



GIOVANNI FIORITI EDITORE

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.  
via Archimede 179, 00197 Roma  
tel. 068072063 - fax 0686703720.  
E-Mail [info@fioriti.it](mailto:info@fioriti.it) – [www.fioriti.it](http://www.fioriti.it)  
[www.clinicalneuropsychiatry.org](http://www.clinicalneuropsychiatry.org)

# La sospensione degli psicofarmaci

Un manuale per i medici prescrittori, i  
terapeuti, i pazienti e le loro famiglie

Di Peter R. Breggin



## Presentazione

La regolare assunzione di psicofarmaci è estremamente pericolosa e sono ancora più pericolose le variazioni di dosaggio, comprese la riduzione e la sospensione di tali farmaci. Questo libro ha lo scopo di fornire informazioni cliniche e di ricerca aggiornate su quando e come ridurre o sospendere gli psicofarmaci. Descrive un approccio multidisciplinare centrato sulla persona concepito come una guida. Il team comprende prescrittori (psichiatri e altri specialisti, medici) e terapeuti (psichiatri, assistenti sociali, psicologi, counselor, terapeuti di coppia e familiari, professionisti della terapia occupazionale e ricreativa, infermieri e altri). Il team è concepito per includere anche il paziente, la sua famiglia e altri soggetti che svolgono un ruolo significativo per il paziente stesso. Questa guida inizia passando in rassegna gli effetti avversi che possono richiedere la riduzione o la sospensione dello psicofarmaco. Passa poi a discutere gli effetti dovuti alla mancata assunzione di questi farmaci per far familiarizzare i medici, i pazienti e le famiglie con questi problemi.

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| PREMESSA                                | XI |
| PREFAZIONE                              | 1  |
| RINGRAZIAMENTI                          | 3  |
| INTRODUZIONE                            |    |
| La pericolosità della sospensione degli |    |

|              |   |
|--------------|---|
| 2            |   |
| psicofarmaci | 5 |

|  |   |
|--|---|
| Il Centro per gli studi sulla terapia empatica | 9 |
|--|---|

## CAPITOLO 1

|  |    |
|--|----|
| UN APPROCCIO COLLABORATIVO E CENTRATO SULLA<br>PERSONA PER LA SOSPENSIONE DEGLI PSICOFARMACI | 11 |
| Il rapporto tra prescrittori e terapeuti   | 12 |
| L'approccio collaborativo centrato sulla persona   | 14 |
| Esplorare i sentimenti del paziente  | 15 |
| Un approccio per aiutare i pazienti che necessitano di supporto<br>o guida aggiuntivi        | 17 |
| Punti chiave   | 18 |

## PARTE I

### MOTIVAZIONI PER PRENDERE IN CONSIDERAZIONE LA RIDUZIONE O LA COMPLETA SOSPENSIONE DELL'ASSUNZIONE DI PSICOFARMACI

## CAPITOLO 2

|   |    |
|---|----|
| CAUTELA NELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI ASSOCIATI AGLI PSICOFARMACI                  | 23 |
| Una rosa con un altro nome  | 24 |
| L'approvazione FDA indica un elevato grado di sicurezza?                          | 25 |
| Soppressione dei dati critici da parte delle compagnie<br>farmaceutiche           | 26 |
| Fare affidamento su informazioni false o ingannevoli                              | 27 |
| Esempi di ritardato riconoscimento di gravi effetti<br>avversi degli psicofarmaci | 27 |
| Occorrono settimane affinché il farmaco abbia effetto?                            | 29 |
| Ascoltare le preoccupazioni della famiglia  | 29 |
| L'importanza delle varie fonti di informazione                                    | 30 |
| Punti chiave  | 30 |

## CAPITOLO 3

|   |    |
|---|----|
| MALFUNZIONAMENTO CEREBRALE CRONICO: UNA RAGIONE<br>PER SOSPENDERE NEI PAZIENTI IL TRATTAMENTO A LUNGO<br>TERMINE CON GLI PSICOFARMACI | 32 |
| Definizioni di base   | 34 |
| Sintomi e caratteristiche del malfunzionamento<br>cerebrale cronico   | 34 |
| Esposizione: temeva di avere l'Alzheimer  | 39 |
| Come diagnosticare e valutare il malfunzionamento<br>cerebrale cronico  | 41 |
| Altre sostanze psicoattive  | 42 |
| Frequenza del malfunzionamento cerebrale<br>cronico da psicofarmaci   | 43 |
| Squilibrio biochimico o reale disturbo medico   | 45 |
| Quali sono le cause del malfunzionamento cerebrale cronico –<br>i disturbi mentali o i farmaci?                                       | 46 |
| Trattamenti per il malfunzionamento cerebrale cronico   | 48 |

|  |           |
|--|-----------|
| Il recupero dal CBI  | 49        |
| Punti chiave   | 52        |
| <b>CAPITOLO 4</b>  |           |
| <b>FARMACI ANTIPSICOTICI (NEUROLETTICI); MOTIVI PER LA SOSPENSIONE</b> | <b>53</b> |
| Malfunzionamento cerebrale cronico                                     | 55        |
| Reazioni neurologiche avverse acute                                    | 57        |
| Discinesia tardiva, distonia tardiva e acatisia tardiva                | 58        |
| Manifestazioni meno familiari di DT                                    | 62        |
| Bambini e DT   | 63        |
| Sindrome neurolettica maligna  | 64        |
| Sindrome metabolica  | 65        |
| I bambini e la sindrome metabolica                                     | 66        |
| Ictus e decessi negli anziani  | 66        |
| Aumento della mortalità e riduzione della durata della vita            | 67        |
| Efficacia dei farmaci antipsicotici                                    | 68        |
| Efficacia delle alternative psicoterapiche                             | 69        |
| Punti chiave   | 71        |
| <b>CAPITOLO 5</b>  |           |
| <b>FARMACI ANTIDEPRESSIVI; MOTIVI PER LA SOSPENSIONE</b>               | <b>72</b> |
| Malfunzionamento cerebrale cronico                                     | 73        |
| Sovrastimolazione e mania  | 76        |
| Suicidio indotto dagli antidepressivi                                  | 78        |
| Violenza indotta dagli antidepressivi                                  | 79        |
| Rischio di malattie cardiache da antidepressivi più vecchi             | 81        |
| Sindrome serotoninergica   | 81        |
| Disfunzione sessuale   | 82        |
| Obesità  | 82        |
| Gravidanza e allattamento  | 83        |
| Gli anziani  | 84        |
| Bambini  | 85        |
| Efficacia  | 86        |
| Punti chiave   | 88        |
| <b>CAPITOLO 6</b>  |           |
| <b>FARMACI STIMOLANTI; MOTIVI PER LA SOSPENSIONE</b>                   | <b>89</b> |
| Il mito del disturbo da deficit di attenzione/iperattività             | 90        |
| La classe dei farmaci stimolanti                                       | 91        |
| Lo stimolante “non-stimolante”   | 92        |
| Farmaci antipertensivi   | 92        |
| Dipendenza (assuefazione) e abuso                                      | 93        |
| Malfunzionamento crebrale cronico (CBI)                                | 94        |
| Soppressione della crescita: altezza e perdita di peso                 | 96        |
| Anomalie del comportamento   | 97        |
| Depressione e apatia indotte da stimolanti                             | 98        |
| Sintomi ossessivo-compulsivi e tic indotti dagli stimolanti            | 99        |
| Funzionamento degli stimolanti   | 99        |
| Scoraggiamento dello sviluppo di autocontrollo<br>e autodeterminazione | 99        |
| Efficacia  | 100       |

|              |     |
|--------------|-----|
| 4            |     |
| Punti chiave | 101 |

## CAPITOLO 7

|   |     |
|---|-----|
| BENZODIAZEPINE, ALTRI SEDATIVI,<br>E OPIACEI: MOTIVI PER LA SOSPENSIONE           | 103 |
| Malfunzionamento cerebrale cronico (CBI) e demenza                                | 104 |
| Abbreviazione della durata di vita  | 105 |
| Dipendenza e abuso  | 107 |
| Reazioni mentali e comportamentali anomale  | 109 |
| Intossicazione  | 110 |
| Gravidanza e allattamento   | 110 |
| Esposizione: un caso di somministrazione a lungo termine di<br>alprazolam (Xanax) | 111 |
| Tranquillanti non benzodiazepinici e sonniferi                                    | 112 |
| Oppioidi  | 113 |
| Punti chiave  | 115 |

## CAPITOLO 8

|   |     |
|---|-----|
| IL LITIO E GLI ALTRI STABILIZZATORI DELL'UMORE:<br>RAGIONI PER LA SOSPENSIONE | 117 |
| Litio   | 117 |
| Esposizione: perdita di qualità della vita dovuta al litio                    | 119 |
| Altri stabilizzatori dell'umore   | 120 |
| Pregabalin (Lyrica)   | 124 |
| Vareniclina (Champix o Chantix)   | 125 |
| Punti chiave  | 126 |

## CAPITOLO 9

|  |     |
|--|-----|
| EFFETTO INCANTESIMO DEL FARMACO<br>(ANOSOGNOSIA DA INTOSSICAZIONE) | 127 |
| L'effetto incantesimo del farmaco                                  | 128 |
| Reazioni estreme e pericolose                                      | 129 |
| Esposizione: omicidio causato da Prozac                            | 130 |
| Punti chiave   | 133 |

## PARTE II

### IL PROCESSO DI SOSPENSIONE DEI FARMACI

## CAPITOLO 10

|   |     |
|---|-----|
| REAZIONI DI SOSPENSIONE DEI<br>FARMACI SPECIFICI E CATEGORIE DI FARMACI             | 137 |
| Distinguere i sintomi dell'astinenza dalle reazioni psichiatriche<br>o psicologiche | 137 |
| Presumere che sia una reazione da astinenza   | 138 |
| Antidepressivi  | 139 |
| Farmaci antipsicotici   | 141 |
| Benzodiazepine e altri farmaci sedativi   | 143 |
| Stimolanti  | 145 |
| Litio e altri stabilizzatori dell'umore   | 146 |
| Sospensione dei farmaci nei bambini e negli anziani                                 | 147 |

|  |            |
|--|------------|
| Punti chiave   | 148        |
| <b>CAPITOLO 11</b>   |            |
| <b>LA VALUTAZIONE INIZIALE: LA CREAZIONE DI UNA STORIA FARMACOLOGICA<br/>PER INSTAURARE FIDUCIA E SPERANZA</b> | <b>150</b> |
| La scelta di utilizzare l'approccio collaborativo<br>centrato sulla persona                                    | 150        |
| L'importanza della storia farmacologica  | 151        |
| Differenza tra ricaduta e reazione di astinenza  | 151        |
| Creazione di una storia farmacologica  | 152        |
| Quattro scenari tipici nell'esposizione ai farmaci a lungo termine   | 154        |
| Il paziente non autosufficiente  | 158        |
| Esposizione: valutazione iniziale di un caso relativamente semplice  | 159        |
| Informazioni che i pazienti desiderano conoscere<br>anticipatamente nel trattamento                            | 163        |
| Punti chiave   | 165        |
| <b>CAPITOLO 12</b>   |            |
| <b>SVILUPPARE LA COLLABORAZIONE NEL GRUPPO DI TRATTAMENTO</b>  | <b>166</b> |
| Il paziente come soggetto autonomo   | 167        |
| La relazione tra prescrittori e terapeuti  | 168        |
| La rete di supporto  | 172        |
| Responsabilità legali  | 175        |
| Punti chiave   | 176        |
| <b>CAPITOLO 13</b>   |            |
| <b>LA PSICOTERAPIA DURANTE LA SOSPENSIONE DEI FARMACI</b>  | <b>178</b> |
| Responsabilizzazione del paziente e del terapeuta  | 179        |
| La responsabilità personale del paziente   | 180        |
| La personalità terapeutica del terapeuta   | 181        |
| Terapia di coppia e sospensione dei farmaci  | 182        |
| La famiglia in crisi   | 184        |
| Terapia familiare  | 184        |
| Limiti della terapia durante la sospensione del trattamento farmacologico                                      | 185        |
| Rassicurazione e speranza  | 186        |
| Empatia nella terapia  | 187        |
| L'importanza del rapporto  | 187        |
| Linee guida per una terapia empatica   | 188        |
| Punti chiave   | 190        |
| <b>CAPITOLO 14</b>   |            |
| <b>LA GESTIONE DELLE CRISI EMOTIVE</b>   | <b>192</b> |
| Interazione tra crisi mediche e psicologiche   | 192        |
| Caratteristiche e trattamento di un'emergenza medica   | 193        |
| Caratteristiche e trattamento di una crisi emotiva   | 194        |
| Le crisi di astinenza da farmaci possono diventare vere<br>emergenze mediche                                   | 195        |
| Soddisfare le necessità critiche e immediate del paziente  | 195        |
| Affrontare le sindromi maniacali, i sintomi e i comportamenti<br>di tipo maniacale                             | 196        |
| La terapia durante una crisi d'astinenza   | 198        |

|  |     |
|--|-----|
| Il principio di non-emergenza nella gestione delle crisi emotive   | 199 |
| Ricavare il meglio dalle crisi emotive   | 203 |
| Una donna con gravi tendenze al suicidio   | 204 |
| Dopo la crisi  | 207 |
| Punti chiave   | 208 |
| <br>   |     |
| CAPITOLO 15  |     |
| TECNICHE PER COMINCIARE LA SOSPENSIONE DEI FARMACI   | 210 |
| Uso di protocolli predeterminati per la riduzione della dose   | 210 |
| Piccole riduzioni di dose causano pericolose reazioni di sospensione   | 212 |
| Il tempo necessario per la sospensione dei farmaci   | 214 |
| Come fare piccole riduzioni di dose  | 218 |
| La commutazione (switch) da benzodiazepine ad azione rapida a diazepam   | 219 |
| La commutazione da antidepressivi ad azione rapida a fluoxetina  | 220 |
| La sospensione del Prozac  | 221 |
| Ulteriori farmaci e integratori alimentari   | 221 |
| Punti chiave   | 222 |
| <br>   |     |
| CAPITOLO 16  |     |
| CASI DI SOSPENSIONE DI ANTIDEPRESSIVI E BENZODIAZEPINE NEGLI ADULTI  | 224 |
| Elementi comuni dell'approccio collaborativo centrato sulla persona  | 224 |
| Tre casi illustrativi di sospensione degli psicofarmaci negli adulti   | 225 |
| Osservazioni sui casi  | 242 |
| Punti chiave   | 243 |
| <br>   |     |
| CAPITOLO 17  |     |
| CASI DI SOSPENSIONE DA MULTITERAPIA IN ADULTI  | 245 |
| Janis: una sospensione lenta da multiterapia   | 245 |
| Husker: sospensione di antipsicotici e alcol in un paziente alcolista con allucinazioni                        | 253 |
| Osservazioni sui casi  | 258 |
| Lavorare con altri terapeuti   | 259 |
| Programmi in dodici fasi   | 260 |
| Gli anziani  | 260 |
| Punti chiave   | 261 |
| <br>   |     |
| CAPITOLO 18  |     |
| CASI DI SOSPENSIONE DEI FARMACI NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI  | 264 |
| Di che cosa hanno realmente bisogno i bambini con diagnosi di disturbo da deficit di attenzione e iperattività | 264 |
| Bambini e adolescenti con diagnosi di disturbo bipolare  | 267 |
| Bambini e adolescenti con diagnosi di disturbo dello spettro autistico   | 267 |
| Punti chiave   | 278 |

## CAPITOLO 19

|   |     |
|---|-----|
| RIFLESSIONI CONCLUSIVE PER I PRESCRITTORI, I TERAPEUTI, I PAZIENTI E LE LORO FAMIGLIE | 279 |
| Una lunga storia di trattamenti senza farmaci   | 279 |
| La mia esperienza formativa in un ospedale psichiatrico statale                       | 281 |
| Considerazioni conclusive per i prescrittori e i terapeuti                            | 287 |
| Preoccupazione per i pazienti e le loro famiglie                                      | 289 |
| BIBLIOGRAFIA  | 291 |
| APPENDICE: PSICOFARMACI PER CATEGORIA   | 309 |
| INFORMAZIONI SULL'AUTORE  | 313 |
| INDICE ANALITICO  | 315 |
| RECENSIONI  | 321 |

## PREMESSA

Mi sono sentita onorata quando mi è stato chiesto di scrivere la premessa per il nuovo libro del dr. Peter Breggin: *La sospensione degli psicofarmaci: un manuale per i medici prescrittori, i terapeuti, i pazienti e le loro famiglie*. Il dr. Breggin è stato il mio primo eroe quando nel 1994 ho letto il suo libro *Toxic Psychiatry*, che tratta dei pericolosi effetti fisiologici ed emotivi dovuti alla prescrizione degli psicofarmaci e le questioni etiche associate al complesso psico-farmaceutico che coinvolgono in particolare i pazienti vulnerabili come i bambini, le donne e i senzatetto. Il lavoro di Breggin ha avuto un profondo impatto sulla mia pratica e il mio insegnamento quando ho iniziato la mia pratica privata part-time come psicoanalista e prescrittore, da insegnante a tempo pieno e direttrice di un corso di laurea per preparare infermieri psichiatrici specializzati alla pratica. *Toxic Psychiatry* è diventato una lettura obbligatoria per i miei studenti praticanti di infermieristica psichiatrica.

Da allora Breggin ha introdotto diversi nuovi termini nell'attuale lessico, tra i quali l'effetto incantesimo del farmaco (*medication spellbinding*, anosognosia dell'intossicazione). Questo termine si riferisce alla convinzione delle persone che fanno uso di psicofarmaci che queste sostanze neurotossiche effettivamente li facciano stare meglio, quando in realtà la falsa euforia e il finto senso di sollievo dall'ansia o dalla disforia sono una disabilità indotta dai farmaci iatrogeni. Il malfunzionamento cerebrale cronico che risulta dall'esposizione a lungo termine ai farmaci psichiatrici è citato come la causa più importante dell'attuale epidemia crescente di disabilità psichiatrica. Il termine "anosognosia dell'intossicazione" indica l'incapacità della persona di riconoscere la propria intossicazione farmacologica, che la può anche portare a sentirsi meglio temporaneamente. I farmaci in sostanza producono una lobotomia chimica: la persona non ha un reale accesso ai suoi sentimenti e quindi non sa quello che prova.

*La sospensione degli psicofarmaci* fornisce la risposta a *Toxic Psychiatry*. Breggin non solo presenta prove convincenti sui pericoli dell'uso a lungo termine degli psicofarmaci, ma fornisce anche una soluzione delineando un programma dettagliato e compassionevole per aiutare il paziente a sospendere queste sostanze tossiche. Questo libro di Breggin è una boccata d'aria fresca nel paradigma biologico dominante nella psichiatria. Gli incentivi monetari da parte delle aziende farmaceutiche assieme alle linee guida per la pratica dell'assistenza sanitaria hanno contribuito a decretare gli psicofarmaci come la soluzione ai problemi di salute mentale. I libri di testo di farmacologia si concentrano sulla farmacocinetica e sulla farmacodinamica e offrono pochi suggerimenti su come interrompere la somministrazione dei farmaci, se non quello di titolare e/o passare a un nuovo psicofarmaco per compensare l'astinenza. Ci sono poche, se non nessuna, risorse o procedure che guidino il prescrittore nel sospendere psicofarmaci ai pazienti in modo sano e sicuro.

L'approccio collaborativo centrato sulla persona di Breggin è olistico e orientato al contesto, in contrasto con l'attuale approccio biomedico riduzionista orientato ai sintomi e basato su un metodo descrittivo di conoscenze specialistiche che tratta gli individui come membri di un gruppo diagnostico. I gruppi diagnostici ci dicono poco della persona seduta di fronte a noi. Chi pratica l'approccio biomedico potrebbe diagnosticare la persona che cerca aiuto come "un maschio di 22 anni affetto da schizofrenia", mentre chi pratica un approccio olistico valuterebbe la stessa persona come "un giovane che si isola dai suoi coetanei, vive con i suoi genitori e sente delle voci che lo insultano e lo terrorizzano": il secondo rispetta l'unicità e la complessità della persona, mentre il primo non ci dice nulla di quell'individuo.

I medici prescrittori che desiderano praticare l'approccio olistico e sono desiderosi di conoscere il paziente sono spesso ostacolati dalla realtà nei contesti clinici odierni. C'è poco tempo per sviluppare un rapporto terapeutico, per ascoltare la storia e per capire il contesto in cui vivono i pazienti, quando si programma di visitare un paziente ogni 15 minuti. Il prescrittore è emarginato al ruolo di manipolatore (di sostanze neurochimiche dei siti recettoriali) mentre il terapeuta, quando coinvolto, è relegato al ruolo di esecutore (per garantire la compliance del paziente). Questo approccio lascia frustrati sia il prescrittore che il terapeuta e sovverte spesso il giudizio clinico e il buon senso. Questo libro di Breggin riafferma il primato della relazione e presenta un approccio al trattamento centrato sulla persona e orientato alla relazione empatica, che prevede la collaborazione tra il prescrittore, il terapeuta, il paziente e la famiglia o le sue persone vicine.

Forse l'approccio di Breggin preannuncia uno spostamento verso un nuovo paradigma di speranza per l'assistenza alla salute mentale, in linea con le recenti ricerche sul cervello. Gli studi di neuroimaging dissolvono la dicotomia tra la psicoterapia per il trattamento dei disturbi psichici e la prescrizione dei farmaci per i disturbi con base biologica. Si è osservato che sia la psicoterapia sia i farmaci modificano la funzione e la struttura del cervello. Questi studi sugli esiti terapeutici, assieme alla ricerca epigenetica sul ruolo cruciale dell'esperienza nel determinare l'espressione genetica, sfidano il pensiero riduzionista semplicistico e presentano prove convincenti che dimostrano che è l'esperienza soggettiva di ciascuno di noi ad agire sul cervello.

*La sospensione degli psicofarmaci: un manuale per i medici prescrittori, i terapeuti, i pazienti e le loro famiglie* di Peter Breggin è un'aggiunta tempestiva ed estremamente importante alla letteratura psicofarmacologica. Questo libro è indispensabile e dovrebbe essere letto da tutti gli psichiatri, gli psicologi, gli infermieri, i terapeuti, i pazienti e i loro cari. Contrariamente all'attuale modello di trattamento in cui il terapeuta non svolge quasi nessun ruolo nella gestione dei farmaci, qui il ruolo del terapeuta è fondamentale per il successo della sospensione dei farmaci nei pazienti psichiatrici. Nell'approccio collaborativo e centrato sulla relazione, il potere passa dalle decisioni del medico prescrittore al rispetto per i desideri del paziente. Questo manuale è una lettura obbligatoria per ogni prescrittore e trasformerà il suo modo di praticare per sempre.

Kathleen Wheeler, PhD,

Professore presso la Fairfield University Scuola di infermieristica  
Fairfield, Connecticut

Collana: Naviganti

prezzo: € 28,00

**Formato 16×24 - pagine 342**

**Pubblicazione: Maggio 2018 - ISBN: 9788899318109**