

Medicinfri psykiatri er veldokumenteret og tvangsmedicinering skal afskaffes

Peter C. Gøtzsche
Professor, dr.med.
Det Nordiske Cochrane Center
Rigshospitalet
København

Jan Ivar Røssberg og kolleger fortsætter med at hævde, at der ikke er evidens for medicinfrie afsnit på de psykiatriske afdelinger (1). Det er der i høj grad, men først skal jeg omtale en fantastisk film af nordmanden Anniken Hoel og Andrew Grant, der havde verdenspremiere i København den 20. marts: "Cause of death: unknown".

Det er en film om Annikens søster, som blev slået ihjel af neuroleptika i en alder af 35 år (jeg bruger ikke gerne betegnelsen antipsykotika, fordi den er misvisende; disse stoffer har ingen specifik virkning på psykose). Der var ingen journalnotater det sidste år, hun levede, men dosis af medicinen blev alligevel øget de sidste seks måneder, så hun til sidst fik fem præparater i høj dosis, inklusive olanzapin. Hendes psykiater benægtede, at man kunne dø pludseligt, når man fik olanzapin, selvom man ifølge psykiater David Healy havde haft denne viden om neuroleptikas farlighed i omkring 50 år.

I Norge har man kendskab til 126 sådanne dødsfald, og en repræsentant for Lægemiddelverket anslog, at det sande tal nok var 2.500! Jeg vil anbefale alle norske psykiatere at se denne rystende film, der afslører, hvor dybt råddenskabene stikker i medicinalfirmaerne. Under debatten efter filmen spurgte en kvinde: "Hvordan kan det være, at I behandler med medicin, der kan være dødelig, når sygdommen ikke er dødelig?" Hun fik ikke noget tilfredsstillende svar fra psykiateren i panelet, som var på både Lundbecks og AstraZenecas lønningsliste, og heller ikke noget svar fra repræsentanten for den danske lægemiddelstyrelse.

Røssberg et al., og også redaktøren for Tidsskriftet, Ketil Slagstad (2), hævder, at neuroleptika reducerer dødeligheden. Slagstad citerer et studie af Tiihonen et al., men det er ganske upålideligt (3). Andre forskere har omtalt de fatale fejl i dette studie, fx var der ikke gjort rede for 64% af dødsfaldene, og dødeligheden hos patienter, som ikke var på medicin, var meget høj og passede ikke med andre finske data (4). Neuroleptika øger naturligvis dødeligheden (3), af mange årsager, fx pludselig hjertedød, vægtøgning med diabetes og hjertekarsygdomme, og selvmord. Selvmordene skyldes bla., at stofferne kan forårsage akatisi (som er en ekstrem form for rastløshed og indre uro, som disponerer for selvmord, vold og mord), og at de kan fratage patienterne alt håb pga. de mange og plagsomme bivirkninger, som gør det svært for dem at tænke, være kreative, have sex eller fungere i det hele taget.

Det passer heller ikke, at det går patienterne bedre på langt sigt, når de får neuroleptika. De udvikler permanente hjerneskader, herunder tardiv dyskinesi, som ofte overses af psykiaterne (3,5), bla. fordi medicinen maskerer denne skadevirkning. Og det går dem klart dårligere, når de medicineres (5). Dette er vist i et randomiseret forsøg (6), og i en sammenligning mellem Lappland og Stockholm (7). Det var førstegangspsykoset, og der var 72 versus 71 patienter. Neuroleptika

blev initialt anvendt hos 33% vs 93% af patienterne; efter fem år hos 17% vs 75%. Efter fem år var 19% vs 62% sygemeldt eller på pension. Så store forskelle mellem sammenlignelige patienter virker overbevisende, selvom det drejer sig om et observationelt studie.

Det er meget misvisende, når Røssberg et al. hævder, at "Hos 20 % av dem som har schizofreni har antipsykotika liten effekt" og at "Hos det store flertallet bidrar medisiner til symptomlette, funksjonsbedring og høyere selvrapportert livskvalitet" (1). Antipsykotika har ingen klinisk betydningsfull effekt utover at sløve folk. Selv om det er utrolig meget bias i de placebo-kontrollerede forsøg (3) (bl.a. får mange patienter i placebogruppen en kald tyrker, fordi man fratager dem den medicin, de behandles med, og forsøgene er ikke ordentlig blindede pga. de udtalte bivirkninger), så var effekten i de seneste placebokontrollerede forsøg i ansøgninger til den amerikanske sundhedsstyrelse (FDA) langt under, hvad der er relevant, fx kun seks point på Positive and Negative Syndrome Scale (8), hvor 15 point er den mindste forskel, der er klinisk relevant (9).

Slagstad hævder, at vi har "begrænset kunnskap om årsaker til psykiske lidelser" (2). Det er vist kun psykiaterne, der har begrænset kundskab. De hævder ofte, at schizofreni er genetisk betinget, og at man kan se sygdommen på en hjernescanning. Virkeligheden er, at den genetiske årsagsforklaring er stort set ikke-eksisterende, når man nærlæser litteraturen; at psykoser ofte udløses af traumer; og at forandringer på scanninger skyldes, at antipsykotika skrumper hjernen på en dosisafhængig måde (3).

Slagstad har ganske ret i, at det er et spørgsmål om autonomi, og at patienter, der har et ønske om ikke at få medicin, skal respekteres, "Alternativet, at legen bestemmer, er ikke en farbar vei" (2). Nej, det er det bestemt ikke. Psykiatri er det eneste lægelige speciale, hvor lægerne har ret til at give patienterne medicin mod deres vilje, som kan slå dem ihjel. Det har vi pligt til at forbyde i henhold til FN's handicapkonvention, som Norge har ratificeret (10). Alle patienter, jeg har spurgt, har sagt, at de foretrækker et benzodiazepin fremfor et neuroleptikum, hvis de skulle få en ny psykose, og et Cochrane review har ovenikøbet vist bedst effekt af benzodiazepiner (11).

Da klorpromazin kom frem, var man ganske klar over, at det var en slags kemisk lobotomi, fordi det hæmmer transmissionen af nerveimpulserne til frontallapperne og dermed fratager os det, der gør os til mennesker. Men det "glemte" psykiaterne hurtigt. Jeg ville ønske, at de psykiatere, der tvinger deres patienter til at indtage neuroleptika, smagte deres egen medicin i nogle år, helst i høj dosis. Så ville de givetvis ændre holdning til medicinen; de ville få et meget bedre forhold til deres patienter; og de ville slå færre ihjel og forkrøble færre.

Interessekonflikter: ingen.

1 Røssberg JI, Andreassen OA, Ilmarinen SO. Medisinfrie sykehusposter - et kunnskapsløst tiltak. Tidsskriftet 17. marts 2017.

2 Slagstad K. Psykiatriens indre konflikter eksponert. Tidsskriftet 2017;137:421.

3 Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.

4 De Hert M, Correll CU, Cohen D. Do antipsychotic medications reduce or increase mortality in schizophrenia? A critical appraisal of the FIN-11 study. *Schizophr Res* 2010;117:68-74.

5 Whitaker R. *Anatomy of an Epidemic*. New York: Broadway Paperbacks; 2010.

6 Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70:913-20.

7 Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 2006;16(2):214-28.

8 Khin NA, Chen YF, Yang Y, et al. Exploratory analyses of efficacy data from schizophrenia trials in support of new drug applications submitted to the US Food and Drug Administration. *J Clin Psychiatry* 2012;73:856-64.

9 Leucht S, Kane JM, Etschel E, et al. Linking the PANSS, BPRS, and CGI: clinical implications. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2318-25.

10 Gøtzsche PC, Lund K. Tvangsmedisinering må forbys. *Kritisk Juss* 2016;2:118-157.

11 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.