**”Gør psykiatrien rask”: analyse af pamflet fra Dansk Psykiatrisk Selskab**

Af Peter C Gøtzsche

4. november 2021

Denne artikel blev først publiceret på Mad in America: [“Make Psychiatry Healthy”: Analysis of a Leaflet From the Danish Psychiatric Association](https://www.madinamerica.com/2021/11/make-psychiatry-healthy-analysis-leaflet/).

På Dansk Psykiatrisk Selskabs hjemmesideligger der en pamflet fra 2020 på 21 sider med titlen ”Gør psykiatrien rask.”1 Da jeg også synes, at psykiatrien er syg, nærstuderede jeg pamfletten. Jeg kom frem til, at psykiaternes forslag ville gøre psykiatrien endnu sygere end den allerede er.

”Gennem de sidste 10 års tid har et særligt fokus på ikke-psykotiske sindslidelser som stress, angst og depression resulteret i en markant stigning i antallet af psykiatriske patienter. Det kan være alvorlige sygdomme, men desværre er økonomien ikke fulgt med udviklingen … Fra 2009 - 2017 er antallet af patienter i psykiatrisk behandling steget fra 110.000 til 151.000 patienter.”

Der står ikke noget om overdiagnostik, selvom det spiller en afgørende rolle for det stigende antal personer, der får en psykiatrisk diagnose. Kriterierne for at stille en diagnose er så brede, at mange raske, formentlig langt de fleste, ville kunne få en diagnose, hvis de blev undersøgt for nogle af de mange diagnoser, psykiatrien opererer med.2 Det er, hvad jeg er kommet frem til, når jeg har bedt kursusdeltagerne om at afprøve bare tre forskellige diagnostiske test på sig selv.

”Skizofreni, bipolare lidelser og misbrugsrelaterede psykoser river i bogstaveligste forstand sindet i stykker og fratager mennesker evnen til at være sammen med andre og til at klare sig selv. Alligevel overlades alt for mange svært psykisk syge til sig selv i et udsultet psykiatrisk system med for få ressourcer til de for mange patienter. De lever markant kortere end gennemsnittet … Nogle er til fare for andre. Flere er til fare for sig selv. Det kan man blandt andet se i det høje antal af selvmord og i antallet af retspsykiatriske patienter, dvs. psykisk syge dømt til behandling, der er tredoblet i perioden 2001 til 2014.”

Der står ikke noget om, at en hovedårsag til, at de svært syge patienter lever markant kortere end andre, skyldes den behandling, psykiaterne giver dem, ofte mod deres vilje. Desuden fratager psykiaterne ofte patienterne håbet om at blive raske, fx når de siger, at den medicinske behandling skal være livslang. Det høje antal selvmord skyldes blandt andet, at depressionspiller fordobler risikoen for selvmord, både hos børn og voksne.2-4

Danske psykiatere har selv påvist, i et registerstudie af 2.429 selvmord, at psykiatrisk hospitalskontakt øger risikoen for selvmord for psykiatriske patienter 44 gange.5 Naturligvis vil man forvente, at patienter indlagt på hospital vil være mere selvmordstruede end andre, men resultaterne var robuste, og de fleste potentielle fejlkilder i undersøgelsen støttede faktisk hypotesen om, at hospitalskontakt er skadelig. En lederartikel bemærkede, at der ikke er meget tvivl om, at selvmord er forbundet med både stigmatisering og traumer, og at det er meget plausibelt, at stigmatisering og traumer i forbindelse med psykiatrisk behandling – især hvis den er ufrivillig – kan forårsage selvmord.6 Lederskribenterne mente, at en del af de mennesker, der begår selvmord under eller efter en hospitalsindlæggelse, gør det på grund af de forhold, der gør sig gældende under indlæggelsen.

Tredoblingen af retspsykiatriske patienter kunne skyldes, at alt for mange får en behandlingsdom, hvilket har været voldsomt kritiseret i den offentlige debat, men det skriver psykiaterne heller ikke noget om.

Psykiaterne hævder, at ”74 procent af de retspsykiatriske patienter har modtaget utilstrækkelig psykiatrisk behandling i tiden op til, de begik kriminalitet. En del af kriminaliteten, som rammer helt uskyldige mennesker, kunne således være undgået med en bedre behandling.”

Disse konklusioner bygger på forkerte præmisser, og de er ikke valide. I den nuværende psykiatri betyder utilstrækkelig behandling utilstrækkelig medicinsk behandling. Men der er ingen psykofarmaka, der kan forebygge kriminalitet, medmindre man gør patienterne totalt passive ved alt for store doser psykosemedicin, hvilket de kalder at blive til en zombie Det er veldokumenteret, at psykofarmaka øger risikoen for vold.2,7-9 En i psykiaternes øjne ”bedre behandling” vil derfor sandsynligvis øge kriminaliteten.

”[Vi er] som læger tvunget til at udskrive svært syge patienter, som ikke er tilstrækkeligt behandlet, mere end 25.000 gange om året, fordi der kommer nye patienter i modtagelserne. Det kommer bl.a. til udtryk i de tårnhøje genindlæggelsesprocenter, når ’svingdørspatienterne’ kommer igen og igen i håbet om en tilstrækkelig behandling.”

Der er to væsentlige grunde til, at patienterne kommer igen, men dem nævner psykiaterne ikke. Den ene er, at depressionspiller og psykosepiller har så lille en effekt, at den er mindre end den mindste klinisk relevante effekt, hvilket psykiaterne selv har påvist.10-13 Den anden er, at patienterne ofte ikke kan lide medicinen pga. bivirkninger, og hvis de holder pludseligt op eller trapper for hurtigt ud, så kan de få abstinenssymptomer, også kaldet ophørssymptomer, som gør, at de får det endnu værre.2 Disse symptomer ligner ofte psykiatriske lidelser,2 og så er det jo ikke så mærkeligt, at patienterne kommer igen. Det ville føre til langt bedre langtidsresultater og færre svingdørs-patienter, hvis man satsede på psykoterapi og andre psykosociale indsatser i stedet for medicin.

”Diagnosen er tydelig: Psykiatrien er syg. Meget syg. Desværre er en mangelfuld symptombehandling den eneste behandling, psykiatrien har fået de seneste mange år. Det går ikke længere. Psykiatrien har brug for en langsigtet politisk behandlingsplan. En behandlingsplan, der styrker psykiatrien og indsatsen for de mennesker og familier, der rammes af psykisk sygdom. En behandlingsplan, der sikrer en ordentlig og værdig behandling for alle, der har brug for det. En behandlingsplan, der gør psykiatrien rask.”

Jovist, psykiatrien er meget syg, men det er psykiaternes egen skyld, og løsningen er ikke mere af det samme. Det vil kun gøre ondt værre. I alle lande, hvor det har været undersøgt, er der en klar sammenhæng imellem, hvor meget befolkningen behandles med psykofarmaka, og tildelingen af førtidspensioner på grund af psykisk sygdom.14 Medicinen gør det svært for folk at fungere. Hvor svært kan det være? Den mangelfulde symptombehandling, psykiaterne taler om, gælder ikke for psykiatrien, men er netop den type behandling, psykiaterne giver patienterne!

”Antallet af sengepladser i psykiatrien skal øges markant. Svært psykisk syge skal kunne indlægges og forblive indlagt, når deres sygdom kræver det, og genindlæggelsesprocenten på de mest belastede afsnit skal ned. Som flere forsøgsprojekter har vist, vil flere sengepladser og mere personale kunne mindske brugen af tvang og vil reducere brugen af psykofarmaka for den enkelte. Det vil give færre bivirkninger og dermed en mere effektiv behandling på sigt.”

Flere sengepladser kan godt mindske brugen af tvang og medicin, men det er især vigtigt, at der er tilstrækkeligt med sengepladser, som patienterne selv kan administrere. De kan have brug for lidt ro og aflastning i en akut stressperiode, hvilket kan forebygge, at tilstanden udvikler sig til en psykose. En svensk psykiater skrev om dette: ”At blive behandlet menneskeligt er vanskeligt i dagens psykiatri. Hvis du bliver panisk og opsøger en psykiatrisk akutmodtagelse, vil du formentlig få at vide, at du har brug for medicin, og hvis du afviser det og siger, at du bare har brug for hvile for at samle dig selv, kan du blive belært om, at afdelingen ikke er et hotel.”15

”Kapaciteten i den ambulante behandling skal øges markant.”

 Resultatet af dette kommer ganske an på, om det bare bliver mere af det samme, eller en helt anden psykiatri, hvor der lægges vægt på psykoterapi og andre psykosociale indsatser. Det vil næppe blive tilfældet, fordi ambulatorierne styres af psykiatere.

”Ventetiden på botilbud skal markant ned, og kvaliteten skal op. Der kan være over 12 måneders ventetid på et botilbud, hvor svært psykisk syge med behov for daglig støtte og hjælp er overladt til dem selv. Ingen med svær psykisk sygdom må udskrives til gaden.”

Det kan man kun være enig i. Men indsatsen på bostederne skal ændres radikalt. Mange beboere er ude af stand til at fungere, fordi de får alt for meget medicin.

”Behandlingsforløb for psykisk syge skal tage udgangspunkt i den enkelte patients vanskelig-heder og ressourcer. Markante individuelle forskelle i sygdomsforløb og behov gør pakkeforløb og behandlingsgarantier ineffektive.”

Ja, i høj grad. Behandlingsgarantier kan være nyttige, hvis man har brækket et ben eller har fået en blodprop og skal behandles og genoptrænes uden unødig forsinkelse. Men psykiske lidelser er så individuelle, at de slet ikke egner sig til pakkeforløb. Den 15. november 2016 var jeg inviteret til et møde på Christiansborg, ”Høring om børn uden piller,” der blev introduceret således: ”Flere og flere børn ender i psykiatrien. Det er rigtigt for nogle børn, men mange kunne være blevet hjulpet langt bedre tidligere og med andre indsatser. Det vil vi i fællesskab udvikle anbefalinger til.” Børne- og ungepsykiaterne var enige i, at pakkeforløb er helt uegnede. Det er utrolig vigtigt, at man forebygger, at en begyndende psykisk lidelse udvikler sig til noget meget værre, og nogle børn har brug for en langt større indsats end andre. Det kunne spare rigtig mange penge, også til førtidspensioner senere hen, hvis man fik resurser til at give disse børn den støtte, de har brug for, hvilket ikke er medicin, men psykosociale indsatser.

”De nationale retningslinjer for behandling af svære psykotiske sygdomme og depressioner
skal opdateres ... Nationale retningslinjer vil styrke både patientrettigheder, patientsikkerhed og kvaliteten af behandlingen i psykiatrien.”

Det allervigtigste med hensyn til patientrettigheder, patientsikkerhed og kvaliteten af behand-lingen berøres ikke. Danmark har ratificeret FN’s handicapkonvention, der foreskriver, at man ikke må diskriminere psykisk syge patienter: ”Stater skal ophæve politikker og lovbestemmelser, der tillader tvangsbehandling, hvilket findes i de psykiatriske love over hele verden på trods af empirisk evidens for dens manglende effektivitet og på trods af, at patienterne har oplevet stor smerte og traumer som følge af tvangsbehandling.”16

Det nævnes heller ikke, at benzodiazepiner (sovepiller eller beroligende medicin) i randomi-serede forsøg har vist bedre effekt end psykosepiller ved akut psykose. I 14 forsøg, der havde sammenlignet dem, indtraf den ønskede beroligelse signifikant oftere på benzodiazepiner,17 og næsten alle patienter fortæller, at de foretrækker at få et benzodiazepin, hvis de skulle blive akut psykotiske igen. Men psykiaterne respekterer ikke patienternes ønsker, hvilket vores publicerede gennemgang via aktindsigt af 30 sager, hvor patienterne havde klaget over tvangsmedicineringen til Ankestyrelsen, meget klart viste.18 I hvert eneste tilfælde blev loven brudt.

”Konkret anbefaler Dansk Psykiatrisk Selskab, at man bør måle psykiatrien på:

* Levetid for patienterne svarende til den øvrige befolkning.
* Fastholdelse i uddannelse eller på arbejdsmarkedet.
* Fald i antallet af selvmord.
* Fald i anvendelsen af tvang.
* Fald i antallet af retspsykiatriske patienter.
* Fald i antallet af psykisk syge hjemløse.
* Fald i forbrug af politiets ressourcer til psykiatriske patienter.
* Styrkelse af de kliniske databaser.”

Det er rigtig gode effektmål. Hvis man bruger dem på den nuværende psykiatri, må man konkludere, at den ikke fungerer, men gør ondt værre for patienterne pga. den overdrevne brug af medicin og tvang.

”Psykiatrien skal fylde mere i den medicinske grunduddannelse. Antallet af undervisningsuger i psykiatri skal øges betydeligt … En bedre forståelse blandt læger generelt for de psykiatriske sygdomme vil ligeledes bidrage til at øge levetiden hos de psykiatriske patienter.”

Under det nuværende psykiatriske paradigme er dette ikke korrekt. Det vil føre til endnu flere psykiatriske diagnoser for personer, der har søvnbesvær, familiære problemer, kærestesorger, stress, ild i røven (også kaldet ADHD), eller som bare har forbigående ondt i livet; og det vil føre til endnu mere brug af medicin, der vil føre til endnu flere mistede leveår og mistede gode leveår for psykiatriske patienter. Jeg har estimeret, ud fra den mest pålidelige forskning, jeg har kunnet finde, hvilket var randomiserede forsøg og gode kohortestudier med en kontrolgruppe, der ikke fik psykofarmaka, at psykofarmaka er den tredjehyppigste dødsårsag, efter hjertesygdomme og kræft.2 Det kan godt være, at det ikke er helt så slemt, men der er ingen tvivl om, at psykofarmaka er en meget hyppig dødsårsag.

Den medicinske grunduddannelse skal derfor ændres radikalt, med langt større vægt på psykosociale indsatser i psykiatrien. Psykofarmaka bør kun bruges i akutte situationer, og kun med patienternes accept, og kun med en plan for efterfølgende langsom udtrapning.

”Mere offentlig forskning i psykiatri.”

Det er en god ide. Det er veldokumenteret, at vi slet ikke kan stole på de industrisponsorerede forsøg af psykofarmaka.2,7,14,19 De er helt bevidst fyldt med fejlkilder, der giver en falsk opfattelse af, hvad medicinen kan udrette, og hvad skadevirkningerne er. Desuden er over halvdelen af dødsfaldene og halvdelen af selvmordene i forsøg med psykofarmaka udeladt i de publicerede artikler.20 Psykiaterne ved derfor ikke, hvor farlige og ineffektive psykofarmaka faktisk er. Men det ved befolkningen godt. En undersøgelse blandt 2.031 australiere viste, at folk mente, at depressionspiller, psykosepiller, elektrochok og indlæggelse på en psykiatrisk afdeling oftere var skadelig end gavnlig.21 De socialpsykiatere, der havde lavet undersøgelsen, var utilfredse med svarene og mente, at folk skulle undervises, så de fik den "rigtige mening."

Da befolkningens opfattelser stemmer fint overens med, hvad den mest pålidelige del af forskningslitteraturen viser, er det på tide, at psykiaterne bliver undervist af lærere, der ved, hvad de taler om, så de kan blive helbredt for deres mange vildfarelser, som er så skadelige for deres patienter. Pamfletten fra Dansk Psykiatrisk Selskab kan sammenfattes med ordene: ”Send flere penge.” Men det er ikke en god ide at få mere af det samme.

Psykiatrien skal ændres radikalt.22 Og psykiaterne skal lytte til patienterne og resten af befolkningen og tage det alvorligt, de fortæller. Det ville ikke kun gavne patienterne, men også give større arbejdsglæde for psykiaterne.

**Referencer**

1 [Gør psykiatrien rask](https://www.dpsnet.dk/goer-psykiatrien-rask/). Dansk Psykiatrisk Selskab 2020; 30 June.

2 Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People’s Press; 2015.

3 Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. Psychother Psychosom 2019;88:247-8.

4 Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s Re-Analysis.” Psychother Psychosom 2019;88:373-4.

5 Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E, et al. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1357–65.

6 Large MM, Ryan CJ. Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1353–5.

7 Healy D. Let them eat Prozac. New York: New York University Press; 2004.

8 Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. PLoS One 2010;5:e15337.

9 GlaxoSmithKline. [Product Monograph Paxil](https://ca.gsk.com/media/530543/paxil_pm-2014-11-13.pdf). 2020; 18 June.

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

11 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.

12 Leucht S, Fennema H, Engel R, et al. What does the HAMD mean? J Affect Disord 2013;148:243-8.

13 Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. BMC Psychiatry 2017;17:58.

14 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.

15 Nilsonne Å. Processen: möten, mediciner, beslut. Stockholm: Natur & Kultur; 2017.

16 United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. [General comment No. 1](https://www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/gc.aspx). 2014; 11 April.

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

18 Gøtzsche PC, Sørensen A. Systematic violations of patients’ rights and lack of safety: cohort of 30 patients forced to receive antipsychotics. Ind J Med Ethics 2020;Oct-Dec;5(4) NS: 312-8.

19 Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.

20 Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. BMJ Open 2014;4:e005535.

21 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. ”Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aus 1997;166:182-6.

22 Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2020, and L H Press, Inc., Ann Arbor, Michigan, USA (in press).