

SSRI's αντικαταθλιπτικά-Διπολισμός- Πολυφαρμακία- Αυτοκτονίες-Αδικαιολόγητοι φόνοι

ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ

Επειδή θα αναφερθούν απόψεις περί της χρήσης ή μη ψυχοφαρμάκων, κρίνω αναγκαία την προειδοποίηση ότι όσο επικίνδυνο είναι να αρχίσει να παίρνει κάποιος ψυχοφάρμακα εξίσου επικίνδυνο είναι να τα διακόψει απότομα και χωρίς την επίβλεψη κάποιου ειδικού και ας πωλούνται κάποια απ' αυτά όχι μόνο χωρίς δίγραμμη συνταγογράφηση αλλά και χωρίς καν συνταγή γιατρού.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΗ

Οι όροι ΔΕΠΥ, Διπολική διαταραχή, Μείζων καταθλιπτική διαταραχή και Σχιζοφρένεια αναφέρονται με τον επιστημονικό σκεπτικισμό ότι δεν περιγράφουν ασθένειες ή άρρωστες καταστάσεις όπως η νόσος Αλτσχάιμερ, το έμφραγμα ή ο διαβήτης. Ο λόγος είναι ότι δεν μπορούν να διαγνωσθούν με φυσικά συμπτώματα ή να μετρηθούν με εργαστηριακές εξετάσεις και δεν έχουν αποδεδειγμένη γενετική, χημική ή βιολογική βάση. Αυτός είναι και ο λόγος που και κατάχρηση γίνεται, αλλά και σύγχυση με άλλες αντιδράσεις του οργανισμού που προσομοιάζουν με αυτές των ανωτέρω διαταραχών.

ΤΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ

Για να καταλάβουμε το μέγεθος του προβλήματος της εξάρτησης μεγάλου μέρους της κοινωνίας από τα ψυχοφάρμακα και να μπορέσουμε να εξηγήσουμε πώς υπάρχουν πάρα πολλοί συνάνθρωποί μας που λαμβάνουν ένα κυριολεκτικά μεγάλο κοκτέιλ ψυχοφαρμάκων, πρέπει να δούμε το ρόλο που έπαιξε μια καινούργια γενιά φαρμάκων, τα λεγόμενα αντικαταθλιπτικά τρίτης γενιάς. Μπορεί τώρα οι άνθρωποι αυτοί να μην παίρνουν το

συγκεκριμένο φάρμακο, αλλά λαμβάνοντάς το στην αρχή, παρουσίασαν τέτοια συμπεριφορά που οι γιατροί τους άρχισαν να προσθέτουν φάρμακα, το ένα μετά το άλλο, μιλώντας για διπολισμό, για μανιοκατάθλιψη, για σχιζοφρένεια, ασθένειες σπάνιες πριν την εμφάνιση των, λίγες δεκαετίες πριν.

Θα αναφερθούμε στα αντικαταθλιπτικά τρίτης γενιάς, όχι επειδή αυτά της δεύτερης είναι αθώα και άμοιρα παρενεργειών, αλλά διότι έχει αποδειχθεί ότι τα πρώτα είναι πιο επικίνδυνα, τα περισσότερο συνταγογραφούμενα ως η πρώτη επιλογή των ψυχιάτρων. Εάν κάποιος δηλαδή λαμβάνει παλαιά αντικαταθλιπτικά δεύτερης γενιάς και όχι μόνο, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να ξεκίνησε από αυτά της τρίτης γενιάς, αφού αυτά επί πολλά χρόνια αποτελούσαν και αποτελούν την πρώτη προτίμηση των επιστημονικών συγγραμμάτων. Πέρασε αρκετός χρόνος μέχρι να γίνουν παραδεκτές από τις φαρμακευτικές εταιρείες κάποιες (όχι όλες) από τις παρενέργειές τους και στο διάστημα αυτό οι ψυχίατροι συνήθισαν να τα χρησιμοποιούν, εγκλωβίζοντας στα δίχτυα της Big Pharma όλο και περισσότερους συνανθρώπους μας. Η εισαγωγή τους στην κυκλοφορία είναι ενδεικτική του πώς οι εταιρείες, όχι μόνο δεν παραδέχονται τις παρενέργειες, και τις αναφέρουν καθυστερημένα και μετά από επίπονη προσπάθεια συνειδητών επιστημόνων, αλλά και του θλιβερού γεγονότος ότι πολλές φορές τις ξέρουν εξ αρχής και ίσως τις αναζητούν, διότι οδηγούν τους ανθρώπους στην πολυφαρμακία και επομένως στην αύξηση των κερδών τους. (Peter Gotzsche,2013)

Η κυκλοφορία των SSRI's στις ΗΠΑ

Είναι σημαντικό να πιάσουμε το νήμα της παραγωγής και διάδοσης των αντικαταθλιπτικών αυτών από την αρχή για να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα, διότι σήμερα, μελέτες γίνονται σε ερευνητικά κέντρα και κατά παραγγελία, και επηρεάζονται ακόμα και πρόεδροι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. (Peter Gotzsche,2013 και Hans Weiss, 2010).

Άρχισαν να κυκλοφορούν στο τέλος της δεκαετίας του 80 με κύριο εκπρόσωπό τους το Prozac (περιέχει φλουοξετίνη). Στην Ελλάδα το Prozac ονομάζεται Ladose. (Απορίας άξια είναι η χρήση διαφορετικής ονομασίας). Στην ίδια ομάδα ανήκουν και τα *Paxil (Paroxetine)*, *Zoloft (sertraline)*, *Effexor (venlafaxine)*, *Serzone* και *Celexa (citalopram)*κ.ά..

Πώς οι εταιρίες ανακάλυψαν αυτές τις ουσίες: Σε κάποια περιοχή ανώτερων λειτουργιών του εγκεφάλου που ευθύνεται για τη διάθεσή μας, τα νεύρα επικοινωνούν μεταξύ τους με σεροτονίνη. Ισχυρίστηκαν ότι ο εγκέφαλος των καταθλιπτικών ατόμων περιέχει μειωμένη ποσότητα του νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη. Αυτό όμως δεν έχει

αποδειχθεί εργαστηριακά. Δηλαδή ποιος μπορεί να μας πει πόσα mgf ή ngr σεροτονίνης πρέπει να περιέχει ένας φυσιολογικός εγκέφαλος; Τα μόρια της σεροτονίνης παράγονται από το άκρο του νεύρου που διαβιβάζει και απορροφώνται από ειδικούς υποδοχείς του νεύρου που δέχεται το ερέθισμα. Η περίσσεια επιστρέφει και απορροφάται από το πρώτο νεύρο πάλι από κατάλληλους υποδοχείς επαναπρόσληψης. Σκέφτηκαν λοιπόν ότι άμα μπλοκάριζαν τους υποδοχείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης θα είχαν περισσότερη διαθέσιμη σεροτονίνη, άρα το άτομο θα γινόταν πιο ενεργητικό και λιγότερο καταθλιπτικό. Εξ ου και το όνομα SSRIs = Selective serotonin reuptake inhibitors. (Επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης). Τόσο απλά με τόση αφέλεια και τόση ανευθυνότητα. Αγνόησαν το γεγονός ότι η όποια επίδραση είναι προσωρινά τουλάχιστον διεγερτική, καθώς και το γεγονός ότι δεν προσφέρουμε επί της ουσίας νέα σεροτονίνη, άρα δεν έχουμε πραγματική αύξησή της. Προσπαθώντας να επέμβουμε στον ανθρώπινο εγκέφαλο που περιέχει περίπου 86.000.000.000 (86 δισεκατομμύρια) νευρώνες, σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, και πιστεύοντας ότι η όποια επίδραση θα αφορά μόνο σε μια μικρή περιοχή του, είναι σαν να προσπαθούμε να επιδιορθώσουμε έναν υπολογιστή που είναι αργός με ...κατσαβίδι και τανάλια.

Παρόμοιο είναι και το σκεπτικό δράσης των αντικαταθλιπτικών δεύτερης γενιάς, μόνο που σ' αυτά έχουμε μπλοκάρισμα και των υποδοχέων επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης.

Στα πρώτα εργαστηριακά πειράματα χορηγήθηκαν ουσίες με παρόμοιο στερεοχημικό τύπο με αυτόν της σεροτονίνης σε ποντίκια. Κάθε φορά που τα ποντίκια άρχιζαν ξετρελαμένα να χοροπηδάν, η εκάστοτε εταιρία είχε ανακαλύψει και ένα αντικαταθλιπτικό!!! Λες και ήξεραν αν τα ποντίκια χοροπηδούσαν από διέγερση ή από χαρά.

Μετά πειραματίστηκαν με σκύλους. Στην υπόθεση Wesbecher το 1994 (στις ΗΠΑ γίνονται δίκες και πολλές φορές κερδίζονται αποζημιώσεις από τις εταιρείες για ζημιές που υπέστησαν χρήστες φαρμάκων, πράγμα σπάνιο, αν όχι άγνωστο στη χώρα μας, ένας ερευνητής της Eli Lilly, ο Brophy κατάθεσε τα εξής : «Συνολικά έξι σκυλιά, 2 αρσενικά και 4 θηλυκά από την ομάδα υψηλών δόσεων απομακρύνθηκαν από το πείραμα για 1-17 ημέρες εξαιτίας σοβαρής επιθετικής συμπεριφοράς, αταξίας ή ανορεξίας». Στην ίδια δίκη ο Ray Fuller, ο υψηλότερος στην ιεραρχία επιστήμονας της εταιρείας δήλωσε ότι «6 από τα 20 σκυλιά έγιναν απροσδόκητα επιθετικά». (Peter Breggin, 2008).

Σε πειράματα με γάτες, αυτές έχασαν τον ύπνο τους και άρχισαν να γρυλίζουν, όπως ανέφεραν σε άρθρο τους οι Slater et al. της Eli Lilly το 1978.

Παρά τα ανωτέρω αποτελέσματα, ο πειραματισμός συνεχίστηκε με ανθρώπους. Στην ίδια παραπάνω αναφερθείσα δίκη, ο Ray Fuller κατέθεσε, ότι στο πρώτο πείραμα με 77 ανθρώπους « μερικοί ασθενείς είχαν μετάπτωση από σοβαρή κατάθλιψη σε διέγερση μέσα σε λίγες μέρες. Σε μια περίπτωση μάλιστα η διέγερση ήταν μεγάλη και ο ασθενής έπρεπε να σταματήσει το φάρμακο. Σε επόμενα πειράματα επιτρεπόταν η χρήση βενζοδιαζεπινών. (Zanax, Valium, Stedon.). Αυτό είναι μια αδιαμφισβήτητη ενοχοποίηση ότι η Eli Lilly ήξερε από την αρχή ότι το Prozac (Ladoze) θα έκανε πολλούς ασθενείς τόσο διεγερμένους (agitated) που θα χρειαζόταν άλλα φάρμακα για να ελέγξουν τη διέγερσή τους. Ο Fuller παραδέχθηκε στην κατάθεσή του ότι πάρθηκε η απόφαση να προσθέσουν τις βενζοδιαζεπίνες στις κλινικές μελέτες κυκλοφορίας νέου φαρμάκου (NDA New Drug Application) επειδή γινόταν αναφορά ότι οι ασθενείς διεγειρόταν από το Prozac. (P. Breggin 2008).

Η χρήση συγχωρηγούμενων ηρεμιστικών έγινε η συνήθης πρακτική στα πρωτόκολλα που ακολούθησαν την έγκριση του φαρμάκου.

Η νομοθεσία στις ΗΠΑ απαιτούσε δύο θετικές μελέτες. Σε διάφορα ερευνητικά κέντρα χώριζαν μια ομάδα από 80-100 καταθλιπτικά άτομα που μιλούσαν για αυτοκτονία ή είχαν κάνει απόπειρες και στα μισά από αυτά έδιναν κάποια απ' αυτές τις ουσίες, ενώ στα άλλα μισά (την ομάδα ελέγχου) έδιναν ένα ουδέτερο χάπι (πλασίμπο). Επειδή οι μελέτες δεν έβγαιναν θετικές, οι εταιρείες συνέχιζαν μέχρι να πετύχουν δύο θετικές.

Αφού έτσι είχαν τα πράγματα, τότε γιατί ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων, (FDA), στα τέλη της δεκαετίας του 80 ενέκρινε αρχικά το Prozac; Αν αυτό δεν εγκρινόταν, κανένα απ' αυτά τα αντικαταθλιπτικά τρίτης γενιάς (SSRI's) δεν θα έμπαινε σε κυκλοφορία. Τότε Πρόεδρος στις Η.Π.Α. ήταν ο George Bush, (ο πρεσβύτερος), ο οποίος είχε διατελέσει μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της εταιρείας Eli Lilly που το εισήγαγε στην αγορά. Αντιπρόεδρος ήταν ο Dan Quayle, που καταγόταν από την Indiana, όπου είχε το αρχηγείο της η ανωτέρω εταιρεία και ο οποίος απασχολούσε στο γραφείο του άτομα, που δούλευαν πριν γι αυτήν την εταιρία, επηρέαζε δε τον FDA (Ομοσπονδιακό Οργανισμό Φαρμάκων) διότι ήταν (ο Dan Quayle) πρόεδρος επιτροπής που το ήλεγχε.

Το 1994 ο Irvin Kirsch στο Πανεπιστήμιο του Connecticut συγκέντρωσε για τα αντικαταθλιπτικά *Prozac (fluoxetine)*, *Paxil (Paroxetine)*, *Zoloft (sertraline)*, *Effexor (venlafaxine)*, *Serzone (nefazodone hydrochloride)* και *Celexa (citalopram)* όχι μόνο τις θετικές μελέτες που είχαν υποβληθεί αλλά το σύνολο των μελετών που είχαν γίνει και είχαν αποσιωπηθεί (47 μελέτες, περίπου 8 μελέτες ανά προϊόν). Τα αποτελέσματα αυτής της μετά ανάλυσης ήταν ότι η όποια διαφορά υπήρχε ανάμεσα στις δύο ομάδες ήταν αμελητέα. Λογικό

θα ήταν να ανασταλεί η κυκλοφορία τους αφού το αποτέλεσμα στην κατάθλιψη ήταν μηδενικό, αλλά όχι και οι παρενέργειές τους.

Ο ψυχιατρικός κόσμος αγνόησε και εξακολούθει να αγνοεί αυτή την μετά ανάλυση.

Η κυκλοφορία των SSRI's στην Ελλάδα

Αποτάθηκα στον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) το 2009 ρωτώντας αν υπάρχουν εγχώριες μελέτες (σταθμισμένες στον Ελληνικό πληθυσμό) για τα περισσότερα διαδεδομένα αντικαταθλιπτικά τρίτης γενιάς τα Ladose και Soloft. Ο ΕΟΦ αρχικά με παρέπεμψε στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) στο Λονδίνο. Τότε το Ηνωμένο Βασίλειο ανήκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ήταν αρμόδιο για θέματα φαρμάκων. Μετά από περίπου δύο χρόνια και αφού τους εξέθεσα όλο τον παραπάνω προβληματισμό, κατάφερα να πάρω μια απάντηση από τον EMA στις 12-12-2011 που με πληροφόρησε, πράγμα που παραδέχτηκε τελικά ο ΕΟΦ στις 12-06-2012 (αρ. πρωτ. 22040) ότι οι εταιρείες που εισήγαγαν αυτά τα φάρμακα δεν διεξήγαγαν στην Ελλάδα μελέτες. Απλά η Ελλάδα δέχτηκε το 1990 και 1999 αντίστοιχα την άδεια κυκλοφορίας που πήραν σε Γαλλία και Ολλανδία αντίστοιχα. Γιατί απέφευγαν να το παραδεχθούν από την αρχή; Μήπως είναι λάθος η ακολουθούμενη διαδικασία; Ο ΕΟΦ δεν απάντησε σε επιστολή βουλευτή γιατρού που ζητούσε τις συγκεκριμένες μελέτες (αρ. πρωτ. 29257/24-7-2013). Μπορούμε να υποθέσουμε ότι βασίστηκαν στις αρχικές εξεζητημένες μελέτες των ΗΠΑ.

Παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών

Ας δούμε τι συμβαίνει αν ένα άτομο αρχίσει να παίρνει SSRI's; Αρχικά υπάρχει μια διέγερση. Μετά ο οργανισμός αρχίζει να αντιδρά στην προσωρινή περίσσεια σεροτονίνης, κλείνοντας – αχρηστεύοντας κάποιους από τους υποδοχείς στα νεύρα δέκτες (Wegerer et al 1999). Είναι η γνωστή *αυτορρύθμιση* του οργανισμού γνωστή σε όλους τους πρωτοετείς φοιτητές της ιατρικής και φαρμακευτικής από το μάθημα της Φυσιολογίας.

_ Η εισαγόμενη ουσία *δυσκολεύει* τη μεταφορά σεροτονίνης. (Meyer et al 2004,2007)

_ *Μειώνεται* η παραγόμενη σεροτονίνη. Αυτό το ήξεραν οι εταιρίες πριν τεθούν στην κυκλοφορία αυτά τα χάπια, από το 1977 (Ray Fuller and David Wong). Δεν έχουμε, λόγω του μπλοκαρίσματος των υποδοχέων, την επαναπρόσληψη σεροτονίνης η οποία χρησιμοποιείται ως πρώτη ύλη για την παραγωγή νέας. Λογικό μιας και δεν εισφέρουμε στο σύστημα του οργανισμού νέα σεροτονίνη. Απλά διαταράσσουμε τον κύκλο της.

Πώς αισθάνεται το άτομο; Στην αρχή, πριν αχρηστευθεί σημαντικός αριθμός υποδοχέων, αισθάνεται μια τάση για δράση και μια ευφορία από τη δραστηριότητα που

προκαλείται. Τα χάπια λοιπόν αυτά θα ήταν ιδανικά για να δοθούν σε στρατιώτες να ορμήσουν στη μάχη ή για κέντρα αδυνατίσματος. Στη φάση αυτή δηλαδή, το άτομο αισθάνεται ενεργητικό, άρα και ωραία αφού έχει και την ευφορία της αδρεναλίνης. Τότε είναι και η επικίνδυνη για αυτοκτονία φάση η οποία έχει αποδειχθεί ότι είναι και η επικίνδυνη αυτοκτονική φάση του αντικαταθλιπτικού και έχουν υποχρεωθεί οι εταιρείες να το αναφέρουν στις οδηγίες χρήσης. Ο λόγος είναι ότι κάποια άτομα βιώνουν ανυπόφορη ένταση, το άτομο ενεργεί παρορμητικά, με ένταση, και εκτελούν τη πρώτη σκέψη που του έρχεται στο μυαλό χωρίς αναστολές. Μετά, όταν γίνεται αισθητή η έλλειψη σεροτονίνης από τη στέρηση της ανακύκλωσης και από τη μείωση των υποδοχών, το άτομο γίνεται πιο αδρανές (πιο καταθλιπτικό όπως λένε οι ψυχίατροι). Αυτός είναι και ο λόγος που κάποιοι ερευνητές ονομάζουν αυτά τα σκευάσματα καταθλιπτικά φάρμακα. Τότε το άτομο αναζητά (και φυσικά οι ανυποψίαστοι ψυχίατροι συνταγογραφούν) όλο και μεγαλύτερες δόσεις. Στην κλασική ιατρική η μεγαλύτερη δόση (δόση επίθεσης πχ στα αντιβιοτικά, δίνεται στην αρχή). Γιατί εδώ να συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο; (Παρεπιπτόντως, κάτι ανάλογο συμβαίνει και με πολλά χάπια πίεσης, νέας γενιάς, που αντί να αφαιρούν υγρό από το κυκλοφοριακό σύστημα, ενεργούν σε υποδοχείς, χαλαρώνοντας τα αγγεία. (Όρα τη μεγάλη έρευνα της All Hat).

_Αν το άτομο κάνει το λάθος και σταματήσει απότομα να παίρνει αυτά τα χάπια, είναι τέτοια η ένταση των συμπτωμάτων στέρησης, που μπορεί να οδηγηθεί ακόμα και σε αυτοκτονία ή να διαπράξει φόνο (Breggin Medication Madness 2008).

_Αν το άτομο συνεχίσει να αυξάνει τη δόση και αυτή ξεπεράσει κάποιο κρίσιμο μέγεθος, που για ορισμένα άτομα (εξαιρετικά ευαίσθητα στους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (*exquisitely SSRI sensitive*), είναι και μια μικρή σχετικά δόση για λίγες μέρες, αρχίζουν οι παρενέργειες, και αυτό είναι φυσικό, μιας και έχει διαταραχθεί η φυσική λειτουργία του εγκεφάλου με τους 86.000.000.000 νευρώνες και τους εκατοντάδες νευροδιαβιβαστές (Η σεροτονίνη είναι μόνο ένας απ' αυτούς): Επιθετικότητα, Ακαθησία, Ανησυχία, Απάθεια, Σύγχυση, Αϋπνίες, Παισιθήσεις, Τρέλα, Μανίες, Πάρκινσον, Ευερεθιστότητα, Δυσλειτουργίες στη διάθεση, Παράνοια, Ψυχώσεις, Σεξουαλικές δυσλειτουργίες, Ανωμαλίες ύπνου, Βία που μπορεί να φθάσει και σε αδικαιολόγητο ειδική φόνο, Απόσυρση, Αυτοκτονία.(P. Breggin , 2008).

Το 2004, στο συνέδριο του FDA (Food and Drug Administration) (2^η περίοδος) παρουσιάστηκε μελέτη που ανέφερε ότι οι αυτοκτονίες σε παιδιά ήταν διπλάσιες σε αυτά που έπαιρναν αντικαταθλιπτικά, σε σύγκριση με άλλα καταθλιπτικά παιδιά που έπαιρναν πλασίμπο.

Σε έρευνα που διεξήγαγε ο Aursnes, το ποσοστό αυτοκτονιών ατόμων που έπαιρναν φλουοξετίνη (SSRI) ήταν 12 φορές μεγαλύτερο από άτομα που έπαιρναν πλασίμπο ή άλλο αντικαταθλιπτικό παλαιότερης γενιάς. (Aursnes et al 2005)

Μπρος γκρεμός λοιπόν και πίσω ρέμα.

Η αρχική άρνηση της πρώτης εταιρείας που εισήγαγε τα SSRI's ότι αυτά προκαλούν αυτοκτονικό ιδεασμό κατά τη διακοπή τους.

Η διακοπή των SSRI's μπορεί να είναι δύσκολη και μερικές φορές αδύνατη και παρουσιάζεται ένα ευρύ φάσμα αντιδράσεων που περιλαμβάνει σοβαρή κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό. (Breggin, 1992b, Breggin, 1994).

Η εταιρεία Eli Lilly, που εισήγαγε στην κυκλοφορία το πρώτο από τα SSRI's, δήλωνε το 1995, σύμφωνα με τον Einbinder (1995), ότι δεν είχε λάβει καμία αναφορά για παρενέργειες κατά τη διακοπή του φαρμάκου. Αυτό, παρά το γεγονός, ότι μέχρι τις 24 Ιανουαρίου του 1993, η αρμόδια υπηρεσία του FDA είχε λάβει 94 αναφορές για σύνδρομο διακοπής από το Prozac, καθώς και 26 αναφορές εξάρτησης από το φάρμακο και 4 για εθισμό στο φάρμακο (FDA, 1993). Επίσης ο P. Breggin αναφέρει ότι ο ίδιος είχε στείλει αναφορά στην εταιρεία για το σύνδρομο διακοπής (Breggin, 1992b) στην οποία είχε απαντήσει εκ μέρους της εταιρείας ο D. Marvel στις 15 Μαρτίου 1993. Έτσι η εταιρεία αναγκάστηκε να αναφέρει την αύξηση των αυτοκτονιών στις παρενέργειες, μετά από δικαστική μάχη. Μπορεί να φαίνονται κάπως κουραστικές αυτές οι λεπτομέρειες, δείχνουν όμως τον αμοραλισμό και την ανευθυνότητα των εταιρειών και καταρρίπτουν το μύθο της μαγικής λύσης.

Σήμερα, 30 χρόνια μετά, οι γιατροί εξακολουθούν και καταστρέφουν ζωές, αφού οι εταιρείες δεν τους ενημερώνουν, και οι ίδιοι με τη σειρά τους δεν ενημερώνουν τους πελάτες τους, για την πιθανότητα να μην μπορούν αργότερα να διακόψουν αυτά τα «καταθλιπτικά» φάρμακα, όπως τα αποκαλούν κάποιοι που γνωρίζουν καλύτερα. (Irvin Kirsch, 1994). Δεν υπάρχει ενημέρωση για το υψηλό ρίσκο αυτοκτονίας, μιας και κανείς δεν διαβάζει όλες τις σελίδες των οδηγιών. Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει ελεγχόμενες δοκιμές από τον FDA που αποδεικνύουν ότι τα αντικαταθλιπτικά δεν τα καταφέρνουν καλύτερα από τα πλασίμπο στην κατάθλιψη, και παρά τις μελέτες που μιλάνε για αύξηση των αυτοκτονιών, η πλειοψηφία των «ειδικών» ακόμα πιστεύει ότι μειώνουν το ρίσκο αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τον κορυφαίο ψυχίατρο Peter Breggin (έχει διδάξει στο Harvard), οι ειδικοί αυτοί, έχουν γίνει οι περισσότερο επικίνδυνοι άνθρωποι στην προώθηση των φαρμάκων σε παιδιά και ενήλικες, όντας λίγο καλύτεροι από τους εκπαιδευμένους από τις εταιρείες ιατρικούς επισκέπτες. Και την απόδειξη μας τη δίνει ο Hans Weiss που δημοσίευσε λίστες Αυστριακών και Γερμανών

γιατρών όπως οι εταιρείες τους είχαν χωρίσει σε κατηγορίες ανάλογα τη στάση τους απέναντι στα φάρμακα και φυσικά και την υποχρέωση της εταιρείας απέναντί τους. (Hans Weiss, 2010)

Δόθηκαν δικαστικοί αγώνες, με τους οποίους, αυτό που κερδήθηκε, παρά τα αθέμιτα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν (Peter Breggin, Medication Madness 2008), ήταν να γραφούν πολλές από τις παραπάνω παρενέργειες στα ψιλά γράμματα (εκτός από την αύξηση της τάσης αυτοκτονίας που θα πρέπει να γράφεται στην αρχή των οδηγιών μέσα σε ορθογώνιο με παχιά γράμματα) σαν σπάνιες περιπτώσεις.

Έκανα αναφορά στον Άρειο Πάγο (Αρ.Πρωτ. 3281/4-5-2015 τμήμα Δ/κο) για να επιβληθεί το αυτονόητο, κατά την άποψή μου, να γράφεται και στην Ελλάδα η αύξηση της τάσης αυτοκτονίας μετά τη λήψη αντικαταθλιπτικών με παχιά γράμματα, στην αρχή των οδηγιών, σε ορθογώνιο πλαίσιο, όπως κερδήθηκε δικαστικά να γίνεται στις Η.Π.Α. και όχι κάπου προς το τέλος. Ο φάκελος μετά από εισήγηση εισαγγελέα ...πρωτοδικών, (αν ο αντιπρόεδρος του Αρείου Πάγου έκρινε ότι το θέμα ήταν σοβαρό θα μπορούσε να το αναθέσει σε Εισαγγελέα Εφετών), τέθηκε στο αρχείο μετά από 8 μήνες, χωρίς να γίνει δεκτό το αίτημά μου. Οι Αμερικανικές μελέτες είναι αποδεκτές, οι προειδοποιήσεις όμως όχι. Ο εισαγγελέας όμως αναφέρει μεταξύ άλλων στην πρότασή του, στην οποία κατέληξε από τις μαρτυρικές καταθέσεις ψυχιάτρων. *«Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται από το θεράποντα ιατρό του ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες λήψης του φαρμάκου. Από πολλούς δε ψυχιάτρους εκφράζονται αμφιβολίες για το εάν η λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία για την κατάθλιψη ή επιδεινώνει την κατάσταση του ασθενή» (Ποινική δικογραφία ΑΒΜ: Δ2015/930)/24-2-2016, Εισαγγελία Εφετών).*

Η ευρεία χρήση των αντικαταθλιπτικών

Σκευάσματα που περιέχουν τις ουσίες των αντικαταθλιπτικών με άλλες εμπορικές ονομασίες συνταγογραφούνται με ό,τι αυτό συνεπάγεται και στους ηλικιωμένους για να τους προστατεύσουν, όπως ισχυρίζονται κάποιοι (λόγω της διεγερτικής τους δράσης), από το Αλτσχάιμερ. Πωλούνται ελεύθερα στα φαρμακεία, συνιστώνται δια «πάσα νόσο» ακόμα και για...αϋπνίες, προτείνονται από ψυχιάτρους, παθολόγους, γενικούς γιατρούς, ψυχολόγους (Θου, Κύριε, φυλακήν τω στόματί μου και θύραν περιοχής περί τα χείλη μου).

Μεγάλη χρήση αντιψυχωσικών οφειλόμενη στα αντικαταθλιπτικά

Πολλοί είναι οι χρήστες αντιψυχωσικών για αντιμετώπιση του «διπολισμού». Σαν διπολισμός λανθασμένα εκλαμβάνεται αφ' ενός μεν η προϋπάρχουσα κατάθλιψη και αφ' ετέρου η διέγερση που είναι παρενέργεια των αντικαταθλιπτικών. Αυτό είναι το αποτέλεσμα της λήψης κυρίως αντικαταθλιπτικών τρίτης γενιάς, των αναστολέων επαναπρόσληψης

σεροτονίνης. (Peter Breggin 2008, Medication Madness). Πώς γίνεται αυτό; Είδαμε παραπάνω τις παρενέργειες της λήψης ή της διακοπής των αντικαταθλιπτικών. Πολλοί ψυχίατροι βλέποντάς τα και επηρεασμένοι από το γεγονός ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες υποτιμούν τη σοβαρότητα των παρενεργειών των αντικαταθλιπτικών ή ακόμα (ίσως και υποσυνείδητα) μη θέλοντας να παραδεχθούν ότι τα σκευάσματα που σύστησαν προκάλεσαν κάποιο πρόβλημα, ισχυρίζονται ότι το άτομο πάσχει από διπολισμό ή μανιοκατάθλιψη (είχε αρχικά την κατάθλιψη, να τη τώρα και η μανία) . Δεν μπορούν ή δεν θέλουν να δουν και να παραδεχθούν ότι το άτομο πάσχει από φαρμακευτική τρέλα (φαρμακογενή μανία) και πρέπει συστηματικά να σταματήσει το φάρμακο που του την προκάλεσε (Medication Madness P. Breggin 2008). Θέλουν να έχουν και το κεφάλι τους ήσυχο, για τυχούσα απρόβλεπτη συμπεριφορά του ασθενούς, και προτιμούν να θέσουν το άτομο σε καταστολή, καθιστώντας το σταδιακά μη λειτουργικό. Κανένας δεν θέλει να θίξει τα συμφέροντα των εταιρειών, μιλώντας για παρενέργειες ενός φαρμάκου που μπορεί να αποφέρει ημερήσια κέρδη 5-10 εκ €. Εξακολουθούν λοιπόν να χορηγούν το αντικαταθλιπτικό και απλά αρχίζουν να χτίζουν ένα επικίνδυνο κοκτέιλ ουσιών, κάποιο αγχολυτικό , λίθιο, αντιψυχωσικό , χάπια για παρενέργειες όλων των προηγούμενων, όπως χάπια για το Parkinson που εμφανίζεται, κοκ. Μεταξύ των ψυχιάτρων κυκλοφορούν οι εκφράσεις: Τον έχω στα δύο, τον έχω στα τέσσερα (φάρμακα) κ.ο.κ. Προσωπικά γνώρισα άτομο στα επτά!!!

Προκαλούμενη διπολική διαταραχή

Η διάγνωση διπολικής διαταραχής σε παιδιά, τα τελευταία χρόνια έγινε πολύ συχνή ειδικά μεταξύ εκείνων των ψυχιάτρων που θέλουν να πλασάρουν ψυχοφάρμακα σε παιδιά.

Ψυχίατροι όπως ο Joseph Biederman του Χάρβαρντ συνεργάστηκαν στενά με τις φαρμακοβιομηχανίες με αποτέλεσμα να παρέχουν υποστήριξη και διαφήμιση στα προϊόντα τους. Η διάγνωση διπολικής διαταραχής σε παιδιά διανοίγει μια γιγαντιαία εμπορική αγορά σε μια ευρεία γκάμα ψυχοφαρμάκων τα οποία χορηγούνται για τη διπολική διαταραχή των ενηλίκων και συμπεριλαμβάνουν διεγερτικά, νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά και σταθεροποιητικά της διάθεσης. Η κατάσταση εξωθήθηκε σε τέτοιο σημείο ώστε ακόμη και η φιλική προς τις επιχειρήσεις εφημερίδα Wall Street Journal εξέφρασε τον προβληματισμό της για τη συχνότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων και φαρμακευτικών αγωγών σε μικρά παιδιά και επίσης αναγκάστηκε να αναφερθεί στην χρηματική σχέση του Biederman με τις φαρμακοβιομηχανίες. Οι προσπάθειες των υποστηρικτών των ψυχοφαρμάκων έχουν σημειώσει παροιμιώδη επιτυχία. Μια πρόσφατη επιστημονική μελέτη κατέδειξε ότι η διάγνωση διπολικής διαταραχής σε παιδιά και εφήβους κάτω των 19 ετών

αυξήθηκε 40 φορές, μεταξύ 1994- 1995 και 2002-2003. Περισσότερο από το 90% αυτών των παιδιών έλαβαν ψυχοφάρμακα, εκ των οποίων μάλιστα το 62% έλαβαν κοκτέιλ ψυχοφαρμάκων.(Breggin 2008). Το 2007 μια Έρευνα σε Εθνικό επίπεδο στον Καναδά έδειξε ότι ενώ 3,3% των παιδιών με γονείς που ζούσαν μαζί είχαν λάβει Ritalin (διεγερτικό φάρμακο για το διπολισμό) το ποσοστό για παιδιά χωρισμένων γονέων ήταν 6,1%, σχεδόν διπλάσιο. Έτσι αποδείχθηκε αυτό που πολλοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι (π.χ. Breggin) ισχυρίζονταν πριν χρόνια ότι η δυσφορία αυτών των παιδιών (πριν και μετά) από το διαζύγιο των γονέων τους εκλαμβάνόταν ως διπολισμός.

Στα παιδιά χορηγούνται διεγερτικά φάρμακα για τη ΔΕΠΥ, καθώς αργότερα και άλλα, μεταξύ των οποίων και αντικαταθληπτικά, στα χρόνια της ζωής τους κατά τα οποία αυτά αναπτύσσουν τις συναισθηματικές και κοινωνικές δεξιότητες και στην ουσία την προσωπικότητά τους. Τι σημαίνει για ένα παιδί ή ένα έφηβο να του πουν ότι ο εγκέφαλός του έχει «μπλεγμένα καλώδια» ή βιοχημική ανισορροπία; Ποιες είναι οι επιπτώσεις στα παιδιά που ακούνε ότι τους είναι απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή πριν αυτά μπορέσουν να συμπεριφερθούν με ένα «κανονικό» τρόπο που να συνάδει με τις νόρμες των οικογενειών τους ή του σχολείου;

Ευτυχώς ορισμένοι ψυχολόγοι και ψυχίατροι δέχονται μεγάλη ικανοποίηση να βλέπουν τις αντιδράσεις των παιδιών όταν τους λένε «το ξέρω ότι σου έχουν πει άλλοι γιατροί ότι έχεις ΔΕΠΥ και διπολισμό και ότι χρειάζεσαι φάρμακα, αλλά τίποτα από αυτά δεν είναι αλήθεια. Όπως κάθε παιδί, κι εσύ χρειάζεσαι να μάθεις να ελέγχεις τη συμπεριφορά σου. Είσαι ένα θαυμάσιο παιδί και θα είσαι μια χαρά. Όλοι πρόκειται να εργαστούν μαζί για να σε βοηθήσουν να μεγαλώσεις.» (Bregging 2008b, p. 277). Οι γονείς περιγράφουν ότι έτσι βλέπουν τα παιδιά τους να φαίνονται ευτυχισμένα για πρώτη φορά όταν ακούσουν αυτά τα λόγια. Σε πολλές περιπτώσεις τα παιδιά έχουν αρχίσει να τραγουδούν και να αστειεύονται για πρώτη φορά μετά από μια τέτοια διαβεβαίωση, ότι τίποτα δεν είναι λάθος με αυτά, και ότι με τη βοήθεια των γονιών τους αυτά μπορούν να μάθουν να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους.

Είναι πολύ πιο ανήθικο για ένα παιδί να του πουν ότι ο εγκέφαλός του είναι ελαττωματικός από το να του πουν ότι είναι κακό παιδί. Αυτό διότι ένα διαγνωσμένο (με ΔΕΠΥ) παιδί, καί παίρνει το μήνυμα ότι είναι «κακό», καί ότι είναι ένα πρόσωπο με μη φυσικό εγκέφαλο και μυαλό, χωρίς ελπίδα σωτηρίας. Απεναντίας πρέπει να ακούσουν ότι

τίποτα δεν είναι λάθος στον εγκέφαλό τους και ότι οι γονείς τους δεν έχουν ανακαλύψει μέχρι τώρα πώς να τους βοηθήσουν να σταματήσουν να συμπεριφέρονται τόσο άσχημα.

Τα αποτελέσματα μιας συνταγογράφησης έχουν ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες στα παιδιά καθώς και έμμεσες και ακούσιες γνωστικές και κοινωνικές επιπτώσεις όπως μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοαποτελεσματικότητα, απόδοση από το παιδί, τους γονείς και τους δασκάλους, τόσο της επιτυχίας όσο και της αποτυχίας, στα φάρμακα, παρά στην προσπάθεια του παιδιού, στιγματισμό από τους συνομήλικους και προσανατολισμό των γονιών και των δασκάλων περισσότερο στη φαρμακευτική αγωγή παρά στην απαιτούμενη επίτευξη αλλαγών στο περιβάλλον (M.Dulkan 1994, p. 1218).

ΤΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

Τα αντιψυχωσικά ή νευροληπτικά, είναι κατηγορία ψυχοτρόπων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται κυρίως στη σχιζοφρένεια αλλά και σε μια σειρά από άλλες ψυχωσικές διαταραχές όπως διπολισμό, παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, παράνοια ή διαταραγμένη σκέψη. Αντιψυχωσικά συνταγογραφούνται σε άτομα με επιληψία, έχοντάς τα σε μόνιμη καταστολή και σταδιακή φθορά του εγκεφάλου. Συνιστώνται ακόμα και σε μικρά παιδιά με μια αμφίβολη κρίση επιληψίας. Χρησιμοποιούνται (καταχρηστικά) και για ναυτία, έλεγχο της συμπεριφοράς ατίθασων νέων, έλεγχο σεξουαλικής συμπεριφοράς (π.χ. άγαμων κληρικών, φυλακισμένων κλπ).

Τα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς (π.χ. χλωροπρομαζίνη), γνωστά ως τυπικά αντιψυχωσικά, αναπτύχθηκαν από τη δεκαετία του 1950 μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Τα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς, γνωστά ως άτυπα αντιψυχωσικά, εισήχθησαν αρχικά με την κλοζαπίνη στις αρχές της δεκαετίας του 1970 .

Αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς ή τυπικά είναι τα Haldol (haloperidol) , Chlorpromazine (chlorpromazine), Modecate (fluphenazine), Trilafon (perphenazine), Mellaril (thioridazine) και δεύτερης γενιάς ή άτυπα τα Zyprexa (olanzapine), και Risperdal (risperidone), Clozaril (clozapine), Quetiapine (quetiapine). Και οι δύο γενιές φαρμάκων μπλοκάρουν τους υποδοχείς ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, αλλά τα άτυπα τείνουν να δρουν και στους υποδοχείς σεροτονίνης.

Τουλάχιστον από το 1983 άρχισαν να υψώνονται φωνές από συνειδητούς επιστήμονες για την εμμένουσα καταστροφή και δυσλειτουργία των ανωτέρων κέντρων του εγκεφάλου μετά την χρήση των αντιψυχωσικών τυπικών και άτυπων. (Peter Breggin

2008). Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει πολλές εργαστηριακές μελέτες πάνω σ' αυτό το θέμα, τα επιστημονικά συγγράμματα αποφεύγουν να τις αναφέρουν και οι ψυχίατροι μένουν με την εντύπωση ότι τα αντιψυχωσικά είναι ακίνδυνα και οι όποιες παρενέργειες είναι αναστρέψιμες.

Παρενέργειες των αντιψυχωσικών

Καταστροφή του εγκεφάλου και θάνατος των κυττάρων

Οι Dorph, Peterson et al το 2005 από το τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου του Pittsburg αναφέρουν πειράματα 27 μηνών σε πιθήκους μακάκους χωρισμένους σε τρεις ομάδες των έξι που λάμβαναν haloperidol (πρώτης γενιάς), olanzapine (δεύτερης γενιάς) ή τίποτα (ομάδα ελέγχου). Βρήκαν μείωση του βάρους του εγκεφάλου στις δύο πρώτες ομάδες σε ποσοστά 8-11%. Παρατηρήθηκε συρρίκνωση του εγκεφάλου, τόσο της φαιάς όσο και της λευκής ουσίας, κυρίως στο μετωπιαίο και στο βρεγματικό λοβό αλλά και στον κροταφικό, τον ινιακό και στην παρεγκεφαλίδα.

Συμπτώματα όμοια με αυτά της λοβοτομής οφείλονται στην επίδραση των αντιψυχωσικών στο μετωπιαίο λοβό. *Το άτομο γίνεται υπάκουο και πειθήνιο άβουλο ον. Μήπως αυτό είναι και το ζητούμενο κάποιων;* (Korrupte Medizin Hans Weiss 2008). Τα αντιψυχωσικά χρησιμοποιούνται για έλεγχο της συμπεριφοράς και στέρηση της βούληση π.χ. σε ατίθασους νέους ή σε «τρομοκράτες».

Οι Konopaske et al, (2007) συνέχισαν την έρευνα των Dorph, Peterson et al, εστιάζοντας στην ελάττωση της φαιάς ουσίας, την οποία υπολόγισαν στο 14% περίπου και αποδεικνύοντας, ότι οφειλόταν στην μείωση της νευρογλοίας. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μείωση του εγκεφάλου που παρατηρείται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια οφείλεται τουλάχιστον κατά ένα μέρος της στη χρήση αντιψυχωσικών. Παρά το γεγονός ότι η έρευνα είχε χρηματοδοτηθεί από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ (NIH) καθώς και από την εταιρεία Eli Lilly, την κατασκευάστρια του Syprexa (όπως και του Prozac) καμία προειδοποίηση δεν αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί στις οδηγίες των αντιψυχωσικών.

Η ζημιά που κάνουν στον εγκέφαλο μπορεί να αποδοθεί τόσο στην εμπόδιση της γενικής λειτουργίας των ντοπαμινεργικών νευρώνων όσο και στην εμπόδιση μεταβολικών λειτουργιών μέσα στους νευρώνες και σε άλλα κύτταρα του σώματος, (Ό,τι δεν χρησιμοποιείται εξασθενεί και αχρηστεύεται). Εξάλλου δεκαετίες πριν ήταν γνωστό ότι αυτές οι ουσίες αναστέλλουν τα περισσότερα ενζυμικά συστήματα στα μιτοχόνδρια των κυττάρων. (Teller et al. 1970). Το ίδιο θέμα μελέτησαν και οι Inuva et al. (1994) οι οποίοι κατέληξαν

ότι, λόγω της εμπλοκής των αντιψυχωσικών στις μεταβολικές διαδικασίες, είναι δυνατόν να προκληθεί πρόωρος κυτταρικός θάνατος. Έχουμε γιατρεία δια της καταστροφής.

Οι Harrison και Thertien (2007) μελετώντας ασθενείς με Αλτσχάιμερ απέδειξαν ότι ασθενείς με Αλτσχάιμερ που έπαιρναν αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς χειροτέρεψαν στην απόδοση σε αυτοβιογραφικές μνήμες.

Μία διαφορά μεταξύ των φύλων στη καταστροφή του εγκεφάλου από αντιψυχωσικά

Οι Bonelli et al(2005) μελέτησαν in vivo την trans γλουταμινάση των ιστών (tTG) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό μετρώντας έτσι την απόπτωση από τον θάνατο των νευρώνων οφειλόμενη σε αντιψυχωσικά πρώτης και δεύτερης γενιάς σε ασθενείς με Αλτσχάιμερ και σε ασθενείς με άλλες νευρολογικές διαταραχές. Κατέληξαν ότι τυπικά και άτυπα αντιψυχωσικά μπορούν να προκαλέσουν θάνατο εγκεφαλικών κυττάρων. Τα αποτελέσματα ήταν χειρότερα για τις γυναίκες απ' ό,τι για τους άνδρες.

Πρόκληση όψιμης δυσκινησίας

Οι Ethier et al. (2004) βρήκαν ότι το haloperidol βλάπτει την έκφραση του ραβδωτού νευροπεπτιδικού γονιδίου. Συνέδεσαν αυτή την ανακάλυψη στα ποντίκια με την καταληψία (ακαμψία, catalepsy), που επιβραδύνει τις κινήσεις του λήπτη αντιψυχωσικού. Αυτά τα φάρμακα καταστρέφουν τις κυτταρικές διαδικασίες και συγχρόνως εμποδίζουν τις αυθόρμητες κινήσεις. Το άτομο κινείται, μιλάει και γενικά λειτουργεί σαν ζόμπι.

Εξωπυραμιδικό σύνδρομο

Οι Bishnoi et al.(2007) πειραματίστηκαν με ποντίκια στην προσπάθειά τους να βρουν το μηχανισμό πρόκλησης του εξωπυραμιδικού συνδρόμου (ακούσια υπερκινητικότητα της στοματοπροσωπικής περιοχής, που παρατηρείται μετά τη λήψη αντιψυχωσικών. Χρησιμοποίησαν haloperidol(τυπικό) και chlorpromazine(άτυπο) και βρήκαν χρονικά εξαρτούμενη μείωση στα επίπεδα νορεπινεφρίνης, ντοπαμίνης και σεροτονίνης στο εξωκυττάριο υγρό σε φλοιϊκές και υποφλοιϊκές περιοχές του εγκεφάλου.

Επιδείνωση εγκεφαλικής δυσλειτουργίας

Οι Klein et al (2000) πειραματίστηκαν με αρουραίους που είχαν υποστεί εγκεφαλικό τραυματισμό και τους χορηγήθηκε haloperidol (τυπικό) ή risperidone (άτυπο). Απέδειξαν ότι η χορήγηση ήταν επιβλαβής και προκάλεσε επίμονα γνωστικά ελλείματα.

Πρόκληση διαβήτη

Ο FDA περιέλαβε στις οδηγίες των άτυπων αντιψυχωσικών προειδοποίηση για πρόκληση διαβήτη. Στην Ελλάδα αυτές οι οδηγίες είναι του τύπου «εάν πάσχετε από

διαβήτη...». Ερευνητές που συνετέλεσαν σε αυτό ήταν οι Jin et al. (2004) και Vestri et al.(2007).

Αύξηση της φωτοτοξικότητας

Οι Bastianon et al. (2005) πειραματίστηκαν με κύτταρα φορτωμένα με αντιψυχωσικά fluphenazine (Modecate τυπικό), perphenazine (Trilafon τυπικό) και thioridazine (Mellaril τυπικό) τα οποία όταν εκτέθηκαν στο φως υπέστησαν ανωμαλίες στη μεμβράνη πλάσματος και στα μιτοχόνδρια καθώς και αλλοιώσεις στο χρώμα.

Πρόκληση ακοκκιοκυτταραιμίας

Οι Pereira et al. (2006) πειραματιζόμενοι με clozapine και chlorpromazine (τυπικά) καθώς και με olanzapine και quatiapine (άτυπα) αντιψυχωσικά βρήκαν ότι επιδρούν πάνω στο μυελό των οστών και προκαλούν ακοκκιοκυτταραιμία, μια πάθηση κατά την οποία ο πάσχων παρουσιάζει έλλειψη των ουδετερόφιλων κυττάρων, της κατηγορίας δηλαδή των λευκών αιμοσφαιρίων, που είναι υπεύθυνα για την άμυνα του οργανισμού απέναντι σε ιούς και μικρόβια. Η νόσος θεωρείται επικίνδυνη για την ανθρώπινη ζωή.

Πρόκληση αιφνίδιων θανάτων

Οι Belhani et al. (2006) πειραματίστηκαν με κουνέλια και βρήκαν ότι τόσο τα τυπικά όσο και τα άτυπα αντιψυχωσικά προκαλούν, λόγω της γενικής κυτταροτοξικότητάς τους, καρδιακές βλάβες. Έτσι συνέδεσαν τα αντιψυχωσικά με αιφνίδιους θανάτους από καρδιακή ανακοπή.

Αυτοκτονικότητα κατά τη διακοπή αντιψυχωσικών.

Όπως αναφέρει, από τη μεγάλη του εμπειρία σε αποτοξινώσεις, ο P.Breggin η διακοπή κάποιου αντιψυχωσικού, τυπικού ή άτυπου προκαλεί μεγάλη εξάντληση, κατάθλιψη, και αυτοκτονικότητα. Αναφέρει μάλιστα μια περίπτωση διακοπής Sygrexa (παρόμοιο με το Risperdal). Επίσης παρατηρούνται σε άλλες περιπτώσεις ψύχωση, θυμός, υπερκινητικότητα, διέγερση, αθυροστομία, δυσκινησία κλπ. (Breggin, P. 2008)

Πολλοί λήπτες ψυχοφαρμάκων, κυρίως άνδρες, μετά από κάποια ψυχιατρική νοσηλεία και κάτω από την επίδραση μεγάλης δόσης αντιψυχωσικού-ών μη μπορώντας να λειτουργήσουν σε διάφορους τομείς και να διακόπτουν απότομα την αγωγή. Και όπως είδαμε η διακοπή τόσο των αντιψυχωσικών, όσο και των αντικαταθλιπτικών προκαλεί αυτοκτονίες, απόρροια της έντασης που δημιουργεί η εξάρτηση.

Καμία ενημέρωση, καμία προειδοποίηση. Αλήθεια ποιος θα έπαιρνε όλα αυτά τα σκευάσματα αν του έλεγαν όλες τις φοβερές παρενέργειες και τους κινδύνους που κρύβουν; Ο FDA δεν παραδέχεται την εξάρτηση, ούτε την καταστροφή του εγκεφάλου από τα

αντιψυχωσικά και πολλά άλλα. Οι όποιες παρενέργειες που αναγράφονται είναι αποτέλεσμα σκληρών αγώνων κάποιων ευσυνείδητων ψυχιάτρων μη εξαρτώμενων από τις εταιρείες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πολλά άτομα έχουν αχρηστευθεί ξεκινώντας από μια κατάθλιψη. Είναι τόσο μεγάλος ο αριθμός των ατόμων που παίρνουν ψυχοφάρμακα που μπορούμε να πούμε ότι η κοινωνία μας νοσεί. 400.000 Έλληνες (μάλλον συντηρητική εκτίμηση) σύμφωνα με την εφημερίδα «Τα Νέα» παίρνουν Αντικαταθλιπτικά (31-10-2022). Με τους αδικαιολόγητους εγκλεισμούς είχαμε μεγάλη αύξηση των ψυχοφαρμάκων. Αν προστεθούν οι ηλικιωμένοι που παίρνουν τις ίδιες ουσίες με άλλη ονομασία ο αριθμός αυξάνεται. Ο καθηγητής ψυχολογίας του Πάντειου Πανεπιστημίου Αναστάσιος Σταλίκας είπε σε ερώτησή μου το 2018 στην ημερίδα Διαλόγου Στελεχών της Δημόσιας Διοίκησης και του Ιδιωτικού Τομέα ότι σε μελέτη που έκανε το Πανεπιστήμιο το 70% των ενηλίκων είχαν πάρει κάποιο ψυχοφάρμακο. Δεν την δημοσιοποίησαν για να μην θορυβηθεί ο κόσμος!!!

Η ειδησεογραφία είναι γεμάτη από περιστατικά περιέργων συμπεριφορών, αυτοκτονιών και ειδεχθών, πολλές φορές αδικαιολόγητων φόνων (πχ μαχαιρώματα), μόνο που κανένας δεν αναφέρει τι ακριβώς έπαιρνε ο αυτόχειρας ή ο δράστης. Το μόνο που προλαβαίνει να ακουστεί από τα ΜΜΕ πριν το θέμα σιγήσει (ενώ άλλα θέματα μας ταλανίζουν επί μήνες) είναι ότι το άτομο έπασχε από διπολισμό και φυσικά ούτε λόγος για το τί φάρμακα έπαιρνε αλλά το σπουδαιότερο, από ποιο φάρμακο ξεκίνησε την πορεία του στα δίχτυα των σκευασμάτων της Big Pharma. Χρειάζεται να γίνει μια μελέτη που να μας λέει τι ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν ψυχοφάρμακα ξεκίνησαν από ένα αντικαταθλιπτικό. Η μελέτη αυτή μπορεί να καταδείξει ότι τα αντικαταθλιπτικά δρουν ως ο δούρειος ίππος για τον εγκλωβισμό των ατόμων στα δίχτυα της Big Pharma, απλά καταγράφοντας το εναρκτήριο φάρμακο.

Πρέπει να γίνει μια διαφώτιση όλων όσων συνιστούν τα αντικαταθλιπτικά και οι οποίοι, την μόνη ενημέρωση που έχουν, είναι αυτή από τις φαρμακευτικές εταιρείες μέσω των φαρμακευτικών επισκεπτών.. Και πολλοί απ' αυτούς δεν θέλουν να ακούσουν, γιατί η πολυφαρμακία και ο εθισμός τους κάνει χρήσιμους και απαραίτητους.

Απορίας άξιο είναι το γεγονός ότι η ψυχιατρική κοινότητα δεν επιδιώκει να συνταγογραφούνται όλα τα ψυχοφάρμακα, μόνο από τους ψυχιάτρους. Μήπως επειδή γνωρίζουν ότι αυτοί οι ασθενείς θα καταλήξουν σ'αυτούς αν η διέγερσή τους (αϋπνίες, ένταση κλπ) που προκλήθηκε από τα διεγερτικά (αντικαταθλιπτικά και στίμιουλαντς) θα

απαιτήσουν κάποια στιγμή καταπραϋντικά (αγχολυτικά, αντιψυχωσικά και λίθιο), που μόνο αυτοί συνταγογραφούν; Έτσι όχι μόνο δεν θα χάσουν πελάτες, αλλά δυνητικά θα αποκτήσουν περισσότερους, μιας και ο φόβος του στιγματισμού αποτρέπει αρχικά κάποιον να επισκεφθεί ψυχίατρο.

Χρειάζεται διαφώτιση του κόσμου. Να ενημερώνονται οι χρήστες για όλες τις πιθανές παρενέργειες και εξαρτήσεις. Να απαιτεί η συνταγογράφησή τους ειδική συνταγή ναρκωτικών (πρώην δίγραμμη) για όλα τα ψυχοφάρμακα.

Στη Νορβηγία ιδρύθηκε το 2018 το πρώτο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο χωρίς φάρμακα. Σωματική άσκηση, καλλιτεχνική δραστηριότητα και διάλογος είναι τα μέσα που χρησιμοποιούνται παράλληλα με το σταδιακό κόψιμο των φαρμάκων. Πρέπει να δημιουργηθεί Νοσοκομείο Απεξάρτησης και στην Ελλάδα, για σωστή σταδιακή διακοπή των ψυχοφαρμάκων και έτσι να σωθούν ζωές.

Τελευταία αφού η «επίσημη ιατρική» κωφεύει βλέπουν το φως της δημοσιότητας άρθρα ενάντια στη χρήση αντικαταθλιπτικών και σε μη ιατρικά έντυπα.

Economist October 2022, NY Times 13-4-2018, NY Times 15-9-2017, Τα Νέα 31-10-2022, Καθημερινή 22-7-2022, Δημοκρατία 23-1 2014, Εμπρός 7-9-2013.

Η Κοινότητα των Ψυχολόγων πρέπει να διαχωρίσει τη θέση της από τη χρήση των ψυχοφαρμάκων, τη στιγμή που πολλοί ψυχίατροι τα έχουν αποκηρύξει τελείως, κάποιοι τα χορηγούν μόνο κατά το στάδιο της απεξάρτησης και σε περιπτώσεις έντονης ακαθυσίας και πολλοί πιστεύουν ότι ειδικά τα αντικαταθλιπτικά επιδεινώνουν την κατάθλιψη. (Ορα ανωτέρω ποινική δικογραφία). Τη στιγμή που υπάρχουν ήρωες ψυχίατροι που δουλεύουν σαν ψυχολόγοι χωρίς ψυχοφάρμακα, το σωστό θα ήταν ο κόσμος των ψυχολόγων να ήταν με το μέρος τους και να μην μπαίνουν στο ρόλο γιατρών προτείνοντας ψυχοφάρμακα, μιας και δεν έχουν ειδικευθεί στη χρήση τους, αλλά κυρίως δεν είναι εξοικειωμένοι με τις παρενέργειές τους.

Η επίσημη πολιτεία χρειάζεται ενημέρωση και η Κοινότητα των Ψυχολόγων είναι η αρμόδια και πρέπει να το κάνει.

ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ

Προσοχή: Κανένας δεν πρέπει να διακόψει μόνος του και απότομα τα ψυχοφάρμακα. Μόνο σταδιακά και με την παρακολούθηση κάποιου ειδικού. Όσο επικίνδυνο είναι να τα παίρνεις τόσο επικίνδυνο είναι και να τα διακόψεις απότομα και ας πωλούνται κάποια από αυτά όπως τα αντικαταθλιπτικά χωρίς ειδική συνταγογράφηση ναρκωτικών ουσιών, πράγμα που υπονοεί ότι δεν υπάρχει κίνδυνος εθισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλία

Peter Gotzsche, Deadly Medicines and Organised Crime {How big pharma has corrupted healthcare, (2013).

Peter Breggin, Medication Madness , The Role of Psychiatric Drugs in Cases of Violence, Suicide and Crime , (2008).

Peter Breggin, Brain-Desabling Treatments in Psychiatry, Drugs, Electroshock, and the Psychopharmaceutical Complex, (2008)

Hans Weiss Korrupte Medizin 2010

Άρθρα

Slater, I.H., G.T. Jones & R.A. Moore (1978).Inhibition of REM sleep by fluoxetine a specific inhibitor of serotonin uptake. Neuropharmacology, 17, 383-389.

Kirsch, I., B. Deacon, T.Huedo-Medina, A. Scoboria, T. Moore and B. Johnson. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. PLoS Med 5(2): e45. Doi:10.1371/journal.pmed.0050045

Wegerer, V., G. Moll, M. Bagli, A. Rothenberger, E. Ruther, and G. Huether.(1999)"persistently Increased Density of Serotonin Transporters in the Frontal Cortex of Rats Treated with Fluoxetine During Early Juvenile Life" Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 9 (1999):13-24.

Meyer, J. (2007)Imaging the serotonin transporter during major depressive disorder and antidepressant treatment. Journal of psychiatry and Neuroscience,32, 86-102.

Meyer, J., A. Wilson, S. Sagrati, D. Hussey, A. Carella, W. Potter et al. (2004) Serotonin transporter occupancy of free selective serotonin reuptake inhibitors at different doses. An [1]CJDASB positron emission tomography study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 826-835.

Fuller, R. & Wong D. (1977) Inhibition of serotonin reuptake. *Federation Proceedings*. 36, 2154-2158.

Aursnes, I., I. Tveit, J. Gassemyr, B. Narvig . (2005). Suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomized against placebo. *BMC Medicine*, 3, 1-5.

Breggin, P. (1992b) A case of fluoxetine-induced stimulantside effects with suicidal ideation associated with a possible withdrawal syndrome ("crashing"). *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 3, 325-328.

Breggin, P. (1994, October 17—19). Testimony in Joyce Fentress et al vs Shea Communications et al {"The Wesbecher Case"} Jefferson Circuit Court, Division 1, Louisville, Kentucky. No. 90-CI-06033. Volume XVI.

Dorph-Petersen, K.-A., J. Perel, Z. Sun, A. Sampson and D. Lewis (2005) . The influence of chronic exposure to antipsychotic medications on brain size before and after tissue fixation: A comparison of haloperidol and olanzapine in macaques. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1649-1661.

Koropaske, G., Dorph-Petersen, K.-A., J. Perel, Z. Sun, A. Sampson and D. Lewis (2007) Effect of chronic exposure to antipsychotic medication on cell numbers in the parietal cortex of macaque monkeys. *Neuropsychopharmacology*, 32, 1216-1223.

Teller, D. and Denber H. (1970) Mescaline and phenothiazines. Recent studies on subcellular localization and effects upon membranes. In A. Lajtha (Ed), *Protein metabolism of the nervous system* (pp 685-698) . New York Plenum.

Inuwa, L., R. Horobin, and A. Williams (1994 July) A TEM study of white blood cells from patients under neuroleptic therapy I CEM 13 rariss pp 1091-1092

Harrison, F and Therrien, B. (2007) Effect of antipsychotic medication use on memory in patients with Alzheimer's disease. Assessing the potential risk for accelerated recent autobiographical memory loss. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 11-20.

Bonelli, R., P. Hlmann, A. Aschoff, G. Niederwieser, C. Henberger, G. Jirikowski, et al (2005) The influence of psychotropic drugs on cerebral cell death: Female neurovulnerability in antipsychotics. *International Chemical Psychopharmacology*, 20, 145-149.

Ethier, I., G. Beaudri, M. St-Hilaire, J. Mibrandt, C. Raulliard, D. Levesque (2004) Transcription factor NGFI-B (Nur77) and retinoids play a critical role in acute neuroleptic-induced extrapyramidal effect and striatal neuropeptide gene expression. *Neuropsychopharmacology*, 29, 335-346.

Bishnoi, M., K. Chopra, S. Kulkarni (2007) Neurochemical changes associated with chronic administration of typical antipsychotics and its relationship with tardive dyskinesia. *Methods and Findings in Clinical Experimental Pharmacology*, 29, 211-216.

Kleine, A., J. M. Assucci, R. Zafonte, C. Dixon, J. DeFeo, E. Rogers (2000). Differential effects of single versus multiple administration of haloperidol and risperidone on functional outcome after experimental brain trauma. *Critical Care Medicine*, 35, 919-924.

Vestri, H., L. Maianu, D. Moellering, W. Garvey (2007). Atypical antipsychotic drugs directly impair insulin action in adipocytes: Effects on glucose transport, lipogenesis, and antilipolysis. *Neuropsychopharmacology*, 32, 768-772.

Bastianon, C., R. Zoni, G. Miolo, S. Caffieri, E. Reddi (2005). Mitochondria and plasma membrane as targets of UVA-induced toxicity of neuroleptic drugs fluphenazine,

perphenazine and thioridazine. *International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 37, 901-908.

Pereira, A., B. Dean (2006). Clozapine bioactivation induces dose-dependent drug-specific toxicity of human bone marrow stromal cells: A potential in vitro system for the study of agranulocytes. *Biochemical Pharmacology*, 72, 783-793.

Belhani, D., D. Frassati, R. Medard, P. Tsibiribi B. Bui-Xuan, A. Tabib et al. (2006). Cardiac lesions induced by neuroleptic drugs in the rabbit. *Experimental Toxicology and Pathology*, 57, 207-212.

Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A., @ Olfson, M. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1032-1039.

Strochschein, I. (2007). Prevalence of methylphenidate use among Canadian children following parental divorce. *Canadian Medical Association Journal*, 176, 1711-1714.

Dulkan, M. (1994). Treatment of children and adolescents. In R. Hales, S. Yudofsky, & J. Talbott (Eds), *American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed., pp 1209-1250). Washington, DC. American Psychiatric Press.