Psykofarmaka & självmord

Socialstyrelsens svek mot patienter och anhöriga

Av Janne Larsson



Introduktion

Den här rapporten handlar om självmord som begåtts i Sverige 2006-2007 och den behandling med psykiatriska preparat som föregått dessa.

Rapporten har tre huvudsakliga delar:

- Den ger uppgifter om *alla* självmord som begåtts under 2006 och den psykofarmaka som personerna fått inom ett halvår före självmordet.

- Den jämför dessa uppgifter med rättsmedicinska utlåtanden om förekomst av psykofarmaka i blodet vid tidpunkten för självmordet.

- Den ger uttömmande information om den psykiatriska behandling som givits i de fall av självmord som anmälts enligt Lex Maria [1] för 2007 (en tredjedel av alla självmord det året).

De uppgifter som lämnas på följande sidor borde ha offentliggjorts av Socialstyrelsen – speciellt med tanke på att de i avgörande delar är direkt hämtade från myndighetens arkiv och register. Också Läkemedelsverket bär ett tungt ansvar för de missförhållanden som beskrivs.

Socialstyrelsen tvekar inte att visa sin makt i fall där enbart *misstanke* finns att en alternativmedicinsk behandling orsakat skada, och Läkemedelsverket kan mycket bestämt prata om kvacksalveri när det gäller behandling med ett ofarligt nyponpulver.

Men när det kommer till alla de dödsfall som är kopplade till psykiatrisk behandling gäller andra regler.

De publikationer som Socialstyrelsen ställt samman har handlat om *formerna* för den vård som givits. Man har inte överhuvudtaget ifrågasatt *innehållet* i vården, vilket rimligtvis borde vara det viktigaste i de fall där denna vård slutade med ett stort antal personers död.

Förhoppningsvis leder de uppgifter som här läggs fram till att fler politiker, tjänstemän, journalister och andra, börjar ställa krav på grundläggande förändringar i de sätt på vilka personer med psykiska problem tas om hand.

Janne Larsson, skribent, janne.olov.larsson@telia.com
publicerad november 2008

[1] Lex Maria var den förordning som tillkom efter några tragiska dödsfall på Maria sjukhus i Stockholm 1936. Den gjorde det obligatoriskt för huvudmannen för vårdverksamheten att rapportera fall där någon vid behandling tillfogats skada eller sjukdom. Numera ingår rapporteringskraven i *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område,* 6 kap 4 §. Sedan den 1 februari 2006 gäller också rapportskyldigheten självmord enligt följande: att en anmälan ska göras ”om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom”.

Innehåll

Introduktion.....2

Kapitel 1
Självmord i Sverige 2006 – bakomliggande psykiatrisk behandling.....4

Kapitel 2
Psykiatriska preparat.....7

Kapitel 3
Rättsmedicinska utredningar om psykofarmaka och självmord.....9

Kapitel 4
Självmord 2007 anmälda per Lex Maria –
och tidigare behandling med psykofarmaka 14

Kapitel 5
”Adekvat medicinering” – kliniska prövningar 18

Kapitel 6
Socialstyrelsens agerande och den katastrofala Biverkningsrapporteringen 20

Slutord.....23

Bilaga 24

Kapitel 1

Självmord i Sverige 2006 – bakomliggande psykiatrisk behandling

Socialstyrelsen förväntas ta fram, analysera och publicera data om den psykiatriska vård som de personer som begått självmord fått. Dessvärre har myndigheten mörklagt vital information i området för allmänhet, politiker och läkare.

I juli 2005 ändrades reglerna för läkemedelsregistret. Det är från den tidpunkten möjligt för Socialstyrelsen att ta fram mer exakta uppgifter om bruk av olika receptbelagda medel på individnivå. Så till exempel är det möjligt att ta fram information om vilka psykiatriska preparat som personer som begått självmord behandlats med. De data som presenteras nedan bygger på uppgifter för år 2006 som Socialstyrelsen tagit fram – men valt att inte publicera.

Uppgifterna gäller:

- **Vilka psykiatriska preparat (av olika kategorier) som personer uthämtat recept för *inom ett halvår* innan de begick självmord (2006).**

1255 personer tog livet av sig år 2006, enligt de preliminära uppgifter som Socialstyrelsen tog fram i början av året [2], [3]. 377 var kvinnor, 878 var män.

Totalt hade 488 (39 %) av alla de 1255 som begick självmord 2006 fått behandling med antidepressiva inom 180 dagar före självmordet.

Av de 377 kvinnorna som begått självmord hade 197 (52 %) fått antidepressiva medel; för de 878 männen var motsvarande siffra 291 (33 %).

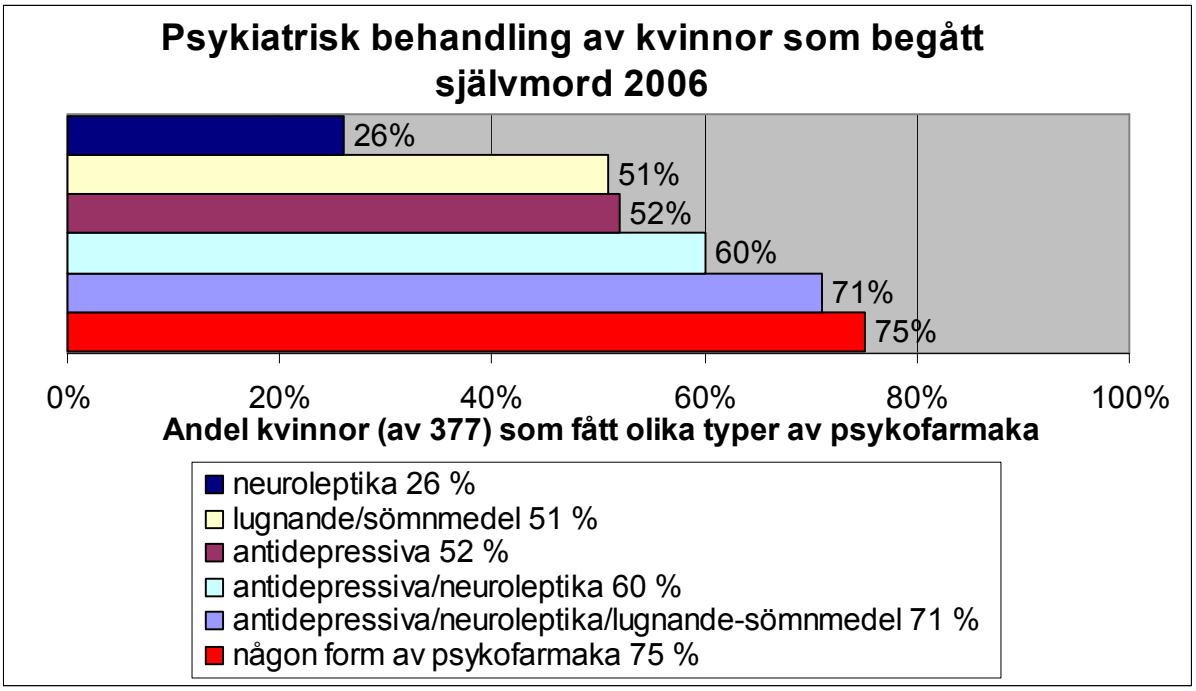
Av de 377 kvinnorna hade 226 (60 %) fått antidepressiva *och/eller* neuroleptika; för männen var motsvarande siffra 332 (38 %). Totalt hade alltså 558 (44 %) av alla som begick självmord 2006 fått behandling med antidepressiva och/eller neuroleptika inom 180 dagar före självmordet.

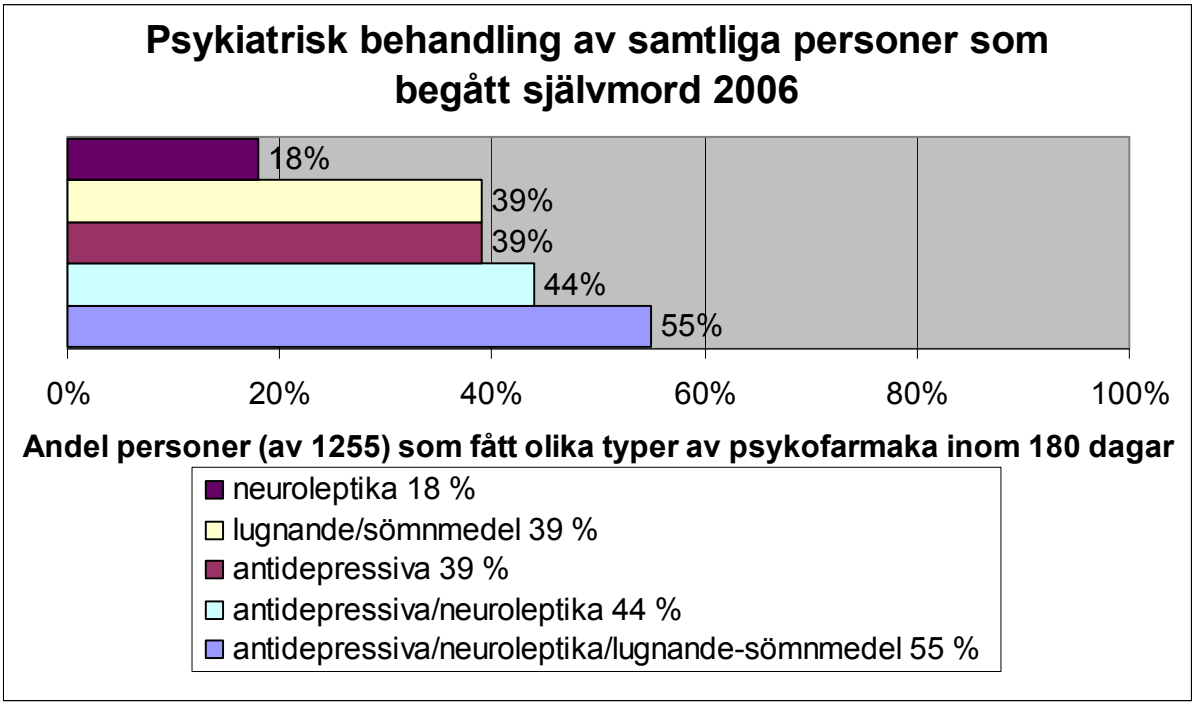
Av de 377 kvinnorna hade 267 (71 %) fått behandling med en cocktail med psykiatriska preparat i en eller flera av klasserna antidepressiva, neuroleptika, sömnmedel/lugnande medel; för männen var motsvarande siffra 423 (48 %). Totalt

[2] *Ethnic Differences in Antidepressant Treatment Preceding Suicide in Sweden,* Psychiatric Services 59:116-a-117, January 2008, Rickard Ljung, M.D., Ph.D., Charlotte Björkenstam, M.Sc. and Emma Björkenstam, B.Sc, tillgänglig online på http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/59/1/116-a

[3] Den *slutgiltiga* statistiken över självmord för 2006 publicerades av myndigheten i juli 2008, i *Dödsorsaker 2006,* http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10117/2008-42-6.htm

hade alltså 690 (55 %) av alla som begick självmord 2006 fått behandling med psykofarmaka i en eller flera av dessa klasser.





En mycket stor andel, framför allt av kvinnorna, hade således fått psykiatriska preparat, som skulle handha deras psykiska problem, och skydda dem från den yttersta konsekvensen – självmord.

Socialstyrelsens uppgifter visar också att personerna i en stor mängd fall fått fler än ett psykiatriskt preparat. För de 377 kvinnorna gäller att nästan en femtedel (18 %)

hämtat ut recept på *minst tre* olika psykofarmaka (antidepressiva, neuroleptika, sömnmedel/lugnande medel) och att 41 % hade fått *minst två* olika psykofarmaka, inom ett halvår före självmordet.

Slutsatsen blir att en mycket stor andel av de personer som år 2006 begick självmord i Sverige fått omfattande behandling med psykofarmaka inom ett halvår före självmordet.

Det här är naturligtvis anmärkningsvärt då de psykiatriska preparat som personerna fått, i all marknadsföring framställs som *mediciner* – som medel som rättar till en brist eller en kemisk obalans i hjärnan. Psykiska störningar framställs som *brister* eller *kemiska obalanser* i hjärnan; i den biologiska psykiatrins värld är de sjukdomar som diabetes, och de psykiatriska preparaten sägs vara precis som insulin, *de rättar till bristen.*

Läkare har i stort uppslagna kampanjer fått veta att psykiatriska preparat, som antidepressiva medel, *skyddar* mot självmord, att de förhindrar denna tragiska konsekvens. Ett belysande exempel var läkemedelsbolaget Wyeths kampanj i medicinska tidskrifter för det antidepressiva medlet Efexor. I Läkartidningen fick svenska läkare, till bilden av en gravplats och ett foto av en person som begått självmord, budskapet: *"En depression kan ta slut oväntat fort."* Läkemedelsbolaget refererade till den svenske psykiatrikern Göran Isacsson och ville få läkare att förstå att Efexor *skyddar* mot just självmord. Alltså, behandla med Efexor så undviker du risken att ett deprimerat tillstånd slutar i självmord.

De ovanstående resultaten visar med all önskvärd tydlighet att det är en avgrund mellan marknadsföringen från läkemedelsbolag och ledande biologiska psykiatriker, och den faktiska verkligheten.

En varning måste utfärdas till de personer som själva tar psykiatriska preparat eller till anhöriga till patienter: Det kan vara nästan lika farligt att sluta med dessa preparat som att börja med dem. De skadliga förändringar som preparaten skapat i hjärnan kan ge sig kraftigt till känna när man *abrupt* försöker sluta med dem. Läkare *måste* konsulteras och noggrant övervaka nertrappningen av dosen.

Kapitel 2

Psykiatriska preparat

Psykiatriska preparat är inte i något fall kroppsegna ämnen som personer lider brist på, eller livsviktiga ämnen som måste tillföras kroppen. Psykofarmakan vid ”psykisk sjukdom” kan inte på något sätt jämföras med det insulin som diabetiker får eller med det C-vitamin som människan måste ha för att inte dö. Ändå framställs preparaten på just det sättet.

Idén att människor som är nedstämda lider av en ”kemisk obalans”, att de ”har en depression” och lider brist på ämnet serotonin, har marknadsförts av de läkemedelsbolag som säljer antidepressiva medel (i klassen SSRI-preparat, som Cipramil, Zoloft, Seroxat och Fontex) i långt över ett decennium. Den intensiva marknadsföringen har fått människor att tro att deras nedstämdhet är en *bristsjukdom* – att det är *livsviktigt* att tillföra det ämne som råder bot på denna brist – det antidepressiva medlet. Läkare har utsatts för ”utpressning” av det slag som beskrevs i Wyeths ”gravstensreklam”: skriv ut antidepressiva medel annars är det risk att depressionen tar slut oväntat fort; att personen tar livet av sig.

Läkare och patienter har av läkemedelsbolaget Pfizer fått veta: ”Serotonin är ett ämne som finns naturligt i kroppen och som vid obalans kan orsaka bl a depressiva symtom … Det verksamma ämnet sertralin [i Zoloft] hämmar återupptaget av serotonin i nerverna och kan på detta sätt korrigera obalansen. [4] Och av Lundbeck: ”Cipralex verkar genom att normalisera serotoninnivåerna i hjärnan.” [5]

Men det finns inga som helst vetenskapliga bevis för att nedstämdhet orsakas av en ”kemisk obalans” i hjärnan [6] [7]. Hypotesen har avfärdats med följande kärnfulla ord av en av de mest namnkunniga personerna i ämnet psykofarmakologi: ”Serotoninteorin om depression är jämförbar med masturbationsteorin om vansinne.” [8] (Den gamla teorin om att självbefläckelse, onani, ledde till vansinne.)

Psykiatriska preparat har *alltid* en viss toxisk effekt på hjärnan och på kroppen i övrigt; ett toxiskt (giftigt) ämne definierat som ett ämne som ”orsakar död eller skada när det intas eller absorberas av en levande organism”. Och psykofarmaka orsakar i viss dos *alltid* skada på hjärnan – en skada som visar sig i den faktiskt *eftersökta effekten* – som den ”zombieeffekt” som äldre systematiskt utsätts för på äldreboenden, eller de ”kemiska lobotomier” som personer med psykotiska reaktioner

---

[4] FASS, Zoloft patientinformation, besökt 12 oktober 2008, http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NplID=20010518000090&DocTypeID=5

[5] Lundbeck, Patientinformation om Cipralex, besökt 12 oktober 2008, http://sweden.lundbeck.com/Sweden/vardpersonal/depression/pdf/patientdagbok.pdf

[6] Leo/Lacasse, *The Media and the Chemical Imbalance Theory of Depression,* Society, (2007) besökt 27 juli 2008, http://www.springerlink.com/content/u37j12152n826q60/fulltext.pdf

[7] Leo/Lacasse, *Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature*, PloS Medicine, (2005), besökt 27 juli 2008, http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020392

[8] Healy, citerad i artikeln *Ads for SSRI antidepressants are misleading, say researchers,* Medical News Today, (2005), besökt 27 juli 2008, http://www.medicalnewstoday.com/articles/33290.php

ges med hjälp av neuroleptika [9]. Man kan säga att psykoaktiva ämnens ”toxiska dos” är den dos där de börjar ha en effekt på beteendet – vilket i psykiatrin ses som den ”terapeutiska dosen”.

Vi har sett att en stor andel av de som begått självmord 2006 fått psykiatriska preparat – i många fall långt fler än ett sådant. *Om* psykofarmakan skulle ha åtgärdat den påstådda *bristen* skulle också den psykiska störningen ha botats – och personerna skulle inte ha begått självmord.

Dessa enkla och uppenbara fakta borde leda till ett avskaffande av det rådande psykofarmakologiska omhändertagandet av människor med psykiska problem.

Men läkemedelsbolag och psykiatriker slåss hårt för att bevara myterna. Trots den ofantliga utskrivningen av psykofarmaka sägs befolkningen lida av ”underbehandling” – de får inte *nog* med psykofarmaka, inte tidigt nog, inte i tillräckligt stor dos, och inte länge nog.

Och vi blir definitivt inte friskare av utskrivningen. Ökningen i sjuklighet tycks istället gå parallellt med ökningen i utskrivning av psykiatriska preparat – vilket borde ha fått en del sjukvårdspolitiker att undra över effekten av budgetanslagen. De flesta vanliga människor skulle ta sig för pannan om de fick höra hur ledande biologiska psykiatriker bedömer andelen ”psykiskt sjuka” i befolkningen. Som när psykiatriker Göran Isacsson i april 2008 på fullaste allvar refererar till forskning som visar att ” … årsprevalensen av psykisk sjukdom [hos allmänheten] uppskattas till ca 30 procent” [10]. Nästan en tredjedel av befolkningen skulle alltså under loppet av ett år vara psykiskt sjuk! Och naturligtvis behöva behandling, det vill säga medicinering.

Psykiatriker Isacsson är inte heller vem som helst. Han är en ledande psykiatrisk konsult till Socialstyrelsen och ligger bakom flera av myndighetens dokument om psykofarmaka och självmord (mera i kapitel 3). Han är också en av dem som mest bidragit till ökningen i utskrivning av antidepressiva medel och annan psykofarmaka i Sverige. Han har fått nästan obegränsat utrymme i Läkartidningen de sista 10 åren och har genom sina artiklar fört ut budskapet att antidepressiva medel skyddar mot självmord.

Isacsson har också utnyttjat rättsmedicinska data för att ge stöd åt sina idéer och har publicerat en mängd artiklar om sina fynd i olika psykiatriska tidskrifter. Budskapet har varit: Bara en väldigt liten andel personer som begår självmord har antidepressiva medel i blodet vid obduktion; det finns en stor föregående ”underbehandling” bland dem som begår självmord; många fler måste få antidepressiva medel för att skyddas mot självmord.

Vi ska i nästa kapitel se mer på den verklighet som Isacsson inte berättat om.

---

[9] Whitaker, *Affidavit* (Till domstol lämnad skriftlig försäkran), om neuroleptika, (2007), besökt 24 juli 2008 http://psychrights.org/Litigation/WhitakerAffidavit.pdf (se alla länkar till artiklar i dokumentet).

[10] Isacsson, *Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt!,* Läkartidningen 8 april 2008, http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=9211

Kapitel 3

Rättsmedicinska utredningar om psykofarmaka och självmord

Socialstyrelsen och myndighetens psykiatriska konsulter har använt gamla data från rättsmedicinska utredningar till att vilseleda allmänheten och till att driva upp bruket av antidepressiva medel och andra psykiatriska preparat.

Socialstyrelsen har aldrig offentliggjort nationella årsdata om förhållandet mellan psykofarmakabehandling och självmord. Inte i någon av myndighetens publikationer har politiker och allmänhet kunnat läsa fakta om vilka psykiatriska preparat de personer som tog livet av sig fick, eller någon analys av vad den, som vi nu vet, omfattande behandlingen kan ha betytt för det efterkommande självmordet.

I stället har myndigheten genom sina psykiatriska konsulter fört fram felaktig och bedräglig information, från rättsmedicinska utredningar, om att människor som tar livet av sig är ”underbehandlade” – att de inte fått de psykiatriska preparat de borde ha fått.

I Socialstyrelsens senaste viktiga publikation i området, *Förslag till nationellt program för suicidprevention* (2006) [11], står (utan referens) på sidan 22:

> ”Av de personer med depressionsdiagnos som suiciderar är mer än 80 procent obehandlade vid tidpunkten för dödsfallet. Personer med depression är ofta obehandlade eller underbehandlade även efter ett suicidförsök. … Att behandla den underliggande psykiska störningen är alltså en central komponent i suicidpreventionen.”

En förfrågan om var myndigheten hittat dessa fakta får, av projektledaren för publikationen, ett irriterat svar att de kommer från en artikel av psykiatriker Göran Isacsson – som vid närmare undersökning visar sig vara från år 1996 (!) [12]. Socialstyrelsen skriver att i artikeln ”uppskattas det årliga antalet suicid med depression som tagit antidepressiva medel till 120 av 1000 fall i Sverige (12 %) och antalet årliga suicid som inte tar antidepressiva medel till 880 av 1 000 fall (88 %)” [13] Myndigheten hävdar också att dessa uppgifter stöds av internationell forskning. Vidare hävdar myndighetens projektledare att ”antidepressiva medel skyddar mot depression, som är en av de viktigaste riskfaktorerna för suicid”… ”och att suicidalt

[11] Socialstyrelsen, *Förslag till nationellt program för suicidprevention* (2006), http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/430131BA-B8F8-43E6-A743-B59CE21CCDEB/6725/200610723.pdf

[12] Isacsson, *Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives*, Journal of Affective Disorders, 1996.

[13] Socialstyrelsen, brevsvar, *Angående uppgift ur handlingen Förslag till nationellt program för suicidprevention,* 19 december 2006.

beteende korrelerar med inadekvat förskrivning av antidepressiva medel" [14]. Den främsta referensen är återigen Göran Isacsson, som också varit sakkunnig i Socialstyrelsens framtagning av rapporten.

Fakta är som vi sett i kapitel 1 att *samma år* (2006) som Socialstyrelsen gav ut denna publikation hade 488 (39 %) av ALLA 1255 rapporterade personer som begått självmord i Sverige fått antidepressiva medel (inom 180 dagar) före självmordet; för kvinnorna gällde att 197 (52 %) av 377 hade fått antidepressiva (inom 180 dagar).

De uppgifter Socialstyrelsen ger är således felaktiga om inte direkt falska.

Den allra viktigaste informationen i det här området är patienternas *medicinska historia*, vilka behandlingsförsök som gjorts. Antidepressiva medel, neuroleptika och annan psykofarmaka ger skadliga förändringar i hjärnan som inte försvinner när preparaten sätts ut – i många fall ger de också kroniska skador, exemplifierat av de kända neurologiska skadorna från neuroleptika. Många patienter får mycket svåra reaktioner när de försöker sluta med preparaten, reaktioner som kan vara så allvarliga att de leder till självmord.

Fynd av psykofarmaka i blodet vid rättsmedicinska utredningar av självmord är därför av mycket begränsat värde. Detta är mycket viktigt att inse. Att man inte kan finna spår av de psykiatriska preparaten i blodet innebär *inte* att den tidigare behandlingen inte hade en *avgörande* inverkan vid självmordet.

Psykiatriker Isacsson har sedan början av 90-talet publicerat artiklar om rättsmedicinska utredningar av självmord och fynd av främst antidepressiva i dessa utredningar. Syftet har varit att visa att personerna var "underbehandlade" och slutsatserna har också genomgående varit: alldeles för få personer har fått antidepressiva och många fler måste få det.

I den av Socialstyrelsen citerade artikeln skrev alltså Isacsson att bara 12 % av dem som begått självmord i Sverige hade fått antidepressiva vid tidpunkten för självmordet. Isacsson refererar till sina andra artiklar i ämnet, och tar upp att han i andra undersökningar kommit fram till ett likartat resultat, att för 16 % av dem som begår självmord kunde spår av antidepressiva hittas vid obduktion [15]. Isacsson säger vidare att han funnit att 15 % av dem som begått självmord hämtat ut ett recept på antidepressiva medel inom tre månader före självmordet – och från detta dras slutsatsen om "underbehandling". (Jämför med de data som lagts fram i kapitel 1).

Det är nu dags att placera Isacssons "forskning" på historiens kyrkogård. Om hans uppgifter någonsin stämt så stämmer de i alla fall inte idag, och hans halsbrytande slutsatser, som starkt bidragit till dagens ofantliga utskrivning av antidepressiva medel, får inte längre tillåtas påverka svenska myndigheters ställningstaganden.

---

[14] Socialstyrelsen, brevsvar, *Angående uppgift ur handlingen Förslag till nationellt program för suicidprevention,* 9 januari 2007.

[15] Isacsson, et al, *Antidepressants, depression and suicide: An analysis of the San Diego Study*. Journal of Affective Disorders, 1994.

Idag vet vi (se kapitel 1) att hela 52 % av de kvinnor som begick självmord 2006 hade fått antidepressiva inom 180 dagar före självmordet, och att 39 % av alla (kvinnor och män) hade fått det.

Socialstyrelsen har nyligen meddelat att man inte väntar sig någon nämnvärd förändring för 2007 (det finns än inga uppgifter att få från Socialstyrelsen för 2007). Eftersom ingen nämnvärd förändring kan förväntas ha skett för 2007 ska vi nu jämföra uppgifterna från 2006 *med alla de nya rättsmedicinska undersökningar av självmord som gjorts för 2007.*

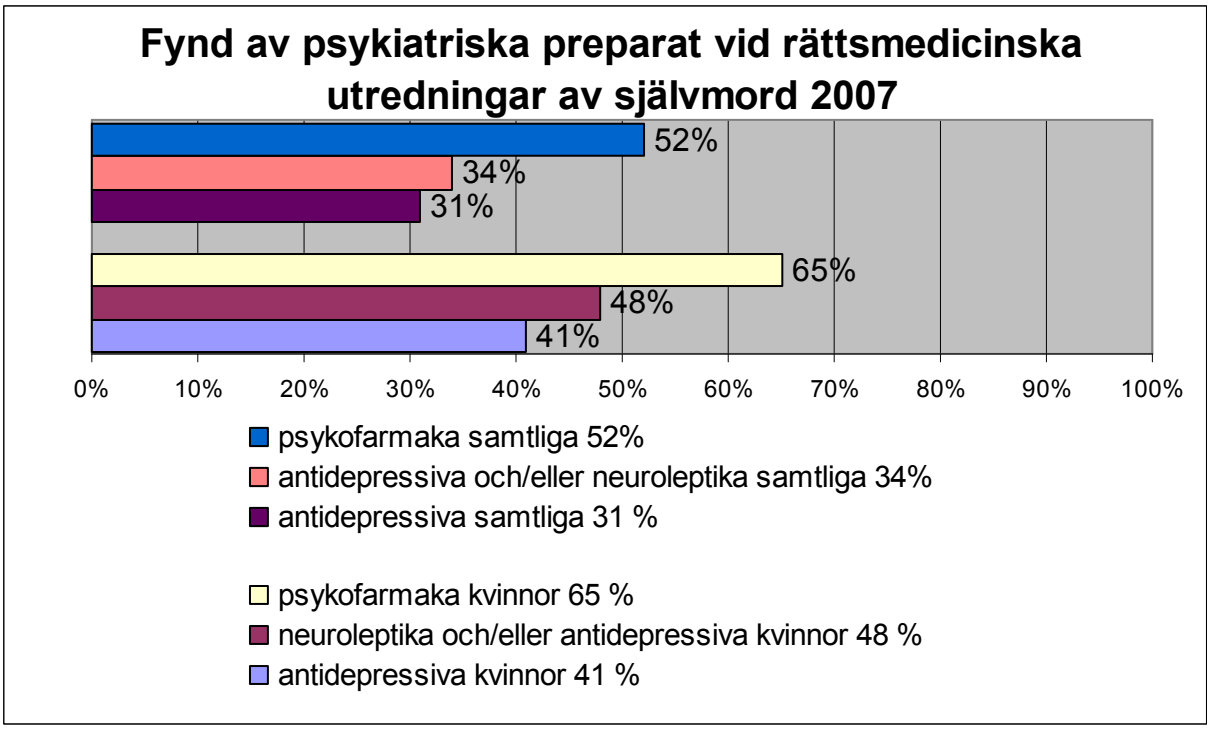
Resultat från rättsmedicinska utredningar om självmord 2007

Så gott som alla självmord i Sverige blir föremål för rättsmedicinsk utredning och med stöd av offentlighetsprincipen har följande uppgifter tagits fram:

1109 sådana utredningar om självmord gjordes för år 2007.

En genomgång av dessa utredningar [16] visar att 132 (41 %) av de 320 kvinnorna som begått självmord hade spår av antidepressiva medel i blodet. 209 (65 %) av kvinnorna hade spår av psykofarmaka (alla kategorier).

De rättsmedicinska utredningarna visar att 31 % av samtliga män och kvinnor som begått självmord under år 2007 hade spår av antidepressiva medel i blodet. Totalt fanns fynd av psykofarmaka (alla kategorier) hos 575 (52 %) av dessa män och kvinnor.



[16] Reservation måste göras för smärre felräkningar och felklassificeringar i sammanställningen, som alltså gjorts ur material utlämnat enligt offentlighetsprincipen, där författaren inte haft tillgång till ursprungsrapporter och naturligtvis inte heller till de goda analysresurser eller den statistiska förmåga som exempelvis Socialstyrelsen skulle ha kunnat ta i bruk om man velat göra en full undersökning i området.

Det måste än en gång betonas att fynd av psykofarmaka i blodet, vid obduktioner av självmord, har mycket begränsat värde *i jämförelse med patienternas medicinska historia.* Som vi sett i kapitel 1 och som vi ska få mer detaljer om i kapitel 4 har de personer som begått självmord i Sverige år 2006 och 2007 fått *en mycket omfattande "behandling" med psykiatriska preparat*. Det är *denna behandling* och dess relation till det efterföljande självmordet som är det verkligt viktiga i sammanhanget.

Samtidigt tjänar genomgången av de 1109 utredningarna om självmord syftet att tillbakavisa de gamla uppgifter som lagts fram och de halsbrytande slutsatser som gjorts av Isacsson och andra svenska psykiatriker – baserade på just rättsmedicinskt material.

Vi vet nu att 31 % av alla de personer som begick självmord för 2007 hade spår av antidepressiva i blodet vid obduktion och att det för kvinnorna var 41 %. Uppgifterna från Isacsson om de 12 procenten och om att 80 % är "obehandlade" vid tidpunkten för självmordet kan strykas från Socialstyrelsens framtida publikationer.

Vi vet också att för 65 % av kvinnorna som begått självmord 2007 gällde att de hade spår av psykofarmaka i blodet och att andelen för män och kvinnor var 52 %. (Hur många *ytterligare* personer som hade mindre mängder psykofarmaka i kroppen än de som upptäcks vid rättsmedicinsk analys vet vi inte.)

Nedan presenteras en tabell över de fynd som gjorts i utredningarna när det gäller antidepressiva medel hos kvinnor.

Typ av antidepressivt medel	**Antal kvinnor**
SSRI-medel	
Citalopram (Cipramil)	45
Fluoxetin (Fontex)	16
Paroxetin (Seroxat)	2
Sertralin (Zoloft)	16
	Totalt 79 fall med kvinnor som fick SSRI-preparat (I de sällsynta fall där personen fått mer än ett SSRI-preparat, har bara ett räknats). **Hos 25 % av de 320 kvinnorna har SSRI hittats.**
Andra moderna antidepressiva	
Duloxetin (Cymbalta)	2
Mianserin	1 (i 3 fall med annat nytt antidepressivt)
Mirtazapin (Remeron)	17 (i 14 fall med annat nytt antidepressivt, 1 TCA)
Reboxetin (Edronax)	1 (i 1 fall med annat nytt antidepressivt)
Venlafaxin (Efexor)	19 (i 7 fall med annat nytt antidepressivt)
	Totalt 40 fall + SSRI = 119/320 (37 %)
Tricykliska antidepressiva	
Karbamazepin (Tegretol) (inkluderat som nära besläktat med tricykliska)	2 (i 2 fall med annat antidepressivt)
Klomipramin (Anafranil)	3 (i 1 fall med annat antidepressivt)
Amitiptylin (Tryptizol)	8 (i 4 fall med annat antidepressivt)
Maprotilin (Ludiomil)	0 (i 1 fall med annat antidepressivt)
	Totalt 13 fall + nya antidepressiva = 132
	Hos 132/320 – 41 % av kvinnorna hittades antidepressiva

Kapitel 4

Självmord 2007 anmälda per Lex Maria – och tidigare behandling med psykofarmaka

Den allra mest uttömmande redovisningen av självmord och tidigare psykiatrisk behandling kan göras via de Lex Maria-anmälningar som inkommit till Socialstyrelsen. Nedan finns en sådan redovisning av senast tillgängliga uppgifter – för år 2007.

Det ska genast sägas att det är en skandal att inte Socialstyrelsen eller någon annan svensk myndighet gjort dessa fakta kända för allmänhet och läkare.

Enligt Socialstyrelsens rapport *Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria* [17], kan minimisiffran för antalet anmälningar om självmord enligt Lex Maria, uppskattas till att bli cirka 400 per år, vilket ungefär motsvarar en tredjedel av det totala antalet personer (cirka 1200), som årligen begår självmord. Ungefär ett av tre självmord anmäls således, och det är bara *för dessa anmälda fall* som det finns utförliga uppgifter.

I nedanstående analys har uppgifter om de fall som anmälts enligt Lex Maria begärts ut från Socialstyrelsens sex olika tillsynsenheter. De begärda uppgifterna har innefattat de fall som anmälts för år 2007 och den psykiatriska behandling som personerna fått. Fokus har varit på den psykofarmaka som personer fått ***inom ett år före självmordet.***

Sammanlagt har, enligt de data som utlämnats, 393 fall rapporterats till de sex olika tillsynsenheterna (RT:na) för år 2007, enligt följande:

RT Umeå:	29
RT Örebro:	101
RT Stockholm:	81
RT Jönköping:	46
RT Göteborg:	67
RT Malmö:	69
Totalt	**393**

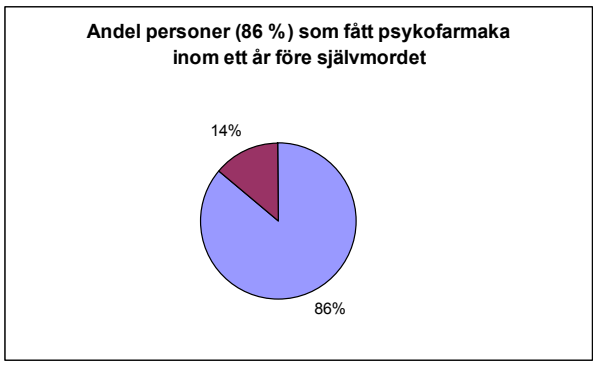
Uppgifter i dessa ärenden har analyserats med avseende på vilken psykiatrisk behandling som föregick det tragiska självmordet i vart och ett av fallen. Data har tagits fram om vilka *klasser* av psykofarmaka som använts (neuroleptika, antidepressiva, bensodiazepiner etc.) och om vilka *enskilda preparat* som använts.
Där det varit möjligt har en uppdelning gjorts mellan de psykofarmaka som använts strax innan självmordet och de som använts tidigare under året.

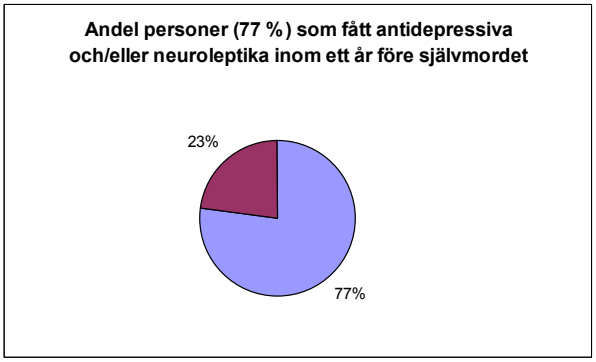
[17] Socialstyrelsen, *Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria,* (2007), http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9671/2007-109-22.htm

En genomgång av den behandling som givits visar följande:

I 338 av de 393 fallen – **i 86 % av fallen** – hade personerna fått behandling med psykofarmaka inom ett år före självmordet.

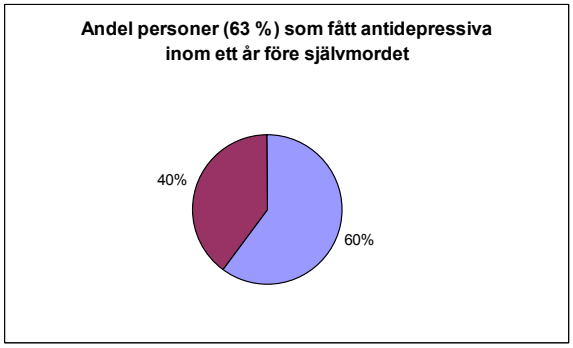
I 304 fall **– i 77 % av fallen** – hade personerna fått behandling med antidepressiva medel *och/eller* neuroleptika.

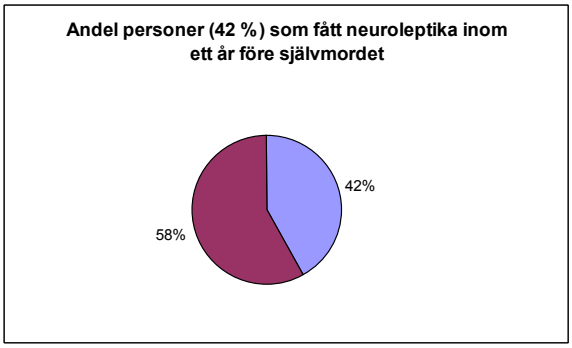




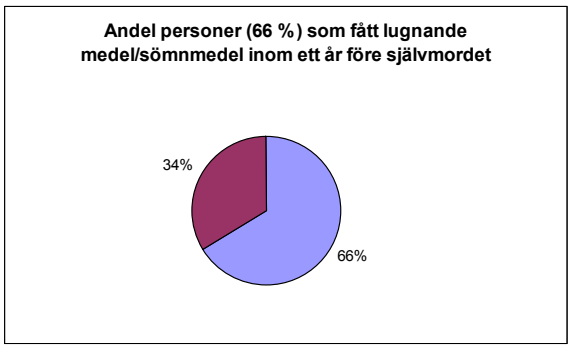
I 246 fall – **i 63 % av fallen** – hade personerna fått behandling med antidepressiva medel.

I 164 fall – **i 42 % av fallen** – hade personerna fått behandling med neuroleptika.





I 261 fall – **i 66 % av fallen** – hade personerna fått behandling med lugnande medel *och/eller* sömnmedel; psykofarmaka i klassen bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande medel.



I tillägg till ovanstående: I 115 fall – **i 29 % av fallen** – hade personerna fått behandling med psykofarmaka av annan klass. Det här är alltså psykofarmaka som epilepsimedicin som nyligen börjat användas som ”stämningsstabiliserande medel” (Lyrica, Lamictal), ”ADHD-medel” (Concerta, Ritalin, Strattera), och andra typer av psykofarmaka som Subutex och Heminevrin.

Den totala mängden psykiatriska preparat

För den mest rättvisande bilden av situationen krävs en beskrivning av *den totala mängden psykiatriska preparat* som personerna fått.

”Mängden behandling” kan uttryckas i att de 338 personer (av 393) som fick psykofarmaka, ***i genomsnitt*** fick 4 olika psykiatriska preparat under året före självmordet.

Av de ovanstående diagrammen förstås att många personer fick psykiatriska preparat av *flera olika klasser* (inte bara *olika lugnande medel* eller *olika antidepressiva medel*). Så till exempel fick 29 % (98 personer), av de 338 personer som fick psykofarmaka, behandling med neuroleptika *och* antidepressiva medel *och* lugnande medel/sömnmedel under sista året före självmordet.

Det här betyder inte att när ett preparat sattes in så togs ett annat bort. Tvärtom betyder det att i de allra flesta fall fick personer många olika psykiatriska preparat *samtidigt*.

Exempel 1: I området för en tillsynsenhet stod de personer som behandlades med psykofarmaka i genomsnitt på 3,2 olika psykiatriska preparat *vid tiden för självmordet*. 36 % stod på 4 preparat eller fler.

Exempel 2: I området för en annan tillsynsenhet stod också de personer som behandlades med psykofarmaka i genomsnitt på 3,2 olika psykiatriska preparat *vid tiden för självmordet*. 32 % stod på 4 preparat eller fler.

Av de 338 personer som fick psykofarmaka, rapporterades 39 (12 %) ha fått elchocker (ECT) under året närmast före självmordet – som mest hade en person fått en serie med 12 elchocker och 15 olika psykiatriska preparat under året. Dessa 39 personer hade samtidigt med elchockerna fått behandling med psykofarmaka med i genomsnitt 5,6 olika psykiatriska preparat under det senaste året.

Bara 37 personer (11 %) av de 338 personerna hade fått 1 psykiatriskt preparat under det senaste året.

Fakta är uppenbara: De kvinnor och män som begått självmord och där anmälan gjorts per Lex Maria, har i överväldigande hög grad gjort det efter att ha fått behandling med stora mängder psykiatriska preparat, inom ett år före och vid tiden för självmordet.

Kapitel 5

”Adekvat medicinering” – kliniska prövningar

De fall som beskrivits i tidigare kapitel fick, trots det fatala resultatet, ”adekvat medicinering” – i den betydelse Socialstyrelsen och psykiatrin ger åt begreppet. Läkemedelsbolagens opublicerade studier visar dock att man mycket väl vet att preparaten ökar risken för självmordsbeteende.

De personer som beskrevs i förra kapitlet fick:

- *de nya antidepressiva medlen* (som Cymbalta 23 personer, Efexor 41, Zoloft/sertralin 49, Cipralex 33),
- *de nya formerna av neuroleptika* (som Risperdal 31, Zyprexa 52,)
- *de nya bensodiazepinliknande sömnmedlen* (som Zopiklon/Imovane 128), Stilnoct 53),
- *de nya ”stämningsstabiliserande medlen”* (som Lamictal 21, Lyrica 19).

Se diagram och tabeller över detaljer, i bilagan, sidan 24.

Personerna fick alltså *i genomsnitt* 4 olika psykiatriska preparat under året före självmordet.

Det finns – om man vill förstå de verkliga effekterna av psykofarmaka – bättre informationskällor än läkemedelsbolagen och de biologiska psykiatriker som byggt sina karriärer på att föra fram ett budskap som utformats på företagens marknadsföringsavdelningar.

Bättre informationskällor är de kliniska prövningar av de psykiatriska preparaten som läkemedelsbolag gjort men, som man på grund av ett för den framtida försäljningen olämpligt resultat, låtit bli att publicera, och de viktiga studier som gjorts av oberoende forskare.

Ett antal av dessa prövningar visar att antidepressiva medel och neuroleptika *ökar risken för självmordsbeteende och direkt orsakar effekter som leder till självmord*.

Några av de artiklar i vilka dessa resultat beskrivs – artiklar som ger *mängder* av referenser för den som vill veta mer – är: Healy, *Antidepressants and Violence: Problems at the Interface of Medicine and Law,* (2006) [18]; Breggin, *Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors, (SSRIs): A review and analysis,* (2004) [19]; Whitaker, *Affidavit* (Till domstol lämnad skriftlig försäkran) om neuroleptika (2007) [20].

---

[18] Healy, *Antidepressants and Violence: Problems at the Interface of Medicine and Law,* PloS Medicine (2006), , besökt 24 juli 2008, http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030372

[19] Breggin, *Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors, (SSRIs): A review and analysis,* International Journal of Risk & Safety in Medicine 16 (2003/2004) 31–49, besökt 24 juli 2008 http://www.breggin.com/31-49.pdf

[20] Whitaker, *Affidavit* (Till domstol lämnad skriftlig försäkran), om neuroleptika, (2007), besökt 24 juli 2008 http://psychrights.org/Litigation/WhitakerAffidavit.pdf

Ett av de fenomen som beskrivs i ovanstående artiklar är *den extrema inre rastlöshet*, som direkt kan *orsakas,* av neuroleptika och antidepressiva medel. Personerna kan inte sitta still, måste röra sig, vill ”krypa ur skinnet”, känner att de håller på att bli galna. Tillståndet kallas akatisi (från grekiskans *a* [inte] och *káthisis* [sitta]) och är helt och hållet skapat av de psykiatriska preparaten (alltså inte av någon ”underliggande sjukdom”).

Att fenomenet inte har med personens psykiska problem att göra – utan att det är helt och hållet skapat av psykofarmakan – har konstaterats i studier där friska försökspersoner fick ta preparaten, och då drabbades av dessa effekter. *Akatisi* är ett tillstånd som bevisats driva personer till självmord (och till våldshandlingar mot andra).

Tillståndet beskrivs i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige), där det till och med för neuroleptika anges som *vanligt* (det vill säga förekommer hos 1-10 % av de patienter som får medlen, se exempelvis FASS-texten för Zyprexa [21]). Akatisi skapas också av antidepressiva medel, som också som *vanlig* skadeverkning har det närliggande tillståndet *agitation*, där personer känner att de måste röra sig, vrida händerna etc, med en känsla av ångest eller spänning (se FASS-texten för det antidepressiva medlet Cymbalta [22]). Akatisi och agitation är del av det (bi)verkningsspektrum som antidepressiva medel har, och som börjar med sömnsvårigheter, nervositet, irritation, och fortsätter mot mer allvarliga effekter som agitation, aggression, akatisi och olika maniska tillstånd [19].

I ovanstående artiklar och referenser framgår den stora mängd skador som bevisligen skapas av antidepressiva medel och neuroleptika. De sätt på vilka dessa medel bidrar till eller direkt orsakar fenomen som leder till självmord finns också utförligt beskrivna.

När det gäller lugnande medel och sömnmedel (bensodiazepiner) finns deras sedan länge kända skadeverkningar – och självmordsrisker – beskrivna i exempelvis Breggin, *Brain-Disabling Effects of Benzodiazepines* (1997) [23].

Som tidigare redovisats har de personer som begått självmord 2007, och anmälts enligt Lex Maria, fått i genomsnitt 4 psykiatriska preparat under det gångna året – och de har i många fall fått dessa preparat *samtidigt*.

Men om effekterna som beskrivits ovan är de ”bidrag” psykiatriska preparat kan ha för det efterföljande självmordet – hur har Socialstyrelsen beaktat preparatens effekter i sina utredningar och hur har dessa effekter rapporterats till den myndighet som samlar in läkemedelsbiverkningar, Läkemedelsverket?

---

[21] FASS, Zyprexa, produktresumé, besökt 24 juli 2008, http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NplID=19960927000089&DocTypeID=6

[22] FASS, Cymbalta, produktresumé, besökt 24 juli 2008, http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NplID=20040607005095&DocTypeID=6

[23] Breggin, *Brain-Disabling Effects of Benzodiazepines* (1997), från boken *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*, besökt 24 juli 2008, http://www.benzo.org.uk/breggin.htm

Kapitel 6

Socialstyrelsens agerande och den katastrofala biverkningsrapporteringen

I de utredningar som Socialstyrelsen gjort av de fall som anmälts per Lex Maria, liksom i myndighetens rapporter om självmord anmälda 2006 enligt denna lag,[24] saknas genomgående en sak: Frågan om själva *innehållet* i den psykiatriska behandlingen kunde ha orsakat eller bidragit till det tragiska slutresultatet – självmord.

Det huvudsakliga *innehållet* utgjordes för år 2007 i 86 procent av fallen – av psykofarmaka.

I stället för att ifrågasätta de psykiatriska preparatens roll enas rapporterande psykiatriker och Socialstyrelsen om, som det framgår i utredningsmaterialet, att personerna fick ”adekvat medicinering”.

Socialstyrelsen vet att psykofarmakan kan framkalla självmordsbenägenhet eller ökad självmordsbenägenhet (speciellt i början, vid doshöjning/-sänkning, tillägg av andra preparat eller utsättning). Myndigheten har kunskap om den allvarliga skadeverkningen *akatisi*, som en bakomliggande orsak till självmord och våld mot andra. Man vet att ett utvecklat tillstånd av agitation eller akatisi felaktigt kan hanteras genom *doshöjning* eller insättning av ytterligare psykofarmaka (i tron att symtomen var ett utslag av förvärrad ”psykisk sjukdom”). Man vet att allvarliga fysiska och psykiska tillstånd kan orsakas genom samtidig förskrivning av flera olika psykofarmaka – och som framgått tidigare: Den ”adekvata medicineringen” bland de personer som begick självmord uppgick till i genomsnitt fyra olika psykofarmaka det sista året. Det finns i det till Socialstyrelsen inkomna materialet ett överflöd av bevis på att de skadeverkningar som uppkommer av psykofarmakan ses som ytterligare ”symtom” – och behandlas med ytterligare preparat, med en – som vi sett – ofta dödlig utgång.

Men Socialstyrelsen ställer inte i sina utredningar följande i sammanhanget självklara frågor: Blev patienten grundligt informerad om de skadeverkningar som de antidepressiva medlen, neuroleptikan eller de andra psykiatriska preparaten kan ge, så att han inte trodde att negativa effekter var ”psykiatriska symtom”, och tecken på ”underliggande sjukdom”? Var det så att läkaren och annan personal, speciellt i de inledande skedena vid utskrivning av SSRI-preparat eller neuroleptika aktivt tittade efter tecken på akatisi, agitation och självmordsbenägenhet? Informerades verkligen patienten (och eventuellt anhöriga) om risken att utveckla sådana symtom? Omvärderade läkaren vid fall av akatisi eller agitation bruket av det antidepressiva

[24] Socialstyrelsen, *Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria,* (2007), (om de 153 först utredda fallen http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9671/2007-109-22.htm , och den i Läkartidningen återgivna rapporten från hela 2006, i artikeln *Brister i vården i två av tre självmordsfall,* http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/10495/LKT0842s2944_2946.pdf.

medlet eller neuroleptikan? Blev patienten verkligen informerad om de fenomen som medlen kan orsaka främst vid insättning, dosändring, tillägg av andra preparat och utsättning? Blev patienten utsatt för en abrupt utsättning av det antidepressiva medlet eller neuroleptikan? Kände den behandlande läkaren till de av behandlingen skapade riskerna och tog läkaren dessa på allvar? Höjdes dosen när tillståndet i fråga högst troligt var skapat av behandlingen? Vilka effekter skapade det massiva bruket av många olika psykiatriska preparat *samtidigt*? Varför gjordes inte en långsam utsättning av *alla* psykiatriska preparat i de fall där medicineringen uppenbart inte hade någon positiv effekt?

Själva skälet till att dessa frågor inte ställs, inte är med i utredningsförfarandet, är att gamla myter om antidepressiva medels och neuroleptikas ”självmordsskyddande effekt” och milda biverkningar – direkt hämtade från läkemedelsbolagens falska marknadsföringsmaterial – fortfarande tillåts styra myndighetens agerande centralt. De regionala tillsynsenheterna har av Socialstyrelsen centralt fått en ”utredningsmall” som ska användas vid utredningar av inkomna självmordsrapporter. *Ingenstans* i denna mall (version 23 januari 2007) finns uppgifter om de antidepressiva medlens eller neuroleptikans *suicidskapande effekter* med. Inga frågor av den ovan skisserade typen finns upptagna i mallen.

Det är ett svek mot patienter och deras anhöriga – och det är också ett svek mot de politiker som instiftat den nya lagen i tron att dessa utredningar ska bringa klarhet och ge kunskap om hur man kan förhindra framtida självmord.

En *mycket stor andel* av de personer som tagit livet av sig och där fallen anmälts per Lex Maria har enligt de uppgifter som framkommer i Socialstyrelsens material *fått samtidig behandling med antidepressiva, bensodiazepiner och neuroleptika.* Eftersom en av Socialstyrelsens uppgifter är att se till att vård ges ”enligt vetenskap och beprövad erfarenhet” riktades frågor till berörda myndigheter om vilka vetenskapliga studier som ger stöd för sådan behandling. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) svarade den 6 augusti 2008 (A. Pettersson). Svaret blev att när SBU gjorde en genomgång 2004 så ”saknades studier som undersöker effekten av den kombinationsbehandling du efterfrågar”. Läkemedelsverket (B. Bergman, 21 augusti 2008) kan inte heller ge någon sådan rapport, inte heller från åren efter 2004: ”Vi känner inte till några RCT [randomiserade kliniska studier] med detta upplägg.” Socialstyrelsen ”svarar” – mycket irriterat – på frågan, och berättar att det inte är myndighetens uppgift att leta efter sådana studier.

Man kan alltså konstatera att det inte alls finns något vetenskapligt belägg för att ge den behandling som gavs till en stor mängd av de personer som tog livet av sig 2007 och där fallen anmäldes enligt Lex Maria. När det gäller den ”beprövade erfarenheten” av denna behandling så säger Läkemedelsverket att denna behandling enligt erfarenhet ”är betydligt mindre vanlig” och om den förekommer så ”måste [den] givetvis omprövas fortlöpande och definitivt inte fortsätta slentrianmässigt”. Jag får då konstatera att den bild som framkommer av Socialstyrelsens data är att denna ”behandling” inte alls är ovanlig – tvärtom – åtminstone bland de personer som tagit livet av sig – och att den ofta fortlöper slentrianmässigt.

Man kan alltså säga att *den behandling som personer fått i dessa fall, strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet* – även med Socialstyrelsens mått mätt. Trots det har inte myndigheten slagit ner på det här i ett enda av de fall jag tagit del av.

Biverkningsrapporteringens sammanbrott

I 86 % av de fall av självmord som anmälts enligt Lex Maria för år 2007 fick personerna behandling med psykofarmaka.

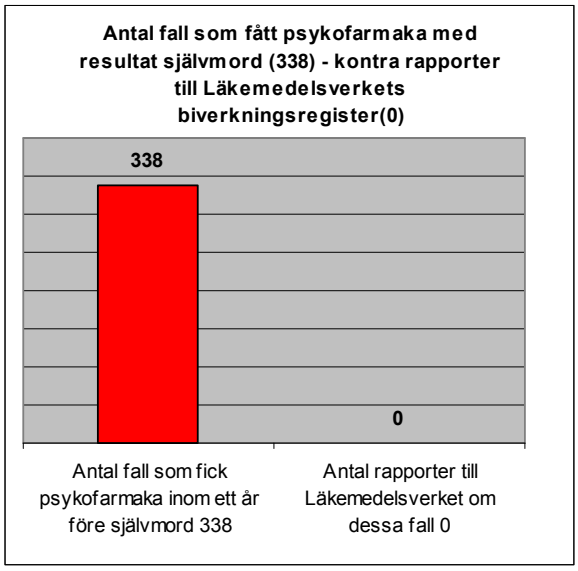
I 0 (noll) % av fallen anmäldes saken som ett biverkningsärende till Läkemedelsverkets biverkningsregister!

Inte i ett enda av dessa självmordsfall ansåg behandlande läkare (de flesta psykiatriker) att de psykiatriska preparaten kunde ha orsakat det tragiska resultatet eller ens varit en misstänkt bidragande faktor i sammanhanget.

Inte en enda biverkningsrapport skickades in om de 338 personer som begick självmord efter att ha fått psykofarmaka!

Det här är om något ett bevis på att systemet för rapportering av biverkningar helt brutit samman. Om inte ens så allvarliga skadeverkningar som självmordsbeteende som lett till ett dödligt resultat anmäls, hur är det då inte ställt med rapporteringen av andra skadeverkningar som patienter utsätts för?

Sjukvårdspersonal har en skyldighet att rapportera misstänkta biverkningar till Läkemedelsverket. Denna skyldighet måste rimligen utsträckas också till de läkare på Socialstyrelsens tillsynsenheter som utreder de till enheten anmälda fallen. Men ingen av dessa läkare har i något fall ansett att den omfattande behandlingen med psykofarmaka kan ha orsakat eller starkt bidragit till den dödliga utgången. Ingen av dem har lämnat någon biverkningsrapport.



Socialstyrelsens ledning har den 15 oktober 2008 bekräftat att man tagit del av informationen ovan om Lex Maria-fallen och den icke existerande rapporteringen av biverkningar. Beslut: ”Det föranleder ingen åtgärd från Socialstyrelsen.”

Slutord

Folkhälsominister Maria Larsson tillkännagav tidigare att alla rapporterade självmord borde bli föremål för en ”haverikommission”. Det var en vällovlig ambition.

Situationen just nu är dock att det är själva *utredningarna* av de anmälda fallen som havererat, och att systemet för biverkningsrapportering, som skulle ge viktig kunskap om olika preparats säkerhetsrisker, är i ett katastrofalt tillstånd.

Med tanke på de resultat som lagts fram i denna rapport går det inte längre att hävda att ”mer” av samma slag är lösningen på problemen. Det är inte ”mer psykiatri” – fler psykiatriska preparat – som är lösningen.

De politiker som överträffar varandra i krav på högre anslag till en psykiatri som bara innebär än mer ”behandling” med psykofarmaka, ska veta att de direkt bidrar till att skada människor och skapa mer av de ”resultat” som här lagts fram.

Att nicka underdånigt till psykiatrisamordnarens order om att människor ska tvångsmedicineras i hemmen med neuroleptika och till kraven på ”undantagslös medicinering” av människor med psykiska problem, leder bara till en ökning av de psykiatriska ”resultat” som beskrivits på föregående sidor.

Det är *Socialstyrelsen* som ska presentera de uppgifter som lagts fram i denna rapport. Varför kräver inte politiker att detta görs? Varför kräver inte politiker att de frågor som ställts i rapporten ställs av Socialstyrelsen?

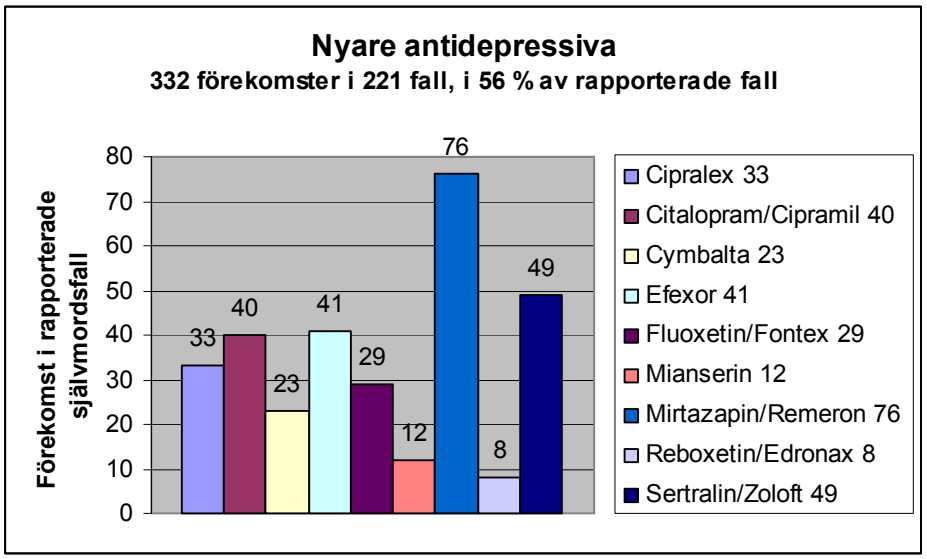
De tjänstemän på Socialstyrelsen som aktivt motverkar att uppgifter om de psykiatriska preparatens destruktiva effekter kommer fram, och som utformat ett ”utredningsmaterial” som bara bygger på formfrågor – där det faktiska vårdinnehållet inte ifrågasätts – måste ges andra arbetsuppgifter, där de inte åstadkommer skada. Uppgiften att utforma ett nytt utredningsmaterial måste ges till dem som kan ta till sig uppenbara fakta: Nästan alla som begick självmord, och som anmäldes enligt Lex Maria, hade fått mängder av psykiatriska preparat som i högre eller lägre grad bidragit till deras död.

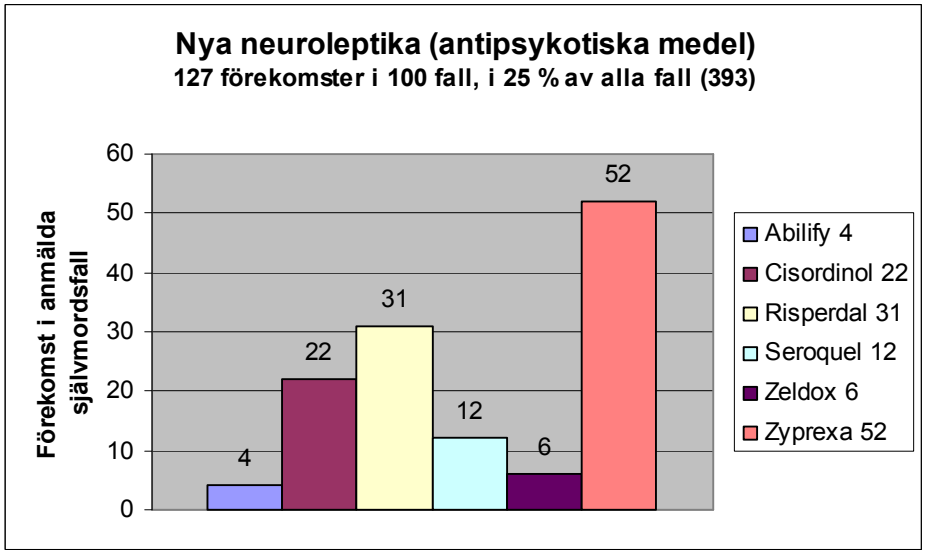
Det nuvarande rapportsystemet för biverkningar måste reformeras från grunden. Det måste för sjukvårdspersonal bli *obligatoriskt* att direkt rapportera alla misstänkta allvarliga biverkningar till biverkningsregistret. Det reformerade systemet får inte ge utrymme för den nu gällande psykiatriska mörkläggningsideologin, där tydliga skadeverkningar av psykiatriska preparat behandlas som ”symtom”, som kräver fler piller. I stället måste alla dessa effekter rapporteras som skadeverkningar.

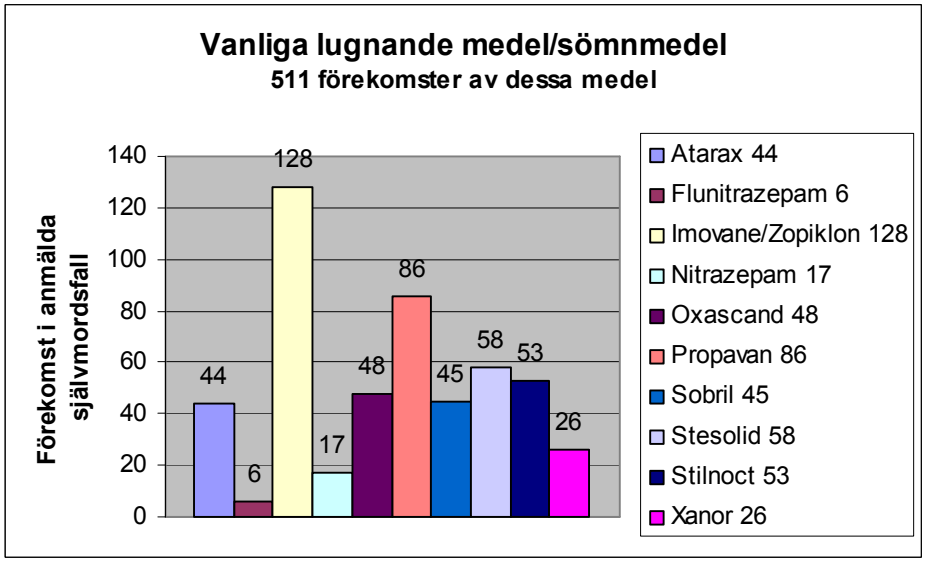
De uppgifter som redovisas i denna rapport måste leda till *grundläggande förändringar* i de sätt på vilka personer med psykiska problem tas om hand.

Bilaga

De fall som anmäldes per Lex Maria för år 2007 hade bland annat fått följande psykiatriska preparat:







För att exemplifiera hur behandlingen för personerna kan se ut följer här ett utdrag från några av de rapporterade självmorden från en tillsynsenhet – en sammanställning över de psykiatriska preparat som några av personerna i det området behandlats med *under året före självmordet*:

Neuroleptika (som Risperdal, Zyprexa, Haldol) **Antidepressiva (som Fontex, Cipralex, Mirtazapin)** **Lugnande medel, sömnmedel (som Imovane, Sobril, Xanor)** **Annan psykofarmaka (som Subutex, Concerta, Heminevrin)**			
Fluoxetin, Propavan, Stesolid,	Citalopram, Theralen, Stilnoct,	Zyprexa, Lithionit, Zopiklon, Propavan, Zoloft, Oxascand,	Propavan, Risperdal Zoloft,
Mirtazapin, Zopiklon,	Xanor, Fontex, Stilnoct, Theralen, Stesolid,	Anafranil, Nozinan, Propavan, Theralen, Stesolid, Fluoxetin, Cymbalta,	Zoloft
Zopiklon, Mianserin	Remeron, Oxascand, Propavan, Efexor	Cymbalta, Zopiklon, Stesolid, Nozinan, ,	Mirtazapin, Atarax, Theralen, Propavan Zyprexa, Cymbalta
Oxascand, Zyprexa, Cymbalta,	Stilnoct, Propavan, Lergigan,	Zyprexa, Zopiklon, Cisordinol,	Zyprexa, Abilify
Citalopram	Mirtazapin	Heminevrin, Stilnoct, Propavan, Mirtazapin	Efexor, Theralen, Propavan, Oxascand, Citalopram, Lyrica
Zyprexa, Citalopram, Sobril,	Efexor, Citalopram, Lithionit, Stilnoct, Lamictal,	Nozinan, Theralen, Hermolepsin, Heminevrin, Sertralin, Carbamazepin, Stilnoct, Oxascand	Fluoxetin
Seroquel, Cipralex, Remeron, Haldol, Cipralex, Zeldox, Oxascand, Mirtazepin,	Lyrica, Sobril, Remeron, Lamotrigin, Zyprexa, Lamictal, Stilnoct, Propavan, Atarax, Klomipramin	Tryptizol, Stesolid, Nitrazepam, Seroquel, Sertralin Propavan, Imovane, Sobril, Antabus, Efexor, Mirtazapin,	Seroquel, Fluoxetin, Risperdal
Zopiklon, Oxascand	Theralen, Zopiklon, Zyprexa, Sobril,	Zopiklon, Atarax, Theralen, Mirtazapin, Sertralin, Ergenyl,	Zopiklon, Cymbalta, Mirtazapin, Propavan, Xanor, Sertralin, Oxascand,