

OVERDIAGNOSTIK OG OVERBEHANDLING I PSYKIATRIEN

Peter C. Gøtzsche

VI BRUGER ALT FOR MANGE PSYKOFARMAKA. Dette skyldes hovedsagelig fire ting. De diagnostiske kriterier er blevet alt for brede og skelner ikke i tilstrækkelig grad mellem raske og syge, som måske kunne have gavn af medicinen. Den kliniske forskning styres i altovervejende grad af medicinalindustrien, hvilket resulterer i overdreven optimisme om, hvad vi kan opnå med vores lægemidler, og utilstrækkelig viden om deres skadevirkninger. Toneangivende psykiatere er ofte på industriens lønningsliste, hvilket kompromitterer deres akademiske integritet og dømmekraft. Bivirkningssymptomer, og abstinenssymptomer ved dosisreduktion eller ophør med medicinen, fejltolkes ofte som sygdomssymptomer, hvorved en behandling, der burde have været stoppet, fortsættes.

Diagnostikkens ulidelige lethed i psykiatrien

Definitionerne på psykiatriske lidelser er vage og nemme at manipulere med (Caplan 1995; Gøtzsche 2015a; Moynihan 2011), og førende psykiatere er derfor i høj risiko for korrupsion. Amerikanske psykiatere modtager flere penge fra lægemiddelproducenterne end læger i noget andet speciale, og psykiaterne bliver også 'uddannet' med industriens gavmildhed oftere end noget andet speciale. Den måde, psykiatriske diagnoser

stilles på, er også infiltreret af medicinalindustrien, hvorfor jeg har kaldt psykiatrien for medicinalindustriens paradys (Gøtzsche 2013).

Korruptionen af den akademiske integritet har alvorlige konsekvenser for patienterne (Gøtzsche 2015a). Generthed levede man med før i tiden eller klarede med alkohol, når man skulle i kontakt med det modsatte køn, men det har nu fået den fine etiket social fobi eller social angstlidelse. Generthed er blevet gjort til en sygdom, som skal behandles med et lægemiddel hver eneste dag. Jeg underkender ikke, at der findes enkelte mennesker, som er invalideret af deres generthed, men når industriens markedsføring og korruptionen sætter ind, bliver det de mange, som skal behandles, på trods af at skadevirkningerne af medicinen overstiger de gavnlige virkninger for langt de fleste. I virkeligheden behandles generthed bedst med psykoterapi.

Den diagnostiske inflation i psykiatrien ser vi overalt. Vi har altid kendt til urolige børn, men mange af dem får nu modediagnosen ADHD og sættes i medicinsk behandling. En canadisk undersøgelse af en million skolebørn viste, at 50% flere af de yngste i en klasse var i medicinsk behandling for ADHD sammenlignet med de ældste (Morrow et al. 2012). Hvis man er rummelig og giver tid til, at børnene udvikler sig, kan man reducere overdiagnostikken og overmedicineringen ganske betydeligt.

Den amerikanske psykiaterforenings bibel

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) er berygtet. Samtlige deltagere i DSM-IV's arbejdsgruppe om 'humørsvingninger' havde økonomiske bindinger til medicinalindustrien, og det er nu så slemt, at Allen Frances, som var formand for DSM-IV, mener, at ansvaret for at definere psykiatriske lidelser skal fratages psykiaterforeningen (Gøtzsche 2015a). Frances har advaret om, at DSM-V, der udkom i 2013, kan udløse flere nye falsk-positive epidemier, og han har påpeget, at allerede DSM-IV skabte tre falske epidemier, fordi de diagnostiske kriterier var for brede: ADHD, autisme og bipolar lidelse hos børn.

Ifølge Frances er nye diagnoser lige så farlige som nye lægemidler, idet de kan medføre, at millioner af mennesker bliver behandlet med medicin, de måske ikke har brug for, og som kan skade dem. Inkompetencen

er så stor, at DSM-IV ikke engang kunne definere, hvad en psykisk lidelse er. Jeg har fremhævet i kursiv nogle af de svage led i definitionen:

Et klinisk betydningsfuldt adfærdsmæssigt eller psykologisk syndrom eller mønster, der forekommer i et individ, og som er forbundet med aktuelt ubehag (fx et smertefuldt symptom) eller handicap (dvs. svækkelse af et eller flere vigtige funktionsområder) eller med en betydeligt øget risiko for lidelse, død, smerte, handicap eller et vigtigt tab af frihed. Desuden skal dette syndrom eller mønster ikke blot være en forventet og kulturelt accepteret reaktion på en bestemt begivenhed, for eksempel død af en elsket person. Uanset dens oprindelige årsag skal det aktuelt betragtes som en manifestation af en adfærdsmæssig, psykologisk eller biologisk dysfunktion i individet. Hverken afvigende adfærd [...] eller konflikter, der primært foregår mellem individ og samfund, er psykiske lidelser, medmindre afvigelsen eller konflikten er symptom på en dysfunktion i individet.

Det er indlysende, at denne definition er yderst elastisk. Der indgår rigtig mange skøn, også med hensyn til graden af de ting, der beskrives, og det medfører en meget stor observatørvariation, når uafhængige psykiatere bliver bedt om at vurdere, om en given person har en psykisk lidelse eller ej (Caplan 1995). Det er ganske umuligt at gøre al denne tvetydighed og subjektivitet operationel, men det burde ikke være svært at foreslå en mere meningsfuld og robust definition. DSM-manualerne er imidlertid konsensusdokumenter, hvilket gør dem uvidenskabelige og arbitrære. Rigtige videnskaber træffer ikke afgørelser om forekomsten og arten af de fænomener, de beskæftiger sig med, via håndsoprækning blandt personer, der er sponsoreret af medicinalindustrien.

De hyppigst benyttede psykofarmaka er antidepressiva, og det spiller en stor rolle for forbruget, at kriterierne for at stille diagnosen depression er udvidet gennem årene. Vi bruger nu så mange antidepressiva, at hver eneste af os kunne være i behandling i seks år af vores liv (Gøtzsche 2015a). Da TV-værten under en paneldebat på DR1 i aftenssendefloden d. 18. april 2013 spurgte os, der deltog, hvordan man kunne nedsætte det store forbrug, og udtrykkeligt gjorde opmærksom på, at vi ikke skulle diskutere, om forbruget var for højt, svarede professor Lars Kessing ikke på

spørgsmålet, men sagde, at forbruget ikke var for stort, fordi forekomsten af depression var steget meget i de sidste 50 år. Det kan man jo ikke udtale sig om, når kriterierne for at stille diagnosen i denne periode er udvidet voldsomt. Antallet af personer med svær depression har ikke ændret sig nævneværdigt, hvilket peger på, at der ikke er blevet flere deprimerede, men bare flere vi *kald*er deprimerede.

I 2010 publicerede *Centers for Disease Control and Prevention* en rapport, der konstaterede, at 9% af voksne amerikanere opfyldte kriterierne for aktuel depression (Gøtzsche 2015a), som var de samme som i DSM-IV, og der skulle ikke meget til. Man var deprimeret, hvis man havde haft ringe interesse for eller glæde ved at gøre ting i mere end halvdelen af dagene i løbet af de seneste to uger plus et yderligere 'symptom', som kunne være mange ting, for eksempel:

- problemer med at falde i søvn
- dårlig appetit eller overspisning
- at være så urolig eller rastløs, at man har bevæget sig meget mere omkring end normalt.

Det er jo ikke hensigtsmæssigt. Ved at bruge alt for løse kriterier stempler man en tiendedel af den voksne amerikanske befolkning som deprimeret på et hvilket som helst tidspunkt. Ringe glæde ved at gøre ting i otte dage ud af fjorten kommer de fleste mennesker ud for, fx hvis kæresten slår op, hvilket også kan give appetitløshed og problemer med at falde i søvn – og vupti, så har man en depressionsdiagnose. Der er også mange mennesker, der overspiser (ellers ville vi ikke have en fedmeepidemi), og folk bevæger sig måske mere omkring end normalt, hvis de er lykkedes med noget, de virkelig ønskede at opnå.

Med en så lemfældig tilgang til diagnosen er det ikke så mærkeligt, at forekomsten af depression er steget dramatisk siden dengang, hvor vi ikke havde antidepressive lægemidler (Healy 2004). Det er også problematisk, at diagnosen ofte stilles ved det allerførste besøg, hvor patienten henvender sig pga. tristhed, stress på arbejdet, ægteskabelige problemer eller så meget andet, som de fleste af os kommer ud for. Man er tilbøjelig til at glemme, at diagnosen er et øjebliksbillede, og at personen måske både før og efter fungerer udmærket. Men har man først fået en diagnose, klæber den til en. Den kan være umulig at komme af med igen, og da den kan

have konsekvenser for ansættelses- og forsikringsforhold, skal man tænke sig godt om, før man stempler nogen med en psykiatrisk diagnose. Min stedfar var skolepsykolog, og hans holdning var, at vi skal lade være med at stille diagnoser på børn. Gid det var så vel i dag.

Den symptombaserede tilgang til diagnosticering

I DSM-III, der udkom i 1980, gik man bort fra det grundlæggende princip om, at man skulle gøre sig umage med at afdække de livsbegivenheder, der havde bragt patienten i vanskeligheder. I stedet for at bruge den fornødne tid til dette – hvilket også er vigtigt for behandlingen, idet alvorlig psykisk lidelse ofte hænger sammen med en traumatisk historie – indførte man en slags tjekliste-automatisme, hvor man fik en diagnose, hvis man opfyldte x kriterier ud af y mulige. Denne 'kryds og bolle psykiatri' giver visse stordriftsfordele, idet man kan bede en sekretær eller personer selv om at udfylde skemaerne. Robert Spitzer, som i sin egen skab af formand for arbejdsgruppen for DSM-III mere end nogen anden var drivkraften i det nye syn på psykiatriske diagnoser, erkender i dag, at det, han stod i spidsen for, har haft temmelig uheldige konsekvenser.

Den afgørende ændring i 1980 var indførelsen af en symptombaseret tilgang til diagnosticering, hvilket er blevet kritiseret for at skabe sygdomme og for at klassificere normale reaktioner på modgang i livet og nedtrykthed som psykisk sygdom, der skal behandles med lægemidler. Kriterierne for depression skelner ikke mellem sygdom og forventede reaktioner på kriser i livet, fx tabet af en elsket person, skilsmisse, alvorlig sygdom eller arbejdsløshed, som ikke længere nævnes som udelukkelses-kriterier, når man stiller diagnosen. Vi oplever alle at miste en nær slægtning, men i DSM-V er sorgen over et sådant dødsfald en depression, hvis den har varet mere end to uger. I DSM-IV var det tidsrum to måneder, og i DSM-III var det et år.

Vi bliver nødt til at vende denne inflation i begreberne og acceptere, at folk er ulykkelige en gang imellem – hvilket er helt normalt – uden at give dem en depressionsdiagnose. Ikke mindst fordi effekten af antidepressiva er tvivlsom og skadevirkningerne betydelige, hvilket jeg kommer tilbage til.

Som nævnt er kriterierne for psykiatriske lidelser endnu løsere i DSM-V end i DSM-IV, men allerede i DSM-IV var de så lemfældige, at der ser ud til at være en psykiatrisk diagnose til os alle (Caplan 1995; Gøtzsche 2015a). WHO har estimeret, at hver fjerde europæer har haft mindst én psykisk lidelse inden for det sidste år (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>). I 2013 op søgte jeg Psych Central, en stor hjemmeside, der er blevet meget rost af neutrale iagttagere og har vundet priser. Den tilbyder mange test, og jeg lavede et lille eksperiment. Vi var otte helt normale og succesrige mennesker, der prøvede testene for depression, ADHD og mani, og ingen af os undgik at få en diagnose. To havde depression, og fire havde bestemt, sandsynligvis eller muligvis ADHD. En af os led af mani, der krævede øjeblikkelig behandling, tre havde moderat til svær mani, og tre havde mildere grader. En journalist fra Danmarks Radio prøvede den officielle voksentest for ADHD på otte af sine kolleger og nåede frem til, at syv af dem havde 'sygdommen'. Testen findes på ADHD-foreningens hjemmeside (<http://adhd.dk/om-adhd/adhd-diagnose-voksne/>) (se figuren), og den er efter min opfattelse temmelig håbløs. To i min familie prøvede den, og begge fik diagnosen. Den ene scorede endda fuldt hus, dvs. hun valgte de grå områder i både A- og B-testen. Succesrige og energiske mennesker, der ikke gider spilde tiden på ligegyldig snak og møder, kan let få denne diagnose. Prøv selv!

Når man kritiserer psykiaterne for disse test, får man ofte at vide, at de kun er en hjælp til at stille diagnosen, og at der skal flere ting til. Imidlertid fortæller mange patienter, at der ikke var nogen opfølgende undersøgelser eller yderligere kriterier, så i praksis bliver der faktisk stillet mange diagnoser på denne lemfældige måde.

Symptom Checkliste for voksen ADHD

Patientens navn Navn	Dato:				
Vær venlig at besvare nedenstående spørgsmål. For hvert spørgsmål sæt kryds i det felt der passer bedst til din situation de sidste 6 måneder. Aflever det udfyldte skema til din læge/behandler i forbindelse med dagens konsultation.	Aldrig	Stædnt	Nogen gange	Ofte	Meget ofte
1. Hvor ofte har du problemer med at få gjort en opgave helt færdig- når først den mere interessante del af arbejdet er overstået?					
2. Hvor ofte har du problemer med at få ting ordnet når du har en opgave der kræver planlægning?					
3. Hvor ofte har du problemer med at huske aftaler eller andre ting, du burde huske?					
4. Hvor ofte undgår eller udsætter du opgaver der kræver megen omtanke?					
5. Hvor ofte sidder du uroligt med arme eller ben, når du skal sidde stille i længere tid?					
6. Hvor ofte føler du dig overdreven aktiv og drevet til at gøre ting- som var du drevet af en motor?					
Afsnit A					
7. Hvor ofte laver du sjuskefejl når du skal gennemføre en kedelig eller vanskelig opgave?					
8. Hvor ofte har du svært ved at bevare opmærksomheden når du har kedeligt eller ensformigt arbejde, der skal gøres?					
9. Hvor ofte har du problemer med at koncentrere dig om hvad folk siger til dig- selv når de taler direkte til dig?					
10. Hvor ofte bliver ting væk for dig hjemme eller på arbejde?					

II. LÆGEVIDENSKABELIGE SYNSPUNKTER PÅ DIAGNOSER

11. Hvor ofte distraheres du af aktiviteter eller støj omkring dig?					
12. Hvor ofte forlader du møder eller andre situationer, hvor du forventes at blive siddende?					
13. Hvor ofte sker det, at du føler dig rastløs eller har svært ved at sidde stille?					
14. Hvor ofte har du svært ved at koble fra og slappe af når du har tid til dig selv?					
15. Hvor ofte har du fornemmelsen af at du taler for meget?					
16. Når du taler med andre: hvor ofte kommer du til at afslutte deres sætninger før de selv gør det?					
17. Hvor ofte har du svært ved at vente på, at det bliver din tur – når dette er påkrævet?					
18. Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af andre ting?					
Afsnit B					

Den meget omtalte diagnosegaranti, som går ud på, at man i det danske sygehusvæsen har krav på at få en diagnose inden for fire uger, har en ganske særlig betydning i psykiatrien. Jeg tolker det på den måde, at hvis man henvender sig med et problem, får man med garanti en diagnose. Faktisk får man ofte mere end én, fordi der er så meget overlapning mellem de løse og arbitrære sygdomsdefinitioner, at man ikke kan nøjes med én. Dette hastværk kan være livsfarligt, hvis diagnosen er forkert. Fx kan diagnosen skizofreni til et barn med Asperger føre til behandling med antipsykotika, der kan udløse skizofrenilignende symptomer, hvorved fejl-diagnosen endda bliver en slags selvopfyldende profeti, der undertiden er dødelig (Christensen 2011).

Screening

I min barndom så jeg en prisbelønnet film med Kjeld Petersen og Dirch Passer, der hed *Vi er allesammen tossede*, og som handlede om en psykiatrisk fejl diagnose. Den sikreste måde at gøre os alle 'tossede' på er at screene for psykiske lidelser. Et berygtet program i USA var TeenScreen, som kom frem til, at hvert femte barn har en psykisk lidelse, hvilket førte til en byge af diskussioner om 'krisen' i børns mentale sundhed (Gøtzsche 2015a). Videnskaben bag screening for depression er af rystende ringe kvalitet. For eksempel havde forskerne i kun 5% af de studier, der vurderede de falsk-positive og falsk-negative resultater af screening, udelukket patienter, der allerede var diagnosticeret med depression (Gøtzsche 2015a).

En Cochrane-oversigt af 12 forsøg med 6.000 deltagere frarådede stærkt screening for depression (Gilbody, House & Sheldon 2005), men Sundhedsstyrelsen anbefaler alligevel screening af forskellige, dårligt definerede "risikogrupper". Testen, der skal anvendes, anbefales af WHO, men den er så elendig, at for hver 100.000 raske personer, der screenes, vil der være 36.000 falsk-positive diagnoser (Gøtzsche 2015a). Mange af disse 36.000 vil få en recept på et antidepressivum. Psykiaterne har allerede skabt forrygende epidemier af falske psykiatriske diagnoser, men når jeg påpeger over for dem, hvor skadelig screening er, lytter de ikke.

Om at lytte til patienterne

Psykiatriske diagnoser stilles ved at tale med patienterne. Det nuværende tjeklistetyranni ligner imidlertid alt for meget den velkendte selskabsleg: Find fem fejl. Lægen danner sig måske lynhurtigt et indtryk af patienten og kan derved komme til at stille ledende spørgsmål, som giver det fornødne antal point, men som kan føre til en fejl diagnose. Det er derfor ikke spor mærkeligt, at når forskellige psykiatere ser de samme patienter, er de ofte rygende uenige om diagnoserne (Caplan 1995).

Patienterne er sædvanligvis helt uforberedte på de ledende spørgsmål og kommer derfor let til at gå i fælden. Men nogle patienter har fundet ud af – efter de har fået en diagnose – at de skal undgå at nævne visse ting over for deres psykiater, når de er indlagt, fordi det uvægerligt fører til yderligere medicinering, som psykiateren i regelen ikke vil være indstillet

på at trappe ud af igen. I en bog, som tidligere statsminister Poul Nyrup Rasmussen i forordet har beskrevet som hjerteskrærende, og som jeg anbefaler alle med en interesse i psykiatri at læse, fortæller en mor, hvordan hendes datters indlæggelser altid gik ud på fejlfinding; ikke på at finde ud af, hvilke styrker hun havde (Christensen 2011). Det var først, da datteren kom på Tvind, at moderen oplevede, at nogen var mere optaget af datterens styrker end af hendes svagheder, hvilket medførte, at hun blomstrede op, mens hun var der. Psykiatrien slog hendes datter ihjel, bl.a. fordi psykiaterne ikke lyttede til hende, når hun bad om at få dosis af den antipsykotiske medicin sat ned pga. bivirkninger, men tværtimod øgede dosis. Det er desværre meget almindeligt, at psykiatere fejltolker bivirkninger ved medicinen som tegn på forværring af sygdommen, og at de ignorerer patienternes indvendinger med argumentet, at patienterne har “manglende sygdomsindsigt”. Denne fejltagelse er særlig udbredt, når patienterne får abstinenssymptomer, hvis de prøver at holde op med medicinen. Disse ophørssymptomer tolkes ofte som tegn på, at sygdommen er vendt tilbage, også selvom patienterne betyder, at symptomerne er nogle, de aldrig har oplevet før (Gøtzsche 2015a; Raven 2012). Nogle psykiatere tolker endda *alle* ophørssymptomer som sygdomssymptomer (Gøtzsche 2015a).

En af de ting, det kan være risikabelt for patienterne at nævne, er, at de hører stemmer. I 1973 publicerede psykiateren Rosenhan en meget berømt artikel i tidsskriftet Science (Rosenhan 1973). Rosenhan og syv andre raske personer mødte op i psykiatriske modtagelser og sagde, at de hørte stemmer. Øvelsen gik ud på at blive udskrevet igen ved at overbevise personalet om, at de var raske. Så snart de var blevet indlagt, ophørte de derfor med at simulere symptomer og opførte sig fuldstændig normalt. Alligevel var de indlagt i 19 dage i gennemsnit (Rosenhan i hele to måneder). De fik ordineret medicin, som de undgik at sluge, og de blev alle udskrevet med diagnosen skizofreni i bedring, selvom deres eneste ‘symptom’ havde været, at de hørte stemmer. I Danmark findes der en forening, der hedder Stemmehørernetværket (www.stemmehoerer.dk), der hjælper folk, der hører stemmer, med at leve et normalt liv med en anderledes tilgang til stemmerne end den gængse sygdomsorienterede forståelse, som psykiatrien tilbyder. Se også nedenfor om åben dialog.

Man kan naturligvis ikke altid regne med, hvad patienterne siger, fordi de kan have vrangforestillinger. Men det går galt, hvis man anlægger

den holdning, at man ikke behøver at tage patienternes klager alvorligt, eller holder op med at lytte til dem. Som nævnt kan den manglende lydhørhed være dødelig, hvilket de mange dødsfald på antipsykotika vidner om.

Denne selvpåførte døvhed blev udstillet, da danske psykiatere gennemførte en undersøgelse, hvor omkring 500 patienter fortalte dem, hvad de mente om deres antidepressive behandling (Kessing et al. 2005). Omkring halvdelen svarede, at behandlingen kunne ændre personligheden; at kroppen kan blive afhængig; og at man har mindre kontrol over sine tanker og følelser. Fire-femtedele mente, at så længe man tager præparatet, ved man i virkeligheden ikke, om det stadig er nødvendigt. Disse oplysninger svarer ganske godt til, hvad andre forskere har fundet (Gøtzsche 2015a), men psykiaterne afviste pure, hvad patienterne havde fortalt dem. De anså det for at være forkert og kaldte patienterne for uvidende. De mente også, at patienterne havde behov for "psykoedukation". Imidlertid havde de pårørende samme opfattelse som patienterne af virkningerne af antidepressiva, men de skulle måske også bare belæres om, at de tog fejl? En ældre britisk undersøgelse var lige så nedslående; 78% af 2003 lægpersoner betragtede antidepressiva som vanedannende, men ifølge psykiaterne skulle patienterne bare informeres om, at afhængighed ikke var noget problem (Raven 2012). Dette står i skærende kontrast til, at WHO i 2003 fastslog, at tre af de nyere antidepressiva (fluoxetin, paroxetin og sertralin) var blandt de 30 højest rangerende lægemidler, for hvilke lægemiddelmisbrug nogensinde havde været rapporteret (Gøtzsche 2015a).

Det er også tankevækkende, at psykiaterne fandt en effekt af fluoxetin på depression hos børn og unge, hvorimod der ikke var nogen effekt, når man spurgte patienterne selv (Spielmanns & Gerwig 2014).

Det er en farlig glidebane, hvis man går ud fra, at patienterne mangler sygdomsindsigt, og at deres egen vurdering ikke tæller, fordi de ikke ved, hvad der er bedst for dem. Det åbner for, at de sundhedsprofessionelle kan bestemme det hele, hvilket kortslutter de gode hensigter om at inddrage patienterne i deres egen behandling, og det øger risikoen for overgreb (Gøtzsche 2015a).

Men psykiaterne har fundet ud af, at hvis de taler mere med patienterne, er der mindre behov for behandling. Det fortalte professor Merete Nordentoft i en TV-debat i *Deadline* på DR2 d. 18. januar 2014, og det

synes jeg, er en rigtig god udvikling. Som Søren Kierkegaard skrev, skal man møde sine medmennesker, hvor de er. Også i psykiatrien. Hvilket er baggrunden for princippet om åben dialog – også for patienter med skizofreni og andre tankeforstyrrelser – som blev udviklet i Finland (Whitaker 2013). Princippet går ud på at begrænse brugen af psykofarmaka, hvilket man bl.a. opnår ved åbne møder, hvor deltagerne deler deres tanker frit med hinanden. Det sprog, der benyttes ved disse møder, er meget forskelligt fra det sprog, terapeuterne normalt bruger, og der lyttes mere til patienternes oplevelser og ideer og til familien. Man kan måske blot undre sig lidt over, at det er noget, psykiaterne ligefrem skal gå hen og opdage. Det burde de vel have vidst hele tiden?

Gør psykofarmaka større gavn end skade?

Vi lever i en godhedskultur, hvor alt for mange alt for gerne vil gøre alt for meget for alt for mange. I denne kultur, hvor patientforeningerne alt for ofte – og ofte støttet af medicinalindustrien – råber op om, at deres medlemmer er underprioriterede, er vi tilbøjelige til at overse, at al professionel indgriben i borgernes liv har skadevirkninger. Det er et paradoks, at de offentlige debatter og reportager i nyhedsmedierne domineres af interventionernes gavnlige virkninger, når det første vi ved om enhver intervention er, at den kan være skadelig. Kunne den ikke være det, kunne den heller ikke have en potentielt gavnlig effekt.

Befolkningen er imidlertid ikke så narre, og den gør sine egne observationer. I en stor undersøgelse fra 1995 mente folk, at antidepressiva, antipsykotika, elektroshock og indlæggelse på en psykiatrisk afdeling oftere var skadelig end gavnlige (Jorm et al. 1997; Raven 2012). De svar var socialpsykiaterne, der havde lavet undersøgelsen, utilfredse med, og igen skulle befolkningen åbenbart bare uddannes til at mene 'det rigtige', hvilket vil sige det samme som psykiaterne.

De sundhedsprofessionelles vigtigste opgave er at finde ud af, om de interventioner, de gerne vil bruge, har gavnlige effekter, og om de gavnlige effekter overstiger de skadelige. Når det drejer sig om lægemidler, har vi imidlertid svigtet denne opgave. Vi har overladt det til medicinalindustrien at gennemføre de afgørende placebokontrollerede forsøg, selvom vi ved, at firmaerne ofte snyder med deres forsøg (Gøtzsche 2013), hvilket

de kan gøre i ro og mag bag lukkede døre, fordi de ikke tillader andre at få adgang til rådata.

Amerikanske retssager har dog åbnet for firmaernes arkiver, i det mindste for ekspertvidnerne på patienternes side, mens diverse retssager er foregået. Det er ikke småting, der er kommet for dagens lys, og det er særligt slemt i psykiatrien (Gøtzsche 2015a; Healy 2004). Uforholdsmæssigt mange af firmaernes kriminelle aktiviteter – fx ulovlig markedsføring af præparater til ikke-godkendte indikationer, bedrageri over for sygesikringen, bestikkelse af læger og embedsmænd af enhver art og af politikere helt op til ministerniveau samt bortskaffelse af bevismateriale – har drejet sig om psykofarmaka (Gøtzsche 2015a). Psykiaterne har i vidt omfang bidraget til ulovlighederne og svindelen, fx ved at anbefale lægemidler til ikke-godkendte indikationer og ved at sætte deres navn på et utal af artikler, de ikke har bidraget meningsfuldt til, men som er skrevet af firmaansatte spøgelsesforfattere eller reklamebureauer, og som er misvisende.

Det er vigtigt at kende til disse dystre kendsgerninger, når vi skal prøve at vurdere, om den måde, vi diagnosticerer og behandler på, gør større gavn end skade. Vi kan jo ikke stole på forskningslitteraturen, som i alt-overvejende grad er frembragt af en industri, som tjener milliarder, ikke kun ved at pynte på resultaterne og hemmeligholde skadevirkningerne af deres medicin, men også ved rutinemæssigt at lyve om dem, både over for lægemiddeldmyndighederne og over for lægerne (Gøtzsche 2015a).

Befolkningen ved godt, at den ikke kan stole på medicinalindustrien. I store meningsmålinger, hvor folk blev bedt om at rangordne en række industrier efter den tillid, de havde til dem, er medicinalindustrien hver gang havnet i bunden sammen med autoværksteder og tobaksindustrien (Gøtzsche 2013). Man kan derfor undre sig over, at patienterne har så stor tillid til de lægemidler, deres læger ordinerer, men det skyldes formentlig en psykologisk fejlslutning. Patienterne overfører den tillid, de har til deres læger, til den medicin, lægerne ordinerer. De gør sig ikke klart, at lægerne ved meget lidt om lægemidler, som ikke er blevet omhyggeligt udvalgt og præpareret for dem af medicinalindustrien. De tænker normalt heller ikke over, at deres læge kan have personlige motiver – fx et vellønnet bijob i firmaet, hvilket flere tusinde danske læger har (Gøtzsche 2013) – til at vælge visse, alt for dyre lægemidler frem for andre eller til at vælge lægemidler i stedet for andre behandlinger. Der er

heller ikke mange, der er klar over, at lægemiddelmyndighederne udsætter os for mange uvirksomme og skadelige lægemidler (Gøtzsche 2013; Gøtzsche 2015a). Kontrollen med vores brug af lægemidler er så ringe, at receptbelagte lægemidler er den tredjehyppigste dødsårsag i den vestlige verden efter hjertekarsygdomme og cancer (Gøtzsche 2013). Faktisk er psykofarmaka alene den tredjehyppigste dødsårsag (Gøtzsche 2015a), og blandt disse er antidepressiva en af de store dræbere (se nedenfor).

Har antidepressiva nogen effekt på depression?

Det lyder som et tåbeligt spørgsmål, men det er faktisk tvivlsomt, om antidepressiva har nogen reel effekt på depression (Gøtzsche 2014a; Gøtzsche 2015a). I runde tal viser de randomiserede forsøg, at omkring 50% af patienterne får det bedre på et antidepressivum og 40% på placebo. Effekten hos de 40% kaldes ofte for en placeboeffekt, men det er det ikke. Mange af patienterne ville have fået det bedre, selvom man ikke havde givet dem nogen som helst behandling, idet de fleste depressioner går over af sig selv efter nogle uger. Når såvel læger som patienter “har erfaring for”, at behandlingen virker, må vi derfor sige, at vi ikke kan bruge den “erfaring” til noget, da vi jo ikke ved, hvordan det ville være gået uden behandling.

Forskellen på 10% betyder, at der kun er én patient, der får gavn af behandlingen, når man behandler ti patienter. Den reelle effekt er imidlertid meget mindre, hvis den overhovedet eksisterer. Forsøgene har nemlig ikke været ordentligt blindet. Antidepressiv medicin har markante bivirkninger, og mange patienter og deres læger vil derfor vide, om det blindede lægemiddel indeholder aktivt stof eller placebo. En systematisk gennemgang af 21 forsøg ved en række forskellige sygdomme, der havde både en blindet og en ikke-blindet observatør, fandt, at behandlingseffekten blev overvurderet med 36% i gennemsnit (målt som odds ratio), når den ikke-blindede observatør vurderede effekten (Hróbjartsson et al. 2012). De fleste forsøg havde anvendt subjektive effektmål, og effekten af antidepressiva vurderes også på meget subjektive skalaer (fx Hamilton-skalaen). Hvis vi antager, at blindingen er brudt for alle patienterne i forsøgene med antidepressiva, og justerer for den overvurdering af effekten, tabet af blinding forårsager, finder vi, at antidepressiva ikke har

nogen effekt (odds ratio 1,02) (Gøtzsche 2015a).

Blindingen brydes sikkert ikke for alle patienterne, men man skal kun fejlklassificere 5% af patienterne med hensyn til, om de har haft effekt eller ej, før den tilsyneladende effekt af antidepressiva forsvinder (idet 50% med effekt på aktivt stof bliver til 45%, og 40% på placebo også bliver til 45%).

For mange år siden blev der gennemført forsøg med tricykliske antidepressiva, der var ordentligt blindet, idet placeboen indeholdt atropin, som giver mundtørhed og andre bivirkninger, der ligner dem, de aktive stoffer fremkalder (Moncrieff, Wessely & Hardy 2004). Disse forsøg kunne ikke påvise nogen reel effekt af antidepressiva. Den effekt, man fandt (standardiseret gennemsnit på 0,17), var så lille, at den svarer til 1,3 på Hamilton-skalaen (der går fra 0 til 52), og den mindste effekt, man kan mærke noget til på denne skala, er på 5-6 (Leucht et al. 2013). Andre meta-analyser, der ikke er betalt af industrien, bekræfter disse negative resultater. Der er formentlig ikke engang nogen reel effekt ved meget svære tilfælde af depression, idet effekten kun svarer til 3,5 på Hamilton-skalaen (Fournier et al. 2010), og det er vel at mærke uden at forskerne har korrigeret for blindingstabet.

Når et lægemiddel har tvivlsom effekt og betydelige bivirkninger, er den bedste metode i virkeligheden at se på, om patienterne fortsætter med behandlingen. Patienterne er de bedste dommere til at afgøre, om en eventuel subjektiv effekt opvejer bivirkningerne, og heller ikke her kan man se nogen gavnlig effekt. Der er nemlig lige så mange patienter, der stopper behandlingen i utide, når de får antidepressiva, som når de får placebo. Efter kun to måneder er halvdelen af patienterne stoppet med at tage medicinen (Gøtzsche 2014a; Gøtzsche 2015a).

Et vigtigt formål med at behandle depression er at undgå selvmord, men det forhindrer præparaterne heller ikke, tværtimod (se næste afsnit). Det er også vigtigt, at behandlingen hjælper patienterne til at klare tilværelsen, fx med at komme tilbage til arbejdet og bevare ægteskabet og andre sociale relationer. Det ved vi ikke noget om, selvom der er lavet tusindvis af forsøg med antidepressiva. Det betyder, at enten har man ikke undersøgt det, eller også har man undersøgt det, men resultaterne har været så nedslående, at industrien ikke har villet publicere dem. Givet stoffernes manglende effekt på depressionen og deres udtalte bivirkninger, er det imidlertid usandsynligt, at de har sådanne effekter.

Det er temmelig skræmmende at læse indlægssedler for lægemidler. Jeg råder altid patienterne til at opsøge dem på internettet, fx ved at Google Cipramil produktresumé. Når de har læst indlægssedlen, ved de i regelen meget mere om lægemidlet, end deres læge gør, hvilket giver dem bedre mulighed for eventuelt at afslå tilbuddet om medicinsk behandling. For antidepressiva er der rigtig mange bivirkninger, der både er hyppige og generende. Langt de fleste patienter vil derfor opleve bivirkninger, og det er tankevækkende, at de tyske lægemiddelmyndigheder i sin tid konkluderede om det første af de nyere antidepressiva, fluoxetin (Fontex eller Prozac), at det var totalt uegnet til behandling af depression (Gøtzsche 2015a). Det lykkedes alligevel for Eli Lilly at få præparatet godkendt i Sverige, efter at Lillys direktør havde bestukket den psykiater, der skulle skrive en rapport om præparatet til den svenske lægemiddelstyrelse (Gøtzsche 2015a), hvilket banede vejen for godkendelse i resten af verden, både for dette præparat og alle de følgende.

En af de hyppigste bivirkninger af antidepressiva er seksuelle problemer. Firmaerne hævder, at de kun ses hos 5% af patienterne, men de ses hos omkring halvdelen af de patienter, som ikke havde nogen problemer, før de begyndte at tage præparatet. Symptomerne omfatter nedsat libido (50% af patienterne på fluoxetin), forsinket orgasme eller ejakulation (50%), ingen orgasme eller ejakulation (39%) og erektil dysfunktion eller nedsat vaginal smøring (22% for begge kombineret) (Gøtzsche 2014a; Gøtzsche 2015a). Det er ubegribeligt, at disse piller i folkemunde har fået betegnelsen lykkepiller. De skulle snarere hedde ulykkepiller eller pillerne, der ødelægger dit sexliv. De ødelægger også mange liv, i bogstaveligste forstand.

Selv mord og mord på antidepressiva

Det er indiskutabelt, at psykofarmaka kan føre til voldelige handlinger (Gøtzsche 2014a; Gøtzsche 2015a; Healy 2004; Lucire & Crotty 2011). En analyse af utilsigtede hændelser indsendt til den amerikanske sundhedsstyrelse (FDA) mellem 2004 og 2009 fandt 1.937 tilfælde af vold, hvoraf 387 var mord (Gøtzsche 2015a). Volden var særligt ofte rapporteret i tilfælde, hvor den voldsudøvende indtog psykofarmaka (antidepressiva, beroligende midler/sovepiller, ADHD-medicin og et rygestopmid-

del, som også påvirker hjernefunktionerne).

Antidepressiva mistænkes for at have en kausal rolle i skoleskyderier, hvor de påfaldende ofte har været involveret, men da man fandt ud af, at en af teenagerne, der deltog i Columbine High School-massakren, havde et antidepressivum i blodet, benægtede den amerikanske psykiaterforening straks, at der kunne være en årsagssammenhæng, og tilføjede, at udiagnosticeret og ubehandlet psykisk sygdom tager hårdt på dem, der lider af det, og på deres pårørende. Det er præcis sådan, medicinalfirmaerne argumenterer, når de kommer i vanskeligheder, selvom alt tyder på, at det er medicinen og ikke depressionen, der er farlig.

Førende psykiatere hævder ofte, at antidepressiva beskytter mod selvmord (Videbech 2014), og utallige artikler har omtalt en sammenhæng mellem forbrug af antidepressiva og selvmord. En af de mest sejlivede myter er den om, at FDA's advarsel mod at bruge antidepressiva til børn og unge, fordi de øger risikoen for selvmord, førte til *flere* selvmord, fordi forbruget af antidepressiva gik ned, efter FDA indførte advarslen. Et sådant studie blev publiceret i BMJ i 2014 (Lu et al. 2014), men som alle de øvrige studier var det så fejlbehæftet, at man intet kunne udlede af det (Gøtzsche 2014b). Forskerne studerede slet ikke deres primære effektmål, selvmordsforsøg, på 'lykkepiller' – som rettelig skal betegnes selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) – men brugte et dårligt surrogatmål, *forgiftning*, med *alle* psykotrope stoffer. Personer, der forsøger at begå selvmord på SSRI, forgifter sædvanligvis ikke sig selv (og kan dårligt nok gøre det med SSRI), og de bruger i stedet voldelige metoder som hængning. Forskerne overser også det faktum, at dosisændringer øger risikoen for selvmord, og at pludseligt ophør med SSRI kan udløse voldsomme abstinenssymptomer, der disponerer for selvmord. Antallet af selvmord og selvmordsforsøg kan derfor stige, hvis patienterne stopper med behandlingen – og dermed også hvis de gør det pga. FDA's advarsel – men dette skyldes abstinenser og ikke, at SSRI beskytter mod selvmord. Påstanden om advarslens skadelige virkning blev totalt tilbagevist med rigtige data om selvmordsforsøg fra fem forskellige databaser (Barber, Miller & Azrael 2014).

Lundbecks direktør, Ulf Wiinberg, hævdede i radioen i 2011, at 'lykkepiller' mindsker antallet af selvmord hos børn og unge, i direkte modstrid med Sundhedsstyrelsens advarsler på indlægssedlerne, også for Lundbecks præparater. Da jeg skrev om dette, svarede Lundbecks forsk-

ningsdirektør, Anders Gersel Pedersen, på en måde, der viser, hvor arrogante firmaerne er, når de udsættes for berettiget kritik. Hans svar starter således:

Vi har med beklagelse læst Peter Gøtzsches åbne brev, som desværre synes præget af en begrænset faglig indsigt i den komplicerede og uhyre vigtige problemstilling om selvmord og selvmordsadfærd associeret med depression hos børn og unge, og en eventuelt forhøjet selvmordsrisiko i forbindelse med behandling af depression med antidepressiv medicin [...] Efter vores opfattelse bør enhver dialog om dette alvorlige emne være fagligt funderet og ikke bare have karakter af overfladisk polemik på et ufuldstændigt grundlag. (<http://videnskab.dk/krop-sundhed/lundbecks-svar-pa-peter-gotzsches-abne-brev-om-antidepressiva-og-selvmoerd>) (Gøtzsche 2015a)

Gode observationelle studier har modbevist myten om, at antidepressiva beskytter mod selvmord, og den mest pålidelige forskning, vi har – de randomiserede forsøg – har vist, at brug af antidepressiva fordobler antallet af selvmordsforsøg (Fergusson et al. 2005). En meta-analyse af 100.000 patienter lavet af FDA viste, at antidepressiva øger selvmordsadfærden til omkring 40-årsalderen (Gøtzsche 2014a; Gøtzsche 2015a), men i virkeligheden er situationen meget værre. Selvmord og selvmordsforsøg er stærkt underrapporteret i forsøgene af mange årsager, hvoraf en meget væsentlig er, at firmaerne snyder i deres forskning (Fergusson et al. 2005; Gøtzsche 2015a; Healy 2004). For eksempel var der kun fem selvmord blandt 52.960 patienter på antidepressiva i FDA's analyse, hvori FDA fem år tidligere beskrev 22 selvmord blandt 22,062 patienter i forsøgene eller altså ca. ti gange så mange (Gøtzsche 2015a). Det er stærkt kritisabelt, og respektløst over for alle dem, der har mistet et barn eller en ægtefælle pga. medicinen, at toppen af dansk psykiatri (Kessing, Nordentoft & Middelboe 2014; Videbech 2014) og Lundbeck benægter, at antidepressiv medicin øger risikoen for selvmord blandt børn og unge.

Antidepressiva er særligt farlige for ældre patienter. Resultater fra en nøje kontrolleret kohorte-undersøgelse, hvor personer over 65 år med depression var deres egne kontroller, viste, at SSRI oftere førte til fald sammenlignet med, hvis depressionen ikke blev behandlet (Coupland et

al. 2011). Disse fald er farlige, fordi en fjerdedel af de patienter, der får en hoftefraktur, dør af det. For hver 28 personer behandlet i et år med et SSRI, var der et ekstra dødsfald, sammenlignet med ingen behandling.

Jeg tvivler på, at SSRI er sikre at bruge i nogen som helst aldersgruppe, og FDA advarede i 2007 om, at de kan forårsage selvmord i alle aldre (Gøtzsche 2015a). De kan også føre til mord i alle aldre (Gøtzsche 2015a; Healy 2004; Lucire & Crotty 2011). Psykiaterne ynder at sige, at det er fordi, medicinen giver folk energi nok til at begå selvmord, men det er ikke årsagen. SSRI øger nemlig også risikoen for selvmord og mord hos raske og hos patienter, der ikke er deprimerede, og vi kender endda virkningsmekanismen, som er udvikling af en ekstrem form for rastløshed, der kaldes akatisi (Gøtzsche 2015a; Healy 2004). Mange af de raske personer, der har taget livet af sig selv eller andre pga. SSRI, tog medicinen for at tjene penge til studierne eller for sjov eller for noget, som slet ikke er indikation for behandling, fx stress, søvnbesvær, mobning eller ægteskabelige problemer (Gøtzsche 2015a; Healy 2004; Lucire & Crotty 2011).

Skrønen om den kemiske ubalance

Psykiatriske diagnoser bliver ofte stillet efter korte førstegangskonsultationer, hvorefter mange patienter får at vide, at de har brug for et lægemiddel resten af deres liv for at rette op på en “kemisk ubalance” i hjernen. Meget ofte får patienterne også at vide, at det svarer til, at en patient med diabetes har behov for insulin. I den ovenfor omtalte danske undersøgelse erklærede 80% sig således enige i sætningen: “Antidepressiva korrigerer de forandringer, der var i min hjerne pga. stress eller problemer” (Kessing et al. 2005).

Når jeg fortæller om disse ting, bliver jeg ofte mødt med vrede reaktioner, både fra psykiatere og praktiserende læger, der efterspørger dokumentationen for mine “påstande”. De vil åbenbart ikke indrømme, hvad de foretager sig. I starten kendte jeg ikke til den danske undersøgelse og støttede mig hovedsagelig til, hvad patienter, behandlere og andre havde fortalt mig, og til internationale hjemmesider, hvor patienterne deler deres erfaringer med hinanden. Mine forklaringer blev taget som udtryk for, at jeg ikke havde dokumentationen i orden, men det havde jeg jo, for jeg havde lyttet til patienterne. Den dokumentation, der findes på inter-

nettet, er meget overbevisende, fordi patienterne gennemgående oplever de samme ting.

Jeg oplever også, at psykiaterne slår afværgende ud med armene og siger, at det med den kemiske ubalance bare er en metafor, som om det kunne være ligegyldigt. Det er det bestemt ikke. Skrønen bruges som et magtmiddel til at overtale patienter, der får det dårligt på medicinen og helst ville holde op, til at fortsætte med lidelserne i håbet om en bedre fremtid. Som professor Poul Videbech sagde for nylig til et møde på Aarhus Universitet, hvor jeg havde argumenteret for, at alt for mange er i antidepressiv behandling: "Hvem ville tage insulin fra en diabetiker?"

Hvis det var sandt, at psykiatriske patienter kan sammenlignes med patienter med diabetes, skulle antallet af mennesker handicappet af psykisk sygdom være gået ned, efter vi introducerede antipsykotika og antidepressiva, men antallet af mennesker med psykiatriske diagnoser og førtidspension er eksploderet (Whitaker 2013). Det er også gået ud over vore børn. På kun 20 år har der været en stigning på 35 gange af børn handicappet af psykisk sygdom i USA, og selvom forældrene undertiden opsøger en diagnose for at opnå sociale ydelser, er det kun en lille del af forklaringen, fordi vi ved fra studier af voksne, at det er medicinen, der på længere sigt handicapper patienterne (Gøtzsche 2015a; Whitaker 2013; Wunderink et al. 2013).

Det er dog vigtigt at bemærke, at vi også herhjemme kender til 'renteneuroser', hvor folk spiller syge for at få en diagnose, så de får medlidenhed og diverse ydelser i form af forhøjet kontanthjælp, uddannelseshjælp, fleksjob, skånejob, førtidspension, handicaptillæg, forsikrings- og erstatningsydelser med mere. Som eksempel kunne uddannelseshjælpen i 2014 stige fra 5.753 kr om måneden til 13.952 kr, hvis man "har en dokumenteret psykisk lidelse, der er diagnosticeret som skizofreni, skizotypisk sindslidelse, vedvarende psykotisk tilstand, korterevarende psykotisk tilstand, skizoaffektiv lidelse, uspecificeret ikke organisk betinget psykose og emotionelt ustabil personlighedsstruktur af borderlinetype". Godhedsindustrien er en villig medspiller og udgør en stor helbredsrisiko på det psykiatriske område. Institutioner, fx børnehaver, kan også lægge pres på forældrene til at acceptere tvivlsomme diagnoser for at opnå ekstra bevillinger, eller lægge pres på psykiaterne om fx at stille diagnosen posttraumatisk stresslidelse. Desværre er der ledende psykiatere, der mener, at det ikke kan skade nogen at få en diagnose. De burde efter min

mening ikke være psykiatere. Det er alt for farligt.

Studier udført af WHO har vist, at patienter med skizofreni klarede sig meget bedre i de dele af verden, hvor psykofarmaka ikke brugtes ret meget, fordi man ikke havde råd til det (Whitaker 2013). De positive resultater er blevet bekræftet i Finland, hvor brugen af lægemidler blev indskrænket så meget, at kun 20% af patienter med skizofreni tog antipsykotika regelmæssigt, og hvor to tredjedele aldrig fik lægemidler (Whitaker 2013).

Der findes næsten ingen lodtrækningsforsøg, hvor man har fulgt patienterne så længe, at man har kunnet se, om medicinen hjælper, når den bruges i årevis. En sådan sjælden undersøgelse blev publiceret i 2013 (Wunderink et al. 2013). Psykotiske patienter, der havde fået det godt efter deres første episode, blev randomiseret til at få dosis sat ned eller stoppet helt, eller til at fortsætte behandlingen uændret gennem to år. Derefter kunne lægerne selv beslutte, hvad de ville gøre. Syv år efter randomiseringen var dosis i fortsættelsesgruppen 64% højere end i reduktionsgruppen, men alligevel var der mange flere i reduktionsgruppen, der havde det godt (21 mod 9), selvom der var flere i reduktionsgruppen, der var holdt helt op med at tage medicin (11 mod 6 patienter).

Skrønen om den kemiske ubalance bliver fortalt om alle psykofarmaka, også om benzodiazepiner, men den er et fantasifoster. Det er aldrig dokumenteret, at nogen af de store psykiatriske sygdomme skyldes en biokemisk defekt, og der er ingen biologisk test, der kan fortælle os, om nogen har en specifik mental lidelse (Gøtzsche 2013). Idéen om, at deprimerede patienter mangler serotonin, er også blevet tilbagevist. Der findes lægemidler, der *sænker* serotonin, som tilsyneladende virker på depression (Gøtzsche 2015a), og mus, der har en genetisk defekt, der medfører total mangel på serotonin, er ikke deprimerede (Angoa-Pérez et al. 2014).

Jeg bruger kun det misvisende udtryk 'kemisk ubalance', fordi psykiaterne gør det. Psykofarmaka fikser ikke en 'kemisk ubalance', de skaber den, hvilket er årsagen til, at det er så svært at stoppe igen. Psykofarmaka er et tveægget sværd, som kan skabe, vedligeholde og forværre de sygdomme, det var meningen, de skulle holde i ave, når de bruges i mere end nogle få uger. De kan sågar skabe endnu værre sygdomme, fx bipolar lidelse hos mange af de børn, der behandles for ADHD (Whitaker 2013), og også hos mange af de børn, der får SSRI (Martin et al. 2004).

Psykiaterne kalder det “bedre” diagnostik, eller de føjer spot til skade ved at sige, at medicinen har demaskeret diagnosen (Whitaker 2013), hvilket jeg har hørt fagets professorer sige.

Bortset fra problemet med den manglende blinding er næsten alle placebokontrollerede forsøg med psykofarmaka designet på en sådan måde, at resultaterne bliver alt for positive. Patienterne er næsten altid i behandling i forvejen, og selvom man anvender en udvaskningsperiode på typisk en uge, før man randomiserer til aktivt stof eller placebo, kommer man til at påføre placebogruppen skadevirkninger pga. abstinenssymptomer, som kan opstå efter den første uge, og som kan være depression eller andre psykiske lidelser (Götzsche 2015a).

Den samme bias gør stort set alle fortsættelsesforsøg (maintenance studies) totalt upålidelige (Götzsche 2015a). Her randomiserer man velbehandlede patienter til at fortsætte med behandlingen eller at stoppe. Det er indlysende, at sådanne forsøg næsten altid vil vise, at det går bedst, når man fortsætter med behandlingen, fordi man påfører patienterne i placebogruppen abstinenssymptomer. Alligevel tager psykiatriens professorer sådanne forsøg til indtægt for, at antidepressiv medicin er meget effektiv til at forebygge udvikling af nye depressioner (Kessing, Nordentoft & Middelboe 2014; Raven 2013), og at man skal fortsætte i årevis. De skriver sågar i videnskabelige artikler, at sygdommene har et mere kronisk forløb i dag end før i tiden. Det er da klart, når man selv har sørget for at fastholde patienterne i behandlingen og i sygerollen!

Det faktum, at psykofarmaka i det lange løb skaber de sygdomme, nogle af dem har en kortvarig effekt på, eller endnu værre sygdomme, er blevet bragt op igen og igen de sidste 30-40 år, men uanset hvor stærke de nye beviser er, har førende psykiatere hver gang fejlet dem ind under gulvtæppet så hurtigt som muligt (Whitaker 2013). Det er for smertefuldt for psykiaterne at acceptere, at efter de fik lagt den uvidenskabelige psykoanalyse bag sig, så skal de nu til at erkende, at den biologiske psykiatri, som på overfladen fik deres speciale til at se lige så videnskabeligt ud som intern medicin, heller ikke holdt, hvad den lovede.

Hjerneskader

Situationen er den, at medicinen holder patienterne fastlåst i patientrollen og ændrer deres personlighed (Gøtzsche 2015a; Healy 2004; Kessing et al. 2005; Whitaker 2013), så de ikke lærer at håndtere livets udfordringer. Desværre er opfattelsen hos de toneangivende psykiatere stik modsat. De siger, at det er vigtigt at tage antipsykotika og antidepressiva, fordi ubehandlet skizofreni (Lægemedelindustriforeningen 2013) og depression (Videbech & Dalsgaard 2014) kan give hjerneskader. Jeg anser dette for at være et lige så ubehageligt eksempel på magtmisbrug, misinformation og overtalelse som skrønen om den kemiske ubalance.

Jeg har læst adskillige af de artikler, psykiaterne henviser til, og de har ikke holdt vand. I artikel efter artikel har man end ikke rejst den tanke, at det kunne være medicinen, der var årsag til hjerneskaden. Det er utroligt i betragtning af, at praktisk taget alle patienterne har været i medicinsk behandling for deres lidelse. For skizofreni har man endda påvist, at medicinen skrumper hjernen på en dosisafhængig måde (Ho et al. 2011). En af vores fremmeste depressionsforskere nævnte i en artikel (Videbech 2014), at forskningen har vist, at langvarig ubehandlet depression kan skade hjernen, og at antidepressiv behandling kan hjælpe hjernen til at regenerere. Han nævnte også, at antidepressiv behandling muligvis kan mindske den fordoblede risiko for demens, som truer personer, der tidligere har haft depression. Han henviste til en meta-analyse (Ownby et al. 2006), som var ganske typisk. Den nævnte ikke noget som helst om tidligere behandling, og der var ikke den mindste overvejelse om, at den øgede risiko for demens kunne skyldes medicinen, selvom studier tyder på, at fx benzodiazepiner øger riskoen for demens (Billioti de Gage et al. 2014).

Jeg har endnu ikke set overbevisende forskning, der har vist, at det er sygdommen, der giver hjerneskader, hvorimod jeg har set overbevisende forskning, der har vist, at medicinen giver hjerneskader. Antipsykotika giver permanente hjerneskader (Whitaker 2013); dyrestudier har vist, at ADHD-medicin giver permanente hjerneskader (Whitaker 2013); og studier og patientrapporter tyder stærkt på, at antidepressiva også kan give permanente hjerneskader (El-Mallakh, Gao & Roberts 2011; Gøtzsche 2015a; Hogana et al. 2014; Shipko 2014).

Samlet set tyder forskningen på, at det er medicinen og ikke sygdommen, der giver hjerneskaderne. Det kan dreje sig om ufrivillige be-

vægelser (fx tardiv dyskinesi og akatisi), varige personlighedsændringer, kognitiv tilbagegang, seksuelle forstyrrelser og følelsesmæssig fladhed, der fortsætter længe efter, man er holdt op med medicinen, og måske aldrig forsvinder. Hash, LSD, alkohol og mange andre hjerneaktive midler kan også føre til permanente hjerneskader og psykoser. Det gør ingen forskel, om stofferne er på recept eller ej, men myndighederne har intet gjort for at forlange dokumentation for de langsigtede skadevirkninger af psyko-farmaka.

Om at holde op med psykofarmaka

Patienterne kan få forfærdelige symptomer, når de forsøger at stoppe med medicinen, både symptomer, der ligner sygdommen, og nogen, de aldrig har oplevet før (Breggin 2013; Gøtzsche 2015a). Det er meget uheldigt, at næsten alle psykiatere og praktiserende læger – og ofte patienterne selv – tager symptomerne som udtryk for, at de stadig har brug for medicinen. Det har de normalt ikke. De er blevet afhængige og har abstinenssymptomer, ligesom vi kender det hos alkoholikere og narkomaner, der også får det dårligt, hvis de pludseligt holder op.

Jeg synes, det er vigtigt at fortælle, hvordan man kan trappe ud af psykofarmaka (Breggin 2013). Det kan kræve en stærk vilje, og mange lykkes aldrig med det, men fortsætter i livslang behandling. Det gør det ikke lettere, at patientens læge som oftest er imod udtrapning eller negligerer problemerne. Jeg har hørt en professor i psykiatri sige, at han ikke havde nogen problemer med udtrapningen. Det kunne måske hænge sammen med, at det er så almindeligt at tolke ophørssymptomer som tilbagefald af sygdommen. Hvis man altid gør det, har man tilsyneladende ingen problemer, fordi man bare sætter de patienter tilbage på fuld dosis, der ikke tåler udtrapningen. Det ligner en tautologi.

Selv når udtrapningen foregår langsomt, har halvdelen af patienterne betydelige abstinenssymptomer (Gøtzsche 2015a). Det siger sig selv, at der ikke er nogen principiel forskel mellem abstinenser på psykoaktive stoffer, der er legale, og stoffer, der er illegale, som fx kokain, amfetamin og heroin. Alligevel har næsten alle de psykiatere, jeg har diskuteret det med, hævdet, at man ikke bliver afhængig af antidepressiva. Denne vildfarelse skyldes, at man ganske opfortunt ændrede definitionen på afhæn-

gighed lige før SSRI'erne kom på markedet, således at det kun var benzodiazepinerne, man blev afhængig af og ikke de nye 'vidundermidler', der skulle afløse dem. Det var ikke andet end et smart markedsføringstrick, som en uheldig alliance af psykiatere og industrien fandt på. Psykiatere mener, at patienterne ikke bliver afhængige på SSRI, fordi de ikke kræver højere og højere doser (Videbech 2014). Med den form for logik er cigaretrygere, der har røget en pakke hver dag i tyve år heller ikke afhængige af nikotin, og i givet fald skulle det ikke være noget problem for folk at holde op med at ryge!

På Det Nordiske Cochrane Center har vi sammenlignet abstinenssymptomerne for benzodiazepiner og SSRI og fandt, at de blev beskrevet i lignende vendinger og var meget ens for 37 af 42 symptomer (Nielsen, Hansen & Gøtzsche 2012). At definere lignende problemer som "afhængighed" for benzodiazepiner og som "ophørssymptomer" for SSRI giver ingen mening, og for patienterne er det ganske det samme. De kan have meget svært ved at stoppe begge slags lægemidler. Dette er ikke en ligegyldig semantisk diskussion. Når lægerne ikke vil vedkende sig, at deres patienter får abstinenser, bruger de jo symptomerne til at overtale patienterne til at fortsætte med medicinen.

Ved udtrapning gælder det om at minimere abstinenserne. Hvis patienterne har været på medicin i årevis, kan aftrapningsperioden vare et helt år, og mange fortæller, at det allersidste skridt, hvor man går fra en meget lille dosis til ingenting, er det værste.

Der er ikke meget, jeg er enig med toneangivende psykiatere om. Men de har ret i, at pludseligt ophør med medicinen kan være farligt. Pludseligt ophør med antidepressiva disponerer både til selvmord og mord, fordi man kan rammes af den ekstreme grad af rastløshed, der kaldes akatisi, og som disponerer til voldelige handlinger. En langsom udtrapning er derfor nødvendig. Det foretages bedst i samarbejde med en fagperson med psykofarmakologisk viden. Ikke nødvendigvis en psykiater eller praktiserende læge, fordi de kan være imod et udtrapningsforsøg. De har lært alt for godt af medicinalindustrien, at de skal give sygdommen skylden for patienternes problemer og ikke medicinen.

Mange patienter møder så stor modstand fra deres læge, at de vælger at klare udtrapningen selv. Der findes adskillige nyttige bøger og hjemmesider. På dansk findes der en om at stoppe med benzodiazepiner, som psykiater Jens Frydenlund har bidraget til, og hvor der også er tips om

pilledeling, der kan bruges for alle slags piller.¹ Der er hjemmesider om psykofarmaka på engelsk, oprettet af almenyttige organisationer² og af psykiater David Healy.³

Hvor lidt psykofarmaka skal vi bruge?

De toneangivende psykiatere fungerer i en pseudoverden præget af fastlåste, fejlagtige forestillinger – både om sygdommens effekter på hjernen og om medicinens gavnlige og skadelige effekter på patienterne – som i stor udstrækning er skabt af industriens velbetalte håndlangere blandt psykiaterne selv. De mange myter, de toneangivende psykiatere har bygget op omkring deres fag og deres medicins fortræffeligheder (Gøtzsche 2014c; Gøtzsche 2014d), har kritiske psykiatere betegnet som et sandlot, der blot venter på at blive fejlet omkuld af den første store tidevandsbølge. De deles heller ikke af patienterne, som er stærkt uenige og generelt siger, at medicinen ikke virker, når de bliver spurgt om deres mening i kliniske forsøg og i opinionsundersøgelser (Gøtzsche 2015a; Kessing et al. 2005; Jorm et al. 1997; Hetrick et al. 2012). Mange patienter, der ved egen hjælp er kommet ud af medicinhelvedet, fortæller, at medicinen har stjålet mange år af deres liv.

De praktiserende læger har et stort medansvar for al denne elendighed. I Australien udskriver de 86% af de antidepressive midler og hyppigst for mild depression (Raven 2012), på trods af at alle er enige om, at de slet ikke virker på mild depression, som heller ikke anbefales som indikation, hverken i Australien eller Danmark.

-
1. Om at stoppe med benzodiazepiner: <http://www.benzoinfo.dk/index.php>
Tips om pilledeling: <http://www.benzoinfo.dk/nedtrapning/pilledeling.php>
 2. Stopping psychiatric drugs:
<http://www.mind.org.uk/information-support/drugs-and-treatments/medication-stopping-or-coming-off/making-the-decision-to-come-off/#.Usvm-nuJkzNo>
Stopping antidepressants:
<http://www.btpinfo.org.uk/withdrawing-from-antidepressants>
 - 3 <http://wp.rxisk.org/wp-content/uploads/2014/03/RxISK-Guide-to-Stopping-Antidepressants.pdf>

Psykiatrien er i dyb krise. Marcia Angell, tidligere chefredaktør for New England Journal of Medicine, udtrykker det på denne måde:

Jeg har brugt det meste af mit professionelle liv på at evaluere kvaliteten af klinisk forskning, og jeg mener, den er særligt ringe i psykiatrien. Industrisponsorerede studier [...] bliver selektivt offentliggjort, er ofte kortvarige, designet til at favorisere lægemidlet og påviser så små gavnlige virkninger, at de formentlig ikke opvejer de langsigtede skader (Angell 2011)

Det, vi først og fremmest skal gøre, er, at begrave DSM-V på psykiatriens kirkegård og starte helt forfra med diagnosesystemet. Ingen med interessekonflikter i relation til medicinalindustrien bør deltage i dette vigtige genopretningsarbejde.

Dernæst skal vi genopfriske kunsten at være tålmodig og se an, uden klæbende diagnoser og uden medicinsk behandling. I en kronik i Politiken, som skabte et vældigt røre (Gøtzsche 2014c), skrev jeg, at psykofarmaka kan være nyttige nogle gange for nogle patienter, især ved korttidsbehandling, i de akutte situationer. Jeg skrev også, at lægerne ikke kan håndtere det paradoks, at lægemidler, der kan være nyttige ved korttidsbehandling, er yderst skadelige, når de bliver brugt i årevis. Jeg sluttede af med at anbefale, at psykiatrien bør gøre alt, hvad den kan, for at behandle så lidt som muligt, i så kort tid som muligt, eller slet ikke, med psykofarmaka.

Det er svært at sige, hvor lidt, det skulle være. Jeg har estimeret, at psykofarmaka dræber 3,700 personer om året i Danmark, alene blandt dem, der er 65 år gamle eller ældre (Gøtzsche 2015a; Gøtzsche 2015b). Det gør psykofarmaka til den tredjehyppigste dødsårsag, efter hjerte-kar-sygdomme og cancer (Gøtzsche 2015a). De gavnlige virkninger skulle være kolossale for at retfærdiggøre dette, men de er ret beskedne. Antidepressiva er de mest benyttede psykofarmaka, selvom de ser ud til at gøre langt større skade end gavn, og det samme kan siges om ADHD-medicin, midler mod demens og benzodiazepiner og lignende stoffer (Gøtzsche 2015a). Halvdelen af patienter med skizofreni er i behandling med to eller flere antipsykotika samtidig (Sundhedsstyrelsen 2006), hvilket ikke hjælper dem, men skader dem. Endvidere kan vi ikke stole på de randomiserede forsøg, som er alt for positive.

Jeg har estimeret, at vores nuværende forbrug af psykofarmaka kunne reduceres med 98%, hvilket endda ville medføre, at befolkningen blev sundere og levede længere (Gøtzsche 2015a; Gøtzsche 2015b). Først og fremmest skulle vi stille langt færre diagnoser. Dernæst kunne vi godt undvære antidepressiva, ADHD-medicin og midler mod demens – og benzodiazepiner og antipsykotika skulle fortrinsvis bruges i akutte situationer.

Psykiaterne og de praktiserende læger skulle tænke på, at andre speciallæger ville være meget tilbageholdende med at tilbyde en langsigtet symptomatisk behandling, der formentlig skader hjernen (Breggin 2013; Gøtzsche 2015a), uden at vide, hvad der ligger bag symptomerne, fx hvis en patient lider af kvalme eller hovedpine.

Førende danske psykiatere forsøgte i foråret 2014 at undgå at tage stilling til de ubehagelige kendsgerninger om deres fag, som jeg beskrev i to kronikker i Politiken (Gøtzsche 2014c; Gøtzsche 2014d), ved at skyde på budbringeren. Jeg vil derfor gøre opmærksom på, at jeg er medlem af flere netværk af kritiske psykiatere, og at jeg inviteres til at holde mange foredrag for psykiatere verden over. Det ville næppe være tilfældet, hvis der ikke var substans i det, jeg siger. Og min artikel om psykiatriens ti myter (Gøtzsche 2014c) er oversat til engelsk, spansk, norsk og finsk og findes på adskillige hjemmesider, inklusive dem der er oprettet af psykiater David Healy og videnskabsjournalist Robert Whitaker, som er to af dem, der ved mest om psykofarmakas virkninger (Healy 2004; Whitaker 2013).

Der er heldigvis en gryende forståelse for, at vi har brug for en revolution af psykiatrien, hvor vi stiller langt færre diagnoser og bruger langt mindre medicin.

Interessekonflikter: Ingen. Det Nordiske Cochrane Center accepterer ikke penge eller andre ydelser fra medicinalindustrien.