weight (primarily fat), and some gain much more. Weight gain can predispose individuals to various problems, including coronary artery disease, high blood sugar, and sleep apnea. In addition, atypical drugs are relatively stimulating drugs with a tendency to cause agitation and other behavioral abnormalities.

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.

(*)

Clozaril (clozapine) is a more sedating drug than most in this class. Many patients who take it can expect to become lethargic, subdued, and sleepy. Some reports indicate that it can cause obsessive-compulsive disorder (OCD). Among antipsychotics it also has a special reputation for causing withdrawal problems, including agitation, anxiety and toxic psychosis (see Chapter 9).

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).

(*)

Clozaril has many adverse effects, including low blood pressure and a 4-5 percent rate of seizures, especially at higher doses. Although we found only one published case of TD due to Clozaril, the FDA requires that the drug carry the standard class warning for TD. The drug’s pharmacological actions are consistent with the production of this disorder. In addition, Clozaril is known to cause neuroleptic malignant syndrome, the more drastic and potentially lethal acute neurological impairment associated with neuroleptics.

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 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.

(*)

Clozaril also poses a special danger of bone marrow suppression, which is potentially fatal. In such cases, the immune system is compromised, leading to fatal infections. Rates approach 1 out of 100 patients. Years ago, this drug was banned in some European countries because it caused so many fatalities; but the escalating power of drug companies subsequently led to its approval by the FDA. Patients and families should seek immediate medical attention if a fever or other signs of infection develop during the administration of any neuroleptic drug, especially Clozaril.

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.

(*)

The neuroleptics or antipsychotics are extraordinarily dangerous drugs. If they were not highly profitable drugs used to control a rather helpless, stigmatized, or troubling population, often including involuntary patients, these drugs would not be so freely prescribed. They might even be taken off the market.

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

Medications Used to Treat Drug-Induced Abnormal Movements

(*)

This category comprises Symmetrel (amantadine), Sinemet (carbidopalevodopa), Cogentin (benztropine), Akineton (biperiden), Kemadrin (procyclidine), Artane (trihexyphenidyl), and Parsidol (ethopropazine).

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

(*)

Here we describe various drugs used to treat the abnormal movements that are produced during treatment with the neuroleptics. Although they are often effective in reducing some of these acute neurological reactions before they become permanent, they may increase the likelihood that the neurological impairments will become permanent in the form of tardive dyskinesia. Once tardive dyskinesia develops, they can worsen it.

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.

(*)

All of these drugs can also cause a range of effects described as anticholinergic, because they suppress the function of the neurotransmitter acetylcholine. Anticholinergic effects include potentially severe constipation with bowel obstruction and difficulty urinating, dry mouth, blurred vision, light sensitivity, dizziness, and stomach upset. The drugs can also worsen glaucoma.

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.

(*)

The use of these drugs is hazardous in psychiatry because they can mimic symptoms of severe psychiatric disorders, including toxic psychosis, delirium, confusion, excitement, euphoria or giddiness, hallucinations and delusions, insomnia, paranoia, agitation, depression, apathy or listlessness, and bizarre behavior. They can also cause more subtle interference with memory and thinking processes. Although no studies of this phenomenon have been conducted, we agree with other clinicians who believe that these drugs may cause irreversible mental deterioration when used over the long term.

O uso dessas drogas de drogaria é perigoso na psiquiatria, porque elas podem imitar os sintomas de distúrbios psiquiátricos severos, 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.

(*)

Neuroleptic malignant syndrome has been reported in connection with Symmetrel and Sinemet. Because both of these drugs bring about their impact by stimulating dopamine, they can also cause twitches, spasms, and other involuntary movements (dyskinesias).

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.

(*)

Although it is common practice to combine these anticholinergic drugs with neuroleptics and antidepressants, which often share their anticholinergic action, we have seen severe toxic psychoses develop under these conditions. The neuroleptics with especially strong anticholinergic tendencies include Thorazine and Clozaril, followed by Serentil, Mellaril, and Orap. Tricyclic antidepressants with strong anticholinergic effects include Elavil and Vivactil, followed by Anafranil, Trazodone, Surmontil, and Tofranil.

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 Anafranil, Trazodone, Surmontil e Tofranil.

(*)

4.12 Drogas psiquiátricas durante a gravidez e amamentação

Psychiatric Drugs During Pregnancy and Nursing

(*)

Now that we have reviewed many of the dangers associated with taking psychiatric drugs, it should be apparent that the fetus or infant needs maximum protection from these agents. Lithium, as already noted, causes heart malformations. It is contraindicated in pregnancy. But parents should be very cautious about exposing the unborn or the newborn to any psychoactive medications.

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.

(*)

All psychiatric drugs cross the placenta and enter into the fetal blood stream. They do so “readily rapidly, and without limitation”⁷¹. Once the drug has entered the fetal bloodstream, it has easy access to the brain. Furthermore, after the child is born, the child’s liver will have less capacity than the mothers to metabolize or break down the drug, increasing the length of time it will remain present and active in the newborns body⁷².

Todas as drogas psiquiátricas atravessam a placenta e entram na corrente sanguínea fetal. Elas fazem isso “prontamente, rapidamente, e sem qualquer limitação”⁷³. 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-nascidos⁷⁴.

⁷¹The quote is from Julien (1997) [218], p. 16.

⁷²Julien (1997) [218], p. 21. Also see Stowe, Strader, and Nemeroff (1998) [355], p. 981.

⁷³A citação é de Julien (1997) [218], p. 16.

⁷⁴Julien (1997) [218], p. 21. Veja também Stowe, Strader, e Nemeroff (1998) [355], p. 981.

(*)

Psychoactive substances can also pass to the infant through the mothers milk, although the concentrations may be higher or lower than those in the mothers blood. For example, the plasma level of clozapine in fetal blood exceeds that in the mother. But regardless of the relative tendency of the drugs to cross into the fetal blood stream, nursing mothers should avoid exposing their unborn infants to such toxic substances with their harmful effects on multiple organ systems. In addition, after birth the infants immature liver will be less able to metabolize or break down whatever amount of drug remains in its body. Some drugs ingested by a nursing mother, such as lithium, can make the infant become flaccid. Other drugs, such as valproic acid (Depakene), can make the infant hyper-excited and may cause brain dysfunction detectable up to six years later (Koch et al., 1996 [234]). Special caution should be shown in the first trimester, when malformations are most commonly caused by toxic agents. The use of all psychiatric drugs should be avoided during pregnancy⁷⁵. See Chapter 9 for a discussion of drug withdrawal reactions in neonates whose mothers took antidepressants during pregnancy.

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-excitada 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 gravidez⁷⁶. Veja o Capítulo 9 para uma discussão sobre as reações de abstinência destas drogas em recém-nascidos cujas mães consumiram antidepressivos durante a gravidez.

(*)

To date, the FDA has not approved any psychiatric drug for use during pregnancy or lactation. Some physicians try to reassure pregnant or nursing mothers about their baby's safety while they are taking psychiatric drugs. But there is no scientific basis for offering this reassurance in regard to any drug that affects the brain.

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.

(*)

There are many reasons not to start taking psychiatric drugs and many reasons to stop taking them once you have begun. The choice to taper off or to stop a drug is a personal one; but ideally it should be made with the help of an experienced clinician who can provide advice about strategies to

⁷⁵The hazards of various psychiatric drugs to the fetus are discussed in Stowe, Strader, and Nemeroff (1998) [355].

⁷⁶Os perigos, de várias drogas psiquiátricas para o feto, são discutidos em Stowe, Strader, e Nemeroff (1998) [355].

make withdrawal as safe as possible. Unhappily it is often difficult to find health professionals who do not advocate such drugs and who know how to withdraw patients from them. We know that this book has helped to inform many people and the health professionals with whom they are working.

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.

(*)

Our approach is based on the principle that individuals and families have the right to make their own decisions about psychiatric drug use. But, equally important, we believe that informed decisions can be made only on the basis of full disclosure, including critical viewpoints from experts who do not advocate drugs. In Chapters 3 and 4 we have examined some of the physical dangers of psychiatric drugs. In the next chapter, we look at the psychological and moral hazards of relying on these mind-altering agents.

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.

(*)

Capítulo 5

Razões Pessoais e Psicológicas para Não Usar Drogas Psiquiátricas

Personal and Psychological Reasons for Not Using Psychiatric Drugs

(*)

We have now reviewed many of the medical hazards associated with taking psychiatric drugs. This chapter examines the personal, psychological, and philosophical reasons you may have for limiting or rejecting the therapeutic use of psychoactive agents.

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

A Natural Aversion to Taking Mood-Altering Drugs

(*)

In our workshops and other contacts with the public, we find that most people have a natural aversion to tampering with their brain function by ingesting psychoactive drugs, especially as a method of dealing with long-term problems. And if they do accept prescribed psychiatric medications, they generally want to limit the duration.

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.

(*)

People who use recreational drugs do not generally view them as “therapeutic”. Rather, they tend to use these substances for relaxation or socializing. Even those people who do take them to relieve anxiety, depression, or mood swings are not likely to consider this a satisfactory solution. Instead, they are likely to see their drug use as a bad habit. Most people feel the same way about using psychiatric drugs, many of which are similar or identical to recreational drugs.

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

Other Common Concerns About Taking Psychiatric Drugs

(*)

You may wonder if any improvement you felt from taking drugs was caused by the drugs themselves or by personal changes you made in your life. Or you may instead, be feeling worse and worse on the drugs and wonder if they aren’t part of the problem. The title of a recent book consisting of in-depth interviews of antidepressant users says it well: *Is It Me or My Meds?* (Karp, 2006 [220]). In the meantime, your doctor may be suggesting that you need larger doses or additional medications, while you suspect that you need to reduce them or to get off them entirely.

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.

(*)

You may believe that being “drug-free” will help you benefit more from therapy or other forms of help. You may also believe that it will help you to feel more in charge of yourself, to evaluate your mental state, to get in touch with your deeper spiritual resources, to live a healthier lifestyle, and to find for yourself what really matters in your life.

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.

(*)

You may wonder if psychiatric drugs are causing some of your problems, such as memory and concentration difficulties, headaches and stomachaches, sleep problems, bladder and bowel dysfunctions of various kinds, skin problems, sexual dysfunctions, weight loss or gain, tiredness or apathy, anxious or depressed feelings, irritability and impatience. You may need to stop taking all psychiatric drugs to sort out the causes of these problems.

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.

(*)

You may be realizing that psychiatric drugs, like alcohol or marijuana, can interfere with your ability to appreciate your mental condition. Perhaps you are suffering less but at the cost of feeling emotionally or mentally dulled and physically fatigued.

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.

(*)

After taking drugs for many months or even years, you may be concerned that they could be doing more harm than good. Having found that there are few studies about long-term risks, you may want to avoid the potential dangers.

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.

(*)

You may now suspect or realize that your past failures at stopping psychiatric drugs had more to do with their withdrawal and rebound effects than with your own emotional or psychiatric problems.

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.

(*)

If you are a woman who is preparing to become pregnant, already pregnant, or nursing, you definitely should consider stopping all psychiatric drugs. This subject was discussed in Chapter 3. Keep in mind that the absence of obvious deformities in a newborn cannot be considered proof that a particular drug was safe; modern science lacks the capacity to test for subtle kinds of damage to the growth and development of children's brains. Nevertheless, common sense and an elementary

knowledge of developmental neurology indicate multiple potential dangers from exposure of the fetus to psychiatric medications.

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.

(*)

Similarly, you should make sure that you aren't taking a drug that could damage your genes. In this respect, too, negative test results cannot be taken as proof that genetic damage won't occur. In Chapter 4 we mentioned earlier findings of genetic damage in children following treatment with Ritalin, as well as some experts' suggestion that irreversible sexual adverse effects from the use of SSRIs may reflect genetic damage.

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.

(*)

Even if you don't plan to stop altogether, you may want to reduce your medication dose or the number of medications you are taking. As you may now realize, few drugs are approved or fully evaluated in combination with other drugs; so, by taking more than one drug at a time, you essentially become an experimental subject.

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”

Convincing You That You're “Mentally Ill”

(*)

In recent years, the *National Institute of Mental Health* (NIMH) has been collaborating with drug companies to promote psychiatric medications. By calling its campaigns “Anxiety Awareness Week”

or “Depression Awareness Week”, it gives them a seemingly benign “educational” aura. Meanwhile, the drug companies themselves have helped to finance these activities.

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.

(*)

Some of these companies advertise directly to the public to convince people that they are depressed or “bipolar” and thus “need” drugs. Direct-to-consumer advertising of prescription drugs (on television, in newspapers and magazines, and on the Internet) increased by almost 30 percent per year between 1996 and 2001, to a whopping \$2.7 billion, and it was estimated to reach \$7.5 billion in 2005¹. As Washington Post writer Peter Carlson (1998) [83] has commented:

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 2005² Como o escritor Peter Carlson do jornal Washington Post (1998) [83] comentou:

(*)

My favorite drug ad is for an anti-anxiety medicine called BuSpar. The headline asks. “Does your life have signs of persistent anxiety?”

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?”

(*)

“Of course it does”, I replied: “I’m the parent of a teenage girl”.

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

(*)

Unfortunately, BuSpar has some side effects that could tend to cause persistent anxiety - hallucinations, seizures, stupor, rectal bleeding, hair loss, hiccups, and a “roaring sensation in the head”.

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”.

(*)

¹“Impact of Direct-to-Consumer Advertising” (2003).

²“O Impacto da Publicidade Direta ao Consumidor” (2003).

The notion that “mentally ill” people need medications is also promoted by drug company-sponsored “consumer” groups such as the *National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)* and *Children and Adults with Attention Deficit Disorder (CHADD)*, and of course by government-sponsored organizations like the *National Institute of Mental Health*. These groups hold national meetings that bring together drug advocates to talk directly to consumers. They also put out newsletters and other information that praise medications. Sometimes they actively suppress viewpoints that are critical of drugs - for example, by discouraging the media from airing opposing views.

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.

(*)

One effective marketing technique involves the attempt to convince people that they now need the very product that has just been created. Indeed, just as clothing manufacturers spend millions of dollars trying to convince people that they need new clothes to remain stylish, drug companies are invested in convincing people that they need psychiatric medications - because they have “mental disorders”. This is often called “disease mongering”³.

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”⁴.

(*)

Some people, when they first hear about a “disease”, begin to fear that they are “ill”. For example, it’s well known that medical students tend to think that they are developing one or more of the diseases that they have read about or observed during their training. Governmental and drug company-driven “awareness” campaigns play on this natural human vulnerability. There is hardly a person alive who doesn’t experience moments or even hours and days of anxiety depression, or other emotional “symptoms”, making it easy for drug advocates to claim, for example, that half of all Americans will suffer a psychiatric disorder at some time in their lives. In actuality however, these campaigns - including the ones directed to depression and anxiety - are stigmatizing and demoralizing people, who, in turn, end up believing that they must have a mental illness.

³The peer-reviewed journal PLOS Medicine published in 2006 a collection of six articles on disease mongering, three of which discuss how pharmaceutical companies “sell” ADHD, bipolar disorder, and sexual dysfunction in males and females. Freely available at: www.ploscollections.org/downloads/plos_medicine_diseasemongering.pdf

⁴O 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” DDA (TDAH) (Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção), desordem bipolar, e disfunção sexual em machos e fêmeas. Livremente disponível no endereço: www.ploscollections.org/downloads/plos_medicine_diseasemongering.pdf

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 de 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.

(*)

Its all a matter of definition - of naming and labeling. When emotional discomfort or suffering is defined as a “disorder”, it creates business for doctors and drug companies. The campaigns to promote “mental illness” have been so successful that, within a matter of a few years, millions of Americans have come to believe that they have “biochemical imbalances”, “panic disorder”, or “clinical depression”, and that their children have “ADHD”, and bipolar disorder, and oppositional defiant disorder.

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 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.

(*)

As a result of successful marketing campaigns, consumers tend to identify trade names with generic products. We ask for a Kleenex when we mean any brand of soft facial tissue. We ask for a Xeroxed copy when we mean a “photocopy”. And we speak of the “Prozac nation” when referring to antidepressants or even psychiatric drugs in general. This identification of Prozac with “antidepressants” has led doctors and patients alike to think of it as their first choice among drugs.

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.

(*)

You may have started taking psychiatric drugs because you thought, or were told, that you had “panic disorder”, “clinical depression”, or some other supposed manifestation of a “biochemical imbalance”. Now, however, you may be wondering if you were actually experiencing understandable reactions to stress, disappointment, loss, or frustration in your life. You may have begun to doubt the validity of national campaigns to convince Americans that they are mentally ill and in need of

drug company products. And as a part of your growing skepticism, you may be questioning whether you should be taking psychiatric drugs after all.

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

Defining Intense or Painful Emotions as Illness

(*)

When you have tried to stop taking drugs, your emotions may have become much stronger than you anticipated. You may have felt as though you were on an emotional roller coaster. Psychiatry and the pharmaceutical industry have successfully defined intense and painful emotions as “illnesses” or “disorders”. But intense and painful emotions are better understood as distress signals.

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.

(*)

If you were marooned on an island, you might Hail your arms wildly in the direction of any passing ship. You might scream and shout as well. You would probably try almost anything to draw attention to yourself - to compel a response to your desperate plight and your need for rescue. When you express anguished feelings, you are sending emergency signals that need to be heeded, not suppressed.

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.

(*)

Phrases like “panic disorder” and “clinical depression” are intended to give a medical aura to powerful emotions. In effect, however, they stigmatize such emotions. They make strong emotions seem dangerous, pathological, unnatural, or out of control. But especially strong emotions are

better seen as strong signals, sent by an especially powerful soul in need of new direction or special fulfillment.

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.

(*)

Even when you feel overcome or swept away by an emotion, you need not do something right away to stop the emotion. You can learn to have feelings without being driven to do anything about them.

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.

(*)

When you suppress strong feelings by rejecting them or by drugging them into oblivion, you essentially blind yourself to your own psychological or spiritual state. You are left to blunder about in the dark without direction. The feelings may later burst out of control in some grossly harmful way. Or they may remain submerged, sapping your strength. And with your distress signals suppressed, you may remain indefinitely marooned or trapped.

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 erratically no escuro, sem direção. Os sentimentos podem depois estourar, fora de controle, de alguma forma grosseiramente prejudicial. Ou eles podem permanecer submersos, minando a sua força. E com os seus sinais de aflição reprimidos, você pode permanecer indefinidamente abandonado ou embaraçado.

(*)

Many people have succumbed to the prodrug propaganda barrage. It is hard to sustain faith in ones own judgment when confronted by a public relations onslaught from the pharmaceutical industry organized medicine and psychiatry government agencies, private foundations, and the media. As we noted in our introductions, this tide sometimes seems to be turning, as more and more Americans realize that biological psychiatry has simply not delivered on its promises. Still, selling psychiatric drugs is huge business in America today; and we do not expect a sharp curtailment in the sale of psychiatric drugs in the near future.

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

How Psychiatry Takes Advantage

(*)

When people seek psychiatric or psychological help, they usually fear that their own resources are failing them. Often they feel frightened and helpless in the face of internal conflicts or external stresses. Misgivings and even embarrassment may accompany their decision to seek help. “I wanted to handle my problems on my own”, new patients or clients are prone to say.

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”.

(*)

Often they believe that “there’s something wrong inside my head. I can’t think straight. I can’t control my emotions”. Irrational thoughts or feelings may seem to arise out of nowhere, making them feel vulnerable to forces beyond their control.

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.

(*)

In psychology there is a useful concept called “locus of control”. People who seek help from mental health professionals often believe that the locus of control in their lives lies outside themselves. They may feel at the mercy of their spouse or parents, or even their own children. They may feel helpless in regard to work. Or they may feel overwhelmed and no longer in charge of themselves or their lives.

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.

(*)

Too often, all this is made worse when people seek help from a psychiatrist. First, they receive a medical-sounding diagnosis. Often they are told that they have “panic attacks” or “obsessive-compulsive disorder” or “major depression” or “manic-depressive (bipolar) disorder”. Immediately this label confirms their feelings of helplessness. The locus of control moves further away into the hands of “the doctor”.

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”.

(*)

Psychiatric diagnosis, a system of thought that is alien to individuals everyday sense of themselves, is imposed from the outside. Being diagnosed implies that the problem is a disorder or even a brain disease inside them, yet totally beyond their control. It's inside them, even a part of them, but they can't do anything about it except to take the prescribed medication. Essentially then, they are being informed that, like a brain tumor, their painful feelings cannot be controlled or modified by personal understanding or efforts. The original feelings of helplessness and "being out of control" are now confirmed by an official medical diagnosis.

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 informados 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.

(*)

Often patients are told, "It's biological and genetic". Never mind that there's no substantial evidence that any psychiatric diagnoses have a physical basis; the pronouncement is made with such certainty and authority that the patients are likely to believe it. Besides, they have heard the claim repeated time and again in the major media.

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.

(*)

The process of diagnosis thus takes advantage of patients worst fears about themselves. It confirms self-destructive thoughts about "being out of control", "being sick", "being unable to help themselves", "being at the mercy of forces beyond their control". Intentionally or not, the process of psychiatric diagnosis manipulates the patients feelings of personal helplessness.

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.

(*)

Nowadays, a diagnosis is often immediately followed by a prescription for psychiatric medication. Unfortunately the offer of a drug moves the locus of control further away from the individual. It is the ultimate symbolic gesture that places the authority in "the doctor" and, even more impersonally in "the pill".

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".

(*)

The pharmacological effect of the drug takes the dehumanizing process another giant step further. The drug impairs mental function, reinforcing the patients sense of feeling helpless and in need of medical supervision. As a result, they become even less able to take charge of their life in new and creative ways.

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.

(*)

Biological psychiatry takes advantage of patients worst fear - that they are emotionally helpless. Biological psychiatry further undermines their sense of personal efficacy replacing it with reliance on the doctor and drugs. The locus of control, already shaky in people who are seeking help, is wholly shifted to the doctor. Then, as the drugs impair the mental function of the patients, they become increasingly dependent on the doctor⁵.

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 pela 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 doutor⁶.

(*)

5.6 Boa terapia versus diagnóstico psiquiátrico e medicação

Good Therapy Versus Psychiatric Diagnosis and Medication

(*)

Good therapy or counseling does not reinforce clients' feelings of helplessness and indecision. Instead, and in contrast to the traditions of biological psychiatry it aims to inspire clients with the capacity to take charge of their own lives. Toward this end, nothing is more important than the therapist's ability to be empathic and caring - to bring a compassionate spirit into the therapy⁷.

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

⁵See Breggin (1983b [47], 1997a [55]) for a more detailed description of this process of "iatrogenic helplessness" - the reinforcement of denial in patients by causing brain damage or dysfunction through drugs, electroshock, or psychosurgery combined with the doctors own denial of both the patients' problems and their iatrogenic brain dysfunction.

⁶Ver 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.

⁷Empathy in therapy is the subject of *The Heart of Being Helpful* (Breggin, 1997b [56]).

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 terapia⁸.

(*)

Instead of emphasizing “pathology” or “mental illness”, counseling and therapy should empower clients to draw on their own human potential and natural assets. Unfortunately; however, this approach is being corrupted as “talking therapists” increasingly turn to psychiatrists for medical solutions to the problems they face in working with more difficult or challenging clients.

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.

(*)

Counselors and therapists should encourage their clients to reestablish the “locus of control” within themselves. They should also strengthen their clients, sense of personal autonomy, self-understanding, and decision making. But these ends cannot be achieved through diagnosis and medication. On the contrary diagnosis and medication push the patient toward reliance on “expertise”, on interventions that originate from the outside and lie beyond their control.

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

Maintaining Your Mental Faculties

(*)

When faced with emotional difficulties, we are often tempted to dull or delay our suffering by impairing our brain function. Toward this end, we may use cigarettes, alcohol, marijuana, or other substances. We may exhaust ourselves with work, sex, or sports. Or we may turn to excessive eating or television watching.

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.

⁸A empatia na terapia é o tema do livro “*The Heart of Being Helpful [O Coração do Ser Ajudante]*” (Breggin, 1997b [56]).

(*)

By the time we seek help from a mental health professional, we may believe we've been drained of personal resources. We may feel as though we've suffered too much or that we've exhausted our capacity to deal with life or at least with certain important problems. Or we may feel "burned out", as though we've blown a fuse or worked our minds to death. At such times it is indeed tempting to seek a solution that requires minimal mental or emotional work to dull our pain.

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

(*)

Yet this option, despite its short-term attractiveness, inevitably becomes self-destructive. When we are facing a personal crisis, whether acute or chronic, we need all of our brain power, all of our mental acuity, all of our ability to feel and to think. Instead of dulling our pain by suppressing our emotional signals, we need to be more aware of them and better able to understand them. Only then can we adopt better solutions to our conflicts and problems.

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

Being in Touch with Your Feelings

(*)

Many people intuitively recognize that taking psychiatric drugs can put them out of touch with their feelings. They want to have a clear brain and mind, even if it means experiencing painful emotions.

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.

(*)

Drug effects, in lay terms, are "artificial". Many individuals understandably want to learn to conduct their lives without being under the influence of drugs that affect the mind and spirit, creating artificial tranquilization or euphoria.

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.

(*)

Taking psychiatric drugs can make it very hard to know what you are really feeling. You may have felt better at first while taking an antidepressant, stimulant, or tranquilizer; but now you wonder if the improvement was due instead to your own personal efforts at improving your life or perhaps to changes in your circumstances or even the passage of time. Or you may feel as though you're getting worse while taking the drugs but you don't know why. Which is the culprit - the drugs themselves or the unresolved emotional problems and continuing stresses in your life? Or are the drugs preventing you from getting even worse than you already feel? Your doctor is likely to tell you that you need an increased dose, a newer drug, or a combination of several medications to help you feel better, but you have your doubts.

Consumir drogas psiquiátricas pode tornar muito difícil, para você, saber o que realmente tu estás 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.

(*)

When you are taking psychiatric drugs, it becomes difficult to recognize your own feelings and to figure out their source. You may not even know how confused you are about your emotional ups and downs until you stop taking drugs that affect your feelings.

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 seus altos e baixos emocionais, até parar de consumir estas drogas que afetam seus sentimentos.

(*)

Feelings are the signals by which we guide our lives. If we are happy the positive feeling can confirm that we are on the right track. If we are persistently sad, lonely, depressed, anxious, or angry, the negative feeling can be an important signal that something is the matter. Of course, it can be very difficult to know ourselves well enough to interpret and act on these signals. But without our emotional signals, we are guaranteed not to fully experience or to make progress with our lives.

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.

(*)

Psychiatric drugs blunt and confuse these essential emotional signals. Our emotions depend on our brain function, and the brain is an intricate, delicate organ that can easily be thrown out of whack by drugs.

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.

(*)

Sometimes drugs give us “false positive” signals, such as an artificial high or euphoria. When euphoric, we may remain stuck in unsatisfactory frustrating situations or take unrealistic or even grandiose risks.

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.

(*)

Sometimes drugs give us “false negative”, signals, making us feel depressed, disappointed, out of sorts, or even suicidal or violent. Since the tendency is to try to attribute our negative feelings to something or someone, these false negative signals can lead us to take very irrational and destructive actions such as hurting a loved one.

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.

(*)

Getting in better touch with our real or genuine feelings is one of the most important reasons to stop taking drugs. The concluding chapter further describes how clients and therapists can work together to overcome emotional crises without resort to drugs.

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

The Placebo Effect

(*)

Faith or expectation plays a key role in how we respond to medications. Regardless of the cause of our suffering or the real effectiveness of a particular drug, most of us feel better for a short time, at least, when we are given a drug that's supposed to be helpful.

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.

(*)

Many patients with severe pain due to cancer or to physical injuries feel better for a while after an injection of plain sterile water if they are told it is a pain killer. Similarly, in clinical drug trials, forty percent or more of patients with anxiety or depression commonly feel better when given a sugar pill that they are told will be helpful to them. If the conditions are right - that is, if the patients have a lot of faith in what they are being given - a sugar pill may produce emotional improvement in 60 to 90 percent of patients. This is the placebo effect - improvement that comes from a positive expectation or faith in the drug or the doctor rather than from any chemical impact of the substance⁹.

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 substância¹⁰.

(*)

The placebo effect can be helpful. The lowly sugar pill, which rarely causes any physical harm but can relieve physical or emotional suffering, has the best risk/benefit ratio in biopsychiatry. The placebo effect also explains much of the effectiveness of psychiatric drugs. However, when an individual attributes improvement to the physical characteristics of a pill, and to the expectation that it will work, that person's belief in his or her own psychological or spiritual power can be undermined. This experience can encourage reliance on the pill rather than on personal efforts.

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.

(*)

⁹For a discussion of placebos, including the highly variable and sometimes extremely high rates of placebo effect, see Fisher and Greenberg (1989) [153].

¹⁰Para uma discussão dos placebos, incluindo as taxas altamente variáveis e por vezes extremamente elevadas do efeito placebo, ver Fisher e Greenberg (1989) [153].

Drugs like the SSRIs can become souped-up, high-power placebos. They receive so much hype from the media, and from drug company promotionals, that the expectation of help becomes enormous. The anticipation of relief can produce a relief - because of the expectation that we will feel better.

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.

(*)

Whether the placebo effect takes place in response to a widely advertised antidepressant or to a sugar pill, it may create the false impression that emotional problems originate from physical causes and the false expectation that chemicals are the answer to personal problems. The placebo effect is complicated but it clearly demonstrates the power that people have over their own emotional state, given the proper encouragement. But people don't know that they are experiencing a placebo effect. To the extent that they think they're responding to the chemical impact of the drug upon their brains, they may become further convinced that control over their lives lies outside themselves and in the medication.

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.

(*)

When people mistakenly believe that they are being helped by a drugs chemical effect, they develop distorted ideas about how to live their lives. Instead of recognizing the power of hope, faith, or optimism in their lives, they give false recognition to the power of drugs. Instead of developing more effective ways of living that would provide more genuine, realistic, and lasting results, they pop a pill. Bolstered by the initial placebo effect, many patients go for years trying one and then another pill to meet their needs, rather than improving their lives through self-understanding and better principles of living.

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 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

Psychological Dependence on Drugs, Doctors, and Medical Solutions to Personal Problems

(*)

Psychological dependence on drugs tends to undermine our self-esteem, confidence, will power, and sound principles of living. We turn to doctors and drugs instead of more personal resources such as self-insight, personal responsibility, love, family life, creative work, and improved principles or ethics.

A dependência psicológica nas drogas psiquiátricas tende a minar a nossa auto-estima, confiança, força de vontade, e princípios de vida importantes. Voltamo-nos 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.

(*)

As a larger problem, the use of drugs furthers dependence on physicians and on their medical approach to solving essentially psychological, social, economic, and spiritual problems such as feeling depressed or anxious. This dependence, in turn, alienates us from the most important sources of human wisdom, as well as from other human services, as sources of strength and direction.

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

Learning to Live Without Drugs

(*)

Advocates of psychiatric drugs often claim that the medications improve learning and the ability to benefit from psychotherapy, but the contrary is true. There are no drugs that improve mental function, self-understanding, or human relations. Any drug that affects mental processes does so by impairing them.

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.

(*)

Once again, this principle may be best understood in relation to people who use so-called recreational drugs. Many individuals drink alcohol, smoke marijuana, or take other nonprescription drugs to “get through the day”, to “handle work stress”, or to “relate better”. When people stop using alcohol or street drugs long enough to recover somewhat from their effects, they are likely to discover that these psychoactive substances were actually retarding their ability to handle life. While influenced by the drugs, they mistakenly accepted or adapted to a lower level of mental and social functioning. Now they must learn how to deal with life all over again with a drug-free mind. After many years of impaired functioning under the influence of marijuana or alcohol, they may need many months or even years of drug-free living to learn how to deal with life with a fully functioning brain.

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.

(*)

Patients who have been taking psychiatric drugs for years at a time may face the same problems as recovering alcoholics or marijuana users. Under the influence of drugs, they adapted to stress, conflict, and challenge by increasing the doses of these drugs rather than by increasing their capacity to live. And when negative emotions became overwhelming, they dulled them rather than learning to harness them in creative ways. When psychiatric drugs are stopped, these emotions may soon come roaring back to life - but without the experience required to understand and to channel them.

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.

(*)

This problem is tragically apparent in children who grow up on psychiatric drugs, such as stimulants and antidepressants, and who may never mature in a normal fashion. Much like illicit psychoactive drugs, psychiatric medications can retard the psychological and social development of children.

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.

(*)

The long-term use of psychiatric drugs tends to teach people how to relate at a lower emotional, psychological, and cognitive level. Then, when the drugs are stopped, there is a gradual, growing realization that they have been functioning despite these drug-induced impairments. It can take time and help from others to learn to live with an unimpaired brain and the increased awareness and emotional responsiveness that follow.

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

Why Doctors Tell Their Patients So Little

(*)

Time and again, we are shocked at how little doctors tell their patients about the psychiatric drugs that they so freely prescribe for them. Most people are fumbling in the dark when it comes to knowing about the actual effects and hazards of these mind-altering drugs.

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

Encouraged Not to Tell

(*)

In fact, physicians are encouraged not to tell their patients the known dangers of psychiatric drugs. Handbooks and textbooks that document serious adverse drug effects often recommend to doctors that their patients receive extremely limited renditions of the facts. Consider “*Current Psychotherapeutic Drugs*”, a 1998 publication of the “*American Psychiatric Press*” (Quitkin et al., 1998 [313]). This handbook for doctors lists dozens of adverse effects caused by Ritalin, the stimulant drug used to treat ADHD in children and adults. For example, it states that the drug is “contraindicated” for (and thus should not be given to) children with “marked anxiety tension, agitation”. It confirms that “frank psychotic episodes” can be caused by the drug itself and that withdrawal from it can lead to “severe depression”. As the drug’s “most common adverse effects”, it lists “restlessness, overstimulation, insomnia, and anorexia”.

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”.

(*)

After warning the physician about these and other potentially grave and confusing consequences of taking or withdrawing from Ritalin, what does “*Current Psychotherapeutic Drugs*” recommend telling parents? Here is the entirety of the “Patient Information” it provides:

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:

(*)

Use caution when driving or operating hazardous machinery. Patients or their parents should record the patient’s weight two times a week and report any significant loss. Any changes in mood should be reported to the physician, as should any evidence of skin rashes, fever, or pain in the joints. The sustained-release tablets should not be crushed or chewed.

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.

(*)

Does this “Patient Information” truly inform parents about the dangers of giving Ritalin to their child? Shouldn’t it mention that the drug can cause “frank psychotic episodes” and “severe depression” upon withdrawal? Don’t parents need to know that Ritalin can cause or worsen the very symptoms it is supposed to cure, including “restlessness” and “overstimulation”? Shouldn’t parents be told that Ritalin is contraindicated for children with “marked anxiety, tension, agitation”, since these are symptoms that parents might think the drug should cure?

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 psicóticos reais” 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?

(*)

Fortunately, since “*Current Psychotherapeutic Drugs*” first appeared in 1998, the availability of drug information on the Internet has vastly increased. Also, as consumers have become more demanding of information, some professional drug guides have urged doctors to provide patients with more detailed information. Unfortunately, these guides too often minimize the risks in order to avoid causing alarm in potential consumers. For example, the 15th edition of “*The Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*” (2005), written for clinicians, includes Patient Information handouts about the various drug classes. Its recommended information sheet on stimulants lists considerably more side effects than the 1998 “*Current Psychotherapeutic Drugs*”, but it downplays them, for example, by suggesting that they “are usually not serious and do not occur in all individuals”. Although the patient handout identifies “energizing/agitated feeling, excitability” as “common” effects, it merely suggests taking the stimulant earlier in the day to lessen interference with falling asleep. In making this recommendation, it fails to take into account how the daytime occurrence of these stimulating drug effects can vastly disrupt the lives of the children, as well as their parents or caregivers. Headaches, dry mouth, loss of appetite and weight loss are also minimized as temporary effects, although weight loss in a developing child may have unforeseen consequences on development while causing psychological problems.

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.

(*)

The Handbook does recommend that some effects should be reported “immediately” to the doctor, such as fast or irregular heartbeat, severe agitation or restlessness, and especially “a switch in mood to an unusual state of happiness or irritability; fluctuations in mood”. Still, there is no mention of the risks of psychosis, depression, and suicidality that Peter Breggin discusses in his introduction to the book. Furthermore, there is no mention of withdrawal effects as common reactions and potentially dangerous reactions, including “crashing”. Nor are patients given a sense of the relatively high frequency of most listed effects.

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.

(*)

Under the question “How long should you take this medication?” the authors answer that “Psychostimulants are usually prescribed for a period of several years” (Bezchlibnyk-Butler and Jeffries, 2005 [38]). They do not warn the consumer that there is no scientific basis for prescribing these drugs long-term and that even the short-term effects are limited to the suppression of behavior and spontaneous mental activity.

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.

(*)

Overall, we continue to detect professional attitudes in the field that encourage giving patients and their families limited information. These attitudes reflect a widespread ethical abuse in psychiatry and medicine - the failure to provide patients and their families with the necessary information to make informed decisions about taking psychiatric medications or giving them to family members. This lack of information also undoubtedly renders patients and their families unable to properly assess adverse effects when they do develop. As in the case of Ritalin, many of the drugs common side effects are likely to be mistaken for the patients own problems.

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?

Where Was the FDA?

(*)

When psychiatric drugs turn out to be harmful, the victims often tell us, “I thought FDA approval meant a drug is safe. I never thought our doctor would prescribe something so dangerous.” When a loved one dies from the effects of a psychiatric drug, grieving, outraged families often demand to know, “Did the FDA know it could be lethal? Should our doctor have known it could kill?”

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?”

(*)

Especially during the drug approval process, the FDA is largely dependent on information that it receives from drug companies. Consider the following circumstances, however. The fact that a person experienced an “adverse event” (eg, a headache or a fall) while taking a drug does not mean that this event was caused by the drug. Scientists or doctors employed by a drug company make the initial judgment that an adverse effect may or may not have been caused by a drug during testing; but management at the company headquarters makes the final decision about how to handle the data submitted to it by its paid researchers. If management decides that there’s no possible connection between the company’s drug and the patients negative reaction, the data may never find its way to the FDA. Or the data may be presented to the FDA in such a disguised fashion that it fails to draw attention at the agency. For example, a drug withdrawal reaction may be recorded as “two days in duration” when in reality the patient was placed back on the drug after two days in order to stop the withdrawal reaction¹.

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 registada 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 abstinência².

(*)

At a training seminar tailored to drug company staff³, a drug company executive gave the following example of a death that, in his opinion, did not have to be reported to the FDA as even possibly drug-related: “While a subject in a clinical drug trial, a man stepped off a curb, was hit by a car, and died.” According to the executive, there was no reason even to consider reporting this as a possible adverse drug effect.

¹Peter Breggin has seen examples of such “record-keeping” while examining internal documents at drug companies as an expert witness for plaintiffs in product liability cases.

²Peter 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.

³Reported by Peter R. Breggin, who attended this seminar.

Em um seminário de treinamento sob medida para os funcionários de uma empresa de drogas farmacêuticas⁴, 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.

(*)

Drug company executives are not usually scientifically qualified or sufficiently objective to play so crucial a role in regard to the safety of the drugs that their company manufactures and sells. Yet this particular executive not only played such a role in his own company but, at the seminar, trained others how to do so as well. And his assessment in this case was wrong. A drug most certainly could have contributed to or caused the death under discussion.

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.

(*)

Many drugs impair awareness, judgment, reflexes, and balance - thus increasing the likelihood that a user will be injured or killed in an accident. Drugs can also cause a seizure or even a heart attack, either of which could have caused the drug-trial subject to fall off the curb. A more remote possibility is that the drug he was taking could have interfered with blood clotting, causing him to die from injuries that ordinarily would not have been fatal.

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.

(*)

Looking even more deeply at the “accidental” death in this example, we might surmise that it could have been a suicide. People do intentionally kill themselves by stepping in front of cars, trucks, buses, and trains. Moreover, some drugs are associated with an increased suicide-attempt rate. Yet despite all these possibilities, the company executive was willing - on the basis of a one-line report - to dismiss this man’s death as having no possible connection to an experimental drug.

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

⁴Relatado por Peter R. Breggin, que participou deste seminário.

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.

(*)

6.3 Obtendo informações para você

Getting Information to You

(*)

If even the FDA often lacks sufficient information to get an accurate picture of a drug's dangers, individual practitioners and the public must be even less well-informed. Regularly serious questions are raised about most drugs that occupy the coveted place of latest "miracle drug". Over the last decade, these have included Prozac, Viagra, Zyprexa, Bextra, Vioxx, Meridia, and others. Some people who have taken these drugs for their approved indications have died. Typically, the FDA acknowledges that deaths were reported during the post-marketing testing of the drugs, but it argues - as do the drug manufacturers - that the fatalities were not necessarily caused by the drug itself. How can practitioners and the public make up their own minds on this issue?

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?

(*)

Through the Freedom of Information Act (FOIA), and increasingly through the FDA's own website, any citizen can obtain a summary of pre-marketing drug testing results for any of the recently introduced medications approved by the FDA. This material is called a Summary New Drug Application (Summary NDA). But the basic underlying data about adverse drug reactions and their interpretation are considered "proprietary"; they are the secret property of the drug company that manufactures the drug under exclusive patent. Only a product liability suit against that manufacturer would open access to the company's own research records. Even then, it would be hard for a small team of attorneys and experts (often only two or three people with limited experience) to effectively evaluate the hundreds of cartons of boxed data in the two or three days they would be allotted. And if important data were discovered, even this information would probably be kept under wraps by the courts so that the general public could not obtain it. Some drug companies actually settle product liability suits against them in order to avoid making damaging disclosures in a public trial.

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.

(*)

This point is worth underscoring. Physicians and even key health policy planners do not have access to all the necessary data required to make an independent evaluation of a drugs safety. They must instead rely on very general information provided by the FDA, which in turn relies largely on the drug companies themselves.

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

FDA Approval Does Not Mean That a Drug Is Safe or Even Highly Effective

(*)

FDA records contain thousands of reports of severe and life-threatening reactions to almost every psychiatric drug in current use. With respect to each of these drugs, the agency has attempted to determine if, on balance, the drug is sufficiently useful to outweigh its potential dangers. But this evaluation does not necessarily mean that the drug is safe. Indeed, determination of whether the drugs potential benefits outweigh its potential risks is, of necessity, highly subjective. Hence FDA approval should not be interpreted as indicating that a given drug is without serious and potentially fatal adverse reactions. On the contrary, all psychiatric drugs approved by the FDA can pose enormous risks even in routine use.

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?

Whose Risk and Whose Benefit?

(*)

Drug advocates are fond of discussing risk/benefit ratios - specifically the relationship between the hazards and the usefulness of a drug. But who determines these ratios? Even under the best of conditions, they are rarely left up to the patient who will suffer the consequences. The patient simply doesn't have sufficient information or background knowledge to make such evaluations.

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.

(*)

Risk/benefit analyses are initially calculated by the drug company itself, using research studies designed and carried out by doctors on its payroll. Using data prepared by the drug company, the FDA then makes its own risk/benefit analysis. In doing so, the FDA is dependent upon the drug company's analyses of the masses of data in its possession. Moreover, the FDA almost always ends up making compromises in order to accommodate industry. This process is called "negotiating" with the drug companies. It is kept entirely secret from doctors and consumers alike. Over the last several years, leaks by whistleblowers, litigation, and special investigations by reporters or lawmakers have begun to reveal some of its features - all of which lean toward concealing or distorting information from doctors and patients to present a more favorable portrait of drugs⁵.

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

⁵For examples of the kind of information discovered by a medical expert on examining sealed drug companies documents see Breggin (1997a [55]) concerning Eli Lilly and Prozac, and Breggin (2006b, c, and d [71]) for GlaxoSmithKline and Paxil.

de suas características - todas as quais tendem a ocultar ou distorcer informações dos médicos e pacientes para apresentar um retrato mais favorável destas drogas psiquiátricas⁶.

(*)

After a drug is approved, the final risk/benefit analysis is made by individual doctors, who prescribe it to patients. For almost any drug, these prescribing physicians have almost no access to the original information generated for the approval of the drug. Increasingly the FDA is making available on its website many of its own evaluations of the studies submitted by manufacturers to gain approval of their drugs, and this is a welcome development. However, it may take several months or more after a drug is approved for these FDA evaluations to be available. During this time, when the media, doctors, and patients first hear about the new product, the manufacturer is the only source of information about the drug. The FDA evaluations frequently add up to a few hundred pages, and most practicing physicians will never comb through them. For most practitioners, information about drugs will come from drug-industry sponsored continuing education seminars and from the glossy brochures of well-trained pharmaceutical representatives who push their wares using every possible maneuver. Moreover, FDA evaluations regularly blank out some significant information that the manufacturer believes constitutes “proprietary information”. This may include, for example, the list of adverse effects observed in studies where the drug was being tested for another indication, for which the rate of adverse effects was so high that the manufacturer decided to halt the studies.

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.

(*)

In this connection, consider again some of the facts discussed in previous chapters:

Em conexão a isso, considere novamente alguns dos fatos discutidos nos capítulos anteriores:

(*)

⁶Para 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.

- The stimulant Ritalin disrupts growth hormone production, inhibiting the growth of the child's brain while creating severe biochemical imbalances within it. Indeed, as noted in Chapter 4, there is evidence that stimulants can cause lasting harm to the brain. From our perspective, these dangers constitute too high a risk for any child to pay. We believe that these drugs should never be given to children.

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.

(*)

- In one controlled study Prozac caused manic psychoses in 6 percent of the children who were participating in this research (see Chapter 4). Despite having little good effect, the drug was described by the authors of the study as useful for children. SSRI antidepressants commonly cause this potentially life-destroying mania in adults, but at a lower rate. Again, we consider the cost to be too high - especially where children are concerned.

Em um estudo controlado, Prozac causou psicose maníaca em 6 por cento das crianças que 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.

(*)

- Antipsychotic drugs such as Abilify, Seroquel, Risperdal, Zyprexa, Haldol, and Mellaril - often used to control difficult patients - cause potentially severe neurological impairments in a large percentage of users. Most elderly patients, treated for only two or three months, develop obvious, irreversible twitches or spasms; they risk dementia as well. Once again, we think that the risk is too high.

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

Serious Dangers Can Surface for the First Time After Years of Use

(*)

Prozac, Zoloft, Paxil, Celexa, Luvox, Remeron, and others - the so-called selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) - built their popularity as antidepressants on the mistaken belief among doctors and patients that they have fewer serious adverse effects than other antidepressants. From the very beginning, we knew this was false marketing hype created by the drug company Eli Lilly (Breggin and Breggin, 1994 [53]). But most psychiatrists seemingly fell for it. Even now many psychiatrists and other physicians are not aware of the increasing catalog of dangers from these drugs.

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.

(*)

To illustrate, over 10 years after Prozac was on the market, a headline in the May 1998 edition of *“Clinical Psychiatric News”* reported that: “Long-Term Side Effects Surface with SSRIs”. The article described serious sleep and sexual dysfunctions, as well as abnormal weight gain, associated with use of SSRIs. During their disturbed sleep, patients may also suffer from periods of insomnia, nightmares, teeth grinding, sweating, and abnormal movements of their bodies.

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.

(*)

The report mentioned a drug, Prozac, that supposedly benefits depressed people but can end up making them more depressed and even suicidal! According to the report, “With ongoing treatment [with Prozac], increasing numbers of patients report lethargy and fatigue”. Lethargy and fatigue, of course, can lead to or worsen depression. Furthermore, with respect to the insomnia caused by Prozac, “there are a lot of data showing that people who sleep poorly are more likely to relapse and that suicide risk is higher”⁷.

⁷Similar observations were made earlier in Breggin and Breggin (1994 [53]) and Breggin (1997a [55]).

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”⁸.

(*)

Many people have decided to use Prozac in the hope that it will help them lose weight. Eli Lilly itself tried unsuccessfully to get the drug approved by the FDA for weight control. Then it turned out that, over the long term, many patients on Prozac are gaining too much weight. They are becoming obese.

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.

(*)

How did Eli Lilly respond to these newly recognized dangers of Prozac? In a full-page multicolor ad in the same issue of *Clinical Psychiatry News*, the drug company promoted Prozac as producing “both restful nights and productive days”. But “restful nights” are a remarkable claim for a drug that was already known to produce insomnia in 20 percent of patients in the four-to-six-week studies used for FDA approval. (Because of this insomnia, many of the patients were prescribed addictive sleeping pills). Unfortunately, the ad makes no mention of the risks of obesity, worsening depression, or suicide associated with Prozac. As required by law, however, a sentence in very fine print toward the bottom of the back page notes that there have been post-marketing reports of “suicidal ideation” as well as “violent behaviors”. Though forced by the FDA to mention these possible adverse drug effects, the drug company also stated that they “may have no causal relationship with the drug”. Of course, the “unexpected” weight gain issue is not limited to Prozac. One clinician writing to the *British Medical Journal* in 2003 noted: “I have observed frequent, rapid weight gain in clients using Paxil. When asking questions about the alleged anorexic effects of the drug back in 1995, I was met with skepticism. This is the first year that I have heard anything about the drugs causing weight gain. However, it’s no surprise to me in my role as a therapist” (Green, 2003 [188]).

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 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

⁸Observações semelhantes foram feitas anteriormente em Breggin e Breggin (1994 [53]) e Breggin (1997a [55]).

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

Recognizing the Limits of FDA Approval

(*)

To its credit, the FDA itself has recognized and publicized that FDA approval does not rule out the danger of serious and even life-threatening adverse reactions that may surface later. Since the studies used for FDA approval of psychiatric drugs typically last only about six weeks, the FDA usually requires a warning that the drugs have not been proven safe or effective for longer use. Very few consumers appreciate this severe limitation on FDA approval. Most doctors seem to pay little or no attention to it.

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.

(*)

Even short-term efficacy sometimes remains in doubt at the time a drug is approved. For example, internal documents from the FDA raised questions about the effectiveness of the antidepressant Zoloft right up to the moment it was approved. A high-ranking FDA official noted that the drug had been rejected by some European agencies and lamented that the FDA was loosening its approval standards to favor the drug industry⁹.

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 farmacêuticas¹⁰.

(*)

⁹Temple (1991); discussed in Breggin (1997a [55]), pp. 229-230.

¹⁰Temple (1991); discutido em Breggin (1997a [55]), pp 229-230.

Another example concerns Prozac, which, in many of the studies used for FDA approval, turned out to be no better than a sugar pill. Making it look effective required selecting from among the studies and then doctoring them statistically to include patients who had also been treated with tranquilizers¹¹. Prozac is now marketed as a generic drug and has lost popularity to other SS-RIs. Predictably interest in its effects and history has faded - which allows many of the errors and deceptions in its approval and marketing to be repeated with impunity for the drugs that follow.

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 tranquilizantes¹². 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

How Adverse Effects Go Unreported

(*)

The many shortcomings of the FDA approval process place a great burden on the follow-up procedures that go into place after a drug is marketed. At that point, the FDA begins to rely heavily on voluntary reports sent in spontaneously; mostly by doctors and pharmacists. A pattern of reports that indicates a causal connection between a drug and serious adverse effects has often led to increased warnings in the drug’s label or to removal of the drug from the market¹³. In 1990, the “*Government Accounting Office*” (GAO) [167] reported that more than 50 percent of drugs approved by the FDA between 1976 and 1985 were found, during or after marketing, to have previously undetected “serious” negative effects, or the fifteen psychiatric drugs approved during this period, nine were found to have additional serious risks and one was removed from the market by the FDA¹⁴. One antidepressant, nomifensine, was found to cause a potentially fatal blood disorder - but only after it had been marketed worldwide for eight to nine years (Leber, 1992, p. 6).

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 mercado¹⁵. Em 1990, o “*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

¹¹This observation is discussed and documented in detail in Breggin and Breggin (1994 [53]); it is also summarized and updated in Breggin (1997a [55]).

¹²Esta observação é discutida e documentada em detalhes em Breggin e Breggin (1994 [53]), ela é também resumida e atualizada em Breggin (1997a [55]).

¹³This process is discussed, with accompanying examples, in Breggin (1997a [55], 1998b [58]).

¹⁴“*Government Accounting Office*” (1990) [167], pp. 25, 74-78.

¹⁵Este processo é discutido, com exemplos de acompanhamento, em Breggin (1997a [55], 1998b [58]).

foi retirada do mercado pela FDA¹⁶. 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).

(*)

Spontaneous reports to the FDA have played a key role in the agency's decisions concerning these drugs. But how many serious adverse effects come to the attention of doctors, and how conscientious are the doctors about sending them in to the FDA?

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?

(*)

Once a drug is on the market, thousands of patients may experience unpleasant or dangerous withdrawal reactions. However, only a few of them will realize that their problems were caused by the drug¹⁷, and even fewer will mention it to their doctors. In turn, only a fraction of doctors who become aware of even serious and unusual adverse drug reactions will actually report them to an appropriate authority such as the 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 iatrogênica¹⁸, 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.

(*)

In his 1998 book, Thomas Moore [287] documents how infrequently U.S. physicians report adverse reactions. Even in the most optimistic scenario, it appears that only a tiny fraction of adverse reactions are actually reported, including cases so serious they result in hospitalization or death, let the FDA relies heavily on these reports to monitor drugs, to update their labels, and, if necessary; to withdraw them from the market.

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.

(*)

In a 1998 Canadian study fifteen hospital-affiliated primary care practitioners were queried about their personal observations of serious adverse effects of benzodiazepine tranquilizers during the previous two years (Cohen and Karsenty, 1998 [115]). Seven of these doctors described serious effects,

¹⁶ "Government Accounting Office [Escritório de Avaliação do Governo]" (1990) [167], p. 25, 74-78.

¹⁷ See, for example, Grohol (1997) [190].

¹⁸ Ver, por exemplo, Grohol (1997) [190].

including a fall resulting in a broken hip, a fatal overdose or suicide, a delirium requiring nine days of hospitalization, and a case of severe apathy lasting several days that disrupted all work and family activities. Yet none of the doctors had written up or reported these adverse reactions to any authority or journal.

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.

(*)

In failing to report these admittedly serious and even life-threatening reactions, any or all of which could have resulted directly from the use of tranquilizers, the doctors withheld recognition of these dangers from the government, the public, and the medical profession. Their behavior perpetuated the unrealistic attitudes of doctors and patients alike toward the supposed safety of these drugs.

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

No Guarantee of Long-Term Safety

(*)

No psychiatric drug has been shown to be consistently safe and effective for more than a few weeks or months of use. Even after many years on the market, psychiatric drugs are rarely studied to the degree necessary to determine their long-term hazards or usefulness. In February 2007, the FDA indicated that from October 2005 through September 2006, pharmaceutical companies had yet to start 71 percent of outstanding “post-market” safety evaluations that these companies had committed to begin for approved products already on the market (Chen, 2007 [86]). Thus, people should be very cautious about staying on any psychiatric drug for months or years at a time.

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 estudados 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.

(*)

Very significant hazards may go undetected even long after a drug is marketed. As noted, the studies used for approval are very short in duration. They are also limited in scope, often excluding patients who have severe or complicated emotional problems, as well as patients who are physically ill, actively suicidal, or taking other drugs. In addition, many prodrug biases are built into the research by pharmaceutical companies that are entirely responsible for financing, planning, monitoring, and interpreting all of the studies. Drug companies typically hire doctors from whom they have learned to expect positive results. Except under unusual circumstances, the FDA relies wholly on data that the drug companies have gathered, organized, pruned, and interpreted.

Perigos muito significativos podem passar despercebidos, mesmo muito tempo depois que uma 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.

(*)

Adverse drug reactions are underestimated or minimized in many different ways. During drug testing, for example, symptoms such as depression or anxiety - which can be caused by many psychiatric drugs - are often mistakenly blamed on the “mental illness” of the patient. More specifically, a worsening of depression was listed in Prozac’s official label as a commonly reported possible adverse effect of Prozac until it was edited out on the very last day or two¹⁹. Who edited it out? The FDA itself. What was the explanation? The agency wanted to shorten the distracting “laundry list” of adverse reactions indicated by the drug company. Yet depression as a common result of taking antidepressants surely warrants emphasis rather than complete deletion from the drug label. Because of the deletion, the profession and the public remain unaware of the frequent reports by Eli Lilly’s own investigators that Prozac can worsen depression.

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 dias²⁰. Quem retirou esta informação da bula do Prozac? A própria FDA²¹. 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.

(*)

¹⁹Temple (1987) [363]; discussed in Breggin (1997a [55]), pp. 85-86.

²⁰Temple (1987) [363]; discutido em Breggin (1997a [55]), pp 85-86.

²¹NT: 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)

6.10 A mídia

The Media

(*)

The media have become very protective of psychiatry - especially of psychiatric drugs. Except for occasional exposes, the media tend to publish testimonials to drugs while omitting their hazards. Books critical of psychiatric drugs are rarely reviewed in major newspapers or magazines and rarely discussed on television.

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.

(*)

In the past year, the FDA has loosened the requirements for drug company advertisements directed to the public. As a result, there has been an explosion of such ads in newspapers and magazines, and on television, accounting for a 40 percent increase in print-media ad revenues since 1997. In 1998 alone, the U.S. pharmaceutical industry spent over \$1.3 billion for direct-to-consumer advertising in television, magazines, and newspapers. We anticipate that the total will continue to increase and that the media will become increasingly protective of their benefactors. Eli Lilly has clearly led the way with a mammoth campaign for Prozac, spending over \$41 million in advertising this product directly to the public in 1998 (an 82 percent increase over the previous year's spending)²².

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)²³.

(*)

6.11 O que os médicos sabem?

What Do Doctors Know?

(*)

²²IMS Health (1999) [205]. The total drug promotion budget in the U.S. in 1998 was over \$5.8 billion.

²³IMS Health (1999) [205]. O orçamento total de promoção destas drogas nos EUA em 1998 foi de mais de \$5,8 bilhões.

Doctors fail to inform patients about the dangers of medications in part because they themselves are not fully informed. Many doctors rely too heavily on biased drug company advertising and sales representatives, and even the more skeptical among them are bombarded with information skewed in favor of drugs. Furthermore, medical educational and scientific programs are almost always funded by drug companies and, not surprisingly tend to promote their drug products. Psychiatrists, for example, often get phone calls from marketers asking them to accept \$100 for listening on the phone to an “educational” program put on by a drug company or for attending a free dinner that includes a seminar about new drugs. In addition to the small fee or the free meal, the psychiatrists earn Continuing Medical Education (CME) credits toward maintaining their medical credentials.

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 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.

(*)

Most psychiatric journals are totally dependent on drug company advertising - a relationship that influences their editorial policies. The specialty journals published by the American Medical Association (AMA), such as the Archives of General Psychiatry [Arquivos de Psiquiatria Geral] and the Archives of Internal Medicine, are sent free of charge to doctors in their respective specialties. How can the AMA afford this? Distribution of the journals is paid for by drug company advertising. Indeed, by offering the journals free to so many doctors, the AMA guarantees a hefty advertising investment from the companies themselves. Similarly the American Psychiatric Association, wholly dependent on massive infusions of drug company money is unwilling to take a critical look at either corporate practices or drug products. Ultimately, even medical and psychiatric textbooks are written by drug advocates who often minimize or ignore important and even dangerous adverse drug reactions. Only a few professionals become expert on the subject of medications without working with and for drug companies.

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

Doctors' Attitudes Toward Informing Patients

(*)

The failure of doctors to impart information stems partly from ignorance and partly from their attitudes toward their patients. Many doctors do not feel obliged to “tell patients everything”. Instead, they control the flow of information in order to achieve certain ends, such as encouraging the acceptance of treatment. Medical education instills and reinforces this authoritarianism in young physicians. From the earliest stages of their clinical work, they must make life and death decisions, many of which are beyond their level of maturity, experience, or knowledge. If only to hide their personal insecurities about shouldering so much responsibility doctors can become arrogant. Further encouraging their paternalistic attitudes is the almost priestly role they play within society.

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.

(*)

Doctors also lack the time to describe the full range of adverse drug effects to each of their patients. And rather than relying on written summaries of these effects, they tend to use their unaided memory and “clinical judgment” when informing their patients. As a result, they often leave out important information about potential adverse drug effects. Doctors in managed care are especially pressed for time and probably more likely than others to skim over or omit critical facts.

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.

(*)

Finally some doctors purposely withhold information about the dangers of drugs for fear that their patients will refuse to take them. Because they believe that the patients need the medication, they prescribe it without providing sufficient information for the patients to make an independent decision. This unethical and potentially illegal practice is especially common among psychiatrists, many of whom harbor a patronizing attitude toward patients.

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

Plan Your Drug Withdrawal

(*)

We can sum up the most prudent and sensible way to stop taking psychiatric drugs in one short sentence: Plan it well and go slowly. Regardless of the drug you are using and the problems it may have created in your life, a well-planned, gradual withdrawal has the best chance to succeed. Conversely, an unplanned, abrupt withdrawal increases the risk of undue hardship and may lead you to return, in an equally unplanned manner, to taking drugs.

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.

(*)

In this chapter, we offer a rational, person-centered program of withdrawal from psychiatric drugs. By “rational”, we mean that it rests on sound clinical principles and evidence. By “person-centered”, we mean that it seeks to help individuals take charge of the withdrawal process. Anyone considering coming off psychiatric drugs, or advising a relative, a friend, a client, or a patient on this issue, should read this chapter carefully. In Chapter 8, we discuss the actual process of reducing your drug intake down to zero. Then, in Chapter 9, we review the specific withdrawal reactions associated with various types of psychiatric drugs. In Chapter 10, we discuss how to help your child come off these drugs.

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 à 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 à sair destas drogas.

(*)

The withdrawal process may be likened to a journey. Before undertaking a journey especially one with an unfamiliar destination, you would probably find it useful to plan your steps, to make an inventory of the essentials to bring along, and to anticipate potential obstacles, allies, and resources. You wouldn't be able to predict all the difficult or pleasant surprises, but you could certainly be prepared for many of the obvious ones.

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.

(*)

Before you take the first step, though, it would be best if you know whether you really want to undergo this journey.

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

Decide for Yourself

(*)

Choosing to come off psychiatric drugs should be your own personal decision. It would be unwise for anyone else to decide for you whether you should take drugs or stop taking them.

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.

(*)

Opinions on the usefulness of drugs vary widely. As the reader knows by now, we believe that taking drugs to solve emotional, psychological, and social problems is at best a misleading, temporary superficial solution. But other people believe that drugs are very helpful, even life saving, and some can't quite envisage ever doing without them. We have met many individuals who deeply believe in psychiatric drugs. Some have eventually come off them and found other ways to surmount life's difficulties. We believe that until people decide for themselves what course of action to take, the best we can do is to provide accurate information and share our experience.

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 à ser tomado, o melhor que nós podemos fazer é fornecer informações precisas e partilhar a nossa experiência.

(*)

Taking psychiatric drugs is much more than a simple medical or technical matter. Taking drugs can seem to give meaning to a person's life; if done at the urging of an authority it may be the nearest thing to a religious ritual that you have ever experienced. Your values and ideas about human nature and personal growth, and about the sources of psychological suffering, will influence whether or not you choose to take psychiatric drugs. In turn, taking drugs will come to color your values and ideas (see Chapter 12).

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).

(*)

As noted, the decision to take or to stop taking psychiatric drugs should be a personal one. It should not be trivialized by glib acceptance of pseudo-medical arguments from your doctor or others such as "This drug is the most effective treatment for your serious illness" or "This drug corrects biochemical imbalances in your brain" or "Never fail to take this medication; it's just like insulin for diabetes".

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".

(*)

In the field of mental health, not a single physical explanation has been confirmed for any of the hundreds of psychiatric "disorders" listed in the DSM-IV A recent editorial in the American Journal of Psychiatry states the case plainly: "[A]s yet, we have no identified etiological agents for psychiatric disorders" (Tucker, 1997 [374], p. 159). Even in this age of biological quick fixes, an increasing number of researchers are documenting the observation that nondrug approaches produce equivalent or better results than drugs. This is true even for problems considered extremely serious, such as "schizophrenia"¹. Your doctors claims to the contrary have little or no scientific basis.

¹See Fisher and Greenberg (1989 [153], 1997 [156]) for two of the best accounts of the comparative effectiveness of drugs and psychotherapy for the full range of emotional problems. Psychotherapy comes out surprisingly well. A recent survey by Consumer Reports (November 1994) indicates that clients of psychotherapy were as satisfied as, and usually found the experience more rewarding than, those who were treated with drugs alone or who received drugs in addition to counseling. This finding held true regardless of the problems for which treatment was sought. Social workers, psychologists, and doctors were rated as equally effective in this survey, the largest of it's kind ever undertaken.

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”². As alegações de alguns médicos, em contrário, têm pouca ou nenhuma base científica.

(*)

Yet even well-educated people may be deeply impressed by psychiatric, propaganda that appeals to their insecurities. Precisely because there is so little solid scientific backing for the use of psychiatric drugs, mystification and slogans are often communicated to doctors by drug advertising, and then to patients by doctors³.

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 médicos⁴.

(*)

Therefore, the first principle of rational psychiatric drug withdrawal is to decide for yourself that you want to do it. Even though taking psychiatric drugs has become a fad, pushed by drug companies and doctors, withdrawing from drugs should be a well-thought-out individual decision.

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.

(*)

²Ver 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.

³Here are some of the drug-ad slogans that appeared in the July 1998 issue of the *American Journal of Psychiatry*: “Paxil means peace”, “Make your first choice Prozac for both restful nights and productive days”, “Gentler days ahead” (Risperdal), “I got my mommy back” (Effexor), “Put it to the test” (Bemeron), “Antipsychotic power for routine use” (Zyprexa), “Prescribe Adderall - it may make a difference”, “Bringing out the best in nature” (Eskalith lithium tablets), “Out of chaos comes control” (Seroquel), and “Yes!” (Zolof).

⁴Aqui 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).

Deciding for yourself requires that you take responsibility for the outcome of your withdrawal. Regardless of the difficulties you might encounter, you should not blame others. By the same token, you should take pride in your own accomplishments. Coming off drugs in the most rational way possible often requires planning and preparation, strength and determination, and patience.

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.

(*)

If others influenced you to take drugs in the first place, and if your own wishes were not respected, you may find it more difficult to decide for yourself to come off the drugs. If you depend on others for your economic or physical sustenance - as do many people who take neuroleptics, such as Risperdal, Seroquel, Zyprexa, and Haldol - the decision to withdraw from the drugs may be harder to make. If you've taken drugs for many years, you might not remember exactly when and why you started on them. Or if family members or your doctor are adamant that you remain on the drugs, you understandably may not wish to risk alienating these people. These are difficult circumstances, and there may be no easy solution.

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 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

Try to Get Help from an Experienced Clinician

(*)

True health emergencies only occasionally occur during a well-planned, gradual withdrawal. Our impression is that most people who come off psychiatric drugs have successfully done so on their own, without active clinical supervision. Yet it can sometimes be dangerous to try to withdraw without professional supervision. We believe that most people would benefit from the support of a qualified, experienced therapist or clinician who is sympathetic to their wishes. This person could be a psychiatrist, a general practitioner or other medical doctor, a pharmacist, a clinical social worker, a psychologist, a nurse, or a counselor with training or experience working with people who take prescription psychiatric drugs.

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.

(*)

A therapist should feel free to communicate clearly to patients or clients, and often to their families, that withdrawing from psychiatric medications is a reasonable choice with great benefits for many people. The therapist should also communicate that the choice remains with the client or patient, that each person's case is unique, and that any withdrawal strategies should be tailored to the individual's needs, often with the involvement of friends and family. The emphasis always remains on the patient's right to choose whether to stay on medications or to stop them. Some people may need encouragement to break out of a destructive cycle of using medication; others may need reassurance that they will not be pressured to stop their medication unless they are facing serious risks of toxicity (Cohen, in press).

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 a parar a medicação, a menos que elas estejam enfrentando sérios riscos de toxicidade (Cohen, sendo impresso).

(*)

We find that patients and clients often want to learn in detail about the health professionals experience in helping people withdraw from specific drugs. They should expect their health practitioners to provide in-depth answers about their knowledge and experience.

Nós descobrimos que pacientes e clientes muitas vezes querem aprender em detalhes sobre a experiência dos profissionais de saúde em ajudar as pessoas a 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?

How May a Clinician Help?

(*)

Most clinicians are not well versed in the techniques for helping people to withdraw from psychiatric drugs. Some are plainly hostile to the idea, especially in cases involving neuroleptics, lithium, or antidepressants. Indeed, if you are reading this book to get help in stopping psychiatric drugs, its possible that you've already discussed this intention with your doctor but were not able to "get through" to him or her.

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.

(*)

An experienced therapist can be helpful precisely because he or she has observed withdrawal reactions and knows that most tend to subside within a few days or weeks. Hearing that you are experiencing a withdrawal reaction, rather than "losing your mind", may be enormously reassuring. In addition, the therapist may be able to identify a potentially severe withdrawal reaction.

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.

(*)

A caring and empathic therapist can also work with you on the psychological and practical issues that are bound to arise as you reduce your drug intake, begin to experience your problems differently, and seek solutions for them other than drug use. One of the main challenges of drug withdrawal is not the withdrawal itself but, rather, how you live your life after withdrawal. A good therapist can provide you with the encouragement and advice you will probably need as you rebuild your life on more secure footing without drugs.

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 psiquiátricas, 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.

(*)

Having a doctor on your side may also ease the anxiety that friends or family members are feeling about your plans. And since mental health professionals are often connected to a network of colleagues who can give them advice about specific problems that arise, they are likely to have ready access to medical or psychological information and to be able to help you make sense of it.

Ter um médico ao seu lado também pode aliviar a ansiedade que os amigos ou familiares estão sentindo à respeito dos seus planos. E 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

Informing Your Doctor of Your Intentions

(*)

As a first step, you may wish to inform your doctor of your intentions concerning withdrawal. You can ask for help in developing a schedule of tapered doses and a list of likely physical and emotional reactions. If you are taking benzodiazepine tranquilizers (ie, “antianxiety” drugs such as Ativan, Klonopin, Valium, or Xanax), your request should be easily met. Chances are that your doctor will actively support your desire to stop taking sedatives, sleeping pills, or tranquilizers. These drugs are less popular, in fact, they are viewed as decidedly dangerous by many informed physicians. Even doctors who believe that your anxiety is a chronic illness requiring lifelong medication may be sympathetic to your desire to stop taking benzodiazepines. Many physicians have seen too many patients addicted to benzodiazepines; they realize that these patients are suffering from “benzo blues” (Drummond, 1997 [135]) rather than from their original anxiety or stress.

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.

(*)

If your relationship with your doctor is not based on trust, you will probably find it awkward to broach the subject of drug withdrawal. If you are not used to being honest with your doctor or generally disclose only a limited amount of information about yourself for fear that your doctor will increase your dosage or add new drugs, then expressing your intention to come off drugs might strain the relationship.

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.

(*)

If you are taking psychiatric drugs other than tranquilizers, and especially if you’ve had one or more psychiatric hospitalizations or a suicide attempt in the past, your doctor may be very hesitant

to support you and might even become antagonistic. Try to remain calm, however. Displaying agitation over your doctors negative reaction could be counterproductive in the planning of your withdrawal process. Instead, try to understand your doctors perspective.

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.

(*)

Your doctor is probably committed to believing that pills are indispensable, especially if he or she lacks knowledge about counseling and empathic listening. Chances are that most of his or her recent training or continuing education has focused on classifying patients in diagnostic categories so as to prescribe drugs for them. Moreover, if your doctor is a general practitioner, he or she probably attends annual conferences in which doctors are urged to recognize “hidden cases of depression” and “underlying anxiety” and to quickly prescribe drugs. Shifting their problem-solving abilities toward nondrug options can pose major challenges to doctors’ expertise and professional identity. Many different types of mental health professionals offer psychological services, but only medical doctors prescribe drugs. If you have come to see a physician, there is a built-in expectation that you want and need - and will very likely get - a drug⁵.

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 psiquiátrica⁶.

(*)

Precisely because many doctors express a negative or antagonistic attitude about drug withdrawal - especially withdrawal that the patient initiates, controls, and evaluates - they are not likely to accept or welcome reports of positive results. Our clinical experience indicates that when patients successfully stop taking psychiatric drugs on their own, they usually do not tell their former doctors. Patients are even less likely to tell their doctors if the relationship was superficial or centered around the prescription. Frequently patients are too angry or afraid to communicate with the doctor, or feel insufficiently cared for. Thus the doctors simply do not learn that withdrawal can be accomplished effectively and frequently results in substantial benefits.

⁵As documented in Sherman (1998) [342], the proportion of visits to a psychiatrist that included an antidepressant prescription increased from 53.5 percent in 1985 to 70.9 percent in 1994. Overall, the number of visits in which a psychiatric drug was prescribed jumped from 33 million in 1985 to 46 million in 1994.

⁶Tal como documentado por Sherman (1998) [342], a proporção de visitas a um psiquiatra, que incluiu uma 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.

Precisamente porque muitos médicos expressam uma atitude negativa ou antagônica 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.

(*)

However, if your doctor is open-minded and genuinely interested in your welfare, you should definitely discuss the issue with him or her. You will need to describe calmly the goals you are trying to reach and the nature of your withdrawal and rehabilitation program. If you detect resistance from your doctor, you might try to negotiate certain conditions under which the doctor will agree to supervise your withdrawal.

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.

(*)

You might point out to your doctor that you have been “stable” for some time, and explain that, since drugs do not cure any problem but only help suppress some symptoms, you feel it’s time for you to try to control them yourself. You could also remind your doctor that when things go well, it’s your drug that gets praised; but when things go wrong, it’s your “illness” that gets blamed. If you insist on discussing the issue, calmly but firmly, and if you share the plans you are making to ensure that the withdrawal will be successful, there’s a good chance you will be able to earn your doctors support.

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

Stay in Charge of the Withdrawal

(*)

This is not to say that you should let your doctor control the withdrawal. Even if you have been given every possible reason to believe that he or she understands the withdrawal process, it has to feel like a collaboration.

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.

(*)

And since physicians often withdraw patients too abruptly from psychiatric drugs, above all else you must feel free to slow the process down.

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.

(*)

Sometimes, as we discuss in Chapter 9, doctors cut the dose by half from one day to the next, while still calling this a “gradual” withdrawal. Such an abrupt reduction is an imprudent strategy in most cases. Because of ignorance, lack of experience in patient-centered withdrawal, or even an unacknowledged wish to sabotage your effort, your doctor may rush ahead and create unnecessary complications. The unfortunate outcome will then be used to prove to you that withdrawal was a bad decision to begin with.

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.

(*)

Some of the steps discussed in later chapters of this book, such as seeking replacement solutions and mastering techniques to cope with various manifestations of your problem, will help you to show your doctor that you are motivated, responsible, and capable of withdrawing successfully.

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.

(*)

One woman who was prescribed an antidepressant and two tranquilizers for three years said to us: “I told my doctor that if she didn’t help me [to withdraw], I was simply going to do it alone. She didn’t misjudge my determination and turned out to be very cooperative. She looked up a few references, gave me advice to go slow, and called me once a week. She later told me that she learned a lot from me”.

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”.

(*)

If attempts to enlist your doctors cooperation or assistance fail, you should be neither surprised nor discouraged. Remember that you, and no one else, will do the actual “work” of coming off drugs. You will feel - the pain, and you will experience the rewards. You will have to deal with the objections and fears of those around you who resist the idea that at least some of your current problems are actually drug-induced. You must therefore try to be in charge of the entire process from the very beginning, from the very first moment you decide for yourself that coming off drugs is your goal.

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

The Best and the Worst to Expect from Your Doctor

(*)

At best, your doctor will support and even encourage your desire to live a drug-free life; provide you with factual, medical information on withdrawal effects; recommend a sensible, practical tapering schedule; prescribe, if necessary, another drug that may be less unpleasant to withdraw from than the one you’re currently taking; remain available for ongoing medical supervision during the withdrawal; refer you to a psychologically minded colleague for counseling during the withdrawal process; and, if you have been taking very high doses of tranquilizers for several years, possibly hospitalize you for detoxification.

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 vindoura 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.

(*)

At worst, your doctor will dismiss or ridicule your desire to withdraw from drugs, encourage your dependence on drugs, undermine your confidence in yourself, provide you with incorrect information, threaten you with dire consequences, and sabotage your efforts.

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.

(*)

If your own doctor refuses to help you, consult another doctor or therapist. Bear in mind, however, that mental health professionals are likely to help you withdraw from drugs only within the context of a sustained relationship and only if they are able to entertain for themselves the idea that nondrug solutions are realistic, desirable options for a range of problems.

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.

(*)

Pharmacists are sometimes quite willing to provide patients with withdrawal advice, especially from tranquilizers. As a whole, prodded from within and without, the profession of pharmacy changed over the last two decades, with pharmacists increasing their visibility and competence as counselors and as evaluators of physician-prescribed treatments⁷. Nowadays, because prescribing physicians so often fail to inform their patients appropriately many people first learn about adverse effects at the drugstore, directly from the pharmacist, or from a printout or pamphlet about the drug received as they filled their prescription.

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 médicas⁸. 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.

(*)

When pharmacists provide withdrawal advice to patients, they are not contradicting a doctor's medical prescription. When they answer patients' questions about the safest ways to withdraw, they are giving vital information needed by those patients to make intelligent decisions about their future well-being. Indeed, although pharmacists are often pressured to increase patients' compliance in taking drugs, some people find in them a much more sympathetic ear than they do in their doctors. In any case, because of their specific training in pharmacology chances are that pharmacists are more knowledgeable and sensitive about withdrawal issues than most other health professionals.

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

⁷See, generally, Morris et al. (1997) [288] and Schommer and Widerholt (1997) [335].

⁸Veja, em geral, Morris et al. (1997) [288] e Schommer e Widerholt (1997) [335].

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.

(*)

Increasingly mental health professionals without medical training are intimately involved in the prescription situation. Social workers, counselors, and psychologists are today often called upon to inform their clients about medication effects and to monitor these effects when clients are medicated, and to discuss clients' ideas about medications. They serve as educators, counselors, monitors, advocates, and researchers. These professionals sometimes pursue specialized training about psychotropic drugs. As well, many in the profession of psychology are actively lobbying state legislatures to grant psychologists some form of authority to prescribe psychotropic drugs - a move strongly opposed by organized psychiatry. While we are ambivalent about further increases in the number of individuals with the power to prescribe psychiatric drugs, we can also see some potential benefits. Over the past decade many non-medical mental health professionals have gained more specialized knowledge about psychiatric drugs. Hopefully, this may give clients more options about the type of advice they receive when trying to decide whether to take, continue taking, or stop taking medications. But as of now, most professionals exercise the power to prescribe with dangerous abandon.

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 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 psicotrópicas⁹ - 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 exercercem o poder de prescrever com perigoso abandono.

(*)

7.7 Configure uma rede de suporte

Set Up a Support Network

(*)

⁹NT: 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.*

More than a doctor or a therapist, your network of friends and trusted acquaintances could become your most valuable resource during the entire withdrawal process. Coming off drugs is an undertaking best done with support from others, especially if you have been taking drugs for several years and have dulled or lost some of your other coping responses.

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.

(*)

Although family members and friends can provide invaluable help, we have found that peer counselors or members of a self-help group often offer the best support. Many self-help groups, including Alcoholics Anonymous (AA), help their members to withdraw from psychoactive substances. Although we do not personally know of any “Twelve Steps” support programs designed specifically for users of psychiatric drugs, we believe that such groups might be helpful. However, beware of self-help groups in which the principal objective is to get members to accept the idea that their emotional problem is a disease, that they should consult a medical doctor for it, and that drugs are the best remedy. When these groups discuss medication issues and adverse effects, the aim is to decrease members, resistance to taking drugs.

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”¹⁰, 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.

(*)

Less structured self-help groups, such as those found in peer-run mental health centers, are likely to put you in touch with people who have successfully given up psychiatric drugs and who remain available to discuss their experience and give advice. Whether these people have freed themselves wholly or partially from drugs, they may be extremely helpful to you.

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.

(*)

¹⁰NT: 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.

People who have been through the process of getting off psychoactive drugs will usually be non-judgmental and accepting of your plight. They will quickly understand why you want to stop taking drugs. They will not need to be convinced that its a sensible alternative to your treatment. Possibly, they will have a more positive outlook about your chances than Other people will. Even if their motives and experiences were different from yours, talking with them might show you that coming off psychiatric drugs can be accomplished without major drawbacks, while leaving you a stronger person.

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.

(*)

7.8 Como um amigo pode ajudar

How a Friend Can Help

(*)

Discussing your wishes, goals, and apprehensions informally with empathic nonjudgmental people - matter how novice in counseling or lacking in professional credentials they are-can be very beneficial. One way that resource persons can help you is to agree to stay in touch with you during the duration of your withdrawal. But this is not to say that they have to be saddled with the responsibility of “seeing you through” the withdrawal. After all, you must take responsibility for your decisions. And in any case, no matter how well-meaning and well-intentioned other people are, they may break their promises. So, rather than becoming disappointed in specific individuals and feeling discouraged, seek out-and make use of-as much social support as you can.

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.

(*)

Arrange for your resource persons to talk to you on the telephone on a regular basis - once a day or a few times a week - whether you're feeling fine or not. Perhaps they could also agree to meet you on occasion to offer reassurance and advice, or simply to lend an ear. If they've been through drug withdrawal themselves, they will know that, if you're not feeling well, there is a valid reason.

They will know that painful emotions and bodily sensations are to be expected. They will know that people undergoing this potentially difficult experience often lose perspective, despairing over minor drawbacks or exaggerating small victories. They will know that a few reassuring words can do wonders at critical times. They will be able to see if you need additional help, especially if your withdrawal reaction is more serious than you realize. They will also help you avoid making rash or unwise decisions about your life.

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, desistem 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.

(*)

Ideally you should be helped to come off psychiatric drugs within the context of a safe, trusting relationship with an experienced, informed helper. One principle often applied in drug addiction treatment centers is to establish a trusting relationship with an individual who has been through the same process and can provide reassurance, as well as anticipate some of the difficulties involved.

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.

(*)

In sum, the process of coming off psychiatric drugs necessitates that you build a social support network. Seeking alliances with like-minded, supportive individuals will strengthen not only your resolve but, quite likely, your abilities in other areas as well. You will feel the beneficial effects of learning to seek support from others beyond the issue of drug withdrawal.

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.

(*)

Countless people have been too stigmatized, isolated, scared, or confused to enlist this kind of support. Forced to rely on their own resources, they have nevertheless successfully managed to stop taking psychiatric drugs. However, in the absence of medical supervision, many of these people have incurred increased risks of experiencing unpleasant and even dangerous withdrawal reactions.

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

Support Networks on the Internet

(*)

The degree to which self-help support resources have taken hold in the “online world” attests to their usefulness to many people around the world. No discussion about setting up a support network to handle difficult situations would be complete without reference to the resources available on the 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.

(*)

In his guide to online mental health resources, psychologist and Internet pioneer John Grohol writes: “It is easy to forget that the online world offers not only the ability to ‘browse’ but also to take part in an interactive, supportive community” (Grohol, 1997 [190], p. 244). Indeed, via the Internet, tens of thousands if not millions of people discuss issues of interest and try to support each other through difficult times.

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.

(*)

The Internet has been particularly useful in establishing connections between current and former psychiatric patients. As Grohol points out, online support is indispensable to people who live in remote or rural areas. It is also especially useful to people who have difficulty with face-to-face interpersonal relationships. Still others may find that their emotional problems are less stigmatized in the online world. Above all, the Internet offers an immediate way to “talk” with people throughout the country and around the world, who are likely to have experienced troubles very similar to your own.

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.

(*)

Thousands of self-help discussion groups and forums flourish on the Internet. People discuss their personal difficulties, ranging from alcoholism to weight loss, and offer advice to others. In some groups, people discuss withdrawing from psychiatric drugs.

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.

(*)

All that is required for you to begin such a discussion is to enter a forum by getting a password and posting a message. In all likelihood, you will receive several empathic and encouraging replies within a couple of days. If you are lucky, you'll receive some well-informed replies as well. Keep in mind, of course, that most participants will be expressing their personal views and opinions, which are much like those expressed in any other context. In fact, all online comments should be taken cautiously because participants will usually remain anonymous and you will lack the feedback that face-to-face or even telephone conversation provides.

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.

(*)

The myriad Web sites devoted to mental health issues and psychiatric drugs require caution. Obviously the quality of drug-related information on the Web varies greatly. Some of the most commonly used and highly respected sites such as WebMD are sponsored by drug companies. When it comes to the topic of drug withdrawal, we have found the following characteristics to be associated with better-quality information on the Web: (1) the owner or author of the site is clearly identified, (2) the site is easily readable, (3) exact references to the literature are provided, as well as acknowledgments that most knowledge on withdrawal rests on case reports and on first-person accounts, and that most recommendations about specific tapering strategies are the opinions of experts, (4) the site does not sell or endorse “herbal”, “nutritional” or other products claimed to hasten withdrawal or to greatly reduce withdrawal effects (without inducing psychotropic effects or creating the potential for future withdrawal difficulties), and (5) the site is not sponsored by drug companies, medical centers, or other groups highly vested in the pharmaceutical and medical industry.

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 pronome, 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.

(*)

An ongoing dialogue often develops between two or more individuals on the Internet. The following are just a few of the hundreds of messages about antidepressant withdrawal posted during the spring of 1998 on the Health for Life Center message board (www.lexmall.com). They are unedited (except for spelling) and, for the most part, concern withdrawal from the antidepressant Zoloft.

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.

(*)

This is what I have been looking for, I feel a lot better now that I have read that other people have the same type of withdrawal that I am having. I can almost cry because like you I was told no problems, just quit ... yeah, right!! I thought that I had something worse than what this may be. Thanks for having this here. I was on 100 mg of Zoloft for 6 months, and it helped. However I quit 2 weeks ago and this withdrawal is deadly I have a steady headache, I feel like I am high but the mind is still here, my body tingles, I get twitches, I am exhausted most of the time, I can't stand this anymore. I am dizzy, I have stomach cramps, I am sick. My appetite, well for a few days I was hungry constantly; couldn't stop eating, and now though, I am still hungry but I can't eat. I wonder when it is going to stop, hopefully soon!! [Posted by Tanya on March 26]

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]

(*)

Yes ... me too. However, I think I have taken a safer approach than that recommended by your doctors. I have come down gradually ... from 200 mgs to 125, to 100, to 75, to 50, to 33.3, to 25, and now to 0. The entire process has taken me about 3 months. When I first used it, I built gradually up to the 200. I experienced TOTAL sexual dysfunction, and knew that I wanted out altogether ... if I had wanted castration I would've asked! The final part the withdrawal has been the most difficult ... 25 to 0 ... and I wonder if I should've gone to 10 or 15 first. But now that I am here, I am going for broke. ... I have dizziness and mood swings for the last couple days, but they do not seem nearly as severe as those I read about above. I do not believe there is any other way to reduce the withdrawal symptoms. ... Feel free to "e-mail" me about any of this. Take care and hang in there! [Posted by Ed on April 5]

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]

(*)

I really want to stop taking Zoloft, but I'm so scared. Withdrawal has always caused me to experience a deeper depression. I want to stop but don't know how. Anybody got any ideas? [Posted by Kristin on April 12]

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]

(*)

I've been withdrawing from 100mg/day Zoloft for three weeks now. The vertigo is worse, not better. I can practically fall down just by turning my head. I'm probably not safe behind the wheel of a car. I have constant headaches, can't think clearly can't focus my eyes, and a myriad of other symptoms. I'm tired/sleepy grouchy emotionally labile. My appetite is history I get nothing done at work or at home. My temper is so short it's practically nonexistent.

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.

(*)

When my doctor and I decided I'd try life without Zoloft again, I asked about withdrawal symptoms and he said, "No problem-just quit taking it". I don't want to take drugs every day But to avoid feeling like this, I might revise my feelings on the subject! When will this end? Ever? [Posted by Kate on April 13]

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]

(*)

I was prescribed Zoloft only 2 months ago (50mg). After the first bottle ran out, I couldn't afford to get another until 2 weeks later. What I experienced in those 2 weeks was horrible! I didn't know what was wrong with me. Now, from reading these e-mails, I know that I was experiencing Zoloft withdrawal. Had I only known! Why didn't the doctor tell me about this? Now I'm afraid I'm going to feel worse trying to kick the drug. In that 2-week period, I started feeling dizzy and sick to my stomach. The dizziness was so bad at one point when I was driving that I had to pull over and park the car for a few minutes. I thought I had the flu. Then my fingers, hands, and part of my arm started to tingle. The dizziness lasted for about 7 days. The last 4 of the 7, I had started taking the Zoloft again. I've been back on the Zoloft now for 6 days. No more dizziness and the tingles are slowly disappearing, They were almost non-existent today. I told the doctor about these symptoms. He told me I probably have a virus. He also told me to keep track of the tingling and other symptoms. He said it could be the early warning signs of a disease. Apparently, doctors are uninformed and my doctor very casually prescribed it to me. How am I ever going to get off this drug? [Posted by Joyce on April 16]

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 afrita 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]

(*)

These messages vividly illustrate, in ordinary language, the great variety and potential severity of withdrawal reactions from antidepressant drugs such as Zoloft. They also express the writers judgments that their doctors were uninformed, prescribed and withdrew drugs too easily and misinformed them about the withdrawal process. As we have noted and will further discuss, although problems with withdrawal from antidepressants are neither rare nor mild, they have received scant attention until very recently

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.

(*)

Of particular interest, however, are the expressions of relief from some of the writers upon discovering that their discomfort is drug-induced and that they are not alone. Clearly; they received comfort and encouragement from having their experience validated by others, even complete strangers.

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

Know What Coming of Psychiatric Drugs Might Entail

(*)

To succeed in your withdrawal, you should have a good idea of the “journey” ahead of you and the events and situations you are likely to encounter. You should anticipate possible problems and understand, in advance, what concrete steps should be taken to reduce these problems.

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.

(*)

The good news is that energy, vigor, and memory often return when people stop taking psychiatric drugs. Indeed, you may well discover that you are able to think and focus more clearly that you are able to feel a wider range of emotions, and that you are more sensitive to cues from your social and physical surroundings.

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

Anticipate Withdrawal Reactions

(*)

You may recall that when you first started taking psychiatric drugs, your body reacted in various ways. For instance, you may have felt more sleepy, sweated more, had bouts of dizziness or nausea, noticed a tremor in your arms or legs, lost your appetite, or experienced various sexual dysfunctions. Possibly one or two of these reactions were somewhat severe, put you out of commission for a few days, and then quickly disappeared as your body became tolerant to the drug or as the dosage was altered.

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.

(*)

You may also have reacted emotionally to these changes. Perhaps you felt relieved that the drug was actually having an effect and thus began to feel better about some of the difficulties in your life. Or maybe you were anxious or depressed about having to put up with the physical reactions involved, worried about taking the drug for a long time, or felt apathetic about the prospect of dealing with those people around you who seem to have contributed to your personal difficulties.

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.

(*)

Similarly, letting go of a drug is bound to create physical and psychological reactions. Your body will begin to adjust to the absence of the substance. At the same time, the knowledge that you are giving up a drug and the physical changes you are undergoing will stir up various emotions and thoughts. These physical and psychological reactions may be quite subtle or quite obvious, or both. They will often resemble the problems that led to your taking drugs in the first place.

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.

(*)

It will help greatly to find out what you can about the withdrawal symptoms associated with the drug you're taking. In Chapter 9, we review this information in detail.

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

Understand What Influences the Ease of Withdrawal

(*)

The severity of your withdrawal reactions will depend on the type of drug you're taking. For example, drugs with a shorter half-life (the amount of time it takes for the body to eliminate half of the drug) tend to produce more intense withdrawal symptoms, even during gradual withdrawal. Their withdrawal effects are also usually felt sooner after the last dose than those of drugs with longer half-lives. Information on the half-lives of drugs is almost always included in the drugs' official labels published in the Physicians' Desk Reference¹¹.

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]¹².

(*)

The intensity of your withdrawal will also depend on how long you have been taking the drug and how much you were taking on a daily basis. In general, it's more difficult to withdraw from drugs taken at high doses and for several months or years.

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.

(*)

The withdrawal process will also be influenced by your general state of health. Advancing age and chronic medical conditions, which render people more vulnerable to adverse drug effects, may also

¹¹Yearly editions of Physicians' Desk Reference are published by Medical Economics in New Jersey. They can be found in bookstores and libraries.

¹²Edições 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.

increase the difficulty of withdrawal. Sometimes, however, younger patients report more difficulties than older ones.

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.

(*)

In addition, various subjective factors will undoubtedly play a role. Your attitude toward withdrawal is particularly significant. As we discuss below, the psychological fear of withdrawal, unless squarely faced, may represent a powerful obstacle. Your attitude toward physical discomfort is also important. For example, the urge to relieve even minor discomforts with pills may limit your willingness to put up with withdrawal-induced discomforts. Your knowledge of withdrawal reactions will also influence the way in which you deal with these reactions. Knowing in advance that you might experience a temporary withdrawal symptom will help to reassure you that the process is predictable. Finally the support and encouragement you receive can be decisive. One study has shown that even a single encouraging letter from a doctor may help patients to significantly reduce their drug intake, even in cases involving drugs that have been taken for years and are widely considered addictive¹³.

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 viciantes¹⁴.

(*)

7.12.1 Preveja o retorno de seu problema original

Look Out for the Return of Your Original Problems

(*)

¹³Cormack et al. (1994) [122] report that, within a six-month monitoring period, elderly long-term users of benzodiazepines reduced their drug use on average by two-thirds (compared to a control group) after receiving a letter from their doctor describing the risks of drug use and suggesting that the use be gradually decreased and, in time, stopped. Nearly one-fifth of those who received the letter completely stopped their drug use. See also Wylie (1995) [395].

¹⁴Cormack 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].

Coming off drugs is often accompanied by the return of some of the original distressing feelings and behaviors that led you to take drugs in the first place. In the psychiatric literature, this phenomenon is usually referred to as a “relapse”. Once a drugs effects begin to wear off, your original problems may begin to resurface if their psychological or situational roots have been neglected. Also recall our discussion (in Chapter 1) of how difficult it may be to distinguish between a recurrence of your original problems and an actual withdrawal reaction.

Sair das drogas psiquiátricas é muitas vezes acompanhado do retorno de alguns dos sentimentos e comportamentos afitivos 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.

(*)

The return of your original problems represents a crucial test of your determination and abilities, as you will be challenged to accept and deal with these emotions and behaviors through constructive means other than drugs.

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 através de meios construtivos que não as drogas psiquiátricas.

(*)

7.12.2 Antecipe a possibilidade de um período longo de abstinência

Anticipate the Possibility of a Long Withdrawal Period

(*)

Just as withdrawal symptoms vary, so does the length of time that those symptoms last. Depending on the drug you’re taking, and on other factors such as your state of health, your withdrawal process may last several weeks, even months. Renewed energy and vigor, as well as subtle, unpleasant effects, may be experienced over this period. In our clinical experience, withdrawal reactions to many drugs, including the SSRI antidepressants like Paxil and the tranquilizers like Xanax, can be quite protracted, lasting a year or more, sometimes leaving permanent adverse effects.

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.

(*)

Unless a medication has been taken for only a few days or weeks, abrupt withdrawal is never advisable. As a general rule, it may require one month of withdrawal for every year of exposure to a drug. For example, a person who has taken antidepressants for two years may require at least a two-month gradual taper. However, there are no strict guidelines and, as emphasized in the next chapter, each individual needs to find a comfortable pace for tapering a drug. The next chapter also examines the withdrawal process in more detail with specific recommendations regarding safety.

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

Be Prepared to Change Your Routines

(*)

If you have been taking drugs for a long time, your lifestyle may become profoundly disrupted as you withdraw. For a few weeks, you might have difficulty sticking to your regular routines. At times, simply knowing that you're trying something different may preoccupy your thoughts to an unusual degree and leave you unable to carry out your regular duties as effectively as before.

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

Expect Reawakened Feelings

(*)

Coming off drugs - especially strong depressants such as tranquilizers, neuroleptics, or lithium - often involves a potentially dramatic reawakening of the senses. This reawakening can lead to feelings of panic in people who do not realize the extent to which their hearing, touch, taste, or sensations of cold and heat can become unexpectedly acute after having been desensitized or anesthetized for long periods.

Sair das drogas psiquiátricas - especialmente de depressivos fortes, como tranquilizantes, neurolepticos, 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

Handling Disrupted Sleep

(*)

Withdrawal from several psychiatric drugs - especially central nervous system (CNS) depressants such as tranquilizers, many antidepressants, lithium, and antipsychotics - often provokes bouts of severe insomnia. And withdrawal from stimulants, and from the more stimulating antidepressants such as Prozac-like drugs, can induce “crashing” with sleepiness and fatigue. Infrequently the insomnia or excessive sleepiness may last several weeks.

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.

(*)

Sleep deprivation can be frightening and emotionally disrupting. A few nights of disrupted sleep may be sufficient to make you lose your resolve. It is important that you manage to sleep between five and eight hours every day with naps during the day if needed. The mental and physical efforts involved in drug withdrawal require that you rest and renew your energy every day.

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.

(*)

If you have a tendency to become high or euphoric (“manic”), the inability to sleep may signal that you are on the verge of a more serious emotional crisis. In this case, you may need to temporarily resume a higher dose of the drug you are taking or to seek a consultation. Also, persistent loss of sleep can make you impatient, irritable, and quick to anger. It can bring out almost any problem that you have had difficulty controlling. In general, however, a temporary period of sleeping difficulties will not be harmful over the long term.

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.

(*)

If you find yourself overly sleepy during withdrawal, get lots of rest and try to be cautious in your physical activities. Moderate, safe exercise may be helpful. Don't resort to excessive caffeine or stimulants to stay awake. Your brain needs a break from drugs. The fatigue and somnolence should subside with the gradual elimination of the drug from your body and your brains return to normal functioning.

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

Dealing with Strong Reactions from Friends and Family

(*)

Those around you may fear that any unusual feelings or withdrawal symptoms are a sign that you are deteriorating or “relapsing” without your medications and need to restart them immediately. They may even pressure each other to “do something” about whats happening to you.

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.

(*)

Often, relatives are worried about the harmful effects of drugs on their loved ones. Many of the requests for help and information we receive about drug withdrawal come from concerned family members. However, because they are also bombarded with prodrug propaganda and have so little access to nondrug options, your relatives may believe that they should pressure you to stay on drugs. Anticipate that their choices will sometimes be more restrained than yours.

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.

(*)

If you are living with family members, or remain dependent on or closely involved with them, they will naturally have serious concerns about your withdrawal from psychiatric drugs. The problems that led to your taking the drugs may have caused them a great deal of stress and worry giving them good reason to fear that you will lose control of your emotions or behavior. If you want their

encouragement, which depends in part on allaying their fears, you need to be honest about the past consequences of your behavior.

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.

(*)

Conflicts embedded within the family itself are often unfairly blamed entirely on the person who has received a psychiatric diagnosis and is taking drugs. Thus, when you decide not to accept your previous role as a “psychiatric patient”, others in the family may feel threatened. Perhaps they have become accustomed to focusing on you instead of on their own problems, or on the ways in which they have contributed to their conflicts with you. Anything you do to upset that balance might be strongly resisted by your family your relatives may be especially resistant if your withdrawal seems haphazard, careless, or unplanned. In sum, family members can help or hinder your withdrawal, but either way they are bound to be quite concerned.

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.

(*)

There is no easy recipe for turning your relatives into allies during this phase. However, sharing your detailed plans about withdrawal, and about life after withdrawal, could help. Making clear your determination to act responsibly will be important to your relatives - and to you. You should also openly acknowledge the difficulties your past behavior may have caused them as well as yourself. Asking for their support in potentially difficult times will be reassuring to them and valuable to you.

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.

(*)

Ultimately your family’s fears or apprehensions will be best allayed by seeing you function well without psychiatric drugs.

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

Don't Overreact to Anger and Guilt

(*)

As you withdraw from drugs, you may become angry about the drug treatment that you've received, especially if you were misled or forced to take drugs. The drug effects may have estranged you from some of your most powerful emotions, including your sense of outrage, injustice, and self-preservation. Some of these emotions may resurface when you withdraw. It is very important to keep your anger under control during withdrawal.

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

Be Flexible About Withdrawal

(*)

You and you alone should decide what you can bear while undergoing withdrawal. We believe that there are no hard and fast schedules. You should not withdraw at a faster pace than you desire or feel comfortable about.

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.

(*)

Some clinicians may be skeptical about whether tiny doses of a psychiatric medication can actually help to manage or control withdrawal reactions. Despite our own initial skepticism, we have seen patients effectively use tiny doses in the last few weeks and even months of withdrawal. A few individuals have taken as little as one-sixteenth of the smallest available pill over several weeks as a means of controlling their last remaining withdrawal symptoms from tranquilizers, antidepressants, and antipsychotics. For example, tiny doses have managed the nausea associated with Zyprexa

withdrawal (see Chapter 9). For some people, a sensitization to drugs¹⁵ toward the last stage of withdrawal appears to explain the impact of minuscule doses. Our experience with these people confirms the importance for each individual to withdraw at his or her own pace.

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 drogas¹⁶ 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.

(*)

You and you alone must choose how you will stick to your withdrawal schedule when stressful and anxiety-provoking situations arise. You must decide whether or not to take pills or to increase doses on “hard” or difficult days. You must determine when you are able to use these situations to practice your skills at living without resort to drugs. The important thing is not to push yourself to any extreme in coming off drugs.

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.

(*)

For example, when unexpectedly severe reactions are produced by withdrawal, you could reinstitute your previous dose and then proceed with a more gradual taper (see Chapter 8). If this process is well-planned, you are not likely to become overly discouraged. On the contrary you will be practicing an appropriate, measured response to your body’s signals.

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

Set Up an Action Plan

¹⁵Here is an example of sensitization: When given amphetamines that are then withdrawn over a period of time, many animals respond with heightened sensitivity to future administrations of the drug.

¹⁶Aqui 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.

(*)

A detailed action plan increases your chances of success. Here are some suggestions:

Um plano de ação detalhado aumenta suas chances de sucesso. Aqui estão algumas sugestões:

(*)

1. Plan how you will discuss the topic of withdrawal with your professional helpers, what you think you need from them, and what you intend to do if you cannot gain their cooperation.

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 puder receber a sua cooperação.

(*)

2. Plan how you will discuss the topic with your friends or family and how you will deal with any potential resistance.

Planeje como você vai discutir o tema com seus amigos ou família e como você vai lidar com qualquer possível resistência.

(*)

3. Make sure to stay in touch with trusted friends or relatives who can provide you with feedback on how you're doing throughout the withdrawal process.

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. Write down a detailed withdrawal or taper schedule that specifies daily doses of your drug or drugs, the number of weeks you plan to undergo this process, and the expected end of withdrawal (again, see Chapter 8).

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. Begin your withdrawal in as secure an environment as possible.

Comece a sua retirada em um ambiente tão seguro quanto possível.

(*)

6. Improve several of your specific habits related to diet and exercise, so as to strengthen your physical capacity to deal with withdrawal and life after withdrawal.

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 to accommodate the disruptions of routine that drug withdrawals sometimes provoke, perhaps by temporarily suspending a few stressful activities or preoccupations.

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. Develop alternative solutions to drug use. Before starting the withdrawal process, practice relaxation and stress-reduction techniques that will decrease the symptoms of anxiety or agitation that you are bound to experience to some degree or other (See Otto, Pollack, and Barlow, 1995 [298]).

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

Facing the Fear of Withdrawal

(*)

Many individuals continue to take drugs not because they find them genuinely helpful but because they are afraid to stop taking them. Our interviews with patients frequently reveal that drugs do not keep their distress under good control. Many patients actually become insensitive to or hopeless about their continued suffering.

Muitos indivíduos continuam a tomar drogas psiquiátricas não porque eles achem que elas ajudem genuinamente, mas porque eles estão afitos em parar de tomá-las. Nossas entrevistas com os pacientes frequentemente revelam que estas drogas não mantem as suas afições bem controladas. Muitos pacientes de fato tornam-se insensíveis ou desesperançosos a respeito do seu sofrimento continuado.

(*)

You may become disconcerted if, immediately after you start the tapering process, you feel more anxious and nervous than before. The mere knowledge that you are stopping taking drugs, or have reduced your drug intake, can cause anxiety¹⁷. You may feel compelled to resume taking drugs even before you experience actual drug-induced withdrawal effects.

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 estás parando de tomar drogas psiquiátricas, ou tem reduzido o seu consumo delas, pode causar ansiedade¹⁸. 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.

(*)

The fear of withdrawal often goes beyond the fear of experiencing unpleasant physical sensations. Drug withdrawal presents a potentially frightening challenge to live your life differently without a guarantee that you'll be up to the task. This natural, almost inevitable fear may be worsened by years of being told that you have an incurable disease caused by biochemical imbalances that must be corrected with modern medical panaceas¹⁹.

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

¹⁷Moncrieff (2006a) [279] suggests that a distinct and sometimes intense anxiety or fear of withdrawal may actually precipitate a relapse.

¹⁸Moncrieff (2006a) [279] sugere que um tipo distinto, e por vezes intenso, de ansiedade ou medo da abstinência podem de fato precipitar uma recaída.

¹⁹Breeding (1998) [45] suggests that “[w]ithin the framework of biopsychiatry, hopelessness is a rational response”; he also emphasizes that the qualities of hope and courage are necessary to overcome the fear of withdrawing from drugs.

tens uma doença incurável causada por desequilíbrios bioquímicos que devem ser corrigidos pelas panacéias médicas modernas²⁰.

(*)

Withdrawal also requires that you face the reappearance of familiar, painful emotions from the past - emotions that are best understood as signals for you to deal with the consequences of previous conflicts, abuses, or traumas. The process of withdrawal may confront you with the realization of how much your life has been driven by painful emotions - such as guilt, shame, and anxiety - rather than by well-chosen principles and a love of other people and life.

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.

(*)

In sum, deciding to come off psychiatric drugs “forces” you to examine your behavior and lifestyle, your morals and values, your personal history. It compels you to go beyond the veneer of the drug-for-a-disease argument. It requires that you examine the role that drugs have played in suppressing your life and subduing your emotions. These are not the sorts of issues that you might readily reflect upon, but having to think about them, and perhaps discussing them with a sympathetic counselor, can become a major unexpected benefit of withdrawal. The self-aware and passionate life is the one most worth living; withdrawing from drugs can empower you to live that richer, more fulfilling life.

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.

(*)

²⁰Breeding (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

How to Stop Taking Psychiatric Drugs

(*)

You may feel in a rush to stop taking psychiatric drugs. Perhaps you are experiencing distressing side effects or feel “fed up” with being sluggish and emotionally numb. Beware! It’s not a good idea to abruptly stop taking drugs without first making sure that there’s no danger involved in doing so. In our opinion, it is almost always better to err in the direction of going too slowly rather than too quickly. Sometimes, the development of a severe adverse reaction may require an immediate withdrawal, but if you are having a serious drug reaction, you should seek help from an experienced clinician.

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.

(*)

Once you have begun to withdraw from psychiatric drugs, don’t let anyone - not even your doctor - rush you. Especially if there’s a chance that you are going too fast, pay careful attention to how you feel physically and emotionally. At the same time, however, you should take into account the warnings of professionals, family members, or friends who believe that withdrawal is causing you more problems than you realize. You may not be the best judge of your emotional condition as you come off drugs, so you should take into consideration the concerns of people you trust.

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

Gradual Withdrawal Is Its Own Protection

(*)

When people take psychiatric drugs, their decision-making faculties may function less effectively. Their feelings are numbed. At these times, if their thinking were expressed in words, it would likely communicate indecision, apathy or confusion. Or they may experience different feelings in rapid succession, almost as if they were out of control. Because people generally want to think more clearly to “feel fully” again, and to be more in control of themselves, they are motivated to stop taking psychiatric drugs.

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.

(*)

Coming off drugs gradually helps to “contain” the emotional and intellectual roller coaster that sometimes accompanies withdrawal. Indeed, a slow, gradual tapering imposes a discipline upon the withdrawal process. Because of the neglect of the topic of withdrawal, there still are no clearly validated tapering procedures. Almost every clinician writing on the topic today however, as well as newer recommendations that drug manufacturers are beginning to insert on official drug labels, state that gradual discontinuation is the preferred route. In the absence of a trusted friend or ally to provide feedback on your progress, in the absence of a support network, gradual withdrawal is likely to be the wisest strategy - especially if you are unsure as to how quickly you should proceed. Even if a medical doctor or other health professional is assisting you or monitoring your withdrawal, a gradual taper is usually the safest strategy.

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

Why Gradual Withdrawal Is Better Than Sudden Withdrawal

(*)

The minute a psychiatric drug enters your bloodstream, your brain activates mechanisms to compensate for the drug's impact¹. These compensatory mechanisms become entrenched after operating continuously in response to the drug. If the drug is rapidly removed, they do not suddenly disappear. On the contrary, they have free rein for some time. Typically these compensatory mechanisms cause physical, cognitive, and emotional disturbances - which are collectively referred to as the withdrawal syndrome.

No minuto no qual uma droga psiquiátrica entra na circulação sanguínea, o cérebro ativa mecanismos para compensar o impacto delas². 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.

(*)

The simplest way to reduce the intensity of withdrawal reactions is to taper doses gradually in small increments. This way, you are giving your brain appropriate “time” and “space” to regain normal functioning. Unless it is clearly established that you are suffering an acute, dangerous drug-induced toxic reaction, you should proceed with a slow, gradual withdrawal. The longer the withdrawal period, the more chances you have to minimize the intensity of the expected withdrawal reactions.

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.

(*)

Interestingly there is some evidence that “gradual discontinuation tends to shorten the course of any withdrawal syndrome” (Noyes et al., 1991 [294], p. 1621). In other words, the actual duration of all expected symptoms from drug withdrawal is likely to be shorter if you withdraw slowly than if you withdraw abruptly. There is also, however, evidence, mostly from personal accounts posted on the Internet by users of antidepressants, that gradual withdrawal sometimes does not lessen the distress of withdrawal reactions. David Taylor, chief pharmacist of Maudsley Hospital in London, described his own SSRI antidepressant withdrawal, stating:

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

¹Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]); Breggin and Breggin (1994 [53]).

²Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]); Breggin e Breggin (1994 [53]).

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:

(*)

“For six weeks or so, I suffered symptoms which were at best disturbing and at worst torturous. This was despite following a cautious, decremental withdrawal schedule” (Taylor, 1999 [361]).

“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]).

(*)

However, slow withdrawal does tend to reduce the risk of severe physical reactions such as seizures or dangerous blood pressure fluctuations. One study surveyed 66 patients who recently discontinued an SSRI antidepressant. One fifth of these people abruptly discontinued the drug, and they experienced exactly twice as many withdrawal symptoms as those who tapered gradually (van Geffen et al., 2005 [377]).

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]).

(*)

In one early study of withdrawal from tricyclic antidepressants, 62 percent of those who withdrew in less than two weeks experienced withdrawal reactions, compared to only 17 percent of those who withdrew over a longer period (Kramer et al., 1961 [236]). Because unpleasant withdrawal reactions are one of the main reasons you might be tempted to abort your withdrawal, a gradual taper increases your chances of succeeding and remaining drug-free.

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.

(*)

In addition, it appears that people who gradually reduce their drug intake find a renewed vigor and energy that they now can learn to reinvest. In contrast to a sudden, unplanned cessation, a gradual withdrawal allows them to find constructive ways to use this energy to appreciate the new confidence in their abilities that they will develop, and to consolidate the new emotional and behavioral patterns that will be learned in the process.

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 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.

(*)

One published account describes the case of a woman who wanted to stop Paxil after taking 20 mg daily for six months. Her doctor abruptly cut this dose in half, to 10 mg daily and gave her the new dose for one month. Then, during the following two weeks, he gave her 10 mg every other day. On alternate, nondrug days, the woman experienced severe headaches, severe nausea, dizziness and vertigo, dry mouth, and lethargy. The dose was reduced to 5 mg daily but, convinced that this only prolonged her agony she stopped abruptly. She is reported to have experienced two weeks of various withdrawal symptoms and then to have fully recovered (Koopowitz and Berk, 1995 [235]).

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]).

(*)

A more gradual taper, rather than an abrupt 50 percent reduction at the start, might have reduced the severity of this woman's overall withdrawal reactions. Also, as we discuss ahead, taking a drug every other day during withdrawal should be done only toward the very end of the taper. Granted, many users of psychiatric drugs do cease them suddenly, without experiencing any significant withdrawal pains. Our experience, however, suggests to us that abrupt withdrawal is chosen by people who are not properly informed or supervised, who cannot tolerate their drug-induced dysfunctions any longer, or who act impulsively because they perceive that no one is listening to them or understanding their suffering.

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

Remove Drugs One at a Time

(*)

Many people, perhaps yourself among them, take several psychiatric drugs simultaneously. Today polypharmacy - the practice of prescribing more than one or two drugs to the same patient at the same time - is quite common and encouraged, especially by physicians presenting in drug company-sponsored symposium. Frequently patients receive an antidepressant and a tranquilizer, a stimulant and a tranquilizer, or an antipsychotic and an anticonvulsant. It is no longer unusual to find children and adults simultaneously prescribed at least one drug from every single major drug class discussed in this book. Such cocktails, if combined with a physician's failure to recognize withdrawal reactions and to monitor patients carefully leave patients vulnerable to experiencing severe distress. Such cocktails vastly increase the toxicity of each drug and produce dangerous, unpredictable adverse reactions and complicated withdrawal reactions. Patients taking multiple drugs often endure a chronic state of mental confusion, dulled and unstable emotions, and cognitive problems, including memory deficits.

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.

(*)

You can withdraw from several drugs simultaneously but this is a risky strategy. It should be reserved for cases of acute, serious toxicity. In addition, since drugs taken together (such as neuroleptics and antiparkinsonians) often have some similar effects, withdrawing them together can make withdrawal reactions worse. Also, because some drugs suppress or increase blood levels of other drugs, your health care professional should be well informed before making recommendations concerning simultaneous decrements for more than one drug. If you intend to withdraw simultaneously from two or more drugs, you should do so under the active supervision of an experienced physician or pharmacist.

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.

(*)

When you take two drugs, your brain tries to compensate not only for the effects of each one separately but also for the effects of their interaction. The physical picture gets even more complicated

with each additional drug. The increasing complexity goes far beyond our actual understanding, creating unknown and unpredictable risks during both drug use and withdrawal. In cases of multidrug use, withdrawal is like trying to unravel a thick knot composed of many different strings - without cutting or damaging any of the strings. In this analogous situation, you would have to proceed quite carefully indeed, gradually disentangling one string and continually adjusting the others in response to the ongoing progress.

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.

(*)

It is usually best to reduce one drug while continuing to take the others. The process begins anew once you've eliminated the first drug completely and have gotten used to doing without it.

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?

Which Drug Should Be Stopped First?

(*)

If you want to get off more than one drug, there are some considerations in deciding which drug to stop first. Lets say you're taking drug "A" to counteract the side effects of drug "B"; in this case, you should probably start withdrawal with drug "B". For example, if you're taking a sleeping pill for insomnia caused by Prozac or Ritalin, you may want to delay withdrawal from the sleeping pill until you have begun to reduce the Prozac or Ritalin. Similarly if you're taking Cogentin or Artane or some other drug to suppress movement disorders caused by neuroleptics, you should probably first reduce your neuroleptic before you attempt to withdraw from the Cogentin or Artane.

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.

(*)

There are no hard and fast rules about which doses to reduce first. In general, however, you should consider initially reducing the dose that's causing the most side effects, such as the afternoon dose that makes you too sleepy or the evening dose that over-stimulates you and causes insomnia. Conversely, you may want to wait until last to reduce or stop the dose that seems to be helping you the most, such as the evening dose of a tranquilizer if you have insomnia. Many people are concerned about difficulty sleeping if they stop the evening dose of a tranquilizer that they are taking several times a day and in that case, they would be wise to begin reducing a dose that is given earlier in the day.

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.

(*)

Sometimes there will be other obvious reasons to choose the morning or evening dose as the first one to reduce. When taking tranquilizers such as Xanax or Klonopin, for example, many people find that they awaken in the morning in a state of anxiety or agitation due to withdrawal from the previous dose. Therefore, they may feel more comfortable beginning with a reduction of the evening dose. Others may find that they become excessively sleepy in the afternoon. They might want to begin reducing that dose.

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

Special Considerations During Withdrawal

(*)

Nowadays patients are often treated with multiple drugs at once. In the extreme they may receive one or more from each of the main categories; stimulants, antidepressants, tranquilizers and sleeping pills, mood stabilizers, and antipsychotic agents. If possible, try to address the antipsychotic agents first because they pose severe risks including tardive dyskinesia and potentially lethal neuroleptic malignant syndrome, diabetes, and pancreatitis. However, if the antipsychotic exposure has lasted for several years, it may take many months to withdraw, and therefore it becomes more practical

to start with another drug that's easier to stop. But keep in mind that your risk of getting tardive dyskinesia from antipsychotic drugs is high and that the risk increases over time, so it's a good idea to withdraw from these drugs as soon as possible. Also keep in mind that you will probably need a strong support system when withdrawing from antipsychotic drugs.

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 retirar-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.

(*)

Because benzodiazepine tranquilizers often provoke unpleasant, lengthy and potentially dangerous withdrawal reactions, some people choose to withdraw from their use last, after they've experienced withdrawal from other drugs, strengthened their resolve, and gained confidence.

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.

(*)

If dangerous drug interactions are present, such as two or more drugs that stimulate serotonin, it may be important to withdraw from one of them at the onset. And of course, if the individual is already suffering from a potentially severe adverse reaction such as abnormal movements caused by an antipsychotic drug or over-stimulation and other mental abnormalities caused by a stimulant or antidepressant, it is necessary to consider as rapid withdrawal as safe and feasible.

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.

(*)

In general, withdrawing from multiple psychiatric drugs requires supervision by an especially experienced clinician.

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?

How Fast Should You Withdraw?

(*)

How rapidly to stop medication is one of the most critical and difficult questions to address and the process must be tailored to individual needs. In complicated cases, the patient and the health professional should anticipate spending sufficient time to share their views and to Outline a general plan. They must also be prepared to re-evaluate the plan on a regular basis. Under no circumstance should the bar be set too high, so that the individual fails and becomes demoralized during the withdrawal.

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.

(*)

It is important to withdraw gradually enough to avoid potentially life-threatening physical withdrawal reactions such as seizures and blood pressure spike. If you take one month to gradually withdraw from any psychoactive drug, you will probably avoid the most severe physical withdrawal reactions, such as seizures coming off benzodiazepines or dangerous spikes in blood pressure coming off clonidine (Catapres). In the case of large, prolonged doses of tranquilizers, more than one month should usually be required. By contrast, in the case of Catapres the withdrawal may be limited to a one-week period when withdrawing from routine doses.

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.

(*)

In carrying out a one-month taper, the simplest procedure is to reduce the dose by one-quarter (25 percent) every week. However, the plan must not be rigid. At the end of a week, if withdrawal symptoms remain uncomfortable, then the dose can be slightly increased again, or the time on the dose can be extended as needed. A planned one-month taper may end up taking several months.

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.

(*)

If an individual has been taking a drug for more than a year, it would not be unusual to plan a month of withdrawal for every year that the drug has been taken. By this method, an individual who has been exposed to antidepressants or tranquilizers for five years could require at least five months to withdraw. If the individual has been taking both kinds of drugs for five years, it may require two separate five-month withdrawals to stop both drugs; but hopefully the process may be shorter.

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.

(*)

If a long withdrawal is planned, it may be useful to begin with a reduction nearer to 10 percent for the first dose reduction. It's a matter of testing the waters. If this small reduction turns out to be relatively painless, then a larger dose reduction, such as 25 percent, could be attempted the next time. If, however, even a small reduction is difficult, then don't push any harder. The whole point is to make sure that the taper does not go too fast and remains within the individual's comfort zone.

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.

(*)

Unfortunately, there is no way to determine in advance how gradually you need to taper, or how long you need to take, in order to avoid the array of potentially distressing emotional and neurological reactions, such as headaches, irritability, fatigue, and mood swings while withdrawing from SSRI antidepressants, or anxiety insomnia, emotional instability; and muscle aches while tapering benzodiazepine tranquilizers. Some people experience only mild reactions throughout their taper and complete it in a few weeks. Others will experience distressing reactions that will force them to proceed much more slowly, in excess of several months, as their body takes time to adjust to each reduction before beginning their next dose reduction. (Glenmullen, 2005 [180]). Usually you will know within the first few weeks if the withdrawal is going well at your current pace.

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 conclue 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.

(*)

If you have been taking the medications for a long time or if you are worried about withdrawal for any reason, you can test your withdrawal reaction sensitivity by starting with a relatively small and convenient dose reduction. For example, if you're taking four pills a day break one of them in half. That's a convenient reduction of roughly 12.5 percent. If that feels good after a week or more, then break another pill in half. Now you've reduced the dose by 25 percent. You may want to ask your doctor or pharmacist for the smallest pill size so that you can more conveniently make small reductions.

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.

(*)

In regard to the newer antidepressants like Paxil and the tranquilizers like Xanax, some people discover that they must proceed extremely slowly, taking tiny fractions of a pill at the very end of the taper. If the drug comes in a liquid form, such as Paxil, some people end up using a dropper to measure small reductions of the liquid form of the drug toward the end of the taper (Pacheco, 2002 [299]).

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]).

(*)

The most important rule is to respect your own feelings and to avoid tapering faster than you find bearable. Stay within your own comfort zone when pacing your withdrawal. Keep in mind that the longer you were taking the drug, and the higher the dose, the more gradual your taper should be. Once again, it's not unusual to require a month of withdrawal for every year of drug exposure.

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.

(*)

If you have been taking a drug with recognized abuse potential such as the stimulants or benzodiazepines, in severe cases you may be able to get help from an outpatient or inpatient rehabilitation program.

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.

(*)

If at any time the withdrawal symptoms become intolerable, the simplest approach is to return to the previous dose you were taking. Then, if you decide to continue the withdrawal process, you can do so more gradually. Whenever possible, make use of skilled clinical supervision and a strong family and social support network. Overall, most people are able to carefully and safely withdraw from psychiatric drugs.

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.

(*)

Again, keep in mind that these withdrawal methods are only guidelines and not absolute rules. Applying them depends on how fast you feel comfortable to proceed and on how much discomfort you experience and can bear between dose reductions.

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

How to Divide Individual Doses

(*)

To follow the above steps, you may have to use smaller doses than those available in individual pills. Drugs usually come in pills of varying doses. As already mentioned, your doctor or pharmacist can provide you with the smallest available pill in order to facilitate your dose adjustments. However, the smallest available pill might not be small enough to ease the discomfort of withdrawal. For example, Lexapro comes in tablets of 5, 10, and 20 mg but some people may require 2.5 mg for their last series of doses.

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.

(*)

Most pills have a slit that allows them to be divided in half easily; you can also purchase a small inexpensive device from most pharmacies for cutting pills and tablets. Pills that are slow-release (long-acting) typically cannot be safely divided. Consult your pharmacist or healthcare professional about the safety of dividing the pills you are using.

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.

(*)

It is also possible to take most drugs every other day during the withdrawal. However, this should not be done early in the withdrawal. Taking psychiatric drugs every other day in routinely prescribed dose sizes can be very stressful on the brain. Taking the drug every other day should be done only toward the very end of the taper when you have reached the smallest available pill. You can then try withdrawing from the smallest pill by taking it every other day, and then every third day; until you feel comfortable stopping. In addition, as already described, some drugs like Paxil come in liquid form and can be dispensed with an eyedropper at the end stages of withdrawal.

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.

(*)

To sum up, in withdrawing from many psychiatric drugs, it is not uncommon to have difficulty stopping the smallest available dose. In these cases, it is possible to break the pill into halves or even roughly into quarters. Toward the end of your withdrawal, it is also possible to take the smallest available pill every other day and then every third day before stopping completely. In regard to antidepressants and tranquilizers, some people find it very difficult to withdraw from these last little doses and may require weeks or months to finish the process.

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.

(*)

This chapter has focused on the mechanics of drug withdrawal. But the most difficult aspects of withdrawal often have to do with fears about giving up drugs, as well as the resurfacing of painful emotions and psychological issues that have been submerged under a drug-induced mental flattening. Before undertaking drug withdrawal, always assess your need for counseling as well as your need for

a safe home situation and a supportive social network. When these basic steps are taken before starting drug withdrawal, the vast majority of people can safely taper off their psychiatric drugs.

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

Withdrawal Reactions from Psychiatric Drugs

(*)

In Chapter 4, we discussed adverse reactions that can occur when psychiatric drugs are taken. The present chapter reviews adverse reactions that can develop during withdrawal.

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

Beware Illicit Use

(*)

This book is directed to people who have experienced problems while taking or withdrawing from psychiatric drugs that have been prescribed by doctors according to generally accepted guidelines for their clinical use.

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.

(*)

On the other hand, you may be experiencing serious difficulties from using stimulants, sedatives, or painkillers in large amounts, or in combination with each other, or with alcohol. You may have started this use with a routine medical prescription but are now taking much larger quantities and feel you cannot control the cumulative effects. Similarly, if you have been obtaining psychiatric

drugs illegally or from multiple doctors, you may have a serious drug dependence problem. If you are snorting, injecting, or inhaling these drugs, you are exposing yourself to extreme dangers.

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.

(*)

Under any of these circumstances, you may need immediate professional help that may include a detoxification or drug-rehabilitation unit.

Em qualquer uma dessas circunstâncias, você pode precisar de ajuda profissional imediata, que pode incluir uma desintoxicação ou unidade de reabilitação de drogas.

(*)

By contrast, this book focuses on problems associated with the ordinary use and withdrawal from psychiatric drugs that have been routinely prescribed by doctors.

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

Your Doctor May Not Know

(*)

All psychiatric drugs can produce unpleasant, disturbing reactions upon withdrawal or discontinuation. For some drugs that have been with us for decades, especially the benzodiazepine tranquilizers, withdrawal reactions are well described in the medical literature. Doctors tend to know about them. However, doctors are too often unfamiliar with withdrawal problems associated with many of the other psychiatric drugs they routinely prescribe. Since the first edition of this book appeared, we have observed a definite increase in professional and popular sensitivity about withdrawal reactions of psychiatric drugs, especially antidepressants. However, much more education is needed.

Todos 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.

(*)

Stimulants such as Ritalin, Adderall, and Dexedrine have been widely used for decades, yet many physicians seem unaware of the marked withdrawal reactions they can cause. The same is true of drugs more recently introduced on the market. All newer antidepressants, such as Lexapro, Cymbalta, Paxil, Prozac, and others, often cause distressing withdrawal, yet many physicians appear to be unaware of this fact. For example, family physicians or primary care practitioners prescribe the bulk of antidepressants. Yet, to our knowledge, the first systematic advice to family physicians concerning the management of antidepressant discontinuation was published in *American Family Physician* only in late 2006 (Warner et al., 2006 [382]).

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 afitiva, 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]).

(*)

What we find most disturbing is that, even when doctors do know about the dangers of withdrawal problems from drugs, they often fail to warn their patients¹. Sometimes they feel too pressed for time to inform their patients about these dangers. Sometimes they simply forget. Sometimes they are concerned that patients will complain about any adverse effect that the doctor mentions or that the patient hears about. At other times, doctors are simply afraid to discourage their patients from taking the medication. However, medical ethics and sound practice require that physicians advise patients about withdrawal problems. There is no legitimate excuse for not doing so.

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 pacientes². 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 afitos 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.

(*)

Once you read this book, you may know much more about withdrawal problems than your physician does. If you are planning to stop or reduce the dose of a psychiatric drug, you may want to share this book with your doctor.

¹Young and Currie (1997) [397]. Even with respect to tardive dyskinesia, an often irreversible movement disorder frequently produced by neuroleptic drugs and mentioned in all information sources about these drugs, surveys show that psychiatrists admit that they routinely fail even to mention this effect to patients before prescribing (review by Cohen, 1997).

²Young 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).

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?

When Am I Having a Withdrawal Reaction?

(*)

Withdrawal reactions can be difficult to recognize. For example, consider the case of George who, two nights earlier, stopped taking the Klonopin (clonazepam) that was prescribed for him at bedtime to help him sleep. It's the first time in several months that he has tried to fall asleep without his "sleeping pill". Since stopping the Klonopin, George has been having more trouble falling asleep than ever before. He has been lying awake for hours worrying about what will happen to him if he can't ever fall asleep again without drugs.

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.

(*)

George is most likely having a withdrawal reaction from the Klonopin. For several months, his brain has been fighting the effects of the drug, which George has taken on a daily basis. This process has resulted in reactive or compensatory overstimulation of his brain. Now that the drug has been stopped, George's overstimulated brain has taken over and is keeping George awake. Since his insomnia is worse than it was before he started the Klonopin, his withdrawal reaction can be called a "rebound" - a worsening of his original symptoms.

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.

(*)

Alternatively George could be suffering from psychological fear of giving up the drug. If he wasn't so scared about doing without a sleeping pill, he might not be having so much trouble sleeping. Having gotten into the habit of using Klonopin, he may now be afraid to give it up. This withdrawal reaction would be described as psychologically caused, in contrast to the physically caused withdrawal

problems we are mostly concerned with. In such circumstances, George would need reassurance from his doctor that he will get used to sleeping without medication.

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.

(*)

George could also be suffering from his original insomnia. Indeed, for years, he has tended to worry at night. In the absence of drug-induced sleep, his worrying may have returned. This situation would be described as a “relapse” - a return of the original problems experienced before drug use. Counseling or psychotherapy could be especially helpful in dealing with this aspect of George’s insomnia.

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.

(*)

Because Klonopin and other sleep-inducing drugs commonly cause withdrawal problems, we are probably correct in specifying drug withdrawal as the most likely diagnosis in George’s case. If he gradually resumes more normal sleep in a few days or weeks, this diagnosis would be confirmed. As noted, it is often difficult to distinguish drug withdrawal reactions from other problems, such as a return of the original symptoms. Usually however, it’s safest to assume that physical withdrawal is playing a role and that a slow, tapered withdrawal will be helpful.

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.

(*)

Consider the possibility that you are having a withdrawal reaction if you begin to experience uncomfortable physical or emotional reactions within hours, days, or weeks of reducing or stopping a medication. The same is true if you are experiencing these reactions between drug doses. Short-acting drugs are especially likely to cause withdrawal reactions between doses. These culprits include all of the stimulants, the sleeping pills Ambien and Halcion, and the benzodiazepine tranquilizer Xanax.

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.

(*)

You may also be experiencing a withdrawal reaction if the reaction is the opposite of the drug effect. For example, if you get very tired and feel that you are “crashing” a few hours after taking a stimulant - or if you get agitated and even “high” a few hours after taking a tranquilizer - you may be going through withdrawal.

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

Denial of Withdrawal Reactions

(*)

For many reasons, our knowledge of drug withdrawal problems is not as advanced as it should be. To begin with, these problems are very complicated. As in George’s case, it can be difficult to separate psychological factors from physical ones. Or it can be difficult to determine whether the problems involve physical withdrawal or a return of the individual’s original troubles. In addition, different people vary in terms of their withdrawal reactions to the same drug. For example, George may feel nervous and have trouble falling asleep for a few days after withdrawing from Klonopin, whereas Gina may hear a ringing sound in her ears and find that her physical balance is impaired.

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.

(*)

As we have mentioned, doctors are often reluctant to admit that withdrawal is a serious problem. Moreover, when they do witness withdrawal reactions, they rarely report them to the appropriate agencies. For example, probable withdrawal reactions from antidepressants such as Paxil and Zoloft are very common, occurring in 30 percent of patients (Rosenbaum et al., 1998 [323]). Yet the number of reports of all adverse reactions from antidepressants sent to the FDA varies between 2 and 300 per 1 million prescriptions (Young and Currie, 1997 [397]).

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]).

(*)

Perhaps most important, almost all drug research is paid for and controlled by drug manufacturers, and these profit-driven corporations tend to be very reluctant to identify drug withdrawal problems that might discourage people from using their products. From drug research through medical education and clinical practice, then, many factors interact to inhibit the growth of our knowledge about drug withdrawal. As a result, there is no significant tradition or body of wisdom in psychiatry that focuses on drug withdrawal reactions. All of the emphasis tends to be on how to start and to maintain drugs in patients rather than on how to stop them.

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 consumi-las.

(*)

When you talk to your doctor about problems stopping or reducing the dose of your psychiatric drug, keep in mind that your doctor may not know much about the problem or may even be irrationally denying it's existence. For example, the older antidepressants, commonly called tricyclics, have been in use for more than fifty years, and their withdrawal reactions have been repeatedly documented. Yet some doctors seem completely unaware of the existence of these reactions. A survey in 1997 tested the awareness of psychiatrists and general practitioners concerning antidepressant drug withdrawal. The authors concluded that "a sizeable minority of physicians denied being confidently aware of the existence of antidepressant withdrawal symptoms" (Young and Currie, 1997 [397], p. 28). The implication is that, in routine clinical practice, at least a "sizeable minority" of doctors make no attempt to diagnose antidepressant withdrawal reactions or to distinguish them from other symptoms. Another recent survey of psychiatrists showed that withdrawal reactions rated near the bottom of the list of factors helping these physicians decide which antidepressant to prescribe to their patients.

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 confiantemente 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.

(*)

Your doctor may also mistakenly attribute your withdrawal reactions to your “mental illness”. Especially if you have unsuccessfully tried to withdraw from the drug previously your doctor may try to convince you that you have a “chronic illness” requiring lifetime drug use. The irony is that the longer you stay on the drug, the more likely you are to suffer something beyond a mild reaction when you attempt to withdraw. Your unsuspecting doctor, and even you, might see this as a sign that you “really need” your drug. In reality what you really need is help in gradually withdrawing.

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

Defining Physical Dependence

(*)

If a drug causes unpleasant effects to some users when they stop taking it, then some of these users will inevitably become physically dependent on it. This conclusion is basic to the definition of physical dependence. According to the World Task Force on sedative-hypnotics, “[p]hysical dependence is defined as the appearance of specific withdrawal symptoms when the medication is abruptly discontinued”³. Boston University’s online Pharmacology Glossary states that dependence “is characterized by the necessity to continue administration of the drug in order to avoid the appearance of uncomfortable or dangerous (withdrawal) symptoms”⁴. And a report in the New England Journal of Medicine [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra] confirms this emphasis: “Use of the term ‘physical dependence’ implies that an objective withdrawal syndrome will occur after a drug is discontinued” (Shader and Greenblatt, 1993 [339], p. 1402).

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”⁵. O Glossário de Farmacologia da

³World Task Force, quoted in World Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Mundial] (1993) [394], p. 47.

⁴To access this Pharmacology Glossary, go to <http://bumc.bu.edu/Dept/Content.aspx?DepartmentID=65&PageID=7799#d>

⁵Força Tarefa Mundial, citada na World Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Mundial] (1993) [394], p. 47.

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”⁶. 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).

(*)

On the basis of these definitions, we can further conclude that all psychiatric drugs are drugs of dependence. This includes drugs, such as lithium, that are not commonly recognized as causing withdrawal symptoms. The occurrence of withdrawal symptoms defines dependence inasmuch as users will experience discomfort when stopping the drug and will experience relief when restarting it. As a result of experiencing discomfort, some will “choose” to remain on the drug only in order to avoid prolonged withdrawal distress. As already described, they may also mistake the withdrawal symptoms for “mental illness” and decide that they “need” the medication. Some authors reject the idea that drugs like antidepressants can make people dependent or addicted because once users stop taking them, they do not engage in “drug-seeking” behavior, that is, they do not try to obtain the drugs by any means or visit different physicians to coax prescriptions from them. But such behavior would be completely unnecessary for drugs that can be so easily and legally obtained from a doctor’s prescription.

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. 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.

(*)

The existence of unpleasant withdrawal reactions reflects negatively on a drug. For economic and political reasons, drug manufacturers, regulatory agencies, researchers, and individual doctors tend to downplay ignore, or deny information about a popular drug’s withdrawal effects. They will sometimes do so even after convincing evidence has become available for all to see. The resistance and denial have been documented in years past - notably, with respect to the benzodiazepines, the barbiturates, the stimulants, and even the opiates⁷. Yet these very drugs are today considered “classically addictive”.

A existência de reações de abstinência desagradáveis reflete negativamente sobre uma droga psiquiátrica. Por razões econômicas e políticas, os fabricantes, as agências reguladoras, pesquisadores

⁶Para acessar este Glossário de Farmacologia, vá para <http://bumc.bu.edu/Dept/Content.aspx?DepartmentID=65&PageID=7799#d>.

⁷Medawar (1992) [271]; Breggin and Breggin (1994 [53]); Grinspoon (1970).

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 opiáceos⁸. No entanto, essas variedades de drogas são hoje em dia consideradas “classicamente viciantes”.

(*)

A similar denial of the nature, extent, and implications of withdrawal reactions has occurred with respect to the SSRI antidepressants and others (see next page)⁹. Only lately have drug manufacturers and other important players begun to acknowledge that withdrawal reactions are a serious problem. Ironically, these drugs were never tested for their dependence potential and became popular partly because they were offered as replacements for older antidepressants and benzodiazepines - drugs known to cause withdrawal problems.

Uma negação semelhante da natureza, extensão e implicações das reações de abstinência ocorreu a respeito dos antidepressivos IsRSS [SSRIs] e outros (ver página seguinte)¹⁰. 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”

Withdrawal Reactions Can Cause “Significant Distress”

(*)

Psychiatry’s official diagnostic manual, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV APA, 1994 [6]), contains a diagnostic category entitled “Substance Withdrawal”. described as “the development of a substance-specific maladaptive behavioral change, with physiological and cognitive concomitants, that is due to the cessation of, or reduction in, heavy and prolonged substance use” (DSM-IV, [6], p. 184). On the following page, DSM-IV emphasizes the discomfort of withdrawal, stating that the “syndrome causes significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning” (DSM-IV, [6], p. 185).

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

⁸Medawar (1992) [271]; Breggin e Breggin (1994 [53]); Grinspoon (1970).

⁹See Medawar (1997) [272]. Social Audit’s Web site (www.socialaudit.org.uk) includes detailed correspondence between Medawar and various scientists and officials of Britain’s Medicines Control Agency regarding it’s investigation of antidepressant withdrawal reactions. See also Moore (1997) [286].

¹⁰Ver 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].

[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).

(*)

This definition appears to be describing withdrawal from illicit or disapproved substances. Yet much prescribed, medically approved psychiatric drug use is also “heavy and prolonged”. As we document later in this chapter, withdrawal reactions that can cause severe and long-lasting distress and impairment have been specified for all classes of psychiatric drugs. Two panels of experts have also identified a distinct, complex, and sometimes severe withdrawal syndrome for SSRI antidepressants. However, DSM-IV “recognizes” such reactions for only two currently used classes of psychiatric drug: stimulants and tranquilizers (DSM-IV APA, 1994 [6]).

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]).

(*)

9.7 “Abstinência” ou “descontinuação”?

“Withdrawal” or “Discontinuation”?

(*)

For years, writers in the medical literature have interchangeably used the terms discontinuation, withdrawal, and abstinence syndrome, increasingly, in discussions of psychiatric drugs, the accepted term is discontinuation. In the eyes of some experts, this word is less stigmatizing - to the drugs. We read in an editorial in the British Medical Journal that “[t]he common lay belief that antidepressants are addictive probably contributes to the significant undertreatment of depressive illness. It is important not to foster this belief inadvertently - one reason that ‘discontinuation reaction’ is a better term than ‘withdrawal reaction’ ” (Haddad, Lejoyeux, and Young, 1998 [194], p. 1105).

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).

(*)

But this is doublespeak. Rather than provide evidence to address justified fears that antidepressants produce dependence, experts urge that the worrisome phenomena be called by a different name! We, on the other hand, suggest that a sound attempt be made to answer important questions: Do “discontinuation” or “withdrawal” effects drive people to remain on their drugs indefinitely? How frequently are these effects mistaken for relapses? And do these effects mistakenly convince doctors that patients “need” their drugs?

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?

(*)

Not long ago, similar rationalizations deluded doctors into believing that long-term tranquilizer treatment was “effective”. From the start of benzodiazepine use in 1963, the existence of physical dependence in patients taking clinical doses of benzodiazepines was firmly established (Lader, 1991 [239], p. 56). Yet, no fewer than fifteen years later, a prominent expert concluded that “[t]he dependence risk with benzodiazepines is ... probably less than one case per 50 million months in therapeutic use” (Marks, 1978 [266], p. 2). As a result of such denial, millions of people became physically dependent on these drugs.

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.

(*)

In the remainder of this chapter, we provide a review of medical information about withdrawal reactions to commonly used psychiatric drugs, including the newer ones on the market. We also discuss lesser-known reactions and withdrawal syndromes. We have reviewed the medical literature of the past several decades, looking for published reports concerning discontinuation. Even if your doctor is unsympathetic to our critical stance about medication use, it would be an excellent idea for him or her to read the remainder of this chapter, as it presents what is probably the most comprehensive summary of psychiatric drug withdrawal reactions available anywhere.

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

Benzodiazepine Withdrawal Reactions

(*)

Withdrawal reactions from benzodiazepines - drugs that make up most of the class of minor tranquilizers and ordinarily prescribed sleeping pills - are extremely well documented. For most people who take low doses, the main symptoms of withdrawal consist of increases in tension and anxiety as well as motor and perceptual disturbances. However, the withdrawal reaction can become much more severe and even life-threatening (see below).

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).

(*)

Tranquilizers can produce withdrawal reactions after only a few weeks of use. Studies of Xanax, for example, have indicated increased anxiety and panic upon withdrawal after only eight weeks. The longer you take a tranquilizer, the higher the doses, and the more abrupt the withdrawal - the more serious your withdrawal reactions are likely to be. Severe reactions tend to be more frequent with short half-life drugs (APA Task Force, 1990 [4]), Halcion (triazolam, used only as a sleeping pill) and Xanax (alprazolam). Intermediate half-life drugs include Ativan (lorazepam), Klonopin (clonazepam), Lectopam (bromazepam), Restoril (temazepam), and Serax (oxazepam). Longer half-life drugs include Dalmane (flurazepam), Valium (diazepam), Tranxene (clorazepate), and Librium (chlordiazepoxide). Benzodiazepines can reverse withdrawal reactions from alcohol and barbiturates. Consistent with this fact, they produce a withdrawal syndrome similar to that associated with these substances¹¹.

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), Lectopam (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 substâncias¹².

¹¹Jaffe (1980) [215]. See also DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994 [6]), which draws similarities between withdrawal syndromes of all tranquilizing and sedative drugs, including antianxiety drugs and alcohol.

¹²Jaffe (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.

(*)

9.8.1 A síndrome de descontinuação

The Discontinuation Syndrome

(*)

A task force report of the American Psychiatric Association (1990) [4] divides the benzodiazepine “discontinuance syndrome” into three familiar categories:

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. *Rebound symptoms of anxiety and insomnia* - the same as those for which the drug was prescribed, only more severe. These symptoms usually occur within one to three days of discontinuation. For short half-life drugs such as Halcion, rebound “often means an awakening during the middle of the night, with an inability to return to sleep without a second triazolam dose” (Salzman, 1992, p. 146). For some patients, rebound symptoms last about one week, for others, they abate after two or three weeks. However, many people who experience these reactions do not see them through, since they restart the medication to avoid the distress (Salzman, 1992).

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. *Recurrence symptoms* - the return of the original problem. Indeed, since the drug treatment targets symptoms rather than the cause of the anxiety you can expect anxiety to return when you stop the drug. And since recurrence and rebound are likely to occur together, your doctor may find it difficult to distinguish one from the other. However, recurrence symptoms tend to last much longer than rebound symptoms.

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. É 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. *Withdrawal symptoms* - the appearance of discontinuation symptoms that did not exist prior to starting the use of benzodiazepines. Even relatively moderate withdrawal reactions can include flu-like symptoms such as nausea, vomiting, headaches, muscular pain and stiffness, fatigue, diarrhea, chills, and sweating. Insomnia, anxiety, tension, and an array of unusual sensations inside the head are very common as well. A full-blown withdrawal syndrome can also entail the shakes, blurry vision, extreme tension and anxiety, acute anxiety attacks, painfully heightened sensitivity to light and sound, severe sleep disturbances, impaired physical balance and coordination, twitching and painful muscle cramps, visual and auditory disturbances such as hallucinations or tinnitus (ringing in the ears), anorexia and weight loss (Petursson, 1994 [306]), and even psychosis, delirium, and seizures.

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.

(*)

As just noted, benzodiazepine withdrawal (like alcohol or barbiturate withdrawal) may involve seizures. Adults and older persons appear to be equally at risk, but seizures are most likely in cases where high doses have been used, short half-life drugs have been involved, and withdrawal is abrupt (Fialip et al., 1987 [150]).

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]).

(*)

9.8.2 O envolvimento do médico na retirada da droga psiquiátrica

The Doctor's Involvement in Withdrawal

(*)

Today, many doctors routinely encourage long-term users of benzodiazepines to withdraw from the drugs. However, many of these patients are unwilling to do so because they have found the withdrawal symptoms to be intolerable. They remain on the drugs, thanks to doctors who renew their prescriptions. This is particularly true of older patients, especially women, who were started on benzodiazepines before doctors became more aware of their potential for dependence (Rickels et al., 1991 [317]).

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]).

(*)

The doctor's involvement before, during, and after withdrawal is one of the most important ingredients for success in difficult withdrawal processes (Ashton, 1994 [20]). Patients who withdraw from benzodiazepines require psychological support. This may range from simple but continued encouragement to more formal anxiety-management techniques such as breathing exercises, mental exercises, meditation, and group support; it can also include psychotherapy.

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.

(*)

Your doctor can be more effective by using a clear withdrawal protocol rather than an unstructured, casual taper to “test the waters”. It may help if you are simultaneously provided with written instructions on each of the steps involved. Although some doctors prescribe Inderal or Tegretol to minimize benzodiazepine withdrawal reactions, these drugs have not been shown to be of definite help, except perhaps in urgent cases when the benzodiazepines must be withdrawn rapidly¹³.

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 rapidamente¹⁴.

(*)

¹³Ashton (1994) [20]; see also Swantek et al. (1991) [358], and Denis et al. (2006).

¹⁴Ashton (1994) [20]; veja também Swantek et al. (1991) [358], e Denis et al. (2006).

The vast majority of patients are successfully withdrawn as outpatients. In medical textbooks, recommendations for benzodiazepine withdrawal sometimes mention that inpatients might be switched to a longer-acting drug such as Valium, because withdrawal symptoms are less acute and the relatively larger equivalent dose may be divided more easily. Other doctors believe, to the contrary; that it is best to work with the drug that the patient is accustomed to.

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.

(*)

Some medical sources suggest a “10 percent per day” method of tapering benzodiazepines, but we believe that this poses an undue risk to patients. In cases where doctors feel they must taper relatively rapidly without hospitalizing the patient, a “10 percent per week” schedule is more reasonable. This is also the conclusion reached in a systematic review of withdrawal trials of benzodiazepines: “Progressive withdrawal (over 10 weeks) appeared preferable if compared to abrupt since the number of drop-outs was less important and the procedure judged more favorable by the participants” (Denis et al., 2006). Clinical experience with benzodiazepines also suggests that extension of the withdrawal period is not harmful, especially after the initial dose has been decreased by 50 percent. In ordinary circumstances, however, patients should be allowed to share in controlling the process, especially in regard to slowing it down.

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

Antidepressant Withdrawal Reactions

(*)

In Chapter 4, we divided antidepressants into four classes: tricyclics, monoamine oxidase inhibitors (MAOIs), Prozac-like drugs that stimulate serotonin, and atypicals. Predictable symptoms of withdrawal from most of these drugs are now well documented, although many psychiatrists and even more general practitioners remain unaware of them.

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.

(*)

9.9.1 Reações de abstinência de antidepressivos tricíclicos

Tricyclic Antidepressant Withdrawal Reactions

(*)

Stopping the use of tricyclic antidepressants produces a “bewildering assortment” (Wolfe, 1997 [392]) of withdrawal symptoms, affecting between 20 and 100 percent of users and lasting up to three months. You are at highest risk of experiencing withdrawal reactions from tricyclics if you have been treated with high doses for many years and are rapidly withdrawn (Garner, Kelly and Thompson, 1993 [168]).

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]).

(*)

So many different physical symptoms can result from withdrawing from tricyclic antidepressants that it is helpful to divide them into categories. The following withdrawal symptoms may occur alone or in combination, and to varying degrees.

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. Gastrointestinal upset with abdominal pain, vomiting, dry mouth, drooling, and loss of appetite. Nausea is a common and very disturbing symptom of withdrawal from these drugs.

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. General feelings of physical and mental distress or discomfort that are difficult to define or describe but resemble exhaustion or the flu. “Weird sensations inside the head” are occasionally reported by individuals.

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. Emotional manifestations including tension, jitteriness, irritability anxiety panic, depersonalization, apathy, depression, “mood swings”, and even psychotic mania. Within a few days after withdrawal, some people develop full-blown manic episodes with racing thoughts, hostility; very poor judgment, and reckless and dangerous behavior. These psychoses may persist long after the drugs have been discontinued and may not respond to treatment with other drugs¹⁵.

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 drogas¹⁶.

(*)

4. Mental dysfunction, commonly including memory difficulties and, in more extreme cases, disorientation and delirium (extreme confusion).

Disfunção mental, comumente incluindo dificuldades de memória e, em casos mais extremos, desorientação e delírio (extrema confusão).

(*)

5. Sleep disturbances, including insomnia, excessively vivid dreams, nightmares, and breathing difficulties during sleep.

¹⁵Ghadirian (1986) [172]; Hartman (1990) [197], Mirin et al. (1981) [278].

¹⁶Ghadirian (1986) [172]; Hartman (1990) [197], Mirin et al. (1981) [278].

Distúrbios do sono, incluindo insônia, sonhos excessivamente vívidos, pesadelos e dificuldades respiratórias durante o sono.

(*)

6. Abnormal movements, including uncontrollable movements of almost any muscle of the body (dyskinesias), muscle spasms (dystonias), parkinsonism (slowed, rigid movement), and akathisia (inner agitation that compels a person to move). The muscle spasms can be very painful, and the akathisia can feel like being tortured.

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. Cardiac arrhythmias that can be dangerous (Dilsaver, Greden, and Snider, 1987 [133]).

Arritmias cardíacas que podem ser perigosas (Dilsaver, Greden e Snider, 1987 [133]).

(*)

We have seen cases in which people, after many years on these drugs, have been withdrawn without ever fully recovering from withdrawal symptoms. Some, for example, continue to suffer indefinitely from nausea and memory problems.

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.

(*)

As noted earlier in the book, most of these symptoms - including mania and other mental disturbances - can also occur during treatment from direct antidepressant toxicity.

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.

(*)

Children, too, suffer from tricyclic antidepressant withdrawal (Law, Petty and Kazdin, 1981 [245]). In one case involving an eight-year-old boy the abrupt withdrawal of a tricyclic provoked such severe nausea, vomiting, and abdominal cramps that the boy had to be hospitalized because of dehydration (Gualtieri and Staye, 1979 [192]). “Mental irritability” and heart irregularities have also occurred in infants born to mothers taking tricyclic antidepressants during pregnancy (Webster, 1973 [383]).

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]

MAOI Withdrawal Reactions

(*)

Problems related to discontinuation from monoamine oxidase inhibitors (drugs such as Nardil, Parnate, Eldepryl, and, in Canada, Manerix) are less documented than for other classes of antidepressants, probably because these drugs are less frequently used. The proportion of patients who experience withdrawal reactions is unknown because we lack systematic studies (Dilsaver, 1990; Lawrence, 1985 [246]). What we do know, however, is that if you stop an MAOI, withdrawal reactions can last from “days to weeks” (Wolfe, 1997 [392]).

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]).

(*)

Some clinicians believe that ... “MAOI withdrawal is usually not a serious problem” (Frenkel et al., 1992, p. 111), whereas others maintain that it “produces syndromes of much greater severity than those precipitated by the withdrawal of [tricyclics]” (Dilsaver, 1994 [132], p. 107). One review mentions “serious cognitive impairment and catatonia that may lead to hospitalization, which can appear when [MAOIs] are discontinued” (Schatzberg et al., 1997b [331], p. 5).

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 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).

(*)

Other withdrawal reactions include anxiety; agitation, paranoia, pressured speech, headaches, lowered blood pressure upon standing, muscle weakness, shivering, and tingling, burning sensations under the skin (Dilsaver, 1990; Lawrence, 1985 [246]). Mania can also occur.

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.

(*)

Here are two accounts of grave withdrawal reactions from MAOIs.

Aqui estão dois casos de reações graves de abstinência dos IsMAO [MAOIs].

(*)

A thirty-four-year-old woman was started on a gradual taper from Nardil. She felt burning sensations, and abruptly quit the drug. She became “hostile, loud, aggressive, disoriented in time and place . . . ” She “lunged at imaginary objects. . . . She was delirious for 3 days after receiving the last dose of phenelzine. . . . Though hospitalized for only 72 hours, she did not fully recover for 6 weeks” (Liskin et al., 1985 [258], p. 46).

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).

(*)

In a case involving a twenty-one-year-old woman treated for bulimia, Nardil was abruptly removed because the woman experienced severe dizziness upon standing. As a result, “[s]he was sleepy, spent most of her time in bed, and was confused for 3 days and disoriented for 4 days following the last dose. . . . She did not recognize her mother or her room. She entered a state of catatonic stupor and was hospitalized” (Liskin et al., 1985 [258], p. 47).

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

Withdrawal Reactions from Antidepressants that Stimulate Serotonin

(*)

This group of drugs includes the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) such as Prozac, Zoloft, Celexa, Paxil, and Luvox. Effexor, Wellbutrin, Remeron, and Cymbalta can cause similar withdrawal reactions to these drugs.

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.

(*)

In 1996, and again in 2004, a panel of psychiatric experts sponsored by antidepressant drug manufacturers met to discuss the withdrawal syndrome from SSRIs. The first panel observed that many of the reactions reported “are similar to those of tricyclic withdrawal, but a variety of novel symptoms are also associated with the stoppage of SRI therapy” (Schatzberg et al., 1997b [331], p. 5). The new symptoms included “problems with balance, sensory abnormalities, and possibly aggressive and impulsive behavior” (Haddad, 1997 [193], p. 21).

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 IRSS [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).

(*)

That first panel found that the SSRI discontinuation syndrome encompasses the following frequently reported clusters of physical symptoms:

Esse primeiro painel descobriu que a síndrome de descontinuação de IRSS [SSRI] engloba os seguintes e frequentemente relatados conjuntos de sintomas físicos:

(*)

(1) disequilibrium (eg., dizziness, vertigo, ataxia), (2) gastrointestinal symptoms (eg, nausea, vomiting), (3) flu-like symptoms (eg, fatigue, lethargy; myalgia, chills), (4) sensory disturbances (eg., paresthesias [tingling, burning sensations], sensations of electric shock), and (5) sleep disturbances (eg, insomnia, vivid dreams) (Schatzberg et al., 1997b [331], p. 8).

(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).

(*)

The panel also noted two “core psychological symptoms” of SSRI withdrawal - anxiety/agitation, and “dramatic” crying spells and irritability - as well as overactivity; depersonalization, decreased concentration/ slowed thinking, lowered mood, confusion, memory problems, and abnormal movements.

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.

(*)

The 2004 panel confirmed all of the first panel’s observations, as well as ours, and recognized both the astonishing variety of reported symptoms (over fifty) and the uniqueness of most cases. The new panel observed that the SSRI withdrawal syndrome “usually” appeared within one to seven days after discontinuation, even if the drug was taken for only one month. It estimated that the syndrome “usually” could last up to three weeks. The new panel reorganized the array of withdrawal symptoms into six clusters: (1) neurosensory (including vertigo, tingling and burning sensations, shock-like reactions, and various intense nerve and muscular pains), (2) neuromotor (tremor, spasms, loss of muscular control, and visual changes), (3) gastrointestinal (nausea, vomiting, diarrhea, loss of appetite and weight loss), (4) neuropsychiatric (anxiety, depressed mood, suicidal ideation, irritability impulsiveness), (5) vasomotor (heavy sweating, flushing), and other neurologic symptoms (insomnia, vivid dreaming, fatigue, chills). The panel observed that these groups of symptoms tend to occur together, with most patients experiencing symptoms from each group. It also confirmed previous observations that a full withdrawal syndrome could emerge from missed doses and drug holidays¹⁷.

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 psiquiátrica¹⁸.

(*)

Based on our own clinical experience, on the information reviewed by this panel of psychiatric experts, as well as on other recent studies and reviews¹⁹, we have found, as with tricyclic withdrawal, a vast assortment of symptoms associated with the SSRI discontinuation syndrome. Here are a few examples.

Com base em nossa própria experiência clínica, nas informações revisadas por este painel de especialistas psiquiátricos, bem como em outros estudos recentes e revisões²⁰, nós encontramos,

¹⁷Therrien and Markowitz (1997) [366]; Thompson (1998) [367].

¹⁸Therrien e Markowitz (1997) [366]; Thompson (1998) [367].

¹⁹Schatzberg et al. (2006) [332], and Shelton (2006) [341]. See also Therrien and Markowiz (1997) [366]; Thompson (1998) [367].

²⁰Schatzberg et al. (2006) [332], e Shelton (2006) [341]. Ver também Therrien e Markowiz (1997) [366]; Thompson (1998) [367].

como na abstinência de tricíclicos, uma vasta variedade de sintomas associados com a síndrome da descontinuação de IRSS [SSRI]. Aqui estão alguns exemplos.

(*)

A thirty-two-year-old man who discontinued Prozac after six months of use awoke with “painful extensor muscle spasms” and “protruding tongue movements” (Stoukides and Stoukides, 1991 [354]). A thirty-year-old woman tried to stop taking Luvox when she became pregnant but “was overwhelmed by strong feelings of aggression (she felt that she ‘could murder someone’)”. This occurred on two distinct withdrawal occasions, and the woman was unable to stop the Luvox (Szabadi, 1992 [359]).

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]).

(*)

One of us has reported a case of “crashing” from SSRI withdrawal. A woman spontaneously decided to reduce her Zoloft from 100 mg to 50 mg per day. Within a couple of days, she lapsed into “exhaustion and fatigue, profound depression, and a compulsive, alien-feeling desire to kill herself”²¹. All of these symptoms disappeared soon after the woman resumed the 100 mg dose. In another publication, we describe a young woman who became suicidal when discontinuing Prozac (Breggin, 1992a [50]).

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 compulsivo, de sentimento alienado, de matar a si mesmo”²². 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]).

(*)

In two cases involving middle-aged men, neither with a history of major psychiatric problems, Paxil withdrawal led to severe symptoms. For twelve days after abrupt withdrawal, one man experienced marked hypomania. The second man developed various physical symptoms, then began to express “intense” homicidal thoughts - a condition that lasted for five weeks (Bloch et al., 1995 [41]).

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]).

(*)

One woman on Lexapro reduced her 10 mg per day dose to 5 mg a day and three weeks later stopped altogether. One week later, she began to experience “electric shock-like sensations or visual flashes lasting for about 1 second each. This was followed by a phase of spatial

²¹Reported by Peter R. Breggin, in Breggin and Breggin (1994 [53]), pp. 105-106.

²²Relatado por Peter R. Breggin, em Breggin e Breggin (1994 [53]), pp 105-106.

disorientation that lasted for about 30 seconds and was experienced as highly unpleasant and frightening”. This occurred about three times a day over two weeks (Feth et al., 2006 [149]).

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]).

(*)

One report describes three consecutive female patients who experienced “severe physical symptoms of withdrawal” when stopping Effexor. Effexor is not an SSRI, but like the SSRIs it stimulates serotonin. The women could not stop the drug, even after repeated attempts at tapering. These patients were finally able to discontinue the Effexor only by switching indefinitely to Prozac (Giakas and Davis, 1997 [173]).

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]).

(*)

After three months of taking Prozac, a young woman tried unsuccessfully to withdraw from the drug on three different occasions. Each time, she experienced extreme dizziness and instability. She was examined by specialists who ordered many tests, including magnetic resonance imaging (MRI) of the brain. The tests were negative. The symptoms were relieved each time by the re-administration of Prozac, but none of her doctors suspected a withdrawal reaction. She was eventually tapered successfully over twelve weeks (Einbinder, 1995 [139]).

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]).

(*)

A thirty-two-year old woman took 300 mg of Effexor daily for eight months. She tried to withdraw abruptly on three occasions but failed due to unbearable headaches, gastrointestinal distress, fatigue, and other symptoms. “She remains on a regimen of venlafaxine [Effexor], 100 mg tid” (Farah and Lauer, 1996 [145]). A man withdrawn from Effexor experienced “severe akathisia” (compulsion to move). This condition abated “within hours” of restarting the drug, which was later gradually tapered and withdrawn (Wolfe, 1997 [392]).

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 “akathisia 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]).

(*)

In a lengthy paper on antidepressant withdrawal difficulties, and in a Web site chronicling his relentless querying of public officials in Britain about the safety of medicines, journalist Charles Medawar summarizes numerous reports of SSRI withdrawal reactions and the underreporting of these reactions by doctors, as well as the stonewalling by government agencies and drug manufacturers about their examination of SSRI withdrawal risks²³. Included among these reports, which were dated from 1988 to 2003 and numbered more than one hundred and twenty-five, were a dozen that noted distinct withdrawal symptoms observed in newborn infants whose mothers took either SSRIs or other antidepressants during pregnancy. Much like the older antidepressants, the SSRIs can on occasion cause withdrawal mania (Goldstein et al., 1999 [181]).

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]²⁴. 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]).

(*)

Withdrawal reactions affect between 20 and 80 percent of persons who stop SSRIs abruptly. Based on a conservative estimate that 50 percent of individuals suffer from withdrawal reactions, we would have to conclude that hundreds of thousands of people are affected every year in the United States alone. Most of these reactions are mild or moderate, yet can be distressing enough that patients would wish to avoid them. Few valid estimates of severe reactions exist: Rates of 20-30 percent were reported in a symposium (Thompson, 1998 [367]).

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, mas podem ser afitivas 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]).

(*)

Withdrawal reactions from SSRIs typically occur after one to four days of discontinuation, although they may begin weeks later in the case of long half-life drugs such as Prozac. There seems to be a consensus in the published literature reporting on clinical studies and surveys of consumers that short half-life drugs, especially Paxil, seem most often implicated. On average, withdrawal reactions persist for seven to twenty-five days (from one day to thirteen weeks). One study of Cymbalta did find that patients taking the highest dose reported significantly more withdrawal symptoms than those on the lowest doses (Perahia et al., 2005 [302]). As yet, however, the number of studies remains

²³Medawar (1997) [272]; see also www.socialaudit.org.uk .

²⁴Medawar (1997) [272], ver também www.socialaudit.org.uk .

too small to draw valid conclusions about the relationship between dose and length of drug use, on the one hand, and the risk of withdrawal reactions, on the other.

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.

(*)

SSRI withdrawal reactions involve many different physical, emotional, and mental symptoms, the full range of which has probably not been charted (Hindmarch et al., 2000 [202]). They occur with both abrupt and more gradual withdrawal but seem to be attenuated by a truly gradual withdrawal that lasts three months or more. In our estimation, however, abrupt withdrawal is too frequent, regardless of whether medical supervision is provided.

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.

(*)

Withdrawal reactions appear to be more frequent - or at least more acute - in the case of SSRIs with shorter half-lives, such as Paxil, Luvox, and Zoloft. Withdrawal reactions from longer-acting drugs like Prozac seem to appear much later. They can begin up to twenty-five days after the drug is stopped. Because they are so delayed, they are not visible in short-term studies; moreover, patients tend not to attribute these delayed withdrawal reactions to stopping the drug (Pollock, 1998 [310], p. 535).

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).

(*)

GlaxoSmithKline, the manufacturer of Paxil, was recently required by the FDA to modify its label to add emphasis to the danger of withdrawal reactions. This label change occurred at the time that Peter Breggin was acting as a medical expert in a California lawsuit aimed at requiring similar modifications. Under "Precautions", the new Paxil label lists the following reported withdrawal

symptoms: “Dysphoric mood, irritability, agitation, dizziness, sensory disturbances (eg., paresthesias such as electric shock sensations and tinnitus), anxiety confusion, headache, lethargy, emotional lability, insomnia, and hypomania” (Physicians’ Desk Reference [Referência de Mesa dos Médicos], 2007 [308], p. 1533). The section refers to the occurrence of “serious discontinuation symptoms” and “intolerable symptoms”.

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”.

(*)

We have found that a small number of patients cannot tolerate the anguish associated with withdrawing from Paxil and similar antidepressants, and instead reluctantly decide to remain on the drugs indefinitely. In such cases, we would advise consulting with more than one health provider about approaches to withdrawal. Further attempts to withdraw at a later date should not be ruled out since the intensity of withdrawal reactions may vary at different times.

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.

(*)

As M. Lejoyeux and J. Adès (1997) [249] point out, “Patients who are classified as having a relapse while they are discontinuing therapy may, in fact, be suffering from unrecognized discontinuation symptoms” (Lejoyeux and Ades, 1997 [249], p. 11). As previously noted, the 1996 expert panel found that “dramatic” crying spells are a “core psychological symptom” of SSRI withdrawal. No wonder it’s tempting to mistake this reaction for a relapse of depression. It is anybody’s guess as to how many patients are resumed on antidepressants because they are suffering from withdrawal reactions that are mistakenly diagnosed as depressive relapses, but the number is undoubtedly large.

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 Ades, 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

Atypical Antidepressant Withdrawal Reactions

(*)

Withdrawal reactions to the atypical antidepressants are generally less well documented than for other types of antidepressants. There exists scarcely any information on the effects of withdrawing from Ludiomil (maprotiline). Withdrawal reactions from Wellbutrin or Zyban (bupropion), Serzone (nefazodone), and Remeron (mirtazapine) are likewise barely documented in the medical literature. One report describes a withdrawal syndrome from abrupt cessation of Serzone, consisting of “dizziness, nausea, vomiting, sweating, anxiety insomnia, and restlessness”, which lasted three days (Benazzi, 1998a). Another report describes a similar reaction (which also included burning sensations under the skin) following the sudden withdrawal of the antidepressant Remeron (Benazzi, 1998b).

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).

(*)

Withdrawal reactions to Effexor (venlafaxine) have been discussed in the previous section, as this drug has many effects in common with Prozac-like drugs that stimulate serotonin. One researcher found that serious withdrawal effects within mere hours of stopping Effexor or reducing the dose can affect physical and motor coordination to such a degree that patients should be explicitly advised not to drive a car (Campagne, 2005 [81]). Asendin (amoxapine), a combination of a neuroleptic and a tricyclic antidepressant, will share important withdrawal effects with antipsychotics and tricyclics (such as flu-like symptoms, agitation, and movement disorders), and readers should consult the appropriate sections in this chapter.

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.

(*)

Several withdrawal effects have been documented with Desyrel (trazodone), including mania and hypomania, nausea and recurrent vomiting, and visual hallucinations²⁵. Within 36 hours of trazo-

²⁵Montalbetti & Zis (1988) [284]; Otani et al. (1994) [297]; Peabody (1987) [301]; Theilman and Christenbury (1986) [365].

done withdrawal, one patient developed a “syndrome of overwhelming anxiety, depersonalization, insomnia, and nightmares” which took five days to subside (Menza, 1986 [276]).

Vários efeitos de abstinência têm sido documentados em relação à Desyrel (trazodona), incluindo mania e hipomania, náusea e vômito recorrente, e alucinações visuais²⁶. 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]).

(*)

As discussed in previous chapters, the absence or rarity of reports of withdrawal effects from specific psychiatric drugs in no way indicates that a drug is free of such effects. The reader withdrawing from atypical antidepressants should proceed slowly and expect almost any kind of effect associated with other antidepressants.

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

Stimulant Withdrawal Reactions

(*)

Stimulants are frequently used to control the behavior of children. The amphetamines Adderall, Desoxyn, Dexedrine, and Gradumet, as well as the amphetamine-like Ritalin, are the most commonly prescribed. Stimulant drugs are also given to adults to treat “attention deficit-hyperactivity disorder”, narcolepsy depression, and obesity other stimulant-like drugs have been used for diet control, including phentermin (Fastin, Adipex) and mazindole (Sanorex). Another diet control drug, fenfluramine, was recently taken off the market in Canada and the United States because it harms human heart valves. Caffeine, of course, is a mild stimulant that is commonly used.

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.

(*)

²⁶Montalbetti & Zis (1988) [284]; Otani et al. (1994) [297]; Peabody (1987) [301]; Theilman e Christenbury (1986) [365].

Ritalin and the amphetamines are very similar to cocaine in terms of how they affect brain chemistry and function. Although the impact of stimulants on dopamine neurotransmission is usually viewed as the main cause for the euphoria or “pleasure” that encourages people to keep using these drugs, recent research has also focused on another neurotransmitter, serotonin. Cocaine and other stimulants block the removal of serotonin from the synapses between brain cells (Rocha et al., 1998 [319]). Since the SSRI antidepressants have similar effects, it is not surprising that withdrawal from stimulant drugs and from Prozac-like SSRI antidepressants share many features.

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, 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.

(*)

Described in many case reports for nearly three decades, “stimulant withdrawal was largely overlooked [by doctors] for years” (Dackis and Gold, 1990, p. 16). Clinicians have tended to dismiss the severity of stimulant withdrawal or to characterize it as “merely psychological”. Because stimulant withdrawal typically lacks some of the more visible physical manifestations of withdrawal from drugs classically used to excess, such as alcohol and the opiates (Lago and Kosten, 1994 [241]) it is easier to overlook.

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]), .

(*)

“Crashing” is the best-known effect of withdrawing from stimulants. During this state, you are likely to feel emotionally upset, and to lack energy and motivation. This depressive, fatigued state is the result of your brains attempt to overcome the previous state of artificial stimulation. Similarly if stimulants cause you to be less hungry a marked increase in appetite and weight gain may accompany withdrawal.

“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.

(*)

The deep depression and apathy usually last no more than three to ten days. However, as confirmed in a psychopharmacology manual, they may “reach serious clinical proportions” and “persist for weeks” in “unstable individuals” (Schatzberg, Cole, and DeBattista, 1997 [331], p. 352). Thoughts

of despair and suicide may accompany this “crashing”. A longer phase of general physical and mental slowing follows it. Paradoxically you may also suffer from insomnia, anxiety and irritation.

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 clínica” 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 specifies certain criteria for a withdrawal syndrome associated with the group of stimulant drugs that includes Ritalin and cocaine. The symptoms it lists are fatigue; vivid, unpleasant dreams; insomnia or excessive sleep; increased appetite; and psychomotor retardation or agitation (DSM-IV APA, 1994 [6]), pp. 208-209, 225-226.).

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).

(*)

Rebound reactions are also common. In the case of amphetamines and Ritalin, rebound phenomena show up when children are taken off the drug abruptly or miss a dose. Typically they experience an increase in agitation, restlessness, excitability; and distraction (Whalen and Henker, 1997). Rebound reactions are, by definition, more intense than the same symptoms experienced before taking the drug. They may occur within hours of the last dose of a stimulant and can persist for days.

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.

(*)

In a double-blind controlled study parents and teachers of “normal” boys given a single dose of amphetamine observed marked rebound phenomena five hours after the drug was administered (Rappoport et al., 1978 [315]). There is no doubt that parents, teachers, and doctors repeatedly mistake these rebound reactions for signs that the child’s “attention deficit-hyperactivity disorder” is worsening and that the child “clearly needs” the drug.

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.

(*)

There are case reports of delirium, psychosis, and severe confusional states upon amphetamine withdrawal²⁷. Similarly, researchers have documented psychosis and deep depressive symptoms with suicidal thoughts upon withdrawal of Ritalin in children (Klein and Bessler, 1992 [233]). There is a case report of stuttering priapism (intermittent, long-lasting painful erections) in an adolescent withdrawn from Concerta (Schwartz and Rushton, 2004 [337]). As we discussed at the beginning of this chapter with regard to adverse reaction reports sent to the FDA, the relative paucity of reports of withdrawal-induced distress is not a good indicator of their true frequency.

Há relatos de casos de delírio, psicose e estados severos de confusão, devido a abstinência de anfetaminas²⁸. 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.

(*)

Most of our knowledge about withdrawal reactions after stimulant use comes from studies of adult cocaine users. Amphetamine withdrawal has been studied less; and methylphenidate (Ritalin) withdrawal, even less still²⁹. Millions of children take stimulants daily. It is truly remarkable that researchers are not systematically investigating this hazardous phenomenon.

A maioria dos nossos conhecimentos sobre as reações de abstinência após o uso de estimulantes vem de estudos de usuários de cocaína adultos. A abstinência de anfetamina tem sido menos estudada, e a abstinência de metilfenidato (Ritalina), menos ainda³⁰. Milhões de crianças consomem estimulantes diariamente. É verdadeiramente marcante que os pesquisadores não estejam sistematicamente investigando este fenômeno perigoso.

(*)

Should withdrawal from stimulants be abrupt or gradual? The specialized literature contains recommendations to withdraw stimulants abruptly, on the grounds that no dangerous physical symptoms will occur. One psychopharmacology textbook is quite explicit: “When a patient who is dependent on stimulants is hospitalized, stimulant administration should be stopped abruptly. No tapered withdrawal is necessary” (Schatzberg, Cole, and DeBattista, 1997 [331], p. 352). The writers

²⁷Askevold (1959) [21]; DeVaugh-Geiss and Pandurangi (1982) [131]. See review by Walsh and Dunn (1998) [381].

²⁸Askevold (1959) [21]; DeVaugh-Geiss e Pandurangi (1982) [131]. Ver a revisão escrita por Walsh e Dunn (1998) [381].

²⁹One study by Nolan, Gadow, and Spraikin (1999) [293] examined stimulant medication withdrawal during long-term treatment of children diagnosed with ADHD and with chronic multiple tic disorders. Unfortunately, although the study could have answered many questions about the withdrawal syndrome in children, it only reported on the narrow issue of whether or not tics worsened during withdrawal (they did not), and failed to report on any other symptoms expected to occur during stimulant withdrawal.

³⁰Um 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 DADA (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.

of that passage nonetheless confirm that withdrawal from large doses will “often” produce “a withdrawal syndrome consisting of depression, fatigue, hyperphagia [excessive eating], and hypersomnia” (Schatzberg, Cole, and DeBattista, 1997 [331]). Yet, rather than recommend a gradual withdrawal to attenuate incapacitating reactions, the authors speculate on the value of treating them with antidepressants!

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!

(*)

We see no reason to endorse abrupt withdrawal from stimulants, unless they have been used for a short time or sporadically with few or no ill effects between episodes of use. Two doctors who described an arduous withdrawal of Ritalin from two older men emphasized that “a drug free state may not easily be achieved by following the widely accepted recommendation to stop daily stimulant doses abruptly” (Keely and Licht, 1985 [224], p. 123).

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

Lithium and Anticonvulsant Withdrawal Reactions

(*)

Lithium withdrawal raises the serious issue of confusing withdrawal difficulties with relapse. In fact, lithium withdrawal reactions exactly mimic the manic symptoms that lead to the start of lithium treatment. Doctors prescribe lithium primarily to treat mania; often, mania rapidly follows lithium withdrawal. How is the doctor or patient to know whether this condition is withdrawal mania or a return of the original psychiatric problem?

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?

(*)

Some doctors refuse to see a specific syndrome of withdrawal from lithium. Others suggest that a true lithium withdrawal syndrome cannot merely resemble mania but that “tremor, dizziness, and sometimes epileptic seizures” should also be observed (Schou, 1993 [336], p. 515). We believe, however, that the latter opinions are further instances in which doctors have thoughtlessly attributed disturbed reactions after drug withdrawal to the patient’s “underlying illness” rather than to the drug treatment itself.

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.

(*)

The rapid recurrence of mania can happen even among patients who have been taking the drug for years, are seemingly “well-stabilized”, and are withdrawn from it for only four or five days³¹. In one study researchers abruptly switched twenty-one previously manic patients to placebos. They had taken lithium continuously for an average of four years. The authors write: “Within 14 days on placebo, 11 patients relapsed into severe psychotic states with paranoid, manic and depressive syndromes. ... Most of the other patients not relapsing into psychotic states reported anxiety nervousness, increased irritability and alertness, [and] sleep disturbances” (Klein et al., 1981 [232], p. 255).

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 dias³². 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 ansiedade nervosa, irritabilidade aumentada, estado de alerta, e distúrbios de sono” (Klein et al., 1981 [232], p. 255).

(*)

One review systematically examined fourteen published studies of lithium withdrawal involving 257 “manic-depressive” patients with an average of thirty months of stable lithium treatment. Of the new manic episodes that occurred, more than 50 percent were experienced within three months of withdrawal. Also observed was a staggering 28-fold increase in the risk of new manic episodes for patients just withdrawn from lithium (Suppes et al., 1991). Another review of published and unpublished studies on lithium withdrawal yielded similar conclusions (Faedda et al., 1993 [144]). This evidence led one doctor to state candidly: “[F]rank manic symptoms are the defining feature of significant withdrawal effects and appear to be of a comparable severity to those seen in manic illness generally often requiring hospital admission” (Goodwin, 1994 [182], p. 149).

³¹Lapierre et al. (1980) [244]; Christodoulou and Lykouras (1982) [90].

³²Lapierre et al. (1980) [244]; Christodoulou e Lykouras (1982) [90].

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).

(*)

Withdrawal from lithium increases the likelihood of rebound depression as well as mania. A study of 14 patients and 28 controls showed that lithium withdrawal led to “a high immediate relapse rate”. However, once these patients recovered from the rebound withdrawal reaction, their overall outcome over the next seven years was “not worsened by discontinuation”. This is good news for patients who are considering withdrawal from lithium. According to this study once they have recovered from the withdrawal reaction, their prognosis is as good as for patients who remain on lithium (Cavanaugh et al., 2004 [84]).

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]).

(*)

Increases in energy and alertness, heightened emotional response, increased concentration, and decreased thirst are sometimes reported even in patients who do not experience mania during withdrawal (Balon et al., 1984 [27]).

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]).

(*)

An editorial in the British Journal of Psychiatry [Jornal Britânico de Psiquiatria] openly states that when patients take lithium for less than two years, they risk undergoing frequent recurrences of manic episodes shortly after withdrawal. The author, a psychiatrist, believes that these are genuine withdrawal effects and recommends informing patients of the danger before they decide to undertake lithium treatment (Goodwin, 1994 [182]). Nonetheless, the same psychiatrist maintains that taking lithium for more than ten years does not carry this withdrawal risk. This conclusion contradicts well-accepted clinical experience indicating that the longer a drug is taken, the greater is the risk of withdrawal reactions.

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.

(*)

Psychiatrists are belatedly beginning to realize that the rapid recurrence of mania after lithium withdrawal is a real withdrawal effect. However, many practicing doctors undoubtedly continue to attribute withdrawal-induced mania to their patients' "chronic disease". These doctors then persist in exposing their patients to lithium despite its many long-term adverse effects.

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.

(*)

Over the past decade, the use of lithium to treat mania or bipolar disorder has been mostly replaced by a crop of drugs originally developed to treat epilepsy. Most of these anti-seizure or anticonvulsant drugs, which include older drugs such as Tegretol and Depakene, and newer drugs such as Topamax and Neurontin, have not been approved by the FDA to treat mania or bipolar disorder. However, Lamictal and Depakote are now approved for treating manic disorders.

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.

(*)

Several previous reports described anticonvulsant withdrawal reactions, focusing on the risk of seizures in patients having received these drugs to treat epilepsy or other seizure disorders. Now that hundreds of thousands of people who do not suffer from seizures are prescribed anti-seizure drugs, withdrawal reactions are likely to be more varied. Nonetheless, as has occurred previously with every wave of "newer" drugs, there is still a dearth of published reports of withdrawal reactions.

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 (carbamazepine) is an anticonvulsant drug widely used as a treatment for many problems, including mania. Upon withdrawal, Tegretol can provoke serious emotional flare-ups - including paranoia, hostility, and agitation-in previously disturbed people (Heh et al., 1988 [201]). These withdrawal reactions can also occur in mentally stable individuals, as in one documented case involving a patient treated for a physical disorder (Darbar et al., 1996 [127]). Although probably less frequently than withdrawal from lithium, withdrawal from Tegretol can also cause rebound mania (Jess et al., 2004 [216]). Other anticonvulsants or anti-epileptic drugs such as Depakene (valproic acid), Depakote (divalproex sodium), and Dilantin (phenytoin), are also widely prescribed in psychiatry. The risk of seizures needs to be considered when any anticonvulsant drug is withdrawn, whether or not a seizure disorder was previously present. Other symptoms of anticonvulsant withdrawal may commonly include anxiety, muscle twitching, tremors, weakness, nausea, and vomiting. A case of withdrawal reaction in an eighty-one-year-old man maintained for five years on Neurontin (gabapentin) and then tapered over one week described “severe mental status changes, severe somatic chest pains, and hypertension” appearing ten days after the last dose. Upon reintroduction of the drug, the symptoms subsided within 24 hours. The authors propose that “a gabapentin taper should follow a course similar to that of a benzodiazepine taper-slowly and over a period of weeks to months” (Tran et al., 2005 [369]).

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

Antipsychotic or Neuroleptic Withdrawal Reactions

(*)

Antipsychotic or neuroleptic drugs include Clozaril, Haldol, Mellaril, Navane, Prolixin, Risperdal, Zyprexa, and others listed in Chapter 4. They produce many physical and psychological withdrawal reactions, including weight gain, abnormal movements, and psychosis. These reactions vary from merely unpleasant to life-threatening, from transient to irreversible. Antipsychotics have been widely

used for fifty-five years, and distinct withdrawal syndromes were documented in the first decade of their use, let, as with most psychiatric drugs, these syndromes have not been sufficiently studied (Tranter and Healy, 1998 [370]).

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

Three Types of Antipsychotic Withdrawal Reactions

(*)

A common type of antipsychotic withdrawal reaction resembles withdrawal from tricyclic antidepressants. It involves rebound of the brain's cholinergic neurotransmitter system. Because neuroleptics such as Mellaril, Navane, Thorazine, and Stelazine suppress this system, it rebounds, or “goes into overdrive”, when the drugs are removed (Eppel and Mishra, 1984 [143]). Other neuroleptics, such as Haldol and Compazine, have strong anti-nausea effects; when they are withdrawn, nausea is a likely reaction.

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.

(*)

Cholinergic rebound produces unpleasant symptoms similar to a bad attack of flu, such as nausea, vomiting, diarrhea, headaches, chills, sweating, and a runny nose. Emotional upset frequently occurs as well. These symptoms usually last about one to four weeks, depending on how long the drug has been used. However, we are aware of some patients who have suffered lasting effects. Especially in cases where the vomiting becomes severe or breathing becomes difficult, medical attention may be required. In children, “the reaction is often more severe, and it may on occasion occur after missing a single dose”³³. Clinicians have noted that “[f]igures of up to 50 percent of subjects affected by [cholinergic rebound] withdrawal seem standard” (Tranter and Healy, 1998 [370], p. 308).

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,

³³Leipzig (1992) [248], p. 414. The psychological and physical symptoms of a particularly severe case of neuroleptic withdrawal in a six-year-old child are described by Maisami and Golant (1991) [260].

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”³⁴. Os médicos clínicos notaram que “quadros de até 50 por cento de sujeitos afetados por abstinência [rebote colinérgico] parecem padrão” (Tranter e Healy, 1998 [370], p. 308).

(*)

A second group of withdrawal reactions involves abnormalities of movement. Because antipsychotics suppress the dopaminergic neurotransmitter system, which controls voluntary movements, removal of the drug can result in involuntary spasms, twitches, tics, tremors, and other muscular movements. Withdrawal reactions may include a “Tourette-like syndrome” characterized by motor tics and vocalizations³⁵. Many of these movements involve the face and neck, but any muscle function may be affected, including talking, swallowing, and breathing. These withdrawal reactions can be painful, disfiguring, and disabling. They are more fully described in Chapter 4 in connection with tardive dyskinesia.

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 vocalizações³⁶. 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.

(*)

In some cases, the movements gradually cease after a few weeks; this phenomenon is known as withdrawal emergent dyskinesia. (Other names for it are withdrawal parkinsonism, withdrawal dystonia, and withdrawal akathisia). If the movements persist for four weeks or longer, they are diagnosed as tardive dyskinesia or one of its variants. In about one third of cases, these movements lessen substantially or, in very few cases, disappear gradually over a period of months. Most cases persist indefinitely. Accompanying these movement disorders are unpleasant mental states such as depression and indifference in cases of parkinsonism, and anxiety despair, and anger in cases of akathisia³⁷.

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

³⁴Leipzig (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].

³⁵Lal and AlAnsari (1986) [242] review eleven cases of Tourette-like syndrome that developed after neuroleptic withdrawal. This syndrome has also been observed after Clozaril withdrawal by Poyurovsky et al. (1998) [311].

³⁶Lal 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].

³⁷Gualtieri (1993) [191]; Barnes and Braude (1994).

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 akatisia³⁸.

(*)

Not everyone views these abnormal movements as true withdrawal reactions, for the simple reason that they are ordinarily first observed during drug use (Chapter 4). In many cases, however, abnormal movements become apparent or worsen only when the patient is reducing or stopping the drug³⁹. Astonishingly, one review of antipsychotic withdrawal reactions does not mention abnormal movements (Dilsaver, 1994 [132]).

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 farmacêuticas⁴⁰. Espantosamente, uma revisão das reações de abstinência de antipsicóticos não menciona movimentos anormais (Dilsaver, 1994 [132]).

(*)

A third group of withdrawal reactions involves a wide range of psychological and behavioral symptoms, including insomnia, anxiety, agitation, irritability, and organic psychosis. Psychotic withdrawal symptoms are variously called tardive psychosis, super-sensitivity psychosis, or withdrawal psychosis⁴¹. Frequently accompanied by abnormal movements, they include hallucinations, delusions, confusion, and disorientation.

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 abstinência⁴². Frequentemente acompanhados por movimentos anormais, estes sintomas incluem alucinações, delírios, confusão e desorientação.

(*)

Tardive psychosis is considered controversial by some investigators, and researchers have reported widely different rates. However, we believe that clinical and scientific evidence confirms its existence (Reviewed in Breggin, 1997a [55]). After years of suppression of the dopamine system by these drugs, the brain compensates for their effects. When the drugs are discontinued, the hyper-aroused dopamine system takes over. Psychotic reactions upon abrupt withdrawal have been observed in individuals with no history of psychotic symptoms, such as patients taking antipsychotics for tic disorders (Silva et al., 1993 [345]).

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

³⁸Gualtieri (1993) [191]; Barnes e Braude (1994).

³⁹Lang (1994) [243]; Sachdev (1995) [329]; Weller and McKnelly (1983) [386].

⁴⁰Lang (1994) [243]; Sachdev (1995) [329]; Weller e McKnelly (1983) [386].

⁴¹Weinberger et al. (1981) [384]; Witschy et al. (1984) [391].

⁴²Weinberger et al. (1981) [384]; Witschy et al. (1984) [391].

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]).

(*)

Among developmentally disabled individuals who have been treated with neuroleptics, withdrawal frequently leads to profound emotional disturbances. This worsening of behavior, called “withdrawal-induced behavioral deterioration” (Sovner, 1995 [348], p. 221), usually lasts for several months (Gualtieri, 1993 [191]) and can become permanent. However substantial number of people may improve if kept off the drugs. One author notes that “it is not generally appreciated that severe behavioral symptoms which emerge during neuroleptic dosage reduction can be transient”. As a result, “[i]f symptoms do appear during drug taper, the usual clinical practice is to reintroduce the drug, often at doses higher than the original” (May et al., 1995 [268], p. 156).

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. 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).

(*)

Cases of neuroleptic malignant syndrome (see Chapter 4) have also been documented upon neuroleptic withdrawal. NMS involves impaired consciousness, abnormal movements, fever, and other symptoms, sometimes ending in the patients death⁴³.

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 paciente⁴⁴.

(*)

9.12.2 Abstinência de antipsicóticos atípicos

Withdrawal from Atypical Antipsychotics

(*)

Withdrawal reactions from Clozaril (clozapine) involve not only cholinergic and dopaminergic super-sensitivity but also rebound. Several case reports describe a quickly occurring withdrawal

⁴³Amore and Zazzeri (1995) [8]; Spivak et al. (1990) [350]; Surmont et al. (1984) [356].

⁴⁴Amore e Zazzeri (1995) [8]; Spivak et al. (1990) [350]; Surmont et al. (1984) [356].

syndrome “with rapid onset of agitation, abnormal movements, and psychotic symptoms”. According to one author, “These appear to be much more rapid than syndromes seen after stopping conventional [neuroleptics]” (Pies, 1998 [309], p. 176). Others have found that the “severe agitation and psychotic symptoms . . . resolved rapidly and completely upon resumption of low doses of clozapine” (Stanilla et al., 1997 [352]).

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]).

(*)

Two cases of sudden emergence of brand-new obsessive-compulsive symptoms, one of which also involved “Tourette’s syndrome-like tics”, have been described after clozapine withdrawal. In both cases, clinicians observed a “complete disappearance” of symptoms upon resumption of clozapine (Poyurovski et al., 1998 [311]). Another person treated for two years developed “severe insomnia, restlessness, and chills” after clozapine was withdrawn. These symptoms disappeared when clozapine was reinitiated, appeared three months later when doctors again withdrew it, and disappeared once more upon readministration of the drug (Staedt et al., 1996 [351]). In another study, twenty-eight patients were evaluated seven days after abrupt clozapine discontinuation; of these, 61 percent developed withdrawal reactions. Most of the reactions were rated “mild” with agitation, headache, or nausea; but four patients experienced more uncomfortable withdrawal involving nausea, vomiting, or diarrhea. Another experienced “a rapid-onset psychotic episode requiring hospitalization” (Shiovitz et al., 1996 [343]). The study does not specify how many patients with “mild” agitation during the first seven days after withdrawal went on to develop more severe episodes of agitated behavior. According to a recent report describing four serious cases of Clozaril withdrawal, two patients were unable to walk, another had a lurching gate, and two gagged while eating or drinking (Ahmed et al., 1998 [3]).

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 diarréia. 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]).

(*)

One article entitled “Clozapine as a Drug of Dependence” confirms the existence of a “clear somatic withdrawal sign” in laboratory animals after treatment with clozapine (Goudie et al., 1999 [185]). The drug was seen as the prototype for atypical neuroleptics when first introduced in the United States in 1990. Over time, so-called atypical neuroleptics or antipsychotics such as Risperdal, Seroquel, Zyprexa, Geodon, Ability and Invega - enthusiastically promoted as safer drugs than the older neuroleptics - seem to increasingly resemble the conventional drugs they were meant to replace.

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.

(*)

Like the SSRI antidepressants, Seroquel has actions on the serotonin system, and it's not surprising that some withdrawal reactions from it might resemble those of SSRI drugs. One case report described a thirty-six-year-old woman on 100 mg a day of Seroquel who, upset over her large weight gain on the drug, decided to stop the drug and was advised by her doctor to reduce the dose by half. “After one day, she reported nausea, dizziness, headache and anxiety severe enough to preclude her normal activities.” Her symptoms continued despite returning to a higher dose. A more gradual reduction of 12.5 mg every five days, aided by an anti-nausea drug, also failed. She was successful on a third attempt when her doctors added an older antipsychotic drug to her regimen, although her nausea persisted for two more days after her last dose (Kim and Staab, 2005 [226]).

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 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”?

“Relapse” or “Withdrawal”?

(*)

In cases where patients are withdrawn from extended antipsychotic use, much of what gets called “schizophrenic” or “psychotic” relapse may actually be unrecognized withdrawal reactions. Withdrawal symptoms such as agitation, restlessness, and insomnia are also likely to be mistakenly attributed to the patients mental condition. By now, this situation may be depressingly familiar to the

reader. It reflects the same confusion that we noted in regard to withdrawal from antidepressants, minor tranquilizers, lithium, and stimulants.

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.

(*)

Indeed, because of the resemblance between many withdrawal symptoms and patients’ prior emotional problems, clinicians not only blame the reaction on the “underlying disorder” but also recommend continued treatment with the offending agent. These clinical errors persist despite telltale signs such as rapid onset of the symptoms after the drug is discontinued and rapid relief after it is reinstated. They persist even despite observations that “[r]eal psychotic relapse rarely occurs during the first weeks of withdrawal” (Perenyi et al., 1985 [303], p. 430).

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).

(*)

The controversy over the value of antipsychotic treatment will likely increase as clinicians continue to observe differing relapse rates between abruptly and gradually withdrawn patients; as it turns out, many patients who are gradually withdrawn do not need any further medication. According to one study (Viguera et al., 1997 [380]), “There is a nearly twofold difference in relapse risk between abrupt and gradual withdrawal of [antipsychotic] agents” (Pies, 1998 [309], p. 176), whereas an earlier comprehensive analysis concluded that the relapse rate among patients withdrawn from antipsychotics is three times greater than that among patients kept on the drugs (Gilbert et al., 1995 [175]). However, when other researchers reanalyzed these data to distinguish between patients quickly withdrawn and those more gradually tapered, the latter had one-third the relapse rate of the former (Baldessarini and Viguera, 1995 [25])! In terms of relapse rates, then, prolonged drug treatment appears to be no better than a gradual tapering (See Cohen, 1997a [92]).

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 abrangente 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]).

(*)

Of course, prolonged treatment is much more dangerous. Indeed, researchers are beginning to suggest that brain changes resulting from long-term drug treatment may create “pharmacologic stress factors” or “iatrogenic-pharmacologic stress effects” that, combined with abrupt withdrawal, increase the vulnerability to relapse (Baldessarini and Viguera, 1995 [25]). Taking drugs and then abruptly stopping them might weaken patients, capacity to respond to stress in the future.

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 farmacológicos” 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?

When to Withdraw from Antipsychotics?

(*)

The circumstances in which antipsychotics withdrawal should be strongly considered or attempted are so numerous that full coverage is not possible. We can, however, provide a few guidelines that reflect generally recognized medical knowledge and practice:

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. Antipsychotics must be withdrawn any time there are signs of potentially life-threatening drug-induced disorders, such as neuroleptic malignant syndrome or bone marrow suppression with compromise of the immune system. Fatalities can result from failure to adhere to this guideline.

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. Antipsychotics should be withdrawn, if at all possible, at the first sign of tardive dyskinesia. Most of the very severe, disabling cases of tardive dyskinesia result in part from failure to follow

this guideline.

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. Antipsychotics should be withdrawn as quickly as possible from patients who have reached forty years of age, since rates for tardive dyskinesia further escalate with age.

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. Antipsychotic withdrawal should be attempted, if at all possible, in cases where patients who have been taking the drugs for months or years no longer show severe or disabling psychotic symptoms.

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.

(*)

Given the high probability of irreversible effects of antipsychotics, any doctor following patients who are undergoing long-term treatment must seriously consider lowering the dose to the absolute minimum. In many such patients, the minimal dose will actually be zero. In general, patients should be given neuroleptics for the shortest possible time in the smallest possible doses. We believe that a more rational practice of psychiatry would eliminate the use of such dangerous medications.

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.

(*)

Research on OBRA-87, the congressional legislation regulating the use of psychotropics and physical restraints in nursing homes, shows that it had the intended impact, especially in terms of reducing the use of neuroleptics (Snowden and Roy-Birne, 1998 [347]). The use of benzodiazepines, also targeted by the legislation, has likewise decreased. We still need better documentation of how these changes are improving the residents, quality of life. Meanwhile, however, it is clear from several studies that up to half of institutionalized elderly patients can be successfully withdrawn from neuroleptics. Tapered withdrawals are usually successful, residents infrequently display increased levels of agitation, and most are able to remain off the drugs for extended periods (Bridges-Parlet et al., 1997 [78]). Overall, these drugs are so dangerous to the elderly that they should not be prescribed to them.

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?

How Long Should Antipsychotic Drug Withdrawal Take?

(*)

Antipsychotic drugs should be completely stopped at the first sign of any abnormal movements. Too often doctors try to guess whether or not a particular abnormal movement, like eye blinking or grimacing, is related to tardive dyskinesia. Any abnormal movement should be considered a probable manifestation of tardive dyskinesia when the patient is taking antipsychotic drugs, including the newer ones; and the drug should be stopped as quickly as possible.

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.

(*)

Some physicians believe that the newer antipsychotic drugs are less likely to cause tardive dyskinesia. At present, the data is insufficient to make this claim and the FDA requires the same tardive dyskinesia warning for all antipsychotic drugs. Nearly all of the antipsychotic drugs, including Risperdal and Zyprexa, suppress function of the dopamine nerves and therefore can cause tardive dyskinesia.

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.

(*)

An occasional unscrupulous report claims that the newer antipsychotics can “improve” tardive dyskinesia because they tend to suppress the symptoms. In reality; any drug that suppresses tardive dyskinesia is likely to cause it as well. This phenomenon is called masking. Giving the newer antipsychotics to control tardive dyskinesia is likely to worsen the disorder in the long run.

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.

(*)

In non-emergency situations where tardive dyskinesia is not suspected, antipsychotic drugs should be withdrawn slowly, keeping in mind that it is not unusual to take at least one month to withdraw for every year of exposure, so that a patient who has taken neuroleptics for two years is likely to require at least two months to withdraw (see Chapter 8). Also keep in mind the risk of withdrawal psychosis. A temporary worsening of the patient’s condition is likely toward the end of withdrawal or shortly after the drug is stopped. This should not in itself prevent eventual, if gradual, withdrawal from antipsychotic drugs.

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.

(*)

Primate research confirms that withdrawal should proceed very slowly because drug-induced changes may last for several months after the last dose. In a laboratory study, thirty-eight healthy monkeys were observed daily for 108 weeks. For the first 25 weeks, “baseline” information was gathered. From week 25 to week 72, the monkeys received long-lasting injections of fluphenazine (Prolixin). The main findings during this period were “highly significant decreases in self-and environment-directed behaviors and affiliation”, meaning that the animals paid much less attention to themselves, their companions, and their surroundings. As of week 73, drug injections were ceased, and “[a]ggression showed some increase during early drug discontinuation, accentuated by stress”. (This outcome resembles the withdrawal agitation observed in humans). Importantly, the investigators state that “[r]ecovery of normal (baseline) behavioral scores began by week 7 after the last treatment”. In other words, it was not until two months after the last dose that the animals began to display normal behavior. Ultimately, “tardive dyskinesias persisted in 30 percent of the animals for a prolonged time” (Lifshitz et al., 1991 [257]).

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]).

(*)

Based on clinical experience bolstered by research, we suggest that if you are withdrawing from neuroleptics, you should avoid making major changes in your life during and shortly after withdrawal. Allow for a “coasting” period of at least several weeks to shake off drug effects, with emphasis on improved nutrition, exercise, and general well-being. In particular, strengthen your social relationships and avoid new, unpredictable sources of stress and tension.

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.

(*)

Rebuilding your life without resort to drugs after years of antipsychotics can be especially difficult. You may have acquiesced to taking drugs that you actually experienced as toxic and mind-numbing, and this submissiveness, compounded by drug effects, may have weakened your ability to make independent decisions. You will benefit from careful planning and preparation, building a support network, and practicing nondrug options to deal with stress and anxiety.

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

Antiparkinsonian Withdrawal Reactions

(*)

Antiparkinsonian drugs such as Cogentin, Kemadrin, Artane, and Symmetrel are frequently prescribed to suppress the movement disorders, such as parkinsonism, commonly caused by neuroleptics. About half of the patients who receive older antipsychotics also receive antiparkinsonian drugs.

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.

(*)

Antiparkinsonian drugs are also described as “anticholinergic” because of their chemical action in suppressing cholinergic activity in the brain⁴⁵. Rebound cholinergic hypersensitivity causes a large proportion of the withdrawal effects of antiparkinsonian drugs, which resemble those of tricyclics and neuroleptics and can be equally complex and varied. Several studies have demonstrated the typical flu-like symptoms of nausea, vomiting, chills, weakness, and headache, as well as the insomnia and restlessness that occur upon withdrawal from these drugs (Luchins et al., 1980 [259]).

Drogas antiparkinsonianas também são descritas como “anticolinérgicas” por causa de sua ação química de supressão da atividade colinérgica no cérebro⁴⁶. 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]).

(*)

In a rare double-blind, placebo-controlled withdrawal study the authors found “a recognizable withdrawal syndrome” - namely, an increase in anxiety manifested by “irritability; tension, palpitations and headache”, various physical complaints (relating especially to the gastrointestinal tract), dizziness upon standing, and irregular heartbeats. In addition, psychotic symptoms flared up within days of withdrawal and lasted up to three weeks (McInnis and Petursson, 1985 [270], p. 297). Eight of the eleven withdrawn patients (73 percent) displayed these “obvious withdrawal-related symptoms”.

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”.

⁴⁵When neuroleptics suppress dopamine transmission, acetylcholine activity increases, probably as a compensatory mechanism. The resulting disturbance in dopamine-acetylcholine balance causes or contributes to abnormal movements. Anticholinergic drugs are prescribed to suppress cholinergic overactivity. Of course, the brain also tries to compensate for the effects of these drugs, and the compensatory mechanisms take over when the drugs are abruptly removed.

⁴⁶Quando 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.

(*)

Other studies, too, have observed psychotic flare-ups, which are usually accompanied by a resurgence of abnormal movements. Indeed, investigators directly relate these psychotic symptoms - including delusions, hallucinations, suicide attempts, and isolation - to physical symptoms of rigidity; restlessness, akathisia, and parkinsonism⁴⁷.

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 parkinsonismo⁴⁸.

(*)

In one such study, the authors state plainly that “the anticholinergic withdrawal syndrome resembles the negative schizophrenic syndrome in many important respects. Its occurrence in schizophrenic patients may be mistaken for psychotic decompensation and result in inappropriate treatment” (Tandon et al., 1989 [360], p. 712). A case report also describes a severe catatonia (immobility) upon abrupt withdrawal of Symmetrel (Brown et al., 1986 [79]).

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 catatonia severa (imobilidade), com a abstinência abrupta de Symmetrel (Brown et al., 1986 [79]).

(*)

Furthermore, one case of a severe reaction resembling neuroleptic malignant syndrome was reported upon withdrawal of antiparkinsonians, even though the patient had never received neuroleptics (Toru et al., 1981 [368]).

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]).

(*)

Since antiparkinsonian drugs worsen tardive dyskinesia and impair memory, withdrawal can provide extra benefits. In particular, withdrawal can improve the symptoms of tardive dyskinesia (Yassa, 1985 [396]) and can cause a “dramatic increase in memory scores on the Wechsler Memory Scale” (Baker et al., 1983 [24], p. 585).

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) .

(*)

⁴⁷See Manos et al. (1981) [263]; Baker et al. (1983) [24].

⁴⁸Ver Manos et al. (1981) [263]; Baker et al. (1983) [24].

As with all psychiatric drugs, withdrawal from antiparkinsonians should be gradual and tapered, thereby decreasing the recurrence of abnormal movements originally suppressed by the drugs. Gradual withdrawal is also less likely to lead to a reinstatement of the drugs (Ben Hadj et al., 1995 [36]).

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]).

(*)

9.14 Quão gradual é a “retirada gradual”?

How Gradual Is “Gradual Withdrawal”?

(*)

As we saw in Chapter 7, the so-called gradual or tapered antidepressant withdrawals mentioned in the published literature are often too rapid. In one report, for example, “gradual” refers to a seven-to-ten-day withdrawal period (Barr et al., 1994 [30]); in another, it refers to withdrawal over four days (Rauch et al., 1996 [316]); in a third, it refers to a 50 percent reduction for five weeks, then no drug each alternate day for one week, then abrupt cessation (Amsden and Georgian, 1996 [9]). In two additional reports, “gradual” means a 50 percent reduction in dose for one week, then abrupt cessation⁴⁹. In a review of forty-six case reports of SSRI withdrawal reactions, twenty-three involved abrupt withdrawal, twelve involved tapering over two weeks or less, and only six involved tapering over more than two weeks (Therrien and Markovitz, 1997 [366]). None of the last eighteen tapers used something like the gradual, patient-centered methods described in Chapter 8. Finally in a review of nearly sixty studies involving patients with diagnoses of schizophrenia or other psychoses who were withdrawn from neuroleptic drugs, the authors report that in most studies specifying the speed of withdrawal, the process was completed in less than a week, usually in one day (Gilbert et al., 1995 [175]).

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 abrupta⁵⁰. 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]).

⁴⁹Arya (1996) [18]; Fava et al. (1997) [147].

⁵⁰Arya (1996) [18]; Fava et al. (1997) [147].

(*)

Rarely do investigators suggest that the taper period needs to be extended for several weeks; in fact, twelve weeks and fourteen weeks are the longest periods cited in the above-mentioned reviews. In one case of severe dizziness occurring upon successive, failed trials of Zoloft withdrawal in a twenty-nine-year-old man, the doctors contacted the drug manufacturer for help. They were advised to proceed with “extremely slow dosage titration” (Amsden and Georgian, 1996 [9], p. 686). Specifically a reduced dosage was prescribed every other day for three weeks, then every third day for the next six weeks, then every fourth day for two more weeks, at which time the Zoloft was finally discontinued. Overall, the withdrawal lasted eleven weeks.

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.

(*)

No such recommendation to proceed with “extremely slow” withdrawal appears in the official product monographs for Zoloft or any other antidepressant. As noted, as a result of FDA requirements, makers of SSRI and other antidepressants have begun to include warnings about discontinuation symptoms and recommendations of “gradual reduction in the dose rather than abrupt cessation . . . whenever possible” (as cited in the Cymbalta label, in the 2007 Physicians’ Desk Reference [Referência de Mesa dos Médicos] [308]), but no guidelines are given, in contrast with guidelines for initiating drug taking. Thus, both doctors and patients should be actively encouraged to proceed more slowly and carefully when psychiatric drugs are withdrawn. The gradual methods described in Chapter 8 constitute a sensible guideline in this regard.

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 IsRSS [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

Overview of Psychiatric Drug Withdrawal Reactions

(*)

In an authoritative 500-page book focusing solely on adverse effects of psychiatric drugs, fewer than five pages are devoted to withdrawal effects associated with all categories of drugs (See Kane and Lieberman, 1992 [233]). This finding reflects the inadequate level of psychiatric interest and knowledge in such reactions.

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.

(*)

Psychiatric drugs may induce a wide range of adverse effects when they are taken, and they may induce a wide range of adverse effects when they are withdrawn. Recognized withdrawal syndromes are a regular, common feature of the use of all psychiatric drugs. But as we have seen, doctors who prescribe these drugs too often fail to warn the patients who take them.

Drogas psiquiátricas podem induzir uma ampla extensão de efeitos adversos quando são consumidas, 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.

(*)

Because they produce unpleasant withdrawal reactions, psychiatric drugs must be considered drugs of dependence. In other words, at least some users will restart the drugs due to withdrawal-induced discomfort. These individuals will continue their drug use simply in order to avoid withdrawal reactions. The countless first-person reports posted on the Internet by users of SSRI antidepressants, for example, provide unusually vivid evidence that this phenomenon occurs all too frequently. Unfortunately, when withdrawal reactions lead to prolonged drug use, users risk experiencing more severe withdrawal reactions later.

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, proveêm 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.

(*)

As noted, the relatively small quantity of published case reports describing withdrawal reactions cannot be taken as a valid indicator of the actual frequency of their occurrence. As a rule, withdrawal reactions from most psychiatric drugs have been ignored or simply not recognized as such. However, studies specifically designed to look for such reactions have found them in 60-80 percent of patients. A full 20 percent may undergo “severe” reactions.

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”.

(*)

Doctors often focus on the physical consequences of withdrawal, such as nausea, tremors, or seizures, while failing to identify the emotional withdrawal symptoms that so often contribute to the resumption of drugs. Emotional withdrawal reactions such as anxiety, depression, insomnia, confusion, and irritability can actually have a greater impact on patients than purely physical symptoms.

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.

(*)

The three main categories of emotional and behavioral withdrawal reactions are anxiety; depression, and psychosis. Anxiety reactions appear to be common upon withdrawal of central nervous system (CNS) depressants such as benzodiazepines and other tranquilizers, most of the antidepressants, antipsychotics, lithium and anticonvulsants used as mood stabilizers, and antiparkinsonians. Depressive reactions appear to be common upon withdrawal of stimulants and SSRIs. And psychotic reactions appear to be common upon withdrawal from neuroleptics, lithium, and antiparkinsonians. Still, evidence from case reports and studies suggests that any psychiatric drug may produce any of these withdrawal reactions.

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.

(*)

In addition, over a dozen studies so far have implicated expectant mothers' use of antidepressants during pregnancy with the appearance of a peculiar “neonatal abstinence syndrome”. In one well-controlled study a full 30 percent of 60 infants whose mothers took antidepressants for prolonged periods, including during the third trimester, developed the syndrome, which lasted up to four days; 13 percent of the infants had severe reactions. The most common symptoms were tremor, gastrointestinal problems, an abnormal increase in muscle tone (hypertonicity), sleep disturbances and high-pitched cries. None of the 60 infants without exposure to SSRIs developed the syndrome (Levinson-Castiel et al., 2006 [252]). There is some debate whether this represents an actual withdrawal reaction or a sign of direct drug toxicity in the serotonin system.

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.

(*)

Furthermore, clinicians and researchers do not always correctly describe the symptoms that occur upon withdrawal. In many cases, prodrug bias and habitual resistance to acknowledging withdrawal effects lead them to use relatively neutral, ambiguous terms (such as agitation, restlessness, anxiety, and psychomotor retardation) in place of terms like psychosis.

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.

(*)

Undoubtedly; many withdrawal reactions from all categories of drugs are mistakenly treated as “relapses” by prescribing physicians, thus moving the focus away from possible drug involvement and toward the patient’s “underlying disorder”. Many researchers also approach the problem timidly often failing to describe or emphasize withdrawal reactions. As a consequence, patients suffer, and the public is kept uninformed.

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.

(*)

So that patients can provide truly informed consent for the drugs they are taking, doctors must fully describe withdrawal or discontinuation in terms of adverse drug reactions with a “frequent” probability of occurrence, it is the doctors duty to make sure that patients actually grasp and then remember the nature and likelihood of all important adverse reactions, including withdrawal reactions. Similarly, in their official drug monographs, drug manufacturers need to provide accurate summaries of reports of withdrawal reactions, as well as detailed guidelines for tapering their products, just as they provide guidelines for how to initiate treatment.

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.

(*)

The best way to minimize the risk of severe withdrawal reactions is not to take psychiatric drugs in the first place. The second best approach is to plan a slow, gradual withdrawal involving close monitoring and a systematic, ongoing program of information, counseling, and reassurance. Unfortunately, however, abrupt withdrawal remains too common in clinical practice. Abrupt withdrawal is imprudent and may result in additional distress and disability. Except in emergencies, patients who are stopping their use of psychiatric drugs and the professionals who are assisting them should proceed gradually and maintain this gradual pace until complete cessation is accomplished, even if the early stages of withdrawal present no difficulties.

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

Withdrawing Your Child from Psychiatric Drugs

(*)

Chapters 7, 8, and 9 of this book; were largely directed to adults who want to withdraw from drugs. However, as nearly all of the principles outlined in those chapters are relevant to children, they must be read prior to this one.

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.

(*)

The most general of these principles include gradual withdrawal, the involvement of family members and a support system, and guidance from an experienced professional. We also emphasized the importance of paying attention to your own feelings, and of personally planning and managing your own withdrawal experience. Obviously, children - especially young children - cannot plan or control their own medical care: They need parents and other adults to do it for them. But they can and should play a major role in every step of the planning, and, as with adults, their feelings should be given special attention throughout the process. Precisely because children have immature or even impaired competence, their caregivers are obligated to try hard to seek and be responsive to children's views and feelings.

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.

(*)

Since children who receive stimulants are by far the largest group of minors on psychiatric drugs, we will focus on stimulant withdrawal among children diagnosed with “attention deficit hyperactivity disorder”. However, most of the observations that follow apply equally well to children being withdrawn from any psychoactive drug. It is now increasingly common for children to receive atypical antipsychotics and anticonvulsants.

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.

(*)

The emphasis in this chapter is on younger children - preadolescents who are too young to participate effectively in treatment decisions and who cannot easily describe in words their responses to the drugs they are taking. Older children who are better able to communicate and make decisions can become actively involved in a manner more similar to that of adults. Indeed, depending on their maturity older children can help to monitor the rate of their withdrawal from drugs in much the same way as adults do.

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

Special Precautions

(*)

Children are often given drugs for sedation that pose special problems if stopped abruptly. Regardless of whether they have epilepsy youngsters taking sedatives and drugs used for the treatment of seizures can experience seizures during withdrawal. These drugs include all the minor tranquilizers such as Klonopin and Xanax, as well as anticonvulsants such as Depakote, Tegretol, Dilantin, Lamictal, and Topamax. Even among children who have never been manic, lithium can cause mania during withdrawal. And even among children who have never been hypertensive, abrupt clonidine (Catapres) withdrawal can trigger a hypertensive crisis. Withdrawal from stimulants such as Ritalin and Adderall, and antidepressants such as Paxil, Celexa, Effexor, Prozac, and Zoloft, can cause “crashing” accompanied by depressed and even suicidal feelings.

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.

(*)

To learn about adverse effects and withdrawal effects associated with any drug your child is taking, be sure to review the information in earlier chapters of this book as well as in other resources.

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

Your Child's Previous Experience with Withdrawal

(*)

Children, like adults, vary greatly in terms of the intensity of their withdrawal response when taken off stimulant drugs. Some children experience little more than rebound hyperactivity or tension for a few hours. Others, especially after months or years of exposure to drugs, may undergo an extensive and uncomfortable withdrawal. The manifestations of withdrawal also vary. Some children may exhibit increased rebelliousness, hyperactivity, and insomnia; others may display apathy and a greater need to sleep.

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.

(*)

Many children are routinely taken off stimulant drugs every weekend. If this is the case with your child, acute symptoms of withdrawal are probably not going to be a problem after the child's drug use has permanently ceased. Nonetheless, previous problems may resurface after a few weeks or even months as you, your child, and the school deal with this new drug-free experience.

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.

(*)

Have you ever gone on vacation and forgotten to bring your child's drugs along, or stopped the drugs for some other reason? Such experiences should give you a sense of what your child's response will be during the acute phase of the upcoming planned withdrawal. However, keep in mind that withdrawal reactions can vary from one time to the next even in the same child.

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

Rebound and Withdrawal Effects

(*)

Some doctors tell parents that children and adults “react differently” to stimulants. This is untrue. Any withdrawal reaction can occur in both children and adults.

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.

(*)

As previously described, children commonly experience withdrawal symptoms from stimulants within a few hours after taking the last dose. If they take Ritalin at 3 P.M., for example, they are likely to be more nervous, anxious, and “hyper” by evening. This stage of drug withdrawal is called rebound.

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.

(*)

Some doctors tell parents that rebound cannot start after a delay of several hours following the last dose and that it cannot persist for a prolonged period of time. In fact, rebound routinely starts as long as five to ten hours after the last dose. And if no more stimulant is administered, the rebound can become a long-term withdrawal reaction that lasts days or weeks. In some cases, it may take

a month or more for children to calm down after stopping stimulants during the summer vacation. These withdrawal effects would manifest themselves even longer if the children were subjected to the more demanding and stressful regimen of a typical school.

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

Identifying the Source of Potential Problems

(*)

When planning your child's withdrawal, you must take into account how and why your child was put on drugs in the first place. If your child was medicated because of "school problems" in the absence of "home problems", then you may have fewer or less severe parenting issues to deal with during withdrawal. Nonetheless, new parent-child conflicts are likely to develop during this process.

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.

(*)

On the other hand, if you agreed to medicate your child because of his or her behavior around you, then you will almost certainly need to work very hard on parenting issues as your child comes off the drugs. This work will require a serious self-examination of your own behavior, along with openness to constructive criticism from your spouse or other family members and careful attention to any opinion your child is able to voice. In addition, you will have to work closely with anyone who shares caregiving responsibilities with you, since consistency is an important part of successful childrearing.

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.

(*)

Useful parenting books can be found at bookstores and libraries. Look at a variety of such books and then select one or two for careful reading and reference. You may also want to attend parent training classes and seek consultations with an expert in parenting¹.

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 parentalidade².

(*)

If it turns out that your own confusion or inconsistency in parenting is a main cause of your child's difficulties, you should greet this as good news—indeed, the best possible news! It means that being a parent matters, that there's nothing wrong with your child that can't be fixed through your efforts and those of your family. Although it may initially seem easier to think that someone or something else is the cause of your child's problems, such thinking ultimately wrests the power out of your hands. In making the decision to stop medicating your child, you should reaffirm yourself as a parent and retake responsibility for your child.

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

Focusing on Problems in the Family

(*)

10.5.1 Amadurecimento suprimido

Suppressed Maturation

(*)

¹See Breggin (1998a [57]) for suggested readings, basic principles of parenting, and information about parent training classes and types of consultations available.

²Ver 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.

When children have been on psychiatric drugs for years, their psychological and social development may be suppressed. Instead of struggling through the normal developmental stages, these children are pushed through their growing-up period in a drug-induced state of conformity. They may not learn to know and to express themselves, to handle emotional pain, to work out conflicts with others, and to take charge of their own behavior. Their sense of autonomy and personal responsibility is almost always impaired. All these issues may surface acutely during withdrawal and require special parental attention.

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.

(*)

10.5.2 Aprendendo novas habilidades de pais

Learning New Parenting Skills

(*)

None of us are born good parents: We have to learn this complex, subtle array of skills “on the job”. In effect, we go through the same developmental stages as our children, but from our own perspective and with our own specific learning processes. However, when our children are medicated, we don’t have the opportunity to learn the skills involved in raising a drug-free child. We become accustomed to turning to medication as the answer. At the same time, we might cease examining ourselves and our own parenting skills. Parents and children have to learn new skills during and after drug withdrawal.

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.

(*)

Doctors, teachers, school psychologists, and other child welfare workers often recommend medication to parents when they should instead recommend or offer a consultation or seminar on parenting skills. Even parents who have successfully raised several children may have trouble finding the right approach to another of their offspring. Every child is a new challenge. In fact, your child’s special assets, such as high energy and an independent nature, may be testing your parenting skills. And every new challenge in a family’s life presents new stresses and opportunities for you and your children. Consultations with a family-oriented therapist who is skilled at identifying your vulnerabilities

as a parent at this particular time in your life, and with this particular child, can be the critical factor in helping your child withdraw from drugs.

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.

(*)

Many parents keep their children on drugs because they feel too guilty or ashamed to face the mistakes they have made. They feel so humiliated by criticism of their parenting that they cannot face the need to learn new approaches. By contrast, the most successful parents are those who freely admit that they routinely make mistakes and need to make constant readjustments in the ways that they relate to their children. Give up any pretense you may have about being a “perfect” parent, and assume that you’ve got a lot to learn. It’s a matter of accepting the axiom that were all human.

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.

(*)

Other parents keep their children on medication because they have been told that their child suffers from a “severe neurobehavioral disorder” that will worsen unless treatment is instituted with drugs. Virtually every childhood distress, delayed achievement, or misbehavior has been labeled a disorder. Ask your doctor what medical tests or evidence, besides the child’s behavior, necessitates a medical-sounding diagnosis.

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.

(*)

Preadolescent children are incredibly responsive to any improvement in parental behavior. Sometimes just a few good consultations with a parenting expert can help you significantly change your child’s life for the better. Especially in regard to managing difficult behaviors, such as anger and resentment, new parental approaches can transform a young child’s responses overnight.

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

Learning to Give More Attention

(*)

Most parents suffer from “parent attention deficit disorder”. They rarely find enough time to give their children all the attention they need and deserve. In effect, their children get leftover time.

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.

(*)

In modern society; with it’s increasing economic pressures on families and it’s many single-parent homes, drugs have become a kind of babysitter; children make fewer demands on parents while on drugs. If you are going to take your child off psychiatric drugs, be prepared to spend additional time with him or her. This can be the single most important and potentially satisfying decision of your life - to spend more time with your child on a routine basis throughout the period of your child’s dependency on you.

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

The Father’s Special Role

(*)

Many if not most children routinely seen for medication have fathers who are not sufficiently involved in their children’s lives. Especially in cases involving boys who are disobedient and resent authority, the father is often the main source of the difficulty - and thus the main source of potential improvement. Such boys need a stronger father-son bond through which to learn disciplined and

respectful behavior. However, in cases where dad is spending time with the child but a corresponding behavioral improvement is not taking place, he may be acting too much like a pal and not enough like a parent. When a father is lax as a disciplinarian, the child is encouraged to take advantage of his mother or other caregivers, imposing an impossible burden upon them.

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

Paying Attention to Your Child's Feelings and Wishes

(*)

In addition to the principles of slow and cautious withdrawal that we emphasize, it is important that you pay special attention to your child's feelings. Every single day during the withdrawal period, talk and play with your child, and fine-tune your sense of how your child feels.

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.

(*)

Bedtime presents a good opportunity for visiting with your child, especially if he or she is having trouble falling asleep during drug withdrawal. But be sure to check in before and after school as well. If you're at work during the day call in every day when your child gets home from school. Like our other suggestions, this one can become a deeply satisfying habit that lasts throughout childhood and contributes to the love and trust that you share with your child.

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.

(*)

Make clear to your child that withdrawal from drugs can be difficult and that you want to hear about any unusual or uncomfortable feelings or thoughts. Reassure your child that you will pay attention, respond, and perhaps alter the medication schedule if necessary.

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.

(*)

Playing games can help a young child express potentially delicate feelings and thus help you communicate with the child. For instance, you can have two stuffed animals chat with each other. Start by making up any subject matter you can imagine, especially if it's cute and funny. Then ask your child to have the animals talk with each other. At an opportune time, introduce the topic of "feelings" into the conversation between the animals. Eventually you can ask them how they feel now that they are taking fewer pills. You may be astonished to hear your previously reticent child begin to reveal information in the form of a dialogue between the two stuffed animals.

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.

(*)

Another playful approach involves storytelling. Ask your child - with lots of prompting, if necessary - to make up a story about a little girl or boy. After the story begins, you can suggest that the child in the story is having trouble getting along at home or in school. Then direct the story to what happens if the little girl or boy starts and then stops taking medications. You may find that your child tells you about herself in her story.

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.

(*)

Another way to enlist your child's cooperation is to inform him about the potential difficulties he may experience during withdrawal. Children often become more responsible when responsibility is entrusted to them. And the prospect of coming off their drugs often motivates children to improve their conduct.

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.

(*)

Don't worry about giving your child too much opportunity to voice his or her feelings and wishes; you can still remain in charge as the parent. If anything, your increased interest in your child's feelings will encourage your child to be more responsive to yours.

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

Focusing on Problems at School

(*)

Children are most often put on stimulants because of pressure from school. Many schools encourage parents to seek medical consultations in order to medicate the children and control their classroom behavior. In the past, hyperactivity and other forms of disruptive actions were the major target behaviors. More recently, schools have begun advocating drugs on the assumption that they also contribute to improved learning and academic performance. However, there is no body of scientific evidence to support this hope. Most reviews and panels have concluded that stimulants have not been shown to improve learning or academic performance³. Like other psychoactive agents, they are far more likely to impair mental function.

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 acadêmico⁴. 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

If Your Child Is Inattentive

(*)

³See the consensus development conference panel report published by the National Institutes of Health (1998). In addition, Breggin (1998a [57]) provides an analysis of reviews and studies confirming that stimulants do not improve learning or academic performance.

⁴Ver 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.

If your child's main problems at school are daydreaming, forgetting things, and otherwise acting "inattentively" you should be able to stop the stimulant drugs with relative ease. Simply explain to the teacher that you'd rather have a child who daydreams than a child who can't daydream. You might also point out that there are no scientific data confirming the usefulness of stimulants for treating inattention⁵.

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 desatenção⁶.

(*)

Ask the teachers support in increasing your child's attention in school, perhaps through more individualized instruction aimed at stimulating your child and addressing specific educational needs. In addition, spend time outside of school cultivating your child's academic interests in a fun manner. Take your child to the library and to museums, movies, concerts, and other educational activities. But do not resort to drugs to "improve" your child's attention. Drugs only blunt imagination and fantasy life without making any genuine improvement in the child's actual ability to focus.

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

If Your Child Is Underachieving

(*)

Some teachers give better grades to children on drugs because the drugs make them more conforming. But better grades are not worth the price of drug-induced conformity. And, as already noted, drugs do not improve actual academic achievement or learning.

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.

⁵According to the National Institutes of Health (1998) consensus statement, "there are no data on the treatment of ADHD, inattentive typed".

⁶De 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".

(*)

Many well-meaning parents have chosen to medicate their children to improve their grades. If you are among them, we urge you to reconsider your priorities. Your personal relationship to your child should be a much higher priority than grades. Indeed, your child will benefit much more from feeling loved and appreciated by you than from getting good grades. Stop struggling with your child about homework and focus on enjoying parenthood. Let the teacher, a tutor, or a relative or friend help with homework if doing so relieves some of the tension between you and your child. A month or two of relief from conflict over studies may enable you to improve not only your relationship but also your perspective on what's important in the long run for your child. In our opinion, nothing is more important than the quality of your personal relationship with your child.

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 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.

(*)

We also urge you to place a higher priority on the integrity of your child's brain than on good grades. As your child grows up, he or she will have multiple opportunities to develop an interest in school and in education. For that matter, some people don't settle down to studying until they are adults, and others, of course, do very well in life despite doing very poorly in school. So, whereas future opportunities for school abound, your child will never be able to get a new brain unaffected by drugs.

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 propõem 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.

(*)

If your child is in danger of flunking a grade, you may feel a particular urgency about correcting the situation. This concern is understandable, but do not let it override two of the most important aspects of your child's life - the relationship between the two of you, and his or her ownership of a brain unimpaired by drugs.

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.

(*)

Maintaining patience with children who underachieve is a far more positive action than medicating them. And, in any case, there are many other ways to help children perform better in school. The best one is to spend time with your child - playing interesting games, going to museums, and, in general, engaging in activities that make learning a part of your family life. Tutoring, especially in reading, is often the most effective educational intervention available. Reading with your child is not only academically beneficial but it can improve your relationship.

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

If the School Insists

(*)

As noted, many schools pressure parents to put their children on medication, especially if they are disruptive in class or require more attention than the teacher is willing or able to give. Private schools may threaten to expel the children. Public schools use other forms of psychological pressure that can be equally threatening.

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.

(*)

If you are a parent who is determined not to drug your children, you can put your energy into considering the many better alternatives that exist. First, work closely with the school on improving your child's disruptive behavior. Spend time in class observing your child's behavior, or have a friend or relative do so. Your visits will have the added advantage of making clear to your child - and to the teacher - that you take these difficulties seriously. Do everything you can to ensure that the school meets your child's needs.

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.

(*)

Resistance from schools is to be expected. Dealing with teachers and school officials who understandably resist changing their habits in order to accommodate your child's needs requires time, effort, patience, and ingenuity. But, as an alternative to medicating your child, it has the clear advantage of squarely framing the difficulty in educational terms, and of encouraging adults around your child to come up with solutions.

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.

(*)

We sometimes advise parents to tell the school authorities something along these lines; "I know that Ritalin has a good chance of making my child more compliant in class, but that's just not the kind of 'improvement' I want for my child. I do not beat my child if he suffers a setback in class, and I refuse to drug my child for the same purpose". You may also express your concern about exposing your child to drugs that cause agitation, growth stunting, and heart problems that the FDA has explicitly warned about.

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.

(*)

Second, discuss your child's problems at school with an independent counselor, psychologist, or educational consultant. If the professional is unwilling to visit the school, you may want to find another resource.

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.

(*)

Third, remember that many wonderful children who become creative adults were not meant to spend day after day in large groups learning rote material. Consider other schools as well as the wide variety of home-schooling programs that are available.

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

Withdrawing from Multiple Drugs or Multiple Daily Doses

(*)

In Chapter 8 we discussed the principles involved in choosing which drug or which dose to start reducing. Recall that if a second drug has been given for a side effect caused by the original drug, the second drug should not be withdrawn until after the dose of the original one has been reduced. Thus, for example, if your child was given Klonopin to overcome Ritalin-induced insomnia, cutting back on the Ritalin should be your initial step.

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.

(*)

Alternatively, if a specific drug dose is causing adverse effects, you might begin by reducing that dose. For example, if the afternoon dose of clonidine is making your child too sleepy - or the afternoon dose of Ritalin is making your child too wide awake at bedtime - start reducing it.

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.

(*)

Sometimes one or another dose may be the more practical one to reduce. If your child's behavior at home is relatively easy to manage compared to his or her school behavior, then start by reducing the dose that you give after school.

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

When to Start Withdrawal

(*)

Your child should be withdrawn from psychiatric drugs of any kind as soon as possible. They are detrimental to your child's growing brain and overall development. Even if you and your child's doctor believe that the psychiatric drugs have been helpful, they should be stopped as soon as feasible. In cases where drugs are being used to treat children or adults, the smallest possible dose for the shortest possible time is always the best practice. In children with growing, vulnerable brains, the need to avoid toxic exposures is especially critical.

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.

(*)

Remember, your child's behavior may temporarily worsen during withdrawal. A positive, loving, patient, engaging environment is very important at this time. If your child is going off to summer camp or some other activity away from home, withdrawal ideally should be complete at least a few weeks beforehand.

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.

(*)

If your child has been on drugs for a year or longer, and if school behavior is a major problem, you may want to wait until summer vacation to begin to withdraw the drugs. Or you may want to begin a slow, cautious withdrawal during the school year. If the school reports that the child is "getting out of control", you might have to hold off until summer.

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.

(*)

As parents ourselves, we would rather take our children out of school than to drug them for the purpose of staying in school. We would prefer any viable alternative to giving psychoactive drugs to our children, including major changes in our own lifestyle in order to provide better for our children's needs.

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.

(*)

We recommend reading Peter Breggin's *Talking Back to Ritalin* (Breggin, 1998a [57]) as a part of any decision to start or stop stimulant drugs for the behavioral control of children. His book discusses many subjects covered in the present chapter, in considerably greater detail - including how to deal with schools and how to develop your parenting skills.

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

Understanding Your Therapist's Fears About Nonuse of Drugs

(*)

Many people reading this book are seeing physicians or psychotherapists who are urging them to start or to stay on psychiatric drugs. If you are being pressured to use drugs, you may find it helpful to understand your doctor or therapist as a human being with his or her own concerns, fears, and conflicts about your desire to be drug-free.

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

When Your Therapist Says You Need Drugs

(*)

You may not have intended to take psychiatric drugs when you first sought help. After a few therapy sessions, your therapist may have raised the issue. Or perhaps, when therapy wasn't progressing as well as you hoped, you wondered about trying drugs. One way or another, your therapist made a referral to a psychiatrist and, after a fifteen-to thirty-minute visit with the doctor, you were started on drugs.

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.

(*)

You may have had mixed feelings about starting on drugs. If your therapist suggested it, you may have concluded, “I must be worse off than I thought. Even my therapist can’t help me. Maybe I do have a biochemical imbalance. Maybe it is genetic”.

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”.

(*)

Even if it was your own idea to seek medication, you may have had reservations or questions. Was it all your fault that therapy wasn’t progressing so well? Maybe your therapist was on the wrong track. Maybe you could benefit more from a different therapist or another kind of therapy. Possibly you wondered about changing therapists, using herbs and other alternative healing methods, going to a holistic healing center, or trying to make it on your own without professional help. Maybe you wished your therapist had said, “Don’t give up on yourself and don’t give up on your therapy We can do it without drugs!”

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

Therapists Are People, Too

(*)

Your suspicion may have been correct: If you were not doing as well as you hoped in therapy it may not have been your fault. Therapy is a relationship, and there are innumerable reasons why relationships fail to fulfill their promise. There may be a lack of congeniality between the participants, a clash of personalities or values, conflicting viewpoints, a lack of mutual understanding. Maybe the relationship got off on the wrong foot and never recovered. Perhaps neither of you feels comfortable with the other. Your therapist may remind you too much of your father or mother, or your child; or you may remind your therapist too much of his mother or father, or child. Maybe your therapist has problems similar to yours and never solved them. Maybe your therapist is going through a difficult

time in his or her own life, or simply doesn't know how to do therapy well. In short, the sources of difficulty in therapy are as numerous as the causes of difficulty in any relationship.

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.

(*)

Finding the right therapist is comparable in difficulty to finding and cultivating a best friend. Both friendship and a good therapeutic relationship require persistence, luck, patience, hard work, and perhaps a blessing.

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.

(*)

Unfortunately some therapists automatically blame the client for any lack of success in therapy. They may justify themselves by saying, "I did not recommend medication until it was obvious that therapy by itself wasn't working". But this assertion - "therapy ... wasn't working" - holds many unexamined assumptions. Therapy isn't a thing, like a dentist's drilling machine, that works or doesn't work. It isn't something that comes in fixed doses with specific effects, such as 250 mg of penicillin. Rather, therapy is a relationship. And the failure of the relationship can as readily be caused by the therapist as by the client. Commonly both contribute to this outcome.

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" - contém 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

So Many Kinds of Therapy

(*)

Each client possesses unique ideas about the aims of therapy one client wants relief from anxiety or depression, another wants to get at the roots of personal problems from childhood, still another is focused on finding a more liberated approach to living. Some clients have no stated aims, others have many.

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.

(*)

Parents often seek help in regard to their children from very divergent perspectives. Some parents see themselves as part of the problem; they want guidance in resolving conflicts with their offspring. Other parents see the difficulty as residing in their children; they expect the children to be diagnosed and treated. Therapists also have specific ideas about the aims of therapy. They identify themselves by numerous different “schools” with descriptive phrases such as cognitive therapy, behavioral therapy, existential therapy, phenomenological therapy, insight therapy, relationship therapy, supportive therapy, rational-emotive therapy, psychoanalytic therapy, psychodynamic therapy, experiential therapy, biofeedback, noetic therapy, psychospiritual therapy, psychoeducational therapy, client-centered counseling, neurolinguistic programming, and more. When children are involved, the number of approaches expands to include play therapy and a variety of parent training approaches.

Os pais muitas vezes procuram ajuda, em relação a suas crianças, a partir de muitas perspectivas divergentes. Alguns pais vêem a si mesmos como parte do problema, eles querem orientação na resolução de conflitos com sua descendência. Outros pais vêem 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.

(*)

Some therapists are eclectic, tailoring several different techniques to their clients; others have one particular approach that they use for everyone. Many therapists work with anyone who comes to their office; others specialize. Some therapists work one-to-one, others work with families or groups. Similarly therapists can vary in their goals for therapy. One therapist, for example, may recommend relief from anxiety or depression through drugs along with psychotherapy, another may offer a behavioral or cognitive program for learning new ways of acting and thinking, still another may try to liberate the individual from early trauma or misguided lessons learned in childhood. Some therapists have very clear-cut aims for their patients even before they enter the office; others try to tailor the therapy to the unique goals of the client as they unfold.

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.

(*)

Some therapists take a warm and caring approach, and share some of their own feelings and experiences; other therapists are more distant and reserved, sharing almost nothing of themselves. Some try to build a relationship of equality and mutual respect, whereas others are authoritarian and controlling.

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.

(*)

Some address their patients by their first name but expect to be called “doctor”. Some rarely call their clients by any name. The method of addressing clients, and of being addressed by them, often reflects basic attitudes regarding authority and control.

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.

(*)

Many therapists explore client’s problems without any formal approach at all; others have definite routines and programs. Some set no time limit at all on therapy; others offer a specific number of sessions. Some therapists work in medical surroundings similar to a surgeons consulting room; others work in home offices that express their unique personalities and family life.

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 cirurgiões, outros trabalham em consultórios domésticos que expressam suas personalidades únicas e vida familiar.

(*)

A therapy that meets one person’s needs may seem futile, frightening, or even ludicrous to another person. For that matter, even a single individuals response to one or another kind of therapy may vary over time. Some people take to therapy with ease and gusto; others find it painful and even alien.

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.

(*)

Given the broad spectrum of attitudes and approaches among clients and therapists, as well as the infinite differences in personality; it is absurd to think that anyone should be put on drugs because one or another therapy “didn’t work”.

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

What to Do When the Therapy Is Failing

(*)

If you aren’t doing well in therapy it’s not because there is something wrong with you. Rather, it’s because the relationship isn’t achieving the desired aims of one or both of the participants. And when desired aims aren’t being achieved, it certainly isn’t going to help if one of the participants starts drugging the other.

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.

(*)

Given the infinite number of therapeutic relationships that might potentially be formed, searching for the right therapy makes a lot more sense than turning to drugs after the failure of one, two, or even three of these relationships. Consider experiencing a number of different therapies and therapists if you don’t find a perfect match on the first try.

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.

(*)

On the other hand, you might feel too insecure or shaky to stop therapy before finding an alternative. Remember, it’s your right to keep working with one therapist while you check out another. Optimally, you should be able to tell your therapist that you’re seeking additional or alternative help; but if you feel uncomfortable doing so, you don’t have to inform your therapist that you are considering a change.

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?

What Do We Have Faith In?

(*)

Choosing between drug therapy and psychotherapy or deciding on a combination of the two, often has more to do with faith than with science or reason. In modern times, many sophisticated people feel uncomfortable with their need for faith. They deny it and end up having distorted, unspoken, or covert faith in material things. People used to have faith in their employers, but that is rarely the case today. They may instead try to have faith in their own intelligence and, especially in their training, education, and experience in the workplace. They may also turn to money earning lots of it as a form of security. They have faith in money.

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.

(*)

When we grow up, we do not stop being children - we simply disguise that fact. We continue to have all the same basic needs for security, love, and faith.

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.

(*)

Children begin by having faith in their parents. Later they may develop faith in other people around them, as well as in people they have never met, from movie stars to sports heroes. As they mature, adults tend to evolve and find new kinds of faith, including their own particular ethics, values, and religion. In order to develop healthy adult relationships, they must learn to have faith in individual people. In short, they must learn to trust.

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 person's ultimate faith can be defined in terms of where he or she turns when feeling frightened, self-doubting, desperately depressed or anxious, hopeless, or shaken to the core. Nowadays many people turn to mental health professionals as their ultimate source of security and hope. They have faith that these professionals can make them psychologically or spiritually well. Without realizing it, they are placing themselves in the hands of healthcare specialists who may have little psychological or spiritual awareness - people who have put their faith in medical diagnoses, biological explanations, and drugs.

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.

(*)

But isn't psychiatry science? Isn't faith in psychiatry based on facts? On research? Can't we "trust in research"?

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"?

(*)

The sad truth is that, in the field of psychiatry it is impossible to "trust in research"¹. Nearly all of the research in this field is paid for by drug companies and conducted by people who will "deliver" in the best way possible for those companies. Even if the particular research project isn't drug company-sponsored, the researcher is bound to have strong ties with drug companies that control the research field, finance most of the conferences and meetings involved, and provide other perks such as consulting jobs. In addition, the drug companies and the drug researchers share a common belief in drugs. They also share a set of values about the kinds of statistical manipulations that can be tolerated, about the kinds of data that can be accepted or rejected, and about the standards for success. Almost always, if any kind of statistically significant numbers can be wrung out of the data - regardless of their real meaning - the clinical trial will be touted as "proof" of the safety and efficacy of the drug in question. Indeed, it is almost impossible to collect data in such experiments without coming up with "significant" correlations and "positive" results.

A verdade triste é que, no campo da psiquiatria, é impossível "confiar na pesquisa"². 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

¹Some of the many reasons not to trust psychiatric research, drug companies, and biological psychiatry are discussed in earlier chapters of the present book and documented in detail in Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]), Breggin and Breggin (1994 [53], 1998 [57]), Moore (1997 [286], 1998 [287]), and Ross and Pam (1995) [325].

²Algumas 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].

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”.

(*)

Sadly even well-informed people too often put their faith in psychiatry and psychiatric research. It is the same as putting their faith in a drug company.

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.

(*)

11.6 Terapeutas estão perdendo a fé em si mesmos

Therapists Are Losing Faith in Themselves

(*)

Many psychiatrists nowadays have no faith in psychotherapy; others simply don't know how to do it. They are medically trained and rely on medical methods, and they believe that aberrant genes and biochemicals are the most significant causes of psychological suffering. Still other psychiatrists may continue to believe in talking therapy but feel pressured to give medication by colleagues as well as by patients and their families.

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.

(*)

Even many nonmedical psychotherapists - mental health professionals who specialize in talking therapies - feel coerced into going along with the latest fads in psychiatric diagnoses and medication. HMOs, PPOs, and other insurers often pressure therapists and clients alike to seek treatment with drugs. And psychotherapists, including clinical psychologists, counselors, and social workers, are being trained to believe that medication must be used in any situation that seems difficult. The end result: Therapists have begun to lose confidence in themselves.

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.

(*)

If your therapy isn't progressing well or if you appear to be in a crisis, your therapist may feel "out on limb" and insist on your taking a drug. Therapists have emotional vulnerabilities exactly like anyone else. Your emotional crisis can turn into an emotional crisis for your therapist.

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.

(*)

Even caring, experienced, ethical therapists may find that their personal concerns get in the way of encouraging you to work with them without drugs. They may worry about how you will do without the drugs, but they may also fear what will happen to them if you "get worse" without drugs. Instead of being focused on what you want and need, your therapist may become more worried about his or her professional image, about criticism from colleagues for not giving drugs, even about a lawsuit from your family if you do poorly without drugs.

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

The Exaggerated Fear of Lawsuits

(*)

Organized psychiatry has fueled the fears of therapists by making threats and, in one well-publicized instance, by asserting that a private psychiatric hospital "lost a malpractice suit" because it didn't prescribe drugs for a patient. In fact, the hospital settled the lawsuit out of court in a rather cowardly manner. Furthermore, this particular suit was a rarity.

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.

(*)

Psychiatrists who prescribe drugs and electroshock are the ones who are most regularly sued in the mental health field. And innumerable malpractice suits are threatened or brought each year against medical doctors, including psychiatrists, as a result of damage done by their prescription of psychiatric drugs and electroshock. Meanwhile, very few psychotherapists are sued by patients or their families for any reason. Many psychiatrists have multiple lawsuits brought against them; few psychotherapists have any. As proof of this point, the malpractice insurance premiums paid by psychiatrists are much higher than those paid by psychotherapists.

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.

(*)

More specifically there have been very few malpractice suits brought against therapists for failing to recommend medication. But therapists fear of being sued is exaggerated by biological psychiatry as yet one more method of intimidation. Although such lawsuits are possible, they are not likely especially among therapists who take the time to explain their views and to contrast them with the prevailing opinions expressed by psychiatrists.

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

Faith in Ourselves Versus Faith in Medication

(*)

If we do not hold drugs in reserve as a last resort, then we are faced with relying on ourselves - our own personal resources - including our capacity to be empathic, to understand, to help in the creation of new and better solutions. This is true whether we are trying to help ourselves, friends, family members, or patients without encouraging the use of drugs.

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.

(*)

When you and your therapist reject medication as an alternative, you in effect declare, “Working together, we have the personal resources to lick this problem”. Many professionals are afraid to take such a stand. They lack confidence. They hope for a greater power to rely on beyond themselves, their clients, and other mere mortals. Nowadays the ultimate Higher Power is medication. It is especially frightening to reject this “power” because drug companies and biological psychiatry have convinced a large segment of the population that drugs are the answer, perhaps even the only answer.

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.

(*)

When we decide not to turn to medical interventions to ease our distress or to solve our crises or suffering, we define ourselves, and other human beings, as the ultimate resource. We communicate to ourselves or to a client or friend, “You and I together, and with the help of other people, possess the necessary resources to solve or transform your suffering and this crisis for the better”.

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

Understanding Your Therapists Fears

(*)

Consistent with the principle that therapists are people, too, they may respond with many fears if you reject the suggestion of drugs or show an interest in discontinuing them. Therapists, like the general public, have been bombarded with prodrug propaganda. During their training as psychologists, counselors, or social workers, they may have been required to attend prodrug lectures by biological psychiatrists. Many mental health professionals feel dependent on psychiatrists for referrals or for jobs, and tend to accept what they advocate. They may fear criticism from their colleagues or from psychiatrists if they don’t “go along with the program” - and nowadays drugs are the program.

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.

(*)

If you are depressed, your therapist may become concerned about your potential to hurt yourself or to commit suicide. Therapists have been led to believe that antidepressant drugs can help to prevent suicide. Few of them realize that there is no convincing evidence that any psychiatric drug can reduce the suicide rate, but that there is evidence that many drugs, including antidepressants, increase the suicide rate³. As reviewed in Peter Breggin’s introduction, the FDA now warns doctors and users of the capacity of antidepressants to increase suicidal thinking and behavior.

Se tu estás 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 suicídio⁴. 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.

(*)

If you can honestly do so, you should allay your therapist’s fears by making an agreement that you won’t harm yourself and that you will instead talk about any self-destructive tendencies you might have. Also consider making contingency plans in advance-agreeing, for example, to always phone or wait until the next session rather than doing anything drastic. Your therapist will feel much more comfortable about supporting your nonuse of drugs if you make clear your willingness to work together and to take responsibility for not harming yourself or anyone else.

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.

(*)

Some individuals take the position that “it’s my own business if I hurt myself”. But when a person attempts or commits suicide, a tidal wave of suffering results. Therapists are not immune to this. Faced with a client’s suicide, they feel not only guilt and remorse, as well as loss; they feel that they have failed. They may also fear for their reputations or worry about their legal vulnerability to a lawsuit brought by the family or by you, if you survive.

Alguns indivíduos tomam a posição de que “é problema meu, se eu me machucar”. Mas quando uma pessoa tenta ou comete suicídio, uma onda de sofrimentos resulta. Terapeutas não são imunes

³See Breggin (1997a [55]), Breggin and Breggin (1994 [53]), and Moore (1997) [286].

⁴Ver Breggin (1997a [55]), Breggin e Breggin (1994 [53]), e Moore (1997) [286].

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.

(*)

Nowadays, therapists often fear being sued. They do not know that mental health professionals are rarely sued for not giving drugs. By contrast, it is common for psychiatrists and other physicians to be sued by their patients because of adverse drug reactions.

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.

(*)

Above all, therapists need to understand that the best guarantee against getting sued is to have good relationships with their clients. It is very rare for patients to sue doctors or therapists when they feel that they have been treated in a thoughtful, considerate, informed, and caring manner. Patients and clients, as well as their families, can almost always accept honest mistakes. What they resent is indifference, manipulation, and callous disregard for their well-being.

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.

(*)

Let your therapist know that you appreciate his or her concerns about your desire not to take psychiatric medication, and promise not to hold your therapist responsible for any risks that you choose to take in regard to rejecting or withdrawing from medication. You might even suggest signing a form in which you acknowledge that nonuse of drugs is your decision and that you are following through on it after having been fully warned about the potentially negative consequences.

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.

(*)

Your therapist has probably been taught that psychiatric medications have positive long-term effects and that many patients should stay on them for a lifetime. Thus, if you have been taking drugs for years, your therapist may feel that you are assuming too big a risk by trying to “do without

them”. He or she probably has no idea that few, if any psychiatric drugs have been proven to bring about long-term beneficial effects, even by the standards of researchers who favor drugs⁵.

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 delas⁶.

(*)

There are no lifetime studies of drug efficacy as described in Chapter 2, most studies of psychiatric drugs last four to six weeks and often have to be statistically juggled to make them look positive. Even when researched over the longer term, these drugs tend to be associated with increasingly adverse effects and no evidence of efficacy. It may be useful for your therapist to read this book and others⁷ in order to learn that there is little scientific basis to most claims for the efficacy of psychiatric drugs even over the short term, and almost no evidence for their value over the long term. There is simply no justification whatsoever for the commonly made claim that some people need to take psychiatric drugs for the rest of their lives.

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 outros⁸, 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.

(*)

In fact, most of the difficulties involved in “doing without drugs” are the result of drug withdrawal. Patients most often have trouble stopping drugs not because they are useful but because they create dependency.

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.

(*)

⁵The failure to prove long-term positive effects and the overall flimsiness of any claims for the efficacy of psychiatric drugs have been extensively reviewed by Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]) and Breggin and Breggin (1994 [53]). See also Cohen (1997a) [92], Fisher and Fisher (1996) [154], Fisher and Greenberg (1989) [153], Jacobs (1995) [211], and Mosher and Burti (1994) [290], as well as Chapter 2 of the present book.

⁶A 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.

⁷See Breggin (1991 [49], 1997a [55], 1998a [57]) and Breggin and Breggin (1994 [53]). See also Cohen (1997a) [92], Fisher and Fisher (1996) [154], Fisher and Greenberg (1989) [153], Jacobs (1995) [211], and Mosher and Burti (1994) [290], as well as Chapter 2 of the present book.

⁸Veja 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

Personalities and Power

(*)

11.10.1 Psiquiatras biológicos (materialistas)

Biological Psychiatrists

(*)

Both of the authors of this book have been active in several professional arenas, giving us the opportunity to compare the characteristics and personal styles typical of the various professions. Psychiatrists as a group are much more controlling, authoritarian, and emotionally distant than other nonmedical mental health professionals. Now that the profession is dominated by its biological wing, it attracts doctors who feel more comfortable writing prescriptions than relating to people. These tendencies, in turn, are reinforced by their training in clinics and mental hospitals, where they are taught to exert power and authority over patients and other professionals and where they learned to lock up people against their will, to administer electroshock, to write orders for solitary confinement and restraint, to control every aspect of the patients daily routine, to prescribe toxic drugs while denying their devastating adverse effects, and to generally maintain an authoritarian and distant relationship with their patients.

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.

(*)

As a result, psychiatrists tend to seek power not only on the hospital ward and in the office but in administration and politics as well. They frequently become powerful leaders in the health field. In politics, they are extraordinarily effective. The mental health lobby funded by drug companies and led by organized psychiatry is one of the most powerful in the nations history.

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.

(*)

Biological psychiatrists - who comprise the majority of today's psychiatrists - tend to react in a very suppressive manner to those who oppose them, including dissidents in their field. They ostracize their critics and have been known to drive them from their positions in schools or other institutions. This behavior is consistent with the authoritarian and controlling approaches they are taught during their training.

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

Psychotherapists

(*)

In our experience, nonmedical psychotherapists tend to be less authoritarian, less controlling, and less remote than medical doctors and especially psychiatrists. Doing psychotherapy day-in and day-out tends to promote acceptance of the inevitable autonomy of clients or patients. Therapists tend to learn to respect their own limits and to focus on strengthening the people they are trying to help. When doing their jobs correctly they exert their influence through empathy, understanding, and wisdom - not manipulation and control.

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.

(*)

Psychotherapists, by nature, are not very political or bureaucratic. They tend to be private souls, feeling most comfortable in the settings in which they have chosen to work - intimate, secluded, well-protected spaces. Focused on understanding and helping individuals, they often lack concern or insight into the economic and political forces that drive the mental health profession and society. Barely do they participate actively in the major controversies within the mental health field.

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.

(*)

Unlike biological psychiatrists, “talking doctors” have no source of funding or power in large industries, private foundations, or the government. They have no massive lobbying group in Washington. Even psychiatrists who practice psychotherapy have little or no influence at the *National Institute of Mental Health* (NIMH) or the American Psychiatric Association, both of which are dominated by their biologically oriented colleagues.

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.

(*)

Not only do psychotherapists lack a broader economic power base, but their personal incomes tend to lag far behind those of psychiatrists who prescribe drugs, perform shock treatment, and confine people in hospitals. Organizations that represent psychotherapists, such as the American Academy of Psychotherapists, are also economically and politically weak. By contrast, organized psychiatry as exemplified by the American Psychiatric Association, has gained enormous wealth, and hence influence, through its funding by the drug industry.

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.

(*)

Organized psychiatry - with its natural tendencies toward accumulation of power and its funding from drug companies - now dominates the field of mental health, whereas psychotherapeutically oriented practitioners can rarely achieve positions of professional influence. Many hold precariously onto whatever positions they can get on journals and in clinics, professional schools, and national organizations. It is no exaggeration to say that they live in fear. To gain the enmity of a biological psychiatrist in a professional institution - such as an association, university hospital, clinic, professional journal, or government agency - is to risk one's job and career.

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.

(*)

You and your therapist may find it encouraging to learn that there is an organization of professionals that speaks truth to power in the field of psychiatry. The International Center for the Study

of Psychiatry and Psychology (ICSPP), in Bethesda, Maryland, was founded in the early 1970s in part to resist the growing power of biological psychiatry (see Appendix C). It provides a network of mutual support and shared information for professionals and concerned laypersons. It also sponsors a peer-reviewed journal, *Ethical Human Sciences and Services*, that is devoted to scientific research and analysis unsullied by professional and economic interests. Each year the ICSPP holds an international conference devoted to the principle of helping people in psychological distress without resort to drugs.

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 revisto 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.

(*)

If you are a client or patient who wishes to stop or to reject psychiatric medication, it is extremely important that you understand your therapist's or doctor's fears and concerns, and are able to offer rational reassurance that you will take responsibility for your decision and personal conduct.

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.

(*)

The next chapter offers suggestions for therapists who wish to favor psychotherapy over psychiatric medication as a treatment for their patients or clients. If you are in therapy you may find it useful to share these suggestions with your therapist.

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

Guidelines for Therapists Who Do Not Advocate the Use of Psychiatric Drugs

(*)

In the previous chapter we described the atmosphere of intimidation within the mental health field that makes many psychotherapists fearful about treating their clients without resort to drugs. We also noted that many therapists have become unrealistically afraid that they will be sued for failing to recommend drugs.

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.

(*)

In reality many successful malpractice suits are brought against psychiatrists for damaging their patients with drugs, whereas a relatively small number are brought against psychotherapists for treatment failures¹. Moreover, there are few if any cases in which psychotherapists have been successfully sued for failing to recommend or to refer for medication. A recent review of causes for malpractice suits against psychiatrists does not even mention the failure to prescribe medication, although it does list many risk factors associated with the prescription of drugs (Perlin, 1997).

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 tratamento². 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

¹Perlin (1997) points out that failure to conduct psychotherapy properly is rarely a basis for a successful malpractice suit, and Simon (1997) describes the conditions under which psychiatrists are successfully sued in regard to treatment with medication and the frequency with which these lawsuits are initiated. Psychotherapists are more likely to be sued for unethical conduct, such as having sex with a patient, than for errors committed during the provision of treatment.

²Perlin (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.

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).

(*)

There are no certain protections against malpractice suits or other recriminations from patients or colleagues; individual professionals must handle these legitimate concerns according to their own values and concerns. However, if you are a therapist or psychiatrist who does not advocate the use of medication, there are ethical principles and guidelines that can be helpful to both you and your clients. If you are a client whose therapist or psychiatrist is fearful about not stopping or not starting you on medication, you may want to ask him or her to read this chapter.

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

Suggested Guidelines

(*)

The following guidelines are presented in concise form for purposes of clarity; they should not be interpreted as hard and fast rules or as legal standards of care. In short, they are suggestions intended to stimulate your thinking and to point you in useful directions.

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.

(*)

12.1.1 Informe seus clientes sobre o ponto de vista predominante da psiquiatria materialista

Inform your clients about the prevailing biopsychiatric viewpoint

(*)

Inform your clients about the prevailing biopsychiatric viewpoint. When the issue of medication comes up, make clear that most psychiatrists nowadays prescribe drugs for almost every patient they see, including those with relatively mild cases of anxiety and depression. In this way, you can ensure

that your clients understand the current biopsychiatric emphasis on medication and are aware of the ready availability of drugs if they want to obtain them elsewhere.

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

Clarify the reasons for which you do not professionally agree with or encourage the use of medication

(*)

Clarify the reasons for which you do not professionally agree with or encourage the use of medication. In a way that is consistent with your particular beliefs, explain your professional opinion and experience in regard to medications. For instance, we often point out our beliefs that the drugs are highly overrated, that their adverse effects are commonly underrated, that they often do more harm than good, and that they impair the very mental faculties needed for maximizing psychotherapy.

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

Recommend consultations and readings from both viewpoints

(*)

Recommend consultations and readings from both viewpoints. Explain that you support your clients' right to seek other opinions at any time during therapy but note that many or even most psychiatrists will hold an opposing opinion to yours. You can also suggest reading materials from both viewpoints; but bear in mind that most clients will already have been inundated with examples of the biopsychiatric viewpoint in advertising, in the media, and in books.

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

Do not pressure your clients to go along with your particular philosophy of therapy

(*)

Do not pressure your clients to go along with your particular philosophy of therapy. Remember that your job is to empower your clients to make decisions - not to make decisions for your clients. For example, rather than trying to talk your client out of taking drugs, simply state your own wish not to participate in encouraging drugs and give your reasons why. Do not become personally invested in stopping your clients from taking drugs; it's their decision.

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.

(*)

In addition, reassure your clients that you will gladly continue therapy even if they decide to obtain medication from someone else at the same time. But warn them in advance that they are likely to be pressured to take drugs by psychiatrists and other medical doctors, so that they can be prepared to deal with it.

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

Avoid making referrals for psychiatric drugs if you believe they will not be helpful

(*)

Avoid making referrals for psychiatric drugs if you believe they will not be helpful. Therapists, in our opinion, are not ethically obligated to make referrals for a service that they do not favor and that is readily available through other sources. Instead, explain to your clients that, on their own, they can easily find psychiatrists and other physicians who prescribe drugs. You can point them to potential sources of doctors, such as the phone book, the nearest medical school or mental hospital, and the local or national office of the American Medical Association or the American Psychiatric

Association. But you do not have to participate in finding a practitioner whose approach you do not advocate.

Evite fazer referências às drogas psiquiátricas, se você acredita que elas não serão de ajuda. Terapeutas, 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

Unless they have been taking drugs for a very short time, always warn clients about the dangers of abruptly stopping any psychiatric medication

(*)

Unless they have been taking drugs for a very short time, always warn clients about the dangers of abruptly stopping any psychiatric medication. Except when a patient is suffering from a potentially serious adverse drug reaction, it is better to err on the side of caution and advocate slow withdrawal. You do not have to be a medical doctor to develop expertise in drug withdrawal problems. Familiarize yourself with the information in this book and other sources about the hazards of drug withdrawal.

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

If you have knowledge about adverse drug effects, share it with your clients

(*)

If you have knowledge about adverse drug effects, share it with your clients. You are not “interfering” if you discuss the adverse effects of psychiatric drugs that another professional is prescribing

for your client or patient. Nor can you assume that a prescribing physician has given your client a sufficiently complete picture of these adverse effects. For example, the written handouts that doctors provide to their patients are often inadequate.

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.

(*)

If you are comfortable doing so, use a recent edition of the Physicians’ Desk Reference [Referência de Mesa dos Médicos], bolstered by other sources, to review with your clients the adverse effects of any drug that has been prescribed for them. Make clear that every drug has so many potential side effects that you cannot describe them all.

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.

(*)

Be sure not to claim more expertise than you actually have. Encourage your clients to get as much information as possible on their own and from other doctors.

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

If you are a nonmedical therapist with clients who want to withdraw from drugs, consider referring them to a physician

(*)

If you are a nonmedical therapist with clients who want to withdraw from drugs, consider referring them to a physician. Nonmedical therapists can and do develop the competence to help their clients withdraw from medication, but it is generally a good idea to enlist the aid of a physician to supervise the withdrawal process. This individual could be a family practitioner, internist, or neurologist, rather than a psychiatrist. Physicians who consider themselves “holistic” are likely sources of this kind of help. You may of course, have to educate the physician in proper withdrawal methods, toward that end, the present book would be useful.

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.

(*)

Some competent, ethical nonmedical therapists do successfully help their patients withdraw from drugs with little or no help from physicians. In the current medical climate, dominated by biopsychiatry nonmedical therapists may have to step in to provide information and expertise.

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

If your clients are favorably inclined, consider involving their families, friends, and other resources

(*)

If your clients are favorably inclined, consider involving their families, friends, and other resources. Withdrawing from psychiatric drugs can be a very difficult and painful task, occasionally requiring hospitalization for detoxification. Individuals faced with such circumstances often benefit from the support of family members and friends. In joint consultation with the client and therapist, family and friends can be alerted to signs of drug withdrawal that the client may not be able to perceive or recognize during the withdrawal period. They can be reassured that troubling emotional and personality changes are often short-lived and limited to the withdrawal process. And they can help by discussing with the client what should be done during times of upset. If a therapist does involve family and friends, this arrangement must be made with the whole-hearted agreement of the client - ideally, in the clients presence and with his or her active participation. It must also be respectful of the clients ultimate autonomy and right to confidentiality

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 atribulações 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

If the therapy is not going well, and cannot be fixed, refer the client to another therapist rather than encouraging the use of psychiatric drugs

(*)

If the therapy is not going well, and cannot be fixed, refer the client to another therapist rather than encouraging the use of psychiatric drugs. We have urged clients to view therapy as a relationship, and to decide against being drugged when the relationship is failing. Similarly, therapists should avoid recommending drugs simply because they feel unable to help a particular client without them. Instead, if the therapy cannot be improved, the therapist should openly discuss the therapy problems with the client, keeping in mind the potential goal of making a referral for a consultation or a new attempt at therapy.

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.

(*)

There is, of course, the danger that a client will feel rejected or abandoned when their therapist suggests consulting with or seeking another therapist. However, the suggestion can be made tactfully with emphasis on the therapists own limits and the client's stated dissatisfactions. And the referral can be made as a consultation with an additional professional to see if a new approach might be helpful or if new insights can be generated. Meanwhile, the therapist can emphasize that the lack of progress by no means indicates any inadequacy on the clients part. Keep in mind that, even if the suggestion to seek additional or alternative help raises issues of rejection, that outcome is preferable to raising false and demoralizing questions for the client such as "What's the matter with my brain?" or "Can't I manage my life without drugs?"

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?"

(*)

During the transition, the therapist should express a preference for continuing the sessions until the client makes up his or her mind about a change. If the client seems fearful or unstable, the therapist - with the clients consent - may decide to participate actively in the transition process.

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

Make notes in your therapy record to indicate that you have had conversations with your clients about drugs

(*)

Make notes in your therapy record to indicate that you have had conversations with your clients about drugs. Note that you have discussed with your clients the alternative of seeking drug treatment from someone else. If relevant, also note your discussion of any warnings not to stop drugs abruptly and without supervision. If your clients have read your written views or heard you speak in public about them, confirm that they have been informed about the controversy and your own professional stand. In the future, this written record can help you and your clients to recall your discussions. It may also be useful if your clients or their families ever make a mistaken claim against you for not fully informing them. However, this eventuality is remote if you have been thoughtful and respectful in dealing with your clients.

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

Stand Up and Be Counted

(*)

If you are a therapist, we hope you will join the increasing number of our colleagues who are taking a stand in favor of psychological, social, and spiritual approaches to helping people. Many are openly criticizing the biopsychiatric viewpoint. Our colleagues are doing so not only for their own professional satisfaction and identity but for the sake of the truth and of the well-being of their patients and clients. Many of them have also become acquainted with or joined the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (www.icspp.org; see Appendix C), or The Alliance for Human Research Protection (www.ahrp.org; see Appendix D).

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.org³, ver apêndice C), ou a Aliança para a Proteção de Pesquisa Humana (www.ahrp.org⁴, ver apêndice D) .

(*)

If you are a client, expect the best of your therapist. Encourage him or her to trust you, and to work toward the goal of empowering you to live a responsible, loving, and creative life without resort to mind-altering medications. We hope you may also be inspired to join the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology or The Alliance for Human Research Protection.

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.

(*)

The final chapter of this book describes some of the essential psychological principles involved in dealing with emotional crises and extreme suffering without resort to drugs. These principles should be useful to therapists and clients alike, and to any individuals who want to improve their capacity for self-help or for helping others.

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.

(*)

³Internet: "<http://www.icspp.org/>".

⁴Internet: "http://www.ahrp.org".

Capítulo 13

Princípios Psicológicos para Ajudar a Si Próprio e aos Outros sem Recorrer à Medicamentos Psiquiátricos

Psychological Principles for Helping Yourself and Others Without Resort to Psychiatric Medications

(*)

There are several basic psychological principles for dealing with emotional crises and extreme emotional suffering in ourselves and in others without resort to psychiatric drugs¹. These principles will be helpful to you whether or not you are in therapy. They may also be useful to your therapist, since many “talking doctors” now need encouragement and inspiration to deal with difficult situations without resorting to drugs.

Existem vários princípios psicológicos básicos para lidar com crises emocionais e sofrimento emocional extremo, em nós próprios e nos outros, sem recorrer a drogas psiquiátricas². 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.

(*)

How can the same principles be useful to you and to your therapist? There is nothing magical about therapy. It is a professional relationship based on psychological and ethical principles for empowering you and improving your life. Therapy is unique in part because it establishes limits and

¹Many of the ideas in this chapter were first developed by Peter Breggin in *Beyond Conflict* (St. Martins Press, 1992) [51], *The Heart of Being Helpful* (Springer Publishing Company, 1997) [56], and “Psychotherapy in emotional crises without resort to psychiatric medication” (*The Humanistic Psychologist*, 1998) [59]. Though presented in a new form, the material in this chapter draws on all three sources, and we wish to thank the publishers for providing earlier opportunities to develop these ideas in print.

²Muitas 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.

ethical protections for the client;³ but the same psychological principles that work in therapy can also work for you without therapy. Moreover, they can enable you to better help a friend or loved one during emotional upsets.

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 cliente⁴; 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.

(*)

13.1 Princípios de ajuda

Principles of help

(*)

13.1.1 Identifique e supere os seus sentimentos de desamparo auto-destrutivos

Identify and overcome your self-defeating feelings of helplessness

(*)

Identify and overcome your self-defeating feelings of helplessness. At the root of almost all disabling emotional reactions lies a feeling of childlike helplessness. By the time you are desperate enough to seek help or to consider taking psychiatric drugs, this feeling has manifested as a loss of faith in yourself and other people. You have begun to feel personally overwhelmed and alienated, and incapable of getting adequate support from anyone else. In this state, you may try to get others to confirm how bad your situation has become. You may even want them to feel sorry for you and to cater to your feelings of helplessness. All of these outcomes are understandable, but they are also very self-defeating.

³Psychotherapy is a helping relationship. The experience and training of the therapist are obviously important, but what really makes therapy unique is the setting—especially given that the focus is limited to the client's problems and needs rather than those of the therapist, and all personal contact is limited to the professional relationship and the sessions. These limits make it safer for the client and the therapist to concentrate on the intimate details of the client's life. They allow for a caring relationship without extensive complications. And they make therapy very different from personal relationships, even those in which people offer or receive help. Although these limits protect the therapy relationship, they also circumscribe its goals: Therapy cannot be as healing as a mutually satisfying love relationship. On the other hand, it can certainly help a person to achieve a love relationship.

⁴A 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.

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.

(*)

Whether or not you are in psychotherapy; one of your first goals should be to identify and overcome your feelings of helplessness, alienation, and distrust. You need to focus on regaining faith in yourself and in anyone else you want to help you. The basis of any successful helping relationship is the other person's caring attitude toward you, which in turn encourages you to care about yourself.

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.

(*)

Try not to drag your therapist, or anyone else, into your helpless, fearful state of mind. As we describe in the previous chapter, therapists are people, too, and your feelings of helplessness can stimulate similar feelings in them. It can be very useful to openly discuss your feelings of helplessness and fear without acting as if they have overcome you. It can also help to relate these feelings to your experiences as a child when you really were helpless.

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

Focus on your unique emotional reactions to a crisis or stress

(*)

Focus on your unique emotional reactions to a crisis or stress. If something dreadful is happening in your life, it's easy to focus on the details that seem to be making you feel helpless and overwhelmed. You may be telling yourself, "Who wouldn't fall apart" when faced with cancer, divorce, the death of a loved one, or the loss of a job.

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.

(*)

People vary enormously in terms of their responses to even the most devastating threats and losses. Even when a threat is very real, it's the individuals subjective response to it that remains key to the outcome. Some people are demoralized when they learn, for example, that they have cancer; others mobilize to maximize their chances and make the most of their lives. In cases of divorce or separation, one person may be devastated while another ultimately feels liberated and renewed.

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.

(*)

It can inspire you to realize that human beings are capable of persevering and even growing in the face of seemingly overwhelming adversity. You may become able to respond to your crisis as you would to a challenge, even a gift.

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.

(*)

Expect your counselor to be less focused on helping with the specific details of what you're going through than on guiding you to see how you can improve your personal reactions to them. You are far better able to handle crises when you focus on understanding your unique, subjective emotional responses rather than the facts of the crisis itself. Your goal should be to grow in the face of the crisis - to transform it into a creative experience.

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

Be glad you're alive, and find someone else who is glad the both of you are alive

(*)

Be glad you're alive, and find someone else who is glad the both of you are alive. Like many others, when you undergo a crisis you may resent being alive. But resentment inhibits your willingness to use all of your resources to overcome your problems. Look for a counselor or therapist who will greet you with gladness that you're alive. If you do not feel welcomed with zest and joy something is missing in the relationship. Over time, it may end up causing more harm than good by lowering your sense of self-worth and your expectations for a robust life.

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.

(*)

By contrast, when greeted by another person who is glad you are alive, you will discover that your emotional crisis is not as overwhelming as you previously thought. You are not alone; you are even worth something to another person. It's the beginning of recovery.

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

Avoid getting into “emergency mode”, and reject desperate interventions or extreme solutions

(*)

Avoid getting into “emergency mode”, and reject desperate interventions or extreme solutions. When faced with feelings of hopelessness and doom, you (and anyone helping you) may be tempted to gear up for emergency mode. But it's important that you don't try to get your psychotherapist to go along with your desperate feelings. Drugs, unnecessary hospitalization, even electroshock treatment could result.

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.

(*)

To avoid overreacting to clients, fear and hopelessness, therapists need to understand their own vulnerabilities. If they are terrified of cancer or AIDS, then they must remain especially alert not to encourage their clients' terror in the face of these health crises. Similarly, if they are uncomfortable with their own aggressive impulses, they must make the effort to avoid pushing their clients into greater fear of their own anger.

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.

(*)

Some emergencies may call for quick action, but these instances are relatively rare. Almost always, if your therapist can maintain his or her own sense of calm and connectedness, you, too, will begin to feel more safe and secure, more rational, and more capable of finding positive new approaches.

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.

(*)

Focus on finding a rational, loving, and confident center in yourself that can rise above your emotional crisis or suffering. Try not to get caught up in the "emergency". Expect your therapist to have a healthy perspective that communicates a confidence that the problem can be dealt with. The term healing presence (Breggin, 1997b [56]) describes the helper's capacity to be empathic regardless of the fear and helplessness, anguish and alienation, that are experienced by clients during an apparent emergency.

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

Resist the impulse to have something done to or for you, and instead seek help in strengthening yourself

(*)

Resist the impulse to have something done to or for you, and instead seek help in strengthening yourself. Consistent with overcoming your feelings of helplessness and with avoiding “emergency mode”, don’t ask your therapist to do anything for you. Although it may be tempting to try to involve your therapist in your life - for example, by asking him or her to talk to your family or employer on your behalf - it is generally better to find the strength to follow through yourself. Similarly don’t ask your therapist to do anything to you in terms of giving you drugs or urging you to check into a hospital. Seek to empower yourself, and look for a therapist who wants to aid in that process.

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

Don’t drug your painful feelings

(*)

Don’t drug your painful feelings. During periods of emotional pain and turmoil, give your mind a chance to function without drug-induced impairments. That is the only way to transform these seemingly negative experiences into opportunities for growth. At such times, you need unimpaired mental faculties and a full range of emotions. You need to welcome your painful feelings as signs of life and as signals that point the way to self-understanding and change, indeed, by welcoming your most painful feelings, you will be enabled to view these emotions in a far more positive light, one that transforms helpless suffering into positive energy.

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.

(*)

The idea of “welcoming” painful emotions may seem beyond the capacity of many people when they are severely distressed. By the time they are upset enough to consider turning to therapy or to drugs, they usually want to get rid of their emotions. It is unfortunate and potentially tragic that many therapists and doctors go along with this wish for the self-destruction of strong feelings. To

be genuinely helpful, they should instead remind their patients that strong emotions of any kind are necessary and potentially liberating signals or reflections of their psychological or spiritual state.

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.

(*)

Therapy is often helpful precisely because it can support your attempts to feel your “worst” feelings. Ultimately all people need other people - professional or not - to help in successfully understanding and triumphing over painful emotions. All people need others to deal with life’s inevitable emotional challenges and upheavals.

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.

(*)

Medications not only suppress and confuse feelings, they can stimulate dangerous ones. As discussed in Chapters 3 and 4, antidepressants and minor tranquilizers can cause agitation and mania as well as disinhibition with loss of impulse control. If an individual is already teetering on the verge of losing control, the drugs can become even more dangerous.

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

Bear in mind that most emotional crises and suffering build on a chain of earlier stresses and trauma

(*)

Bear in mind that most emotional crises and suffering build on a chain of earlier stresses and trauma. Although a current crisis may seem to be the cause of your distress, it is more likely the proverbial straw that broke the camel’s back. But when you are feeling overwhelmed, it can be very difficult to see beyond the immediate events. For this reason, you may want to seek help in understanding prior events in order to gain a better perspective on your present crisis.

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

Avoid inviting other people to take over for you

(*)

Avoid inviting other people to take over for you. When you are feeling helpless and despairing, you may be tempted to give signals that invite others to take over your life. But unless you really want someone to intervene, don't act as if you cannot take care of yourself. Don't say things that may mislead others into thinking that you might hurt yourself or someone else. If you are feeling that desperate, then it is better to take responsibility for yourself - for example, by asking for more help or by finding a safe place to stay where other people can give you around-the-clock support.

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.

(*)

We hope that therapists reading this book will also realize that the use of emotional threats or even direct force, such as involuntary commitment to a mental hospital, is rarely if ever the best way to handle a crisis. In fact, we believe that involuntary treatment is wrong in principle and contrary to genuinely therapeutic approaches. Such interventions may stave off an immediate suicide, for example; but in the long run, by disempowering and humiliating the individual, they commonly do more harm than good. At times, a therapist may find it necessary to point out to a client that there are voluntary alternatives, such as crisis centers and psychiatric hospitals; but bringing up these alternatives can indicate to the client that the therapist is afraid the situation cannot be handled through their mutual personal resources. However, clients also need to realize that any contact with psychiatric institutions, especially in times of crisis, can lead to involuntary treatment.

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.

(*)

There are no studies confirming the usefulness of emotional bullying or more formal measures such as involuntary psychiatric treatment. They also offend basic human rights. And, in any case, intuition and self-reflection are likely to convince us that people don't benefit from being forced into conformity with a therapists expectations. Clearly; the development of an empathic relationship requires mutual respect rather than coercion.

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

Be kind to anyone who is trying to help you, including your therapist

(*)

Be kind to anyone who is trying to help you, including your therapist. Too often, individuals end up emotionally attacking the very people they have asked for help. They mount these assaults for many different reasons: because they feel vulnerable about asking for help, or embarrassed about “having problems” or “being a patient”, or fearful of rejection, intimacy or authority. A host of issues from childhood and from current circumstances may surface at various times in the therapy relationship.

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.

(*)

Sometimes the attack is a preemptive strike aimed at putting other people off balance before they can mount their own attack. But, ironically the more they attack their therapist - or anyone else - the more fearful they will become of counterattacks.

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.

(*)

Whatever the cause, any persistent tendency to attack usually reflects an enduring pattern of self-defeating behavior that can be traced back to things they learned to do to survive in childhood.

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.

(*)

Therapists, remember, are ordinary people themselves. They are best able to offer their care and understanding when they feel safe and valued. Conversely they will find it more difficult to be caring toward you if you make them feel defensive, humiliated, or rejected. Your therapist's professional job is to create a good relationship with you; but he or she cannot do it alone. Help out by doing your best to build trust.

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.

(*)

Therapy should be a place of safety and security in which you can express your deepest hurts and most tender feelings, a place where you can examine your most important dreams and ideals. It should be a place where you can express anything that you feel - and inevitably you will sometimes want to express anger at the person who is trying to help you. But if you persistently communicate in ways that threaten, frighten, or humiliate this person, you will end up repeating self-destructive patterns that need changing. You will also make it harder for your therapist to help you. You might even mistakenly encourage your therapist to recommend drugs or other drastic solutions - out of sheer fear or frustration.

A terapia deve ser um lugar de segurança e de seguridade 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.

(*)

Nothing stated above should undermine any rational complaints you may have about your therapist. As we have emphasized throughout, therapists are people, and good ones are as hard to find as lifelong friends. You may have to "shop around" to find the right one. But you'll never get the best that any of them have to offer if you attack them.

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

Know that empathy and caring lie at the heart of any helping relationship

(*)

Know that empathy and caring lie at the heart of any helping relationship. When people look for help, they usually feel so badly about themselves that they don't expect anyone to care about them in a personal way that says, "I understand and sympathize with your feelings and your situation. I don't feel superior to you. Given what you've been through, I'm not sure I could have handled it any better than you".

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".

(*)

Expect your therapist to work hard at caring about you and understanding you. You should also work hard at understanding and caring about yourself. Finding someone who can show empathy for you is perhaps the single most important aspect of your healing.

Tenha a expectativa que o seu terapeuta irá trabalhar duro para cuidar e compreender você. Você também deve trabalhar dura para entender e cuidar de si mesmo. Encontrar alguém que sinta empatia por ti é talvez o aspecto singular mais importante da sua cura.

(*)

Probably no personal work is more important for therapists than opening our hearts to those we are trying to help⁵. But why does empathy so often feel like "work", even for experienced therapists? There are many reasons. As therapists, we may be frightened by the degree of another's distress. Out of fear for the patient, we may be overly focused on quickly resolving the crisis or emergency. We may become concerned about what others will think of us if things go wrong. We may feel that we lack the experience needed to help the person.

Provavelmente nenhum trabalho pessoal é mais importante para nós, terapeutas, que abrir nossos corações para aqueles que estamos tentando ajudar⁶. Mas por que tantas vezes a empatia é sentida

⁵Breggin (1997b [56]) describes empathy as the "heart of being helpful". In particular, he introduces the concept of empathic self-transformation to explain the therapist's or helper's task of becoming open to the person who is suffering.

⁶Breggin (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.

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.

(*)

Most likely, perhaps, we find it hard to empathize with the suffering of another because it evokes our own personal suffering. In our effort to control our own feelings, we shut off the source of the stimulation - the other person’s suffering.

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!

Remember that we heed each other!

(*)

Remember that we heed each other! By the time people end up seeking help or turning to psychiatric drugs, they may have begun to think, “I have to do it on my own”. Many individuals come to this false conclusion after feeling so let down and betrayed by others that they believe they have no choice other than to withdraw into themselves.

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.

(*)

When people go to a doctor, they are likely to be reinforced in their belief that the problem is strictly their own to solve. The process of receiving a diagnosis, such as major depression or panic disorder, and of taking a drug, emphasizes how alone they are in their struggle. In reality however, most problems grow out of relationships - going all the way back to childhood. Psychological or spiritual well-being requires new and improved relationships.

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 psicológico ou espiritual exige relações melhorados e novas.

(*)

Popular psychology too often emphasizes peoples responsibility for themselves to the exclusion of the importance of other people in their lives. They are told, for example, “You can’t be loved until you love yourself” or “No one can make anyone else happy”. They are encouraged not to “need others too much”. But while there may be some truth to these admonitions, they miss the central point of life - that people are all enormously dependent upon one another for almost everything good in life. From infancy on, they are molded by their relationships with others. In adulthood, they are as strong as their relationships with others. No one ever became truly successful by relying on the principle that “I can do it on my own”.

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”.

(*)

At those times when you are emotionally upset, your judgment - especially with regard to choosing friends or helpers - may be clouded. You may turn to the wrong person. There is no easy solution to this problem; it should be a major concern when you seek help because you could end up choosing the wrong therapist as well. But don’t “give up on people”, people are what life is all about.

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.

(*)

If you are in therapy; you may want to think about involving a loved one in the process. Any improvement in communication and caring between you and a loved one is likely to go a long way toward strengthening your ability to overcome your suffering and to build a better life⁷.

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 melhor⁸.

(*)

13.1.12 Perceba que as crises emocionais e o sofrimento são oportunidades de crescimento pessoal acelerado

Realize that emotional crises and suffering are opportunities for accelerated personal growth

⁷Family therapy and family life are also discussed in Breggin (1997b [56]).

⁸Terapia de família e vida familiar também são discutidos em Breggin (1997b [56]).

(*)

Realize that emotional crises and suffering are opportunities for accelerated personal growth. Crises and extreme suffering provide a window into your greatest vulnerabilities. They allow you the opportunity to explore your worst fears. They bring out and confront you with the raw material of your human existence. The self-understanding gained from this realization can be applied throughout your life, enabling you to develop a deeper psychological awareness of yourself and others. You gain not only a new understanding of your own vulnerabilities but genuine insight into and respect for the human condition.

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.

(*)

When you face and understand your worst fears, and then overcome them, you will feel greatly empowered. No longer held back by self-defeating emotional reactions, you will gain faith in yourself. You will discover that you can triumph over seemingly impossible threats to reach new heights of psychological and spiritual transformation.

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.

(*)

Indeed, emotional crises and suffering offer potential for escalating growth as you learn to handle your greatest vulnerabilities and most painful emotions. As your confidence is regained, any crises you experience will become opportunities for even more exceptional growth. You will discover that even your worst fears can be handled, overcome, and turned into opportunities. Once your confidence is restored, improved approaches, even solutions, can almost always be found. You will end up feeling stronger than you did before the crisis began.

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

Conclusion

(*)

We introduced this book with a discussion of the human need for faith. We talked about the many different ways in which people seek guidance or help in dealing with life's inevitable suffering. Now we want to reemphasize that the choice is not between psychiatric drugs and other forms of "therapy", including the psychological or therapeutic guidelines suggested in this book. Rather, the choice is between psychiatric drugs and all of life with its many rich resources.

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 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.

(*)

Psychotherapy is but one of many psychological, social, educational, political, and spiritual approaches that people can take when attempting to deal with emotional pain and suffering. Our approach to therapy, too, is but one among many. Once people become free of the biopsychiatric viewpoint and drugs, life presents an infinite spectrum of alternatives for dealing with emotional suffering and for living a more fulfilling existence. Above all else, we believe that all people need a set of ethics, principles, and ideals with which to guide their lives, including reliance on a brain unimpaired by toxic agents.

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.

(*)

However, when people become focused on medical experts and psychiatric drugs as the "solution", life becomes compulsively narrow. Their options become even more limited as the drugs inevitably begin to impair their awareness, rendering them less able to understand or to redirect their lives. Eventually they feel they have no alternative other than perpetual reliance on one or another psychiatric drug.

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.

(*)

In this book we present the limitations of psychiatric drugs. We point out why and how to stop relying on them. Our goal is not to present a complete philosophy of life but to help you approach life in your own unique way - unimpaired in your journey by toxic substances.

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

Appendix

(*)

14.1 Apêndice A: medicamentos psiquiátricos de uso comum

Appendix A: Psychiatric Medications in Common Use

(*)

14.1.1 Os antidepressivos

Antidepressants

(*)

1

2

(*)

14.1.1.1 Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IsRSS [SSRIs])

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

(*)

¹The new FDA “black box” warnings apply to all antidepressants but in fact were developed based on the SSRIs and newer antidepressants and not on the older ones.

²Os 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.

Celexa (citalopram)

Celexa (citalopram)

(*)

Lexapro (escitalopram)

Lexapro (escitalopram)

(*)

Luvox (fluvoxamine)³

Luvox (fluvoxamina)⁴

(*)

Prozac and Sarafem (fluoxetine)

Prozac e Sarafem (fluoxetina)

(*)

Paxil (paroxetine)

Paxil (paroxetina)

(*)

Zoloft (sertraline)

Zoloft (sertralina)

(*)

14.1.1.2 Outros antidepressivos mais novos

Other Newer Antidepressants

(*)

Cymbalta (duloxetine)

Cymbalta (duloxetina)

(*)

Effexor (venlafaxine)

Effexor (venlafaxina)

³The brand name Luvox has been withdrawn from the market but the drug is still available in the generic form.

⁴A marca Luvox foi retirada do mercado, mas esta droga psiquiátrica ainda está disponível na forma genérica.

(*)

Remeron (mirtazapine)

Remeron (mirtazapina)

(*)

Symbyax (Prozac + Zyprexa, a newer antipsychotic)

Symbyax (Prozac + Zyprexa, um novo antipsicótico)

(*)

Wellbutrin and Zyban (bupropion)

Wellbutrin e Zyban (bupropiona)

(*)

14.1.1.3 Antidepressivos antigos (lista parcial)

Older Antidepressants (partial list)

(*)

5

6

(*)

Anafranil (clomipramine)

Anafranil (clomipramina)

(*)

Elavil (amitriptyline)

Elavil (amitriptilina)

(*)

⁵All the older antidepressants can cause psychiatric adverse drug reactions including mania and psychosis but they much less commonly come up in our clinical and legal experience. A more complete list can be found in various textbooks, especially *Drug Facts and Comparisons* (2007), a readily available annual publication.

⁶Todos 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.

Parnate (tranylcypromine)

Parnato, Parnate (tranilcipromina)

(*)

Tofranil (imipramine)

Tofranil (imipramina)

(*)

Vivactil (protriptyline)

Vivactil (protriptilina)

(*)

Surmontil (trimipramine)

Surmontil (trimipramina)

(*)

14.1.2 Estimulantes

Stimulants

(*)

14.1.2.1 Estimulantes clássicos

Classic Stimulants

(*)

⁷

⁸

(*)

Adderall, Adderall XR (amphetamine mixture)

Adderall, Adderall XR (mistura de anfetamina)

(*)

⁷All are Drug Enforcement Administration (DEA) Schedule II “narcotics”, indicating the highest risk of tolerance and dependence (addiction).

⁸Todos 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).

Desoxyn (methamphetamine)⁹

Desoxyn (metanfetamina)¹⁰

(*)

Dexedrine (dextroamphetamine)

Dexedrine (dextroanfetamina)

(*)

Focalin, Focalin XR (dexamethylphenidate)

Focalin, Focalin XR (dexamethylphenidate)

(*)

Ritalin, Concerta, Daytrana (methylphenidate)

Ritalina, Concerta, Daytrana (metilfenidato)

(*)

Vyvanse (lisdextroamphetamine)

Vyvanse (lisdextroamphetamine)

(*)

14.1.2.2 Outros

Others

(*)

Cylert (pemoline) [no longer available]

Cylert (pemoline) [não mais disponível]

(*)

Strattera (atomoxetine)

Strattera (atomoxetina)

(*)

⁹Few people realize that doctors can prescribe methamphetamine, the deadly drug of addiction, to children for ADHD.

¹⁰Poucas 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).

14.1.3 Pílulas tranquilizantes e soníferas

Tranquilizers and Sleeping Pills

(*)

¹¹

¹²

(*)

14.1.3.1 Tranquilizantes benzo

Benzo Tranquilizers

(*)

Ativan (lorazepam)

Ativan (lorazepam)

(*)

Klonopin (clonazepam)

Klonopin (clonazepam)

(*)

Librium (chlordiazepoxide)

Librium (clordiazepóxido)

(*)

Serax (oxazepam)

Serax (oxazepam)

(*)

Tranxene (chlorazepate)

Tranxene (chlorazepate)

(*)

¹¹All are DEA Schedule IV narcotics, indicating a risk of tolerance and dependence (addiction).

¹²Todas 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).

Xanax (alprazolam)

Xanax (alprazolam)

(*)

Valium (diazepam)

Valium (diazepam)

(*)

14.1.3.2 Pímulas soníferas benzo

Benzo Sleeping Pills

(*)

Dalmane (flurazepam)

Dalmane (flurazepam)

(*)

Doral (quazepam)

Doral (quazepam)

(*)

Halcion (triazolam)

Halcion (triazolam)

(*)

ProSom (estazolam)

ProSom (estazolam)

(*)

Restoril (temazepam)

Restoril (temazepam)

(*)

14.1.3.3 Pílulas soníferas não-benzo

Non-Benzo Sleeping Pills

(*)

Ambien (zolpidem)

Ambien (zolpidem)

(*)

Lunesta (eszopiclone)

Lunesta (eszopiclone)

(*)

Sonata (zaleplon)

Sonata (zaleplon)

(*)

14.1.4 Drogas antipsicóticas (neurolépticos)

Antipsychotic Drugs (Neuroleptics)

(*)

14.1.4.1 Novos antipsicóticos (segunda ou terceira geração ou atípicos)

Newer (second-or third-generation or atypical) Antipsychotics

(*)

13

14

(*)

Ability (aripiprazole)

Ability (aripiprazol)

(*)

¹³Sertindole is another atypical neuroleptic currently going through the FDA approval process.

¹⁴Sertindol é outro neuroléptico atípico atualmente atravessando o processo de aprovação da FDA.

Geodon (ziprasidone)

Geodon (ziprasidona)

(*)

Invega (paliperidone)

Invega (paliperidona)

(*)

Risperdal (risperidone)

Risperdal (risperidona)

(*)

Seroquel (quetiapine)

Seroquel (quetiapina)

(*)

Symbyax (olanzapine + Prozac, an SSRI antidepressant)

Symbyax (olanzapina + Prozac, um antidepressivo IRSS [SSRI])

(*)

Zyprexa (olanzapine)

Zyprexa (olanzapina)

(*)

14.1.4.2 Drogas antipsicóticas antigas

Older Antipsychotic Drugs

(*)

Clozaril (clozapine)

Leponex, Clozaril (clozapina)

(*)

Etrafon (antidepressant plus Trilafon)

Etrafon (antidepressivo mais Trilafon)

(*)

Haldol (haloperidol)

Haldol (haloperidol)

(*)

Loxitane (loxapine)

Loxitane (loxapina)

(*)

Mellaril (thioridazine)

Mellaril (tioridazina)

(*)

Moban (molindone)

Moban (molindona)

(*)

Navane (thiothixene)

Navane (tioxixeno)

(*)

Neozine (levomepromazine)

Neozine (levomepromazina)

(*)

Prolixin (fluphenazine)

Permitil, Prolixin (flufenazina)

(*)

Serentil (mesoridazine)

Serentil (mesoridazina)

(*)

Stelazine (trifluoperazine)

Stelazine (trifluoperazina)

(*)

Taractan (chlorprothixene)

Taractan (clorprotixeno)

(*)

Thorazine (chlorpromazine)

Thorazine (clorpromazina)

(*)

Tindal (acetophenazine)

Tindal (acetofenazina)

(*)

Trilafon (perphenazine)

Trilafon (perfenazina)

(*)

Vesprin (triflupromazine)

Vesprin (triflupromazina)

(*)

14.1.4.3 Antipsicóticos utilizados para outros fins médicos

Antipsychotics Used for Other Medical Purposes

(*)

Compazine (prochlorperazine)

Compazine (proclorperazina)

(*)

Inapsine (droperidol)

Inapsine (droperidol)

(*)

Orap (pimozide)

Orap (pimozida)

(*)

Phenergan (promethazine)¹⁵

Phenergan (prometazina)¹⁶

(*)

Reglan (metoclopramide)

Reglan (metoclopramida)

(*)

14.1.5 Lítio e outras drogas usadas como “estabilizadores de humor”

Lithium and Other Drugs Used as “Mood Stabilizers”

(*)

Depakote (divalproex sodium) [anti-epileptic drug]

Depakote (divalproato de sódio) [droga anti-epiléptica]

(*)

Equetro (extended-release carbamazepine) [anti-epileptic drug]

Equetro (liberação prolongada de carbamazepina) [droga anti-epiléptica]

(*)

Lamictal (lamotrigine) [anti-epileptic drug]

Lamictal (lamotrigina) [droga anti-epiléptica]

(*)

Lithobid, Lithotabs, Eskalith (lithium)

Lithobid, Lithotabs, Eskalith (lítio)

(*)

¹⁵Usually classified as an antihistamine but has neuroleptic qualities and can cause tardive dyskinesia. All drugs in Table IV are neuroleptics and can cause tardive dyskinesia.

¹⁶Usualmente 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.

14.1.5.1 Off-Label ou estabilizadores de humor não aprovada

Off-Label or Unapproved Mood Stabilizers

(*)

Catapres (clonidine) [antihypertensive drug]

Catapres (clonidina) [droga anti-hipertensiva]

(*)

Gabitril (tiagabine)

Gabitril (tiagabina)

(*)

Neurontin (gabapentin) [anti-epileptic drug]

Neurontin (gabapentina) [droga anti-epiléptica]

(*)

Tegretol (carbamazapine) [anti-epileptic drug]

Tegretol (carbamazepina) [droga anti-epiléptica]

(*)

Tenex (guanfacine) [antihypertensive drug]

Tenex (guanfacina) [droga anti-hipertensiva]

(*)

Topamax (topiramate) [anti-epileptic drug]

Topamax (topiramato) [droga anti-epiléptica]

(*)

Trileptal (oxcarbazepine)

Trileptal (oxcarbazepina)

(*)

14.2 Apêndice B: sobre os autores

Appendix B: About the Authors

(*)

14.2.1 Peter R. Breggin, M.D.

Peter R. Breggin, M.D.

(*)

Peter R. Breggin, M.D. has been called “the conscience of psychiatry” for his efforts to reform the mental health field, including his promotion of caring psychotherapeutic approaches and his opposition to the escalating overuse of psychiatric medications, the oppressive diagnosing and drugging of children, electroshock, lobotomy, involuntary treatment, and false biological theories.

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 materialistas¹⁷.

(*)

Dr. Breggin has been in the private practice of psychiatry since 1968, first in the Washington, D.C., area and now in Ithaca, New York. In his therapy practice, he sees individuals, couples and children with their families. As a clinical psychopharmacologist, he provides consultations and is active as a medical expert in criminal, malpractice, and product liability lawsuits, often involving the harmful effects of psychiatric drugs. He has been an expert in landmark cases involving the rights of patients.

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.

(*)

Since 1964 Dr. Breggin has written dozens of scientific articles and approximately twenty books. Some of his many books include Toxic Psychiatry, The Heart of Being Helpful, Talking Back to Ritalin, the Antidepressant Fact Book, and with co-author Ginger Breggin, Talking Back to Prozac and The War Against Children of Color. His forthcoming book, Medication Madness: 55 True Stories of Mayhem, Murder, and Suicide Caused by Psychiatric Drugs, will be published in early 2008.

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*

¹⁷NT: 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*.

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.

(*)

At various stages of his career he has been decades ahead of his time in warning about the dangers of lobotomy, electroshock, and more recently, antidepressant-induced suicide and violence, as well as many other recently acknowledged risks associated with psychiatric drugs. From the New York Times and Wall Street Journal to Time and Newsweek, and from Larry King Live and Oprah to 60 Minutes and 20/20, his work has been covered in major media throughout the world.

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.

(*)

In 1972 Dr. Breggin founded the International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (www.ICSP.org). Originally organized to support his successful campaign to stop the resurgence of lobotomy ICSP has become a source of support and inspiration for reform-minded professionals and lay-persons who wish to raise ethical and scientific standards in the field of mental health. In 1999 he and his wife Ginger founded ICSP’s peer-reviewed scientific journal, *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. In 2002 they selected younger professionals to take over the center and the journal, although Dr. Breggin continues to participate in ICSP activities.

Em 1972 Dr. Breggin fundou o Centro Internacional para o Estudo de Psiquiatria e Psicologia (www.ICSP.org¹⁸). 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.

(*)

Dr. Breggin’s background includes Harvard College, Case Western Reserve Medical School, a teaching fellowship at Harvard Medical School, three years of residency training in psychiatry, a two-year staff assignment at the *National Institute of Mental Health* (NIMH), and several teaching appointments including the George Mason University Institute for Conflict Analysis and Resolution and the Johns Hopkins University Department of Counseling.

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*

¹⁸Internet: “<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’s website is www.breggin.com .

Dr. Breggin website é www.breggin.com¹⁹.

(*)

14.2.1.1 Livros escritos por Peter R. Breggin, M.D.

Books by Peter R. Breggin, M.D.

(*)

“*College Students in a Mental Hospital: Contribution to the Social Rehabilitation of the Mentally Ill*” (jointly authored) (1962)

“*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*”

“*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*” (1980)

“*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*” (1983) [46]

“*Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain [Drogas Psiquiátricas: Perigo para o Cérebro]*” (1983) [46]

(*)

¹⁹Internet: “<http://www.breggin.com/>”.

“*Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy and Love Must Replace the Drugs, Electroshock and Biochemical Theories of the ‘New Psychiatry’*” (1991) [49]

“*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*” (1992) [51]

“*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*” (coauthor Ginger Breggin) (1994) [75]

“*Talking Back to Prozac* [Falando em Retrospectiva do Prozac]” (coauthor Ginger Breggin) (1994) [75]

(*)

“*Psychosocial Approaches to Deeply Disturbed Persons*” (coeditor E. Mark Stern) (1996)

“*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*” (1997) [55]

“*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*” (1997) [56]

“*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*” (coauthor Ginger Breggin) (1998), Revision of “*The War Against Children*” (1994) [76]

“*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*” (2000) [64]

“*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*”, revised edition (2001) [65]

“*Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*”, edição revisada (2001) [65]

(*)

“*The Antidepressant Fact Book*” (2001) [66]

“*The Antidepressant Fact Book [O Livro de Fatos sobre os Antidepressivos]*” (2001) [66]

(*)

“*Dimensions of Empathic Therapy*” (coeditors Ginger Breggin and Fred Bemak) (2002)

“*Dimensions of Empathic Therapy [Dimensões da Terapia da Empatia]*” (co-editores Ginger e Fred Breggin Bemak) (2002)

(*)

“*The Ritalin Fact Book*” (2002) [67]

“*The Ritalin Fact Book [O Livro de Fatos sobre a Ritalina]*” (2002) [67]

(*)

14.2.2 David Cohen, Ph.D., LCSW

David Cohen, Ph.D., LCSW

(*)

David Cohen is Professor of Social Work at Florida International University in Miami. As a licensed clinical social worker, Dr. Cohen works with adults and children and consults on legal cases. He is often consulted by individuals and families who wish to wean themselves off psychiatric drugs.

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 holds degrees in psychology and social welfare from McGill University; Carleton University and the University of California - Berkeley. He was previously a professor at University of Montreal and has been a visiting professor at Institut national de la santé et de la recherche scientifique (INSERM) in France.

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 has authored or coauthored more than 100 publications, and received the Elliot Freidson Award for Outstanding Publication in Medical Sociology from the American Sociological Association in 2003. His edited books include “*Challenging the Therapeutic State*” (1990) [117] and “*Tardive Dyskinesia and Cognitive Dysfunction*” (1993). His French-language books include “*Médicalisation et Contrôle Social*” (1994) and “*Guide Critique Ales Médicaments de l’Âme*” (1995). He recently edited with Gwynedd Lloyd and Joan Stead - *Critical New Perspectives on ADHD* (2006, winner of the NASEN/Times Educational Supplement Prize for best academic book [109]).

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]).

(*)

Dr. Cohen’s research has included large-scale surveys of psychotropic prescription practices, clinical investigations of drug-induced movement disorders, and in-depth qualitative inquiries of consumers’ perceptions of psychotropic drug effects. His research is grounded in critical perspectives on individual, professional, and social uses of prescribed psychotropic drugs. Dr. Cohen is presently designing and evaluating a publicly-funded, evidence-based curriculum based on critical thinking about psychotropic drugs for non-medical mental health professionals.

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.

(*)

More about Dr. Cohen and his work can be found at:

Mais sobre Dr. Cohen e seu trabalho pode ser encontrado em:

(*)

*rscphsw.fiu.edu*²⁰.

*rscphsw.fiu.edu*²¹.

(*)

/social_work/facult_cohen.html

/social_work/facult_cohen.html

(*)

14.2.2.1 Livros escritos por David Cohen, Ph.D.

Books by David Cohen, Ph.D.

(*)

“*Critical New Perspectives on ADHD*” (coeditors Gwynedd Lloyd and Joan Stead) (2006) [109]

“*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*” (coauthor Johanne Collin) (1998)*

“*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*” (coauthors Suzanne Cailloux-Cohen and AGIDD, 1995)*

“*Critical Handbook of Psychiatric Drugs [Manual Crítico das Drogas Psiquiátricas]*” (co-autores Suzanne Cailloux-Cohen e AGIDD, 1995)*

(*)

“*Psychotropic Drugs: Psychosocial Aspects*” (coeditor Guilhème Pérodeau) (1997)*

“*Psychotropic Drugs: Psychosocial Aspects [Drogas Psicotrópicas: Aspectos Psicossociais]*” (co-editor Guilhème Pérodeau) (1997)*

²⁰Internet: “http://rscphsw.fiu.edu/social_work/faculty_cohen.html”.

²¹Internet: “http://rscphsw.fiu.edu/social_work/faculty_cohen.html”.

(*)

“*Médicalisation et Contrôle Social [Medicalization and Social Control]*” (coeditor Louise Bouchard) (1994)*

“*Médicalisation et Contrôle Social [Medicalização e Controle Social]*” (co-editor Louise Bouchard) (1994)*

(*)

“*Challenging the Therapeutic State: Further Disquisitions on the Mental Health System*” (1994) [111]

“*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*” (coeditor Henri Cohen) (1993)

“*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*” (1990) [117]

“*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]

(*)

*published in French

*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]

Appendix C: The International Center for the Study of Psychiatry and Psychology

(*)

The International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (ICSPP) is a nonprofit international center for professionals and non-professionals who want to raise ethical and scientific standards in psychology and psychiatry. The board of directors, advisory council, and membership include hundreds of professionals in many fields spanning psychology; counseling, social work, nursing, psychiatry and other medical specialties, neuroscience, education, religion, and law, as well as concerned laypersons.

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.

(*)

Founded in 1971 by psychiatrist Peter R. Breggin, M.D., ICSPP began its successful reform efforts with opposition to the international resurgence of psychosurgery. ICSPP has also opposed the use of electroshock treatment, the rampant escalation in the use of psychiatric drugs, and coercive psychiatry in general. In the mid-1990s ICSPP organized a campaign that caused the U.S. government to withdraw its proposed “violence initiative”, a government-wide program that called for intrusive biomedical experiments on inner-city children in the hope of demonstrating biological and genetic causes of violence. Some of ICSPP’s most recent reform efforts are directed at the growing trend to psychiatrically diagnose and medicate children. Because of its many successful efforts on behalf of truthfulness and justice in the psychosocial and biomedical sciences, ICSPP has been called “the conscience of psychiatry”.

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 has divisions in North America, Europe, and Australia. The center offers a general membership. It publishes a newsletter and maintains an active Web site that features commentaries about contemporary problems in the human sciences. Each year ICSPP hosts a national conference that is open to the public.

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 sponsors a peer-reviewed journal, *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, published by Springer Publishing Company. The journal features scientific papers, reviews and commentaries that raise the level of ethical awareness concerning research, theory; and practice. The journal examines issues in contemporary human services with critical analyses that span the psychosocial and biomedical sciences.

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.

(*)

In 2002 Dr. Breggin and his wife Ginger Breggin passed leadership of ICSPP to younger professionals and Dominick Riccio, Ph.D., a New York City psychologist, is currently the international director. Meanwhile, Dr. Breggin continues to make presentations at the ICSPP national conferences and to contribute to the journal. None of the leaders of ICSPP are paid. Everyone is a devoted volunteer.

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.

(*)

Information about ICSPP membership, the journal, national meetings, and other activities can be obtained on the centers website, www.icspp.org. An annual subscription to the journal is included in the membership. Membership currently costs only \$100 per year, including the journal. By supporting ICSPP, you support the reform movement in psychiatry; by joining ICSPP you can meet and communicate with concerned professionals and laypersons who share your desire to raise the level of ethical conduct, critical awareness, and genuine science within psychiatry and psychology

Informações sobre a adesão ao ICSPP, o jornal, encontros nacionais, e outras atividades podem ser obtidas no website central, www.icspp.org²². 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

International Counselors of Social Workers, Psychiatrists, Psychologists & Educators

(*)

²²Internet: “<http://www.icspp.org/>”.

Peter R. Breggin, MD, is no longer affiliated with the Center for the Study of Psychiatry, informally known as International Center for the Study of Psychiatry and Psychology, which he founded and led from 1972-2002, and Dr. Breggin is no longer involved in its annual October conference. On September 8, 2010, a FORUM binding Arbitration Panel reaffirmed Dr. Breggin's ownership and control of the URL icspp.org and supported his right to direct the URL to this new website that is called: ICSPP - International Counselors Social Workers, Psychiatrists, Psychologists & Educators - hosted at *www.icspp.org*²³.

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*²⁴.

(*)

14.4 Apêndice D: A Aliança para a Proteção da Pesquisa Humana

Appendix D: The Alliance for Human Research Protection

(*)

Founded in 2001, the Alliance for Human Research Protection (AHRP) is a national network of laypeople and professionals dedicated to advancing responsible and ethical medical research practices, to minimizing the risks associated with such endeavors, and to ensuring that the human rights, dignity and welfare of human subjects are protected.

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.

(*)

Much of what passes as knowledge on the effects of psychiatric drugs has been obtained in clinical trials and other studies involving human subjects. AHRP has been in the forefront of efforts documenting how the design, conduct, and findings of such studies are tainted by conflicts of interest resulting from the drug industry's funding and control of clinical trials.

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.

²³Internet: "http://www.icspp.org/".

²⁴Internet: "http://www.icspp.org/".

(*)

By means of daily infomails, public testimonies and conferences, education, media exposure, and appeals to conscience and social justice, AHRP stands up and speaks out for the human rights of research subjects - especially those who are vulnerable or susceptible to coercion and exploitation, such as disadvantaged children, older persons with impaired reasoning capacity, disadvantaged populations living in underdeveloped countries, as well as prisoners and members of the armed forces.

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.

(*)

AHRP's daily infomails serve as catalysts for public debate. They contain exceedingly useful information for patients and their families, journalists, academics, lawyers and advocates, and other concerned observers. Nearly all of the AHRP's work is performed by unpaid volunteers, who donate both time and other resources to the organization. Thus, AHRP offers a unique point of view, untarnished by conflicts of interest. Its Web site offers an extensive archive of searchable materials, news reports, and other documents. AHRP is a nonprofit, tax-exempt educational organization under Section 501C-3 of the Internal Revenue Code.

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. 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].

(*)

To sign up to receive infomails, join or make a donation to AHRP, or search the AHRP databases, visit www.ahrp.org .

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.org²⁵ .

(*)

14.5 Bibliografia

Bibliography

(*)

²⁵**Internet:** "<http://www.ahrp.org>".

(*)

This lengthy bibliography has accumulated over 25 years, starting with the initial 1983 edition titled *Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain*. Instead of pruning out older citations from the text and the bibliography, nearly all of them have been kept. Most of the older citations remain scientifically valid and in general have been confirmed by subsequent research. In addition, they provide a historical perspective on the growth of knowledge about adverse drug effects on the brain and mind. Since any of the older studies are more detailed and sometimes more frank in their observations, they also provide the clinician or researcher with the opportunity to delve more deeply into the subject matter.

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.

(*)

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: HarperCollins.

Abramson, John. (2004) *Overdo\$ed Latina: A promessa quebrada de medicina americana*. New York: HarperCollins.

(*)

[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.

Addonizio, G., Susman, V., & Roth, S. (1986). Os sintomas da síndrome neuroléptica maligna em 82 pacientes consecutivos. *American Journal of Psychiatry*, 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.

Ahmed, S., Chengappa, K.N., Naidu, V.R., Baker, R.W., Parepally, H., & Escola, N.R. (1998). Retirada emergentes clozapina distonias e discinesias: 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*]”.

American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] (1990). *American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] Task Force sobre Dependência de benzodiazepínicos, toxicidade e abuso*. Washington, D.C.: American Psychiatric Imprensa.

(*)

[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].

American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] (1992) *Discinesia tardia: Um relatório de 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 desordens mentais, quarta edição]* (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana].

American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] (1994). *Manual diagnóstico e estatístico das desordens 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.

American Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Americana] (2005, 04 de maio). *Estigmas doença mental estão se afastando, mas permanecem equívocos. Liberação não. 24/05*. Retirado 02 de junho de 2006 a partir de: 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.

Amore, M., & Zazzeri, N. (1995). Síndrome neuroléptica maligna após a descontinuação dos neurolépticos. *Progress em Neuro-Psychopharmacology 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.

Amsden, G.W., e georgiano, F. (1996). Hipotensão ortostática induzida pela retirada sertralina. *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.

Ananth, J., Parameswaran, S., Gunatilake, S., Burgoyne, K., & Sidohm, T. (2004). Síndrome maligno dos neurolépticos e antipsicóticos atípicos. *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.

Angell, Marcia B. (2004) *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.

Antonuccio, D.O., Danton, W.G., e DeNelsky; G.Y. (1994). Psicoterapia: Sem mais forte medicina *Practitioner Scientist*, 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.

Antonuccio, D.O., Danton, W.G., e DeNelsky; G.Y. (1995). Psicoterapia versus medicação para depressão: Desafiando a sabedoria convencional com dados *Professional Psychology: Research and Practice*, 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.

Antonuccio, D.O., Danton, W.G., DeNelsky G.Y., Greenberg, R.P. & Gordon, J.S. (1999). Levantando questões sobre antidepressivos *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.

Antonuccio, D., Ward, C., & Tearnan, B. (1989). O tratamento comportamental da depressão unipolar em adultos em ambulatório. Em M. Hersen, Eisler R.M., Miller & P.M. (Eds.), *Progresso na mudança de comportamento*. Orlando, na Flórida: 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.

Armstrong, L. (1993) *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.

Armstrong, T. (1995). *O mito da criança ADD*. 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.

Arya, D.K. (1996). Retirada após a descontinuação da paroxetina. *Austrália e Nova Zelândia Journal of Psychiatry*, 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.

Ashton, H. (1991). Prolongada síndromes de abstinência de benzodiazepínicos. *Jornal de Tratamento de Abuso de Substâncias*, 8, 19-28.

(*)

[20]

Ashton, H. (1994). The treatment of benzodiazepine dependence [O tratamento da dependência de benzodiazepínicos]. *Addiction* [Vício], 89, 1535-1541.

Ashton, H. (1994). 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.

Askevold, F. (1959). A ocorrência de incidentes e delírio paranóico de abstinência em usuários de anfetaminas. *Acta Psychiatrica et Neurológica Scandinavica*, 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.

Asscher, A.W. (1991, 01 de outubro). Caro Médico/Dentista/Farmacêutico: Retirada de triazolam. (Carta). Comitê de Segurança de Medicamentos, em Londres, Inglaterra.

(*)

[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].

Associated Press. (1998, 05 de junho). (Indianapolis). Fabricante do Prozac defende produto. Comunicado de imprensa original.

(*)

[24]

Baker, L.A., Cheng, L.Y., & Amara, 1. B. (1983). The withdrawal of benzotropine 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.

Baker, L.A., Cheng, L.Y., e Amara, 1. B. (1983). 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.

Baldessarini, R.J., e Viguera, A.C. (1995). 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.

Balhara, Y., Sagar, R., & Varghese, S.T. (2007). Sangramento nas gengivas: A duloxetina pode ser a causa *Journal of Medicine de Pós-Graduação*, 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.

Balon, R., Yeragani, V.K., Pohl, R.B., & Gershon, S. (1988). Interrupção de lítio: Retirada ou recaída *Comprehensive Psychiatry*, 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.

Barker, M.J., Greenwood, K.M., Jackson, M., & Crowe, S.F. (2004). Persistência dos efeitos cognitivos após a retirada de longo prazo uso de benzodiazepínicos: Uma meta-análise *Archives of Clinical Neuropsicologia*, 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.

Barnhart, W.J., Makela, E.H. & Latocha, M.J. (2004). IRSS [SSRI]-induzido síndrome de apatia: Uma revisão clínica *Journal of Psychiatric Practice*, 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.

Barr, L.C., Goodman, W.K., & Price, L.H. (1994). Sintomas físicos associados com a descontinuação da paroxetina. *American Journal of Psychiatry* 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.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery & G. (1979). *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.

Benezzi, F. (1998a). 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.

Benezzi, F. (1998b). Sintomas de abstinência 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.

Bender, K.J. (1998a, maio). Novo aviso de depressão com Acutane poderia 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.

Bender, K.J. (1998b, maio). Pesquisadores relatam mudança dramática no uso de medicamentos psicotrópicos. *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.

Ben Hadj, A., Dogui, M., Ben Ammou, S., & Loo, H. (1995). Medicamentos antiparkinsonianos no tratamento neuroléptico: Estudo comparativo da retirada progressiva e abrupta *Encephale*, 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.

Bezchlibnyk-Butler, K.Z., Jeffries e, J.J. (Eds.). (1996). *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.

Bezchlibnyk-Butler, K.Z., Jeffries e, J.J. (Eds.). (2005). *Manual Clínico de drogas psicotrópicas* (edição revista 15). 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]*.

Blader, J.C., & Carlson, G.A. (2007, 15 de fevereiro, no prelo). Aumento das taxas de diagnósticos da desordem bipolar entre EUA criança, adolescente e adultos internados, 1996-2004. *Psiquiatria Biológica*.

(*)

[40]

Bleuler, M. (1978). *The schizophrenic disorders [As desordens esquizofrênicas]*. New Haven: Yale University Press.

Bleuler, M. (1978). *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.

Bloch, M., Stager, S.V., Braun, A.R., & Rubinow, D.R. (1995). 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.

Bola, J., Mosher, L., & Cohen, D. (2005). O projeto Soteria e tratamento da comunidade de psicose. Em S. Kirk (Ed.), *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.

Bolton, J.M., Sareen, J., & Reiss, J.P. (2006). Genitais anestesia persistente seis anos após a descontinuação da sertralina. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 327-330.

(*)

[44]

Brahams, D. (1991, 12 de outubro). Triazolam suspended [Suspensão do Triazolam]. *The Lancet [O Lanceteiro]*, 338, 938.

Brahams, D. (1991, 12 de outubro). Triazolam suspenso. *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.

Breeding, J. (1998 Inverno). Retirada da droga e recuperação emocional. *O Tenet Direitos*, pp 9-12.

(*)

[46]

Breggin, P.R. (1983a). *Psychiatric Drugs²⁶: Hazards to the Brain [Drogas Psiquiátricas: Perigo para o Cérebro]*. New York: Springer.

Breggin, P.R. (1983a) *Drogas Psiquiátricas: Perigo para o Cérebro*. New York: Springer.

²⁶Internet: “<http://www.amazon.com/Psychiatric-Drugs-Hazards-Peter-Breggin/dp/0826129307>”.

(*)

[47]

Breggin, P.R. (1983b). *Iatrogenic Helplessness in Authoritarian Psychiatry*²⁷ [Desamparo Iatrogênico na Psiquiatria Autoritária]. In R.F. Morgan (Ed.), *The Iatrogenics Handbook [Manual da Iatrogenia]*. Toronto: IPI Publishing Company.

Breggin, P.R. (1983b). *Desamparo Iatrogênica em Psiquiatria Autoritária*. Em R.F. Morgan (Ed.), *O manual iatrogenia*. Toronto: IPI Publishing Company.

(*)

[48]

Breggin, P.R. (1990). *Brain Damage, Dementia and Persistent Cognitive Dysfunction Associated with Neuroleptic Drugs*²⁸: 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.

Breggin, P.R. (1990). 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.

Breggin, P.R. (1991) *psiquiatria Tóxico: Por empatia e amor a terapia deve substituir o arrasta, eletrochoque e as teorias bioquímicas do New York "psiquiatria novo".*: 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.

Breggin, P.R. (1992a). Um caso da fluoxetina induzida por efeitos estimulantes lado com ideação suicida associada a uma possível síndrome de abstinência ("bater"). *International Journal of Risco e Segurança em Medicina*, 3, 325-328.

²⁷Documento: "... gaia/en/mental/pbreggin/iatrogenic_authoritarian_psychiatry.pdf".

²⁸Documento: "... gaia/en/mental/pbreggin/neuroleptic_brain_damage.pdf".

(*)

[51]

Breggin, P.R. (1992b). *Beyond Conflict*²⁹: From Self-Help and Psychotherapy to Peacemaking [Além do Conflito: Da Auto-Ajuda e Psicoterapia para Pacificação]. New York: St. Martin's Press.

Breggin, P.R. (1992b) *Beyond conflito: De auto-ajuda e psicoterapia para pacificação*. New York: St. Martin Press.

(*)

[52]

Breggin, P.R. (1993). *Parallels between Neuroleptic Effects and Lethargic Encephalitis*³⁰: 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.

Breggin, P.R. (1993). Paralelos entre os Efeitos dos Neurolépticos e Encefalite Letárgica: A Produção de Discinesias e Distúrbios Cognitivos. *Brain and Cognition*, 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^o 90-CI-06033, Vol. 16.

Breggin, P.R. (1994, 17-19 outubro). Testemunho em *Joyce Fentress et al. v. Shea Communications et al.* (“The Case Wesbecker”). Jefferson Circuit Court, Division One, Louisville, Kentucky n^o 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.

Breggin, P.R. (1995, setembro). Prozac “Perigos” para as Crianças. *Clinical Psychiatry News* [Noticiário da Psiquiatria Clínica], p. 10.

(*)

²⁹**Internet:** “http://books.google.ca/books/about/Beyond_Conflict.html?id=ocsy5ADeKsYC”.

³⁰**Documento:** “. . . gaia/en/mental/pbreggin/neuroleptic_lethargic_encephalitis.pdf”.

[55]

Breggin, P.R. (1997a). *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*³¹: Drugs, Electroshock, and the Role of the FDA [*Tratamentos em Psiquiatria Desabilitadores do Cérebro: Drogas, Eletrochoque, e o Papel da FDA*]. New York: Springer.

Breggin, P.R. (1997a) *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*³²: Empathy and the Creation of a Healing Presence [*O Coração do Ser Ajudante*]. New York: Springer.

Breggin, P.R. (1997b). *O Coração do Ser Ajudante*. New York: Springer.

(*)

[57]

Breggin, P. R. (1998a). *Talking Back to Ritalin*³³: 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.

Breggin, P. R. (1998a) *Falando em Retrospectiva da Ritalina: O Que os Médicos não estão te Dizendo sobre Estimulantes para as Crianças*. Monroe, Maine: Imprensa Coragem comum.

(*)

[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.

Breggin, P.R. (1998b). Análise dos Efeitos Comportamentais Adversos dos Benzodiazepínicos com Uma Discussão de Tirar Conclusões Científicas de Sistema da FDA Notificação Espontânea. *Journal of Mind and Behavior* [*Jornal da Mente e do Comportamento*], 19, 21-50.

(*)

³¹**Livro:** "Brain-Disabling Treatments in Psychiatry".

³²**Internet:** "http://breggin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=67".

³³**Internet:** "http://www.goodreads.com/book/show/205593.Talking_Back_to_Ritalin".

[59]

Breggin, P.R. (1998c). *Psychotherapy in Emotional Crises without Resort to Psychiatric Medications*³⁴ [Psicoterapia em Crises Emocionais, sem Recorrer à Medicação Psiquiátrica]. *The Humanistic Psychologist* [O Psicólogo Humanista], 25, 2-14.

Breggin, P.R. (1998c). Psicoterapia em Crises Emocionais, Sem Recorrer a Medicação Psiquiátrica. *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 NIH³⁵: Diagnóstico e Tratamento da Desordem de Hiperatividade e Déficit de Atenção], pp. 105-120. Rockville, Md.: National Institutes of Health.

Breggin, P.R. (1998d). Riscos e mecanismo de ação de estimulantes *consenso NIH programa da conferência de desenvolvimento e resumos: Diagnóstico e tratamento de déficit de atenção e hiperatividade*, pp 105-120. Rockville, Md.: National Institutes of Health (Institutos Nacionais de Saúde).

(*)

[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.

Breggin, P.R. (1999a). Psicoestimulantes no tratamento de crianças diagnosticadas com DHDA (TDAH): Parte I - riscos aguda e efeitos psicológicos *Ética Ciências Humanas e Serviços 1*, 13-33.

(*)

[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.

Breggin, P.R. (1999b). Psicoestimulantes no tratamento de crianças diagnosticadas com DHDA (TDAH): Parte II - Os efeitos adversos sobre o cérebro e o comportamento *ético Ciências Humanas e Serviços 1*, 213-242..

³⁴Documento: “. . . gaia/en/mental/pbreggin/psychotherapy_in_crises.pdf”.

³⁵NIH: National Institute of Health [Instituto Nacional de Saúde]

(*)

[63]

Breggin, P.R. (1999c). *Psychostimulants in the Treatment of Children Diagnosed with ADHD*³⁶: 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.

Breggin, P.R. (1999c). Psicoestimulantes no tratamento de crianças diagnosticadas com DHDA (TDAH): Riscos e mecanismo de ação *International Journal of Risco e Segurança em Medicina* 12, 3-35. Esta versão combina simultaneamente publicados 1999a e 1999b.

(*)

[64]

Breggin, P.R. (2000). *Reclaiming Our Children*³⁷: A Healing Plan for a Nation in Crisis [Reivindicando Nossas Crianças: Um Plano de Cura Para uma Nação em Crise]. Cambridge, Mass: Perseus Books.

Breggin, P.R. (2000) *Reivindicar nossos filhos: Um plano de cura para uma nação em crise*. Cambridge, Mass: Livros Perseus.

(*)

[65]

Breggin, P. R. (2001a). *Talking Back to Ritalin [Falando em Retrospectiva da Ritalina]*, edição revisada. Cambridge, M.A.: Perseus Books.

Breggin, P.R. (2001a). *Falando de volta para Ritalina, edição revista*. Cambridge, M.A.: Livros Perseus.

(*)

[66]

Breggin, P.R. (2001b). *The Antidepressant Fact Book [O Livro de Fatos sobre os Antidepressivos]*. Cambridge, M.A.: Perseus Books.

Breggin, P.R. (2001b). *O livro fato de antidepressivo*. Cambridge, M.A.: Livros Perseus.

(*)

³⁶**Documento:** “. . . gaia/en/mental/pbreggin/risks-psychostimulats-children_ADHD.pdf”.

³⁷**Internet:** “http://breggin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=25”.

[67]

Breggin, P.R. (2002a). *The Ritalin Fact Book [O Livro de Fatos sobre a Ritalina]*. Cambridge, M.A.: Perseus Books.

Breggin, P.R. (2002a). *O livro fato de Ritalina*. Cambridge, M.A.: Livros Perseus.

(*)

[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.

Breggin, P.R. (2002b). Fluvoxamina como causa de estimulação, mania, e agressão com uma análise crítica do rótulo aprovado pela FDA. *Jornal Internacional de Risco e Segurança em Medicina*, 14, 71-86.

(*)

[69]

Breggin, P.R. (2003). *Suicidality, Violence and Mania Caused by Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)*³⁸: 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.

Breggin, P.R. (2003). Violência suicida, e mania causada pelos Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IRSS [SSRI]): A revisão e análise de *Ética Ciências Humanas e Serviços*, 5, 225-246. Simultaneamente, publicado no *Jornal Internacional de Risco e Segurança em Medicina*, 16, 31-49, 2003/2004.

(*)

[70]

Breggin, P.R. (2006a). *Recent Regulatory Changes in Antidepressant Labels*³⁹: 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.

Breggin, P.R. (2006a). Recentes mudanças regulatórias em rótulos antidepressivo: Implicações para a ativação (estimulação) na prática clínica *Psiquiatria Primária*, 13, 57-60..

³⁸Documento: "... gaia/en/mental/pbreggin/ssri-suicidality_violence.pdf".

³⁹Documento: "... gaia/en/mental/pbreggin/antidepressant_labels_change.pdf".

(*)

[71]

Breggin, P.R. (2006b). *Court Filing Makes Public My Previously Suppressed Analysis of Paxil's Effects*⁴⁰ [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.

Breggin, P.R. (2006b). Ação judicial torna pública a minha análise anteriormente suprimidas dos efeitos do Paxil. *Psicologia humana Ética e Psiquiatria*, 8, 77-84.

(*)

[72]

Breggin, P.R. (2006c). *How GlaxoSmithKline Suppressed Data on Paxil-Induced Akathisia*⁴¹: 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.

Breggin, P.R. (2006c). Como GlaxoSmithKline suprimida dados sobre Paxil akatisia induzida: Implicações para o suicídio e violência *Psicologia Humanos Ética e Psiquiatria*, 8, 91-100.

(*)

[73]

Breggin, P.R. (2006d) *Drug Company Suppressed Data on Paroxetine-Induced Stimulation*⁴²: 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.

Breggin, P.R. (2006d) Empresas de Drogas Psiquiátricas Suprimiram Dados sobre a Estimulação Induzida pela Paroxetina: Implicações de Violência e Suicídio *Psicologia e Psiquiatria Humana Ética*, 8, 255-263..

(*)

[74]

Breggin, P.R. (2006e). *Intoxication Anosognosia*⁴³: 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.

Breggin, P.R. (2006e). Intoxicação por Anosognosia: O Efeito Dopador das Drogas Psiquiátricas *Psicologia Humanos Ética e Psiquiatria*, 8, 201-215..

⁴⁰ **Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/publication_paxil_effects.pdf".

⁴¹ **Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/paxil_induced_violence.pdf".

⁴² **Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/drug_company_paroxetine.pdf".

⁴³ **Documento:** "... gaia/en/mental/pbreggin/spellbinding-psychiatric_drugs.pdf".

(*)

[75]

Breggin, P.R., & Breggin, G. (1994). *Talking Back to Prozac*⁴⁴: 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.

Breggin, P.R., e Breggin, G. (1994) *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 Press.

(*)

[76]

Breggin, P.R., & Breggin, G. (1998). *The War Against Children of Color*⁴⁵: 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.

Breggin, P.R., e Breggin, G. (1998). *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: Imprensa Coragem comum.

(*)

[77]

Breggin, P.R., & Stern, E.M. (Eds.). (1996). *Psychosocial Approaches to Deeply Disturbed Persons*⁴⁶ [*Abordagens Psicossociais para Pacientes Profundamente Perturbados*]. New York: Haworth Press. Também publicado em *The Psychotherapy Patient* [*O Paciente da Psicoterapia*], 9 (3/4), 1996.

Breggin, P.R., e Stern, E.M. (Eds.). (1996). *Abordagens Psicossociais para Pacientes Profundamente Perturbados*. New York: Haworth Press. Também publicado em *O Paciente da Psicoterapia*, 9 (04/03), de 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*

⁴⁴Internet: "http://www.goodreads.com/book/show/107210.Talking_Back_to_Prozac".

⁴⁵Internet: "http://www.breggin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=26".

⁴⁶Internet: "http://breggin.com/index.php?Itemid=42&id=28&option=com_content&task=view".

Pontes-Parlet, S., Knopman, D., & Steffes, S. (1997). Retirada de medicamentos neurolépticos de pacientes com demência institucionalizadas: Resultados de um *Jornal* duplo-cego, de referência de tratamento de estudo piloto controlado 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 Amantadine During Neuroleptic Therapy [Catatonia Induzida por Neurolépticos após Retirada Abrupta de Amantadina Durante Terapia com Neurolépticos]. *Pharmacotherapy [Farmacoterapia]*, 6, 193-195.

Brown, C.S., Wittkowsky, A.K., & Bryant, S.G. (1986). Induzida por neurolépticos catatonia após a retirada abrupta de amantadina durante a terapia de neurolépticos. *Farmacoterapia*, 6, 193-195.

(*)

[80]

Burton Goldberg Group. (1994). *Alternative Medicine: The Definitive Guide [Medicina Alternativa: O Guia Definitivo]*. Fife, Wash.: Future Medicine Publishing.

Burton Goldberg Grupo. (1994) *A medicina alternativa: O guia definitivo*. Fife, Washington: Publicação Medicina do Futuro.

(*)

[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, nº 22. <http://www.medscape.com/viewarticle/506427> (acessado em 8 de fevereiro, 2006).

Campagne, D.M. (2005, Julho). Venlafaxina e sintomas de abstinência graves: Aviso aos motoristas *Medscape General Medicine*, 7, não. 22. <http://www.medscape.com/viewarticle/506427> (acessado em fevereiro, 8, 2006).

(*)

[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

Caplan, P. (1995) *Eles dizem que você está louco: Como psiquiatras mais poderoso do mundo decidir 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.

Carlson, P. (1998, 09 de junho). Doenças Iatrogênicas. *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.

Cavanaugh, J., Smyth, R., e Goodwin, G. (2004). Recaída em mania ou depressão interrupção de lítio seguinte: A 7 anos de follow-up *Acta Psychiatrica 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.

Ceccherini-Nelli, A., Bardellini, L., Cur, A., Guazzelli, M., Maggini, C., & Dilsaver, S.C. (1993). Retirada do antidepressivo: resultados Prospective *American Journal of Psychiatry*, 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> .

Chen, M. (2007, 07 de fevereiro). “Os laboratórios vendas pressa, estudos de segurança demora”. *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.

Cherland, E. e Fitzpatrick, R. (1999). Efeitos psicóticos lado de 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.

Chouinard, G., & Jones, B. (1980). Induzida por neurolépticos psicose supersensibilidade: características clínicas e farmacológicas *American Journal of Psychiatry*, 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.

Chouinard, G., & Jones, B. (1982). Induzida por neurolépticos psicose supersensibilidade, o “curso hump”, 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.

Christodolou, C.N. & Lykouras, E.P. (1982). A interrupção abrupta de lítio em pacientes maníaco-depressiva. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 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.

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., e Metz, A. (2002). Prevalência de disfunção sexual entre os antidepressivos mais novos. *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.

Cohen, D. (1997a). A crítica do uso de neurolépticos em psiquiatria em S. Fisher & Greenberg R.P. (Eds.), *de placebo à panacéia: Colocando drogas psicotrópicas para o teste* (pp. 173-228). New York: John Wiley & Sons.

(*)

[93]

Cohen, D. (1997b). Psychiatrogenics: The Introduction of Chlorpromazine in Psychiatry [Psiquiatrogênica: A Introdução da Clorpromazina em Psiquiatria]. *Review of Existential Psychology and Psychiatry* [Revista de Psiquiatria e Psicologia Existencial], 23, 206-233.

Cohen, D. (1997b). Psychiatrogenics: A introdução da clorpromazina em psiquiatria *comentário de Psicologia Existencial e Psiquiatria*, 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.

Cohen, D. (2001). Comentário: O tratamento Eletroconvulsoterapia, neurologia e psiquiatria. *Ética Ciências Humanas e Serviços*, 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.

Cohen, D. (2001). Como desintoxicar das ilusões comuns sobre medicação psiquiátrica. *Ética Ciências Humanas e Serviços*, 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.

Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., & Perodeau, G. (2001). Medicamentos Como Um Fenômeno Social. *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.

Cohen, J.S. (2001). *Overdose: O caso contra a indústria 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.

Cohen, D. (2001). Sem medicação menores com esquizofrenia. *American Journal of Psychiatry*, 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.

Cohen, D. (2002). Pesquisa sobre o tratamento farmacológico da esquizofrenia: Uma avaliação crítica e implicações para a educação, trabalho social. *Jornal da Educação Serviço 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.

Cohen, D., & Leo, J. (Eds.), com comentários de T. Stanton, D. Smith, McCready K. D.B. Stein, Oas P., M. Laing, Kean B., & S. Parry (2002). Um garoto que pára de tomar estimulantes para “DHDA (TDAH)” : comentários sobre um estudo de caso Pediatria. *Ética Ciências Humanas e Serviços*, 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.

Cohen, D. (2003). Revisão de W. Kneeland & C. Warren 's "Pushbutton Psiquiatria: A História do Eletrochoque na América". *Jornal de História das Ciências do Comportamento*, 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.

Cohen, D. (2003). A história medicação psiquiátrica: Contexto, significado e propósito. Serviço Social em Saúde Mental: *The Journal of Behavioral e Psiquiátrica Serviço Social*, 1, 5-28.

(*)

[103]

Cohen, D. (2003, 11 de agosto). Antidepressant Debate [Debate sobre Antidepressivos]. *New York Times*. [letter]

Cohen, D. (2003, 11 de agosto). Debate antidepressivo. *New York Times*. [Letra]

(*)

[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.

Cohen, D., & Hoeller, K. (2003). Triagem para a depressão: Medicina ou telemarketing? *Ética Ciências Humanas e Serviços*, 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]

Cohen, D. (2004, 20 de janeiro). Os riscos da retirada do antidepressivo. *New York Times*. [Letra]

(*)

[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.

Cohen, D., & Leo, J. (2004). DHDA (TDAH) e de 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.

Cohen, D. (2005). Testes clínicos psicofarmacologia: “padrão Fria” ou ouro de tolo? Em S. Kirk (Ed.), *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.

Cohen, D. (2006). Prefácio. In Jay Joseph, *The Missing Gene: Psychiatry Heredity, and the Fruitless Search for 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.

Cohen, D. (2006). How does the decision to medicate children arise in DHDA? Views of parents and professionals in Canada. In G. Lloyd, J. Stead, & D. Cohen (eds.), *Critical new perspectives on DHDA* (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.

Cohen, D. (2006). Critiques of the 'DHDA enterprise.' In G. Lloyd, J. Stead, & D. Cohen (eds.), *Critical new perspectives on DHDA* (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).

Cohen, D. (1994). Desafiando o estado terapêutico, Parte II: dissertações adicionais sobre o sistema de saúde mental [Edição Especial]. *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.

Cohen, D., & Cohen, H. (1986). Teorias biológicas, tratamentos de drogas 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*.

Cohen, D. (2007). Ajudar as pessoas a retirar-se drogas psiquiátricas. *Jornal do Colégio Psicoterapia Student*.

(*)

[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.

Cohen, D., & Jacobs, D. (2007). Estudos randomizados controlados de antidepressivos: clinicamente e cientificamente irrelevante *Debates em Neurociências*, 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.

Cohen, D., & Jacobs, D. (1998). Um modelo de formulário de consentimento para o tratamento de drogas psiquiátricas. *International Journal of 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.

Cohen, D., & Karsenty, S. (1998). The social construction of the side effects of anxiolytic drugs. Manuscrito inédito.

(*)

[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).

Cohen, D. (Ed). (1990). Desafiando o estado terapêutico: perspectivas críticas em psiquiatria e do sistema de saúde mental [Edição Especial]. *Journal of Mind and Behavior [Jornal da Mente e do Comportamento]*, 11 (3 e 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.

Cohen, D., & McCubbin, M. (1990). A Economia Política da Discinesia Tardia: Assimetrias de 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.

Colbert, T. (1996) *Cérebros Quebrados Ou Corações Feridos: O Que Causa a Doença Mental*. Santa Ana, Califórnia: 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.

Coles, G. (1987). *A mística de aprendizagem: Um olhar crítico sobre "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.

Cooper, W.O., Arbogast, P.G., Ding, H., Hickson, G.B., Fuchs, D.C., e Ray, W. (2006). Tendências na prescrição de medicamentos antipsicóticos para crianças dos EUA. *Pediatria Ambulatorial*, 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].

Cormack, M.A., Sweeney; K.G., Hughes-Jones, H., & Foot, G.A. (1994). Avaliação de uma estratégia custo-efetiva fácil para cortar o uso de benzodiazepínicos na prática geral. *British Journal de Clínica 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.

Coupland, N.J., Bell, C.J., & Potokar, J.P. (1996). Inibidor de Reabsorção Seletivo da Serotonina retirada. *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, Mentes e Corpos dos Americanos]*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Critser, G. (2005) *Generation Rx: Como drogas de prescrição estão alterando vidas americanas, mentes e corpos*. 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.

Csoka A.B., Shipko S. (2006). Persistentes sexual efeitos secundários após a descontinuação de IRSS [SSRI]. *Psicoterapia e Psicossomática*, 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.

Danton, W.C., & Antonuccio, D.O. (1997). A focused empirical analysis of treatments for panic and anxiety. In S. Fisher & R.P. Greenberg (Eds.), *From placebo to panacea: Putting psychotropic drugs to the test* (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.

Darbar, D., Connachie, A.M., Jones, A.M., & Newton, R.W. (1996). Psicose aguda associada com a retirada abrupta de intoxicação seguintes carbamazepina. *British Journal of Clinical Practice*, 50, 350-351.

(*)

[128]

Davies, R.K., Tucker, G.J., Harrow, M., & Detre, T.P. (1971). Confusional Episodes and Antidepressant Medication [Episódios de Confusão e Medicação Antidepressiva]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 128, 95-99.

Davies, R.K., Tucker, G.J., Harrow, M., & Detré, T.P. (1971). Episódios Confusionais e Medicação Antidepressiva. *American Journal of Psychiatry*, 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.

DEA (Drug Enforcement Administration). (1995b, outubro). *Metilfenidato (Um artigo de fundo)*. Washington, D.C.: Drogas e Química Seção de Avaliação, Escritório de Controle de Desvio, DEA. Obtidos através do 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.]

de Girolamo, G. (1996). OMS estudos da esquizofrenia: Uma visão geral dos resultados e suas implicações para a compreensão da doença. Em P. Breggin & E.M. Stern (Eds.), *Abordagens psicossociais para os pacientes profundamente perturbados* (pp. 213-231). New York: Haworth Press. [Também publicado como *O Paciente Psicoterapia*, 9 (04/03), 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.

DeVeugh-Geiss, J., & Pandurangi, A. (1982). Psicose paranoica confusional após a retirada de aminas simpatomiméticas: Dois relatos de casos *American Journal of Psychiatry*, 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.

Dilsaver, S.C. (1994). Síndrome de abstinência associada com agentes antidepressivos e antipsicóticos. *Segurança da droga*, 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.

Dilsaver, S.C., Greden, J.F., & Snider, R.M. (1987). Antidepressivo síndromes de abstinência: 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.

Di Masi, J., & Lasagna, L. (1995). The economics of psychotropic drug development. In F. Bloom & D. Kupfer (Eds.), *Psychopharmacology: The fourth generation of progress* (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.

Drummond, E.H. (1997). *Superar 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.

Dukes, MNG (1996). *Meyler de efeitos secundários dos medicamentos*. 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.

Dukes, MNG (1997). Editorial. *International Journal of 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.

Duloxetina: nova indicação. Depressão e neuropatia diabética: Excesso de efeitos adversos. (2006). *Prescrire Internacional [Prescrição Internacional]*, 15, 168-172.

(*)

[139]

Einbinder, E. (1995). Fluoxetine Withdrawal? [Abstinência da Fluoxetina?] *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 152, 1235.

Einbinder, E. (1995). Retirada da fluoxetina? *American Journal of Psychiatry*, 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.

El-Zein, R.A., Abdel-Rahman, S.Z., Hay; Lopez M.J., M.S., Bondy, M.L., Morris, D.L., e Legator M.S.. Efeitos citogenético em crianças tratadas com metilfenidato. *Cartas de 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.

El-Zein, R.A., Hay, M.J., Lopez, M.S., Bondy, M.L., Morris, D.L., Legator, M.S., e Abdel-Rahman, S.Z. (2006). Resposta aos comentários sobre os efeitos 'citogenética em crianças tratadas com metilfenidato' et al El-Zein. *Cartas de 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.

Emslie, G.J., Rush, A.J. Weinberg, W.A., Kowatch, R.A., Hughes, C.W., Carmody, T., & Rintelmann, J. (1997). 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.

Eppel, A.B. & Mishra, R. (1984). O mecanismo de retirada 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.

Faedda, G.L., Tondo, L., Baldessarini, R.J., Suppes, T., & Tohen, M. (1993). Resultado após a descontinuação rápida vs 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.

Farah, A., & Lauer, T.E. (1996). Síndrome de abstinência possível venlafaxina. *American Journal of Psychiatry*, 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.

Fava, G.A., & Grandi, S. (1995). 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.

Fava, M., Mulroy, R., Alpert, J., Nierenberg, A.A., & Rosenbaum, J.F. (1997). Aparecimento de efeitos adversos após a descontinuação do tratamento com venlafaxina de liberação prolongada. *American Journal of Psychiatry*, 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.

FDAAdvisoryCommittee.com. (2004, 2 de fevereiro). Antidepressant Strengthened Warnings About Pediatric Suicidality Risk Needed Immediately Cmte. Diz. 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.

Feth, N., Cattaan-Ludewig, K., e SIROT, E.J. (2006). Sensações elétrica: Negligenciadas sintoma de descontinuação escitalopram. *American Journal of Psychiatry*, 163, 160.

(*)

[150]

Fialip, J., Aumaitre, O., Eschalier, 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.

Fialip, J., Aumaitre, O., Eschalier, A., Dordain, G., & Lavarenne, J. (1987). Benzodiazepínicos convulsões de abstinência: Análise de 48 relatos de casos. *Clínica Neurofarmacologia*, 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.

Fishbain, D.A., Rosomoff, H.L. & Rosomoff, R.S. (1992). Desintoxicação de drogas nonopiate na definição de dor crônica e desintoxicação opiáceos clonidina. *Clínica Journal of Pain*, 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.

Fisher, C.M. (1989). Fragmentos neurológicos. II - Observações sobre anosognosia, confabulação, memória e outros tópicos, e um apêndice sobre a auto-observação. *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.

Fisher, S., & Greenberg, R. (Eds.). (1989). The limits of biological treatments for psychological distress: *Comparisons with psychotherapy and 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.

Fisher, R., & Fisher, S. (1996). Antidepressivos para crianças: É o apoio científico necessário? *Jornal de doença nervosa e mental*, 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.

Fisher, S., Bryant, S.G., & Kent. T.A. (1993). Vigilância Pós-Comercialização Pelo Paciente Auto-Monitorização: Trazodone Contra 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.

Fisher, S., & Greenberg, R. (1997). *Do placebo para panacéia: Colocando medicamentos psiquiátricos para o teste*. 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 .

Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2004a, 22 de março). FDA questões Consultiva de Saúde Pública em alerta para 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 .

Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2004b, 14 de setembro). Transcrição da Reunião do Centro de Avaliação e Pesquisa Farmacêutica. Reunião conjunta da Psicofarmacológicas CDER Drogas Comitê Consultivo e do Comitê Consultivo da FDA Pediátrica. 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 .

Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2005a, 26 de janeiro). Aula de língua rotulagem suicídio para 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 .

Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2005b, 26 de janeiro). Guia de medicação: Sobre o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes. Food and Drug Administration, Rockville, M.D.. Obtido a partir de 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

Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2005c, 28 de setembro). Questões FDA Public Health Advisory em Strattera (atomoxetina) para a Desordem de Déficit de Atenção. Food and Drug Administration, Rockville, M.D.. Obtido a partir de 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

Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2005d, 30 de junho). FDA declaração sobre Concerta e metilfenidato de 30 de junho PAC. (Pediatric Consultivo informações entrevista Comissão, 29 de junho de 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.

Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos] (2006, 14 de março). Resumo do foro psiquiátrico e neurológico eventos adversos de junho de 2005 um ano-post opiniões exclusividade pediátrica do Concerta e outros produtos de metilfenidato. Tabela 2: resumos caso Breve de acontecimentos adversos psiquiátricos para Concerta, de libertação imediata de metilfenidato e de liberação 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 psiquiátricas]. www.fda.gov

Food and Drug Administration (FDA) [Administração de Drogas e Alimentos]. (2007, 21 de fevereiro). Notícias da FDA: FDA dirige fabricantes DHDA droga para avisar os pacientes sobre eventos adversos cardiovasculares e psiquiátricas eventos adversos. 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.

Fried, S.M. (1998). *Pílulas amargas: Dentro do mundo perigosos de 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.

Gaines, D. (1992). *Teenage Wasteland: Suburbia crianças do beco sem saída*. 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.

GAO (Escritório de Avaliação do Governo). (1990, abril). *FDA revisão arrastar: pós-aprovação riscos 1976-1985*. Relatório ao Presidente da Subcomissão de Recursos Humanos e Relações Intergovernamentais, o Comitê de Operações Governamentais, Câmara dos Deputados (dos EUA).

(*)

[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.

Garner, E.M., Kelly M.W., & Thompson, D.F. (1993). Síndrome de abstinência antidepressivos tricíclicos. *Anais da 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.

Garrland, E.J., e Baerg, E.A. (2001). 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 DHDA (TDAH) utilizando drogas farmacêuticas: Revisão dos dados de segurança pós-comercialização]. "Food and Drug Administration [Administração de Drogas e Alimentos]", Rockville, M.D..

Gelperin, K. e Phelan, K. (2006, 03 de maio). Psiquiátrica eventos adversos associados com o tratamento medicamentoso da DHDA: Análise dos dados de segurança pós-comercialização. Food and Drug Administration, 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.

Geurian, K., & Burns, I. (1994). Descrição detalhada de um cone de sucesso da terapia ambulatorial fenobarbital. *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.

Ghadirian, A.M. (1986). Resposta paradoxal do humor após a retirada do 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.

Giakas, W.J., & Davis, J.M. (1997). Intratáveis retirada de venlafaxina tratados com fluoxetina. *Annals Psiquiátrica*, 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

Gibeaut, J. (1996, agosto). De alteração do humor veredito. *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.

Gilbert, P.L., Harris, J., McAdams, L.A., & Jeste, D.V. (1995). Retirada dos neurolépticos em pacientes esquizofrênicos: A 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.

Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A.L., Janols, L.O., Thernlund, G., Hagglof, B., Eidevall-Wallin, L., Gustafsson, P., & Kopp, S. (1997). Tratamento a longo prazo estimulante de crianças com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade: 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.

Vidro, J., Lanctot, K.L., Herrmann, N., Sproule, B.A., Busto, U.E. (2005). 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.

GlaxoSmithKline (2006, Maio). Informações de prescrição importante (Carta Dear Healthcare Provider). [Sobre a piora clínica e suicídio em adultos que tomam Paxil]. Filadélfia, Pensilvânia.

(*)

[179]

Glenmullen, J. (2000). *Prozac Backlash [Reação ao Prozac]*. New York: Simon and Schuster.

Glenmullen, J. (2000). *Reação 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.

Glenmullen, J. (2005). *A solução antidepressivo: Um guia passo-a-passo para superar com segurança a retirada do antidepressivo, a dependência, e "vício"*. 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.

Goldstein, T., Frye, M., Denicoff, K., Smith-Jackson, E., Leverich, G., Bryan, A., Ali, S., e Post, R. (1999). Mania interrupção relacionados com antidepressivos: a observação em perspectiva crítica e implicações teóricas na desordem bipolar. *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.

Goodwin, G.M. (1994). Recorrência de mania após a retirada 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.

Goozner, Merrill. (2004). *A pílula \$800 milhões dólares: A verdade por trás do custo de novos medicamentos*. 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.

Gorman, J.M. (1997). *O guia essencial para drogas psiquiátricas*. Martin Press. 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.

Goudie, A.J., J.A. Smith, Robertson, A., & Cavanagh, C. (1999). Clozapina como uma droga de dependência. *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.

Grady, D. (1998, 15 de abril). Reações a medicamentos prescritos matar dezenas de milhares de pessoas, mostra estudo. *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.

Green, A. (1989). Abuso físico e sexual de crianças. Em H. Kaplan & Sadock B. (Eds.), *livro-texto abrangente de psiquiatria* (pp. 1962-1970). Baltimore: Williams e 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>.

Green, A. (2003). Sintomas de abstinência são muito frequentes e difíceis de tratar. *British Medical Journal [Jornal Médico Britânico]*, 324. Disponível em: <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.

Greenberg, R., Bornstein, R., Greenberg, M., & Fisher, S. (1992). Uma meta-análise de resultado antidepressivo em “blinder” condições. *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.

Grohol, J.M. (1997) *O guia do insider aos recursos de saúde mental on-line de Nova 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.

Gualtieri, C.T., & Sovner, R. (1989). Acatisia tardia e akatisia. *Aspectos psiquiátricos de Comentários 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.

Gualtieri, C.T., & Staye, J. (1979). Sintomas de abstinência após a interrupção abrupta de amitriptilina em um menino de oito anos de idade. *American Journal of Psychiatry*, 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.

Haddad, P. (1997). Antidepressivos mais novos e a síndrome de descontinuação. *Jornal de Psiquiatria Clínica*, 58 (suplemento 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.

Haddad, P., Lejoyeux, M., & Young, A. (1998). Reações a descontinuação do antidepressivo são evitáveis 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.

Hall, S.S. (1998, 13 de fevereiro). Nossas memórias, nossos eus. *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.

Hardman, J.G., & Limbird, L.E. (1996). *Goodman e Gilman as Bases Farmacológicas da terapêutica*, 9 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.

Hartman, P.M. (1990). 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.

D. Healy (1997) *A era antidepressivo* 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.

D. Healy (2004). *Deixe-os comer Prozac: A relação pouco saudável entre a indústria farmacêutica e depressão*. New York e Londres: 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.

Hegarty J.M. (1996). A retirada da droga anti-psicótico. *Abordagens atuais para Psicoses*, 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.

Heh, CWC, Sramek, J., Herrera, & Costa, J. (1988). Exacerbação da psicose após a descontinuação do tratamento carbamazepina. *American Journal of Psychiatry*, 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.

Hindmarch, I., Kimber, S., & Cockle, S.M. (2000). Interrupção abrupta e de curta duração 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.

Hoehn-Saric, R., Lipsey, J.R., & McLeod, D.A. (1990). Apatia e indiferença em doentes a tomar 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.

Horgan, J. (1999, 21 de março). Placebo nação. *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 prescritas]. (Junho 2003). Fundação da Família de Henry Kaiser. Posted on: www.kff.org

Impacto de direct-to-consumer publicidade em gastos com medicamentos de prescrição. (Junho 2003). O Henry Kaiser Family Foundation. Postado em: 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>.

IMS Health (1999, 21 de abril). EUA indústria farmacêutica gastou mais de \$5,8 bilhões 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.

INCB (International Narcotics Control Board [Conselho Internacional de Controle de Narcóticos]) (1996, Novembro). *Controle do uso do metilfenidato no tratamento do ADD: Reunião de peritos sobre estimulantes do tipo anfetamina, Xangai*, 25-29 Novembro de 1996. Viena, Áustria: JIFE.

(*)

[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^o 4 [Relatório Anual de Fundamentos do INCB Nota N^o 4]*. Vienna, Austria:

INCB.

INCB (International Narcotics Control Board [Conselho Internacional de Controle de Narcóticos]) (1997, 04 de março). INCB vê risco permanente em estimulantes prescritos para as crianças. *INCB Nota de fundo Relatório Anual Nº 4*. Viena, Áustria: JIFE.

(*)

[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.

Inuwa, I., Horobin, R., & Williams, A. (1994, Julho). Um estudo TEM de células brancas do sangue de pacientes sob terapia neuroléptica. *ICEM 13-Paris* [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.

Jacobovitz, D., Sroufe, L.A., Stewart, M., & Leffert, N. (1990). Tratamento de problemas de atenção e hiperatividade em crianças com drogas simpatomiméticas: Uma revisão abrangente. *Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil 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.

Jacobs, D. (1995). Psiquiátrica drogar: Quarenta anos de pseudo-ciência, auto-interesse, e indiferença para prejudicar. *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.

Jacobs, D., & Cohen, D. (1999). O que é realmente conhecido sobre alterações psicológicas produzidas por medicamentos psiquiátricos? *International Journal of Risk and Safety in Medicine [Jornal Internacional do Risco e Segurança em Medicina]*, 12 (2).

(*)

[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).

Jacobs, D., & Cohen, D. (1999). What is really known about psychological alterations produced by psychiatric drugs? *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.

Jacobs, D., & Cohen, D. (2004). Escondidos na vista lisa: rejeição DSM-IV da abordagem categórica ao diagnóstico de *Psicologia Existencial Revisão & Psiquiatria*, 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.

Jaffe, J. (1980). Dependência de drogas e abuso de drogas. 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.

Jess, G., Smith, D. MacKenzie, C., & Crawford, C. (2004). Carbamazepina e mania rebote. *American Journal of Psychiatry*, 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.

Comissão Conjunta de Doença Mental e Saúde Mental. (1961). (Relatório Final). *Ação de 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.

Julien R.M., (1997). *A cartilha de 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].

Kapit, R.M. (1986, 17 de outubro). Atualizado de segurança. NDA 18-936 [Prozac para a depressão]. Documento interno do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Serviço de Saúde Pública, Food and Drug Administration, Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas. Obtidos através do Freedom of Information Act.

(*)

[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.

Karp, D.A. (2006). *É de mim ou dos meus remédios? Que vivem com antidepressivos*. Cambridge, M.A., e 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.

Kassirer, Jerome P. (2005). Na tomar: Como a cumplicidade dos Estados Unidos com as grandes empresas podem colocar em risco a sua saúde. Oxford e 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.

Kean, B. (2005). A sociedade de risco e de Déficit de Atenção e Hiperatividade (DHDA); A análise da pesquisa social crítica sobre o impacto de desenvolvimento e social do diagnóstico da DHDA. *Psicologia humana ética e Psiquiatria*, 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.

Kean, B. (2006). A globalização da atenção défice hiperatividade e os direitos da criança. *International Journal of 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.

Keely, K.A. & Licht, A.L. (1985). Retirada gradual versus abrupta de metilfenidato em dois mais velhos do sexo masculino dependentes. *Jornal de Tratamento de Abuso de Substâncias*, 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.

Kennedy S.H., Eisfeld, B.S., Dickens, S.E., Bacchioni, J.R., & Bagby R.M. (2000). Antidepressivo induzido disfunção sexual durante o tratamento com moclobemida, paroxetina, sertralina e venlafaxina. *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.

Kim, D.R., & Staab, J.P. (2005). Quetiapina síndrome de descontinuação. *American Journal of Psychiatry*, 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.

King, J.R., & Hullin, R.P. (1983). Sintomas de abstinência a partir do lítio: Quatro relatos de caso e um questionário estudo *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.

Kirk, A., & Kutchins, H. (1992). A venda de 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.

Kirsch, I. (1997). Especificando nonspecifics: mecanismos psicológicos de efeitos placebo. Em A. Harrington (Ed.), *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> .]

Kirsch, I., & Sapirstein, G. (1998). Listening to Prozac, mas ouvir placebo: A meta-análise de medicação antidepressiva. *Prevenção e Tratamento*, 1, 0002a artigo. [Junho Posted 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.

Kirsch, I., Moore, T., Scoboria, A. & Nicholls, S. (2002). Drogas novas do imperador: Uma análise dos dados medicação antidepressiva submetido ao “*Food and Drug Administration [Administração de Drogas e Alimentos]*” EUA. *Prevenção e Tratamento*, 5, artigo 23, postou 15 de julho de 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.

Klein, H.E., Broucek, B., & Greil, W. (1981). Retirada 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.

Klein, R.G., e Bessler, A.W. (1992). Estimulantes efeitos colaterais em crianças. Em J.W. Kane & Lieberman J.A. (Eds.), *Os efeitos adversos de medicamentos psicotrópicos* (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.

Koch, S., Jager-romana, E., Lösche, G., Nau, H., Avaliação, D., & Helge, H. (1996). Tratamento de drogas antiepilépticas na gravidez: efeitos colaterais da droga no resultado recém-nascido e 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.

Koopowitz, L.F., & Berk, M. (1995). Paroxetina os efeitos induzidos pela abstinência. *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.

Kramer, J.C., Klein, D.F., & Fink, M. (1961). Sintomas de abstinência após a descontinuação da terapia imipramina. *American Journal of Psychiatry*, 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>⁴⁷.

Lacasse, J., & Leo, J. (2005). Serotonina e depressão: A desconexão entre a publicidade e a literatura científica. *PLoS Medicine*, dois (12), e392. Disponível gratuitamente on-line em <http://medicine.plosjournals.org>.

(*)

[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.

Lader, M. (1983). Benzodiazepínicos estados de abstinência. Em M.R. Trimble (Ed.), *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.

Lader, M. (1991). História de dependência de benzodiazepínicos. *Jornal de Tratamento de Abuso de Substâncias*, 8, 53-59.

(*)

[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.

Lader, M. (1992). Responsabilidade abuso de drogas psicotrópicas prescrito. J.M. em Kane & Lieberman J.A. (Eds.), *Os efeitos adversos de medicamentos psicotrópicos* (pp. 77-84). New York: Guilford Press.

(*)

⁴⁷**Internet:** “<http://medicine.plosjournals.org>”.

[241]

Lago, J.A., & Kosten, T.R. (1994). Stimulant Withdrawal [Abstinência de Estimulantes]. *Addiction [Vício]*, 89, 1477-1481.

Lago, J.A., & Kosten, T.R. (1994). Retirada estimulante. *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,

Lal, S., & AlAnsari, E. (1986). Tourette-como a síndrome após baixas doses de tratamento a curto prazo 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.

Lang, A.E. (1994). Acatisia retirada: Relatos de casos e uma proposta de classificação de akatisia crônica. *Distúrbios do 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.

Lapierre, Y.D., Gagnon, A., & Kokkinidis, L. (1980). Rápida recorrência de mania retirada de lítio seguinte. *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.

Lei, W., III, Petti, T.A. & Kazdin, A.E. (1981). Sintomas de abstinência após a cessação gradativa de imipramina em crianças. *American Journal of Psychiatry*, 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 [Psicossomática]*, 26, 869-874, 877.

Lawrence, J.M. (1985). Reações a retirada de antidepressivos, medicamentos antiparkinsonianos e lítio. *Psicossomática*, 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.

Lazarou, J. Pomeranz, B.H., e Corey, P. (1998, 15 de abril). Incidência de reações adversas a medicamentos 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.

Leipzig. R.M. (1992). Os efeitos gastrointestinais e hepáticas de drogas psicotrópicas. J.M. em Kane & Lieberman J.A. (Eds.), *Os efeitos adversos de medicamentos psicotrópicos* (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.

Lejoyeux. M., & Ades, J. (1997). Descontinuação do antidepressivo: Uma revisão da literatura. *Jornal de Psiquiatria Clínica*, 58 (suplemento 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/2126918/⁴⁸.

Lenzer. J. (2005, 27 de setembro). Segredos de drogas: O que a FDA não está dizendo *Slate*.. [www.slate.com/id/2126918 /](http://www.slate.com/id/2126918/).

(*)

[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 DHDA (TDAH) com Imagens do Cérebro]. *Journal of Mind and Behavior* [Jornal da Mente e do Comportamento], 24, 29-56.

Leo, J., & Cohen, D. (2003). Cérebros quebrado ou estudos falhos? A critical review of DHDA brain imaging research. *Journal of Mind and Behavior* [Jornal da Mente e do Comportamento], 24, 29-56.

(*)

[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.

Levinson-Castiel, R., Merlob, P., Linder, N., Sirota, L., & Klinger, G. (2006). Síndrome de abstinência neonatal após exposição in utero aos inibidores de reabsorção seletivos de serotonina em crianças nascidas a termo. *Arquivos de Medicina Pediátrica e Adolescente*, 160, 173-176.

(*)

[253]

Lewontin, R.C. (1992). *Biology as Ideology* [Biologia como Ideologia]. New York: HarperPerennial.

Lewontin, R.C. (1992). *Biologia como ideologia*. New York: HarperPerennial.

(*)

⁴⁸ "... gaia/mental/drogapsi/bilingue/www.slate.com/id/2126918/".

[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.

Lewontin, R.C., Rose, S., & Kamin, L. (1984). *Não em nosso genes: ideologia Biologia e da 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.

Lieberman, J.A. (2006). 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.

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., e Hsiao, J.K. (Investigadores CATIE). (2005). Eficácia dos medicamentos antipsicóticos 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.

Lifshitz, K., O'Keefe, R.T., Lee, K.L., Linn, G.S., Mase, D., Avery J., Lo, E., & Cooper, T.B. (1991). Efeito do tratamento prolongado flufenazina depot e retirada nos comportamentos sociais e outros de macacos Cebus apella. *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.

Liskin, B., Roose, S.P., Walsh, B.T., & Jackson, W.K. (1985). Psicose aguda após a descontinuação 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.

Luchins, D.J., Freed, W.J., & Wyatt, R.J. (1980). O papel da supersensibilidade colinérgicos nos sintomas clínicos associados com a retirada de drogas antipsicóticas. *American Journal of Psychiatry*, 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.

Maisami, M., & Golant, D. (1991). Retirada dos neurolépticos. *Jornal da Academia de Psiquiatria Infantil e Adolescente*, 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.

Mander, A.J. (1986). 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 Lanceiro]*, 2, 15-17.

Mander, A.J., & Loudon, J.B. (1988, 02 de julho). Rápida recorrência de mania após a interrupção abrupta de lítio. *The Lancet [O Lanceiro]*, 2, 15-17.

(*)

[263]

Manos, N., Gkiouzepas, 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.

Manos, N., Gkiouzepas, J., & Logothetis, J. (1981). A necessidade de uso contínuo de medicamentos antiparkinsonianos com pacientes esquizofrênicos crônicos recebendo terapia a longo prazo neurolépticos. *American Journal of Psychiatry*, 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.

Mant, A., & Walsh, R. (1997). Redução do uso de benzodiazepínicos. *Drogas e Álcool de Revisão*, 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.

Marks, I.M., De Albuquerque, A., Cottraux, J., Gentil, V., Greist, J., Mão, J., Liberman, R.L., Relvas, J.S., Tobena, A., & Tyrer, P., et al. (1989). 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.

Marks, J. (1978). Os benzodiazepínicos: Use, uso excessivo, abuso, uso incorreto. Lancaster, Inglaterra: 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.

Maxmen, J.S., & Ward, N.G. (1995). Drogas psicotrópicas fatos rápidos, 2^a 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.

Podem P., London, E.B., Zimmerman, T., Thompson, R., Mento, T., & Spreat, S. (1995). Um estudo da evolução clínica de pacientes com retardo mental profundo gradualmente retirada da 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.

McCready, K. (1995 Verão). O que cura o ser humano? Tecnologia ou a humanidade - não é uma escolha. Relatório do Centro para o Estudo da Psiquiatria e Psicologia na Tenet Direitos: Newsletter 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.

McInnis, M., & Petursson, H. (1985). Retirada de triexifenidila. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 297-303.

(*)

[271]

Medawar, C. (1992). *Power and Dependence [Poder e Dependência]*. London: Social Audit.

Medawar, C. (1992). *Poder e dependência*. London: Auditoria Social.

(*)

[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.

Medawar, C. (1997). A web antidepressivo: depressão Marketing e tornar o trabalho medicamentos. *International Journal of 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.

Medawar, C., & Hardon, A. (2004). Medicamentos fora de controle? Antidepressivos e da conspiração de boa vontade. London: Academic Publishers Aksant / Transação.

(*)

[274]

Medical Letter (1998, 13 de fevereiro). Some Drugs That Cause Psychiatric Symptoms [Algumas Drogas Que Causam Sintomas Psiquiátricos]. *Medical Letter on Drugs and Therapeutics [Informes Médicos sobre Drogas e Terapêutica]*, 40, 21-24.

Carta médica (1998, 13 de fevereiro). Algumas drogas que causam sintomas psiquiátricos. Carta médica 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.

Mender, D. (1994). 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.

Menza, M.A. (1986). Síndrome de abstinência em uma paciente deprimido tratados 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.

Miller, M.M., & Potter-Efron, R.T. (1990). Agressão e violência associados ao abuso de substâncias. *Journal of Chemical Tratamento de Dependência*, 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.

Mirin, S.M., Schatzberg, A.F., Creasy & D.E. (1981). 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.

Moncrieff, J. (2006a). Por que é tão difícil parar o tratamento medicamentoso psiquiátrico? Pode não ser 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.

Moncrieff, D. (2006b). Faz antipsicótico retirada psicose provocar? Revisão da literatura sobre psicose de início rápido (psicose supersensibilidade) e retirada relacionados recaída. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 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.

Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005). Repensar os modelos de ação das drogas psicotrópicas. *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>⁴⁹.

Moncrieff, J., & Cohen, D. (2006). Fazer antidepressivos causa ou cura estados cerebrais anormais? *PLoS Medicine*, 3 (7), E240. Disponíveis livremente na Internet em: <http://medicine.plosjournals.org>

(*)

[283]

Moncrieff, J. & Kirsch, I. (2006). Efficacy of Antidepressants In Adults [Eficácia dos Antidepressivos em Adultos]. *BMJ* 331: 155-157.

Moncrieff, J. & Kirsch, I. (2006). Eficácia dos antidepressivos em adultos. *BMJ* 331: 155-157.

(*)

⁴⁹**Internet:** “<http://medicine.plosjournals.org>”.

[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.

Montalbetti, D.J., e Zis, A.P. (1988). Rebote colinérgico após a retirada 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.

Moore, T.J. (1995). *Medicina mortífera: Por que dezenas de milhares de pacientes com problemas cardíacos morreu no desastre da América do pior droga*. 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.

Moore, T.J. (1997, dezembro). *Difícil de engolir: Riscos ocultos de antidepressivos*. O pp, *Washingtonian* 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.

Moore, T.J. (1998) *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.

Morris, L.A., Tabak, E.R., & Gondek, K. (1997). *Aconselhamento dos pacientes sobre a medicação prescrita: 12 anos de tendências*. *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.

Mosher, L. (1996). Soteria: A comunidade terapêutica para pessoas psicóticas. Em P. Breggin & E.M. Stern (Eds.), *abordagens psicossociais para os pacientes profundamente perturbados* (pp. 43-58). New York: Haworth Press. Também publicado como *O Paciente Psicoterapia*, 9 (04/03), de 1996.

(*)

[290]

Mosher, L.R., & Burti, L. (1994). *Community Mental Health: Principles and Practice [Saúde Mental Comunitária: Princípios e Prática]*. New York: Norton.

Mosher, L.R., e Burti, L. (1994). *Comunidade de saúde mental: 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> .

Mosher, L., & Cohen, D. (2003). Um exame ético de eletroconvulsoterapia (ECT) *Mentor Virtual: Ética Journal of the American Medical Association* Disponível 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.

Myslobodsky, M.S. (1986). Anosognosia na discinesia tardia: “dysmentia tardia” ou “demência tardia”? *Boletim 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.

Nolan, E.E., Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (1999). Retirada estimulante medicação durante a terapia a longo prazo em crianças com comórbida desordem de hiperatividade e déficit de atenção de tiques crônicos múltiplos. 1), 730-737. 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.

Noyes, R., Jr., Garvey M.J., Cook, B., & Suelzer, M. (1991). Retirada de benzodiazepínicos: Dr. resposta Noyes e associados *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.

Olfson M., Marcus S.C., Tedeschi, M., & Wan, G.J. (2006). Continuidade do tratamento 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 IsRSS [SSRIs] Inhibit Emotional Responses? [Embotamento Emocional Associado com Disfunção Sexual Induzida por IRSS [SSRI]. Será que os IsRSS [SSRIs] Inibem as Respostas Emocionais?] *International Journal of Neuropsychopharmacology [Jornal Internacional de Neuropsicofarmacologia]*, 5, 147-151.

Opbroek, A., Delgado, P.L., Laukes, C., C. McGahuey, Katsanis, J., Moreno, F.A., & Manber, R. (2002). Embotamento emocional associada com IRSS [SSRI]-induzido disfunção sexual. Fazer IsRSS [SSRIs] inibir 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.

Otani, K., Tanaka, O., Kaneko, S., Ishida, M., Yasui, N., & Fukushima, Y. (1994). Mecanismos do desenvolvimento de sintomas de abstinência 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.

Otto, M.W., Pollack, M.H., & Barlow, D.H. (1995). Parar a medicação ansiedade. A pasta de trabalho para os pacientes que querem interromper o tratamento benzodiazepínico para desordem do pânico. Albany, N.Y.: Graywind Publicações.

(*)

[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> .

Pacheco, L. (2002). Sintomas de abstinência são muito frequentes e difíceis de tratar. *British Medical Journal [Jornal Médico Britânico]*, 324. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/324/7332/260>.

(*)

[300]

PDR for Herbal Medicines [PDR de Medicamentos Fitoterápicos] (1998). Montvale, N.J.: Medical Economics.

PDR de medicamentos fitoterápicos (1998). Montvale, N.J.: Economia Médica.

(*)

[301]

Peabody C.A. (1987). Trazodone Withdrawal and Formication [Abstinência de Trazodona e Formigamento]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 48, 385.

Peabody C.A. (1987). Trazodona retirada e formigamento. *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 Desordem Depressiva Maior]. *Journal of Affective Disorders [Jornal das Desordens Afetivas]*, 89, 207-212.

Perahia, D.G., Kajdasz, D.K., Desai, D., & Haddad, P.M. (2005). Sintomas após a interrupção abrupta do tratamento com duloxetina em pacientes com desordem depressiva 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.

Perenyi, A., Frecska, E., Bagdy G., & Revai, K. (1985). Alterações do estado mental, hipercinesia e parâmetros bioquímicos após a retirada 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 Desordem Bipolar: Os Resultados Primários do Programa Sistemático de Melhoria do Tratamento para a Desordem Bipolar (STEP-BD)]. *American Journal of Psychiatry [Jornal Americano de Psiquiatria]*, 163, 217-224.

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). Preditores de recorrências na perturbação bipolar: os resultados primários do programa sistemático de melhoria do tratamento para a desordem 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.

Perry P.J., Alexander, B., & Liskow, B.I. (1997). *Psicofármacos manual*, 7 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.

Petursson, H. (1994). A síndrome de abstinência dos benzodiazepínicos. *Vício*, 89, 1455-1459.

(*)

[307]

Physicians' Desk Reference [Referência de Mesa dos Médicos] (1998). Montvale, N.J.: Medical Economics. (Revised annually)

Physicians' Desk Reference (1998). Montvale, N.J.: Economia Médica. (Revista anualmente)

(*)

[308]

Physicians' Desk Reference [Referência de Mesa dos Médicos] (2007). Montvale, N.J.: Thomson PDR,

Physicians' Desk Reference (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.

Tortas, R.W. (1998). *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.

Pollock, B.G. (1998). Sintomas de descontinuação e IsRSS [SSRIs]. *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.

Poyurovski, M., Bergman, Y., Shoshani, D., Schneidman, M., & Weizman, A. (1998). Surgimento de sintomas obsessivo-compulsivos e tiques durante a retirada clozapina. *Clínica Neurofarmacologia*, 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].

PRNewswire via notícias de Borda Corporation (1998, 04 de junho). GAMIAN P.R. insta tratamento agressivo 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.

Quitkin, F.M., Adams, D.C., Bowden, C.L., Heyer, E.J., Rifkin, A., Lojas, E.M., Tandon, R., & Taylor, B.P. (1998). *Atual drogas psicoterapêuticas*, 2^a 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.

Ramaswamy, S., Vija, D., William, M., Sattar, S.P., Praveen, F., & Petty, F. (2004). Aripiprazol, 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.

Rappoport, J.L., Buchsbaum, M., Zahn, T.P., Weingartner, H., Ludlow, C., & Mikkelsen, E. (1978). 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.

Rauch, S.L., O'Sullivan, R.L. & Jenike, M.A. (1996). Tratamento aberto da 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.

Rickels, K., Case, W.G., Schweizer, E., Garcia-Espana, F., & Fridman, R. (1991). Usuários de longo prazo 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.

Rifkin, A., Quitkin, F., Howard, A., & Klein, D.F. (1975). Um estudo da retirada abrupta de lítio. *Psychopharmacologia*, 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.

Rocha, B.A., Fumagali, F., Gaintdinov, R., Jones, S.R., Ator, R., Giros, B., Miller, G.W., e Caron, M.G. (1998). Auto-administração de cocaína em camundongos knockout-transportador de dopamina. *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.

Rogers, C. (1961). Alguns aprendizados a partir de um estudo de psicoterapia com esquizofrênicos. Em C. Rogers & Stevens B. (Eds.), *Por se tornar uma pessoa: Uma visão do terapeuta de psicoterapia* (pp. 183-196). New York: Houghton Mifflin.

(*)

[321]

Rogers, C. (1995). *A Way of Being [Uma Maneira de Ser]*. New York: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1995). *A 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.

Roseira, P., & Stewart, T. (1989). A 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.

Rosenbaum, J.F., Fava, M., Hoog, S.L., Ascroft, R.C., & Krebs, W.B. (1998). Síndrome de descontinuação do Inibidor de Reabsorção Seletivo da Serotonina: Um teste clínico randomizado de *Psiquiatria Biológica*, 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.

Rosenbaum, J.F., & Zejecka, J. (1997). Manejo clínico da descontinuação do antidepressivo. *Jornal de Psiquiatria Clínica*, 58 (suplemento 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.

Ross, C.A., e Pam, A. (1994). Pseudociência em psiquiatria materialista: Culpar 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.

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., Lutero, J.F., Shores-Wilson, K., Niederehe, G., & Fava, M. para a equipe do estudo STAR * D (2006). Bupropiona, sertralina ou venlafaxina-XR após a falha de IsRSS [SSRIs] para a 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>.

Russell, J. (2007, 01 de fevereiro). Cymbalta lidera o caminho para a Lilly. O Indianapolis Star. Retirado 03 de fevereiro de 2007 a partir de: <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.

Rybacki, J., & Long, J.W. (1998). 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.

Sachdev, P. (1995). A epidemiologia da akatisia induzida por drogas: Parte I.I.. Crônica, tardia e akathisias retirada. *Boletim 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.

Mais seguro, D.J., Allen, R.P. & Barr, E. (1975). Relançamento do crescimento após o término de drogas estimulação. *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.

Schatzberg, A.F. (1997). Síndrome de descontinuação do antidepressivo: Uma atualização dos inibidores de reabsorção da serotonina. *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]”.

Schatzberg, A.F., Cole, J.O., e DeBattista, C. (1997). Manual de psicofarmacologia clínica, 3^a ed. Washington, D.C. / Londres, Inglaterra: American Psychiatric Imprensa.

(*)

[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.

Schatzberg, A.F., Haddad, P., Kaplan, E., Lejoyeux, M., Rosenbaum, J.F., Young, A.H., e Zajecka, J. (1997). Inibidor de Reabsorção Seletivo da Serotonina síndrome de interrupção: uma definição hipotética. *Jornal de Psiquiatria Clínica*, 58 (suplemento 7), 50-10.

(*)

[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.

Schatzberg, A.F., Blier, P., Delgado, P.L., Fava, M., Haddad, P.M., e Shelton, R.C. (2006). Síndrome de descontinuação do antidepressivo: Consenso de recomendações do painel para gerenciamento de clínicas e de pesquisa adicional. 4), 27-30. 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.

Schommer, J.C., & Wiederholt, J.B. (1997). A associação do status da prescrição, a idade do paciente, sexo do paciente, e o comportamento pergunta-resposta do paciente com o conteúdo do farmacêutico-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.

Schou, M. (1993). Existe uma síndrome de abstinência de lítio? Um exame das provas. *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.

Schwartz, R.H. & Rushton, H.G. (2004). Priapismo gagueira associada com a retirada de liberação prolongada de metilfenidato. *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.

Selemon, L.D., Lidow, M.S., & Goldman-Rakic, P.S. (1999). Aumento de volume e densidade glial no córtex primata prefrontal associados à exposição crônica com antipsicóticos. *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.

RI Shader, e Greenblatt, D.J. (1993). 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.

Sharkey J. (1994). *Bedlam: ganância, especulação e fraude em um sistema de saúde mental enlouquecido*. Martin's Press. Martin 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.

Shelton, R.C. (2006). A natureza da síndrome de descontinuação da terapia com antidepressivos associados. 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> .]

Sherman, C. (1998). Mudança visto em psicotrópicos padrões de prescrição. *Clínica de Psiquiatria News*, 26 (4). [Disponível on-line em <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.

Shiovitz, T.M., Welke, T.L., Tigel, P.D., Anand, R., Hartman, R.D., Sramek, J.J. Kurtz, N.M., e Cutler, N.R. (1996). Clozapina rebote e psicose rápido início após a retirada abrupta da clozapina. *Boletim 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.

Shirzadi, A.A., & Ghaemi, N. (2006). Efeitos colaterais de antipsicóticos atípicos: os sintomas extrapiramidais e a síndrome metabólica *Harvard Revisão de Psiquiatria*, 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.

Silva, R.R., Friedhoff, A.J., & Alpert, M. (1993). Psicose retirada dos neurolépticos na Síndrome 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.

Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O.E., Kvale, G., Nielsen, G.H., e Nordhus, I.H. (2006). Terapia cognitivo-comportamental vs zopiclone para o tratamento de insônia primária crônica em adultos mais velhos: um teste randomizado e controlado. *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.

Snowden, M., & Roy-Birne, P. (1998). Reforma casa doença mental e enfermagem: OBRA-1987 dez anos depois. *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.

Sovner, R. (1995). Tioridazina retirada induzida deterioração comportamental tratados com clonidina: Dois relatos de casos. *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.

Spieb-Kiefer, C., Grohmann, R. Schmidt, L.G., e Ruther, E. (1988). Graves e potencialmente fatais reações adversas a drogas psicotrópicas. *Pharmacopsychiatry*, 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.

Spivak, B., Weizman, A., Wolovick, L., Hermesh, H., Tyano, S., & Munitz, H. (1990). 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.

Staedt, J., Stoppe, G., Hajak, G., & Ruther, E. (1996). Rebound insônia após a retirada abrupta da clozapina. *Europeu de Arquivos de Psiquiatria e Neurociências Clínicas*, 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.

Stanilla, J.K., de Leon, & Simpson, G.M. (1997). Retirada clozapina resultando em delírio com psicose: Um relatório de três casos. *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.

Stead, J., Lloyd, G., & Cohen, D. (Eds), (2006). *Críticas novas perspectivas sobre a DHD*. London & New York: Routledge.

(*)

[354]

Stoukides, J.A., & Stoukides, C.A. (1991). Extrapiramidal Symptoms upon Discontinuation of Fluoxetine [Sintomas Extrapiramidais com a Descontinuação da Fluoxetina]. *American Journal of Psychiatry* [*Jornal Americano de Psiquiatria*], 148, 1263.

Stoukides, J.A., & Stoukides, C.A. (1991). Sintomas extrapiramidais com a interrupção 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*]".

Stowe, Z.N., Strader, Jr., J.R., & Nemeroff, C.B. (1998). Psicofarmacologia durante a gravidez e lactação. Em A.F. Schatzberg & Nemeroff C.B. (Eds.), *Livro Didático da psicofarmacologia*, 2^a ed. (Pp. 979-996). Washington, D.C.: American Psychiatric Imprensa.

(*)

[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 Belga*], 84, 75-83.

Surmont, DWA, Colardyn, F., & De Reuck, J. (1984). Complicações fatais de neurolépticos: Um estudo clínico-patológico de três casos. *Acta Neurológica Belgica*, 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.

Swanson, J.M. (1993, 27-29 janeiro). Intervenção médica para crianças com desordem de déficit de atenção. *Anais do Fórum sobre a Educação de Crianças com Desordem de Déficit de Atenção*, pp 27-34. Washington, D.C.: EUA Departamento de Educação, 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.

Swantek, S.S., Grossberg, G.T., Neppe, V.M., Doubek, W.G., Martin, T., & Bender, J.E. (1991). O uso da carbamazepina no tratamento de retirada de benzodiazepínicos em uma população geriátrica. *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.

Szabadi, E. (1992). Fluvoxamina síndrome de abstinência. *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.

Tandon, R., Dutchak, D., & Greden, J.F. (1989). Síndrome colinérgica após a retirada anticolinérgicos em um paciente esquizofrênico maconha abusando. *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.

Taylor, D. (1999, Setembro / outubro). Retirada verdade: David Taylor experimentou retirada IRSS [SSRI] - Não é bem como os textos-padrão dizer. *Mente aberta* (Associação Nacional para a Saúde Mental, Londres), 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.

Taylor, D., Stewart, S., & Connolly, A. (2006). Sintomas de abstinência antidepressivo: Telefone chamadas para uma linha de medicamentos nacionais *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]*.

Templo, R. (1987, 28 de Dezembro). Memorando: label fluoxetina. Memorando do diretor do Escritório de Pesquisa de Drogas e Review, o diretor da Divisão de Medicamentos Neurofarmacologia. Documento interno do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Serviço de Saúde Pública, Food and Drug Administration, Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas. Obtidos através do Freedom of Information Act.

(*)

[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]*.

Templo, R. (1987, 28 de Dezembro). Aprovação de sertralina. Memorando do diretor do Escritório de Pesquisa de Drogas e Review, o diretor da Divisão de Medicamentos Neurofarmacologia. Documento interno do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Serviço de Saúde Pública, Food and Drug Administration, Centro de Avaliação e Pesquisa de Drogas. Obtidos através do Freedom of Information Act.

(*)

[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.

Theilman, S.B., e Chistenbury M.M. (1986). Hipomania após a retirada da 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.

Therrien, F., & Markowitz, J.S. (1997). 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.

Thompson, C. (1998). 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.

Toru, M., Matsuda, O., Makiguti, K., & Sugano, K. (1981). Síndrome neuroléptica maligna - como estatal na sequência da retirada de medicamentos antiparkinsonianos. *Jornal de doença nervosa e mental*, 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.

Tran, K.T., Hranicky, D., Lark, T., & Jacob, N. (2005). Gabapentina síndrome de abstinência, na presença de um cone. *Desordens Bipolares*, 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.

Tranter, R., & Healy, D. (1998). Neurolépticos síndromes de descontinuação. *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.

Trial court's authority to investigate and determine the correctness and veracity of judgments. (1996, 30 de maio). *Hon. Eli Lilly and Company (95-SC-580-MR)*. *Eli Lilly and Company (95-SC-580-MR)*. Appeal from Court of Appeals: Opinion by Justice Wintersheimer, reversing, prestados 23 de maio de 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]*.

Trifiro, G., Verhamme, K.M., Ziere, G., Caputi, A.P., Stricker, B.H., e Sturkenboom, M.C. (2006). Todas as causas de mortalidade associadas com antipsicóticos atípicos e típicos em pacientes ambulatoriais demente. *Farmacoepidemiologia & Drug Safety*.

(*)

[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.

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. (STAR*D Study Team) (2006). Resultados com citalopram para a depressão através de medidas de cuidados baseados em STAR * D: Implicações para a 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.

Tucker, G.J. (1997). Editorial: Colocar 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.

Umbarger, C., Dalsimer, J., Morrison, A., & Breggin, P. (1962). *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.)

USPDI. (1998). *Informações sobre medicamentos para o profissional de saúde*, ed 18. USPDI; Rockville, M.D.. (Revista anualmente).

(*)

[377]

van Geffen, E.C., Hugtenburg, J.G., Heerdink, E.R., van Hulst, 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 Usuárias 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.

van Geffen, C.E., Hugtenburg, J.G., Heerdink, E.R., van Hulst, R.P. & Egberts, A.C. (2005). Sintomas de descontinuação em usuárias de inibidores de reabsorção seletivos de serotonina na prática clínica: Tapering contra a interrupção 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.

van Putten, T., & Marder, S. (1987). Toxicidade comportamental de drogas antipsicóticas. *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).

Varchaver, M. [News Service americano Advogado] (1995, 25 de setembro). Veredito 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.

Viguera, A.C., Baldessarini, R.J., Hegarty J.D., van Kammen, D.P., & Tohen, M. (1997). 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.

Walsh, K.H., & Dunn, D.W. (1998). Complicações de psicoestimulantes. Em J. Biller (Ed.), *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.

Warner, C.H., Bobo, W., Warner, C., Reid, S., & Rachal, J. (2006). Síndrome de descontinuação do antidepressivo. *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 Lanceiro]*, 2, 318-319.

Webster, P.A. (1973). Sintomas de abstinência em recém-nascidos associadas com a terapia antidepressiva materna. *The Lancet [O Lanceiro]*, 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.

Weinberger, D.R., Bigelow, L.L., Klein, S.T., e Wyatt, R.J. (1981). A retirada da droga em pacientes esquizofrênicos crônicos: Em busca de psicose induzida por neurolépticos supersensibilidade. *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.

Weis, R. (1998, 15 de abril). Medicamentos corretamente prescritos tomar pesado tributo. *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.

Weller, R.A., e McKnelly, W.V. (1983). Relato de caso de discinesia de abstinência associados 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.

West, R., & Gossop, M. (1994). Resumo: Uma comparação entre os sintomas de abstinência de diferentes classes de medicamentos. *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.

Wexler, B., & Cicchetti, D. (1992). O tratamento ambulatorial da depressão. *Jornal de doença nervosa e mental*, 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.

Whitaker, R. (2005). Anatomia de uma epidemia: as drogas psiquiátricas e da ascensão surpreendente de doença mental nos Estados Unidos. *Psicologia humana ética e Psiquiatria*, 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 Seccionamento Cruzado e feita em Pacientes]. *Journal of Clinical Psychiatry [Jornal de Psiquiatria Clínica]*, 67, 204-210.

Williams, V.S., Baldwin, D.S., Hogue, S.L., Fehnelm, S.E., Hollis, K.A., Edin, H.M. (2006). Estimar a prevalência e o impacto dos antidepressivos induzida por disfunção sexual em dois países europeus: Uma pesquisa paciente transversal. *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.

Witschy, J.K., Malone, G.L., & Holden, L.D. (1984). Psicose após a retirada do 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.

Wolfe R.M., (1997). Reações de retirada do antidepressivo. *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.

Wolfe, S.M. (Ed.) (2005, janeiro). NÃO USE: A duloxetina (Cymbalta) para desordem depressiva maior - Nada de especial e possível toxicidade hepática. *Pills Pills pior melhor*, 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.

Associação Mundial de Psiquiatria (1993). Força-tarefa em sedativos hipnóticos. *Europeu de Psiquiatria*, 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.

Wylie R.M., (1995). Reduzindo o uso de benzodiazepínicos. *British Journal de Clínica 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.

Yassa, R. (1985). Antiparkinsonianos retirada da medicação no tratamento da discinesia tardia: 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.

Jovens, A.H., e Currie, A. (1997). Conhecimento dos médicos de efeitos da retirada do antidepressivo: Uma pesquisa. *Jornal de Psiquiatria Clínica*, 58 (suplemento 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.

Zalsman, G., Hermesh, H., & Munitz, H. (1998). Delirium retirada alprazolam: Um relato de caso. *Clínica Neurofarmacologia*, 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.

Zimmerman, M., Posternak, M., Friedman, M., Attiullah, N., Baymiller, S., Boland, R., Berlowitz, S., Rahman, S., Uy, K., & Singer, S. (2004). Quais os fatores que influenciam a seleção dos psiquiatras 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.

Zolpidem: agora classificado como um psicotrópicas em risco de abuso. (2003). *Prescrire International* [*Prescrição Internacional*], 2003, 12, 60.

(*)

14.6 Tradução das 50x6=300 páginas do livro original

Organização do livro original de 300 páginas em 50 partes de 6 páginas cada, para tradução deste “manual de defesa dos direitos humanos contra as drogas psiquiátricas”.

Parte	Páginas	Itens	Texto
1	1 até 6	0.5 até 0.5.1.5-2	texto 1
2	7 até 12	0.5.1.5-3 até 0.5.2.1-1	texto 2
3	13 até 18	0.5.2.1-2 até 0.5.2.5-6	texto 3
4	19 até 24	0.6 até 0.6.8-3	texto 4
5	25 até 30	0.6.8-4 até 0.6.12-9	texto 5
6	31 até 36	0.6.12-10 até 1.2-14	texto 6
7	37 até 42	1.2-15 até 1.3-3	texto 7
8	43 até 48	1.3-4 até 1.6-9	texto 8
9	49 até 54	2 até 2.7-1	texto 9
10	55 até 60	2.7-2 até 2.11-5	texto 10
11	61 até 66	3 até 3.4_8	texto 11
12	67 até 72	3.4_9 até 3.6.3_12	texto 12
13	73 até 78	3.6.3_13 até 3.7_10	texto 13
14	79 até 84	4 até 4.6_1	texto 14
15	85 até 90	4.6.1 até 4.6.4_1	texto 15
16	91 até 96	4.6.4_2 até 4.6.7_8	texto 16
17	97 até 102	4.6.7_9 até 4.8_3	texto 17
18	103 até 108	4.8_4 até 4.12_6	texto 18
19	109 até 114	5 até 5.5_4	texto 19
20	115 até 120	5.5_5 até 5.11_5	texto 20
21	121 até 126	6 até 6.3_1	texto 21
22	127 até 132	6.3_2 até 6.8_6	texto 22
23	133 até 138	6.9 até 7.1_5	texto 23
24	139 até 144	7.1_6 até 7.6_6	texto 24
25	145 até 150	7.7 até 7.10_1	texto 25

Parte	Páginas	Itens	Texto
26	151 até 156	7.10_2 até 7.12.9_1	texto 26
27	157 até 162	7.13 até 8.3_3	texto 27
28	163 até 168	8.3_4 até 8.7_5	texto 28
29	169 até 174	9 até 9.5_4	texto 29
30	175 até 180	9.6 até 9.9.1_5	texto 30
31	181 até 186	9.9.2 até 9.9.4_2	texto 31
32	187 até 192	9.9.4.3 até 9.12.1_1	texto 32
33	193 até 198	9.12.1_2 até 9.12.5_4	texto 33
34	199 até 204	9.12.5_5 até 9.15_11	texto 34
35	205 até 210	10 até 10.5.5_2	texto 35
36	211 até 216	10.5.5_3 até 10.8_5	texto 36
37	217 até 222	11 até 11.7_1	texto 37
38	223 até 228	11.7_2 até 11.10.2_8	texto 38
39	229 até 234	12 até 12.2_3	texto 39
40	235 até 240	13 até 13_2 (sub-item #13_2)	texto 40
41	241 até 246	13_2 (sub-item #13_2) até 14.1.3.3_3	texto 41
42	247 até 252	14.1.4 até 14.2.2.1_9	texto 42
43	253 até 258	14.3 até notas de rodapé de 1 a 28	texto 43
44	259 até 264	nota de rodapé 29 até 150	texto 44
45	265 até 270	nota de rodapé 151 até 262	texto 45
46	271 até 276	nota de rodapé 263 até 326	texto 46
47	277 até 282	Bibliografia [1] até [131]	texto 47
48	283 até 288	Bibliografia [132] até [225]	texto 48
49	289 até 294	Bibliografia [226] até [321]	texto 49
50	295 até 300	Bibliografia [322] até [400]	texto 50