

Centro de Estudos



Alucinógenos

15/05/2021

Dr Daniel Monnerat

Médico Psiquiatra da Clínica Jorge Jaber
Pós-graduado em Psiquiatria - PUC-Rio
Professor da Pós-graduação PUC-Rio

INTRODUÇÃO



Desde a antiguidade, os produtos naturais são utilizados pela humanidade. Acredita-se que a ingestão de ervas e folhas para o alívio e cura de doenças tenha sido uma das primeiras formas de utilização dos produtos naturais pelo homem (VIEGAS-JUNIOR et al., 2006).

Foi através da experiência do uso por xamãs, bruxas, herbalistas, alquimistas e outros, que foram descobertas e experimentadas as propriedades alucinógenas de diversas plantas, que passaram então a fazer parte da cultura e tradição de diferentes grupos étnicos, seitas e religiões, muitas das quais seu uso se faz presente até nossos dias (MCKENNA, 1996).

ALUCINÓGENOS

Alucinógenos, por definição, são intoxicantes. O uso de drogas alucinógenas está associada a ataques de pânico, transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos (*flashbacks*), psicose, *delirium*, transtornos do humor e de ansiedade.

Alucinógenos vêm sendo usados há milhares de anos e estados alucinogênicos induzidos por substâncias fazem parte de rituais sociais e religiosos.

São drogas perturbadoras do SNC que distorcem e modificam qualitativamente a atividade cerebral causando delírios, alucinações e alterações da sensopercepção.

ALUCINÓGENOS

Os alucinógenos podem ser derivados de plantas ou ser produtos químicos artificiais (sintéticos).

Alguns exemplos comuns incluem:

- LSD
- Mescalina
- Psilocibina
- Ayahuasca
- Catinonas
- Ibogaínas
- Sálvias divinorum



PREPARAÇÕES

Alucinógenos são substâncias naturais e sintéticas chamadas de psicodélicas ou psicomiméticos porque, além de induzirem alucinações, produzem perda de contato com a realidade e uma experiência de expansão e intensificação da consciência.

A FDA decretou que eles envolvem potencial elevado de abuso e não têm uso medicinal.

Os alucinógenos clássicos de ocorrência natural são psilocibina (de alguns cogumelos) e mescalina (do cacto peiote); outros são harmina, harmalina, ibogaína e dimetiltryptamina (DMT).

O alucinógeno sintético clássico é o LSD, sintetizado em 1938 por Albert Hoffman, que acidentalmente absorveu uma porção da droga e experimentou o primeiro episódio alucinógeno induzido pela substância.

PREPARAÇÕES

A fenciclidina (PCP, 1-1 [fenilciclo-hexil] piperidina), também conhecida como pó de anjo, foi criada como um novo tipo de anestésico no fim da década de 1950.

Essa droga e o composto estreitamente relacionado a ela, a cetamina, foram denominados como anestésicos dissociativos, porque produziam uma condição na qual os indivíduos permaneciam despertos, mas aparentemente sem sensibilidade ou dissociados do ambiente.

A fenciclidina e a cetamina exercem seus efeitos comportamentais característicos por meio do bloqueio de receptores do tipo N-metil-D-aspartato (NMDA) para apresentar uma variedade de sintomas, desde ansiedade até psicose.

EPIDEMIOLOGIA

A incidência do uso de alucinógenos teve dois períodos notáveis de destaque.

Entre 1965 e 1969, houve um aumento na quantidade estimada de novos usuários, impulsionado principalmente pelo uso de LSD.

O segundo período de aumento no primeiro uso de alucinógenos ocorreu por volta de 1992 até 2000, insuflado sobretudo pelo aumento do uso de ecstasy (i.e., MDMA).

Reduções do início de uso tanto de LSD como de ecstasy ficaram evidentes entre essa época e 2013, coincidindo com uma queda geral na incidência de alucinógenos de 1,6 milhões para 1,1 milhões.

EPIDEMIOLOGIA

Homens representam 62% dos indivíduos que usaram alucinógenos em algum momento e 75% daqueles que usaram um alucinógeno no mês anterior.

Indivíduos de 26 a 34 anos de idade são os com uso mais elevado dessas substâncias, sendo que 16% usaram um alucinógeno pelo menos uma vez.

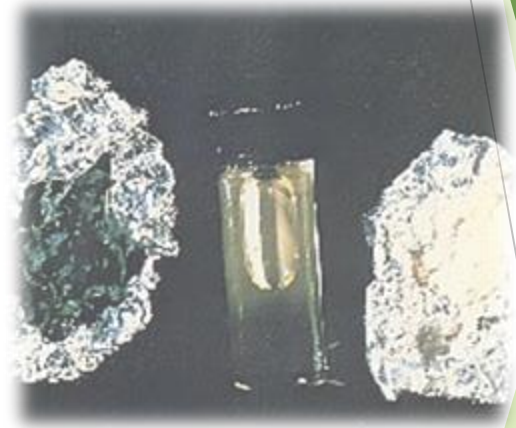
Indivíduos de 18 a 25 anos de idade apresentam o índice mais elevado de uso recente de alucinógeno.



FENCICLIDINA

A fenciclidina e seus compostos relacionados são vendidos de diversas formas, como pó cristalino, pasta, forma líquida ou papel encharcado com a droga (cartela).

A PCP geralmente é mais usada como aditivo em cigarros contendo Cannabis ou salsa. Usuários experientes relatam que os efeitos de 2 a 3 mg de PCP fumada ocorrem em cerca de 5 minutos e se estabilizam em 30 minutos.

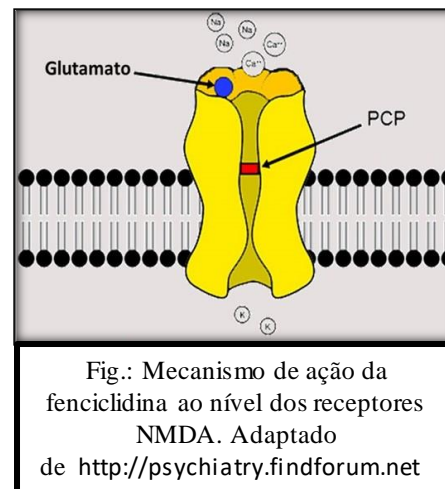


Sua biodisponibilidade é de aproximadamente 75% quando administrada via intravenosa e de cerca de 30% ao ser fumada. A meia-vida da PCP é de aproximadamente 20 horas, e a da cetamina é de cerca de 2 horas.

FENCICLIDINA

O efeito farmacodinâmico primário da PCP e da cetamina é como antagonista no subtipo NMDA de receptores de glutamato.

A PCP se liga a um sítio inserido no canal de cálcio associado a NMDA e impede o influxo de íons de cálcio.



Ela também ativa os neurônios dopaminérgicos da área tegmentar ventral, os quais se projetam para o córtex cerebral e o sistema límbico.

A ativação desses neurônios normalmente está envolvida na mediação das qualidades de reforço da PCP.

FENCICLIDINA

Em seres humanos, ocorre tolerância aos efeitos da PCP, mas geralmente não há dependência física. No entanto, em animais que recebem mais PCP por quilo durante o período mais prolongado do que a maioria dos humanos, ela induz dependência física com sintomas de abstinência bem definidos de letargia, depressão e fissura.



Phencyclidine (PCP) = fenciclidina

Sintomas físicos de abstinência em seres humanos são raros, provavelmente em função de dose e duração de uso.

Embora dependência física de PCP seja rara, dependência psicológica tanto de PCP como de cetamina é comum, e alguns usuários se tornam dependentes do estado psicológico induzido pela PCP.

DIAGNÓSTICO - CID 10

F16 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de Alucinógenos

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome (estado) de abstinência
- .4 - Síndrome de abstinência com delirium
- .5 - Transtorno psicótico
- .6 - Síndrome amnésica
- .7 - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
- .8 - Outros transtornos mentais e comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

DIAGNÓSTICO - DSM IV

Os critérios para diagnóstico são:

A. Uso recente de um alucinógeno.

B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal adaptativas e clinicamente significativas (por ex., ansiedade ou depressão acentuada, ideias de referência, medo de perder o juízo, ideação paranoide, prejuízo no julgamento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.

C. Alterações perceptuais ocorrendo em um estado de plena vigília e alerta (por ex., intensificação subjetiva de percepções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações, sinestésias) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.

D. Dois (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de alucinógenos:

(1) dilatação das pupilas | (2) taquicardia | (3) sudorese (4) palpitações (5) visão turva | (6) tremores | (7) falta de coordenação.

E. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

DIAGNÓSTICO

Transtorno por uso de alucinógenos

O uso prolongado e constante de alucinógenos não é comum. Afirma-se que alguns usuários de PCP ficara, “cristalizados”, uma síndrome caracterizada por pensamento entorpecido, reflexos diminuídos, perda de memória, perda de controle de impulsos, depressão, letargia e comprometimento da concentração.



Embora ocorra dependência psicológica, ela é rara, em parte porque cada experiência com LSD é diferente e em parte porque não há certeza da obtenção de euforia.

DIAGNÓSTICO

Intoxicação por alucinógenos

Intoxicação por alucinógenos se caracteriza por alterações comportamentais desadaptativas e perceptuais e por determinados sinais fisiológicos descritos na tabela abaixo.

Alterações fisiológicas causadas por alucinógenos

1. Midríase
 2. Taquicardia
 3. Sudorese
 4. Palpitações
 5. Visão borrada
 6. Tremores
 7. Incoordenação
-

DIAGNÓSTICO

Intoxicação por alucinógenos

- O diagnóstico diferencial inclui intoxicação anticolinérgica e por anfetaminas e abstinência de álcool.
- O tratamento mais indicado para intoxicação por alucinógenos é acalmar o paciente; durante esse processo, pode-se tranquilizá-lo explicando que os sintomas são induzidos pela droga, que ele não está ficando louco e que os sintomas irão se dissipar em breve.
- Em casos mais graves, antagonistas dopaminérgicos - por exemplo, haloperidol ou benzodiazepínicos - por exemplo, diazepam - podem ser usados durante um período limitado.
- A intoxicação por alucinógenos normalmente não apresenta síndrome de abstinência.

DIAGNÓSTICO

- Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos
- Delirium por intoxicação por alucinógenos
- Transtornos psicóticos induzidos por alucinógenos
- Transtorno do humor induzido por alucinógenos
- Transtorno de ansiedade induzido por alucinógenos
- Transtorno relacionado a alucinógenos não especificado

DIAGNÓSTICO

Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos

- Um indivíduo pode experimentar um *flashback* de sintomas alucinogênicos mesmo em um longo tempo depois de consumir um alucinógeno.
- Essa síndrome é diagnosticada como *transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos* no DSM-5.
- De acordo com estudos, de 15% a 80% dos usuários de alucinógenos relatam ter experimentado *flashbacks*.
- O diagnóstico diferencial para flashbacks inclui enxaqueca, convulsões, anormalidades no sistema visual e transtorno de estresse pós traumático.

DIAGNÓSTICO

Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos

- Os seguintes fatores podem desencadear um flashback: estresse emocional, privação sensorial, como monotonia ao dirigir; ou uso de outra substância psicoativa, como álcool ou maconha.
- Flashbacks são recorrências espontâneas e transitórias da experiência induzida pela substância. A maioria consiste em episódios de distorção visual, alucinações geométricas, alucinações envolvendo sons ou vozes, falsas percepções de movimentos em áreas periféricas, explosões de cores, trilha de imagens de objetos em movimento, pós-imagens positivas e halos, macropsia, micropsia, expansão do tempo, sintomas físicos ou revivência de emoção intensa.

DIAGNÓSTICO

Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos

- Os episódios costumam durar de poucos segundos a alguns minutos, mas às vezes podem ser mais prolongados.
- Com mais frequência, mesmo na presença de perturbações perceptuais distintas, o indivíduo tem insight sobre a natureza patológica da perturbação.
- Comportamento suicida, transtorno depressivo maior e transtorno de pânico são complicações potenciais.



DIAGNÓSTICO

Delirium por intoxicação por alucinógenos

- *Delirium* por intoxicação por alucinógenos é um transtorno relativamente raro que se inicia durante a intoxicação em indivíduos que consumiram alucinógenos puros.
- Estima-se que 25% de todos os pacientes que chegam ao setor de emergência em decorrência de problemas relacionados a PCP podem satisfazer os critérios para *delirium* por intoxicação por alucinógenos.
- Contudo, essas substâncias costumam ser misturadas a outras, e os outros componentes ou suas interações com o alucinógeno podem produzir *delirium* clínico.

DIAGNÓSTICO

Transtornos psicóticos induzidos por alucinógenos

- Caso haja sintomas psicóticos na presença de teste de realidade prejudicado, um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por alucinógenos pode ser justificado.
- O efeito adverso mais comum de LSD e de substâncias relacionadas é uma *bad trip*, experiência que se assemelha a uma reação de pânico agudo a *Cannabis*, mas que pode ser mais grave; uma *bad trip* pode produzir eventualmente sintomas psicóticos verdadeiros.
- De modo geral, essa experiência termina quando os efeitos imediatos do alucinógeno se dissipam, mas seu curso é variável.

DIAGNÓSTICO

Transtornos psicóticos induzidos por alucinógenos

- Às vezes, um episódio psicótico prolongado difícil de distinguir de um transtorno psicótico de origem não orgânica. Se uma psicose crônica depois do consumo da substância é resultado de sua ingestão, ou se não está relacionada a sua ingestão, ou se é o caso de uma combinação entre a ingestão e fatores predisponentes, é uma questão ainda a ser esclarecida.
- Eventualmente, o transtorno psicótico é prolongado, uma reação que, acredita-se, é mais comum em indivíduos com transtorno da personalidade esquizoide preexistente e com personalidade pré-psicóticas, com equilíbrio instável do ego ou ansiedade em demasia.

DIAGNÓSTICO

Transtornos psicóticos induzidos por alucinógenos

- Esses indivíduos não conseguem lidar com as alterações na percepção, distorções da imagem corporal e material inconsciente simbólico estimulado pelo alucinógeno.
- O índice de instabilidade mental anterior em indivíduos hospitalizados devido a reações a LSD é elevado.
- Reações adversas ocorreram no fim da década de 1960, quando o LSD era promovido como psicoterapia autoprescrita para crises emocionais na vida de indivíduos gravemente perturbados.
- Agora que essa prática é menos frequente, reações adversas prolongadas são menos comuns.

DIAGNÓSTICO

Transtorno de humor induzido por alucinógenos

- Diferentemente do transtorno do humor induzido por cocaína e do transtorno do humor induzido por anfetaminas, nos quais, até certo ponto, se pode prever os sintomas, os sintomas de transtorno do humor que acompanham abuso de alucinógenos podem variar.
- O abuso pode fazer o indivíduo experimentar sintomas do tipo maníaco, com delírios de grandiosidade, ou sentimentos e ideias do tipo depressivo ou sintomas mistos.
- Assim como os sintomas do transtorno psicótico induzido por alucinógenos, os sintomas de transtorno do humor induzido por alucinógenos normalmente se resolvem após a eliminação da substância.

DIAGNÓSTICO

Transtorno de ansiedade induzido por alucinógenos

- O transtorno de ansiedade induzido por alucinógeno também apresenta um padrão variado de sintomas, mas estão disponíveis poucos dados sobre esses padrões.
- Informalmente, profissionais do setor de emergência que tratam pacientes com transtornos relacionados a alucinógenos com frequência relatam transtorno de pânico com agorafobia.
- Ansiedade provavelmente é o sintoma mais comum que leva um indivíduo intoxicado por PCP a buscar ajuda no setor de emergência.

DIAGNÓSTICO

Transtorno relacionado a alucinógenos não especificado

- Quando um paciente com transtorno relacionado a alucinógenos não satisfaz os critérios diagnósticos para nenhum dos transtornos relacionados a alucinógenos descritos, ele pode ser classificado como apresentando um transtorno relacionado a alucinógenos não especificado.
- O DSM-5 não inclui uma categoria diagnóstica para abstinência de alucinógenos, mas alguns clínicos relatam informalmente uma síndrome com depressão e ansiedade após a interrupção do uso frequente dessas substâncias.
- Essa síndrome pode se encaixar no diagnóstico de transtorno relacionado a alucinógeno não especificado.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Dietilamida do ácido lisérgico - LSD

- A LSD é uma base sintética derivada do núcleo do ácido lisérgico a partir de alcaloides de ergotamina.
- Essa família de compostos foi descoberta em um fungo de centeio, sendo responsável por epidemias letais de ergotismo na Idade Média.



Albert Hofman - 1943
cientista suíço - “pai do LSD”

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Dietilamida do ácido lisérgico - LSD

- Sintomas fisiológicos de LSD costumam ser poucos e relativamente leves. Pupilas dilatadas, aumento dos reflexos tendinosos profundos motores e tensão muscular, assim como incoordenação motora leve e ataxia, são comuns.
- Aumentos da frequência cardíaca, da respiração e da pressão arterial são moderados quanto a grau e variáveis, assim como náusea, redução do apetite e salivação.
- Seus efeitos simpatomiméticos incluem tremores, taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese, visão borrada e midríase. Pode ocorrer morte decorrente de patologia cardíaca ou cerebrovascular relacionada a hipertensão ou hipertermia com o uso de alucinógeno.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Dietilamida do ácido lisérgico - LSD

- Há relatos de uma síndrome semelhante à síndrome neuroléptica maligna associada à LSD. Morte também pode ser causada por lesão física, já que a substância prejudica o discernimento quanto ao tráfego ou à capacidade de voar, por exemplo.
- Os efeitos psicológicos normalmente são bem tolerados, mas quando o indivíduo não consegue lembrar de experiências ou ter ciência de que essas experiências são induzidas por substâncias, ele pode identificá-las como início de insanidade.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Dietilamida do ácido lisérgico - LSD

- A sequencia normal de mudanças segue um padrão de sintomas somáticos, que surgem em primeiro lugar, então alterações no humor e na percepção e, por fim, alterações psicológicas, embora os efeitos se sobreponham e, dependendo do alucinógeno em questão o tempo do início e fim varie.
- A intensidade dos efeitos da LSD em um usuário sem tolerância costuma ser proporcional à dose, sendo que 25mg é a dose-limite aproximada.
- O início de ação da LSD ocorre no prazo de 1 hora, chega ao pico em 2 a 4 horas e dura de 8 a 12 horas.

FENETILAMINAS

- Fenetilaminas são compostos com estruturas químicas semelhantes às estruturas dos neurotransmissores dopamina e norepinefrina. A mescalina (3,4,5-trimetoxifenetilamina), um alucinógeno clássico em todos os sentidos, foi o primeiro alucinógeno isolado a partir do cacto peiote, que cresce no sudoeste dos Estados Unidos e no norte do México.



Feniletilamina / Fonte: Wikipédia

MESCALINAS

- A mescalina normalmente é consumida como “botões” de peiote, obtidos dos pequenos cactos verde azulados *Lophophora williamsii* e *Lophophora diffusa*. Os botões são a parte superior carnosa, redonda e seca dos cactos.
- Foi isolada em 1896 por Arthur Heffter e sintetizada em 1919 por Ernst Späth.



Arthur Heffter



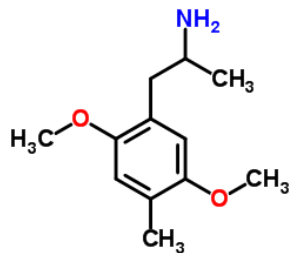
Lophophora williamsii



Ernst Späth

MESCALINAS

- Muitas variações estruturais de mescalina foram investigadas e relações de atividade estruturais foram razoavelmente bem caracterizadas.
- Um análogo, a 2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM), também conhecido como STP, uma anfetamina extraordinariamente potente com propriedades alucinógena, teve um breve período de popularidade ilícita e notoriedade nos anos 1960, mas parece ter desaparecido do mercado de drogas ilícitas.



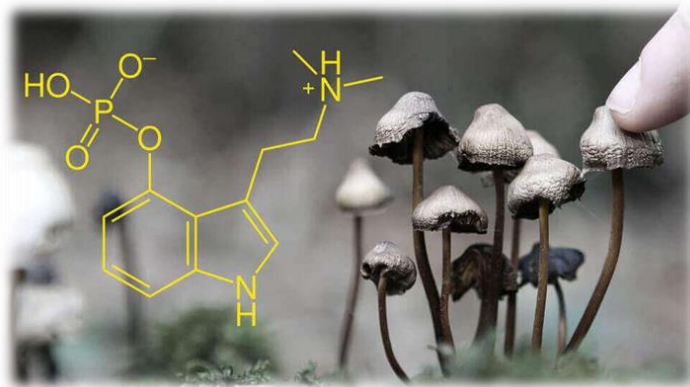
2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina

MESCALINAS

- Outra série de análogos de fenetilamina com propriedades alucinogênicas são as anfetaminas relacionadas à 3,4-metilenodioxianfetamina (MDA).
- Atualmente, o membro mais popular e, para a sociedade, o mais problemático dessa grande família de drogas é o MDMA, ou ecstasy, na realidade mais um estimulante relativamente leve do que um alucinógeno.
 - O MDMA produz um estado alterado de consciência com alterações sensoriais e, o mais importante para alguns usuários, sensação de intensificação nas interações pessoais.

ANÁLOGOS DE PSILOCIBINA

- Uma coleção incomum de triptaminas tem sua origem no reino dos fungos.
- O protótipo natural é a própria psilocibina, que, juntamente com homólogos relacionados, foi encontrada em mais de 100 espécies de cogumelos, em sua maioria do gênero *Psilocybe*.



- O químico suíço Albert Hofman também foi o primeiro a extrair a substância dos cogumelos.
- **Efeitos:** similares aos da intoxicação por álcool acompanhados de alucinações e efeitos psicodélicos.



Khât (*Catha edulis*)

CATINONAS

- Catinonas são alcaloides semelhantes a anfetaminas encontrados em sua forma natural na planta khât e produzidos sinteticamente, conhecidos como “sais de banho”.
- São estimulantes do SNC que causam uma liberação maciça de dopamina, e uma única dose pode durar 8 horas.
- As catinonas produzem efeitos tóxicos de grandes proporções que podem levar a convulsões, acidentes vasculares e/ou morte. Alucinações e delírios são comuns.
- Quando engolidas, injetadas ou aspiradas, produzem o efeito eufórico desejado.

IBOGAÍNA

- A ibogaína é um alcaloide complexo encontrado no arbusto africano *Tabernanthe iboga*.
- É alucinógena na faixa de dosagem de 400mg.
- A planta é originária da África e é usada tradicionalmente em cerimônias de iniciação religiosas.
- Embora não tenha sido um alucinógeno popular devido a seus efeitos somáticos desagradáveis quando consumida em doses alucinogênicas, pacientes expostos a ela podem vir a ter contato com um psiquiatra tendo em vista de suas propriedades terapêuticas, ainda em investigação, no tratamento da dependência química (opioides).



AYAHUASCA

- A ayahuasca (ou Daime, no Brasil), muito abordada em *websites* sobre alucinógenos, originalmente se refere a uma decocção de uma ou mais plantas da América do Sul. A substância contém alcaloides harmalina e harmina.
- Esses dois alcaloides de β -carbolina têm propriedades alucinogênicas, mas as alterações sensório visual resultantes são acompanhadas por náusea considerável.



- Tribos amazônicas nativas descobriram que acrescentar folhas de plantas que contêm quantidades substanciais de DMT intensifica acentuadamente o impacto visual e sacramental da ayahuasca.

AYAHUASCA

- Apesar de nenhum componente individual da mistura de plantas com ayahuasca funcionar bem isoladamente, em combinação, provocam resultados extremamente eficazes como agente alucinogênico.
- Nos últimos anos, a expressão ayahuasca evoluiu como termo menos específico para se referir a qualquer tipo de mistura de dois elementos alucinogênicos usados em combinação. Por exemplo, harmina e harmalina estão disponíveis como substâncias químicas puras e, quando consumidas juntamente com vários elementos botânicos que contêm DMT, resultam em uma mistura com propriedades alucinógenas, inicialmente intensas, mas em geral de curta duração.

SALVIA DIVINORUM

- Indígenas do norte de Oxaca, no México, usam a *Salvia divinorum* como fitoterápico e como sacramento sagrado, e ela atualmente é bastante debatida, anunciada e vendida na internet.
- Quando a planta é mastigada, ou suas folhas secas são fumadas, produz efeitos alucinógenos.



- Salvorin-A, o componente ativo na planta, é potente por via parenteral, ativo em dose de 250 mg quando fumado e de interesse científico e com potencial médico porque se liga ao receptor opioide κ .

TRATAMENTO

- É fundamental avaliar o grau das intoxicações severas, especialmente diante do uso de alucinógenos sintéticos, para montar um esquema de preservação da vida.
- O tratamento das intoxicações é sintomático. Havendo complicações haverá abordagem clínica específica para cada complicação.
- O tratamento poderá envolver hidratação endovenosa. Diante de dúvidas, a consulta ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT) pode ser muito importante. Recomenda-se consultar o protocolo sobre intoxicações e envenenamentos.



TRATAMENTO

- As reações adversas com LSD, de ordem psiquiátrica, com insegurança e angústia, podem ser resolvidas, em geral, pelo diálogo tranquilizador, com técnicas meramente de conversa.



- Eventualmente, quando há sentimentos assustadores muito intensos, demorando para passar, a clorpromazina e o haloperidol são eficazes. Não há antídoto específico.
- Superdosagens podem levar a rabdomiólise, falência renal e hipotensão. Nestes casos o paciente precisará ser internado.

TRATAMENTO

- Diante da intoxicação por alucinógenos naturais, em geral as medidas farmacológicas são desnecessárias. O paciente deve ficar em observação até a extinção dos sintomas.
- Na emergência, os quadros ansiosos podem ser manejados com administração sintomática de benzodiazepínicos orais.
- Os quadros psicóticos podem ser aliviados com neurolépticos, entre os quais se destaca a clorpromazina, na dose de 25 a 125 mg, e o haloperidol, na dose de 5 mg.



TRATAMENTO

- É importante ressaltar que os usuários dessas drogas podem ser classificados de acordo com o padrão de consumo em: experimental, ocasional, usuários de abuso e usuários crônicos.
- Em geral, as drogas possuem elevada capacidade de causarem dependência química, física e psicológica no indivíduo, podendo levar à morte.



BIBLIOGRAFIA

- BARCELOUX, Donald G. Medical Toxicology of Drug Abuse: Synthesized Chemicals and Psychoactive Plants. Hoboken (New Jersey): John Wiley & Sons, 2012
- Gerald F. O'Malley , DO, Grand Strand Regional Medical Center; Rika O'Malley, MD, Albert Einstein Medical Center, MSD e Manuais MSD, Última alteração em jun.2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/assuntos-especiais/drogas-recreativas-e-entorpecentes/alucinogenos>
- MCKENNA, D.J. Clinical investigations of the therapeutic potential of Ayahuasca: rationale and regulatory challenges. Pharmacology & Therapeutics, v.102, p.111-29, 2004.
- VIEGAS JR, Cláudio; BOLZANI, Vanderlan da Silva and BARREIRO, Eliezer J. Os produtos naturais e a química medicinal moderna. Quím. Nova [online]. 2006, vol.29, n.2, pp.326-337. ISSN 1678-7064.
- Schultes, Richard Evans / Hofmann, Albert (1980): Plants of the Gods: Origins of Hallucinogenic Use. Random House / Arrow. ISBN 0-09-141600-0
- SMITH, David E. et al. From Hofmann to the Haight Ashbury, and into the Future: The Past and Potential of Lysergic Acid Diethylamide. Journal of Psychoactive Drugs, Vol. 46, Iss. 1, 2014.
- <https://www.mundosemdrogas.org.br/drugfacts/lsd/a-short-history.html>
Acesso em 03/05/20201
- <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-e-uma-morte-por-overdose/>
Acesso em 03/05/20201

Obrigado!

 monneratdaniel@hotmail.com

