

Sebevraždy a léky užívané v psychiatrii (psychofarmaka)

Zpráva založená na údajích švédského národního úřadu pro zdraví a sociální péči.

Autor: Janne Larsson

Úvod:

Toto je unikátní zpráva o sebevraždách a psychiatrických léčích.

Přináší podrobné údaje o léčbě, která předcházela smrti přibližně jedné třetiny všech osob, které ve Švédsku v roce 2007 spáchaly sebevraždu.

Národní úřad pro zdraví a sociální péči (Socialstyrelsen) mohl nebo měl tyto informace zveřejnit, ale neučinil tak. Fakta, která zpráva přináší, byla získána bezprostředně z existujících záznamů tohoto úřadu.

Ve Švédsku existuje povinnost ohlásit úřadu pro zdraví a sociální péči k dalšímu šetření každý případ sebevraždy spáchané osobou, která byla v péči lékaře nebo byla u lékaře v průběhu 4 týdnů před sebevraždou. Díky této oznamovací povinnosti máme k dispozici unikátní informace.

Údaje obsažené v této zprávě nikdy dříve žádný úřad nezveřejnil. Státní orgány se soustředí na formu zdravotní péče. Její průběh nikdo neanalyzuje, a to ani v případech, kdy péče skončila smrtí pacienta, kdy je průběh péče zjevně tím nejdůležitějším faktorem.

Protože se úřady vyhnuly popisu a rozboru aktuálního průběhu poskytované péče, vyhnuly se rovněž významným otázkám, které by jinak měly být vzneseny. A tak tyto otázky nezazněly ani v okamžiku, kdy skutečný průběh poskytované psychiatrické léčby dospěl k tragédii – sebevraždě. Vznášíme tyto otázky nyní.

Významnou roli by při analýze výsledků léčby by měly hrát zprávy o podezření na nežádoucí účinky různých léků tak, jak jsou hlášeny příslušným lékařským institucím – v tomto případě švédskému úřadu pro kontrolu léčiv. Systém hlášení je však v současné době tak špatný, že je hlášeno jen určité procento nežádoucích účinků. S tím, co zpráva odhaluje, lze dokonce konstatovat, že tento systém naprosto zkolaboval. Lékaři nehlásí dokonce ani ty případy, kdy psychofarmaka vedla nebo významně přispěla k fatálnímu konci ve formě sebevraždy. O jak katastrofální situaci se jedná, pochopí každý, kdo se s touto zprávou seznámí.

Doufám, že mnou předkládané informace povedou politiky, veřejné činitele, novináře a další k tomu, aby se začali domáhat základních změn ve způsobu zacházení s lidmi postiženými duševními problémy.

Janne Larsson, novinář, janne.olv.larsson@telia.com.

Kapitola 1: Studie

Podle publikace Sebevraždy 2006, hlášení podle Lex Maria (švédského zákona o způsobilosti a výkonu zdravotnických a sociálních služeb) činí počet hlášení o sebevraždách podaných úřadu pro zdraví a sociální péči v souladu příslušnými předpisy asi 400 za rok. Každoročně ve Švédsku dojde k asi 1200 sebevraždám. Úřad pro zdraví a sociální péči má tak k dispozici poměrně obsáhlé informace k jedné třetině všech případů sebevraždy.

Výchozí informace pro tuto studii byly od úřadu pro zdraví a sociální péči získány žádostí v souladu se zákonem o svobodném přístupu k informacím. Jednalo se o případy hlášené šesti regionálním úřadovněm za rok 2007 s důrazem na psychofarmakoterapii podávanou pacientům během jednoho roku před sebevraždou.

Šlo celkem o 393 hlášených případů.

Studie zahrnuje:

1. Hlášení za rok 2007

Počet hlášených případů za rok 2007 podle místa hlášení:

Umea	29
Orebro	101
Stockholm	81
Jonkoping	46
Githenburg	67
Malmo	69
Celkem	393

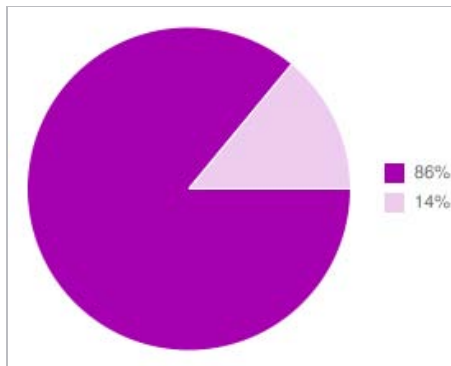
2. Informace byly analyzovány s ohledem na konkrétní psychiatrickou léčbu, která předcházela tragické sebevraždě. Byla shromážděna data o *druhu* užívaných psychofarmak (neuroleptika, antidepresiva,

benzodiazepiny atd.) a o *jednotlivých* lécích.

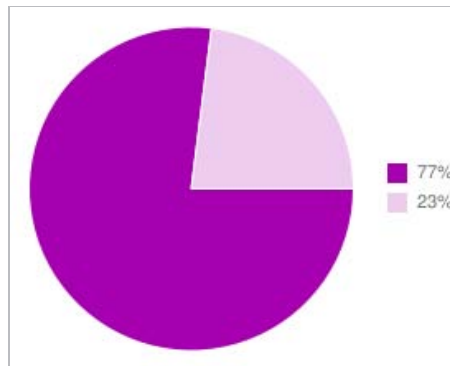
3. V závislosti na dostupnosti informací (asi u 60 % případů), byly léky rozdělené na léky užívané v době sebevraždy a léky užívané dříve.

Výsledek:

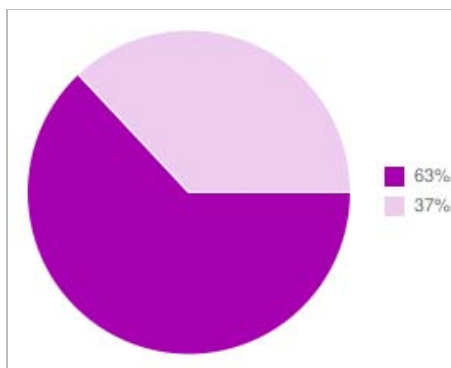
Výsledkem analýzy použité léčby jsou následující grafy:



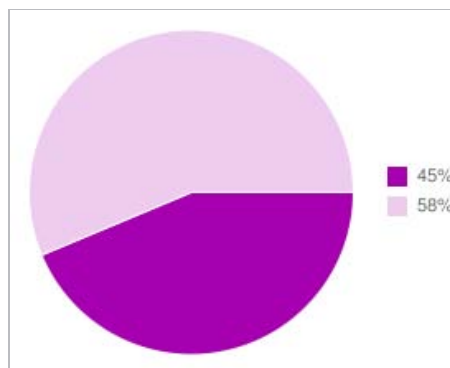
Graf 1: Ve 338 případech z 393 – tj. v 86 % případů – byli pacienti v průběhu jednoho roku před sebevraždou léčeni psychofarmaky.



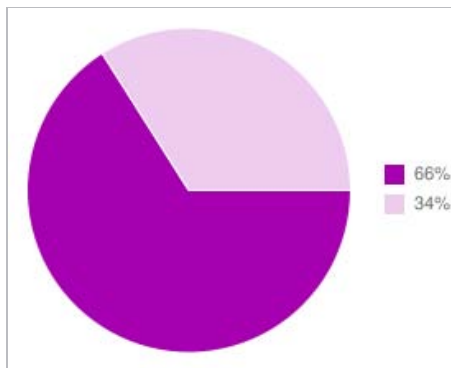
Graf 2: V 304 případech (77 %) byli pacienti léčeni antidepresivy nebo neuroleptiky.



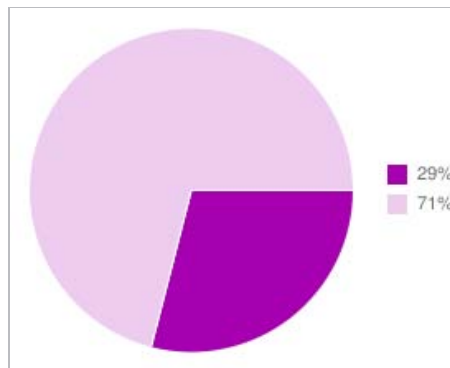
Graf 3: Ve 246 případech (63 %) šlo o pacienty léčené antidepresivy.



Graf 4: Ve 164 případech (42 %) byli nemocní léčeni neuroleptiky.



Graf 5: V 261 případech (66 %) byly osoby léčeny trankvilizéry/hypnotiky; benzodiazepiny nebo podobnými novějšími látkami.



Graf 6: Navíc ve 115 případech (29 %) byli pacienti léčeni psychofarmaky jiného druhu. Jednalo se např. o antiepileptika nově zavedená jako tzv. "stabilizátory nálady" (Lyrica, Lamictal), léky na "ADHD" (Concerta, Ritalin, Strattera) a další typy psychofarmak, např. Buprenorfin a Antabus.

Celkové množství užitých psychofarmak

Reálnou situaci nejlépe zobrazuje *celkové množství psychofarmak předepsaných* těmto pacientům.

"Rozsah léčby" lze vyjádřit tak, že 338 pacientů (z 393), kterým byla podávána psychofarmaka, dostávalo v průběhu jednoho roku před sebevraždou v *průměru* 4 různé léky.

Z výše uvedených grafů je zřejmé, že mnoho pacientů dostávalo psychofarmaka *různých druhů* (nejen *různé trankvilizéry* nebo *různá antidepresiva*). Tak například 29 % (98 osob) z 338 pacientů, jimž byla předepsána psychofarmaka, se v průběhu jednoho roku před sebevraždou léčilo neuroleptiky a antidepresivy a trankvilizéry/hypnotiky.

Neznamená to, že pokud byl jeden lék předepsán, byl jiný vysazen. Naopak, ve většině případů pacienti dostávali v *jednom okamžiku* mnoho různých psychofarmak.

Příklad 1: V oblasti spadající pod jednu regionální úřadovnu užívali pacienti léčení psychofarmaky v *okamžiku sebevraždy* (v průměru) 3,2 různých léků. 36 % z nich užívalo 4 a více léků.

Příklad 2: V oblasti spadající pod jinou regionální úřadovnu užívali pacienti léčení psychofarmaky v *době sebevraždy* stejně tak v průměru 3,2 různých léků. 32 % užívalo 4 a více léků.

Z 338 pacientů užívajících psychofarmaka mělo v období jednoho roku před spácháním sebevraždy 39 (12 %) v záznamech léčbu elektrošokem (EKT) – jeden pacient dostal v rozmezí jednoho roku sérii 12 elektrošoků a 15 různých psychofarmak. Uvedených 39 pacientů mělo naopak spolu s elektrošoky v průběhu jednoho roku předepsáno v průměru 5,6 různých psychofarmak.

Jen 37 osob (11 %) z 338 užívalo v průběhu jednoho roku před sebevraždou jen jedno psychofarmakum.

Fakta hovoří jasně: muži i ženy v této skupině v dtivé míře spáchali sebevraždu po léčení velkým množstvím psychofarmak v průběhu jednoho roku před spácháním sebevraždy.

Kapitola 2: Psychofarmaka a sebevraždy

Shora popsání pacienti dostávali "odpovídající léčbu" – ve významu, který se používá v psychiatrii. V žádném případě nedocházelo k "podléčení".

Pacienti rovněž dostávali:

- nová antidepresiva (Cymbalta 23 osob, Wffexor 41, Zioloft/Sertralin 49, Cuipralex 33)
- nové formy neuroleptik (Risperidon 31, Zyprexa 52)
- nová hypnotika podobná benzodiazepinům (Zopiclone/Imovane 128, Stilnoct [Ambien] 53)
- nové "stabilizátory nálady" (Lamictal 21, Lyrica 19).

Osoby užívající uvedené léky dostávaly v průběhu jednoho roku před sebevraždou v průměru 4 různé psychiatrické přípravky.

Dobrým příkladem toho, jak léčba psychofarmaky *může* souviset se sebevraždami, lze nalézt v "informačních materiálech" vydávaných farmaceutickými společnostmi:

Lékaři se v časopise švédské lékařské asociace (spolu s doprovodnou ilustrací hrobu a fotografií sebevraha) dozvěděli: "Deprese může skončit neočekávaně rychle". Je to konkrétně farmaceutická společnost Wyeth, která chce, s odvoláním na mezinárodně známého švédského psychiatra Gorana Isacssona, aby lékaři rozuměli tomu, že lék Effexor představuje *ochranu* proti sebevraždám: léčete Effexorem a můžete zabránit tomu, aby deprese skončila sebevraždou.

41 pacientů z 393, kteří v roce 2007 spáchali sebevraždu a jejichž případ byl hlášen úřadu pro zdraví a sociální péči, *bylo léčeno* Effexorem od firmy Wyeth.

Pokud chceme *rozumět* výsledkům z předcházející kapitoly, existují lepší zdroje informací než reklama farmaceutických společností a články biologických psychiatrů, kteří vystavěli své kariéry na prosazování úryvků z inzerce společnosti Wyeth.

Lepším zdrojem informací jsou *nepublikované* klinické zkoušky psychofarmak prováděné farmaceutickými společnostmi a významné studie prováděné nezávislými vědci.

Řada těchto studií ukazuje, že antidepresiva a neuroleptika *zvyšují riziko sebevražedného chování a bezprostředním vyvolávají účinky vedoucí k sebevraždě*.

Mezi materiály, které uvádějí tyto závěry (a které obsahují řadu odkazů pro ty, kdo chtějí zjistit víc), patří: Healy, *Antidepressants and Violence: Problems at the Interface of Medicine and Law (Antidepresiva a násilí: Problémy na pomezí medicíny a práva)*, (2006), Breggin, *Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors, (SSRIs): A review and analysis (Sebevražednost, násilí a mánie vyvolané selektivním inhibítorem zpětného vychytávání serotoninu (SSRIs): Přehled a rozbor)*, (2004); Whitaker, *Affidavit (formální místopřísežné shrnutí faktů o neuroleptikách)* (2007).

Jedním z jevů popsaných ve shora uvedených člancích je *extrémní vnitřní neklid*, který může být *vyvolán* neuroleptiky a antidepresivy. Postižené osoby nemohou setrvat v klidu, mají nutkání k neustálému pohybu, pociťují vnitřní utrpení. Tento stav se nazývá akatázie (z řeckého a[ne] a *káthisis*[sedět]) a je vyvolán léky (nikoliv tedy jakoukoliv formou "základního onemocnění").

Že tento jev nemá nic společného s duševními problémy pacienta – nýbrž je výhradně vyvolán léky – prokázaly studie, při nichž tyto léky užívali zdraví lidé, kteří následně vykazovali dané příznaky. Je známo, že akatízie dohání pacienty k sebevraždě (a k násilí proti okolí).

Tento stav také popisují oficiální příbalový leták neuroleptik, který dokonce hovoří o *běžné* komplikaci (vyskytující se u 1 – 10 % uživatelů; viz například text pro přípravek Zyprexa). Akatizii vyvolávají také antidepresiva, u kterých se uvádí jako další obvyklý účinek agitovanost (viz např. text pro přípravek Cymbalta). Akatízie a agitovanost patří do spektra nežádoucích účinků antidepresiv; začínají jako insomnie, nervozita a podrážděnost, poté se zhoršují směrem k závažnějším účinkům, jako jsou agitovanost, agresivita, akathisie a mánie.

Shora uvedené informace zviditelňují škodlivé účinky antidepresiv a neuroleptik. Také dobře popisují způsob, jakým tyto léky přispívají k jevům vedoucím k sebevraždě nebo je přímo vyvolávají.

Dobře známému škodlivému působení trankvilizérů a hypnotik (benzodiazepiny) – včetně rizika sebevraždy – se věnuje práce *Brain-Disabling Effects of Benzodiazepines* (1997).

Psychiatrické přípravky v žádném případě nejsou přírodní látky produkované tělem, které by tělu chyběly, ani k životu nezbytné substance, které je třeba tělu dodávat. Léky podávané na "duševní choroby" nelze přirovnávat k inzulínu podávanému diabetikům nebo vitamínu C, který musejí lidé mít, aby nezemřeli na kurděje.

Myšlenku, že osoby v depresi trpí "chemickou nerovnováhou", že jim chybí serotonin, propagují už víc než 10 let hlavně farmaceutické společnosti prodávající antidepresiva (třídy SSRI, jako např. Zoloft/Luistral, Seroxat/Paxiol, Celexa, Prozac). Intenzivní marketing vedl veřejnost k přesvědčení, že pokud se cítí špatně, jde o chorobu vyvolanou látkovým deficitem – a proto je nutné tělu dodávat chemikálii, která tento deficit vyléčí, antidepresivum. Lékaři jsou "vydírání" jako ve výše uvedeném případě "reklamního náhrobku" firmy Wyeth: Předepisujte antidepresiva, jinak deprese může skončit neočekávaně rychle: sebevraždou pacienta.

Neexistuje ale žádný vědecký důkaz, že špatné pocity jsou vyvolány jakoukoliv formou "chemické nerovnováhy" v mozku. Tuto hypotézu odmítla jedna z nejuznávanějších osobností v oblasti psychofarmakologie velmi duchaplně: "Serotoninová teorie deprese je srovnatelná s masturbační teorií šílenství."

Psychofarmaka s sebou *vždy* nesou toxický účinek na mozek a na tělo obecně; toxickou substancí lze definovat jako "látku, která může přivodit smrt nebo poškození, pokud je vpravena nebo vstřebávána do živého organismu". Psychofarmaka *vždy* způsobují poškození mozku – jak se často veřejně připouští zcela *s cílem dosáhnout efektu*: "zombie efektu" u starých lidí v domech s pečovatelskou službou nebo efektu "chemické lobotomie" pomocí neuroleptik u lidí s psychotickými reakcemi.

V případech sebevraždy hlášených v roce 2007 švédskému úřadu pro zdraví a sociální péči dostávali pacienti v průběhu jednoho roku před sebevraždou v průměru 4 psychofarmaka. Pacienti ve větší či menší míře trpěli toxickými účinky léků.

Pokud psychiatrické léky takto "přispívají" k následným sebevraždám, jakým způsobem byly tyto účinky hlášeny švédskému registru nežádoucích účinků (SWEDIS) úřadu pro kontrolu léčiv? A jakou důležitost dává úřad pro zdraví a sociální péči těmto účinkům při šetření ohledně sebevražd?

Kapitola 3: Zhroucení systému hlášení

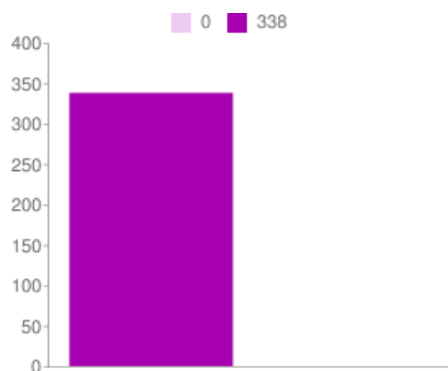
V 86 % sebevražd hlášených úřadu pro zdraví a sociální péči – tj. 338 z 393 případů – byli pacienti léčeni psychofarmaky.

U 0 % (!) těchto případů byla tato věc hlášena jako nežádoucí účinek registru pro nežádoucí účinky léků úřadu pro kontrolu léčiv.

V ani jednom z těchto případů nepovažoval nedával lékař (většinou psychiatr) tento tragický důsledek do možné souvislosti s psychofarmakologickou léčbou ani nepokládal lék za možný důležitý faktor pro fatální důsledek. U dotčených 338 osob, které spáchaly sebevraždou, nebyl v průběhu léčení psychofarmaky nahlášen jediný nežádoucí účinek!

Pokud může něco posloužit jako důkaz naprostého zhroucení systému hlášení nežádoucích účinků, musí to být právě toto. Když už se ani fatální důsledky ve formě sebevražd, ke kterým dojde po intenzivní psychofarmakologické léčbě, nedostanou do registru nežádoucích účinků, jak je to u ostatních nežádoucích účinků, kterým jsou pacienti vystaveni?

Lékaři mají hlásit úřadu pro kontrolu léčiv všechna podezření na závažné nežádoucí účinky. Tuto ohlašovací povinnost je nutné rozšířit i na lékaře působící v úřadu pro zdraví a sociální péči, kteří šetří příčiny sebevražd – avšak žádný z těchto lékařů se nedomnívá, že by rozsáhlé předepisování psychofarmak mohlo zapříčinit fatální důsledky nebo k nim zásadně přispět. Žádný z nich hlášení o nežádoucím účinku nepodal.



Graf 7: Počet případů sebevražd pacientů užívajících psychofarmaka (338) v porovnání s počtem hlášení v registru nežádoucích účinků (0).

Kapitola 4: "Odpovídající farmakoterapie"

V šetřeních národního úřadu pro zdraví a sociální péči zřetelně chybí jedna věc: otázka, zda *náplň* psychiatrické léčby nemohla být příčinou tragického konce nebo k němu nemohla přispět. V 86 % byla *náplň* psychofarmaka.

Ze záznamů šetření a naprosté absence hlášení do registru nežádoucích účinků vyplývá, že psychiatři podávající hlášení a lékaři národního úřadu pro zdraví a sociální péči se naopak shodnou, že pacientům páchajícím sebevraždou byla poskytnuta "odpovídající farmakoterapie".

Veřejní činitelé z úřadu pro zdraví a sociální péči vědí, že psychofarmaka mohou navodit sebevražedné chování či zvýšit pravděpodobnost sebevraždy (zejména na počátku, kdy se dávky zvyšují nebo snižují, kdy se doplňují jiné léky nebo při vysazování léku). Jsou si vědomi toho, že závažný nežádoucí účinek, *akutizace*, se dnes považuje za důležitý faktor u sebevražd a násilnického chování. Vědí, že užíváním několika psychofarmak současně mohou být vyvolány závažné tělesné nebo duševní stavy. Jak bylo uvedeno, "odpovídající psychofarmakologická léčba" u osob, které spáchaly sebevraždou, se v průběhu jednoho roku před sebevraždou sestávala v průměru ze 4 různých psychofarmak. Z informací podaných úřadu pro zdraví a sociální péči ohledně se léčby vyplývá velké množství důkazů toho, že na škodlivé účinky léků se nahlíží jako na další "symptomy" choroby – a tyto škodlivé účinky se pak řeší jen přidáním dalších léků, výsledky jsou fatální.

Psychofarmaka však nikdo nepodezírá. Nikdo se neptá na jejich roli v sebevraždách. A skutečným důvodem je existence starého mýtu, že antidepresiva a neuroleptika chrání před sebevraždou, převzatého přímo ze živé reklamy farmaceutických společností. Tento mýtus ve vedení úřadu nadále převládá.

Závěr

Uvážíme-li závěry předkládané touto zprávou, není již dále možné říkat, že řešením problému je "více" téhož. Řešením není "více psychiatrie" – více psychofarmak.

Politici, kteří se předhánějí v žádostech o další a další investice do psychiatrického průmyslu, což znamená v podstatě jen více "léčby" psychofarmaky, by měli vědět, že přímo přispívají k poškozování lidí a k vytváření více "výsledků", kterými se zabývá právě tato zpráva.

Ponižené přikyvování a hlasování ve chvíli, kdy psychiatrické autority vyžadují změny v zákonech ve smyslu další nedobrovolné ambulantní léčby a výlučně psychofarmakologického léčení lidí s duševními problémy vede pouze k nárůstu výše popisovaných jevů.

Tato zpráva jasně poukazuje na jednu věc: téměř všichni pacienti spáchali sebevraždou poté, co se jim dostalo "odpovídající farmakoterapie" (v psychiatrickém smyslu slova), přesně té léčby, která měla sebevraždu *zabránit*.

Nelze věřit, že systém hlášení nežádoucích účinků pracuje v jiných zemích lépe. Katastrofální stav těchto "kontrolních systémů" umožňuje nadále udržovat škodlivé léky na trhu. Vše, co musí farmaceutické společnosti udělat, je ukázat, že léky užívá velké množství lidí a zároveň nejsou hlášeny téměř žádné nežádoucí účinky. Proto jsou léky "bezpečné a účinné".

Tento příklad ze Švédska ukazuje, že 338 osob spáchalo sebevraždou po podání psychofarmak, aniž by byl do registru nežádoucích účinků nahlášen *jediný* případ. I když společnost Eli Lilly prohlašovala, že u přípravku Zyprexa nedošlo v roce 2007 ve Švédsku k jediné sebevraždě, ve skutečnosti tento přípravek užívalo 52 z 338 sebevrahů. I když společnost Wyeth prohlašovala totéž o přípravku Effexor, ve skutečnosti tento přípravek užívalo 41 z 338 sebevrahů.

Systém hlášení vyžaduje důkladnou reformu. Zdravotníci musí mít za povinnost okamžitě hlásit podezření na vážné nežádoucí účinky léků, v případě nesplnění musí následovat disciplinární opatření. Pacienti musí být plně informováni o skutečných škodlivých účincích léků a musí mít právo hlásit tyto účinky do registru nežádoucích účinků s příslibem dalšího efektivního sledování. Reformovaný systém nesmí dát prostor aktuálně

převládající zastírací psychiatrické ideologii, kdy je s evidentními nežádoucími účinky psychofarmak nakládáno jako s "příznaky" vyžadujícími přidání dalších psychofarmak. Místo toho musí být *všechny* tyto účinky předmětem hlášení jako podezření na škodlivé účinky léků.

A, což je nejdůležitější, údaje prezentované v této zprávě musí vést *k zásadním změnám* ve způsobu péče o pacienty s duševními problémy.

Copyright © 2010 Občanská komise za lidská práva. Všechna práva vyhrazena.