

Orientações para retirada de Lítio

Baseadas no livro:

A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema

Sumário

1 Peter Breggin reduzindo a droga psiquiátrica	1
1.1 Vídeos: “Verdades Simples sobre a Psiquiatria”	2
1.2 Planeje a redução da droga psiquiátrica	2
2 Drogas psiquiátricas (Lítio usado como “estabilizador de humor”)	3
2.1 Definindo drogas, dependência química e física	3
2.2 Mecanismo eletro-químico da dopagem provocada pelo lítio	4
2.3 Podemos comprovar os desequilíbrios bioquímicos?	5
2.3.1 Desequilíbrios bioquímicos causados pela psiquiatria materialista	5
2.4 Os diagnósticos e rótulos da psiquiatria materialista	6
2.4.1 Diagnóstico psiquiátrico subvertendo o “locus de controle”	6
2.5 Psiquiatras resistentes ou empáticos na retirada das drogas	7
2.6 Resumo das reações de abstinência das drogas psiquiátricas	7
2.6.1 Reações de abstinência do lítio e anticonvulsivos	8
2.6.2 Reações de abstinência dificultam parar o consumo de drogas psiquiátricas	10
2.6.3 Diminuindo a anestesia provocada pela droga psiquiátrica	10
2.7 Porque parar de tomar drogas psiquiátricas?	11
2.7.1 Efeitos adversos do lítio, anticonvulsivos e outros “estabilizadores de humor”	11
2.7.2 Dopagem e loucura medicamentosa	12
2.7.3 Somente 28% de eficácia do tratamento psiquiátrico	13
2.7.4 Anestesia, apatia, insensibilidade de alguém amado (Lítio)	14
2.7.5 O caso de Robert (Lítio, Depakote, Xanax, Ativan, Prozac e Paxil)	15
2.7.6 Perda de memória e das funções mentais (Lítio)	15
2.7.7 Riscos da droga psiquiátrica na gravidez (Lítio)	16

1 Peter Breggin reduzindo a droga psiquiátrica

Neste informativo estamos colocando algumas citações do livro *A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*¹. Esta informação é direcionada aos indivíduos que estão tomando drogas psiquiátricas e querem reduzir o consumo aos poucos e de maneira segura. Neste caso, o conselho médico de Peter Breggin é: planejar bem a retirada e ir devagar. Em resumo:

*Intoxicação Cerebral*²

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

²**Índice do GAIA:** “Mente Espiritualizada”, **Subíndice:** “Intoxicação Cerebral”.

*Aviso sobre as drogas psiquiátricas*³: Elas são muito mais perigosas do que muitos percebem. Aconselhamos, ao parar de tomá-las, *planejar bem a retirada e ir devagar*⁴. E também ficar *alerta sobre os perigos de parar abruptamente*⁵ qualquer medicação deste tipo. Se necessário, leia a explicação do doutor *Peter R. Breggin*⁶ sobre *como retirar sua criança destas drogas*⁷ de drogaria.

1.1 Vídeos: “Verdades Simples sobre a Psiquiatria”

O doutor Peter Breggin é o autor do livro no qual estamos baseando estas sugestões. Ele possui um “canal” no youtube com uma série de vídeos intitulada: “Simple Truths About Psychiatry” (Verdades Simples sobre a Psiquiatria). Quatro destes vídeos já foram transcritos e traduzidos:

*Vídeo 01 - Você tem um desequilíbrio bioquímico?*⁸ - Legendas do primeiro vídeo da série “Verdades simples sobre psiquiatria”. Este vídeo foi feito pelo psiquiatra Peter Breggin. Você pode assistir o *vídeo*⁹ original em inglês.

*Vídeo 02 - Como as Drogas Psiquiátricas Realmente Funcionam?*¹⁰ - Tradução do segundo vídeo da série “Verdades simples sobre psiquiatria”. Este vídeo foi elaborado pelo psiquiatra Peter Breggin. Veja o *vídeo original*¹¹ em inglês.

*Vídeo 03 - O que é Dopagem Medicamentosa?*¹² - Tradução do *vídeo original*¹³ em inglês. Este é o terceiro vídeo da série “Verdades simples sobre psiquiatria”, com o psiquiatra Peter Breggin.

*Vídeo 05 - Como ajudar as pessoas deprimidas com tendências suicidas*¹⁴ - Tradução do *quinto vídeo*¹⁵ da série “Verdades simples sobre psiquiatria”, elaborada pelo psiquiatra Peter Breggin.

1.2 Planeje a redução da droga psiquiátrica

O centro do processo de retirada droga psiquiátrica tem que ser o paciente, porque é ele quem sofre a abstinência destas substâncias quando a dose está sendo diminuindo. A retirada deve ser planejada e devagar. A orientação geral é um mês reduzindo para cada ano de consumo. Supondo que o paciente esteja tomando estes medicamentos psiquiátricos há menos de um ano, um possível planejamento de uma retirada, durante o período de um mês, seria de **reduzir um quarto da dose a cada semana**.

³**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo Preliminar:** “Preliminares”, **Item 0.4:** “Um aviso quanto ao uso de drogas psiquiátricas”.

⁴**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 7:** “Planeje a Redução da Droga Psiquiátrica”, **Parágrafo 1.**

⁵**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 12:** “Diretrizes para Terapeutas que Não Defendem o Uso de Drogas Psiquiátricas”, **Item 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”.

⁶**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 14:** “Apêndices”, **Item 14.2.1:** “Peter R. Breggin, M.D.”.

⁷**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 10:** “Retirando Sua Criança das Drogas Psiquiátricas”.

⁸**Informativo:** “Verdades Simples sobre Psiquiatria. 01 - Você Tem um Desequilíbrio Bioquímico?”.

⁹**Internet:** “<https://www.youtube.com/watch?v=ARZ2Wv2BoFs>”.

¹⁰**Informativo:** “Verdades Simples sobre Psiquiatria. 02 - Como as Drogas Psiquiátricas Realmente Funcionam?”.

¹¹**Internet:** “<https://www.youtube.com/watch?v=W4Xb29geVwE>”.

¹²**Informativo:** “Verdades Simples sobre Psiquiatria. 03 - O que é Dopagem Medicamentosa?”.

¹³**Internet:** “<https://www.youtube.com/watch?v=cwIDfcc5Z3w>”.

¹⁴**Informativo:** “Verdades Simples sobre a Psiquiatria. Vídeo 05 - Como Ajudar as Pessoas Deprimidas com Tendências Suicidas?”.

¹⁵**Internet:** “<https://www.youtube.com/watch?v=t7OPWRqjaSQ>”.

Podemos resumir o caminho mais prudente e sensato de parar de tomar drogas psiquiátricas em uma sentença curta: **planeje bem a retirada e vá devagar**. Independentemente da droga que você esteja usando e dos problemas que ela pode ter criado em sua vida, uma retirada bem planejada e gradual tem as melhores chances de ser bem sucedida. Por outro lado, uma retirada não planejada e abrupta aumenta o risco de grandes dificuldades e pode levá-lo à retornar, de forma igualmente não planejada, a tomar estas drogas.

Neste capítulo, oferecemos um programa, de retirada das drogas psiquiátricas, que é racional e centrado na pessoa. Por “racional”, queremos dizer que ele repousa em princípios e evidências clínicas fortes. Por “centrado na pessoa”, queremos dizer que ele procura ajudar os indivíduos 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*¹⁷, 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*¹⁸, discutiremos como ajudar sua criança à sair destas drogas.

2 Drogas psiquiátricas (Lítio usado como “estabilizador de humor”)

A seguir temos algumas citações sobre o **Lítio** no livro “**A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema**” escrito pelo **psiquiatra Peter Breggin**.

2.1 Definindo drogas, dependência química e física

A **lei anti-drogas**, número 11.343, de 23 de agosto de 2006, define que drogas são substâncias ou produtos capazes de causar dependência.

*Lei 11.343*¹⁹, Título I, Artigo 1, parágrafo único:

Para fins desta Lei, consideram-se como **drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência** ...

*Dependência química de drogas psiquiátricas*²⁰

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”²¹. O Glossário de Farmacologia da

¹⁶**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 7:** “Planeje a Redução da Droga Psiquiátrica”, **Parágrafo 1.**

¹⁷**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 8:** “Como Parar de Consumir Drogas Psiquiátricas”.

¹⁸**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 10:** “Retirando Sua Criança das Drogas Psiquiátricas”.

¹⁹**Internet:** “http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm”.

²⁰**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 9:** “Reações de Abstinência de Drogas Psiquiátricas”, **Item 9.5:** “Definindo a dependência física”.

²¹Força Tarefa Mundial, citada na World Psychiatric Association [Associação de Psiquiatria Mundial] (1993) [30], 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”²². 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 [28], p. 1402).

Com base nessas definições, nós podemos ainda concluir que todas as drogas psiquiátricas são drogas que causam dependência. Isto inclui drogas, como **lítio**, que não são comumente reconhecidas como causadoras de sintomas de abstinência. A ocorrência de sintomas de abstinência define a dependência na medida em que os usuários vão sentir um desconforto quando estiverem parando de consumir a droga e irão experimentar um alívio quando reiniciar o consumo. Como resultado de experimentar desconforto, alguns vão “escolher” permanecer consumindo estas drogas, somente a fim de evitar a aflição da abstinência prolongada. Como já foi descrito, eles também podem confundir os sintomas de abstinência com “doença mental” e decidirem que eles “precisam” da medicação. 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.

2.2 Mecanismo eletro-químico da dopagem provocada pelo lítio

*O que significa “melhora” no contexto das drogas psiquiátricas?*²³

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

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

²²Para acessar este Glossário de Farmacologia, vá para <http://bumc.bu.edu/Dept/Content.aspx?DepartmentID=65&PageID=7799#d>.

²³**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 2:** “Os Limites das Drogas Psiquiátricas”, **Item 2.7:** “O que significa ‘melhora’ no contexto das drogas psiquiátricas?”.

2.3 Podemos comprovar os desequilíbrios bioquímicos?

*Especulações da pseudo-ciência da psiquiatria*²⁴

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.

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

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

2.3.1 Desequilíbrios bioquímicos causados pela psiquiatria materialista

0:30²⁵ - Bem, você pode ficar surpreso em aprender que o único desequilíbrio bioquímico no cérebro das pessoas que procuram psiquiatras são aqueles colocados lá pelos psiquiatras. Nós não temos nenhuma evidência de que problema psiquiátrico rotineiro, desde ansiedade até depressão e mesmo esquizofrenia, tem qualquer coisa haver com desequilíbrios bioquímicos. Então, da onde vem um dado como este?

*As drogas psiquiátricas causam desequilíbrios bioquímicos*²⁶

5:30 - Considere como uma droga é selecionada para ser estudada como uma droga psiquiátrica. Bem, ela não pode ser estudada mostrando-se que ela corrige desequilíbrios bioquímicos, porque nós não conhecemos sobre nenhum desequilíbrio bioquímico. A forma como uma droga é estudada, para descobrir uma para testar para psiquiatria, é achar uma droga que cause desequilíbrios bioquímicos no cérebro de um rato. Ela causa um desequilíbrio bioquímico no cérebro normal do animal. E isso é o que o Prozac é, isso é tudo

²⁴**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 2:** “Os Limites das Drogas Psiquiátricas”, **Item 2.3:** “Podemos comprovar os desequilíbrios bioquímicos?”.

²⁵**Informativo:** “Verdades Simples sobre Psiquiatria. 01 - Você Tem um Desequilíbrio Bioquímico?”, **Seção 2:** “Tradução do vídeo”, **Subseção 2.1:** “Desequilíbrios bioquímicos causados pela psiquiatria materialista”, **Parágrafo 2.**

²⁶**Informativo:** “Verdades Simples sobre Psiquiatria. 01 - Você Tem um Desequilíbrio Bioquímico?”, **Seção 2:** “Tradução do vídeo”, **Subseção 2.4:** “As drogas psiquiátricas causam desequilíbrios bioquímicos”.

sobre Paxil, isso é o que Abilify, Resperidona faz, é o que todas as drogas psiquiátricas fazem. Elas zombam no cérebro, neste órgão maravilhoso, complexo e inacreditável, mais complicado do que todo o resto do universo. Elas [as drogas psiquiátricas] são uma toxina [no cérebro] que alteram as coisas de maneiras as quais nós não podemos antecipar. Então isso se torna [a oportunidade] para as companhias de drogas [psiquiátricas] de promover [a mentira] de que elas não estão causando um desequilíbrio bioquímico, que elas estão curando um.

2.4 Os diagnósticos e rótulos da psiquiatria materialista

*O novo recurso final*²⁷

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.

2.4.1 Diagnóstico psiquiátrico subvertendo o “locus de controle”

*Como a psiquiatria toma vantagem*²⁸

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

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

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

²⁷**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo Preliminar:** “Preliminares”, **Item 0.7.5:** “O novo recurso final”, **Parágrafo 5.**

²⁸**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 5:** “Razões Pessoais e Psicológicas para Não Usar Drogas Psiquiátricas”, **Item 5.5:** “Como a psiquiatria toma vantagem”, **Parágrafo 3.**

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

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

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

2.5 Psiquiatras resistentes ou empáticos na retirada das drogas

*Como pode um clínico ajudar?*²⁹

A maioria dos médicos não são bem versados nas técnicas para ajudar as pessoas a retirar-se das drogas psiquiátricas. Alguns são claramente hostis à idéia, especialmente nos casos envolvendo neurolépticos, **lítio**, ou antidepressivos. De fato, se você estiver lendo este livro para obter ajuda objetivando parar de consumir estas drogas, é possível que você já tenha discutido essa intenção com o seu médico ou médica, mas não foi capaz de “sensibilizar” ele ou ela.

Um terapeuta experiente pode ser útil precisamente porque ele ou ela tem observado reações de abstinência e sabe que a maioria tende a desaparecer dentro de uns poucos dias ou semanas. Ouvir que você está experimentando uma reação de abstinência, em vez de estar “perdendo sua mente”, pode ser enormemente encorajador. Em adição à isso, o terapeuta pode ser capaz de identificar uma reação de abstinência potencialmente severa.

Um terapeuta cuidadoso e empático também pode trabalhar com você nas questões psicológicas e práticas que provavelmente irão surgir à medida que você reduzir o seu consumo de drogas 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.

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.

2.6 Resumo das reações de abstinência das drogas psiquiátricas

*Ansiedade e psicose na abstinência de lítio e neurolépticos*³⁰

²⁹**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 7:** “Planeje a Redução da Droga Psiquiátrica”, **Item 7.3:** “Como pode um clínico ajudar?”.

³⁰**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 9:** “Reações de Abstinência de Drogas Psiquiátricas”, **Item 9.15:** “Resumo das reações de abstinência das drogas psiquiátricas”, **Parágrafo 6.**

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.

... médicos e pesquisadores nem sempre descrevem corretamente os sintomas que ocorrem durante a abstinência. Em muitos casos, a tendência deles em favor das drogas psiquiátricas, e a resistência habitual destes médicos em reconhecer os efeitos da abstinência, leva-os a usar termos relativamente neutros e ambíguos (tais como agitação, inquietação, ansiedade e retardo psicomotor) no lugar de termos como psicose.

Sem dúvida, muitas reações de abstinência, de todas as categorias de drogas psiquiátricas, são erroneamente tratadas como “recaídas”, pelos médicos que prescrevem-nas, assim movendo o foco, de um possível envolvimento destas drogas, para o “distúrbio subjacente” do paciente. Muitos pesquisadores também abordam o problema timidamente, muitas vezes falhando em descrever ou enfatizar as reações de abstinência. Como consequência, os pacientes sofrem, e o público é mantido desinformado.

Os pacientes devem estar verdadeiramente bem informados para que possam dar o seu consentimento para as drogas psiquiátricas que estão tomando, os médicos devem descrever completamente a abstinência, ou interrupção, em termos de reações adversas as drogas com uma probabilidade “frequente” de ocorrência, é dever dos médicos se certificar de que os pacientes realmente entenderam e, em seguida, lembrar da natureza e da probabilidade de todas as reações adversas importantes, incluindo as reações de abstinência. Similarmente, em suas monografias oficiais sobre seus produtos, os fabricantes de drogas psiquiátricas devem apresentar sumários precisos dos relatórios de reações de abstinência, bem como orientações detalhadas para diminuição do consumo de seus produtos, assim como eles fornecem orientações de como iniciar o tratamento.

2.6.1 Reações de abstinência do lítio e anticonvulsivos

*Crises de abstinência do lítio e anticonvulsivos*³¹

A abstinência do **lítio** levanta a séria questão da confusão entre as dificuldades de abstinência e as recaídas. De fato, as reações de abstinência do **lítio** imitam exatamente os sintomas maníacos que levam ao início do tratamento com este mesmo **lítio**. Os médicos prescrevem o **lítio** primariamente para tratar a mania, muitas vezes, a mania rapidamente segue a abstinência de **lítio**. Como é que o médico ou o paciente podem saber se esta condição é mania advinda da abstinência ou um retorno do problema psiquiátrico original?

Alguns médicos se recusam a ver uma síndrome específica de abstinência do **lítio**. Outros sugerem que uma verdadeira síndrome de abstinência de **lítio** não pode meramente se assemelhar a mania, mas que “tremor, tontura e, às vezes crises epiléticas” também devem ser observadas (Schou, 1993 [27], p. 515). Nós acreditamos, contudo, que as opiniões mais recentes são ainda casos em que os médicos têm impensadamente atribuído reações perturbadas após a retirada da droga psiquiátrica com a “doença subjacente” do paciente e não com o tratamento com estas drogas em si.

A rápida recorrência de mania pode acontecer mesmo entre os pacientes que tem consumido a droga psiquiátrica por anos, estão aparentemente “bem estabilizados”, e que estejam se abstendo da droga

³¹**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 9:** “Reações de Abstinência de Drogas Psiquiátricas”, **Item 9.11:** “Reações de abstinência do lítio e anticonvulsivos”.

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 [19], p. 255).

Uma revisão sistematicamente examinou catorze estudos publicados de abstinência de **lítio** envolvendo 257 pacientes “maníaco-depressivos” com uma média de 30 meses de tratamento estável com **lítio**. Dos novos episódios maníacos que ocorreram, mais de 50 por cento eram experimentados dentro de três meses de abstinência. Também observado foi um aumento desconcertante de 28 vezes o risco de novos episódios maníacos em pacientes que acabaram de parar de consumir o **lítio** (Suppes et al., 1991). Outra revisão de estudos publicados e não publicados sobre a abstinência de **lítio** chegou a conclusões semelhantes (Faedda et al., 1993 [13]). 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 [16], p. 149).

A abstinência do **lítio** aumenta a probabilidade de depressão rebote, bem como de mania. Um estudo de 14 pacientes e 28 sujeitos de controle, mostrou que a abstinência de **lítio** levou a “uma elevação imediata da taxa de recaída”. Contudo, uma vez que esses pacientes se recuperaram do rebote da reação de abstinência, o seu desempenho global ao longo dos próximos sete anos “não foi piorado pela descontinuação”. Esta é uma boa notícia para os pacientes que estão considerando parar de consumir **lítio**. De acordo com este estudo, uma vez que eles tenham se recuperado da reação de abstinência, seu prognóstico é tão bom quanto o dos pacientes que permanecem consumindo **lítio** (Cavanaugh et al., 2004 [7]).

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., 1988 [1]).

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 [16]). No entanto, o mesmo psiquiatra afirma que consumir **lítio** por mais de 10 anos, não comporta este risco de abstinência. Esta conclusão contradiz a experiência clínica bem aceita, indicadora de que quanto mais tempo uma droga psiquiátrica é consumida, maior é o risco de reações de abstinência.

Psiquiatras estão começando a perceber tardiamente que a rápida recorrência de mania após a retirada de **lítio** é um efeito de abstinência real. Contudo, muitos médicos praticantes, sem dúvida, continuam a atribuir a mania induzida pela abstinência à “doença crônica” de seus pacientes. Esses médicos então persistem em expor seus pacientes ao **lítio**, apesar do seus muitos efeitos adversos de longo prazo.

Durante a última década, o uso do **lítio** para tratar mania ou doença bipolar tem sido na maioria das vezes substituído por uma produção de drogas psiquiátricas originalmente desenvolvidas para tratar a epilepsia. A maioria dessas drogas anticonvulsivas, que incluem as drogas mais antigas, como Tegretol e Depakene, e as drogas mais novas, como Topamax e Neurontin, não foram aprovados pela FDA para o tratamento de mania ou distúrbio bipolar. Contudo, Lamictal e **Depakote** estão agora aprovadas para o tratamento de distúrbios maníacos.

³²Lapierre et al. (1980) [21]; Christodoulou e Lykouras (1982) [8].

... Embora provavelmente menos frequentemente do que na abstinência do **lítio**, a abstinência de Tegretol também pode causar rebote de mania (Jess et al., 2004 [18]). 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. ...

2.6.2 Reações de abstinência dificultam parar o consumo de drogas psiquiátricas

*Droga psiquiátrica - mais fácil começar do que parar*³³

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

Este livro³⁴ revê os perigos das drogas psiquiátricas em geral, examina as reações de abstinência potenciais da maioria das classes dessas drogas em uso atualmente, e faz sugestões específicas sobre como parar de tomar estas substâncias da forma mais segura possível. Conclui com uma discussão de como você e seu terapeuta podem lidar com as crises emocionais, sem recorrer a drogas.

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

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

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

2.6.3 Diminuindo a anestesia provocada pela droga psiquiátrica

*Espere o reavivamento de sentimentos*³⁵

Sair das drogas psiquiátricas - especialmente de depressivos fortes, como tranquilizantes, neurólépticos, 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.

³³**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 1:** “Drogas Psiquiátricas - Muito Mais Fácil de Começar do que de Parar”, **Item 1.6:** “Uma decisão independente”, **Parágrafo 5.**

³⁴*A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema*

³⁵**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 7:** “Planeje a Redução da Droga Psiquiátrica”, **Item 7.12.4:** “Espere o reavivamento de sentimentos”.

2.7 Porque parar de tomar drogas psiquiátricas?

*Razões para deixar de tomar drogas psiquiátricas*³⁶

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

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

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

2.7.1 Efeitos adversos do lítio, anticonvulsivos e outros “estabilizadores de humor”

*Efeitos adversos do Lítio*³⁷

Esta categoria inclui várias distintas drogas psiquiátricas de diferentes classes. Elas incluem **lítio** (Eskalith, Lithane, Lithobid, Lithotabs) e os medicamentos anti-epilépticos ou anticonvulsivantes, incluindo Tegretol (carbamazepina), Depakene (ácido 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*³⁸ para uma lista completa.

Estas drogas psiquiátricas são supostamente para controlar a mania, ou para reduzir as oscilações de humor, que os psiquiatras comumente chamam de “desordem bipolar”. Confrontados com os resultados desapontadores do uso de **lítio**, a psiquiatria se voltou para o uso de anticonvulsivantes, três dos quais, mais novos, foram aprovados pela FDA para o tratamento da mania aguda e desordem bipolar entre 1994 e 2000. Provavelmente todas estas drogas, têm o efeito de causar sedação e sobretudo depressão do sistema nervoso central. Em 2006, contudo, como discutido na Introdução de David Cohen, apareceram vários relatos sobre o maior estudo já feito (cerca de 1.500 pacientes) do tratamento da desordem bipolar com drogas psiquiátricas. O estudo foi incomum, pois não foi

³⁶**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 1:** “Drogas Psiquiátricas - Muito Mais Fácil de Começar do que de Parar”, **Item 1.2:** “Razões para deixar de tomar drogas psiquiátricas”.

³⁷**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 4:** “Efeitos Adversos de Drogas Psiquiátricas Específicas”, **Item 4.6.8:** “Lítio, anticonvulsivos e outros ‘estabilizadores de humor’”.

³⁸**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 14:** “Apêndices”, **Item 14.1:** “Apêndice A: medicamentos psiquiátricos de uso comum”.

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 [25]).

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 cerebral³⁹.

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

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

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

2.7.2 Dopagem e loucura medicamentosa

*Um novo conceito: dopagem provocada por drogas psiquiátricas*⁴⁰

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

“Todas as classes de drogas psiquiátricas - antidepressivos, estimulantes, tranquilizantes, estabilizadores de humor e antipsicóticos - provocam deficiências mentais que muitas vezes passam despercebidas pela vítima, até mesmo quando elas são severas. (As drogas nestas categorias estão listadas no *Apêndice*⁴¹). Isto desorienta os pacientes medicados fazendo-os acreditar que eles estão agindo

³⁹Uma extensa revisão, dos efeitos adversos do **lítio**, é encontrado em Breggin (1983 [2], 1997a [5]).

⁴⁰**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo Preliminar:** “Preliminares”, **Item 0.6.1.8:** “Um novo conceito: dopagem provocada por drogas psiquiátricas”, **Parágrafo 4.**

⁴¹**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 14:** “Apêndices”, **Item 14.1:** “Apêndice A: medicamentos psiquiátricos de uso comum”.

melhor, mesmo quando eles estão piorando. Como resultado, muitas vezes as pessoas sentem que não podem viver sem drogas psiquiátricas, quando uma história cuidadosa revela que suas vidas se deterioraram durante o tempo que elas foram expostas à elas.”

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

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

Peter R. Breggin, M.D.

2.7.3 Somente 28% de eficácia do tratamento psiquiátrico

*Drogas para esquizofrenia, depressão e desordem bipolar - uma farsa*⁴²

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 [22]). 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 [10]).

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]*^{43 44} 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

⁴²**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo Preliminar:** “Preliminares”, **Item 0.6.2.3:** “Drogas para esquizofrenia, depressão e desordem bipolar - uma farsa”, **Parágrafo 3.**

⁴³**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 14:** “Apêndices”, **Item 14.1.1.1:** “Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IsRSS [SSRIs])”.

⁴⁴N.T.: IRSS [SSRI] - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina).

uma remissão dos sintomas durante o período de estudo total (20 meses) (Trivedi et al, 2006 [29]). 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 [26]).

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 [25]).

2.7.4 Anestesia, apatia, insensibilidade de alguém amado (Lítio)

Se alguém importante para ti está tomando drogas psiquiátricas⁴⁵

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

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

Muitas vezes os médicos descartam sinais de alerta, tais como comunicados da família de que o paciente “não está agindo certo”, “parece mais irritado e impaciente”, ou está “ficando quieto e retirado”. Falhas em interromper a droga psiquiátrica ofensora, nos primeiros sinais de uma reação emocional adversa, podem levar a consequências desastrosas tais como: uma mudança de 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 agressivo⁴⁶.

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

⁴⁵**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 1:** “Drogas Psiquiátricas - Muito Mais Fácil de Começar do que de Parar”, **Item 1.5:** “Se alguém importante para ti está tomando drogas psiquiátricas”.

⁴⁶Casos de violência e suicídio relacionados aos efeitos de drogas psiquiátricas são descritos em Breggin & Breggin (1994 [4]) e Breggin (1997a [5]). 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.

encaminhadas para uma avaliação com possível medicação. Apesar de que, com os medicamentos, algumas das crianças fiquem mais quietas e mais fáceis de administrar, o “brilho” de seus olhos parece ter desaparecido. Elas parecem vazias ou entorpecidas. O que está sendo sacrificado para a conveniência da escola? Você precisa de mais fatos a respeito do que as drogas psiquiátricas estão realmente fazendo com essas crianças.

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

Fontes que defendem o uso de drogas psiquiátricas estão prontamente disponíveis em bibliotecas e livrarias, por isso não devemos ocupar espaço aqui, repetindo os argumentos padronizados em favor delas. Pelo contrário, acreditamos que os benefícios dessas drogas são muito exagerados, que as suas desvantagens são muitas vezes minimizadas, e que há muito pouca informação sobre como parar de tomá-las. Este livro é, de fato, o primeiro e único a se focalizar, sobre tudo, no problema do porquê e como parar de tomar medicamentos psiquiátricos. Nós não estamos, contudo, tentando convencer ninguém a não tomar drogas prescritas. Nós estamos simplesmente fornecendo um ponto de vista mais crítico do que o disponível já pronto. Para críticas mais bem documentadas da *psiquiatria materialista*⁴⁷ e das drogas psiquiátricas, consulte o seguinte: Breggin (1991 [3], 1997a [5], 1998a [6]); Breggin & Breggin (1994 [4]); Cohen (1990 [11], 1994 [12], 1997a [9]); Fisher & Greenberg (1989 [14], 1997 [15]); Jacobs, 1995 [17]; Mender, 1994 [23], e Mosher & Burti, 1994 [24].

2.7.5 O caso de Robert (Lítio, Depakote, Xanax, Ativan, Prozac e Paxil)

*Razões para deixar de tomar drogas psiquiátricas*⁴⁸

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.

2.7.6 Perda de memória e das funções mentais (Lítio)

“A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”

⁴⁷**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo Preliminar:** “Preliminares”, **Item 0.5:** “Notas dos tradutores sobre drogas psiquiátricas, abstinência e psiquiatria materialista”, **Parágrafo 3.**

⁴⁸**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 1:** “Drogas Psiquiátricas - Muito Mais Fácil de Começar do que de Parar”, **Item 1.2:** “Razões para deixar de tomar drogas psiquiátricas”, **Parágrafo 9.**

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.

*Agentes anti-maníacos: Lítio*⁵⁰

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).

2.7.7 Riscos da droga psiquiátrica na gravidez (Lítio)

*Mais razões para parar de tomar drogas psiquiátricas*⁵¹

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]”.

*Drogas psiquiátricas durante a gravidez e amamentação*⁵²

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.

... 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 [20]). ...

⁴⁹**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 3:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Item 3.7:** “Você pode ser o último a saber”, **Parágrafo 7.**

⁵⁰**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 4:** “Efeitos Adversos de Drogas Psiquiátricas Específicas”, **Item 4.5.1:** “Agentes anti-maníacos: Lítio”.

⁵¹**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 1:** “Drogas Psiquiátricas - Muito Mais Fácil de Começar do que de Parar”, **Item 1.4:** “Mais razões para parar de tomar drogas psiquiátricas”, **Parágrafo 7.**

⁵²**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 4:** “Efeitos Adversos de Drogas Psiquiátricas Específicas”, **Item 4.12:** “Drogas psiquiátricas durante a gravidez e amamentação”.

Referências

- [1] 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 Comprensiva]*, 29, 330-334.
- [2] Breggin, P.R. (1983a). *Psychiatric Drugs*⁵³: Hazards to the Brain [Drogas Psiquiátricas: Perigo para o Cérebro]. New York: Springer.
- [3] 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.
- [4] Breggin, P.R. (1994, 17-19 de outubro). Testimony in *Joyce Fentress et al. v. Shea Communications et al.* (“The Wesbecker Case”) [Testemunho em *Joyce Fentress et al. v. Shea Communications et al.* (“O Caso Wesbecker”)]. Jefferson Circuit Court, Division One, Louisville, Kentucky N° 90-CI-06033, Vol. 16.
- [5] Breggin, P.R. (1997a). *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*⁵⁴: Drugs, Electroshock, and the Role of the FDA [Tratamentos em Psiquiatria Desabilitadores do Cérebro: Drogas, Eletrochoque, e o Papel da FDA]. New York: Springer.
- [6] Breggin, P. R. (1998a). *Talking Back to Ritalin*⁵⁵: 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.
- [7] 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.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 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).

⁵³**Internet:** “<http://www.amazon.com/Psychiatric-Drugs-Hazards-Peter-Breggin/dp/0826129307>”.

⁵⁴**Livro:** “Brain-Disabling Treatments in Psychiatry”.

⁵⁵**Internet:** “http://www.goodreads.com/book/show/205593.Talking_Back_to_Ritalin”.

- [12] 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).
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] 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.
- [19] 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.
- [20] 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.
- [21] 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.
- [22] 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.
- [23] 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.

- [24] Mosher, L.R., & Burti, L. (1994). *Community Mental Health: Principles and Practice [Saúde Mental Comunitária: Princípios e Prática]*. New York: Norton.
- [25] 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.
- [26] 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]*⁵⁶ para Depressão]. *New England Journal of Medicine [Jornal de Medicina da Nova Inglaterra]*, 354, 1231-1242.
- [27] 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.
- [28] 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.
- [29] 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.
- [30] 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.

⁵⁶**Livro:** “A Droga Psiquiátrica pode ser o Problema”, **Capítulo 14:** “Apêndices”, **Item 14.1.1.1:** “Inibidores de Reabsorção Seletivos de Serotonina (IsRSS [SSRIs])”.