

Peter C. Gøtzsche

Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse

People'sPress

Dødelig psykiatri

© Peter C. Gøtzsche og People'sPress, København 2015

© Denne udgave: People'sPress, 2015

Omslag: Stine Trampe

Grafisk tilrettelæggelse: LYMI

ISBN: 987-87-7159-608-3

1. udgave, 1. oplag

Printed in Denmark 2015

Kopiering fra denne bog er kun tilladt i overensstemmelse mellem
Undervisningsministeriet og Copy-Dan.
Enhver anden udnyttelse uden forlagets skriftlige samtykke er forbudt
ifølge gældende lov om ophavsret.
Undtaget herfra er korte uddrag til brug i anmeldelser.

People'sPress
Vester Farimagsgade 41
1606 København V

www.artpeople.dk

Indhold

Forkortelser og forklaringer	9
Taksigelser	9
Om forfatteren	11
1 Indledning	13
Sølvrygge i Storbritannien udstiller psykiatriens organiserede fornægtelse	17
2 Hvad vil det sige at være psykisk syg?	26
Om at være normal på sindssyge steder	30
Dæmonerne angriber dig	33
Lad der blive uorden	33
Psykofarmaka fører til mange forkerte diagnoser	40
Godhedsindustrien	42
Patienter er ikke forbrugere	43
Flere sjove og falske diagnoser	43
3 Depression	48
Screening for depression	48
Antidepressiva virker ikke på depression	52
Andre vigtige skævheder i placebokontrollerede forsøg	58
Fluoxetin, et forfærdeligt lægemiddel, og bestikkelse i Sverige	60
Skadevirkninger af antidepressiva fornægtes eller nedtones	63
FDA beskytter Eli Lilly	65
Massiv underrapportering af selvmord i de randomiserede forsøg	68

FDA's metaanalyse af selvmord i forsøg med 100.000 patienter er dybt utroværdig	71
Et andet beskidt trick: patient-år i stedet for patienter. . .	81
Patienthistorier om selvmord på SSRI	82
Akatisi er den hovedskyldige	95
Lundbeck: Vore lægemidler beskytter børn mod selvmord	97
Totalt vildledende observationsstudier af selvmord	99
Drab forårsaget af antidepressiva	106
Pillerne, der ødelægger dit sexliv	112
Fosterskader	113
GlaxoSmithKlines svindel og løgne	116
Forsøg 329 med paroxetin til børn og unge	119
STAR*D-studiet, svindel over for brugerne af antidepressiva?	121
4 Angst	135
Sovepiller.	138
5 ADHD	140
ADHD hos børn	140
ADHD hos voksne	144
ADHD-medicin.	148
ADHD-medicin til børn	149
ADHD-medicin til voksne	153
Skadevirkninger af ADHD-medicin	154
6 Skizofreni.	159
Menneskelige forsøgskaniner i Amerika	163
Den kemiske lobotomi.	164
Lægemiddelforsøg ved skizofreni.	168
Antipsykotika slår mange ihjel	176
En patienthistorie	178
Pushere af antipsykotika	180
Eli Lillys forbrydelser med olanzapin.	183
Stigmatisering	186
At høre stemmer	187
7 Bipolar lidelse	192
"Stemningsstabiliserende medicin"	195
En ung mands historie	197
8 Demens	200
Vi gør folk demente med psykofarmaka	207

9	Elektrochok	210
10	Psykoterapi og motion	215
	Psykoterapi for angst og depression	217
	Psykoterapi for obsessiv-kompulsiv lidelse	220
	Psykoterapi for skizofreni	221
	Motion	226
11	Hvad sker der i hjernen?	230
	Det er vildledende at kalde psykofarmaka “anti”-noget . .	230
	Genetiske studier og transmitterforskning	235
	Kroniske hjerneskadener	236
	Afhængighed af psykofarmaka	240
	Lægemiddelagenturerne, industriens forlængede arm . . .	243
	Medicinafhængighed fortolkes ofte som tilbagefald af sygdommen	245
	Kemisk ubalance-nonsens	250
12	Udtrapning af psykofarmaka	259
	Den værste lægemiddelepidemi nogensinde	259
	Hvordan kan det gøres?	263
13	Organiseret kriminalitet, korrupsion af personer og videnskaben og andre onder	271
	Lundbecks evergreening af citalopram	278
	Psykiatriens fantasiverden	280
	En dansk heksejagt	282
	En foredragsturné i Australien	288
	Psykiatri er ikke evidensbaseret medicin	292
	Kan vi reformere psykiatrien eller er en revolution nødvendig?	294
14	Dødelig psykiatri og døde ideer	301
	Forbindelsen mellem psykofarmaka og mord	304
	Hvor lidt medicin har vi brug for?	307
	Hvor mange dræbes af psykofarmaka	312
15	Tvangsbehandling og tvangsindlæggelse bør forbydes . . .	319
	Menneskerettigheder i Europa	320
	Tvangsbehandling	321
	Patienternes rettigheder	322
	Mine kommentarer	324
	Tvangsbehandling skal forbydes	329
	De Forenede Nationer forbyder tvangsbehandling og tvangsindlæggelse	339

Kære Luise	342
16 Hvad kan patienterne gøre?	359
17 Hvad kan lægerne gøre?	365
18 Nyttige hjemmesider	371
Indeks	373

Forkortelser og forklaringer

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

APA: Den Amerikanske Psykiaterforening

Bias: skævhed i forskningen, i medicinforsøg sædvanligvis til fordel for forsøgspræparatet

Confounding by indication: De mest syge får behandlingen, der derfor ser skadelig ud

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMA: European Medicines Agency

FDA: Food and Drug Agency (USA)

ICD: International Classification of Diseases

NICE: National Institute for Health and Care Excellence (UK)

NIMH: National Institute of Mental Health (USA)

OCD: Obsessiv-kompulsiv lidelse

SSRI: Selektiv serotoningenoptagshæmmer, et antidepressivum

Taksigelser

Jeg er meget taknemmelig for den inspiration og de gode råd, jeg har fået fra mange patienter og deres pårørende, kolleger, venner, advokater og andre, der har hjulpet mig til at skrive en væsentligt bedre bog, end jeg ville have været i stand til på egen hånd. Jeg nævner her nogle få, som i særlig grad har inspireret mig gennem deres bøger eller på anden måde, eller som har kommenteret afsnit i min bog: Peter Breggin, Paula Caplan, Dorrit Cato Christensen, Jens Frydenlund, Linda Furlini, Jim Gottstein, David Healy, Allan Holmgren, Lisbeth Kortegaard, Joanna Moncrieff, Luke Montagu, Peer Nielsen, Peter Parry, Melissa Raven, John Read, Bertel Rüdinger, Olga Runciman og Robert Whitaker. Mindst fire af disse mennesker har personlige erfaringer med at være psykiatrisk patient.

Om forfatteren

Professor Peter C. Gøtzsche blev cand.scient. i biologi og kemi i 1974 og cand.med. i 1984. Han er speciallæge i intern medicin; arbejdede med kliniske forsøg og registreringsansøgninger i medicinalindustrien 1975-1983 og på københavnske hospitaler 1984-95. Han var med til at grundlægge Cochrane-samarbejdet i 1993 og oprettede Det Nordiske Cochrane Center samme år. Blev professor i Klinisk Forsøgsdesign og Analyse ved Københavns Universitet i 2010.

Peter Gøtzsche har publiceret over 70 artikler i "de fem store" (*BMJ*, *Lancet*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* og *New England Journal of Medicine*), og hans videnskabelige arbejder er citeret over 15.000 gange.

Peter Gøtzsche er interesseret i statistik og forskningsmetodologi. Han er medlem af flere grupper, der publicerer retningslinjer for god rapportering af forskning, og er medforfatter på CONSORT for randomiserede forsøg (www.consort-statement.org), STROBE for observationelle studier (www.strobe-statement.org), PRISMA for systematiske oversigter og metaanalyser (www.prisma-statement.org) og SPIRIT for forsøgsprotokoller (www.spirit-statement.org).

Han var redaktør i Cochrane Methodology Review Group 1997-2014.

Bøger af Peter C. Gøtzsche

Gøtzsche P.C. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People'sPress; 2015.

Gøtzsche P.C. *Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted healthcare*. London: Radcliffe Publishing; 2013. Oversat til adskillige sprog, se www.deadlymedicines.dk.

Gøtzsche P.C. Dødelig medicin og organiseret kriminalitet: Hvordan medicinalindustrien har korrumperet sundhedsvæsenet. København: People's Press; 2013.

Gøtzsche P.C. Mammography screening: truth, lies and controversy. London: Radcliffe Publishing; 2012.

Gøtzsche P.C. Rational diagnosis and treatment: evidence-based clinical decision-making, 4th ed. Chichester: Wiley; 2007.

Wulff H.R., Gøtzsche P.C. Rationel klinik. Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger. 5. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2006.

Gøtzsche P.C. På safari i Kenya. København: Samlerens Forlag; 1985.

Indledning

Psykiatri er ikke et nemt speciale. Det kræver meget tålmodighed og forståelse, og der er mange frustrationer. Jeg er sikker på, at psykiaterne sommetider bliver frustreret over patienter, der fortsætter med at ødelægge deres liv, mens de nægter at tage imod de gode råd, psykiaterne har givet dem om, hvordan de kunne få en bedre tilgang til livets mange problemer.

Denne bog handler imidlertid ikke om psykiaternes problemer. Den handler om, hvorfor psykiatrien ikke har leveret, hvad patienterne ønsker, og hvad konsekvenserne er af at fokusere på at bruge skadelige lægemidler af tvivlsom gavn. De fleste patienter responderer ikke på den medicin, de får, og desværre fører psykiaternes frustrationer over de manglende fremskridt ofte til, at de ordinerer endnu flere lægemidler eller højere doser, der skader patienterne yderligere.

Psykofarmaka er så skadelige, at de dræber over en halv million mennesker hvert år i USA og Europa blandt personer, der er mindst 65 år gamle (se kapitel 14). Det gør psykofarmaka til den tredje-hyppigste dødsårsag efter hjertesygdomme og cancer.

Jeg tror ikke, der er noget, psykiatriske patienter frygter mere end tvangsbehandling, og det er en vigtig årsag til, at en tæt kontakt til det psykiatriske behandlingssystem øger selvmordene markant (se kapitel 15). Jeg vil forklare, hvorfor tvangsbehandling er uetisk og bør forbydes, og vil også påvise, at en psykiatri uden tvang er mulig.

Mange psykofarmaka øger ikke blot den samlede dødelighed, men også risikoen for selvmord og drab, hvorimod intet lægemiddelagentur nogetsteds har godkendt et lægemiddel som værende effektivt til at forebygge selvmord. Lithium er dog en undtagelse, da det muligvis kan reducere selvmord (se kapitel 7).

Den udbredte overdiagnostik og overbehandling er en anden ting, jeg vil tage op. Der er kolossal overdiagnostik af psykiske lidelser, og når man får en psykiatrisk diagnose, bliver alt, man siger eller gør, mistænkeliggjort, for nu er man under observation, hvilket betyder, at den oprindelige, måske foreløbige diagnose alt for let bliver en selvopfyldende profeti (se kapitel 2).

Jeg mener, vi kan reducere vort nuværende forbrug af psyko-farmaka med 98 % og samtidig forbedre folks mentale sundhed og overlevelse (se kapitel 14). Den væsentligste årsag til den aktuelle lægemiddelkatastrofe er, at førende psykiatere har tilladt medicinal-industrien at korrumpere deres akademiske disciplin og dem selv.

Jeg har først og fremmest skrevet denne bog til patienterne, især dem, der desperat har ønsket at komme af med deres medicin, men er blevet mødt med fjendtlige og arrogante reaktioner fra deres læger, og jeg vil forklare, hvordan man kan trappe ud af medicinen på en sikker måde (kapitel 12).

Jeg har også skrevet bogen for unge psykiatere under uddannelse i håbet om, at den kunne inspirere dem til at revolutionere deres speciale, hvilket der er hårdt brug for. Et tegn på, at psykiatrien er i dyb krise, er, at mere end halvdelen af patienterne mener, at deres psykiske lidelse skyldes en kemisk ubalance i hjernen. De har denne misforståelse fra deres læger, hvilket betyder, at mere end halvdelen af psykiaterne lyver for deres patienter. Jeg kender intet andet speciale, hvis udøvere lyver for deres patienter. Psykiaterne lyver også over for sig selv og over for offentligheden, og jeg skal give mange eksempler på, at officielle erklæringer overdriver de gavnlige virkninger af psykiatriske behandlinger 5-10 gange og undervurderer skadevirkningerne tilsvarende meget.

Dem i toppen af hierarkiet kalder jeg sølvrygge, da de næsten altid er mænd og opfører sig som sølvrygge i junglen og holder andre væk fra den absolutte magt, hvilket i naturen indebærer belønninger i form af let adgang til hunner, i psykiatrien i form af penge og berømmelse. Disse sølvrygge lider af kollektiv, organiseret fornægtelse. De nægter at se de skader, de forvolder, selv når beviserne er overvældende. Endvidere har de forenet sig omkring en række myter og misforståelser, som de hårdnakket forsvare, men som er meget skadelige for patienterne. Nogle af de værste, som jeg skal aflive i denne bog, er:

- Psykiatriske diagnoser er pålidelige.
- Det mindsker stigmatiseringen at give folk en biologisk eller genetisk forklaring på deres mentale lidelse.
- Brugen af psykofarmaka afspejler antallet af personer med psykiske lidelser.
- Mennesker med psykiske lidelser har en kemisk ubalance i hjernen, og psykiatere kan ordne denne ubalance med medicin, ligesom endokrinologer bruger insulin for diabetes.
- Langtidsbehandling med psykofarmaka er godt, fordi det forebygger tilbagefald af sygdommen.
- Behandling med antidepressiva fører ikke til afhængighed.
- Behandling af børn og unge med antidepressiva beskytter mod selvmord.
- Depression, ADHD og skizofreni fører til hjerneskader.
- Medicin kan forhindre hjerneskader.

Jeg skal også forklare, hvordan jeg er kommet til den konklusion, at psykiatrisk forskning overvejende er pseudovidenskab, og hvorfor pålidelig forskning konsekvent fortæller os en ganske anden historie end det eventyr, førende psykiatere vil have os til at tro på.

Jeg er specialist i intern medicin og fattede interesse for psykiatrien i 2007, da Margrethe Nielsen fra Forbrugerrådet henvendte sig med en ide til sin ph.d.-afhandling: "Hvorfor gentager historien sig? En undersøgelse af benzodiazepiner og antidepressiva (SSRI)".

Hendes studier viste, at historien i høj grad har gentaget sig. Vi har begået de samme fejl med SSRI-præparaterne, som vi begik med benzodiazepinerne og før dem med barbituraterne. Vi har skabt en enorm lægemiddelepide mi med lige så mange misbrugere af SSRI som dem, vi har på benzodiazepiner (se kapitel 12).

Margrethes resultater blev ikke hilst velkommen af to af hendes bedømmere, som havde interesser, de skulle forsvare. Den ene, Steffen Thirstrup, var chef for Lægemiddelstyrelsens godkendelsesafdeling, den anden, John Sahl Andersen, var praktiserende læge. Vore lægemiddelstyrelser har i høj grad bidraget til den nuværende elendighed, og de fleste skadevirkninger af psykofarmaka forårsages af de praktiserende læger, der ordinerer omkring 90 % af medicinen.

De forkastede hendes afhandling uden god grund, men efter at have appelleret til universitetet forsvarede hun den med succes.¹ Hvis psykiateren David Healy ikke havde været den tredje bedømmer,

havde hun nok ikke fået sin ph.d., hvilket ville have været groft uretfærdigt, idet hendes forskning er sund, og hendes ph.d. er betydeligt bedre end mange ph.d.er, jeg har set.

Uvelkomne fakta undertrykkes hele tiden, og jeg skal give talrige eksempler på “tvivlsindustriens” arbejde, hvor folk uophørligt publicerer forskningsartikler behæftet med alvorlige fejl som støtte til deres uholdbare ideer.

Efter at have studeret videnskaben omhyggeligt er nogle mennesker, jeg har mødt, og nogle organisationer kommet frem til den konklusion, at den måde, vi i øjeblikket bruger psykofarmaka på og praktiserer psykiatri på, forårsager mere skade end gavn. Offentligheden er enig og mener, at antidepressiva, antipsykotika, elektrochok og indlæggelse på en psykiatrisk afdeling oftere er skadelig end gavnlig (se kapitel 13). Jeg er ikke i tvivl om, at de har ret, og de dobbeltblinde, placebokontrollerede randomiserede forsøg – som ikke er så blinde, som de skulle være – har temmelig konsekvent vist, at det er psykiaterne, der mener, at deres lægemidler er effektive, ikke patienterne (se kapitel 3).

Forskere, der ikke er effektivt blindede, kan se det stik modsatte af, hvad der rent faktisk er sandt, når de medicinere patienter. De ser, hvad de ønsker at se, hvilket er det, der er bekvemt for dem og deres fag, ikke hvad der i virkeligheden sker (se kapitel 3 og 6).

Cochrane-oversigter har påvist, at det er tvivlsomt, om antidepressiva er effektive ved depression (se kapitel 3), og om antipsykotika er effektive ved skizofreni (se kapitel 6). Nogle lægemidler kan være nyttige nogle gange for nogle patienter, især i den akutte fase, hvor en patient kan være så plaget af panik eller vrangforestillinger, at det kan være nyttigt at dæmpe følelserne med noget beroligende. Men medmindre lægerne bliver meget bedre til at bruge psykofarmaka – hvilket vil sige at bruge dem meget lidt, i lave doser og altid med en plan for udtrapning – så ville vore borgere være langt bedre stillet, hvis vi fjernede alle psykofarmaka fra markedet.

Nogle vil se det som en provokerende udtalelse, men det er det ikke. Den er baseret på solid videnskab, hvilket jeg skal dokumentere. Jeg er vant til at blive kaldt provokerende eller kontroversiel, hvilket jeg har lært at forstå blot betyder, at jeg fortæller sandheden. I sundhedsvæsenet er sandheden sjældent velkommen, idet

så mange mennesker har så mange forkerte ideer at forsvare. Psykiatriens sølvrygge har skabt deres egen fantasiverden, som ikke er evidensbaseret medicin, og som er fuld af skadelig polyfarmaci (behandling med flere lægemidler samtidig) (se kapitel 13).

Sølvrygge i Storbritannien udstiller psykiatriens organiserede fornægtelse

Psykiatriens kritikere bliver ofte udsat for *ad hominem*-angreb fra det psykiatriske etablissement eller videnskabelige argumenter uden substans. Det skete for mig, efter at jeg havde holdt hovedtalen i 2014 ved åbningen af Council for Evidence-based Psychiatry i Overhuset under ledelse af jarlen af Sandwich. Mødets titel var: "Hvorfor brugen af psykofarmaka måske gør mere skade end gavn". De andre talere, psykiater Joanna Moncrieff og antropolog James Davies, holdt lignende foredrag og har skrevet kritiske bøger om psykiatrisk praksis.²⁻⁵

Tre måneder senere blev jeg angrebet af psykiater David Nutt og fire mandlige kolleger (DN) i det første nummer af et nyt tidsskrift, *Lancet Psychiatry*.⁶ Deres artikel er kun to sider lang, men den er så typisk for sølvryggenes rygmarvsreaktioner, når de bliver kritiseret, at jeg skal beskrive den i detaljer.

Anti-aling

DN lagde ud med at sige, at "Psykiatrien er vant til at blive angrebet af eksterne parter med anti-diagnostiske og anti-behandlingsmæssige dagsordener". Sølvryggene siger ofte, at de, der kommer fra en anden stamme ("eksterne parter"), ikke har lov til at kritisere dem. Denne arrogante holdning har uheldige konsekvenser, fordi mange psykiatere indtager samme holdning over for deres patienter, at de ikke behøver at lytte til dem eller tage deres kritik af den medicin, de tager, alvorligt. Det er også almindeligt, at sølvryggene stigmatiserer dem, der vover at kritisere psykiatrien som værende anti-aling, og DN bruger udtrykkene "anti-psykiatri" og "anti-kapitalistisk" forbundet med "ekstreme eller alternative politiske synspunkter".

"Nyt lavpunkt i irrationel polemik"

DN var utilfredse med avisoverskrifter som "Antidepressiva gør mere skade end gavn, siger forskningen", der fremkom i *The Times*

og *The Guardian* efter vores møde, og de kaldte det et “nyt lavpunkt i irrationel polemik”. De fandt det især bekymrende, at jeg – som medstifter af Cochrane-samarbejdet, der er oprettet for at give den bedste evidens for klinikerne – tilsyneladende havde suspenderet min “uddannelse i kritisk analyse til fordel for folkelig polemik”.

Sølvrygge taler normalt med samme stemme som medicinalindustrien, der så gavmildt støtter dem økonomisk (se kapitel 13), og DN er ikke en undtagelse. Vi får at vide, at: “Depression er en alvorlig og tilbagevendende lidelse, som i øjeblikket er den største årsag til invaliditet i Europa og forventes at blive den hyppigste årsag til sygelighed i højindkomstlande i 2030”. Ingen britisk undervisning her, selvom vi på ingen måde kan tælle antallet af personer med depression pålideligt. Kriterierne for diagnosen er vilkårlige og konsensusbaserede, og de er nu så brede, at en stor del af den raske befolkning kan få diagnosen (se kapitel 3). Det er derfor misvisende at sige, at depression er en alvorlig lidelse. De fleste mennesker har milde symptomer på dagligdagens kvaler, der rammer de fleste af os fra tid til anden; meget få er alvorligt deprimerede. Hvad værre er, så skyldes den dramatiske stigning i den depressionsrelaterede sygelighed, som DN taler om, psykiaterne selv. De lægemidler, de bruger, helbreder ikke depressionen, men gør mange selvbegrænsende episoder kroniske (se kapitel 12). Dette er ikke at hjælpe patienterne; det er at tjene psykiatriens og den farmaceutiske industris interesser.

“Imponerende evne til at forebygge tilbagefald af depressionen”

DN hævder, at antidepressiva er blandt de mest effektive lægemidler, der findes, og nævner deres “imponerende evne til at forebygge tilbagefald af depressionen, fordi vi kun skal behandle tre patienter [for at forebygge et tilbagefald]”. Det ser unægteligt imponerende ud, men det er ikke sandt. De forsøg, der har vist disse effekter, hvor halvdelen af patienterne fortsætter med deres antidepressive lægemiddel, efter at de er blevet raske, mens den anden halvdel skifter til placebo, er helt upålidelige (se kapitel 11). Det skyldes, at de, der skiftede til placebo, får en kold tyrker, dvs. abstinenssymptomer, fordi deres hjerne har tilpasset sig den antidepressive medicin, ligesom alkoholikere får problemer, hvis de pludselig stopper med at drikke, og disse symptomer kan ligne depression.

I deres lovprisning af antidepressiva siger DN også, at de har en imponerende effekt på akut depression. Det har de heller ikke. Det er sandsynligt, at de ikke har nogen virkning overhovedet (se kapitel 3).

DN gør opmærksom på, at færre patienter på et antidepressivt stof end på placebo trak sig ud af forsøgene på grund af dårlig effekt, hvilket de tolker som bevis for, at antidepressiva er effektive. Denne fortolkning er ikke i orden. Det er ofte kombinationen af de oplevede gavnlige og skadelige virkninger, der afgør, om en patient forbliver i forsøget. En patient, der er på aktivt stof, har ofte gættet dette på grund af lægemidlets bivirkninger og kunne derfor være mere tilbøjelig til at fortsætte i forsøget, selvom lægemidlet ikke har nogen effekt, især fordi psykiaterne ofte fortæller deres patienter, at det kan tage nogen tid, før effekten viser sig. Omvendt har patienterne på placebo ikke noget incitament til at fortsætte, og flere end i medicingruppen falder derfor fra på grund af manglende effekt.

Det anbefales derfor i lærebøger om forskningsmetoder ikke at fokusere på antallet af patienter, der falder fra på grund af manglende effekt. Det giver kun mening at se på det samlede antal frafald, som også er det mest *relevante* effektmål for behandlinger, der ikke er helbredende, men kun har en effekt på patienternes symptomer.

Patienterne er de bedste dommere til at afgøre, om en oplevet gavnlig effekt af at tage et lægemiddel opvejer dets bivirkninger, og de finder medicinen ret så nytteløs, fordi lige så mange patienter stoppede behandlingen, når de fik antidepressiv medicin, som når de fik placebo i forsøgene.⁷

Øger den akademiske debat selvmordene?

DN nævner, at mange mennesker, som ikke tager antidepressiva, begår selvmord, og siger, at en “generel fordømmelse af antidepressiva fra lobbyister og kolleger risikerer at øge denne andel”. I min bog om mammografiscreening⁸ kaldte jeg dette *du dræber mine patienter*-argumentet. De, der rejser ubehagelige spørgsmål om populære interventioner, anklages for at være skyld i mange menneskers død. Men lad os nu tænke os om. Hvis vi generaliserer dette argument til at blive en generel etisk standard, så kunne forskerne aldrig stille spørgsmålstegn ved noget, man mente reddede liv. Således ville vi sandsynligvis stadig have udført åreladning på vore sygehuse ved

alle mulige sygdomme, selv ved kolera, hvor en sådan behandling er dødelig.

Hvad vigtigere er, er kernen i argumentet forkert. Antidepressiva beskytter ikke folk mod selvmord (se kapitel 3).

DN hævder, at de fleste af dem, der begår selvmord, er deprimerede, men de underliggende data tillader ikke en sådan konklusion.⁹ En ofte citeret undersøgelse viste, at de fleste selvmord er relateret til en depressionsdiagnose, men kun 26 % af befolkningen havde en kendt depression, før de tog deres eget liv. Alle de andre fik en post mortem-diagnose baseret på såkaldt psykologisk obduktion, og det er selvindlysende, at det at stille psykiatriske diagnoser på afdøde personer er en meget fejlbehæftet proces. De sociale omstændigheder truer gyldigheden af et sådant retrospektivt diagnosemageri. Pårørende søger ofte socialt acceptable forklaringer og kan være uvidende om eller uvillige til at afsløre visse problemer, især dem, der fremkalder skam eller placerer noget af skylden hos dem selv. Derfor er det fristende at skyde skylden på en upersonlig ting som en sygdom, der ikke kan protestere, selvom den måske aldrig har eksisteret. Det er meget populært blandt psykiatere at tro, at de fleste af dem, der begår selvmord, lider af depression, men det er tvivlsomt, om dette er korrekt, og folk kan tage deres eget liv af mange andre årsager end depression.

Det næste argument, DN kommer med for at bevise, at antidepressiva beskytter mod selvmord, er ikke bedre. De hævder, at mere end 70 % ikke tog et antidepressivt middel på dødstidspunktet. Det er klart, at folk, der ikke er deprimerede, ikke har haft nogen grund til at tage et antidepressivt middel inden deres selvmord. Desuden kan antidepressiva forårsage en ekstrem form for rastløshed kaldet akatisi, som disponerer til selvmord,^{10,11} og som kan få patienten til at stoppe med at tage medicinen før selvmordet. Brat ophør med medicinen, fx fordi patienten løb tør for piller, kan også forårsage akatisi og selvmord. Der er således mindst tre gode grunde til, at mennesker, der begår selvmord, måske ikke har taget antidepressiva på dødstidspunktet.

DN's næste argument er heller ikke overbevisende. De siger, at i lande, hvor antidepressiva anvendes korrekt, er selvmordsraten faldet betydeligt. Tja, i lande, hvor biler anvendes korrekt (forårsager få trafikulykker), er fødselsraten faldet betydeligt, men det beviser ikke noget. Videnskabeligt sunde undersøgelser har aldrig været i

stand til at finde en sammenhæng mellem øget brug af antidepressiva og faldende selvmordsrater eller omvendt (se kapitel 3).

“Nogle af de sikreste lægemidler, der nogensinde er lavet”

Overdrivelserne eskaleres i slutningen af DN's artikel. Vi får at vide, at SSRI er nogle af de sikreste lægemidler, der nogensinde er lavet, og at deres bivirkninger sjældent er alvorlige eller livstruende. Kendsgerningerne er, at SSRI dræber en ud af 28 personer over 65 år behandlet i et år; at halvdelen af patienterne får seksuelle bivirkninger; og at halvdelen af patienterne har svært ved at stoppe med at bruge antidepressiva, fordi de bliver afhængige af dem (se kapitel 3). Når sølvrygs-psykiatere kalder SSRI nogle af de sikreste lægemidler, der nogensinde er lavet, mener jeg, det er rimeligt at sige, at det er usikkert for folk, der lider af noget, der kunne behandles med et SSRI, at opsøge en psykiater.

Kritikere “foretrækker anekdoter frem for beviser”

Det er surrealistisk for mig, når DN siger, at: “Mange af de ekstreme eksempler på bivirkninger, som modstanderne af antidepressiva kommer med, er både så sjældne og sommetider så bizarre, at det ikke er berettiget at beskrive dem som et uforklarligt medicinsk symptom”, og når de hævder, at det er “at foretrække anekdoter frem for beviser”, når man giver lægemidlet skylden for “ekstremt usædvanlige eller alvorlige oplevelser”, hvis lægemidlet “i vid udstrækning så uskadeligt ud i de dobbeltblinde kliniske forsøg”. DN gør sig ikke klart, at den vigtigste årsag til, at SSRI synes uskadelige i kliniske forsøg, er, at firmaerne har manipuleret med deres data ekstraordinært meget (se kapitel 3).¹¹⁻¹³

Endvidere forsømmer DN at lytte til deres patienter. At en skadevirkning er “bizar”, kan ikke diskvalificere den. Mange patienter har oplevet de samme meget bizarre skadevirkninger, som er kommet igen, når patienterne blev udsat for det samme lægemiddel igen. Dette er en accepteret metode til klarlæggelse af årsagssammenhænge i klinisk farmakologi, og det kaldes eksponering og re-eksponering. I 2010, ved en af de lejligheder, hvor jeg underviste danske psykiatere, kom jeg ingen vegne med dette argument i en diskussion med en amerikansk psykiater. Han hævdede, at de randomiserede forsøg ikke havde vist en øget risiko for selvmord, men forstod ikke, at det ikke er et videnskabeligt krav, at skadevirkninger skal være

bekræftet i randomiserede forsøg. Han havde måske lyttet for meget til industrien, som bagatelliserer skader af deres medicin ved at påpege, at de ikke er statistisk signifikante, ofte efter at de selv har manipuleret med data for at sikre, at ingen signifikante forskelle vil komme frem i lyset.

DN foreslår, at vi skal ignorere “alvorlige erfaringer med lægemidler”, hvilket de affejer som anekdoter, og de hævder, at disse oplevelser kan være blevet fordrejet på grund af et incitament til at anlægge retssager. Dette er højden af professionel virkelighedsfornægtelse og arrogance. Det er dybt krænkende for de forældre, der har mistet et rask barn, og for de ægtefæller, der har mistet deres partner, som et SSRI drev til selvmord eller drab. Desuden fortæller britiske velgørhedsorganisationer, der hjælper folk med at trappe ud af psykofarmaka, om et alarmerende stort antal mennesker, der lider af invaliderende symptomer, mange år efter de stoppede med antidepressiva.¹⁴

“Fornærmende for faget psykiatri”

I deres afsluttende bemærkninger siger DN, at mine “ekstreme påstande ... er fornærmende for faget psykiatri ... og er et udtryk for stigmatisering og øger stigmatiseringen af psykiske sygdomme og de mennesker, der har dem”. I kapitel 6 forklarer jeg, at det er psykiaterne, der stigmatiserer patienterne, ikke dem, der kritiserer psykiatrien.

DN siger også, at: “Den anti-psykiatriske bevægelse har genoplivet sig selv med den seneste konspirationsteori, at den farmaceutiske industri, i ledtog med psykiatere, smeder rænker for at skabe sygdomme og fremstille lægemidler, der ikke er bedre end placebo. Det antikapitalistiske strøg af denne overbevisning svinger godt sammen med anti-psykiatriens stærke sammenhæng med ekstreme eller alternative politiske synspunkter”.

I mit svar bemærkede jeg, at: “Denne sprogbrug karakteriserer mennesker, der er fattige på argumenter.”¹⁵ Det var temmelig ironisk, at DN beklagede, at kritikere af psykiatrien mener, at medicinalindustrien og psykiaterne skaber sygdomme og bruger lægemidler, der ikke er bedre end placebo, som om dette var en indlysende absurd forestilling. Som jeg skal forklare senere, er det tæt på sandheden. Hvorimod det ikke er sandt, når DN siger, at de, der kritiserer overforbruget af psykofarmaka, er “ekstreme” eller “alternative”.

Da jeg skrev til redaktøren af *Lancet Psychiatry* og bad om lov til at forsvare mit akademiske ry, fortalte redaktøren mig, at artiklen fra Nutt og hans kolleger blev konsulentbedømt og også blev gennemgået af en jurist. Det er svært at forstå, givet de mange fejl i artiklen, de udtalte *ad hominem*-angreb og den hårde britiske injurielov.

Jeg imødegik de værste af DN's misforståelser i mit svar.¹⁵ Jeg bemærkede også, at Nutt og to af hans medforfattere, Guy M. Goodwin og Stephen Lawrie, i alt havde deklareret 22 interessekonflikter i forhold til medicinalfirmaerne, og jeg spekulerede på, om dette forklarede deres afvisning af psykoterapi, selvom det er effektivt og anbefales af det britiske National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Efter at have læst dette skulle man tro, at – med deres egne ord om deres kritikere – disse psykiatere er “ekstreme”, fordi de værner om så mange uholdbare meninger om deres eget fag. Men det er de desværre ikke.

Professor David Nutt er mainstream psykiater og indflydelsesrig. Han var tidligere den britiske lægemiddel-zar (den vigtigste rådgiver for regeringen), indtil han blev fyret for at hævde, at ecstasy ikke er farligere end at ride på en hest, hvilket han kaldte “equasy”, en forkortelse af “Equine Addiction Syndrome” (hestafhængighedssyndrom).¹⁶ Nutt vandt i 2013 John Maddox-prisen for at leve op til videnskabens krav. Dommerne tildelte ham prisen som en anerkendelse af den indflydelse, hans tanker og handlinger havde haft for at skabe en evidensbaseret klassificering af lægemidlerne, og for hans fortsatte mod og engagement i en rationel debat trods modstand og offentlig kritik. Jeg fattes ord.

Professor Guy M. Goodwin er leder af Oxford University's Department of Psychiatry og var formand for British Association for Psychopharmacology i 2002-2004.

Professor Dinesh Bhugra, Institute of Psychiatry, Kings College i London, var tidligere formand for det britiske Royal College of Psychiatry og er i øjeblikket formand for World Psychiatric Association.

Professor Seena Fazel er retsmedicinere ved Oxford University's Department of Psychiatry; han har en interesse i voldelig kriminalitet og selvmord.

Professor Stephen Lawrie er chef for Division of Psychiatry ved University of Edinburgh og er medlem af redaktionskomitéen i *Lancet Psychiatry*.

Disse psykiatere er på toppen i deres erhverv, og alligevel er deres synspunkter i direkte modstrid med videnskaben i deres fag. Det viser, at psykiatrien er i dyb krise, og at dens topfigurer lider af organiseret fornægtelse.

Min præference er at nævne navne, fordi folk bør holdes ansvarlige for deres handlinger og argumenter. Hvis de gør noget prisværdigt, ville de blive skuffet, hvis de var anonyme, men det skal gå begge veje. Hvis jeg skjulte navnene, når folk gjorde noget dadelværdigt eller holdt fast i falske forestillinger, ville jeg være inkonsekvent, og mine læsere ville alligevel forsøge at gætte, hvem de var. Videnskab handler ikke om gætterier, hvilket er en anden grund til, at jeg foretrækker at nævne navne. Men det er rimeligt at påpege, at når jeg sætter navn på en person, som har gjort noget, der ikke er i orden, er der tusindvis af andre, der har gjort det samme.

Referencer

- 1 Nielsen M. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) – sales, withdrawal reactions and how drug regulators reacted to this with benzodiazepines as comparator (PhD thesis). University of Copenhagen; 2013.
- 2 Moncrieff J. The bitterest pills. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013.
- 3 Moncrieff J. The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007.
- 4 Moncrieff J. A straight talking introduction to psychiatric drugs. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009.
- 5 Davies J. Cracked: Why psychiatry is doing more harm than good. London: Icon Books; 2013.
- 6 Nutt DJ, Goodwin GM, Bhugra D, et al. Attacks on antidepressants: signs of deep-seated stigma? *Lancet Psychiatry* 2014;1:103–4.
- 7 Barbui C, Furukawa TA, Cipriani A. Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults: a systematic reexamination of published and unpublished data from randomized trials. *CMAJ* 2008;178:296–305.
- 8 Gøtzsche PC. Mammography screening: truth, lies and controversy. London: Radcliffe Publishing; 2012.
- 9 Raven M. Depression and antidepressants in Australia and beyond: a critical public health analysis (PhD thesis). University of Wollongong, Australia; 2012. <http://ro.uow.edu.au/theses/3686/>.
- 10 Bass A. Side effects – a prosecutor, a whistleblower, and a bestselling antidepressant on trial. Chapel Hill: Algonquin Books; 2008.

- 11 Healy D. Let them eat Prozac. New York: New York University Press; 2004.
- 12 Gøtzsche PC. Dødelig medicin og organiseret kriminalitet: Hvordan medicinalindustrien har korrumpet sundhedsvæsenet. København: People's Press; 2013.
- 13 Virapen J. Side effects: death. College Station: Virtualbookworm.com Publishing; 2010.
- 14 Timimi S, Thomas P, Davies J, et al. Antipsychiatry and the antidepressants debate. *Lancet Psychiatry* 2014;1:174.
- 15 Gøtzsche PC. Why I think antidepressants cause more harm than good. *Lancet Psychiatry* 2014;1:104-6 (available at www.deadlymedicines.dk).
- 16 Hope C. Ecstasy 'no more dangerous than horse riding.' *The Telegraph* 2009 Feb 7.