

**Kit de sobrevivência  
em saúde mental e retirada  
dos medicamentos  
psiquiátricos**

Peter C. Gøtzsche

Instituto para a Liberdade Científica

Peter C. Gøtzsche

# **Kit de sobrevivência em saúde mental e retirada dos medicamentos psiquiátricos**

Instituto para a Liberdade Científica

Traduzido por Fernando F. P. de Freitas

**Kit de sobrevivência em saúde mental e retirada de medicamentos psiquiátricos**

© Peter C. Gøtzsche 2020

Capa: o autor

ISBN: 978-87-972291-3-2

Primeira edição. Primeira impressão

Dinamarca 2020

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, transmitida ou armazenada em um sistema de recuperação, de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro, sem a permissão prévia da editora.

Este livro é vendido sob a condição de não ser, por meio de comércio ou de outra forma, emprestado, revendido, alugado ou distribuído sem o consentimento prévio da editora em qualquer forma de encadernação diferente daquela em que é publicado e sem que uma condição semelhante, incluindo esta condição, seja imposta ao comprador subsequente.

Instituto para a Liberdade Científica

Copenhaga

[www.scientificfreedom.dk](http://www.scientificfreedom.dk)

## Conteúdo

|   |     |
|---|-----|
| Agradecimentos.....   | 6   |
| Abreviações .....   | 6   |
| Apresentação para a edição em português .....   | 7   |
| 1 Este livro pode salvar a sua vida.....  | 11  |
| A "carreira" psiquiátrica de um paciente.....   | 16  |
| 2 A psiquiatria é baseada em evidências?.....   | 23  |
| Os diagnósticos psiquiátricos são específicos e confiáveis?.....                        | 27  |
| Kit para iniciantes em psiquiatria: pílulas da depressão .....                          | 31  |
| Os pacientes adoecem por causa de um desequilíbrio químico no<br>cérebro?.....          | 33  |
| As drogas psicoativas são específicas e valem a pena? .....                             | 40  |
| Julgamentos errados levaram os psiquiatras a se extraviarem .....                       | 45  |
| Suicídios, outras mortes e outros danos graves.....                                     | 54  |
| Neurolépticos .....   | 55  |
| Pílulas da depressão .....  | 68  |
| As pílulas que destroem a sua vida sexual são chamadas de pílulas da<br>felicidade..... | 78  |
| Lítio.....  | 81  |
| Drogas antiepilépticas.....   | 82  |
| Pílulas para o construção social chamado TDAH.....                                      | 84  |
| Os pregos finais no caixão da psiquiatria biológica.....                                | 89  |
| Informações falsas sobre a retirada dos psiquiatras britânicos .....                    | 100 |
| O uso de comprimidos da depressão para crianças caiu 41% .....                          | 109 |
| O número necessário para tratar é altamente enganoso .....                              | 110 |
| Eletrochoque.....   | 112 |
| 3 Psicoterapia .....  | 114 |

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 4 | Retirada de medicamentos psiquiátricos.....                                   | 118 |
|   | A MIND Dinamarca não quer ajudar os pacientes a se retirarem .....            | 125 |
|   | A guilda psiquiátrica não quer ajudar os pacientes a se retirarem.....        | 129 |
|   | A Colaboração Cochrane não quer ajudar os pacientes a se retirarem.           | 133 |
|   | Guia para a retirada de drogas.....   | 142 |
|   | Pessoas de apoio .....  | 145 |
|   | O comitê de ética em pesquisa matou o nosso projeto de retirada ....          | 148 |
|   | Dicas sobre a retirada.....   | 152 |
|   | Lista de sintomas de abstinência que você pode experimentar.....              | 160 |
|   | Dividindo comprimidos e cápsulas .....  | 164 |
|   | Tratamento forçado, uma horrível violação dos direitos humanos.....           | 167 |
| 5 | Kit de sobrevivência para jovens psiquiatras em um sistema doente...          | 171 |
|   | Um debate na reunião anual de jovens psiquiatras suecos .....                 | 177 |
|   | Os Conselhos Nacionais de Saúde não respondem aos suicídios em crianças ..... | 180 |
|   | Censura nas revistas médicas e na mídia .....                                 | 183 |
|   | Sem esperança para a psiquiatria: sugestões para um novo sistema ....         | 197 |
|   | Histórias de pacientes .....  | 200 |
|   | Vídeos de palestras e entrevistas .....                                       | 209 |
|   | Sobre o autor .....   | 211 |
|   | Referências .....   | 213 |
|   | Índice .....  | 234 |

## **Agradecimentos**

Sou grato pelos milhares de e-mails que recebi de pacientes e parentes descrevendo os danos e abusos que sofreram na psiquiatria e pelas muitas interações que tive com psiquiatras, psicólogos, farmacêuticos e outros profissionais inspiradores, incluindo Peter Breggin, Jane Bækgaard, James Davies, Magnus Hald, David Healy, Göran Högberg, Niall McLaren, Joanna Moncrieff, Luke Montagu, Klaus Munkholm, Peer Nielsen, Åsa Nilsson, John Read, Bertel Rüdinger, Olga Runciman, Kristian Sloth, Anders Sørensen, Sami Timimi, Birgit Toft e Robert Whitaker.

## **Abreviações**

DSM: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

EMA: Agência Europeia de Medicamentos

FDA: Administração de Alimentos e Drogas dos EUA

ISRS: inibidor seletivo de recaptção de serotonina

OMS: Organização Mundial da Saúde

## **Apresentação para a edição em português**

Um mito nos é vendido há décadas. Não se trata da origem do universo ou de que se os chineses saltassem ao mesmo tempo eles mudariam o eixo de rotação da Terra. O mito de que estamos falando é uma narrativa que afeta sociedades dos cinco continentes e tem sido capaz de transformar a forma como o homem reconhece e se relaciona consigo mesmo e com os outros. É o mito da cura química criada pela psiquiatria. Com este mito, pensa-se que os comportamentos e experiências das pessoas são causados por desequilíbrios químicos em seus cérebros e que os medicamentos psiquiátricos corrigem esses desequilíbrios. É um mito que transformou nossa civilização, causando danos inestimáveis.

Tenho a honra de apresentar a edição em português, que traduzi a partir do original em inglês. Gøtzsche é provavelmente muito conhecido de um grande público em língua portuguesa, graças a seus muitos livros, aos numerosos artigos publicados nas mais renomadas revistas científicas internacionais, às palestras e eventos internacionais em que participa. Tive o grande prazer de estar com ele pessoalmente em Göteborg (Suécia), em outubro de 2019, em um evento organizado pelo International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal (IIPDW) do qual fazemos parte e ele é um de seus fundadores. Em nossas conversas, vi as expectativas que tinha sobre ele serem confirmadas; seu compromisso com o rigor científico, sem contudo ser arrogante com seus interlocutores; uma crítica radical em relação à psiquiatria e seu modelo biomédico de doença, embora sem perder a ternura e o senso de humor diante do que seria cômico se não fosse trágico; e, em particular, sua esperança de que a realidade dos cuidados mudará, à medida que usuários, ex-usuários e sobreviventes da psiquiatria ganham voz, poder e reconhecimento como os principais atores.

O leitmotiv do livro é "a psiquiatria faz mais mal do que bem". E com cada página, cada capítulo lido, o que à primeira vista pode parecer estranho, pouco a pouco nos sentimos racionalmente convencidos de que temos que pensar no cuidado da saúde mental em termos de pós-psiquiatria.

A maioria dos psiquiatras não sabe que eles fazem muito mais mal do que bem. Eles se tornam surdos às queixas dos pacientes e dos familiares. E insistem em ignorar as evidências científicas, preferindo ser guiados por sua própria experiência clínica traiçoeira, pela propaganda da indústria farmacêutica e pela educação contínua realizada diretamente nos consultórios através das amostras grátis e dos folhetos.

Faz parte do mito que os medicamentos psiquiátricos têm como alvo as doenças subjacentes. O que é uma fraude, que Gøtzsche denuncia na companhia de vários outros pesquisadores renomados, como Joanna Moncrieff, David Healy, John Read, Peter Breggin, Irving Kirsch e Mark Horowitz, entre muitos outros; ou por sobreviventes psiquiátricos, como Laura Delano, Olga Runciman, Tina Minkowitz, Peter Groot.

Como um pesquisador experiente e um dos fundadores da Colaboração Cochrane, Gøtzsche testemunha suas experiências pessoais para ilustrar como esta fraude é adotada e defendida com unhas e dentes. Não é porque existem algumas evidências sólidas e indiscutíveis para apoiar este pensamento hegemônico, mas porque a fraude científica tem servido aos interesses da profissão psiquiátrica, da indústria farmacêutica e do Estado. Ao invés de corrigir supostos desequilíbrios químicos no cérebro, as drogas psiquiátricas "funcionam" criando estados mentais alterados, que podem eventualmente suprimir sintomas de distúrbios psiquiátricos, mas junto com outras funções intelectuais e afetivo-sociais. E o que a psiquiatria vem fazendo há décadas? Ela nos vende a ideia de que as drogas psicoativas prescritas agem contra uma certa "doença mental", e que conseqüentemente atingem o alvo responsável por este ou aquele "transtorno psiquiátrico". As pílulas de depressão são agora chamadas de "antidepressivos". As drogas para controlar os nervos (inicialmente chamadas "neurolépticos") são chamadas de "antipsicóticos". As drogas para acalmar são chamadas de "ansiolíticos". As drogas para agir sobre os efeitos psicoativos das drogas prescritas, tais como euforia, agitação, falta de autocontrole, passaram a ser chamadas de "estabilizadores do humor". E assim por diante.

Um fenômeno muito comum na clínica psiquiátrica é conhecido como "polifarmácia". O que aparece imediatamente é que, ao usarem medicamentos psiquiátricos, as pessoas não conseguem mais ficar longe de suas drogas novamente. Os diagnósticos psiquiátricos se ajustam mal aos



problemas que as pessoas têm e, portanto, muitas pessoas recebem múltiplos diagnósticos, resultando em múltiplos medicamentos. E finalmente, como os medicamentos são ineficazes, os psiquiatras estão acrescentando cada vez mais medicamentos para lidar com algum tipo de desespero, em vez de perceber que talvez seja melhor não dar nenhum medicamento, mas oferecer psicoterapia e outras intervenções psicológicas ou sociais.

O absurdo é que a psiquiatria não reconhece que as suas drogas virtualmente produzem dependência química, que pode ser tão ou mais grave do que aquela criada com as chamadas drogas ilegais. Gøtzsche nos apresenta um histórico de suas lutas para mostrar e provar cientificamente o quanto as drogas psiquiátricas são capazes de produzir "sintomas de abstinência". A experiência dos usuários destas drogas é eloquente do que é para muitos deixar de tomar drogas psiquiátricas. Os "sintomas de abstinência" são normalmente chamados pelos psiquiatras de "recorrência da doença", culpando os próprios pacientes. Isto porque, ao considerar as diretrizes oficiais instituídas pelas agências que são complacentes com os interesses corporativos, as drogas psicotrópicas não são equivalentes às drogas ilegais na criação da dependência química, e a suposição é que um médico sabe como proceder com a prescrição. O que é outra mentira na psiquiatria. Se aqueles que prescrevem esta ou aquela droga psiquiátrica seguem as diretrizes oficiais, os resultados serão na maioria das vezes catastróficos para os pacientes e suas redes sociais.

As dosagens fabricadas não são adequadas para regimes de afilamento lento. Por exemplo, a dose mais baixa do medicamento venlafaxina é uma cápsula de 37,5 mg que não pode ser esmagada ou cortada em doses menores, tornando praticamente impossível reduzir gradualmente a dose e forçando as pessoas a cair abruptamente de 37,5 mg para zero, o que pode não ser bem tolerado.

Não é por acaso que, no campo da saúde mental, existem "sobreviventes da psiquiatria". Gøtzsche chama a nossa atenção para três palavras que, juntas, dizem muito. Não ser mais um "usuário" da psiquiatria. E muito mais do que isso, o antigo usuário se reconhece como alguém que, apesar de toda a violência da psiquiatria, conseguiu retomar a vida, que retirou da instituição psiquiátrica a responsabilidade por sua vida que vinha sendo deixada nas mãos dos psiquiatras. É verdade que em nenhuma outra

especialidade médica os pacientes se autodenominam "sobreviventes". Em geral, os pacientes são gratos pelo tratamento recebido. Na psiquiatria, isto é raro. Como Gøtzsche aponta muito bem ao longo de seu livro, é graças às vozes dos "antigos usuários", mas especialmente dos "sobreviventes" da psiquiatria, que o conhecimento relacionado no campo da saúde mental vem sendo liberado dos mitos criados pela psiquiatria.

O que a psiquiatria faz não se baseia em bases científicas. Sua prática nega os próprios imperativos da medicina da evidência. Para cada nova edição do DSM (ou CID), as categorias de diagnóstico aprovadas não se baseiam em evidências científicas rigorosamente examinadas por pesquisas isentas de interesses particulares. É chocante o que Gøtzsche nos mostra como essa pesquisa é feita de forma deficiente, geralmente com forte apoio da indústria farmacêutica, e como ela é examinada e aprovada pelos órgãos reguladores. E quanto erro ou fracasso é sistematicamente escondido do público!

Gøtzsche não se abstém de fazer sugestões. Como esta aqui: "Se você tem um problema de saúde mental, não consulte um psiquiatra. É muito perigoso e pode ser o maior erro que você cometeu em toda a sua vida". Quanto mais a sociedade reclama por mais assistência psiquiátrica, o resultado é: mais diagnósticos psiquiátricos são feitos; mais pessoas começam a receber uma pensão por invalidez, porque são incapazes de funcionar devido ao tratamento psiquiátrico que recebem; há mais suicídios e mais violência.

Viver sem o modelo biomédico de doença criado pela psiquiatria. Esta é a nossa utopia.

Fernando F. P. de Freitas  
Psicólogo, PhD em Psicologia (Université Catholique de Louvain)  
Pesquisador Titular - LAPS/ENSP/FIOCRUZ  
Rio de Janeiro  
Brasil  
Coeditor do site [www.madinbrasil.org](http://www.madinbrasil.org)

# 1 Este livro pode salvar a sua vida

Escrevi este livro para ajudar os pacientes, e quando decidi escrevê-lo um dos meus títulos provisórios foi: "Ouvindo as vozes dos pacientes". A maioria das pessoas com quem falei sobre questões de saúde mental, seja a minha família, amigos, colegas, parceiros esportivos, cineastas, jardineiros, faxineiros, garçons e recepcionistas de hotel, tiveram experiências ruins com a psiquiatria ou conhecem alguém que tenha tido.

Vindo de um background de especialista em medicina interna, que é completamente diferente, aos poucos fui percebendo o quão prejudicial a psiquiatria é. Leva-se anos de estudo minucioso para descobrir que a psiquiatria faz muito mais mal do que bem,<sup>1</sup> e a minha própria pesquisa contribuiu para revelar isso.

As minhas descobertas ressoam intimamente com o que o público em geral concluiu com base em suas próprias experiências. Uma pesquisa com 2.031 australianos mostrou que as pessoas pensavam que as pílulas da depressão (também chamadas antidepressivos), os neurolépticos (também chamados antipsicóticos), os eletrochoques e a internação em uma enfermaria psiquiátrica eram mais frequentemente prejudiciais do que benéficos.<sup>2</sup> Os psiquiatras sociais que haviam feito a pesquisa ficaram insatisfeitos com as respostas e argumentaram que as pessoas deveriam ser treinadas para chegar à "opinião correta".

No início de 1992, o Royal College of Psychiatrists, em associação com o Royal College of General Practitioners, lançou no Reino Unido uma "Campanha para Derrotar a Depressão" em cinco anos.<sup>3</sup> O objetivo da campanha era fornecer educação pública sobre a depressão e o seu tratamento, a fim de encorajar a busca por tratamento mais precoce e redução do estigma. As atividades da campanha incluíram artigos em jornais e revistas, entrevistas na televisão e rádio, conferências de imprensa, produção de folhetos, fichas em línguas das minorias étnicas, cassetes de áudio, um vídeo de autoajuda e dois livros.<sup>4</sup> Quando 2.003 leigos foram entrevistados, pouco antes do lançamento da campanha, 91% acharam que as pessoas com depressão deveriam receber aconselhamento; apenas 16% acharam que deveriam receber pílulas da depressão; apenas 46% disseram que elas eram eficazes; e 78% as consideraram como

viciantes.<sup>3</sup> A opinião dos psiquiatras sobre estas respostas foi que, "Os médicos têm um papel importante na educação do público sobre a depressão e a lógica do tratamento antidepressivo. Em particular, os pacientes devem saber que a dependência não é um problema com os antidepressivos".

Quando questionado sobre o fato de que as faculdades haviam aceitado doações para a campanha de todos os principais fabricantes de comprimidos da depressão ISRS, o presidente do Royal College of Psychiatrists, Robert Kendall, reconheceu que "um de seus principais motivos era a esperança de que um maior reconhecimento das doenças depressivas, tanto pelo público em geral quanto pelos médicos de clínica geral, resultaria para eles em um aumento das vendas."<sup>5</sup> Ele não disse quais eram os outros principais motivos das empresas. Duvido que houvesse algum outro. O dinheiro é o único motivo que as empresas farmacêuticas têm.

Os psiquiatras embarcaram em sua campanha de reeducação. Mas as pessoas não foram facilmente convencidas de que estavam erradas. Um jornal de 1998 relatou que as mudanças foram da ordem de apenas 5-10% e que as pílulas da depressão ainda estavam sendo consideradas como viciantes e menos eficazes do que o aconselhamento.<sup>4</sup> Interessantemente, 81% dos leigos concordaram que, "a depressão é uma condição médica como outras doenças" e 43% atribuíram a depressão a mudanças biológicas no cérebro, mas a maioria das pessoas, no entanto, a atribuiu a causas sociais como luto (83%), desemprego (83%), problemas financeiros (82%), estresse (83%), solidão/isolamento (79%) e divórcio/fim do relacionamento (83%).<sup>4</sup> Algo não deu certo com a campanha.

A minha interpretação é que, apesar de há anos ser afirmado, muito antes de 1992,<sup>1</sup> que os transtornos psiquiátricos são causados por desequilíbrios químicos no cérebro, o público não está tão disposto a aceitar esta falsidade.

Em 2005, os psiquiatras dinamarqueses relataram o que 493 pacientes lhes haviam dito sobre o tratamento com pílulas da depressão.<sup>6</sup> Cerca da metade dos pacientes concordou que o tratamento poderia alterar a sua personalidade e que eles passaram a ter menos controle sobre os seus pensamentos e sentimentos. Quatro quintos concordaram que, enquanto tomavam as drogas, não sabiam realmente se elas eram necessárias, e 56% concordaram com a afirmação de que, "seu corpo pode ficar viciado em

antidepressivos". Os psiquiatras se recusaram terminantemente a acreditar no que os pacientes lhes haviam dito, o que eles consideravam errado, e os chamaram de ignorantes. Eles também sentiram que os pacientes precisavam de "psicoeducação". O problema com isso era que os parentes compartilhavam a opinião dos pacientes.

"Educar o público" e "psicoeducação" - para que possam chegar à "opinião correta" - é o que normalmente chamamos de lavagem cerebral. Particularmente quando o que os pacientes e o público relatam é mais do que apenas opiniões; eles tiram conclusões baseadas em sua própria experiência e na dos outros.

Não é somente na pesquisa que os psiquiatras recusam o que seus pacientes lhes dizem, eles também o fazem na prática clínica. Muitas vezes, eles não ouvem ou não fazem as perguntas apropriadas sobre a experiência e a história de seus pacientes e, portanto, não descobrem que os sintomas atuais são muito provavelmente causados por trauma ou estresse severos, e não por um qualquer "transtorno psiquiátrico".

Por favor note que quando generalizo, isso não se aplica a todos, é claro. Alguns psiquiatras são excelentes, mas eles estão em uma pequena minoria. Não é de se admirar que a pesquisa dessa pré-campanha britânica tenha descoberto que "a palavra psiquiatra carregava conotações de estigma e até mesmo de medo".<sup>3</sup>

O termo "sobrevivente psiquiátrico" diz tudo isso em apenas duas palavras. Em nenhuma outra especialidade médica os pacientes se chamam sobreviventes no sentido de que sobreviveram *apesar de* haverem sido expostos a essa ou aquela especialidade. Em psiquiatria, eles lutam para sair de um sistema que raramente é útil e que muitos sobreviventes descrevem enquanto uma prisão psiquiátrica, ou um local onde há uma porta de entrada, mas não há uma porta de saída.

Em outras especialidades médicas, os pacientes são gratos por terem sobrevivido por *causa* dos tratamentos que seus médicos lhes aplicaram. Nunca ouvimos falar de um sobrevivente da cardiologia ou de um sobrevivente de uma doença infecciosa. Se você sobreviveu a um ataque cardíaco, não se sente tentado a fazer o oposto do que o seu médico recomenda. Na psiquiatria, você pode morrer se fizer o que seu médico lhe disser para fazer.

Muitos sobreviventes psiquiátricos descrevem como a psiquiatria, com o seu uso excessivo de drogas nocivas e ineficazes, roubou 10 ou 15 anos de suas vidas antes que um dia se decidiram a assumir a responsabilidade por suas próprias vidas, resgatando-a de seus psiquiatras, e descobrindo que a vida é muito melhor sem as drogas. Dizem frequentemente que o que os despertou foi haverem lido alguns dos livros sobre psiquiatria dos psiquiatras David Healy, Peter Breggin ou Joanna Moncrieff, ou do jornalista científico Robert Whitaker, ou os meus próprios livros.

Há milhares de histórias pessoais de sobreviventes psiquiátricos na Internet, por exemplo, em [sobreviventes de antidepressivos.org](http://sobreviventes.de.antidepressivos.org). Em muitas delas, as pessoas explicam como se retiraram das drogas psiquiátricas, uma a uma, muitas vezes contra o conselho do seu médico e muitas vezes com grande dificuldade, porque as drogas as haviam tornado dependentes e porque a profissão psiquiátrica havia falhado totalmente em fornecer orientação adequada sobre como assim proceder. Os psiquiatras não só não se interessaram em enfrentar este imenso problema, mas que negaram ativamente a sua existência, como você acabou de ver e verá muito mais sobre isso neste livro.

As questões de saúde mental impedem que você viva uma vida plena e elas permanecem em sua mente. Psicoterapia deve ser oferecida a todos os pacientes, que é também o que 75% deles desejam.<sup>7</sup> Entretanto, isto não é o que eles recebem, o que mostra mais uma vez que a profissão psiquiátrica não dá ouvidos aos seus pacientes. Uma grande pesquisa americana com pessoas com depressão mostrou que 87% receberam pílulas da depressão, 23% psicoterapia, 14% ansiolíticos, 7% neurolepticos e 5% "estabilizadores de humor" (um eufemismo que os psiquiatras nunca definiram, mas que geralmente significam drogas antiepilépticas e lítio, cujo principal efeito é sedar as pessoas).<sup>8</sup>

A maioria das pessoas tem de vez em quando problemas com a sua saúde mental, assim como tem problemas com a sua saúde física. Não há nada de anormal nisso.

Ao longo deste livro darei conselhos baseados nas evidências científicas, tendo boas razões para acreditar que levarão a melhores resultados do que se forem ignorados. Mas note que o que quer que você faça e qualquer que seja o resultado, você não pode me responsabilizar. As informações que forneço não substituem as consultas com profissionais de saúde, mas

podem capacitá-lo a participar de discussões significativas e informadas ou a se decidir a tratar das questões você mesmo.

Começarei com um pequeno conselho e darei os antecedentes para ele no resto do livro:

1 **ADVERTÊNCIA!** As drogas psiquiátricas são viciantes. Nunca as interrompa abruptamente, porque as reações de abstinência podem consistir em sintomas emocionais e físicos graves, ser perigosas e levar ao suicídio, à violência e ao homicídio.<sup>1</sup>

2 Se você tem um problema de saúde mental, não consulte um psiquiatra. É muito perigoso e pode vir a ser o maior erro que você cometeu em toda a sua vida.<sup>9</sup>

3 Não acredite no que lhe é dito sobre os transtornos psiquiátricos ou as drogas psiquiátricas. É muito provável que esteja errado.<sup>1</sup>

4 Acredite em si mesmo. Você provavelmente está certo, e o seu médico é quem está errado. Não ignore os seus palpites ou os seus sentimentos. O seu destino pode ser alterado, se não confiar em si mesmo.<sup>10</sup>

5 Nunca deixe que outros tenham responsabilidade pela sua vida. Mantenha-se no controle e faça perguntas.

6 Seu cônjuge ou o seu pai podem ser o seu melhor amigo ou o seu pior inimigo. Eles podem acreditar no que os médicos lhes dizem e podem até ver que é vantajoso para eles manter você drogado.

Muitas das histórias que tenho recebido de pacientes têm um tema comum. Os pacientes não tinham ideia de como é perigoso tornar-se um paciente psiquiátrico e confiaram em seus médicos, seguindo voluntariamente os seus conselhos, até descobrirem, anos depois, que as suas vidas haviam sido arruinadas.

O que é particularmente diabólico é que a deterioração psicológica e física muitas vezes ocorre gradualmente e, portanto, passa despercebida, como se você se tornasse míope, o que você não descobre até que um dia

um amigo pergunte por que você não consegue ler uma placa de estrada perto de você. Os pacientes podem até ficar gratos pelas drogas que receberam, embora possa ser óbvio para os outros que eles foram prejudicados.

A deterioração gradual e despercebida não é o único problema. Um cérebro sob influência química pode não ser capaz de se avaliar a si mesmo. Quando o cérebro está entorpecido por substâncias psicoativas, os pacientes podem não saber que não podem mais pensar claramente ou avaliar a si próprios. Esta falta de percepção dos sentimentos, pensamentos e comportamentos é chamada de enfeitiçamento medicamentoso.<sup>11,12</sup> Os feitiços dos medicamentos são geralmente ignorados, tanto pelos pacientes quanto pelos seus médicos, o que é surpreendente porque todos nós sabemos que as pessoas que beberam em demasia não podem julgar a sua capacidade para dirigir um veículo.

Aqui está a história de um paciente que ilustra muitas das questões comuns.

## **A "carreira" psiquiátrica de um paciente**

Em novembro de 2019, recebi um relato excepcional de Stine Toft, uma paciente dinamarquesa que conheci quando dei uma palestra para "Psiquiatria Melhor", que é uma organização formada por parentes de pacientes psiquiátricos.<sup>13</sup>

Stine foi seriamente prejudicada por drogas psiquiátricas; a sua vida ficou ameaçada; e ela sofreu um excruciante processo de retirada porque não recebeu a orientação necessária. Mas ela está indo bem hoje, aos 44 anos de idade.

Stine deu à luz a sua segunda filha em 2002, após um período difícil com "todos os tipos de testes e tratamentos hormonais". Depois disso, ela passou a não estar bem. Ela tinha medo de perder a sua filha e de não ser capaz de protegê-la o suficientemente bem. Seu médico a diagnosticou com depressão, e foi-lhe dito que isso era perfeitamente comum e que apenas ela deveria tomar Effexor (venlafaxina, um comprimido da depressão) para que o seu cérebro funcionasse novamente - possivelmente pelo resto de sua vida, senão por pelo menos cinco anos.



A sua vida mudou acentuadamente. Ela ganhou 50 kg e teve vários episódios estranhos que ela não entendeu. Uma vez ela quis cavar uma caixa de areia para os seus filhos, mas acabou colocando um trampolim inteiro 70 cm no chão, removendo sete metros cúbicos de terra com uma pá. Ela também derrubou uma parede da cozinha sem aviso e sem ser de forma alguma uma artesã, pois sentiu que a família precisava de uma cozinha inteligente para a conversação. Um dia, durante um processo de seleção de emprego, ela disse ao consultor de trabalho que queria se tornar uma advogada, mesmo sendo disléxica e haver nunca sido capaz de conseguir isso.

Stine foi novamente atrás de uma psiquiatra, e 15 minutos depois o caso ficou claro – o problema é que havia se tornado bipolar. Ela foi enviada para a psicoeducação e informada de que a sua condição iria definitivamente durar pelo restante da sua vida. Ela foi treinada para notar até mesmo as pequenas coisas que confirmariam que ela estava de fato doente, e foi tomado um cuidado especial para garantir que não deixasse de tomar os seus remédios.

"Eles conseguiram colocar um medo enorme em mim", escreveu Stine, e ela se identificou claramente como sendo uma pessoa doente que tinha que enfrentar a vida de uma determinada maneira para sobreviver.

O tempo passou e ela acabou deixando o seu marido de 15 anos. Em 2013, ela conheceu o seu atual marido, e ele lhe perguntou muito rapidamente "qual era a doença", porque ele não podia ver nada. Após um ano e meio, ela se rendeu e concordou em fazer um pequeno teste com uma pequena retirada do medicamento. Ele ficou feliz com essa decisão, porque já havia visto várias vezes como era desastroso quando ela se esquecia de tomar o medicamento. Uma vez ela arruinou uma viagem de verão a um parque de diversões, porque havia esquecido de levar os remédios com ela. Com o passar do dia, ela foi ficando cada vez pior, com dores de cabeça e vômitos, estava confusa e só queria deitar e dormir, até conseguir os remédios novamente.

A sua lista de medicamentos incluía Effexor, mais tarde mudado para Cymbalta (duloxetina), Lamotrigina e Lyrica (pregabalina), dois antiepilépticos, e Seroquel (quetiapina, um neuroléptico). Além disso, ela recebeu medicação para os efeitos adversos causados pelas drogas e para o seu problema metabólico.

Este é um coquetel perigoso. As pílulas da depressão dobram o risco de suicídio, não apenas em crianças, mas também em adultos,<sup>1,14-18</sup> antiepilépticos também dobram o risco de suicídio,<sup>19</sup> e tanto as pílulas da depressão quanto os antiepilépticos podem tornar as pessoas maníacas,<sup>18,19</sup> o que aconteceu com ela e resultou em um diagnóstico errado de haver se tornado bipolar.

O processo de retirada levou dois anos e meio, com o seu marido ajudando o melhor que pode para tornar o processo o mais suave quanto o possível. Eles não entenderam na época, mas pelo caminho descobriram o que significa a curva de saturação do receptor, ou seja, que se necessita reduzir a dose cada vez em menor quantidade, quanto mais se desce. São poucos os médicos que estão cientes disto,<sup>20</sup> e a maioria das recomendações oficiais são totalmente perigosas; por exemplo, eles podem dizer que se deve reduzir a dose em 50% a cada duas semanas, quando se está a afilar as pílulas da depressão.<sup>21</sup> Assim, já após duas reduções, se está com apenas 25% da dose inicial, o que é rápido demais para a maioria dos pacientes.

A vida de Stine ficou em perigo. Ela estava morrendo de medo de que isso acabaria mal e muitas vezes pensava em desistir. Ela introduziu várias pausas no processo. Os pensamentos de suicídio eram extremamente urgentes durante os momentos em que ela afunilava, porque eram absolutamente horríveis.

Inexplicavelmente, Stine havia aceitado que obviamente odiava a vida e que queria pôr um fim a tudo. Ela é uma pessoa enérgica que ama a vida; nunca havia tido pensamentos suicidas antes de começar a tomar as drogas, nem voltará a tê-los depois que parou de tomá-las. Mas o processo de abstinência foi completamente "louco", e ela frequentemente considerava se não seria o mais humano tirar a sua própria vida.

Durante a retirada, ela teve algumas "experiências muito estranhas". No bom sentido, ela as assumiu várias vezes, como foi aquela experiência de começar a ouvir a natureza e as aves. Foi uma experiência muito forte, porque ela não conseguia se lembrar da última vez que tinha vivido isso ao longo dos anos em que esteve "dopada". Um pouco mais triste foram os outros sintomas que acompanharam a retirada. Os sintomas de abstinência incluíam mergulhos na tristeza que podiam ser facilmente interpretados como depressão, e durante a retirada da Lyrica, ela ficava ansiosa e sentia

que a vida era insuportável. Uma manhã, no banho, ela começou a chorar, porque apenas sentir a água em seu corpo era algo que ela não observava há muitos anos.

Neste momento, ela tomou conhecimento de dois de meus livros sobre psiquiatria<sup>1,22</sup> e percebeu que tudo o que ela havia vivido era bem conhecido e perfeitamente normal. Foi realmente chocante para ela ler sobre como ser exposta ao inferno pelo qual ela passou é uma experiência comum, mas também uma experiência libertadora descobrir que é normal; que provavelmente não estava doente; e que não havia nada de errado com ela.

Ao final da retirada, ela teve uma experiência estranha, por cerca de meio ano, quando ela se sentia quase que torta em seu corpo. Ela tinha uma sensação constante de inclinar-se para a esquerda e tinha dificuldade para andar em linha reta. Durante vários períodos, outros grupos musculares falharam. Quando uma vez ela estava a jogar um jogo que é um bastão ser atirado depois de blocos de madeira e a sua mão não conseguir soltar o bastão.

Após concluir a retirada, as coisas começaram a melhorar e ela queria voltar a trabalhar, mesmo estando fora do mercado de trabalho há muitos anos e com uma pensão por invalidez. Ela planejava tirar a carteira de motorista e dirigir um táxi, mas "Oh não, oh não! Houve um grande não da polícia". Eles enviaram uma carta afirmando que a sua carteira de motorista era por tempo limitado e que ela precisaria fornecer documentação a cada dois anos de que não estava doente.

“É algo bastante terrível o fato de terem optado por um diagnóstico extra depois, de alguém ter estado a tomar pílulas da depressão”, escreveu ela. "Hoje em dia, por esse motivo devo renovar a minha carteira de motorista a cada dois anos. Mas você não imagina como foi difícil evitar que eles me a tirassem definitivamente. Quando entrei em contato com a psiquiatria por causa do meu contato com a polícia, eles primeiro se recusaram a me ver - porque eu estava bem. E assim, eu não consegui a ajuda deles para provar que eu não estava doente e, portanto, que estava apta para dirigir. Após uma intensa pressão minha, o meu próprio médico finalmente os persuadiu a me levar para uma conversa e a fazer uma declaração, que dizia secamente que a minha ‘doença’ não estava ativa. A vontade que tive

foi de estrangulá-los, porque isso significa que eu ainda estar doente e, aos olhos da polícia, que sou alguém que precisa ser monitorado no futuro".

Stine discorda completamente do diagnóstico bipolar. Ela nunca teve episódios maníacos antes de começar a tomar o medicamento, e nunca os teve depois de parar. Mas o diagnóstico está colado a ela para o resto de sua vida, embora seja bem conhecido que as pílulas da depressão podem desencadear mania e, assim, fazer com que os psiquiatras deem um diagnóstico errado, confundindo o dano da droga com uma nova doença.

É negligência médica fazer um novo diagnóstico, como se houvesse algo errado com o paciente, quando a condição poderia ser um dano causado pelo medicamento. Os psiquiatras fazem isso o tempo todo.

Stine desistiu da ideia de se tornar taxista. Ela se tornou uma professora particular e continuou a estudar para se tornar psicoterapeuta. Ela trabalha com muitas pessoas diferentes e ajuda os pacientes a retirar as suas pílulas da depressão, com grande sucesso. As pessoas estão recuperando a vida, vendo que estão seguindo em frente. Ela sabe que é importante apoiá-los quando se retiram, para que não venham a enfrentar os mesmos problemas que ela enfrentou. Há muitos pensamentos e medos, e muitas pessoas têm dificuldade de definir se não estão mais doentes. A combinação de afilamento da medicação e terapia parece ter um efeito extremamente benéfico.

É difícil convencer as pessoas de que parar as suas drogas seja uma boa ideia. Muitos acreditam apaixonadamente nelas, porque lhes foi dito que estão doentes, e muitas vezes há uma grande pressão de seus parentes. Stine experimentou ela mesma o que significa ficar sozinha com a retirada. Hoje, ela não vê mais a sua família. Eles mantiveram a afirmação de que ela estava doente e que só precisava tomar os seus remédios. Esta visão equivocada é alimentada pelo fato de que três quartos dos websites ainda hoje afirmam falsamente que as pessoas adoecem com depressão devido a um desequilíbrio químico em seu cérebro (veja abaixo).<sup>23</sup> Se você acredita nesta falsa crença, você também acredita que não pode passar sem o remédio.

Há alguns anos, Stine comprou o nome de domínio [medicin-fri.dk](http://medicin-fri.dk) ([medicine-free.dk](http://medicine-free.dk)) porque ela quer fornecer informações sobre o consumo

de drogas e os seus danos, em cooperação com outros colegas, bem como fornecer ajuda e apoio para o processo de retirada.

Poucas pessoas conhecem os problemas ou já ouviram falar deles. Stine quer mudar isso e quer ter certeza de que não dá conselhos e informações incorretas. Portanto, ela me escreveu e perguntou se eu conhecia outros que gostariam de se juntar a uma rede organizada sobre essas questões.

Além de seu trabalho diário com os clientes, Stine dá palestras, mas tem dificuldade de "ser permitido" que ela faça com que a mensagem seja divulgada. Ela deu uma palestra para a *Psiquiatria na Região da Capital* sobre ser bipolar, o que foi fácil, pois todos querem ver uma pessoa doente e ouvir a sua história. Mas uma história de sucesso que coloque o sistema em questão não é interessante.

Stine é apaixonada por mudar as coisas e criou, por exemplo, vários grupos de autoajuda; deu palestras para a Associação de Depressão; foi voluntária na Cruz Vermelha; iniciou grupos para pessoas solitárias; e orientou jovens.

Ela sugeriu à *Psiquiatria Melhor*, em sua cidade natal, que me convidassem para dar uma palestra. Eles não sabiam quem eu era, e a presidenta apresentou a reunião dizendo que se mais dinheiro fosse destinado à psiquiatria, provavelmente seria ok. Comecei a minha palestra dizendo que não tinha certeza de que esta seria uma boa ideia. Se mais dinheiro entrasse, ainda mais diagnósticos seriam feitos, ainda mais drogas seriam usadas, e ainda mais pessoas acabariam recebendo pensão por invalidez porque não podem funcionar quando estão drogadas.<sup>24</sup>

Stine quer dar palestras sobre o tema: "Sobrevivendo à psiquiatria". Ela acha avassalador viver uma vida que, depois de tantos anos sob medicação, pensava que estaria completamente fora de alcance. Embora a sua vida passada tenha sido "tolamente tratada por vários psiquiatras e outros médicos bem intencionados", ela não quer estragar tudo pedindo acesso aos seus arquivos. Ela prefere olhar em frente e informar os outros através de sites e palestras sobre como é prejudicial ficar cegamente medicada - muitas vezes sem nenhuma razão.

Stine está convencida de que praticamente nenhuma de suas estranhas experiências durante os 14 anos em que foi drogada teria acontecido se não lhe tivessem sido dado os medicamentos. A sua memória sofreu um duro golpe, mas está melhorando.

Ela não consegue entender por que seus médicos não interromperam a drogadição. Nada poderia justificar a sua drogadição massiva, e mesmo quando ela ganhou peso de 70 a 120 kg, os médicos não responderam, além de dar-lhe medicamentos para aumentar o metabolismo, o que era "completamente louco... extremamente incapacitante em todos os sentidos, e em si mesmo era quase que algo para o qual eles podiam dar um diagnóstico de depressão, porque era uma coisa triste expor o meu corpo da forma como ele se encontrava".

Stine considera o sistema sem esperança. O colossal uso excessivo de drogas psicoativas produz pacientes crônicos, muitas vezes tomando como base problemas temporários,<sup>24</sup> como explicarei a seguir.

## 2 A psiquiatria é baseada em evidências?

A psiquiatria estava em estado de crise nos Estados Unidos em meados do século passado, porque os psicólogos eram mais populares do que os psiquiatras.<sup>1</sup> A guilda psiquiátrica decidiu, portanto, fazer da psiquiatria uma especialidade médica, o que faria com que os psiquiatras parecessem verdadeiros médicos e os distinguiria de psicólogos que não estavam autorizados a prescrever drogas.

Desde então, a propaganda maciça, a fraude, as manipulações com os dados da pesquisa, a ocultação de suicídios e de outras mortes e a mentira no marketing de drogas abriram o caminho para a ilusão de que a psiquiatria é uma disciplina respeitável que fornece drogas que curam os pacientes.<sup>1-4</sup>

Como o explicado no primeiro capítulo, os "clientes", os pacientes e seus parentes, não concordam com os vendedores. Quando este é o caso, os vendedores geralmente são rápidos para mudar seus produtos ou serviços, mas isto não acontece na psiquiatria, que tem o monopólio do tratamento de pacientes com problemas de saúde mental, tendo os médicos de família como a sua complacente equipe de vendas de primeira linha e que não fazem perguntas incômodas sobre o que estão vendendo.

O médico de família é a porta de entrada da maioria das pessoas na psiquiatria. Aqui é onde pessoas tristes, preocupadas, estressadas ou esgotadas abordam os seus sintomas. O médico raramente dispõe do tempo necessário para perguntar sobre os eventos que fizeram com que o paciente acabasse nessa situação. Após alguns minutos a consulta frequentemente termina com um diagnóstico, que pode não ser correto, e uma prescrição para um ou mais medicamentos psiquiátricos, embora a terapia de conversa pudesse ter sido o melhor. Um estudo nos Estados Unidos mostrou que mais da metade dos médicos escreveu prescrições após discutir a depressão com os pacientes por três minutos ou menos.<sup>5</sup>

Você pode adquirir uma droga psiquiátrica mesmo que não haja uma boa razão para ela ser receitada a você, por exemplo, uma pílula da depressão insônia, problemas na escola, ansiedade no exame, assédio no trabalho, abuso conjugal, rompimento com um namorado, luto, problemas

econômicos ou divórcio. Isto também é comum se você consultar um psiquiatra.

Ao contrário das outras especialidades médicas, a psiquiatria é construída sobre uma série de mitos, que foram rejeitados tão firmemente pela boa pesquisa que o mais apropriado é chamá-los de mentiras. Por isso, advirto-os novamente. Está errado a maior parte do que lhe foi dito ou que alguma vez ouvirá sobre a psiquiatria, as drogas psiquiátricas, o eletrochoque e a internação e tratamento forçados. Isto tem sido documentado em numerosos artigos e livros de pesquisa.<sup>1-11</sup>

Aqui estão alguns conselhos gerais, que levarão a melhores resultados do que se forem ignorados:

1 Raramente é uma boa ideia consultar um médico de família se você tiver um problema de saúde mental. Como os médicos são treinados no uso de drogas, o mais provável é que você seja prejudicado. Se não a curto prazo, então a longo prazo.

2 Se você receber uma receita do seu médico de família para um medicamento psiquiátrico, não vá à farmácia.

3 Encontre alguém que seja bom em terapia de conversa, por exemplo, um psicólogo. Se você não puder pagar ou se houver uma longa lista de espera, então lembre-se que geralmente é melhor não fazer nada do que consultar o seu médico.

Vamos ver mais de perto o que está errado com a psiquiatria atual. Os psiquiatras afirmam que a sua especialidade é construída sobre o modelo biopsicossocial da doença que leva em conta a biologia, a psicologia e os fatores socioambientais, ao tentarem explicar por que as pessoas adoecem.

A realidade é muito diferente. A psiquiatria biológica tem sido o modelo de doença predominante desde que o presidente da *Sociedade Americana de Psiquiatria Biológica*, Harold Himwich, em 1955, surgiu com a ideia totalmente absurda de que os neurolépticos trabalham como a insulina para a diabetes.<sup>9</sup>



Parece até que está ficando pior. Há quinze anos, alguns porta-vozes da psiquiatria estavam mais preocupados do que os líderes de hoje com os perigos de se estar muito perto da indústria farmacêutica. Steven Sharfstein, presidente da *Associação Psiquiátrica Americana*, escreveu em 2005:

"Ao abordarmos estas questões da Big Pharma, devemos examinar o fato de que, como profissão, permitimos que o modelo biopsicossocial se tornasse o modelo bio-bio-bio... Representantes das empresas farmacêuticas que trazem presentes são visitantes frequentes de salas e consultórios de psiquiatras. Devemos ter a sabedoria e a distância para chamar esses presentes do que eles são - propinas e subornos ... Se formos vistos como meros empurradores de comprimidos e funcionários da indústria farmacêutica, a nossa credibilidade como profissão estará comprometida".<sup>12</sup>

Outras declarações foram menos afortunadas: "As empresas farmacêuticas desenvolveram e introduziram no mercado medicamentos que transformaram a vida de milhões de pacientes psiquiátricos." Claro, mas não para melhor.

"A eficácia comprovada dos medicamentos antidepressivos, estabilizadores do humor e antipsicóticos ajudou a sensibilizar o público para a realidade da doença mental e ensinou-lhe que o tratamento funciona. Desta forma, a Big Pharma ajudou a reduzir o estigma associado ao tratamento psiquiátrico e aos psiquiatras".

Os tratamentos não proporcionam efeitos que valham a pena, particularmente quando os seus danos também são considerados, e o estigma tem aumentado.<sup>4</sup> Mas é assim como os líderes psiquiátricos enganam as pessoas. Uma revisão sistemática de 33 estudos concluiu que as atribuições causais biogênicas não estavam associadas a atitudes mais tolerantes; elas estavam relacionadas a uma rejeição mais forte na maioria dos estudos que examinaram a esquizofrenia.<sup>13</sup> As pseudoexplicações biológicas aumentam a periculosidade percebida, o medo e o desejo de distância dos pacientes com a esquizofrenia porque fazem as pessoas acreditarem que os pacientes são imprevisíveis,<sup>13-15</sup> e também levam a reduções na empatia dos clínicos e à exclusão social.<sup>17</sup>

O modelo biológico gera pessimismo indevido sobre as chances de recuperação e reduz os esforços de mudança, em comparação com uma

explicação psicossocial. Muitos pacientes descrevem a discriminação como mais duradoura e incapacitante do que a própria psicose, e como uma grande barreira à recuperação.<sup>14,15</sup> Os pacientes e suas famílias sofrem mais estigma e discriminação por parte dos profissionais de saúde mental do que de qualquer outro setor da sociedade, e mais de 80% das pessoas com o rótulo de esquizofrenia pensam que o diagnóstico em si é prejudicial e perigoso. Portanto, alguns psiquiatras agora evitam usar o termo esquizofrenia.<sup>15</sup>

Sharfstein admitiu que, "há menos psicoterapia fornecida por psiquiatras do que há 10 anos. Isto é verdade apesar da forte base de evidências de que muitas psicoterapias são efetivas quando utilizadas sozinhas ou em combinação com medicamentos. O quanto isso é trágico". Esse não é o progresso de que tanto ouvimos falar.

Sharfstein não conseguiu resistir à tentação de jogar a carta da "antipsiquiatria": "respondendo às observações antipsiquiátricas ... uma das acusações contra a psiquiatria ... é que a muitos pacientes estão sendo prescritos os medicamentos errados ou drogas de que não necessitam. Estas acusações são verdadeiras, mas não é culpa da psiquiatria - é culpa do sistema de saúde quebrado que os Estados Unidos parece estar disposto a dar suporte".

É claro. Todos os danos que os psiquiatras causam por causa da superdosagem de populações inteiras NUNCA são culpa deles, mas de outras pessoas.

O psiquiatra Niall McLaren escreveu um livro muito instrutivo com muitas histórias de pacientes contando-nos que a ansiedade é um sintoma chave na psiquiatria.<sup>11</sup> Se um psiquiatra ou um médico de família não ouve uma história com muito cuidado, eles podem deixar escapar que o atual episódio de angústia, que eles diagnosticam como depressão, começou como ansiedade muitos anos antes quando o paciente era um adolescente. Portanto, eles deveriam ter lidado com a ansiedade com a terapia da fala em vez de distribuir pílulas.

Niall desenvolveu uma maneira padrão com a qual ele se aproxima de todos os novos pacientes, a fim de não negligenciar nada importante. Leva tempo, mas o tempo investido inicialmente recompensa muitas vezes e leva a melhores resultados para os seus pacientes do que a abordagem padrão em psiquiatria.

Neill tem um interesse em filosofia, mas foi recebido com extrema hostilidade quando desafiou os seus colegas perguntando-lhes qual era a base para o seu modelo biológico dos transtornos psiquiátricos. Não há nenhuma. Em suas próprias palavras:<sup>11</sup>

"Assim sendo, podemos esquecer a psiquiatria biológica. O problema é que muitas pessoas têm muito dinheiro investido em tratamentos biológicos para os transtornos mentais e não irão desistir sem lutar. Pior ainda, há um monte de psiquiatras acadêmicos de alto nível em todo o mundo que investiram toda a sua carreira, e os seus egos (o que é muito pior), afirmando que o transtorno mental é de natureza biológica. Eles lutarão tenazmente para salvar os seus empregos e as suas reputações. Portanto, estamos presos à psiquiatria biológica há muito tempo. Só porque se provou que ela está errada, não significa que ela se desvanecerá da noite para o dia. O valor da psiquiatria biológica é que não é necessário falar com um paciente além de fazer algumas perguntas-padrão para descobrir qual doença ele tem, e isso pode ser facilmente feito por uma enfermeira armada com um questionário. Isto dará um diagnóstico que depois ditará os medicamentos que o paciente deve ter".

A psiquiatria biológica assume que existem diagnósticos específicos que resultam de mudanças específicas no cérebro, e que existem medicamentos específicos que corrigem essas mudanças, que são, portanto, benéficos. Vamos analisar estas suposições uma a uma.

## **Os diagnósticos psiquiátricos são específicos e confiáveis?**

Os diagnósticos psiquiátricos não são específicos, nem confiáveis.<sup>4,6,18,19</sup> Eles são altamente inespecíficos, e os psiquiatras discordam totalmente quando solicitados a diagnosticar os mesmos pacientes independentemente um do outro. Existem poucos estudos deste tipo e seus resultados foram tão embaraçosos para a *Associação Americana de Psiquiatria* que ela os enterrou tão profundamente que foi necessário um extenso trabalho de detetive para encontrá-los.<sup>19</sup> O funeral aconteceu em uma fumaça de retórica positiva em artigos surpreendentemente curtos, dada a importância do assunto. Mesmo o maior estudo, de 592 pessoas, foi decepcionante, embora os investigadores tenham tido muito cuidado no treinamento dos assessores.<sup>20</sup>

Os diagnósticos psiquiátricos não são construídos com base na ciência, mas são exercícios do tipo consenso onde é decidido, por uma exibição de mãos levantadas, quais os sintomas que devem ser incluídos em um exame de diagnóstico.<sup>18</sup> Esta abordagem de lista de verificação é como o jogo de salão bastante familiar, *Descubra os Cinco Erros*. Uma pessoa que tem pelo menos cinco sintomas em nove é declarada deprimida.

Se procurarmos o suficiente, encontraremos "erros" em todas as pessoas. Não há nada de objetivo e verificável nesta forma de fazer diagnósticos, que são derivados de uma constelação arbitrária de sintomas. Quantos critérios e em quais votamos que devem estar presentes quando se faz um determinado diagnóstico?

Dou muitas palestras para vários públicos, tanto profissionais como leigos, e muitas vezes exponho as pessoas ao teste recomendado para o TDAH adulto (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade).<sup>4,21</sup> Nunca falha. Entre um terço e a metade do público é positivo no teste. Quando eu testei a minha esposa, ela obteve uma casa cheia, o que é seis dos seis critérios. Apenas quatro respostas positivas ao questionário são necessárias para o diagnóstico. Uma vez, quando uma das minhas filhas e o seu namorado nos visitaram para um jantar, discutimos a tolice dos diagnósticos psiquiátricos e, para ilustrar, eu os submeti ao teste. Minha filha teve cinco pontos, como eu tive, e o seu namorado muito descontraído, que eu nunca suspeitaria que fosse positivo, teve quatro. Assim, éramos quatro pessoas apreciando o nosso jantar e a nossa companhia, todas com um diagnóstico psiquiátrico falso.

Meu pequeno exercício faz as pessoas perceberem como os diagnósticos psiquiátricos são tolos e não científicos. Eu sempre digo às pessoas que estou no mesmo barco que elas e que elas não devem se preocupar, mas sim ficar felizes, como diz a canção de Bobby McFerrin, porque algumas das pessoas mais interessantes que já conheci se qualificam para o diagnóstico de TDAH. Elas são dinâmicas e criativas e têm dificuldade em manter-se sentadas em suas cadeiras fingindo que estão escutando quando o conferencista é monótono. No entanto, os psiquiatras têm tido o descaramento de dizer ao mundo inteiro que as pessoas com diagnóstico de TDAH sofrem de um "transtorno de desenvolvimento neurológico", por exemplo, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais

(DSM-5) usado nos EUA, e na Classificação Internacional de Distúrbios (CID-11) usada na Europa, ambos dizem isto.

Postular que bilhões de pessoas têm cérebros errados é o mais ultrajante que pode haver.

Uma das vezes em que dei aulas para "Psiquiatria Melhor", uma mulher na plateia disse: "Eu tenho TDAH". Eu respondi: "Não, você não tem. Você pode ter um cachorro, um carro ou um namorado, mas não pode ter TDAH. É uma construção social". Expliquei que é apenas um rótulo, não algo que existe na natureza, como um elefante que todos podem ver. As pessoas tendem a pensar que recebem uma explicação para os seus problemas quando os psiquiatras lhes dão um nome, mas isto é um raciocínio circular. Paul se comporta de certa maneira, e nós daremos um nome a este comportamento, TDAH. Paul se comporta desta maneira porque tem TDAH. Logicamente, é impossível argumentar desta maneira.

Muitas vezes eu brincava durante as minhas palestras que também precisamos de um diagnóstico para aquelas crianças que são *muito* boas ao ficarem quietas e não se fazerem ver ou ouvir na sala de aula. Isto se tornou verdade, com a invenção do diagnóstico TDA, transtorno de déficit de atenção, sem a hiperatividade. A partir daquele dia, eu brinco sobre quanto tempo vamos esperar até vermos também um diagnóstico para aqueles que estão no meio, porque então haverá um medicamento para todos e a indústria farmacêutica terá atingido o seu objetivo final, que ninguém escapará de ser tratado.

O diagnóstico da depressão não é muito melhor. É muito fácil obter este diagnóstico mesmo que você não esteja realmente deprimido, mas apenas se sentindo um pouco fora do seu Eu habitual.<sup>4</sup>

Mesmo os diagnósticos mais sérios são altamente incertos. Muitas pessoas - em alguns estudos, e de longe a maioria delas - foram consideradas em revisão da literatura como tendo sido erroneamente diagnosticadas com esquizofrenia.<sup>4</sup>

Dada esta imensa incerteza, desacordo e arbitrariedade, deveria ser muito fácil se livrar de um diagnóstico errado. No entanto, é impossível, e não existe um tribunal de apelação como há nos casos criminais. É como

nos tempos medievais, onde as pessoas eram condenadas sem razão e sem possibilidade de recurso. Como você verá na seção sobre o tratamento forçado no Capítulo 4, a lei está sendo violada rotineiramente, o que não toleraríamos em nenhum outro setor da sociedade.

Não parece importar se um diagnóstico é correto ou errado. Ele segue você pelo resto da sua vida e pode dificultar a educação com que você sonha, um emprego, certas pensões, ser aprovado para adoção ou até mesmo para manter apenas a sua carteira de motorista.<sup>22,23</sup> Além disso, os diagnósticos psiquiátricos estão sendo frequentemente abusados em casos da guarda de filhos quando os pais se divorciam.<sup>22</sup> Mesmo quando o diagnóstico está obviamente errado e a própria psiquiatra duvidou seriamente quando o fez, você não pode mandar que seja removido.<sup>23</sup> Ele fica colado em você para sempre, como se você fosse uma vaca de marca.

A cineasta dinamarquesa Anahi Testa Pedersen fez o filme "Diagnosticando a Psiquiatria"<sup>24</sup> sobre as minhas tentativas de criar uma psiquiatria melhor e sobre as suas próprias lutas contra o sistema. Ela recebeu o diagnóstico de transtorno de personalidade esquizotípica, que é um conceito muito vago e altamente duvidoso (ver Capítulo 5), quando foi admitida em uma enfermaria psiquiátrica devido a uma grande angústia por causa de um divórcio. Era óbvio que ela sofria de angústia aguda e nunca deveria ter tido um diagnóstico psiquiátrico ou ter sido tratada com drogas, mas na enfermaria lhe deram quetiapina, um neuroléptico e escitalopram, uma pílula para a depressão. Anahi ficou profundamente chocada ao saber que apesar de ter contactado voluntariamente a enfermaria psiquiátrica, as portas estavam trancadas atrás dela. Quando ela questionou o seu diagnóstico na alta, a informação que ela recebeu foi: "Aqui nós fazemos diagnósticos".<sup>22</sup> Os medicamentos a dopavam e a tornavam apática, e ela se retirou deles.

Outro choque veio oito anos mais tarde quando ela recebeu uma carta da *Psiquiatria na Região da Capital*. Eles queriam examinar a sua filha. Eles acreditavam que os transtornos psiquiátricos são herdados e que, portanto, é provável que as crianças dos doentes mentais também adoeçam.

Anahi ficou furiosa. A sua filha estava funcionando bem, feliz, saudável e tendo muitos amigos. A convocação veio sem que lhe perguntassem sobre como ela estava após a alta, ou sobre a situação e o bem-estar da sua

filha, e a carta estigmatizava tanto ela quanto sua filha. Ela telefonou para um psiquiatra da unidade onde tinha ficado oito anos antes, mas mesmo que o seu médico de família lhe garantisse que ela estava bem e que era estranho que ela tivesse conseguido o diagnóstico de imediato, ela também foi informada, pelo psiquiatra, quando ela pediu um reexame: "O sistema não faz isso"! Ela foi deixada com uma sentença vitalícia, mas errônea. Isto não teria acontecido se ela tivesse sido condenada erroneamente por um crime, mas na psiquiatria, isto é perfeitamente "normal".

O problema do diagnóstico colante é uma razão muito boa para *não* consultar um psiquiatra.

### **Kit para iniciantes em psiquiatria: pílulas da depressão**

Os pacientes e seus familiares comumente se referem às pílulas da depressão como "Kit para iniciantes da psiquiatria". Isto porque muitas pessoas começam as suas "carreiras" psiquiátricas consultando o seu médico de família com algum problema que muitos de nós temos de tempos em tempos e deixam o consultório médico com uma receita de uma pílula da depressão, o que irá trazer problemas a elas.

Como já observado, as pílulas da depressão são frequentemente prescritas para indicações não aprovadas, o chamado uso fora do rótulo. Quando os problemas se acumulam, o médico de família pode encaminhar o paciente para tratamento psiquiátrico. A maioria desses problemas é de natureza iatrogênica (grego, algo causado por um médico). Se você ler os pacotes das pílulas da depressão, que são fáceis de se encontrar em uma busca no Google, por exemplo, *duloxetina fda*, você verá que estes medicamentos tornam algumas pessoas hipomaníacas, maníacas ou psicóticas. Quando isto acontecer, o seu médico provavelmente concluirá que você se tornou bipolar ou que sofre de depressão psicótica e lhe dará medicamentos adicionais, por exemplo, um neuroléptico, lítio, uma droga antiepiléptica, ou todos os três, além da pílula da depressão.

Há uma considerável sobreposição entre os danos das drogas psiquiátricas e os sintomas que os psiquiatras usam ao fazer diagnósticos,

portanto, pode não demorar muito até que você tenha vários diagnósticos e esteja usando várias drogas.<sup>2,4</sup>

Em 2015, fui convidado pela organização psiquiátrica daquela região para dar uma palestra em um grande hospital na Dinamarca. Rasmus Licht, professor de psiquiatria, deu uma palestra depois de mim e houve uma discussão geral. Rasmus é especialista em transtorno bipolar, e eu era um dos examinadores quando ele defendeu o seu doutorado sobre a mania, 17 anos antes.

Perguntei-lhe como ele poderia saber, quando fez o diagnóstico bipolar em um paciente, que recebeu um medicamento para TDAH, que não eram apenas os danos do medicamento que ele viu, pois são muito semelhantes aos sintomas que os médicos usam ao diagnosticar bipolar. Eu fiquei atônito quando ele disse que um psiquiatra era capaz de distinguir entre estas duas possibilidades. Decidi não ir mais longe na discussão.

Rasmus disse muitas outras coisas que não estavam corretas, o que ilustrava o que a psiquiatria faz ao seu próprio povo. Quando o conheci, ele era um jovem brilhante que me impressionou. Eu não o via há tantos anos e era chocante ver como ele assimilou todas as ideias erradas da psiquiatria. Fizemos algumas correções depois, de forma muito amigável, mas falharam as minhas tentativas de convencê-lo de que ele estava errado.

Uma das coisas que Rasmus escreveu foi que, "não importa o que você escreva, não foi claramente demonstrado que os antidepressivos podem mudar [sic] o transtorno bipolar. Acredita-se, e é por isso que é mencionado no CID 10 e no DSM IV que, se a mania ocorrer apenas quando o paciente recebe um antidepressivo ao mesmo tempo, isso fala contra o transtorno bipolar, pois é entendido que poderia ser mania induzida por drogas. Entretanto, em contraste, o DSM 5 tomou as consequências de estudos epidemiológicos recentes e escreveu que, embora uma mania ocorra durante o tratamento com um antidepressivo, isto deve ser percebido como sendo verdadeiro, isto é, um transtorno bipolar primário. Portanto, neste caso, você fala contra um melhor conhecimento".

Eu me perguntava como era possível que Rasmus acreditasse em tais disparates. É um disparate total postular que uma mania que ocorre durante



o tratamento com uma pílula da depressão é um novo transtorno quando poderia ser um dano iatrogênico. Nada mais é do que um truque inteligente que os psiquiatras usam para se distanciar dos danos que causam e da sua responsabilidade. A culpa é sempre do paciente, nunca de nós ou de nossas drogas, essa é a mensagem que enviada por eles.

Rasmus deveria ter criticado os psiquiatras que produziram o DSM-5 de tal maneira que estavam além da censura. Pense também na Stine Toft cuja história eu descrevi no primeiro capítulo. Ela nunca foi maníaca, exceto na época em que recebeu uma pílula da depressão.

Tive muitas experiências assim, e é por isso que não vejo absolutamente nenhuma esperança para a psiquiatria. As pessoas com problemas de saúde mental devem consultar os profissionais que não as tratarão com medicamentos psiquiátricos, mas as escutarão e as ajudarão de outras maneiras.<sup>25</sup>

Descrevi em outros lugares como a cegueira dos psiquiatras auto-infligida em relação à realidade é devastadora para os seus pacientes.<sup>4</sup> O mais proeminente psiquiatra infantil americano, Joseph Biederman, é também um dos mais prejudiciais. Ele inventou o diagnóstico da doença bipolar juvenil, e ele e seus colegas de trabalho fizeram um diagnóstico de bipolaridade em 23% das 128 crianças com TDAH.<sup>26</sup> Esta condição era praticamente desconhecida antes de Biederman entrar em cena, mas em apenas oito anos, de 1994-95 a 2002-03, o número de visitas médicas nos Estados Unidos para crianças diagnosticadas com transtorno bipolar aumentou 40 vezes (um aumento de 3900%).<sup>27</sup>

## **Os pacientes adoecem por causa de um desequilíbrio químico no cérebro?**

Não há mudanças químicas específicas no cérebro que causem transtornos psiquiátricos. Os estudos que têm afirmado que um transtorno mental comum como depressão e psicose começa com um desequilíbrio químico no cérebro são todos não confiáveis.<sup>4</sup>

Uma diferença nos níveis de dopamina entre os pacientes com um diagnóstico de esquizofrenia e as pessoas saudáveis não pode nos dizer nada sobre o que iniciou a psicose. Se uma casa arde e encontramos cinzas, isso não significa que foram as cinzas que incendiaram a casa. Da

mesma forma, se um leão nos ataca, ficamos terrivelmente assustados e produzimos hormônios do estresse, mas isto não prova que foram os hormônios do estresse que nos deixaram assustados. Pessoas com psicose muitas vezes sofreram experiências traumáticas no passado, então devemos ver estes traumas como fatores causais e não reduzir o sofrimento a algum desequilíbrio bioquímico que, se existe, é mais provável que seja o resultado da psicose do que a sua causa.<sup>28</sup>

Um trabalho que analisou os 41 estudos mais rigorosos constatou que as pessoas que tinham sofrido adversidades na infância tinham 2,8 vezes mais probabilidade de desenvolverem psicose do que aquelas que não tinham ( $p < 0,001$ , o que significa que a probabilidade de obter tal resultado, ou um número ainda maior do que 2,8, se na realidade não há relação, é menor do que uma em mil).<sup>29</sup> Nove dos dez estudos que testaram uma relação dose-resposta o encontraram.<sup>29</sup> Outro estudo descobriu que as pessoas que tinham experimentado três tipos de trauma (por exemplo, abuso sexual, abuso físico e bullying) tinham 18 vezes mais probabilidade de serem psicóticas do que as pessoas não abusadas, e se tinham experimentado cinco tipos de trauma, tinham 193 vezes mais probabilidade de serem psicóticas (intervalo de confiança de 95% 51 a 736 vezes, o que significa que o verdadeiro risco tem 95% de probabilidade de estar dentro do intervalo de 51 a 736 vezes o risco de uma pessoa que não tenha sido exposta a trauma).<sup>30</sup>

Tais dados são muito convincentes, a menos que você seja um psiquiatra. Uma pesquisa com 2813 psiquiatras britânicos mostrou que para cada psiquiatra que pensa que a esquizofrenia é causada principalmente por fatores sociais, há 115 que pensam que é causada principalmente por fatores biológicos.<sup>31</sup>

O mito sobre um desequilíbrio químico no cérebro ser a causa de transtornos psiquiátricos é uma das maiores mentiras na psiquiatria e também uma das mais prejudiciais. Como foi observado acima, o mito existe há pelo menos 65 anos, desde que Himwich alegou que os neurolépticos trabalham como a insulina para a diabetes.<sup>9</sup> Parece impossível fazer desaparecer o mito, pois é muito útil para a guilda psiquiátrica não o manter. Ele dá aos psiquiatras um alibi para tratar os seus pacientes com medicamentos nocivos e os faz parecer verdadeiros médicos aos olhos do público.

Em 2019, Maryanne Demasi e eu coletamos informações sobre a depressão em 39 sites populares em 10 países: Austrália, Canadá, Dinamarca, Irlanda, Nova Zelândia, Noruega, África do Sul, Suécia, Reino Unido e EUA. Verificamos que 29 websites (74%) atribuíam a depressão a um desequilíbrio químico ou afirmavam que as pílulas da depressão poderiam corrigir ou consertar tal desequilíbrio.<sup>32</sup>

Tenho boas razões para chamar o meu livro de psiquiatria de 2015 de "Psiquiatria mortal e negação organizada".<sup>4</sup> A negação, não apenas da realidade, mas até mesmo da própria postura da psiquiatria quando desafiada, é tão imensa que eu a ilustrarei detalhadamente, usando o meu próprio país como exemplo. É a mesma coisa em todos os lugares, portanto não importa se você nunca ouviu falar das pessoas que menciono.

Em 2005, o professor de psiquiatria Lars Kessing e colegas publicaram uma pesquisa com 493 pacientes com transtorno depressivo ou bipolar que mostrou que 80% dos pacientes concordavam com a declaração: "Os antidepressivos corrigem as mudanças que ocorreram no meu cérebro devido ao estresse ou a problemas".<sup>33</sup> Direi mais sobre Kessing no Capítulo 5, onde também descreverei o que acontece quando programas críticos de TV tentam dizer a verdade sobre a psiquiatria.<sup>34-36</sup>

Em 2013, Thomas Middelboe, o presidente da *Associação Psiquiátrica Dinamarquesa*, descreveu o termo desequilíbrio químico como uma metáfora que a psiquiatria agarrou em uma tentativa de explicar doenças cujas causas são desconhecidas:<sup>37</sup> "É um pouco tolo dizer que as pessoas não têm uma substância no cérebro, mas desequilíbrio químico - eu poderia usar esse termo. Estamos lidando com processos neurobiológicos que são perturbados".

Em 2014, debati com o professor de psiquiatria Poul Videbech em uma reunião pública organizada por estudantes de medicina. Depois de haver explicado e documentado cuidadosamente porque muitas pessoas estão em tratamento com pílulas da depressão e ter sugerido que nós tomássemos as drogas, disse Videbech, diante de 600 pessoas, incluindo pacientes e seus parentes: "Quem tiraria a insulina de um diabético?"

Em 2015, a *Psiquiatria na Região da Capital* e o *Conselho Conjunto das Sociedades Psiquiátricas* realizaram uma reunião com o título, "Verdades ou falsidades sobre as drogas psiquiátricas". O motivo foi que, um ano antes, eu havia iniciado um debate prolongado sobre as drogas

psiquiátricas quando publiquei em um jornal os dez mitos em psiquiatria que são prejudiciais para os pacientes.<sup>4</sup> O artigo também existe em inglês.<sup>38</sup> Oficialmente, o objetivo da reunião era fornecer "uma avaliação neutra e sóbria das drogas", mas o seu verdadeiro objetivo era proteger o *status quo*. Houve uma longa introdução em que o meu nome não foi mencionado, embora eu fosse a razão direta para a realização da reunião, e não fui convidado a falar. A psicóloga Olga Runciman salientou que a história sobre transtornos mentais causados por um desequilíbrio químico estava morta no exterior e perguntou se ela também não estaria morta na Dinamarca. Nenhum dos professores de psiquiatria quis responder, e o presidente não os excitou a falar, nem mesmo depois de eu haver dito duas vezes que eles não tinham respondido.

Oito meses depois, na véspera da publicação de meu livro de psiquiatria,<sup>4</sup> houve uma longa entrevista comigo no jornal onde eu havia descrito os dez mitos.<sup>39</sup> Enfatizo que um dos maiores mitos, sobre o qual mais da metade dos pacientes havia sido informada,<sup>33</sup> é que eles sofrem de um desequilíbrio químico no cérebro. Eu também disse que muitos pacientes acabaram tomando drogas para o resto de suas vidas porque tinham sido enganados desta maneira ou porque tinham sido informados de que se não tomassem as drogas o cérebro ficaria danificado.

Videbech também foi entrevistado e disse: "Contra um melhor conhecimento, ele atribui ao seu oponente todo tipo de motivos injustos. Por exemplo, sabemos há 20 anos que a teoria do desequilíbrio químico no cérebro para a depressão é demasiadamente simples. Tenho escrito sobre isso em meus livros didáticos já há muitos anos. Portanto, é totalmente fora dos limites quando a mim e a outros são atribuídos tais pontos de vista".

Bem, nem por isso. O mito sobre o desequilíbrio químico é apenas uma coisa do passado quando ele é desafiado. A professora de psiquiatria Birte Glenthøj também foi entrevistada e confirmou que o mito ainda estava vivo e bem vivo: "Sabemos através de pesquisas que pacientes que sofrem de esquizofrenia têm aumentadas em média a formação e a liberação de dopamina, e que isto está ligado ao desenvolvimento dos sintomas psicóticos. O aumento da atividade da dopamina também é visto antes de os pacientes receberem a medicação antipsicótica pela primeira vez, portanto não tem nada a ver com a medicação".

Duas semanas depois de publicar o meu livro de psiquiatria, a psiquiatra Marianne Geoffroy escreveu em uma revista descartável apoiada pela indústria que eu havia utilizado fundos públicos para publicar livros privados, não científicos, os quais ela comparou com os livros da Cientologia. Ela afirmou que eu afugentava os cidadãos que sofriam de transtornos psiquiátricos de receberem tratamento relevante.<sup>40</sup> Em um comentário eletrônico, o psiquiatra Lars Søndergård (veja mais sobre ele no capítulo 5) disse que não conhecia nenhum psiquiatra que atribuísse a doença mental a um "desequilíbrio químico no cérebro".

Outro psiquiatra, Julius Nissen, respondeu: "Passei os meus muitos anos em psiquiatria falando com muitas pessoas que receberam exatamente esta explicação e a comparação com a insulina, que é uma substância que eles precisam. Esta convicção faz com que seja muito difícil motivá-los a se retirar da droga. É precisamente porque eles, durante a retirada, experimentam de fato um 'desequilíbrio químico', na medida em que o cérebro está acostumado com a substância. Portanto, eles se sentem confirmados que a hipótese é verdadeira porque estão doentes, mesmo que sejam efeitos colaterais que devam ser superados".

No início de 2017, Videbech postulou novamente que quando as pessoas estão deprimidas, há um desequilíbrio no cérebro.<sup>41</sup> Eu reclamei ao editor do *Manual para Pacientes* disponível publicamente, e que tem status oficial na Dinamarca, que Kessing e Videbech tinham escrito em suas duas contribuições que a depressão é causada por um desequilíbrio químico.<sup>42,43</sup>

Não cheguei a lugar nenhum, é claro, mas senti que era o meu dever para com os pacientes ao menos tentar. Kessing e Videbech mudaram algumas coisas menores e introduziram novas reivindicações que pioraram os seus artigos. Eu reclamei novamente, e novamente em vão, e a mentira sobre o desequilíbrio químico continuou.

Em sua atualização, Kessing acrescentou que, "é sabido que os antidepressivos estimulam o cérebro a produzir novas células nervosas em certas áreas". Videbech escreveu o mesmo, mas não havia referências. Se isto pode acontecer, significa apenas que as pílulas da depressão são prejudiciais às células cerebrais, já que o cérebro forma novas células em resposta a um dano cerebral. Isto está bem documentado, por exemplo, para a terapia de eletrochoque e os neurolépticos.<sup>7</sup> Os líderes psiquiatras

consideram ignorantes os seus pacientes, mas devo dizer que o nível de ignorância entre eles sobre a sua própria especialidade é espantoso.

Como Kessing, Videbech argumentou que o tratamento com pílulas da depressão pode ser vitalício, por exemplo, se a depressão aparecer após 50 anos de idade. Nunca ouvi falar de nenhuma evidência científica confiável em apoio a isto.

Em 2018, um paciente escreveu em um jornal:<sup>44</sup> "Quando um psiquiatra mudou a minha medicação ... ela 'funcionou', colocando cerca de 20 quilos em meu corpo. Quando eu quis sair da droga, ele me contou a mentira habitual: que eu tinha um desequilíbrio químico e que precisava das pílulas. Então, eu continuei... Minha mãe sempre dizia: 'não vá à padaria para buscar carne'. E ir a um médico, com formação médica, na esperança de obter respostas a problemas mentais é exatamente isso". Em seguida, o meu aluno de doutorado Anders Sørensen o ajudou a sair de suas drogas.

Por que precisamos escutar os pacientes e não os psiquiatras se queremos saber a verdade sobre as drogas psiquiátricas e o eletrochoque?<sup>4,23</sup> Uma paciente não conseguia se lembrar nem das coisas mais comuns, como o nome da capital dinamarquesa, depois de ter sido submetida ao eletrochoque.<sup>23</sup> Ela foi permanente e seriamente danificada pelo choque elétrico que nunca deveria ter recebido, mas foi-lhe dito que era a sua "doença", mesmo não tendo nenhum transtorno psiquiátrico; ela havia sido abusada sexualmente quando criança. Seu livro é um relato assustador de praticamente tudo o que está errado com a psiquiatria,<sup>23</sup> assim como o livro sobre uma jovem mulher que os psiquiatras mataram com neurolépticos (ver Capítulo 4).<sup>4,45</sup>

Antes de passar à questão de saber se os medicamentos psiquiátricos têm efeitos específicos e válidos, de acordo com a doutrina da psiquiatria biológica, vou expor a ideia do desequilíbrio químico usando um pouco da lógica.

Se um déficit da serotonina é a causa da depressão e uma droga que aumenta a serotonina funciona para a depressão, então não esperaríamos que uma droga que diminui a serotonina funcione para a depressão. No entanto, este é o caso, por exemplo, da tianeptina.<sup>2,3</sup> De modo mais geral, parece que quase tudo o que causa efeitos colaterais, o que todas as drogas causam, "funciona" para a depressão,<sup>8</sup> incluindo as várias drogas que não

aumentam a serotonina, como por exemplo a mirtazapina. Esta e outras evidências que discutirei a seguir sugerem que as pílulas da depressão não funcionam para a depressão. Os pacientes pensam que são úteis porque podem sentir que algo está acontecendo em seu corpo, e os psiquiatras se iludem.

Se um déficit da serotonina é a causa da depressão, os ratos geneticamente depauperados de serotonina cerebral deveriam estar seriamente deprimidos, mas eles se comportam como os outros ratos.<sup>46</sup>

Se um déficit de serotonina é a causa da depressão, as pílulas da depressão deveriam funcionar muito rapidamente, porque os níveis de monoamina no cérebro aumentariam em um a dois dias após o início do tratamento.<sup>47</sup> E não aumentam. A melhora vem gradualmente, com muito pouca diferença entre a droga e o placebo, e tanto com droga quanto com placebo geralmente isso leva semanas até que os pacientes possam sentir que a sua depressão tenha sido alterada.<sup>4,48</sup>

Se as pílulas da depressão funcionassem aumentando o nível de serotonina, não esperaríamos que funcionassem em doenças que nunca se afirmou que têm algo a ver com a falta de serotonina, por exemplo, a fobia social.<sup>47</sup> Quando o meu grupo de pesquisa revisou o tipo de diagnóstico que havia sido investigado em ensaios controlados por placebo de pílulas da depressão, contamos 214 diagnósticos únicos, além de depressão e ansiedade.<sup>49</sup> Os ensaios foram conduzidos por interesses comerciais, concentrando-se em doenças prevalentes e em problemas cotidianos de tal forma que ninguém pode viver uma vida plena sem experimentar vários dos problemas para os quais estes medicamentos foram testados. Concluimos que as pílulas da depressão são a versão moderna da pílula soma de Aldous Huxley destinada a manter todos felizes no "Admirável Mundo Novo".

Em 1996, Steven Hyman, ex-diretor do *Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos*, indicou que as pílulas da depressão não corrigem um desequilíbrio químico no cérebro, mas que, pelo contrário, criam um desequilíbrio químico.<sup>50</sup> É por isso que tantas pessoas lutam para sair das drogas psiquiátricas (ver Capítulo 4). O mito sobre o desequilíbrio químico é muito prejudicial por outras razões também. Ele faz as pessoas acreditarem que há algo seriamente errado com elas, e às vezes até lhes é dito que é hereditário. O resultado é que os pacientes temem o que

aconteceria se eles parassem, mesmo que façam lentamente o afilamento das drogas que estão a consumir. Da mesma forma, o mito convence os médicos de que eles têm razão quando persuadem os seus pacientes a tomar drogas de que não gostam ou que têm medo.

A indústria farmacêutica e seus aliados pagos na profissão psiquiátrica traíram o mundo inteiro, e a receita é simples. Você toma uma droga e descobre que ela aumenta o X, por exemplo a serotonina, ou diminui o Y, por exemplo a dopamina. Você então inventa a hipótese de que as pessoas que você trata são deficientes em X ou que produzem muito Y. Não há nada de errado em inventar hipóteses. É assim como a ciência funciona. Mas quando a sua hipótese é rejeitada, repetidamente, não importa o que você faça e quão engenhoso você é e o quanto você manipula o seu projeto e os dados, é hora de enterrar a hipótese de vez.

Isto não vai acontecer. O mito do desequilíbrio químico não é uma questão de ciência, mas sim de dinheiro, de prestígio e de interesses da corporação.

Você consegue imaginar uma cardiologista dizendo: "Você tem um desequilíbrio químico no seu coração, então você precisa tomar este medicamento para o resto de sua vida", quando ela não faz ideia do que está falando?

## **As drogas psicoativas são específicas e valem a pena?**

Os psiquiatras dizem constantemente que usam drogas com efeitos específicos que são igualmente eficazes como muitas outras drogas, por exemplo, aquelas usadas para dores reumáticas e asma.

Para muitas drogas psiquiátricas, podemos dizer qual o principal receptor no cérebro visado, resultando no bloqueio ou no aumento do efeito de um determinado neurotransmissor, por exemplo, serotonina, dopamina ou ácido gama-aminobutírico (GABA).

Isto parece ser um efeito específico, como a insulina para a diabetes, mas não é. Se o açúcar no sangue estiver muito alto, você pode acabar em coma hiperglicêmico, o que pode levar a lesões cerebrais permanentes e à morte. Entretanto, se você for tratado com insulina, fluidos intravenosos e eletrólitos, normalmente você se recuperará totalmente. O efeito é considerável e rápido.



Os antibióticos também são tratamentos muito específicos. Você pode ficar fatalmente doente se estiver infectado com estreptococos, mas pode se recuperar em uma ou duas horas, se receber penicilina.

As drogas psiquiátricas interagem com vários receptores e há receptores em outros lugares do corpo, fora do cérebro. Mais de cem neurotransmissores foram descritos, e o cérebro é um sistema altamente complicado, o que torna impossível saber o que acontecerá quando você perturbar este sistema com uma droga.

É revelador ver o que acontece quando as pessoas são expostas a drogas psiquiátricas e a outras substâncias psicoativas. Há semelhanças notáveis, não importa qual droga ou substância utilizamos, se são drogas de prescrição, narcóticos comprados na rua, álcool ou ópio. Os efeitos comuns são entorpecimento dos sentimentos, embotamento emocional, sonolência, falta de controle sobre seus pensamentos, menor preocupação consigo mesmo e com os outros, e capacidade reduzida ou ausente de ter relações sexuais e de se apaixonar.

As substâncias psicoativas mudam o seu cérebro e se você parar abruptamente de tomar uma droga, os sintomas de abstinência também são notavelmente semelhantes, não importa que droga é. Há também diferenças, mas é claro que as drogas psiquiátricas não têm ações específicas. Se você as der a voluntários ou a animais saudáveis, eles experimentarão os mesmos efeitos não específicos que os pacientes sentem. Isto não é assim para os medicamentos específicos. Se você der penicilina a uma pessoa saudável, essa pessoa não se tornará melhor e provavelmente não sentirá nada.

Temos muitas drogas específicas que podem aumentar a sobrevivência. Antibióticos, anti-hipertensivos, estreptoquinase para ataques cardíacos, aspirina para prevenir novos ataques cardíacos, fatores de coagulação para pessoas com defeitos hereditários de coagulação, vitaminas para pessoas com deficiências vitamínicas graves, hormônios da tireoide para mixedema, e muito mais.

Os medicamentos psiquiátricos não podem curar as pessoas, apenas amortecem os seus sintomas, acompanhados por muitos efeitos nocivos. E eles não salvam a vida das pessoas; eles matam as pessoas. Estimei, com base na melhor ciência que pude encontrar, que os medicamentos

psiquiátricos são a terceira principal causa de morte, depois das doenças cardíacas e do câncer.<sup>4</sup> Talvez não sejam tão prejudiciais assim, mas não há dúvida de que matam centenas de milhares de pessoas a cada ano. Estimei que apenas uma droga neuroléptica, a olanzapina (Zyprexa), matou 200.000 pacientes até 2007.<sup>51</sup> O que é particularmente triste é que de longe a maioria desses pacientes nunca deveria ter sido tratada com Zyprexa.

Os psiquiatras querem ouvir sobre isso? Não. Em outubro de 2017, fui convidado a dar duas palestras no 17º Congresso Mundial de Psiquiatria da *Associação Psiquiátrica Mundial*, em Berlim. Quando falei sobre "A retirada de psicotrópicos", havia cerca de 150 psiquiatras na plateia. Quinze minutos depois, falei sobre "Por que as drogas psiquiátricas são a terceira causa principal de morte depois das doenças cardíacas e do câncer?" Três dos mais de 10.000 psiquiatras presentes no congresso se recusaram a dar entrevistas e cuidadosamente evitaram ser filmados pela equipe do documentário que me seguia, como se eles estivessem a caminho para ver um filme pornô.

A primeira coisa que as pessoas notam quando começam a tomar uma droga psiquiátrica são os seus danos. Poucas pessoas não sofrerão nenhum dano. A reação óbvia a isto seria dizer ao seu médico que não quer o medicamento. Mas - de acordo com o roteiro da psiquiatria - seu médico o persuadirá a continuar e lhe será dito que leva algum tempo até que o efeito comece e que os danos - que os médicos chamam de efeitos colaterais porque parece mais agradável - serão menos perceptíveis com o tempo.

Portanto, você continua. Mesmo quando você estiver bem, o que teria acontecido na maioria dos casos, também sem medicamentos, seu médico insistirá - de acordo com as diretrizes baseadas em estudos altamente deficientes que muitas vezes foram escritos por médicos que estão na folha de pagamento da indústria<sup>4</sup> - que você precisa continuar por mais um número de meses, às vezes anos, ou pelo resto de sua vida.

Em seu artigo, "Os antidepressivos curam ou criam estados anormais no cérebro?", Joanna Moncrieff e David Cohen explicam porque o modelo de ação de drogas centrado na doença que supõe que as drogas retificam as anormalidades biológicas é incorreto.<sup>52</sup> Um modelo de ação centrado em

drogas é muito mais plausível. Neste modelo, que não é um modelo, mas apenas uma simples realidade, as drogas psicotrópicas criam estados anormais que podem, por coincidência, aliviar os sintomas. Os efeitos desinibidores do álcool podem aliviar sintomas de fobia social, mas isso não implica que o álcool corrija um desequilíbrio químico subjacente à fobia social.

Os autores argumentam que um modelo baseado na doença - como a insulina para a diabetes - poderia ser considerado estabelecido se:

*a patologia das condições ou os sintomas psiquiátricos tivessem sido delineados independentemente da caracterização da ação da droga, e a ação da droga pudesse ser extrapolada a partir dessa patologia;*

*escalas de classificação usadas para avaliar o tratamento de medicamentos em ensaios clínicos tivesse detectado de forma confiável mudanças nas manifestações de um processo de doença subjacente em vez de detectar efeitos induzidos pelos medicamentos;*

*modelos animais de doenças psiquiátricas tivessem selecionado drogas específicas;*

*drogas que se pensava terem uma ação específica em certas condições, tivessem mostrado ser superiores às drogas que se pensava terem efeitos não específicos;*

*os voluntários saudáveis tivessem mostrado padrões de efeitos diferentes ou ausentes, em comparação com os pacientes diagnosticados, uma vez que se espera que as drogas exerçam os seus efeitos terapêuticos apenas em um sistema nervoso anormal; e*

*o uso generalizado de medicamentos supostamente específicos para doenças tivesse levado à demonstração de melhorias a curto ou longo prazo nos resultados dos transtornos psiquiátricos.*

Nada disso é verdade para as drogas psiquiátricas. Em uma cadeia circular de lógica, a teoria da monoamina da depressão foi formulada principalmente em resposta a observações de que as primeiras pílulas da depressão comercializadas aumentavam os níveis de monoamina cerebral. As monoaminas incluem serotonina, dopamina e noradrenalina, mas não há evidência de que exista uma anormalidade de monoamina na depressão.

As escalas de classificação da depressão, por exemplo, a escala Hamilton,<sup>53</sup> contêm itens que não são específicos da depressão, incluindo dificuldades para dormir, ansiedade, agitação e queixas somáticas. Estes

sintomas provavelmente respondem aos efeitos sedativos não específicos que ocorrem com muitas pílulas da depressão e em outras substâncias, por exemplo, álcool, ópio e neurolépticos, que também poderiam ser considerados pílulas da depressão, mas não prescrevemos álcool ou morfina para pessoas com depressão e nem as chamamos de pílulas da depressão.

Usando a escala Hamilton, até mesmo estimulantes como cocaína, ecstasy, anfetaminas e drogas de TDAH poderiam ser consideradas pílulas da depressão. Quase tudo poderia. De fato, muitas drogas que não são consideradas pílulas da depressão mostram efeitos comparáveis a elas, por exemplo, benzodiazepinas, opiáceos, buspirona, estimulantes, reserpina, e outros neurolépticos.<sup>52</sup>

Os recentes aumentos acentuados no uso de pílulas da depressão foram acompanhados por uma maior prevalência e duração de episódios depressivos e pelo aumento das taxas de ausência por doenças.<sup>52</sup> Em todos os países onde esta relação tem sido examinada, o aumento do uso de medicamentos psiquiátricos tem sido acompanhado por um aumento nas pensões por invalidez por razões de saúde mental.<sup>3</sup> Isto mostra que os medicamentos psiquiátricos são prejudiciais.

1 Todos nós devemos contribuir para mudar a narrativa seriamente enganosa da psiquiatria.

2 Pílula da depressão é o termo correto para um "antidepressivo", na medida que não faz promessas.

3 Grande tranquilizante é o termo correto para um "antipsicótico", pois é isso que o medicamento faz, nos pacientes, em voluntários saudáveis e em animais. Ele também pode ser chamado de neuroléptico, na medida que não faz promessas.

4 Sedativo é o termo correto para um medicamento "anti-ansiedade", pois é isso que o medicamento faz, em pacientes, voluntários saudáveis e em animais.

5 Aceleração na prescrição é o termo correto para os medicamentos TDAH, pois funcionam como anfetaminas, e alguns deles são anfetaminas de fato.

6 "Estabilizador de humor" é como o unicórnio. Como tal droga não existe, o termo não deve ser usado.

## **Julgamentos errados levaram os psiquiatras a se extraviarem**

As escalas de classificação utilizadas em ensaios controlados por placebo de medicamentos psiquiátricos para medir a redução dos sintomas fizeram os psiquiatras acreditarem que os medicamentos funcionam e que o efeito é específico para o transtorno que está sendo tratado. Entretanto, tais resultados não dizem nada sobre se os pacientes foram curados ou se podem levar uma vida razoavelmente normal. Além disso, os efeitos medidos com estas escalas não são confiáveis. Praticamente todo ensaio clínico de drogas controlado por placebo na psiquiatria é falho.<sup>4,54</sup>

Como as pesquisas são deficientes, as revisões sistemáticas das pesquisa também são deficientes, e as diretrizes são por sua vez deficientes. Até mesmo o processo de aprovação de medicamentos é deficiente. Os reguladores de drogas não prestam atenção suficiente às falhas. Eles nem mesmo pedem às empresas farmacêuticas os muitos dados ou apêndices em falta que, de acordo com os indicadores que as empresas fornecem, deveriam ter sido incluídos em seus pedidos.<sup>55</sup>

### A abrupta interrupção no grupo placebo

Na grande maioria dos ensaios clínicos, os pacientes já estavam tomando um medicamento semelhante ao que está sendo testado contra o placebo. Após um curto período de *washout* sem este medicamento, os pacientes são randomizados para o novo medicamento ou para o placebo. Há três problemas principais com este projeto.

Primeiro, os pacientes que são recrutados para os ensaios são aqueles que não reagiram muito negativamente na obtenção de tal medicamento

antes.<sup>52</sup> Portanto, provavelmente não reagirão negativamente ao novo medicamento, o que significa que os ensaios subestimarão os danos dos medicamentos psiquiátricos.

Segundo, quando pacientes que toleraram um medicamento psiquiátrico são randomizados para o grupo placebo, eles provavelmente reagirão mais negativamente a isto do que se não tivessem estado em tratamento antes. Isto porque os medicamentos psiquiátricos têm uma gama de efeitos, alguns dos quais podem ser percebidos como positivos, por exemplo, euforia ou entorpecimento emocional.

Em terceiro lugar, os sintomas de abstinência pelos quais passam alguns pacientes do grupo placebo os prejudica. Portanto, não é surpreendente que o novo medicamento pareça ser melhor do que o placebo. A introdução de períodos mais longos de *washout* não elimina este problema. Se as pessoas sofreram danos cerebrais permanentes antes de entrar nos testes, os períodos de *washout* não podem compensar, e mesmo que não seja o caso, elas podem sofrer de sintomas de abstinência durante meses ou anos.<sup>7,56,57</sup>

Milhares de ensaios de neurolépticos foram realizados, mas quando recentemente o meu grupo de pesquisa procurou ensaios controlados por placebo em psicose que incluíam apenas pacientes que não tinham recebido tal medicamento antes, encontramos apenas um ensaio.<sup>58</sup> Era da China e parecia ser fraudulento. Assim, todos os ensaios de drogas neurolépticas controlados por placebo e randomizados em pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia foram defeituosos, o que significa que o uso de drogas neurolépticas não pode ser justificado com base nas evidências que temos atualmente.<sup>4</sup>

O primeiro ensaio que não teve falhas foi publicado em 20 de março de 2020,<sup>59</sup> 70 anos após a descoberta do primeiro neuroléptico, a clorpromazina, que a Rhône-Poulenc comercializou em 1953 com o nome comercial Largactil, o que significa ampla atividade.

Entretanto, mesmo 70 anos não foram suficientes para os psiquiatras caírem em si. Eles ainda não estavam prontos para tirar as consequências de seus resultados, o que seu resumo demonstra:<sup>59</sup>

"as diferenças de grupo foram pequenas e clinicamente triviais, indicando que o tratamento com medicação placebo não foi menos eficaz do que o tratamento antipsicótico convencional (Diferença média = -0,2,

intervalo de confiança de 2 lados 95% -7,5 a 7,0,  $t = 0,060$ ,  $p = 0,95$ ). Dentro do contexto de um serviço especializado de intervenção precoce, e com uma curta duração de psicose não tratada, a introdução imediata de medicamentos antipsicóticos pode não ser necessária para todos os casos de psicose do primeiro episódio, a fim de ver uma melhora funcional. Entretanto, esta descoberta só pode ser generalizada para uma proporção muito pequena de casos de psicose do primeiro episódio (FEP) nesta fase, e um estudo maior é necessário para esclarecer se o tratamento sem antipsicóticos pode ser recomendado para subgrupos específicos daqueles com FEP”.

Traduzi o que isto significa para aqueles de nós que não têm interesses corporativos a defender:

"Nosso estudo foi pequeno, mas é único porque só incluiu pacientes que não tinham sido tratados com um neuroléptico antes. Descobrimos que os neurolépticos não são necessários para pacientes com psicose não tratada. Isto é um grande progresso para os pacientes, pois estas drogas são altamente tóxicas e dificultam o seu retorno a uma vida normal". Com base na totalidade das evidências que temos, o uso de neurolépticos em psicose não pode ser justificado. Os neurolépticos só devem ser utilizados em ensaios aleatórios controlados por placebo de pacientes com drogas”.

Os autores de uma revisão sistemática da Cochrane de 2011 sobre neurolépticos para esquizofrenia em episódios iniciais de esquizofrenia indicaram que as evidências disponíveis não suportam a conclusão de que o tratamento antipsicótico em um episódio precoce agudo de esquizofrenia é eficaz.<sup>60</sup> Esta é uma das poucas revisões Cochrane de medicamentos psiquiátricos em que se pode confiar.<sup>4,54</sup> Há enormes problemas com a maioria das revisões da Cochrane, por exemplo, as revisões da Cochrane na esquizofrenia incluem rotineiramente ensaios em uma meta-análise (que é um resumo estatístico dos resultados de vários ensaios) onde falta a metade dos dados.<sup>4</sup> Isto é lixo que entra, lixo que sai, com um pequeno logotipo da Cochrane, como Tom Jefferson disse em uma entrevista no artigo, "Cochrane - um navio afundando?"<sup>61</sup>

Para saber por quanto tempo os pacientes devem ser aconselhados a continuar tomando os seus medicamentos, foram realizados os chamados estudos de manutenção, também chamados de estudos de abstinência.

Estes estudos são altamente enganosos devido aos efeitos da "interrupção abrupta". Uma grande metanálise de 65 ensaios controlados por placebo descobriu que apenas três pacientes precisavam ser tratados com neurolépticos para evitar uma recaída após um ano.<sup>62</sup> Isto parece muito impressionante, mas o resultado é totalmente não confiável. O benefício aparente do tratamento contínuo com neurolépticos diminuiu com o tempo e ficou próximo de zero após três anos. Assim, o que foi visto após um ano foi o dano iatrogênico, que foi descrito como um benefício.

Quando o acompanhamento é maior do que três anos, acontece que *descontinuar* os neurolépticos é a melhor opção. Há apenas um teste de manutenção devidamente planejado e conduzido, da Holanda. Ele tem sete anos de acompanhamento, e os pacientes que tiveram suas doses diminuídas ou descontinuadas se deram muito melhor do que aqueles que continuaram tomando neurolépticos: 21 de 52 (40%) contra 9 de 51 (18%) tinham se recuperado de seu primeiro episódio de esquizofrenia.<sup>63</sup>

As lideranças psiquiátricas interpretam os estudos de manutenção dos neurolépticos e das pílulas da depressão como sendo altamente eficazes na prevenção de novos episódios de psicose e depressão, respectivamente,<sup>4</sup> e que os pacientes devem, portanto, continuar tomando os medicamentos por anos ou até mesmo pela vida.

Os pesquisadores dinamarqueses tentaram repetir o estudo holandês, mas o seu estudo foi abandonado porque os pacientes estavam assustados com o que aconteceria se não continuassem tomando as suas drogas. Um psiquiatra envolvido com o ensaio clínico fracassado me falou sobre outro recente teste de retirada, realizado em Hong Kong.<sup>64</sup> Os pesquisadores trataram pacientes do primeiro episódio com quetiapina (Seroquel) por dois anos; interromperam o tratamento em metade dos pacientes introduzindo placebo; e relataram os resultados em dez anos. Eles descobriram que um resultado clínico ruim ocorreu em 35 (39%) dos 89 pacientes no grupo de descontinuação e em apenas 19 (21%) dos 89 pacientes no grupo de manutenção do tratamento.

Imediatamente suspeitei que o ensaio estava com falhas, pois este resultado era exatamente o oposto do resultado holandês, e que eles tinham afilado o neuroléptico muito rapidamente e tinham causado os sintomas com a 'abrupta interrupção'. Como não havia nada sobre o seu esquema de afilamento no artigo, procurei em uma publicação anterior os resultados



em três anos.<sup>65</sup> Eles não afilaram nada; todos os pacientes randomizados com placebo foram expostos à 'interrupção abrupta'.

O relatório de dez anos foi altamente revelador: "Uma análise *post-hoc* sugere que as consequências adversas da descontinuação precoce foram mediadas em parte através de uma recaída precoce durante o período de um ano após a descontinuação da medicação".<sup>64</sup>

Os investigadores definiram um mau resultado como sendo um conjunto de sintomas psicóticos persistentes, um requisito para tratamento com clozapina ou morte por suicídio. Eles chamaram o seu estudo de duplo-cego, mas é impossível manter o cego em uma pesquisa com sintomas da interrupção abrupta, e é altamente subjetivo se existem sintomas psicóticos e se a clozapina deve ser administrada. Estou muito mais interessado em saber se os pacientes retornam a uma vida normal, e uma tabela mostrou que, após dez anos, 69% dos que continuaram tomando a sua droga estavam empregados contra 71% no grupo de abstenção abrupta, um resultado bastante notável considerando os danos iatrogênicos infligidos a este último grupo.

Considero este ensaio clínico altamente antiético porque alguns pacientes cometem suicídio quando experimentam efeitos da interrupção abrupta. Robert Whitaker demonstrou que este projeto de ensaio é letal.<sup>1,66</sup> Um em cada 145 pacientes que entraram nos ensaios para risperidona (Janssen), olanzapina (Eli Lilly), quetiapina (AstraZeneca) e sertindole (Lundbeck) morreu, mas nenhuma destas mortes foi mencionada na literatura científica, e a FDA não exigiu que fossem mencionadas. A taxa de suicídio nestes ensaios clínicos foi 2 a 5 vezes maior do que a norma.

Não é de se admirar que a AstraZeneca que vende quetiapina tenha ficado feliz em financiar um estudo em Hong Kong que foi seriamente prejudicado em favor da sua droga.<sup>64</sup>

A tentativa dos investigadores de explicar o que encontraram é de tirar o fôlego. Eles escreveram que o seu resultado, no terceiro ano, levantou a sugestão de que, "pode haver uma janela de tempo ou um período crítico durante o qual uma recaída pode ser modificadora do curso". A plausibilidade da existência de tal janela de tempo entre o segundo e o terceiro ano é zero. Como é altamente variável quando ou se um paciente cai, não pode haver nenhuma janela de tempo. Os psiquiatras prejudicaram deliberadamente a metade de seus pacientes, mas concluíram

que não fizeram nada de errado e que seus pacientes, ou a doença deles, ou uma "janela de tempo", é que são os culpados.

### Ausência de cegueira

Devido aos evidentes efeitos colaterais dos medicamentos psiquiátricos, os ensaios rotulados como duplo-cegos não são duplo-cegos. Muitos pacientes - e seus médicos - sabem quem está drogado e quem está tomando placebo.<sup>4</sup> É preciso muito pouca quebra da cegueira em uma pesquisa antes que pequenas diferenças registradas possam ser explicadas puramente por um viés na avaliação dos resultados em uma escala de classificação subjetiva.

Em ensaios supostamente duplo cegos, os investigadores podem relatar efeitos positivos que só existem em sua imaginação. Isto ocorreu em um famoso estudo financiado pelo *Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA* em 1964, que ainda é altamente citado como evidência de que os neurolépticos são eficazes. Foi um ensaio com 344 pacientes recém admitidos com esquizofrenia que foram randomizados para fenotiazinas como a clorpromazina, ou para placebo.<sup>67</sup> Os investigadores relataram, sem oferecer nenhum dado numérico, que as drogas reduziram a apatia e tornaram os movimentos menos retardados, exatamente o oposto do que essas drogas fazem às pessoas, o que os psiquiatras haviam admitido uma década antes.<sup>3</sup> Os investigadores alegaram um enorme benefício para a participação social (tamanho do efeito de 1,02) e que as drogas tornam os pacientes menos indiferentes ao meio ambiente (tamanho do efeito de 0,50). Os medicamentos fazem o oposto. Eles também alegaram, sem dados, que 75% contra 23% estavam acentuada ou moderadamente melhorados e sugeriram que as drogas não deveriam mais ser chamadas de tranquilizantes, mas sim de drogas anti-esquizofrênicas. Seu estudo contribuiu para moldar as crenças errôneas de que a esquizofrenia pode ser curada com drogas e que os neurolépticos devem ser tomados indefinidamente.<sup>1</sup>

Os neurolépticos não têm efeitos clinicamente relevantes sobre a psicose. Apesar dos formidáveis vieses – interrupção abrupta, falta de cegueira, e financiamento da indústria que implica em torturar os dados até eles confessarem,<sup>4,51</sup> - os resultados publicados têm sido muito pobres.<sup>4</sup> O

efeito clinicamente menos relevante corresponde a cerca de 15 pontos na Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS)<sup>68</sup> comumente usada nos ensaios. No entanto, o que foi relatado em ensaios controlados por placebo de medicamentos novos submetidos à FDA foi de apenas 6 pontos<sup>69</sup> - embora a pontuação melhore facilmente quando alguém é derrubado por um tranquilizante e passa a expressar ideias anormais com menos frequência.<sup>9</sup>

Os remédios para a depressão também não funcionam. O menor efeito que pode ser percebido na escala Hamilton é de 5-6,<sup>70</sup> mas apenas cerca de 2 é obtido em ensaios com falhas.<sup>71,72</sup>

Algumas meta-análises descobriram que o efeito das pílulas da depressão é maior se os pacientes estiverem severamente deprimidos,<sup>71,73,74</sup> e os comprimidos são geralmente recomendados para a depressão severa e às vezes também para a depressão moderada. Entretanto, os efeitos relatados são muito pequenos para todas as severidades de depressão, por exemplo, 2,7 para pacientes com um escore de Hamilton acima de 23 que é considerado depressão muito severa,<sup>74</sup> e 1,3 para graus mais amenos.<sup>71</sup> Além disso, é provavelmente apenas um artefato matemático que o efeito pareça ser um pouco maior na depressão severa.<sup>75</sup> Como a pontuação de linha de base para depressão severa é maior do que para depressão leve, qualquer tendência influenciará o resultado medido mais em pacientes com depressão severa do que naqueles com depressão leve. Se assumirmos que o viés de desbloqueio é de 10% ao estimar o efeito no grupo de medicamentos e, pela simplicidade do exemplo, que não há viés no grupo placebo e nenhuma melhora entre a linha de base e a visita final, então uma pontuação de linha de base Hamilton de 25 ainda seria de 25 após o tratamento. Mas devido ao viés, haveria uma diferença de 2,5 pontos entre o medicamento e o placebo. Se a linha de base for 15, essa diferença seria de apenas 1,5.

O pequeno efeito das pílulas da depressão medido em ensaios com falhas desaparece se o placebo contiver atropina, que tem efeitos colaterais semelhantes aos das pílulas, por exemplo, boca seca.<sup>76</sup> Tais testes foram feitos há muitos anos quando as pílulas da depressão eram tricíclicos. Muitos psiquiatras dizem que estas são mais eficazes do que as novas pílulas da depressão (mas também mais perigosas, razão pela qual são raramente usadas). Apesar disso, o efeito em sete ensaios com atropina no

placebo só correspondeu a 1,3 na escala de Hamilton.<sup>76</sup> O "efeito" dos medicamentos mais novos é de cerca de 2,3, ou quase o dobro.<sup>71,72</sup>

É muito fácil fazer com que quase qualquer substância com efeitos colaterais "funcione" para a depressão, incluindo os estimulantes.<sup>77</sup> Três dos 17 itens na escala Hamilton são sobre a insônia, e só essa questão pode render seis pontos na escala,<sup>53</sup> ou três vezes mais do que o "efeito" em testes tendenciosos. E se uma pessoa passa da ansiedade máxima para nenhuma ansiedade, oito pontos podem ser ganhos.

### Resultados irrelevantes

O que os médicos querem alcançar com as drogas? Acima de tudo, é evitar suicídios e mortes por outras causas. Além disso, levar os pacientes de volta a uma vida normal e com bons contatos sociais.

Às vezes, isto não pode ser obtido. A maioria dos pacientes que recebem um diagnóstico de depressão vivem vidas deprimentes, por exemplo, são casados com a pessoa errada, têm um chefe que os intimida, um trabalho tedioso ou uma doença crônica, e dificilmente é o trabalho dos médicos tentar tirá-los dessa situação. Além disso, não existem pílulas para isso, mas a essas pessoas são rotineiramente prescritas pílulas da depressão, que são vistas como sendo a "solução" para os problemas da vida.

Uma pontuação em uma escala de classificação não nos diz se o paciente está bem. Mais de mil testes de pílulas da depressão controlados por placebo já foram realizados, mas não vi nenhum que medisse se os pacientes estavam *curados* por um medicamento, ou seja, se voltaram a ter uma vida produtiva normal. Se tais ensaios clínicos existissem, teríamos sabido sobre eles. A menos que eles tenham mostrado que as drogas pioraram a situação e, por conseguinte, foram enterrados nos arquivos da empresa.<sup>4</sup>

De acordo com o manual da *Associação Americana de Psiquiatria*, o DSM-5, a depressão maior está presente quando o paciente apresenta 5 ou mais de 9 sintomas que "causam angústia ou comprometimento clinicamente significativo na área social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento". Dada a forma como o transtorno é definido, não faz sentido que os testes de drogas não utilizem esses resultados.

Um estudo com esses resultados não foi apropriado, por ser uma pesquisa sobre a abstinência que apenas nos disse que os danos com a interrupção abrupta que os psiquiatras infligem aos pacientes eram maiores para alguns medicamentos do que para outros.<sup>78</sup> Sem surpresa, os pacientes que tomavam fluoxetina (o produto do patrocinador, Eli Lilly) podiam suportar uma curta interrupção do tratamento, onde os pacientes recebiam placebo, na medida que este medicamento tem um metabolito ativo com uma meia-vida muito longa. A paroxetina tem uma meia-vida curta, e mesmo depois de faltar apenas uma dose, ocorreu um aumento estatisticamente significativo dos danos, que se agravou durante os cinco dias seguintes.

A pesquisa do laboratório Lilly foi grosseiramente antiética. Os sintomas de abstinência após a retirada da paroxetina eram graves, o que era o esperado tomando como referência as observações clínicas e um estudo anterior, semelhante, também patrocinado por Lilly.<sup>79</sup> Os pacientes experimentaram "durante a substituição do placebo, uma piora estatisticamente significativa da gravidade da náusea, sonhos incomuns, cansaço ou fadiga, irritabilidade, humor instável com mudanças repentinas, dificuldade de concentração, dores musculares, sensação de tensão, calafrios, problemas para dormir, agitação e diarreia".<sup>78</sup> Na experiência anterior do Lilly,<sup>79</sup> cerca de um terço dos pacientes em uso da paroxetina ou da sertralina tiveram uma piora do humor, irritabilidade e agitação, assim como um aumento na pontuação de pelo menos oito na escala Hamilton, que é a diferença entre estar ligeiramente deprimido e severamente deprimido.<sup>74</sup>

Lilly sacrificou os pacientes para obter uma vantagem comercial. Muitos pacientes sofreram de uma depressão com a abstinência causada pelo desenho cruel do ensaio clínico, e os vários danos que sofreram aumentaram o risco de suicídio, violência e homicídio.<sup>4</sup> Isto já era conhecido muito antes da realização do estudo.<sup>2,4,80</sup>

Sem surpresas, "Pacientes tratados com a paroxetina relataram uma deterioração estatisticamente significativa no funcionamento no trabalho, nos relacionamentos, nas atividades sociais e no funcionamento em geral".<sup>78</sup>

1 Se você for solicitado a participar de um ensaio clínico com um medicamento psiquiátrico, precisará investigar com muito cuidado o que se trata e se é eticamente aceitável.

2 Peça ao médico toda a documentação, incluindo o protocolo completo do teste e as informações sobre quem é o investigador, que pode ser o único local onde os danos foram listados, também a respeito de pesquisas com animais.

3 Preste atenção aos conflitos de interesse. O médico ou instituição se beneficiará financeiramente da realização da pesquisa?

4 Os dados brutos, de forma anônima, serão disponibilizados aos investigadores e pesquisadores independentes, permitindo que eles façam as suas próprias análises? Todos os pacientes que solicitarem esses dados os receberão?

5 Verifique se você recebeu uma confirmação por escrito antes de tomar uma decisão. Se os dados não forem disponibilizados ou o seu médico se sentir desconfortável quando você solicitar, você deverá recusar-se a participar e publicar as suas experiências como um impedimento para práticas inadequadas de pesquisa e para alertar outros pacientes.

## **Suicídios, outras mortes e outros danos graves**

É um segredo bem guardado saber quantas pessoas são mortas por drogas psiquiátricas. Isto tem sido obscurecido de muitas maneiras.

A maneira mais fácil é limpar as mortes para debaixo do tapete, "para que não levantemos preocupações", como disse um cientista da Merck quando foi desautorizado pelo seu chefe.<sup>51</sup> O cientista tinha pesquisado que uma mulher com o medicamento Vioxx (rofecoxib) da Merck para artrite havia morrido de um ataque cardíaco, mas que a causa da morte havia sido mudada para desconhecida, também no relatório da Merck para a FDA. Outras mortes cardíacas repentinas em Vioxx desapareceram antes

da publicação dos resultados do ensaio clínico. Quando as muitas mortes não puderam mais ser ocultadas, a Merck retirou o Vioxx, em 2004. Estimei que o Vioxx matou cerca de 200.000 pessoas, a maioria das quais nem precisava do medicamento.<sup>51</sup>

A fraude com consequências letais é comum em ensaios clínicos de drogas,<sup>4,51</sup> e as nossas principais revistas médicas, neste caso o *New England Journal of Medicine*, muitas vezes contribuem voluntariamente publicando ensaios com falhas e não tomando medidas quando é claramente necessário agir para salvar a vida dos pacientes.<sup>51</sup>

A psiquiatria não é exceção. Apenas cerca da metade dos suicídios e outras mortes que ocorrem nos ensaios de drogas psiquiátricas são publicados.<sup>81</sup>

Outro grande problema é a retirada abrupta no grupo placebo. Como praticamente todos os ensaios sofrem deste defeito de projeto, eles subestimarão o quão mortíferos são os medicamentos psiquiátricos.

## Neurolépticos

Os neurolépticos são muito tóxicos e provavelmente as mais mortais entre todas as drogas psiquiátricas.<sup>4</sup> Quando eu quis descobrir o quão mortíferos eles são, decidi me concentrar em pacientes idosos e dementes. Presumi que poucos deles estariam em tratamento antes de serem randomizados e que haveria pacientes suficientes para tirar uma conclusão sobre por que muitos deles morrem, quer por drogas ou não.

Encontrei uma meta-análise de ensaios controlados por placebo em demência com um total de cerca de 5.000 pacientes.<sup>82</sup> Após apenas dez semanas, 3,5% haviam morrido enquanto estavam em um dos mais novos neurolépticos, olanzapina (Zyprexa), risperidona (Risperdal), quetiapina (Seroquel) ou aripiprazol (Abilify), enquanto 2,3% haviam morrido em tratamento com placebo. Assim, para cada 100 pessoas tratadas durante dez semanas, um paciente era morto com um neuroléptico. *Esta é uma taxa de mortalidade extremamente alta para um medicamento.*

Como a metade das mortes está faltando, em média, nas pesquisas publicadas,<sup>81</sup> procurei os dados correspondentes da FDA tomando como base os mesmos medicamentos e ensaios. Como era de se esperar, algumas mortes haviam sido omitidas das publicações, e as taxas de mortalidade

eram agora de 4,5% contra 2,6%, o que significa que os neurolépticos matam dois pacientes em cem em apenas dez semanas.<sup>83</sup>

Também encontrei um estudo finlandês com 70.718 habitantes da comunidade recém-diagnosticados com o mal de Alzheimer, que relatou que neurolépticos matavam 4-5 pessoas por ano em comparação com pacientes que não eram tratados.<sup>84</sup> Se os pacientes recebiam mais de um medicamento neuroléptico, o risco de morte era aumentado em 57%. Como este não foi um ensaio aleatório, os resultados não são totalmente confiáveis; mas tomados em conjunto, estes dados mostram uma taxa de mortalidade tão grande que não me lembro de haver visto um outro medicamento que os pacientes não precisam ser tão mortal.

Podemos extrapolar esses resultados para jovens com esquizofrenia? Sim. Na saúde baseada em evidências, nós baseamos as nossas decisões nas melhores evidências disponíveis. Isto significa a evidência mais confiável, que são os dados logo acima. Assim, na ausência de outras evidências confiáveis, precisaremos assumir que os neurolépticos também são altamente letais para os jovens. Portanto, não devemos usar neurolépticos para ninguém, também porque um efeito sobre a psicose nunca foi demonstrado em testes confiáveis.

Não seria preciso ir mais longe, mas pode ser interessante. De acordo com a FDA, a maioria das mortes nos pacientes dementes pareceria ser tanto cardiovascular (por exemplo, insuficiência cardíaca, morte súbita) ou infecciosa (por exemplo, pneumonia).<sup>83</sup> Os jovens em neurolépticos também morrem frequentemente de causas cardiovasculares e de repente. E eu esperaria que alguns deles morressem de pneumonia. Os neurolépticos e a admissão forçada em uma enfermaria fechada tornam as pessoas inativas. Quando elas ficam paradas em sua cama, o risco de pneumonia aumenta. Pílulas da depressão, sedativos/ hipnóticos e antiepilépticos também aumentam o risco de pneumonia. Além disso, uma enfermaria psiquiátrica fechada não é uma unidade de medicina interna, e se um paciente desenvolver uma pneumonia enquanto está deitado em uma cama como um zumbi, ela pode não ser notada.

Os psiquiatras estão plenamente conscientes - e muitas vezes escreveram sobre isso - que a vida dos pacientes com esquizofrenia é 15 anos mais curta do que a de outras pessoas, mas eles não culpam as suas drogas ou a si mesmos, mas aos pacientes.<sup>84</sup> É verdade que essas pessoas têm estilos de



vida pouco saudáveis e podem abusar de outras substâncias, em particular do tabaco. Mas também é verdade que parte disto é uma consequência das drogas que recebem. Alguns pacientes dizem que fumam porque isso neutraliza alguns dos danos dos neurolépticos, o que é correto porque o tabaco aumenta a dopamina enquanto que as drogas a diminuem.

Também é indiscutível que os neurolépticos matam alguns pacientes com esquizofrenia porque podem causar enormes ganhos de peso, hipertensão e diabetes, mas quão comum é isso?

Quando tentei descobrir por que morrem jovens com esquizofrenia, enfrentei um bloqueio de estrada, cuidadosamente guardado pela guilda psiquiátrica. É um dos segredos mais bem guardados da psiquiatria que os psiquiatras matam muitos de seus pacientes com neurolépticos. Eu descrevi as minhas experiências com os guardas de bloqueio de estrada em 2017 no site *Mad in America*, "A psiquiatria ignora um elefante na sala",<sup>85</sup> mas os eventos subsequentes foram ainda piores.

Grandes estudos de coorte de pessoas com psicose em primeiro episódio oferecem uma oportunidade única para se descobrir por que as pessoas morrem. Entretanto, como há muito pouca ou nenhuma informação nestes estudos sobre as causas de morte, é preciso perguntar.

### O estudo TIPS, 12% dos pacientes morreram em apenas 10 anos

Em 2012, Wenche dez Velden Hegelstad e 16 colegas publicaram dados de acompanhamento de 10 anos para 281 pacientes com uma psicose em primeiro episódio (o estudo TIPS).<sup>86</sup> Embora a idade média deles à entrada no estudo fosse de apenas 29 anos, 31 pacientes (12%) morreram em menos de 10 anos. Entretanto, o artigo detalhado dos autores era sobre recuperação e escores dos sintomas.

*Eles não se interessaram por todas essas mortes, que apareceram em um fluxograma de pacientes perdidos para o acompanhamento e não foram comentados em nenhum lugar em seu trabalho.*

No texto, eles mencionaram apenas 28 mortes (11%), de modo que não ficou claro nem mesmo quantos morreram. Em março de 2017, escrevi à Hegelstad e perguntei sobre as causas de morte. A maioria dos pacientes ainda estava em neurolépticos 10 anos após o início, o que considerei muito assustador porque cerca da metade deles teria desenvolvido

discinesia tardia (um terrível distúrbio do movimento, que muitas vezes é irreversível, mas mascarado pelo tratamento contínuo) e porque muitos, se não todos, teriam desenvolvido danos cerebrais permanentes neste ponto.

Enviei um lembrete dez dias depois e me disseram que receberia uma resposta em breve. Dois meses depois, escrevi novamente e mencionei que era importante para o mundo saber de que todos esses jovens pacientes haviam morrido. Também perguntei se precisávamos apresentar um pedido de Liberdade de Informação para obter essas informações.

Hegelstad respondeu que eles estavam preparando um manuscrito detalhando as informações que eu pedi. O artigo saiu no mês seguinte, na *World Psychiatry*, mas o número de mortes era agora diferente do primeiro artigo, e a informação que eu havia solicitado não estava em lugar algum.<sup>87</sup>

Dois meses mais tarde, Robert Whitaker e eu escrevemos ao editor da *World Psychiatry*, professor Mario Maj, pedindo a sua ajuda para obter uma visão única do porquê de tantos pacientes terem morrido tão jovens. Esperávamos que ele garantisse que o conhecimento que os investigadores tinham em seus arquivos se tornasse público, publicando a nossa pequena carta ao editor e pedindo-lhes que respondessem. "Isso seria um grande serviço para a psiquiatria, os pacientes e para todos os outros com interesse nesta questão de vital importância".

Explicamos em nossa carta que os autores relataram que 16 pacientes morreram por suicídio, 7 por overdoses acidentais ou outros acidentes, e 8 por doenças físicas, incluindo 3 por doenças cardiovasculares:

*"A fim de tentar separar as causas de morte iatrogênicas das mortes causadas pelo transtorno, precisamos saber: Quando ocorreram os suicídios? Os suicídios muitas vezes ocorrem cedo, após os pacientes terem saído do hospital,<sup>88</sup> e às vezes são iatrogênicos. Um estudo de registro dinamarquês de 2.429 suicídios mostrou que, comparada com pessoas que não receberam nenhum tratamento psiquiátrico no ano anterior, a taxa ajustada de suicídio foi de 44 para pessoas que haviam sido admitidas em um hospital psiquiátrico.<sup>89</sup> É claro que se esperava que tais pacientes corressem o maior risco de suicídio porque estavam mais doentes do que os outros (confundindo por indicação), mas os resultados foram robustos e a maioria dos possíveis vieses no estudo eram na verdade conservadores, ou seja, favoreciam a hipótese nula de não haver relação. Um editorial que acompanha observou que há poucas dúvidas de*

*que o suicídio está relacionado tanto ao estigma quanto ao trauma e que é inteiramente plausível que o estigma e o trauma inerentes ao tratamento psiquiátrico - particularmente se involuntário - possa causar suicídio.<sup>90</sup>*

*O que significa uma overdose acidental e outros acidentes? Os médicos prescreveram uma overdose ou os próprios pacientes tiveram uma overdose por engano e que tipos de acidentes foram envolvidos? As drogas psicotrópicas podem levar a quedas, que podem ser fatais, e os suicídios às vezes são erroneamente codificados como acidentais.<sup>91</sup>*

*É surpreendente que 8 jovens tenham morrido de doença física. Quais eram exatamente essas doenças e quais eram as doenças cardiovasculares? Se algumas dessas pessoas morreram de repente, pode ser porque os antipsicóticos podem causar o prolongamento da QT. ”*

Oito dias depois, fomos informados pelo Maj que, "infelizmente, embora seja uma peça interessante, não compete com sucesso por uma das vagas que temos disponíveis na revista para as cartas".

Portanto, não havia espaço na revista para a nossa carta de 346 palavras, não mais do que um resumo da revista, e nenhum interesse em ajudar os jovens a sobreviver descobrindo o que os mata em uma idade tão jovem. Isto era a psiquiatria no que há do seu pior, protegendo-se enquanto literalmente matando os pacientes.

Cinco dias depois, recorri da decisão do Maj:

*"Permita-me acrescentar que pessoas com quem falei em vários países sobre mortes em jovens com esquizofrenia - psiquiatras, peritos forenses e pacientes - todos concordaram que precisamos desesperadamente do tipo de informação que lhe pedimos garantir que obtenhamos da muito valiosa coorte de pacientes Melle et al. relatada em sua revista.*

*Há uma suspeita generalizada e bem fundamentada de que a razão pela qual não vimos um relato detalhado das causas de morte em coortes como a do estudo TIPS de Melle et al. publicado em sua revista é que os psiquiatras priorizam a proteção dos interesses de sua corporação em vez de proteger os pacientes. Ao se recusar a publicar a nossa carta e obter os dados que Melle et al. têm em seus arquivos, se contribui para essa suspeita. Anteriormente pedimos a um dos investigadores, Wenche ten Velden Hegelstad, que nos fornecesse esses dados, mas fomos informados em 10 de maio deste ano que eles seriam publicados ... Eles não foram*

*publicados, pois o que Melle et al. publicaram em sua revista não é um relato adequado do porquê da morte desses jovens.*

*Portanto, pedimos a você que garanta que estes dados sejam divulgados, para o benefício dos pacientes. Acreditamos que é seu dever profissional e ético - tanto como editor da revista quanto como médico - fazer com que isso aconteça. Portanto, não se trata dos espaços que se tem disponíveis no periódico para as cartas. É uma questão de priorização".*

Não tivemos mais notícias do Maj.

Ao contrário dos autores do estudo TIPS, a professora dinamarquesa de psiquiatria Merete Nordentoft foi acessível quando lhe perguntei sobre as causas de morte de 33 pacientes após 10 anos de acompanhamento no estudo OPUS, também de pacientes com uma psicose em primeiro episódio.<sup>92</sup> Mencionei especificamente que a ocorrência de suicídios, acidentes e mortes súbitas inexplicáveis poderia estar relacionada a drogas. Nordentoft enviou uma lista das mortes e explicou que a razão das mortes cardíacas não estarem na lista era provavelmente porque os pacientes tinham morrido muito jovens. Nas certidões de óbito, ela tinha visto alguns pacientes que simplesmente haviam caído mortos, um deles enquanto estava sentado em uma cadeira.

É assim que deve ser. A abertura é necessária se quisermos reduzir as muitas mortes que ocorrem em pacientes jovens que estão em tratamento de saúde mental, mas muito poucos psiquiatras são tão abertos quanto a Nordentoft. Perguntei a Hegelstad sobre os números conflitantes de mortes e também pedi para obter detalhes sobre as causas de morte. Não tive mais notícias de Hegelstad.

A TIPS foi apoiada por doações de 15 financiadores, incluindo o *Conselho Norueguês de Pesquisa*, o *Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA*, três empresas farmacêuticas (Janssen-Cilag, Eli Lilly e Lundbeck) e outros financiadores na Noruega, Dinamarca e EUA. Pedi informações detalhadas sobre as mortes a todos os financiadores, enfatizando que os financiadores têm a obrigação ética de garantir que informações de grande importância para a saúde pública, que foram coletadas em um estudo financiado, sejam publicadas.

O silêncio foi assustador. Em dezembro de 2017, o *Conselho Norueguês de Pesquisa* publicou a sua política de tornar os dados de pesquisa

acessíveis para outros pesquisadores, o que não deixava dúvidas de que isso deveria acontecer, sem demora, e o mais tardar quando os pesquisadores publicassem as suas pesquisas.

Janssen-Cilag respondeu: "Achamos os dados sobre mortalidade publicados por Melle et al. 2017 em *World Psychiatry* totalmente satisfatórios". Tanto eles quanto Eli Lilly nos encorajaram a contatar os autores, o que era absurdo, pois eu havia escrito dez vezes às empresas que os autores haviam se recusado a compartilhar os seus dados conosco. Lundbeck não respondeu.

Cinco meses após ter escrito para o *Conselho Norueguês de Pesquisa*, recebi uma carta de Ingrid Melle, a quem o Conselho me pediu que respondesse.

Melle me enviou uma tabela, que não foi particularmente informativa:

| <b>Tabela 1. Causas de morte durante os primeiros dez anos após o início do tratamento</b> |            |           |
|--|------------|-----------|
|  | <b>N</b>   | <b>%</b>  |
| <b>Vivo</b>  | <b>250</b> | <b>89</b> |
| <b>Suicídio</b>  | <b>16</b>  | <b>6</b>  |
| Suicídio confirmado; meios violentos   | 4          | 1.4       |
| Suicídio confirmado; outros meios altamente letais   | 5          | 1.8       |
| Suicídio confirmado; overdose ou outras intoxicações                                       | 2          | 0.7       |
| Suicídio confirmado, outros meios  | 2          | 0.7       |
| Suicídio provável; overdose ou outras intoxicações   | 3          | 1.1       |
| <b>Outras causas de morte</b>  | <b>15</b>  | <b>5</b>  |
| Overdose acidental   | 5          | 1.8       |
| Acidentes  | 2          | 0.7       |
| Morte natural, doença cardiovascular   | 3          | 1.1       |
| Morte natural, outras doenças  | 2          | 0.7       |
| Morte natural ou causas desconhecidas  | 3          | 1.1       |

Melle explicou que a overdose acidental por drogas significa fazer uso abusivo de uma substância ilegal, ou de uma substância, ou de uma substância muito forte por acidente, e isso não se refere a medicamentos prescritos. Se a informação sobre overdoses era ambígua, ela era definida como provável suicídio.

Isto foi realmente interessante. Por que 16 jovens (6%) cometeram suicídio em apenas 10 anos? E por que esta informação de vital importância não foi explorada pelos pesquisadores? Não podemos concluir que foi a esquizofrenia deles que levou ao suicídio. É mais provável que

tenham sido as drogas aplicadas a eles, outros tratamentos forçados, internações involuntárias em enfermarias psiquiátricas, humilhação, estigmatização e perda de esperança, por exemplo quando se diz aos pacientes que a sua doença é genética, ou que pode ser vista em um exame do cérebro, ou que ela é vitalícia, ou que requer tratamento vitalício com neurolépticos. Eu não estou inventando isso.<sup>4</sup> Tudo isso acontece, e alguns pacientes recebem tudo isso. Não é de se admirar que eles possam se matar quando não há esperança.

As overdoses acidentais por drogas também são de interesse. O termo é um pouco tragicômico porque os pacientes com esquizofrenia são geralmente overdosados pelos seus médicos com medicamentos prescritos, e se eles também tomam uma droga ilegal, raramente é possível dizer que foi a droga ilegal que os matou e não os medicamentos prescritos. Poderia ser a combinação e não teria acontecido se o paciente não tivesse sido forçado a tomar neurolépticos e outras drogas perigosas, por exemplo, pílulas da depressão e antiepilépticos, ambos com o dobro do risco de suicídio (ver Capítulo 1).

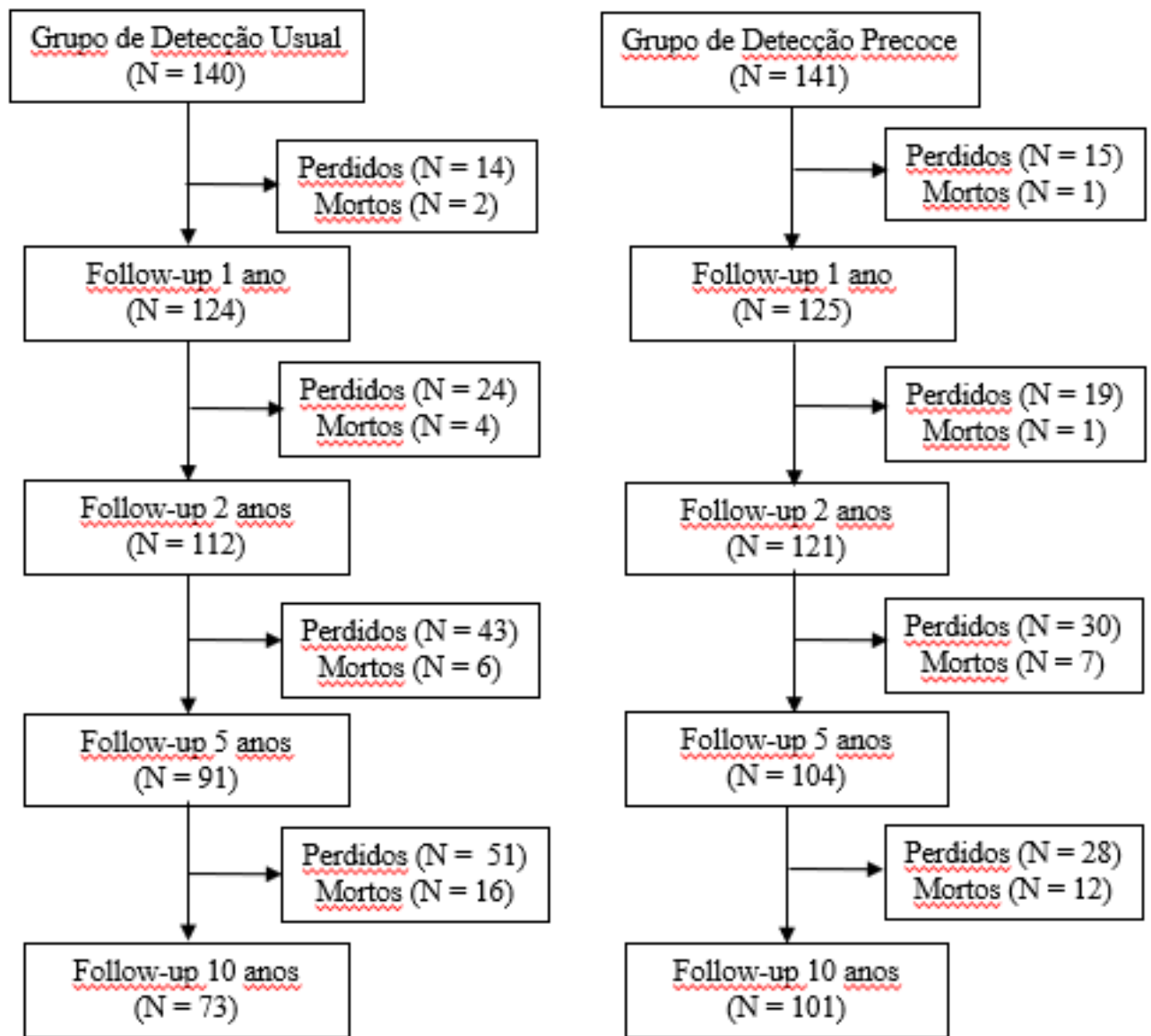
Finalmente, houve oito mortes por "causas naturais". Não é natural que uma pessoa jovem morra. Eu teria gostado de saber em detalhes o que aconteceu. Pode ser "natural" para os psiquiatras que os jovens morram em psiquiatria, mas isso é porque os psiquiatras ignoram o seu próprio papel nisso.

Disseram-me que eu havia lido mal a figura 1 no documento original,<sup>86</sup> onde eu havia contado 49 mortes. Eu não tinha contado. O número deles é seriamente enganador, porque os fluxogramas sempre mostram o número de pacientes que foram perdidos ou morreram durante o estudo.

A razão pela qual houve 31 mortes, e não 28, no trabalho da Melle foi porque eles tinham acrescentado 1-3 anos de tempo de observação, o que não tornou exatamente mais transparente o que os pesquisadores haviam feito.

Eu redesenhei a figura aqui:

Visão geral da participação dos pacientes em um longo prazo.  
 Estudo de acompanhamento de detecção precoce em psicose



Escrevi novamente ao *Conselho Norueguês de Pesquisa*, ressaltando que Melle tinha me dito que os dados sobre as causas de morte continham todas as informações disponibilizadas pelos médicos que escreveram as certidões de óbito. Pedi para ver essas informações, em formato anônimo. Também notei que os neurolépticos haviam sido utilizados liberalmente no estudo e que algumas ou todas as mortes poderiam ter sido potencialmente causadas pelos medicamentos que os pacientes estavam usando, o que frequentemente envolve polifarmácia. Achei curioso, considerando a

altíssima taxa de mortalidade de 12% (ver Tabela 1), que os autores não tivessem discutido se as mortes poderiam ter sido causadas pelas drogas e que não tivessem informado quais as drogas que os pacientes estavam a tomar.

Finalmente, notei que Melle me havia perguntado: "Já que você está escrevendo com um papel timbrado do *Nordic Cochrane Centre*, estou curioso se a Cochrane tem algum plano para fazer alguma coisa nesta área"... Notei que não entendia a relevância dessa pergunta. Por que eu *não* usaria o papel timbrado do meu próprio centro?

Eu não ouvi mais nada. Mas o comentário inadequado de Melle sobre o papel timbrado do meu centro, que eu usava em toda a correspondência oficial, parece ter sido parte de um esforço concertado com o objetivo de me afastar do meu trabalho como diretor da Cochrane.<sup>36</sup>

### Assédio de psiquiatras e Cochrane

Em minha carta aos 15 financiadores, o parágrafo final era:

"Pode-se considerar isto como um pedido de Liberdade de Informação, o que significa que se sua organização não tiver informações detalhadas sobre as mortes no estudo TIPS, esperamos que a sua organização obtenha estas informações da Hegelstad e as envie para nós. Qualquer coisa abaixo disto seria antiética em nossa opinião, e estamos convencidos de que pacientes com transtornos psicóticos concordam conosco (sou patrono da *Rede de Ouvidores de Vozes da Dinamarca*)".

Isto pareceria simples, mas o Instituto de *Pesquisa Médica Stanley dos EUA* não me escreveu. Ao invés disso, o psiquiatra Edwin Fuller Torrey, diretor associado de pesquisa do Instituto, reclamou de mim em duas cartas ao CEO da *Colaboração Cochrane*, o jornalista Mark Wilson, onde ele, entre outras coisas, escreveu:<sup>36</sup>

*A credibilidade da Colaboração Cochrane repousa no pressuposto da objetividade ... Tal objetividade parece estar em grande dúvida para o Dr. Peter C. Gøtzsche que se identifica como Diretor do Centro Nórdico Cochrane e como o patrono da Rede de Ouvidores de Vozes na Dinamarca. Esta organização promove a crença de que as alucinações auditivas são apenas uma ponta de um espectro de comportamento normal, lançando assim a dúvida se a esquizofrenia realmente existe como*



*uma doença, e que as vozes são causadas por traumas na infância, para o que não há evidências sólidas. Dada essa clara falta de objetividade, eu pessoalmente não acharia nenhuma publicação da Cochrane sobre doenças mentais credível.*

Torrey também escreveu que a *Rede dos Ouvidores de Vozes* encoraja as pessoas que tomam neurolépticos para a sua esquizofrenia a pararem de tomar os seus medicamentos, e que, "É muito difícil imaginar como alguém com esses pontos de vista poderia ser objetivo em relação a um estudo Cochrane de antipsicóticos, assim impugnando a sua credibilidade, que é o seu ativo mais importante".

Isto foi bizarro. Como a minha objetividade pode estar "muito em dúvida" quando eu simplesmente peço o número de mortes e as suas causas? Além disso, ao contrário das afirmações de Torrey, há provas sólidas de que a psicose está relacionada a traumas infantis, com uma clara relação exposição-resposta.<sup>29,30</sup>

Torrey também tirou a conclusão logicamente falsa de que como sou patrono da *Rede de Ouvidores de Vozes*, nenhuma publicação da Cochrane sobre doença mental é confiável. Não há nenhuma relação entre estas duas coisas. Aqui está um trecho de um comentário que a Rede me enviou:

*Discordamos das tentativas de Torrey de desacreditar o Movimento dos Ouvidores de Vozes para acrescentar vantagem em sua tentativa de desacreditar o Professor Peter Gøtzsche. Em 2016, convidamos Gøtzsche para ser patrono por causa do seu trabalho de pioneiro em relação à pesquisa psiquiátrica. Temos a honra de tê-lo como o nosso patrono.*

*Acreditamos que os comentários de Torrey ao Sr. Wilson a respeito do fato de Gøtzsche ser o nosso patrono, estão beirando com o ridículo quando ele tenta desacreditar toda a Colaboração Cochrane.*

*Pedimos que Torrey deixe de usar a Rede como plataforma para insultar um professor respeitado junto à Colaboração Cochrane. Sugerimos também que ele considere pedir desculpas pelos seus comentários desrespeitosos sobre os ouvidores de vozes.*

O lema da Colaboração Cochrane é "Evidência confiável", que Wilson havia exigido que todos nós usássemos, também em nossos papéis timbrados, como se fôssemos uma empresa farmacêutica e não uma organização científica independente, regida por fins não-lucrativos. Ele também exigiu que utilizássemos nomes curtos para os nossos centros, o

que criou grande confusão entre os jornalistas que frequentemente escreviam o "Cochrane Nordic Centre", embora o nome do meu centro fosse "Nordic Cochrane Centre":



Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Nordic Cochrane Centre  
Rigshospitalet, Dept. 7811  
Blegdamsvej 9  
2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Tel: +45 35 45 71 12  
E-mail: [general@cochrane.dk](mailto:general@cochrane.dk)  
[www.nordic.cochrane.org](http://www.nordic.cochrane.org)

O lema da Cochrane é altamente enganoso quando se trata de suas revisões de medicamentos psiquiátricos. Como já expliquei acima, muito poucos delas são confiáveis.

As minhas críticas ao crime organizado da indústria de drogas,<sup>4,51</sup> aos ensaios clínicos de drogas psiquiátricas e ao uso excessivo de drogas psiquiátricas nunca foram populares na sede da Cochrane, depois que Wilson tomou posse em 2012 e transformou um movimento popular idealista em um negócio com foco em marca e vendas.<sup>36</sup> Wilson e seu substituto me perseguiram particularmente depois que publiquei em 2014 o artigo sobre os dez mitos em psiquiatria que são prejudiciais para os pacientes,<sup>38</sup> e quando expliquei no *BMJ* em 2015 por que o tratamento de longo prazo com drogas psiquiátricas causa mais danos do que benefícios.<sup>36,94</sup>

Wilson também me intimidou nesta ocasião. Em vez de rejeitar a reclamação de Torrey, que era a única coisa certa a fazer, Wilson me escreveu que eu havia quebrado a Política de Porta-Voz da Cochrane ao usar o cabeçalho da carta e o título do meu centro e que isso levaria razoavelmente qualquer leitor a assumir que o pedido era do Centro Nórdico Cochrane e que as opiniões expressas eram as do Centro. Wilson queria pedir desculpas a Torrey por "qualquer confusão a esse respeito". Muito interessante que um valentão queira pedir desculpas ao outro valentão quando a pessoa entre os valentões não tinha feito nada de errado.

O esquema era ridículo, e até mesmo o próprio advogado contratado pela Cochrane não descobriu que eu havia quebrado a política, nem neste caso, nem em outro caso semelhante que também era sobre a psiquiatria,<sup>36</sup> mas tais bagatelas não importam para os valentões. Não havia problema,

mas Wilson inventou um. Era claro que o pedido vinha do Centro; que eu, como diretor, estava autorizado a falar em nome do meu Centro; e as minhas opiniões eram até compartilhadas pela minha equipe. Além disso, a minha carta não era um anúncio público, mas uma carta para um financiador. Ninguém podia ficar "confuso".

O advogado americano Ryan Horath descreveu a farsa desta forma:<sup>36</sup>

*Os líderes da Cochrane ficaram obcecados com Gøtzsche usar o papel timbrado nórdico da Cochrane para enviar esse pedido. E um número muito grande de pessoas parece concordar com a obsessão da diretoria ... JESUS CRISTO, O QUE HÁ DE ERRADO COM VOCÊS? Um pesquisador está fazendo perguntas sobre a supressão de informações relativas a crianças que morreram em um ensaio clínico e todos estão preocupados com o papel timbrado em que a carta está escrita? ... Pior ainda, é claro que o ultraje ao uso do papel timbrado da Cochrane é um ultraje fingido, já que se tratava de uma carta privada. Fuller Torrey estava confuso sobre se a carta representava o ponto de vista da Cochrane? Aparentemente não ... Em vez disso, Torrey argumentou que Gøtzsche não era 'objetivo' e que isso prejudicava a reputação da Cochrane - algo totalmente diferente ... Portanto, o uso desta reclamação por parte da Cochrane em seu caso foi enganoso. A queixa é sobre uma coisa, e eles a usaram como prova de outra (alegação falsa). É assim que os tribunais cangurus operam.*

### Qual é a linha de fundo dos neurolépticos?

Inúmeros estudos não confiáveis foram elaborados para fabricar um conto de fadas sobre os neurolépticos ajudando as pessoas a sobreviver a sua psicose. Eu dissei alguns deles em meu livro anterior.<sup>4</sup> Eles têm sérias falhas e os pacientes que estão sendo comparados - os com neurolépticos e os sem - para começar não são comparáveis. Particularmente uma médica finlandesa, Jari Tiihonen, publicou um estudo enganoso após um outro.<sup>4</sup>

Que você não preste atenção a esses relatórios. Whitaker uma vez me escreveu que era necessária uma extraordinária ginástica mental pelos psiquiatras para concluir que essas drogas, que causam obesidade, disfunção metabólica, diabetes, discinesia tardia, arritmias cardíacas letais, etc., protegem contra a morte. Além disso, como observado acima, os

psiquiatras frequentemente tiram a esperança dos pacientes de um dia viverem uma vida normal. Por que se preocupar em ter um estilo de vida saudável, se a vida nunca valerá a pena ser vivida? Não é apenas os neurolépticos, que muitas vezes estão em combinação com muitas outras drogas psiquiátricas e que matam os pacientes, é o pacote completo que a psiquiatria lhes entrega.

Se pacientes agudamente perturbados precisam de algo para acalmá-los, os benzodiazepínicos são muito menos perigosos e até parecem funcionar melhor.<sup>95</sup> Quando perguntei aos pacientes se prefeririam uma benzodiazepina ou um neuroléptico na próxima vez que desenvolvessem uma psicose e sentissem que precisavam de uma droga, todos disseram que prefeririam uma benzodiazepina. Por que então não é isso o que eles obtêm?

1 Faça todo o possível para evitar ser tratado com um neuroléptico.

2 Faça tudo o que puder para evitar que qualquer pessoa querida seja tratada com um neuroléptico.

3 Se um médico insistir, dê ao médico uma cópia do meu livro e diga que você irá processá-lo se ele o ignorar.

4 Certifique-se de poder documentar que avisou ao médico, por exemplo, gravando a conversa, levando um jornalista à reunião, ou exigindo uma nota escrita do médico na hora, não deixar para mais tarde. Se os médicos tiverem problemas, eles frequentemente negam o que aconteceu, e podem até mudar os registros escritos.<sup>45</sup>

## **Pílulas da depressão**

As pílulas da depressão são o garoto-propaganda da psiquiatria, os comprimidos que mais ouvimos falar, e os comprimidos mais usados, em alguns países por mais de 10% da população.

Como observado, é um dos segredos mais bem guardados da psiquiatria que os psiquiatras matam muitos pacientes com neurolépticos. Outro segredo bem guardado é que eles também matam muitos pacientes com

pílulas da depressão, por exemplo, pacientes idosos que perdem o equilíbrio e quebram o seu quadril.<sup>4,96</sup>

Os psiquiatras lutaram muito para esconder a terrível verdade de que as pílulas da depressão duplicam o risco de suicídio, não apenas em crianças, mas também em adultos.<sup>2,4,97-100</sup> Os ensaios controlados por placebo são extremamente enganadores neste aspecto, e muito tem sido escrito sobre como as empresas farmacêuticas têm escondido pensamentos suicidas, comportamento suicida, tentativas de suicídio e suicídios em seus relatórios dos ensaios publicados, seja jogando os eventos para debaixo do tapete para que ninguém os veja, ou chamando-os de uma outra coisa.<sup>2,4,101</sup> Esta fraude maciça é rotineira nas empresas farmacêuticas. Eu dediquei uma grande parte à fraude em meu livro de psiquiatria de 2015,<sup>4</sup> e, portanto, vou mencionar aqui apenas alguns resultados de pesquisas recentes.

Meu grupo de pesquisa descobriu que, em comparação com placebo, as pílulas da depressão duplicam a ocorrência de eventos precursores definidos pela FDA para o suicídio e a violência em voluntários adultos saudáveis;<sup>97</sup> que elas aumentam 2-3 vezes a agressão em crianças e adolescentes,<sup>55</sup> uma descoberta muito importante considerando os muitos tiroteios escolares em que os assassinos estavam a tomar pílulas da depressão; e que elas aumentam o risco de suicídio e violência em 4-5 vezes em mulheres de meia idade com incontinência urinária por estresse, julgadas pelos eventos precursores definidos pela FDA.<sup>98</sup> Além disso, duas vezes mais mulheres experimentaram um evento psicótico central ou potencial.<sup>98</sup>

Os psiquiatras dispensam os resultados das pesquisas que vão contra os seus interesses. Eles também criticaram o nosso uso de eventos precursores, mas não há nada de errado com isso. O uso de eventos precursores para suicídio e violência é semelhante ao uso de fatores prognósticos para doenças cardíacas. Porque o fumo e a inatividade aumentam o risco de ataques cardíacos, é que recomendamos que as pessoas parem de fumar e comecem a se exercitar.

É cruel que a maioria dos líderes psiquiátricos diga - mesmo na TV<sup>102</sup> nacional - que as pílulas da depressão podem ser dadas com segurança às crianças porque não houve um aumento estatisticamente significativo de suicídios nas pesquisas, apenas em pensamentos e comportamentos

suicidas, como se não houvesse relação entre os dois.<sup>4</sup> Os psiquiatras recompensam as empresas por suas fraudes enquanto sacrificam as crianças. Todos sabemos que um suicídio começa com um pensamento suicida seguido de preparativos e uma ou mais tentativas.

Um psiquiatra americano que argumentou que o comportamento suicida não deveria contar porque é "um substituto não validado e inapropriado" se contradisse, como escreveu no mesmo artigo que, "A história de uma tentativa anterior de suicídio é um dos mais fortes preditores de suicídio completo", e também escreveu que a taxa de suicídio é 30 vezes maior em tentativas anteriores do que sem tentativas.<sup>103</sup> Isso é uma dissonância cognitiva completa com consequências mortais para os nossos filhos.

Quando escrevi o meu livro de 2015, ficou claro para mim que os suicídios devem aumentar não apenas em crianças, mas também em adultos, mas que as muitas análises e relatórios eram confusos com alguns tendo encontrado isso enquanto que outros não.<sup>4</sup>

O cerne da questão é que muitas tentativas de suicídio e suicídios são deixados de fora nos relatórios. Em 2019, encontrei evidências adicionais disso, quando comparei uma publicação de ensaio<sup>104</sup> com o correspondente relatório de estudo clínico de 1008 páginas submetido aos reguladores de medicamentos.<sup>105</sup> Os autores do relatório publicado não mencionaram que duas das 48 crianças tentaram o suicídio com fluoxetina contra nenhuma das 48 crianças em placebo. O primeiro autor, Graham Emslie, atribuiu falsamente o financiamento do estudo ao *Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA*, mas os dados da FDA mostraram que o estudo havia sido patrocinado pelo fabricante da fluoxetina, Eli Lilly.<sup>106</sup>

Tentativas de suicídio e suicídios não são apenas ocultados durante o estudo. Na maioria das vezes, elas também são omitidas quando ocorrem logo após o término da fase aleatória:<sup>4</sup>

Ensaio sertralina em adultos; n: número de suicídios e tentativas de suicídio; N: número de pacientes; acompanhamento: tempo após o término da fase aleatória; RR: relação de risco; CI: intervalo de confiança.

|                           | Acompanhamento | sertralina |        | placebo |       | RR (95% CI)        |
|---------------------------|----------------|------------|--------|---------|-------|--------------------|
|                           |                | n          | N      | n       | N     |                    |
| FDA 2006 <sup>17</sup>    | 24 horas       | 7          | 6,950  | 7       | 6,047 | 0,87 (0,31 a 2,48) |
| Pfizer 2009 <sup>83</sup> | 24 horas       | 5          | 6,561  | 8       | 5,480 | 0,52 (0,17 a 1,59) |
| Pfizer 2009 <sup>83</sup> | 30 dias        | 25         | 10,917 | 14      | 9,006 | 1,47 (0,77 a 2,83) |
| Gunnel 2005 <sup>84</sup> | > 24 horas     | 24         | 7,169  | 8       | 5,108 | 2,14 (0,96 a 4,75) |

Quando a FDA fez uma meta-análise da sertralina usada em adultos (Tabela 30 em seu relatório),<sup>107</sup> eles não encontraram um aumento no suicídio, as tentativas de suicídio, as automutilações combinadas, a relação de risco 0,87 e o intervalo de confiança de 95% 0,31 a 2,48.

A própria meta-análise da Pfizer encontrou uma redução pela metade dos eventos suicidas quando todos os eventos que ocorreram mais de 24 horas após a fase aleatorizada finalizada terem sido omitidos.<sup>108</sup> Entretanto, quando a Pfizer incluiu eventos que ocorreram até 30 dias depois, houve um aumento nos eventos suicidas de cerca de 50%.

Uma meta-análise de 2005 realizada por pesquisadores independentes usando dados do regulador de drogas do Reino Unido encontrou uma duplicação em suicídio ou automutilação, quando os eventos após 24 horas foram incluídos.<sup>109</sup> Esses pesquisadores observaram que as empresas haviam subnotificado o risco de suicídio em seus ensaios, e também descobriram que a automutilação não fatal e o suicídio foram seriamente subnotificados em comparação com os suicídios relatados.

Foi muito grande uma outra meta-análise dos ensaios realizada em 2005 por pesquisadores independentes, pois incluía todos os medicamentos (87.650 pacientes) e todas as idades.<sup>110</sup> Encontramos o dobro de tentativas de suicídio com drogas do que com placebo, *odds ratio* (que é o mesmo que razão de risco quando os eventos são raros) 2,28, 95% CI 1,14 a 4,55. Os investigadores relataram que muitas tentativas de suicídio devem ter

sido perdidas. Alguns dos investigadores do estudo responderam que houve tentativas de suicídio não relatadas por eles, enquanto outros responderam que nem sequer as procuraram. Além disso, os eventos ocorridos logo após a interrupção do tratamento ativo não foram contados.

A razão pela qual é tão importante incluir eventos suicidas ocorridos após o término da fase aleatória é que eles refletem muito melhor o que acontece na vida real do que em um ensaio rigorosamente controlado, onde os investigadores motivam os pacientes a tomar cada dose do medicamento em estudo. Na vida real, os pacientes perdem doses porque se esquecem de tomar as pílulas indo para o trabalho, para a escola ou em uma viagem de fim de semana, ou que pegam umas férias das drogas porque as pílulas os impediriam de ter relações sexuais (veja abaixo).

É diferente de estudo para estudo o que acontece quando ele é concluído. Às vezes, os pacientes recebem tratamento ativo, às vezes apenas os pacientes tratados é que continuam com tratamento ativo, e às vezes não há tratamento.

Em 2019, dois pesquisadores europeus finalmente puseram um fim à negação feroz dos psiquiatras de que as pílulas da depressão também são perigosas para os adultos. Eles reanalisaram os dados da FDA e incluíram danos ocorridos durante o acompanhamento.<sup>99</sup> Eles foram criticados e publicaram análises adicionais.<sup>100</sup> Como outros pesquisadores, eles descobriram que eventos suicidas haviam sido manipulados, por exemplo: "Dois suicídios registrados erroneamente no grupo placebo do programa de aprovação de paroxetina retirada".<sup>100</sup> Eles relataram o dobro de suicídios nos grupos ativos do que nos grupos placebo, *odds ratio* 2,48 (95% CI 1,13 a 5,44).

Não deveria haver mais debate sobre se as pílulas da depressão causam suicídios em todas as idades. Elas causam. Mesmo a FDA, que fez o máximo para proteger as empresas farmacêuticas que comercializam as pílulas da depressão,<sup>2,4</sup> foi forçada a ceder quando admitiu em 2007, pelo menos indiretamente, que as pílulas da depressão podem causar suicídio em qualquer idade:<sup>4,111</sup>

*"Todos os pacientes sendo tratados com antidepressivos para qualquer indicação devem ser monitorados apropriadamente e observados de perto quanto ao agravamento clínico, suicídio e mudanças incomuns de comportamento, especialmente durante os primeiros meses de um curso de*



*terapia medicamentosa, ou em momentos de mudanças de dose, seja aumentando ou diminuindo. Os seguintes sintomas, ansiedade, agitação, ataques de pânico, insônia, irritabilidade, hostilidade, agressividade, impulsividade, acatisia (agitação psicomotora), hipomania e mania, têm sido relatados em pacientes adultos e pediátricos sendo tratados com antidepressivos ... Famílias e cuidadores de pacientes devem ser aconselhados a procurar o aparecimento de tais sintomas no dia-a-dia, uma vez que as mudanças podem ser abruptas".*

A FDA finalmente admitiu que as pílulas da depressão podem causar loucura em todas as idades e que as drogas são muito perigosas - caso contrário, não seria necessário o monitoramento diário. É preciso dizer, entretanto, que o monitoramento diário é uma correção falsa de um problema das drogas mortais. As pessoas não podem ser monitoradas a cada minuto, e muitas se matam com meios violentos, por exemplo, enforcando-se, atirando-se de uma janela, se esfaqueando ou pulando na frente de um trem, quando para os seus entes queridos pareciam estar perfeitamente bem.<sup>2,4</sup>

Mas a negação organizada continua inabalável.<sup>4</sup> Dois anos após o anúncio da FDA, o governo australiano declarou: "O termo suicídio abrange a ideação suicida (pensamentos sérios sobre tirar a própria vida), planos suicidas e tentativas de suicídio. As pessoas que experimentam a ideação suicida e fazem planos suicidas correm um risco maior de tentativas suicidas, e as pessoas que experimentam todas as formas de pensamentos e comportamentos suicidas correm um risco maior de completar o suicídio".<sup>112</sup>

É verdade, mas por que situações de suicídio não incluem o próprio suicídio? Se você quer descobrir quão perigoso é o montanhismo, e você inclui ferimentos quando as pessoas têm pensamentos sérios sobre escalar montanhas e frequentar um centro de fitness, e ferimentos quando planejam escalar uma montanha e quando tentam fazer isso, você então excluiria as mortes devido a quedas? Claro que não, mas isto foi o que o governo australiano fez. Eles mostraram a prevalência vitalícia do suicídio, dividido em ideação suicida, plano suicida e tentativa de suicídio, mas não havia dados sobre suicídios.<sup>112</sup>

Há um longo caminho a percorrer. Em nossa revisão de 39 websites populares em 10 países, que realizamos em 2018, descobrimos que 25

afirmaram que as pílulas da depressão podem causar um aumento da ideação suicida, mas 23 (92%) deles continham informações incorretas, e apenas dois (5%) websites observaram que o risco de suicídio é aumentado em pessoas de todas as idades.<sup>32</sup>

As pílulas da depressão podem causar violência e homicídios.<sup>2,4</sup> Mas este também é um dos segredos bem guardados da psiquiatria. Particularmente nos EUA, psiquiatras e autoridades não dirão ao público se o perpetrador estava tomando uma pílula para a depressão. Pode levar muito tempo e envolver pedidos de Liberdade de Informação ou processos judiciais, antes que qualquer coisa seja revelada.

Demorou bastante tempo até que soubéssemos que o piloto aéreo alemão que levou um avião inteiro com ele quando se suicidou nos Alpes, e que o motorista belga de ônibus que matou muitas crianças ao jogar o seu ônibus contra um muro, também nos Alpes, estavam eles a tomar pílulas da depressão.

Apesar de suspeitarmos da subnotificação de sérios danos nos relatórios de estudos clínicos que examinamos - alguns resultados apareceram apenas em listas de pacientes individuais em apêndices, as quais tivemos para apenas 32 dos nossos 70 ensaios, e não tínhamos formulários de relato de caso em nenhum dos ensaios - encontramos eventos alarmantes, e que nunca se verá serem publicados em revistas médicas.<sup>55</sup> Aqui estão alguns exemplos:

Quatro mortes foram falsamente relatadas pela empresa, em todos os casos favorecendo o medicamento ativo.

Um paciente recebendo venlafaxina tentou suicídio por estrangulamento sem aviso prévio e morreu cinco dias depois no hospital. Embora a tentativa de suicídio tenha ocorrido no dia 21 dos 56 dias de tratamento aleatório, a morte foi chamada de evento pós-estudo, pois ocorreu no hospital e o tratamento havia sido interrompido por causa de uma tentativa de suicídio.

Embora as narrativas de pacientes ou as listas individuais de pacientes tenham mostrado que foram tentativas de suicídio, as 27 das 62 tentativas foram codificadas enquanto incapacidade emocional ou agravamento da depressão, que é o que se vê nas publicações, e não enquanto tentativas de suicídio.

Uma tentativa de suicídio (overdose intencional com paracetamol em um paciente com fluoxetina) foi descrita nas tabelas de eventos adversos como "enzimas hepáticas elevadas", que é o que se obtém quando se bebe um pouco de álcool.

É de particular relevância para os muitos tiroteios escolares que os seguintes eventos para 11 pacientes com uma pílula para a depressão foram listados sob a rubrica agressão para as narrativas feitas pelos pacientes de eventos adversos graves: ameaça homicida, ideação homicida, agressão, abuso sexual, ameaça de levar uma arma para a escola, danos à propriedade, socos em artigos domésticos, agressão, ameaças verbalmente abusivas e agressivas, e beligerância.

Acatisia é um sentimento horrível de inquietação interior, que aumenta o risco de suicídio, violência e homicídio. Só podíamos identificar a acatisia se tivéssemos acesso aos termos na sua forma literal, mas mesmo assim descobrimos que, como a agressão, a acatisia era vista duas vezes mais frequentemente nas pílulas do que no placebo. Em três ensaios com sertralina onde tivemos acesso tanto aos termos literais como aos termos codificados preferidos, a acatisia foi codificada como "hipercinesia", e o erro de codificação parecia ter prevalecido também nos ensaios com paroxetina, já que não encontramos um único caso de acatisia.

Para as drogas fluoxetina e duloxetina da Eli Lilly, comparamos os nossos achados com os relatórios resumidos de ensaios que estão disponíveis no site da empresa.

Na maioria dos casos, os eventos adversos só foram mostrados se ocorreram, por exemplo, em pelo menos 5% dos pacientes. Desta forma, as empresas podem evitar relatar muitos danos graves. Constatamos que os eventos suicidas e os danos que aumentam o risco de violência foram seriamente subnotificados:

Apenas 2 de 20 tentativas de suicídio (17 sob drogas, 3 sob placebo) foram documentadas. Nenhum dos 14 eventos de ideação suicida (11 contra 3) foi mencionado. Apenas 3 eventos de acatisia (15 contra 2) foram mencionados.

Acatisia também é vista com outras drogas psiquiátricas, por exemplo, os neurolépticos (veja abaixo). Acatisia vem do grego e significa incapacidade de ficar quieto. Os pacientes podem se comportar de forma

agitada, que não podem controlar, e podem experimentar uma raiva insuportável, delírios e dissociação.<sup>80</sup> Eles podem andar sem parar, mexer nas cadeiras e torcer as mãos - que têm sido descritas como ações que refletem um tormento interior.<sup>1</sup> A acatisia não precisa ter sintomas visíveis, porque pode ser uma extrema ansiedade e agitação interior, que é como este dano é descrito nas informações do produto para Zyprexa. Em um estudo, 79% dos pacientes mentalmente doentes que haviam tentado se matar sofriam de acatisia.<sup>1</sup> Outro estudo relatou que a metade de todas as brigas em uma enfermaria psiquiátrica estavam relacionadas à acatisia,<sup>5,113</sup> e um terceiro estudo descobriu que doses moderadas a altas de haloperidol, um neuroléptico, tornou metade dos pacientes marcadamente mais agressivos, às vezes a ponto de querer matar os seus psiquiatras.<sup>1</sup>

Como as pílulas da depressão têm efeitos puramente sintomáticos e muitos danos, é altamente relevante descobrir o que os pacientes pensam sobre elas quando pesam os benefícios contra os danos. Os pacientes fazem isso quando decidem se devem continuar em um ensaio até o final ou se devem desistir dele.

Foi um trabalho enorme estudar as desistências nos ensaios controlados por placebo. Incluímos 71 relatórios de estudos clínicos que tínhamos obtido das agências médicas europeias e britânicas, com informações sobre 73 ensaios e 18.426 pacientes. Ninguém antes, exceto o meu grupo de pesquisa, jamais havia lido as 67.319 páginas sobre esses ensaios, que equivalem a 7 metros se empilhadas. Mas valeu bem a pena o esforço; 12% a mais de pacientes abandonaram o estudo enquanto consumiam drogas do que enquanto consumiam placebo.<sup>114</sup>

Este é um resultado terrivelmente importante. A visão dos psiquiatras é que as pílulas da depressão fazem mais bem do que mal<sup>4</sup> e a visão dos pacientes é a oposta. Os pacientes preferiram placebo, embora alguns deles tenham sido prejudicados pelos efeitos da interrupção abrupta. Isso significa que as drogas são ainda piores do que as encontradas nos ensaios com interrupção abrupta.

Como tivemos acesso a dados detalhados, pudemos incluir pacientes em nossas análises que os investigadores haviam excluído, por exemplo, porque algumas medições não haviam sido feitas. Nosso resultado é único e confiável, em contraste com as análises anteriores que utilizavam, em

sua maioria, dados publicados. Elas não conseguiram encontrar mais desistências de medicamentos do que de placebo;<sup>114</sup> por exemplo, uma grande revisão de 40 ensaios (6391 pacientes), quando a paroxetina foi comparada com o placebo, relatou que as desistências foram as mesmas (risco relativo de 0,99).

Em seguida, decidimos olhar para a qualidade de vida nessas mesmas pesquisas. Tendo em vista o nosso resultado para as desistências; o pequeno benefício das pílulas da depressão não tem nenhuma relevância para os pacientes; e com as muitas pílulas e os frequentes danos, esperávamos que a qualidade de vida fosse pior nas pílulas do que no placebo.

Éramos talvez um pouco ingênuos, porque agora tínhamos chegado muito perto dos segredos das pílulas da depressão. O que encontramos - ou melhor, não encontramos - foi chocante.<sup>115</sup> O relato da qualidade de vida relacionada à saúde era praticamente inexistente. Em cinco ensaios, não ficou claro qual o instrumento utilizado e nenhum resultado estava disponível. Incluímos 15 ensaios (4.717 pacientes e 19.015 páginas de relatórios de estudo), uma quantidade substancial de dados sobre os quais basear as conclusões. Entretanto, 9 dos 15 relatórios de ensaios clínicos apresentavam relatórios seletivos e, nos registros *online* das empresas, havia relatórios seletivos para todos os 15 ensaios. Recebemos 20 publicações da Eli Lilly e recuperamos 6 do registro da GlaxoSmithKline. Havia relatórios seletivos em 24 das 26 publicações. Apesar desse extenso relatório seletivo, encontramos apenas pequenas diferenças entre o medicamento e o placebo.

Isto foi mais do que um bloqueio de estrada; foi sabotagem. As empresas são obrigadas a garantir que o que submetem às agências reguladoras de medicamentos para obter a aprovação para a comercialização seja um relato honesto do que aconteceu, e que dados ou informações importantes não foram deixados de fora. Nós nos perguntamos por que as agências reguladoras de medicamentos não haviam solicitado às empresas os dados em falta.

## **As pílulas que destroem a sua vida sexual são chamadas de pílulas da felicidade**

No mundo de cabeça para baixo da psiquiatria, as pílulas que destroem a sua vida sexual são chamadas de pílulas da felicidade. Metade dos pacientes que tiveram uma vida sexual normal antes de começar a tomar uma pílula para a depressão terão a sua vida sexual perturbada ou impossibilitada.<sup>4,116</sup> Os distúrbios sexuais podem se tornar permanentes e quando os pacientes descobrem que nunca mais poderão ter relações sexuais, por exemplo por causa da impotência, alguns se matam.<sup>117,118</sup> Quando dei uma palestra para psiquiatras infantis australianos em 2015, um deles disse conhecer três adolescentes que tomavam pílulas da depressão e que tinham tentado o suicídio porque não conseguiram ter uma ereção na primeira vez que tentaram ter relações sexuais.

É tão cruel. E ainda assim, a negação profissional é generalizada. Os pacientes são frequentemente humilhados ou ignorados pelos seus médicos que se recusam a acreditar neles. Alguns pacientes são informados de que tais complicações ao tomar as pílulas da depressão são impossíveis, e outros são colocados em neurolépticos depois de terem sido informados de que seu problema é psicossomático.<sup>118</sup>

Um paciente que havia enviado alguns links para estudos e revisões sobre disfunções sexuais pós-ISRS recebeu esta resposta: "Se você deseja ter tal 'síndrome' continue o que você está fazendo... leia estudos e revisões obscuras em bancos de dados obscuros e eu posso garantir que você terá isso até o fim da sua vida"!

De longe, a maioria dos pacientes que tomam uma pílula para a depressão sentirá que algo mudou em seus genitais, e muitos reclamam que muito tempo depois de terem saído das pílulas, as suas emoções continuam adormecidas; eles também deixam de se importar com a sua própria vida ou a das outras pessoas, como faziam antes das pílulas.

O professor de psiquiatria David Healy me disse que alguns pacientes podem esfregar uma pasta de pimenta em seus genitais sem nada sentir. Em seu trabalho como perito, ele tem visto dados que ninguém fora da indústria farmacêutica jamais viu, que são lacrados assim que a empresa no tribunal faz um acordo com as vítimas. Healy descreveu que, em alguns

ensaios inéditos da fase 1, que são realizados antes de um medicamento ser testado em pacientes, mais da metade dos voluntários saudáveis teve disfunção sexual grave que, em alguns casos, durou após a interrupção do tratamento.<sup>119</sup>

O entorpecimento dos genitais é usado na comercialização. A pílula de depressão Priligy (dapoxetina) foi aprovada na União Europeia para tratar a ejaculação precoce.

É interessante contrastar isto com as informações fornecidas nas bulas, por exemplo, a do Prozac (fluoxetina).<sup>120</sup> Desde o início, elas colocam a culpa no paciente e não na droga: "mudanças no desejo sexual, no desempenho e na satisfação sexual frequentemente ocorrem como manifestações de um transtorno psiquiátrico". Assim, um cientista da FDA descobriu que Smith-Kline Beecham tinha escondido problemas sexuais com a paroxetina ao culpar os pacientes, por exemplo, a anorgasmia feminina foi codificada como "Transtorno Genital Feminino".<sup>121</sup>

Healy enviou uma petição a Guido Rasi, diretor da *Agência Europeia de Medicamentos* (EMA), em junho de 2019, assinada por um grande grupo de clínicos e pesquisadores. A EMA indicou que pediria às empresas que mencionassem as disfunções sexuais persistentes nas bulas das pílulas da depressão. Seis meses mais tarde, Healy enviou uma nova carta à Rasi declarando que as agências de medicamentos haviam respondido que estas condições poderiam ser decorrentes da doença e não do tratamento. Ele acrescentou: "A melancolia, que é muito rara, pode levar a uma diminuição da libido, mas o tipo de depressão para a qual os ISRSs são prescritos não diminui a libido. De fato, assim como as pessoas se consolam comendo quando estão 'nervosas', assim também muitas vezes têm mais sexo na tentativa de lidar com a sua 'depressão'".

Em sua bula,<sup>120</sup> Eli Lilly afirma que, "algumas evidências sugerem que os ISRSs podem causar tais experiências sexuais desagradáveis". Não é *uma* evidência. Quando se olha para *todas as* evidências, fica muito claro que estas drogas arruinam a vida sexual das pessoas.

O modo de negação da Lilly continua: "Estimativas confiáveis da incidência e da gravidade de experiências incômodas envolvendo desejo sexual, desempenho e satisfação são difíceis de se obter, contudo, em parte porque pacientes e médicos podem relutar em discuti-las". Já que temos

essas evidências, qual é então o problema que a Lilly tem em reconhecer o que aparece?

Nos ensaios clínicos da Lilly,<sup>120</sup> "a diminuição da libido foi o único efeito secundário sexual relatado por pelo menos 2% dos pacientes que tomavam fluoxetina (4% de fluoxetina, <1% de placebo)". Se você não perguntar, você não verá os problemas. Em um estudo cuidadosamente conduzido, 57% das 1022 pessoas que tiveram uma vida sexual normal antes de tomar uma pílula de depressão experimentaram diminuição da libido; 57% atrasaram o orgasmo ou a ejaculação; 46% não tiveram orgasmo ou ejaculação; e 31% tiveram disfunção erétil ou diminuíram a lubrificação vaginal.<sup>116</sup> Não há nada sobre isso na bula de Lilly, além de: "Em mulheres tomando fluoxetina houve relatos espontâneos de disfunção orgásmica, incluindo anorgasmos. Não há estudos adequados e bem controlados examinando a disfunção sexual com o tratamento com fluoxetina. Os sintomas de disfunção sexual ocasionalmente persistem após a interrupção do tratamento com fluoxetina".

Algumas bulas são mais verdadeiras, por exemplo, para a venlafaxina:<sup>122</sup> diminuição da libido 2%, ejaculação anormal/orgasmo 12%, impotência 6%, e perturbação do orgasmo 2%. Mas isto ainda está longe de ser verdade.

1 Se você se sentir deprimido, não vá ao seu médico, que muito provavelmente irá prescrever uma pílula da depressão para você.

2 Nunca aceite tratamento com uma pílula da depressão. É provável que isso torne a sua vida mais miserável.

3 Não acredite em nada que os médicos lhe digam sobre as pílulas da depressão. É muito provável que esteja errado.

4 As pílulas da depressão são perigosas. Elas aumentam o risco de suicídio, violência e homicídio em todas as idades.

5 As pílulas da depressão podem destruir a sua vida sexual, e no pior dos casos permanentemente.



6 Consulte um psicoterapeuta. Você também pode considerar se precisa de um assistente social, conselheiro ou advogado.

## Lítio

O lítio é um metal altamente tóxico utilizado para o transtorno bipolar. Como a maioria das outras drogas psiquiátricas, ele seda as pessoas e as torna inativas. As concentrações de soro devem ser monitoradas de perto porque a toxicidade pode ocorrer em doses próximas às concentrações terapêuticas.

Nas embalagens, os pacientes e suas famílias são avisados de que o paciente deve interromper a terapia com lítio e entrar em contato com o médico se tiver diarreia, vômitos, tremores, leve ataxia (não explicada, embora poucos pacientes saibam que significa perda de controle sobre os movimentos corporais), sonolência ou fraqueza muscular.

O risco de toxicidade do lítio é aumentado em pacientes com doença renal ou cardiovascular significativa, debilitação ou desidratação severa, ou esgotamento do sódio, e para pacientes que recebem medicamentos que podem afetar a função renal, por exemplo, alguns anti-hipertensivos, diuréticos e medicamentos para aliviar a dor de artrite. Muitos medicamentos podem alterar os níveis séricos do lítio, que é, portanto, muito difícil de usar com segurança, e a lista de danos graves é longa e assustadora.<sup>123</sup>

Os psiquiatras elogiam esta droga altamente perigosa, dizendo que ela funciona e previne o suicídio. No entanto, os psiquiatras que revisaram o lítio em 2013 concluíram cautelosamente.<sup>124</sup> Houve seis suicídios nos ensaios, todos com placebo, mas os autores observaram que a existência de apenas um ou dois ensaios de tamanho moderado com resultados neutros ou negativos poderia mudar materialmente a sua descoberta. O relato seletivo de mortes é sempre um problema, particularmente com os estudos antigos, e a maioria dos estudos são antigos. Além disso, os pacientes eram frequentemente titulados para a dose mais apropriada antes que a metade deles fosse abruptamente colocada em placebo.

Um psiquiatra sueco e eu, contudo, fizemos a nossa própria meta-análise, excluindo os estudos com a interrupção abrupta. Encontramos apenas quatro estudos. Havia três suicídios nos grupos de placebo e nove

versus duas mortes a favor do lítio, mas devido ao pequeno número e dados não confiáveis (nos ensaios de todas as drogas psiquiátricas cerca da metade de todas as mortes está faltando),<sup>81</sup> não tiramos nenhuma conclusão firme.<sup>125</sup>

O lítio ajuda? Estou relutante em usar os quatro estudos que encontramos para responder a essa pergunta. Eles tiveram resultados altamente subjetivos, como se os pacientes tivessem recaído ou tivessem melhorado por uma certa quantidade, e os ensaios devem ter sido pouco cegos porque os efeitos colaterais do lítio são muito pronunciados.

Se quisermos saber o que o lítio faz às pessoas, precisamos de grandes testes com algo no placebo que dê efeitos colaterais, para que seja mais difícil quebrar a cegueira, e deve haver um longo acompanhamento após a fase aleatória ter sido concluída, onde a dose do lítio é lentamente afilada, para que possamos ver quais são os danos de longo prazo. Já sabemos que o lítio pode causar danos irreversíveis ao cérebro.<sup>123</sup>

Esta não é uma droga que eu recomendaria a ninguém.

## **Drogas antiepilépticas**

Como já foi observado, os antiepilépticos duplicam o risco de suicídio.<sup>126</sup> Os psiquiatras os usam muito, mas como ocorre com a maioria das outras drogas usadas na psiquiatria, o seu principal efeito é suprimir a resposta emocional, entorpecendo e sedando as pessoas.<sup>56</sup>

Também como a maioria das outras drogas psiquiátricas, elas são usadas para praticamente tudo. Tenho visto tantos pacientes entrando na porta da psiquiatria com uma variedade de "diagnósticos iniciais", e a todos acabando sendo prescrito um coquetel horripilante de drogas que inclui antiepilépticos.

Não me surpreende que os psiquiatras pensem que os antiepilépticos "trabalham" para a mania, porque qualquer coisa que derrube as pessoas e as incapacite parece "trabalhar" para a mania. Mas nada mais é do que uma camisa de força química.

Os antiepilépticos não só sedam as pessoas, como também podem ter o efeito oposto e torná-las maníacas.<sup>126</sup> As pílulas da depressão também podem tornar as pessoas maníacas,<sup>122</sup> mas isto não é desejável, pois geralmente levam a uma cascata de drogas adicionais e perigosas como

neurolépticos e lítio que aumentam o risco de morte e dificultam muito o retorno dos pacientes a uma vida normal. Além disso, os pacientes passam agora a serem chamados de bipolares, mesmo sofrendo de um dano causado por uma droga.

As drogas para a epilepsia têm muitos outros efeitos nocivos, por exemplo, 1 entre 14 pacientes com gabapentina desenvolve ataxia, o que, como acaba de ser explicado, é uma falta de coordenação voluntária dos movimentos musculares.

Os psiquiatras chamam essas drogas horríveis de "estabilizadores do humor", que não é o que elas fazem, e eles nunca esclareceram o significado preciso desse termo.<sup>9</sup> Eu pesquisei no Google o significado de *estabilizadores de humor*: "Estabilizadores de humor são medicamentos psiquiátricos que ajudam a controlar as oscilações entre depressão e mania... comumente usados para tratar pessoas com transtorno de humor bipolar e às vezes pessoas com transtorno esquizoafetivo e transtorno de personalidade limítrofe". Bem, eles são usados para muito mais, e praticamente todo paciente de "carreira" psiquiátrica os adquire. Logo abaixo desse *post* do Google, eu pude ler que os estabilizadores de humor não só incluem antiepilépticos e lítio, mas também asenapina, que é um neuroléptico. Assim, o estabilizador de humor parece ser um termo flexível em demasia. Eles esqueceram de mencionar álcool e cannabis, talvez porque não são drogas prescritas, e por conseguinte não têm interesse comercial para a indústria das drogas.

Tenho encontrado com frequência pacientes que estão no antiepiléptico, lamotrigina. Foram publicados para essa droga apenas dois testes positivos, enquanto sete testes grandes e negativos deixaram de ser publicados.<sup>127</sup> Dois testes positivos são suficientes para a aprovação da FDA e a agência considera os outros como sendo testes fracassados, mesmo que vejamos um medicamento fracassado. É preciso ter uma fantasia vívida para imaginar o que acontece nas agências reguladoras de medicamentos e até onde que elas estão dispostas a ir para acomodar os interesses da indústria farmacêutica.<sup>51</sup> O resultado final é que a regulamentação das drogas não funciona. Se funcionasse, os nossos medicamentos prescritos não seriam a terceira principal causa de morte,<sup>128-138</sup> e os nossos medicamentos psiquiátricos não teriam chegado nem sequer perto de ser registrados.<sup>4</sup>

A quantidade de fraudes nos ensaios clínicos nesta área é enorme.<sup>4</sup> Não se deve acreditar em nada do que se lê. A menos que você tenha epilepsia, esqueça estas drogas e, se você as estiver usando, encontre ajuda para sair delas, o mais rápido que puder.

## **Pílulas para o construção social chamado TDAH**

Eu nunca ouvi falar de uma droga psiquiátrica que é usada principalmente a curto prazo. Todas elas, mesmo os benzodiazepínicos, são utilizadas durante anos pela maioria dos pacientes, e as drogas para o construção social chamada TDAH não são exceção.

Estes medicamentos são estimulantes e funcionam como anfetaminas; de fato, alguns deles *são* anfetaminas. A forma como a OMS as descreve é interessante.<sup>139</sup> Sob o título "Manejo do abuso de substâncias: estimulantes do tipo anfetamina", eles dizem:

"Estimulantes do tipo anfetamina (ATS) referem-se a um grupo de drogas cujos membros principais incluem anfetaminas e metanfetaminas. Entretanto, uma gama de outras substâncias também se enquadram neste grupo, tais como metcatinona, fenetylline [sic], efedrina, pseudoefedrina, metilfenidato e MDMA ou 'Ecstasy' - um derivado do tipo anfetamina com propriedades alucinógenas. O uso do ATS é um fenômeno global e crescente e, nos últimos anos, houve um aumento acentuado na produção e uso do ATS em todo o mundo. Durante a última década, o abuso de estimulantes do tipo anfetamina (ATS) se infiltrou na cultura dominante em certos países. Os mais jovens, em particular, parecem possuir uma sensação distorcida de segurança sobre as substâncias, acreditando erroneamente que as substâncias são seguras e benignas ... a situação atual merece atenção imediata".

Cristal é o nome comum para a metanfetamina cristalina, uma droga forte e altamente viciante. Em 2017, cerca de 0,6 % da população dos EUA relatou ter usado metanfetamina no ano passado.<sup>140</sup> O uso de estimulantes sob prescrição médica era de 0,8% da população dinamarquesa, também em 2017.

Por que, então, a OMS não avisa com uma palavra que o uso crescente de estimulantes sob prescrição médica também é um enorme problema? Por que este padrão duplo?

Houve 10.333 mortes por overdose de drogas nos EUA em 2017 envolvendo estimulantes,<sup>140</sup> em comparação com apenas 1.378 em 2007.

As metanfetaminas são consideradas particularmente perigosas. Não sabemos quantas pessoas são mortas por estimulantes sob prescrição médica, mas sabemos que as crianças que consomem esses medicamentos caíram subitamente mortas na sala de aula.

Sabemos também que os estimulantes aumentam o risco de violência,<sup>129</sup> o que não é surpreendente, tendo em vista os seus efeitos farmacológicos. Mas os psiquiatras dizem o contrário. Já os ouvi argumentar muitas vezes, também em uma audiência no Parlamento dinamarquês, que a Ritalina (metilfenidato) protege contra o crime, a delinquência e o abuso de substâncias. Isto não é verdade - se alguma coisa, elas fazem o contrário.<sup>142</sup>

Como para outras drogas psiquiátricas, os efeitos a longo prazo são danosos.<sup>4</sup> Isto foi demonstrado no grande ensaio MTA dos EUA que randomizou 579 crianças e relatou resultados após 3, 6, 8 e 16 anos.<sup>142-146</sup> Após 16 anos, aqueles que tomavam os seus comprimidos de forma consistente eram 5 cm mais curtos do que aqueles que tomavam muito pouco, e havia muitos outros danos.<sup>146</sup> Podemos apenas especular quais os efeitos permanentes estas drogas poderiam ter sobre o desenvolvimento do cérebro das crianças.

O efeito a curto prazo é que as drogas podem fazer com que as crianças fiquem quietas na sala de aula, mas esse efeito desaparece muito rapidamente. Os danos a curto prazo incluem tiques, contrações musculares e outros comportamentos consistentes com sintomas obsessivos e compulsivos, que podem se tornar bastante comuns.<sup>9,147</sup> Os estimulantes reduzem a atividade mental e comportamental espontânea geral, incluindo o interesse social, o que leva à apatia ou à indiferença, e muitas crianças - mais da metade em alguns estudos - desenvolvem depressão e comportamentos compulsivos e sem sentido.<sup>56,148</sup>

Estudos com animais confirmaram isso,<sup>148</sup> e documentamos outros danos, por exemplo, que as drogas prejudicam a reprodução mesmo depois que os animais foram retirados delas.<sup>149</sup>

Na escola, o comportamento compulsivo é muitas vezes mal interpretado como uma melhoria, embora a criança possa simplesmente copiar obsessivamente tudo o que aparece no quadro sem nada aprender. Algumas crianças desenvolvem mania ou outras psicoses,<sup>56,150</sup> e os danos

das drogas são muitas vezes confundidos com um agravamento do construção social chamado "doença", que leva a diagnósticos adicionais, por exemplo, depressão, transtorno obsessivo compulsivo ou bipolar - e drogas adicionais, levando à cronicidade.<sup>148</sup>

Os ensaios clínicos de drogas TDAH são tendenciosos em um grau excepcional, mesmo para os padrões psiquiátricos, e, portanto, a maioria das revisões sistemáticas dos ensaios também são altamente tendenciosas. Uma revisão Cochrane do metilfenidato para adultos foi tão ruim que as críticas que nós e outros levantamos levaram à sua retirada da Biblioteca Cochrane.<sup>151</sup> Duas revisões da Cochrane realizadas por meus antigos funcionários, que prestaram atenção suficiente às falhas, descobriram que cada tentativa já realizada estava sob um alto risco de enviesamento.<sup>152,153</sup>

Também descobrimos que o relato dos danos é extremamente pouco confiável.<sup>153</sup> Na revisão da agência britânica de medicamentos, foi relatada a ocorrência de "psicose/ mania" em 3% dos pacientes tratados com metilfenidato e em 1% dos pacientes com placebo. A estimativa de 3% é 30 vezes maior do que o risco de 0,1% de "novos sintomas psicóticos ou maníacos" que a FDA adverte. Também encontramos discrepâncias dentro dos documentos regulatórios. No *Relatório de Avaliação Pública* da agência britânica de regulação de medicamentos, a taxa de agressão para aqueles em metilfenidato foi relatada em 1,2% na página 61 e em 11,9% na página 63, com base na mesma população e tempo de acompanhamento.<sup>153</sup> Além disso, observamos enormes diferenças entre os estudos que não puderam ser explicadas seja pelo desenho do estudo ou seja pela população de pacientes; por exemplo, a diminuição da libido em metilfenidato foi experimentada em 11% em um ensaio contra apenas 1% em uma análise conjunta de três outros ensaios clínicos. Como a qualidade de vida foi medida em 11 ensaios, mas apenas em 5 foi relatada, onde foi encontrado um efeito mínimo,<sup>153</sup> é razoável supor que a qualidade de vida piora nos medicamentos para TDAH, que também é o que as crianças experimentam. Eles não gostam das drogas.

Fazer a coisa certa em psiquiatria raramente é possível. Um psiquiatra infantil irlandês me disse que ele foi suspenso porque não colocou os seus filhos em drogas psiquiátricas, incluindo drogas para TDAH.

Em vez de mudar os cérebros dos nossos filhos, deveríamos mudar o seu ambiente. Também deveríamos mudar os cérebros dos psiquiatras para que

eles não mais queiram drogar as crianças com rapidez na prescrição; será que "psicoeducação" ajudaria? Os medicamentos para TDAH são receitados muito mais aos filhos de pais com empregos pouco qualificados, em comparação com os filhos de pais mais instruídos.<sup>154</sup> Estes medicamentos são usados como forma de controle social, assim como os neurolépticos o são.

Um documentário britânico foi muito revelador sobre o que é necessário. Mostrou crianças altamente perturbadoras, que eram tão difíceis de se lidar que até mesmo psiquiatras críticos poderiam concluir que as drogas para TDAH eram necessárias. "Não podemos ter crianças penduradas nas cortinas", como me disse um psiquiatra infantil em uma audiência no Parlamento sobre drogar crianças. No entanto, as famílias receberam ajuda de psicólogos e descobriu-se que as crianças estavam sendo perturbadas, razão pela qual eram perturbadoras. Uma mãe que sempre repreendeu a sua filha "impossível" foi ensinada a elogiá-la e, um pouco mais tarde, ela se tornou uma criança muito simpática que não era mais hostil para com a sua mãe.

O abuso sexual de crianças é assustadoramente comum e extremamente prejudicial. Você pode facilmente encontrar referências na Internet sobre o fato de que cerca de uma em cada dez crianças ter sido abusada sexualmente antes de completar 18 anos de idade. Se uma criança se comporta mal, se é provocante e desafiadora, isto pode facilmente levar a um diagnóstico de TDAH ou de transtorno de personalidade limítrofe, embora seja uma reação a uma situação horrível de abuso sexual contínuo sobre o qual a criança não ousa falar com ninguém.

Um de meus colegas, o psiquiatra infantil Sami Timimi, pergunta frequentemente aos pais se querem que ele drogue o filho deles para o TDAH:<sup>54</sup> "Imagine esta droga funcionando perfeitamente; que mudanças vocês esperam que resultem disso"? Essa pergunta pode surpreender os pais, mas é importante não dizer mais nada até que um deles quebre o silêncio e comece a falar sobre as mudanças que ele imagina que irão acontecer. Isso ajuda Timimi a entender as áreas específicas de preocupação dos pais. É, por exemplo, o comportamento em casa, as relações entre colegas, o desempenho acadêmico na escola ou a falta de senso de perigo? Timimi pode então responder que nenhuma droga no

mundo pode alterar essas coisas em seus filhos. As drogas não tomam decisões, não têm sonhos e ambições, nem realizam ações.

Ao descobrir as especificidades do que os pais querem ver mudado, Timimi pode desviar o interesse deles das drogas para medidas mais específicas, como o desenvolvimento de habilidades de gerenciamento parental para crianças que são mais "intensas" do que a maioria. Ele os ajuda a entender as ansiedades e o estresse que seus filhos podem estar sentindo, ou ele os apoia na obtenção de intervenções mais estruturadas nas escolas. Ele também lembra aos pais que uma coisa é certa sobre as crianças: elas mudam conforme crescem e muitas vezes os problemas rotulados como TDAH (particularmente a hiperatividade e a impulsividade) tendem a diminuir e a desaparecer à medida em que a criança amadurece durante a adolescência.

Como o TDAH é apenas um rótulo e não uma doença cerebral, esperaríamos que mais dessas crianças nascidas em dezembro recebessem um diagnóstico de TDAH e estivessem em tratamento medicamentoso do que aquelas nascidas em janeiro na mesma classe, pois tiveram 11 meses a menos para desenvolver o cérebro. Um estudo canadense de um milhão de crianças em idade escolar confirmou isso.<sup>155</sup> A prevalência de crianças em tratamento aumentou de forma praticamente linear de janeiro a dezembro, e 50% a mais das nascidas em dezembro estavam em tratamento medicamentoso.

O diagnóstico de TDAH não deve ser um pré-requisito para se obter ajuda extra ou dinheiro para as escolas, o que ocorre hoje em dia. Isso impulsiona a prevalência deste diagnóstico para cima o tempo todo, e o uso de drogas para o TDAH também, que foi 3,4 vezes maior na Dinamarca em 2017 do que em 2007, um aumento de 240%.

Alguns países têm experimentado um aumento em espiral no uso de medicamentos psiquiátricos em crianças e que é diretamente atribuível a parcerias das escolas com hospitais. Em uma província canadense, os hospitais pressionaram agressivamente o pessoal de serviços especiais e os conselheiros de orientação escolar, que por sua vez encaminharam qualquer criança sob estresse para o departamento psiquiátrico dentro do hospital infantil. A diretoria da escola contratou um psiquiatra escolar que consultou o pessoal sobre situações de rejeição escolar e questões



comportamentais e recomendou pílulas da depressão ou drogas para o TDAH.

As escolas e hospitais se tornaram lugares perigosos para crianças e adolescentes. Como isto é triste. As escolas deveriam estimular as crianças, e não as pacificar com rapidez via a prescrição.

1 Nunca aceite que seu filho seja tratado com rapidez com uma prescrição médica.

2 Nunca aceite isto, mas resista a se tornar um número sem rosto no novo mercado para adultos.

3 Abordar as crianças com paciência e empatia que lhes permitam crescer e amadurecer, sem drogas.

## **Os pregos finais no caixão da psiquiatria biológica**

Quando discuto o estado da psiquiatria com psiquiatras críticos, psicólogos e farmacêuticos com quem colaboro, às vezes nos perguntamos um ao outro: "Quem é mais louco, em média, os psiquiatras ou os seus pacientes?"

Esta não é uma questão tão rebuscada ou retórica como pode parecer. Quando pesquisei no Google por *ilusão*, a primeira entrada foi de um dicionário de Oxford: "Uma crença ou impressão idiossincrática mantida apesar de ser contrariada pela realidade ou argumento racional, normalmente como um sintoma de transtorno mental".

Como você já viu, logo desde o início do Capítulo 1, e verá mais a seguir, toda a psiquiatria se caracteriza exatamente por isso. As crenças idiossincráticas predominantes dos psiquiatras não são compartilhadas por pessoas consideradas sãs, ou seja, o público em geral, mas os psiquiatras as mantêm vigorosamente, mesmo quando a realidade, incluindo a ciência mais confiável que temos e o argumento racional, mostra claramente que as suas crenças básicas estão erradas.

Se a psiquiatria fosse um negócio, ela já teria ido à falência, então vamos concluir, em vez disso, que ela está moral e cientificamente falida.

Uma definição de loucura é fazer sempre a mesma coisa, esperando sempre por um resultado diferente. Quando uma droga não parece funcionar tão bem, o que ocorre na maioria das vezes, os psiquiatras aumentam a dose, mudam para uma outra droga da mesma classe, adicionam outra droga da mesma classe, ou adicionam uma droga de outra classe.

A ciência nos diz muito claramente que estas manobras não irão beneficiar os pacientes. Trocar medicamentos, adicionar medicamentos ou aumentar a dose não resulta em melhores resultados.<sup>156-158</sup> O que é certo é que aumentar a dose total ou o número de drogas aumentará a ocorrência de danos graves, incluindo danos irreversíveis ao cérebro, suicídios e outras mortes.<sup>4,159,160</sup> Os neurolépticos encolhem o cérebro de maneira dependente da dose; em contraste, a gravidade da doença tem um efeito mínimo ou nenhum efeito.<sup>160</sup>

Não há provas confiáveis de que a psicose por si só possa danificar o cérebro.<sup>161</sup> O mesmo se aplica aos outros transtornos psiquiátricos, mas os psiquiatras muitas vezes mentem a seus pacientes dizendo-lhes que a sua doença pode prejudicar o seu cérebro se eles não tomarem drogas psiquiátricas. O professor de psiquiatria Poul Videbech escreveu em 2014 que a depressão dobra o risco de demência,<sup>162</sup> mas a meta-análise que ele citou não mencionou com uma palavra quais tratamentos os pacientes haviam recebido.<sup>163</sup> Outros estudos indicam que são as drogas que tornam as pessoas dementes.<sup>164,165</sup>

É rotina em todos os lugares se aumentar a dose, mesmo quando o paciente ficou melhor. Um comentário frequentemente ouvido em consultas nas enfermarias psiquiátricas é: "O paciente está indo bem depois de duas semanas com Zyprexa, então eu vou dobrar a dose". Esta rotina é ao mesmo tempo insana e prejudicial. O psiquiatra não pode saber se o paciente poderia ter melhorado mais sem Zyprexa. Os médicos enganam a si mesmos e aos seus pacientes o tempo todo, com base em sua "experiência clínica" enganosa e em seus rituais de tratamento que vão diretamente contra a ciência.

Desta forma, muitos pacientes acabam tomando coquetéis de drogas terrivelmente prejudiciais dos quais talvez nunca escapem. Embora seja difícil de acreditar, está ficando pior. Um estudo americano da psiquiatria de consultório descobriu que o número de medicamentos psicotrópicos

prescritos aumentou acentuadamente, em apenas nove anos até 2006: as visitas com três ou mais medicamentos dobraram, de 17% para 33%.<sup>166</sup> Prescrições para dois ou mais medicamentos da mesma classe também aumentaram, embora isso não devesse acontecer de forma alguma.

Uma vez fui convidado a seguir o psiquiatra-chefe durante um dia em uma enfermaria fechada. Conversamos com vários pacientes. Um deles me pareceu totalmente normal e razoável, mas para a minha grande surpresa o psiquiatra me perguntou depois se eu podia ver que ele estava delirando. Como eu não consegui, ele explicou que o paciente estava delirando porque havia estado na Internet e descoberto que os neurolépticos são perigosos. Eu respondi que eles são realmente perigosos e que não há nada de ilusório em acreditar nisso. Fiquei tão atônito que não disse mais nada.

Em outra ocasião, telefonei para uma unidade psiquiátrica em Copenhague que tem uma reputação muito ruim por causa dos pacientes que os psiquiatras mataram lá com as suas drogas.<sup>45</sup> Um paciente desesperado e em grande angústia tinha me chamado, mas não me foi possível falar com um psiquiatra, apesar de eu ser um colega e estar dentro do horário normal de trabalho. Eu insisti que precisava falar com alguém e fui transferido para uma enfermeira-chefe. Ela me disse para não me envolver porque o paciente estava delirando. Quando perguntei de que maneira, ela disse que ele havia descoberto que os neurolépticos eram perigosos. Perguntei-lhe se ela sabia com quem estava falando. Ah, sim, ela sabia sobre mim.

Vou agora ilustrar mais do mundo absurdo e ilusório da psiquiatria com alguns exemplos.

Um de meus amigos psiquiatras enviou uma carta a um médico de família sobre uma estudante de 21 anos de idade, recentemente com alta em um hospital particular, após ter recebido 21 TCMS. Quando eu perguntei o que era isso, minha amiga respondeu: "Trans-Cranial Magnetic Stimulation [Estimulação Magnética Transcraniana], o último de uma longa linha de modismos passageiros que atingem a psiquiatria, projetado para separar os bem preocupado com o seu dinheiro".

Como ela ficava cada vez mais ansiosa, ela recebeu 12 choques elétricos. Ela tinha dois diagnósticos, transtorno de personalidade limítrofe e transtorno afetivo bipolar, e recebeu alta com essas drogas (prn: conforme necessário; bd: duas vezes ao dia):

| Droga                         | Tipo de droga                                  |
|-------------------------------|--|
| diazepam a 20 mg/dia          | comprimido para dormir<br>(hipnótico/sedativo) |
| fluvoxamina 300 mg/dia        | pílula da depressão                            |
| mirtazapina 45 mg à noite     | pílula da depressão                            |
| quetiapina 400 mg à noite     | neuroléptico                                   |
| quetiapina a 600 mg/dia prn   | neuroléptico                                   |
| aripiprazole 10 mg pela manhã | neuroléptico                                   |
| olanzapina até 20 mg/dia prn  | neuroléptico                                   |
| valproato 1000 mg à noite     | medicamento antiepiléptico                     |
| lamotrigina 100 mg bd         | medicamento antiepiléptico                     |
| topiramato 50 mg bd           | medicamento antiepiléptico                     |
| lítio 1250 mg/dia             | “estabilizador de humor”                       |

Isto é uma loucura e constitui uma grosseira negligência médica. No mundo inteiro ninguém sabe o que acontecerá quando todas essas drogas são administradas em conjunto, apenas que é muito mais perigoso do que se menos drogas forem usadas.

A carta encaminhada observa que a paciente dorme muito e que o seu apetite é excessivo. Ela está tentando fazer dieta, já que ganhou cerca de 50 kg com as drogas. Ela tem pouca energia, interesse ou motivação, não faz exercícios ou tem convívio social e não tem nenhum interesse sexual. Ela tem crises de se sentir triste e miserável com ocasionais ideias suicidas por não gostar de si mesma, e também tem crises de se sentir "maníaca", durante as quais ela está desagradavelmente agitada e tende a ter gastos demais na esperança de se sentir melhor.

Ela também tem frequentes episódios de agitação e irritabilidade e descreveu a acatisia clássica. Ela não tem ideias paranoicas; é ritualista sobre segurança e ordem, mas não há características verdadeiramente obsessivo-compulsivas. Ela é uma pessoa ansiosa desde a escola primária.

Meu colega terminou a sua carta dizendo ao médico de família que este caso era uma demonstração perfeita da razão pela qual ele havia publicado grandes objeções à psiquiatria convencional. O paciente tinha uma personalidade ansiosa com depressão secundária e não tinha transtorno de

personalidade limítrofe; além disso, nenhuma das pessoas que usavam este diagnóstico podia dizer o que ele beirava ser.

"Se ela permanecer neste nível de drogas, ela estará morta por quarenta anos. Ela está ciente disto e quer que elas sejam reduzidas, mas todas elas são altamente viciantes e podem produzir estados graves de abstinência, que imitam um grande transtorno mental".

Um processo judicial em que estive envolvido não é diferente. É uma história típica que ilustra o papel de uma pílula da depressão como "Kit para iniciantes da psiquiatria".

Até onde posso ver, a este jovem nunca deveria ter sido oferecido um medicamento psiquiátrico. Deveria ter-lhe sido oferecida psicoterapia para os seus problemas que pareciam ser transitórios. Além disso, ele estava funcionando bem quando o seu psiquiatra decidiu colocá-lo em uma pílula da depressão para a "depressão".

A sua "carreira" psiquiátrica durou 33 anos antes de finalmente conseguir sair da última droga, mas ele ainda sofre de efeitos de abstinência duradouros. Sua lista de drogas durante todos esses anos é estonteante. Foram-lhe prescritos os três principais tipos de drogas psiquiátricas, sedativos/ hipnóticos, pílulas da depressão e neurolépticos, em uso e interrompidos em várias combinações, totalizando três sedativos/ hipnóticos diferentes, cinco pílulas da depressão e seis neurolépticos. Ele também desenvolveu o Parkinson, muito provavelmente induzido por drogas, e foi tratado também para isso. Os sedativos/ hipnóticos foram prescritos por cerca de 10 anos, as pílulas da depressão por cerca de 25 anos e os neurolépticos por cerca de 30 anos, e houve um grau considerável de polifarmácia.

É notável que qualquer um possa sobreviver a tudo isso e continuar usando.

O psiquiatra interrompeu as drogas abruptamente muitas vezes. Não afilar lentamente estas drogas depois de ter colocado um paciente sobre elas por longos períodos de tempo, constitui uma negligência altamente perigosa.

Espero que ele vença o caso, mas infelizmente, os juízes são muito autoritários e sempre enfatizam o que outros psiquiatras fazem em situações semelhantes. Isto é prudente, como precaução geral, mas não

quando praticamente todos estão em falta. Se um banco defraudar seus clientes, não ajuda no tribunal que outros bancos façam o mesmo. Então por que todos são desculpados na psiquiatria? Como será possível ganhar casos, tendo em vista esta injustiça?

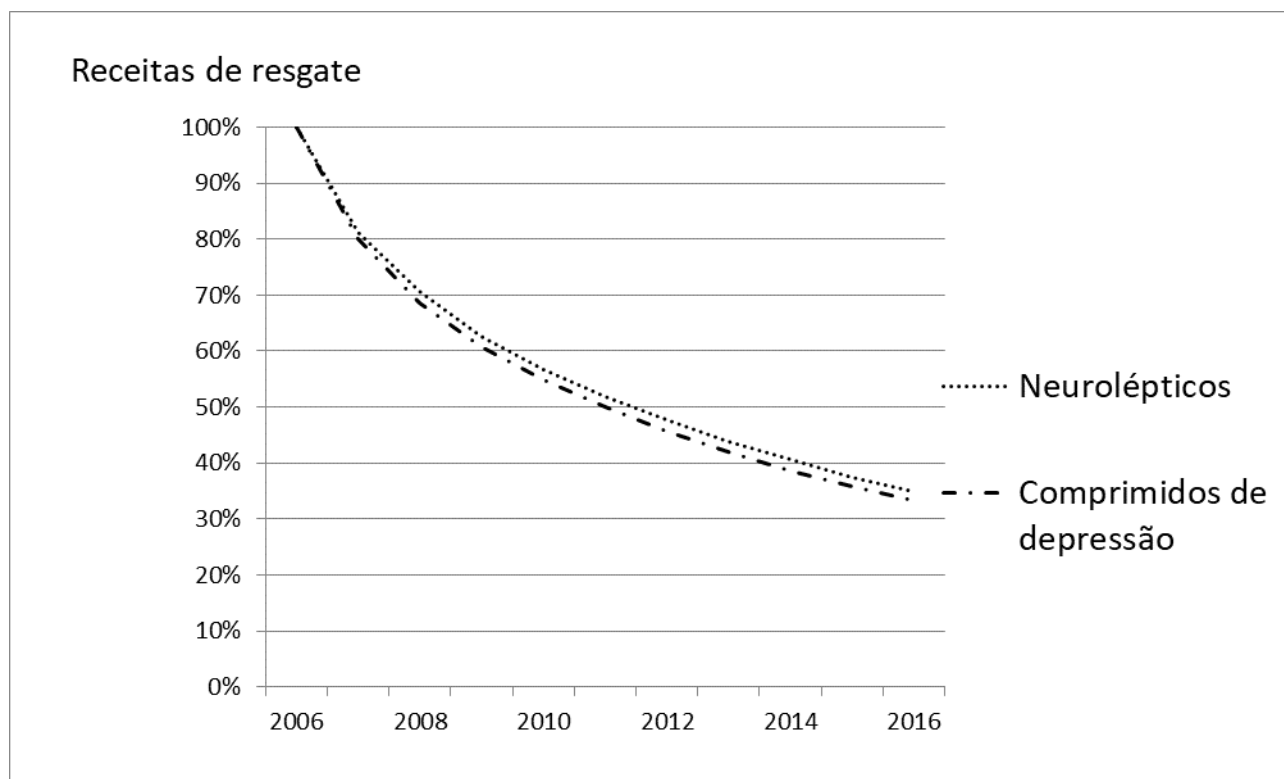
Ocasionalmente, um caso é ganho.<sup>4</sup> Wendy Dolin em Chicago processou GlaxoSmith-Kline depois que o seu marido, um advogado de grande sucesso que amava a vida e não tinha problemas psiquiátricos, foi colocado em paroxetina porque ele desenvolveu alguma ansiedade em relação ao trabalho. Ele pegou acatisia e se jogou na frente de um trem seis dias depois de iniciar a paroxetina, não percebendo que não era ele que tinha enlouquecido; era a pílula que o deixara louco. A Baum & Hedlund em Los Angeles ganhou o caso, mas então? GlaxoSmithKline apelou do veredicto.

Quando Wendy soube que eu havia marcado um encontro sobre psiquiatria em relação ao lançamento de meu livro em 2015,<sup>4</sup> ela decidiu ir a Copenhague e contar a sua história. Quatro outras mulheres que haviam perdido um marido, um filho ou uma filha para o suicídio induzido por drogas, quando não havia absolutamente nenhuma boa razão para ser prescrita uma pílula da depressão, também vieram, por sua própria conta. Meu programa já estava cheio, mas eu arranjei espaço para elas. Esta foi a parte mais comovente de todo o dia. Houve um silêncio impressionante enquanto eles contavam as suas histórias, que podem ser vistas no YouTube.<sup>167</sup>

O uso colossal de drogas psiquiátricas não é baseado em evidências, mas é impulsionado por pressões comerciais. Estudei se duas classes de drogas muito diferentes, os neurolépticos e as pílulas da depressão, apresentavam padrões semelhantes no uso a longo prazo. Os padrões de uso deveriam ser muito diferentes porque a principal indicação para neurolépticos, a esquizofrenia, tem sido tradicionalmente percebida como uma condição crônica, enquanto a principal indicação para pílulas da depressão, a depressão, tem sido percebida como episódica.

No entanto, não eram diferentes. Eles eram os mesmos:<sup>168</sup>

Porcentagem de usuários atuais na Dinamarca que resgataram uma prescrição para a mesma droga ou para uma droga similar em cada um dos anos seguintes após 2006.



Comecei o relógio em 2006, acompanhando os pacientes ao longo do tempo. Naquele ano, 2,0% da população dinamarquesa recebeu prescrição para um neuroléptico e 7,3% para uma pílula da depressão. Muitos dos pacientes já haviam tomado a sua droga durante anos, mas este grupo de pessoas também incluía alguns que eram usuários pela primeira vez em 2006, ou seja, 19,8% contra 20,0%. Esta foi uma porcentagem notavelmente semelhante para os dois grupos de drogas muito diferentes utilizadas para transtornos muito distintos.

Os pacientes receberam uma nova prescrição a cada ano até que pararam ou chegaram a 2016, meu último ano de observação, quando 35% contra 33% dos pacientes ainda estavam em tratamento.

Estes resultados são chocantes. Sejam quais forem as falhas nas diretrizes, elas não funcionaram como o esperado, e o uso de drogas claramente não foi baseado em evidências. Eu quase senti que tinha descoberto uma nova lei na natureza. Ao contrário de nossos palpites, 1 kg de penas caem com a mesma velocidade que 1 kg de chumbo, desde que

caiam no vácuo, de acordo com a lei da gravidade. Da mesma forma, o uso dessas duas classes muito diferentes de drogas caiu com a mesma velocidade. Uma enorme proporção de pacientes continua tomando a sua droga, ano após ano, por mais de uma década.

Isto é um dano iatrogênico de proporções épicas. A tal ponto os pacientes não gostam das drogas que os seus médicos precisam de convencê-los a tomá-las. Tal persuasão não é necessária para motivar as pessoas a tomar aspirina infantil após um ataque cardíaco, a fim de reduzir o risco de um novo ataque. Os neurolépticos são até mesmo forçados aos pacientes contra a sua vontade "para o seu próprio bem". Se não fossem forçados, poucos os tomariam. Quando as pessoas saudáveis tomaram um neuroléptico só para experimentar como é, eles me disseram, ou publicaram, que ficaram incapacitadas por vários dias!<sup>169</sup> A dificuldade de leitura ou de concentração e a incapacidade de trabalhar são danos comuns - mas o corpo inteiro é afetado. Não podemos duvidar do poder destas toxinas.

O que estamos vendo é o resultado do engano sistemático de médicos e pacientes. Os pacientes são rotineiramente solicitados a suportar os danos, pois pode levar algum tempo até que o efeito da droga se instale. Não lhes é dito que o que eles percebem como efeito da droga é a melhora espontânea que teria ocorrido sem a droga, ou que pode ser difícil sair da droga novamente. A mentira sobre o desequilíbrio químico também tem contribuído. Os pacientes frequentemente dizem que têm medo de adoecer novamente se deixarem de tomar a droga porque acreditam que há algo quimicamente errado com eles.

A psiquiatria hegemônica não se preocupa com as evidências, mas vai continuar os negócios como sempre, fingindo que os maus resultados não existem, e eles dirão que "todos sabemos que o tratamento de longo prazo é bom para as pessoas; se elas não receberem as suas drogas, elas terão uma recaída." Em 2014, os psiquiatras noruegueses escreveram sobre o que eles chamaram de "taxa alarmantemente alta de descontinuação" de neurolépticos em pacientes com esquizofrenia, 74% em 18 meses. Eu chamaria isto de um sinal saudável, mas os psiquiatras argumentaram que "os clínicos precisam estar equipados com estratégias de tratamento que otimizem o tratamento contínuo com os medicamentos antipsicóticos".<sup>170</sup> A sério? É a alimentação forçada com pílulas, como os gansos de

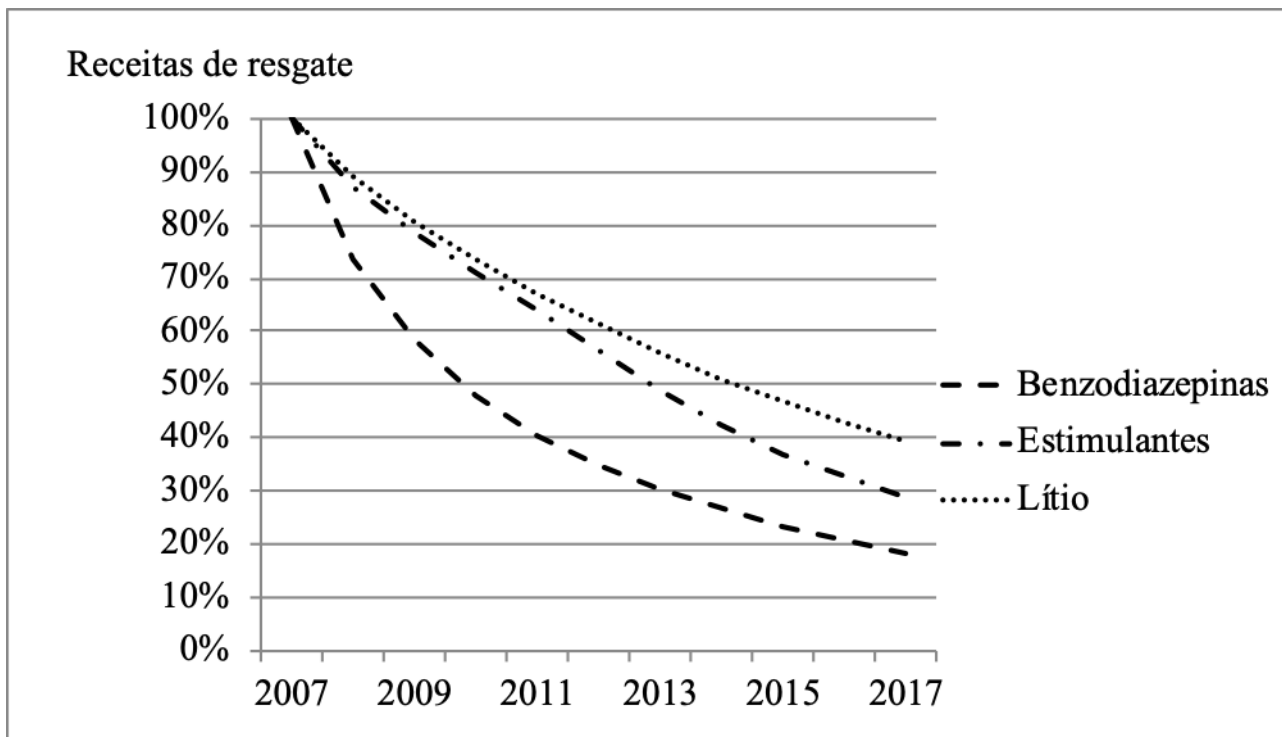


Estrasburgo são alimentados para produzir *foie gras*? Os neurolépticos fazem as pessoas engordarem. Mas os psiquiatras não precisam fazer isso. Quando a sua vontade é contrariada ou os pacientes cospem os comprimidos, eles podem fazer uso de injeções de depósito.

Em seguida, decidi descobrir se havia um padrão similar de uso de benzodiazepinas e agentes similares (hipnóticos/sedativos), lítio e estimulantes (drogas ADHD).

Como sabemos há décadas que as benzodiazepinas e as drogas similares são altamente viciantes e só devem ser usadas por até quatro semanas (o uso restrito já era recomendado em 1980 no Reino Unido),<sup>171,172</sup> e também porque o efeito terapêutico desaparece rapidamente, o uso de tais drogas deve ser muito baixo e, de longe, a maioria dos usuários em um determinado ano deve, portanto, ser usuária pela primeira vez. Este não foi, de forma alguma, o caso:<sup>173</sup>

Porcentagem de usuários atuais na Dinamarca que resgataram uma prescrição para a mesma droga ou para uma droga similar em cada um dos anos seguintes após 2007.



Em 2007, 8,8% da população dinamarquesa recebeu uma prescrição para um agente benzodiazepínico ou similar, 0,24% para o lítio e 0,16% para um estimulante. Para as benzodiazepinas, apenas 13,0% eram usuários de primeira viagem. Para as outras duas drogas, os números foram de 40,4% e 11,2%, respectivamente.

Os pacientes receberam uma nova prescrição a cada ano até que pararam ou chegaram a 2017, meu último ano de observação, quando 18%, 29% e 40%, respectivamente, ainda estavam em tratamento.

Estas descobertas também são perturbadoras. Não importa qual droga psiquiátrica as pessoas tomam ou qual é o seu problema, cerca de um terço dos pacientes ainda está em tratamento com a mesma droga ou com uma semelhante dez anos depois. Para as benzodiazepinas e agentes similares, o uso continuado após dez anos foi "apenas" 18%, mas dado o que sabemos sobre essas drogas, pode-se argumentar que deveria ter sido zero muitos anos antes de 2017. Isto é um desastre. O mesmo pode ser dito sobre o uso dos outros quatro tipos de drogas, que era muito semelhante, pois o intervalo só passou de 29% para 40% (veja os números).

Se aceitarmos as premissas baseadas em evidências de que essas drogas não têm efeitos que valham a pena, particularmente sem considerar os seus danos substanciais, e que os pacientes geralmente não gostam delas, os dados mostram um uso excessivamente colossal das drogas, para um grau semelhante.

O foco principal da psiquiatria para as próximas décadas deveria ser ajudar os pacientes a se retirarem lentamente e com segurança das drogas que estão fazendo uso, em vez de dizer-lhes que precisam ficar com elas. Mas isso não irá acontecer. O foco da psiquiatria está em si mesma - uma espécie de contínuo *selfie* que ela envia o tempo todo para o mundo.

O uso das drogas psiquiátricas continua a aumentar acentuadamente em praticamente todos os países. No Reino Unido, de 1998 a 2010, as prescrições neurolépticas aumentaram em média 5% ao ano e as pílulas da depressão em 10%.<sup>174</sup>

Na Dinamarca, as vendas de ISRSs aumentaram quase que linearmente de um nível baixo em 1992 por um fator de 18, intimamente relacionado ao número de produtos no mercado que aumentou por um fator de 16 ( $r = 0,97$ , o que é uma correlação quase perfeita).<sup>175</sup> Isto confirma que o uso é determinado pelo marketing.

Antes de se tornar globalmente aceito que as benzodiazepinas são viciantes, já tínhamos as evidências há 30 anos.<sup>171</sup> Isto era o esperado e deveria ter sido investigado desde o início, porque os seus precursores, os barbitúricos, são altamente viciantes. O primeiro barbitúrico, o barbital, foi introduzido em 1903, mas levou 50 anos até que fosse aceito que os barbitúricos são viciantes.

A dependência às benzodiazepinas foi documentada em 1961 e descrita no *BMJ* em 1964. Dezesseis anos depois, o *Comitê Britânico sobre a Revisão de Medicamentos* publicou uma revisão sistemática das benzodiazepinas,<sup>172</sup> concluindo que o potencial de dependência era baixo, estimando que apenas 28 pessoas tinham se tornado dependentes de 1960 a 1977. O fato é que milhões de pessoas haviam se tornado dependentes. Em 1988, a *Agência de Controle de Medicamentos* finalmente despertou e escreveu aos médicos sobre as suas preocupações.<sup>171</sup>

Mas a festa continuou, e a história se repetiu. O declínio no uso de benzodiazepinas foi substituído por um aumento semelhante no uso de pílulas da depressão,<sup>175</sup> e muito do que antes era chamado de ansiedade e tratado com benzodiazepinas foi agora por conveniência chamado de depressão.<sup>5</sup> As empresas farmacêuticas, os médicos e as autoridades negaram durante décadas que as pílulas da depressão também tornavam as pessoas dependentes.<sup>171</sup> Fizemos uma revisão sistemática dos sintomas de abstinência e descobrimos que eles foram descritos com termos semelhantes para benzodiazepínicos e ISRSs e eram muito semelhantes para 37 dos 42 sintomas identificados.<sup>176</sup>

Nosso estudo de 2018 de 39 websites populares de 10 países também foi revelador:<sup>32</sup> 28 websites advertiam os pacientes sobre os efeitos da abstinência, mas 22 afirmavam que os ISRSs não são viciantes; apenas um declarava que os comprimidos podem ser viciantes e advertiu que as pessoas "podem ter sintomas de abstinência".

A imipramina entrou no mercado em 1957, e um artigo de 1971 descreve a dependência com esta droga quando foi testada em seis voluntários saudáveis.<sup>177</sup> Como escrevi na primeira página deste livro, 78% dos 2.003 leigos consideravam as pílulas da depressão como viciantes em 1991.<sup>178</sup>

Assim, sabemos há 50 anos ou mais que as pílulas da depressão são viciantes, e os pacientes sabem disso há pelo menos 30 anos; mas 50 anos

depois de sabermos disso, o problema de dependência ainda estava sendo banalizado *Real Colégio de Psiquiatras* e pelo *Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE)*,<sup>179</sup> e também no resto do mundo.

### **Informações falsas sobre a retirada dos psiquiatras britânicos**

Em 2020, fui coautor de um artigo escrito pelo professor de psicologia John Read, "Por que os relatos oficiais dos sintomas de abstinência de antidepressivos diferem tanto dos resultados da pesquisa e das experiências dos pacientes?"<sup>179</sup> Observamos que as diretrizes de 2018 da NICE afirmavam que os sintomas de abstinência das pílulas da depressão "são geralmente leves e autolimitados durante cerca de 1 semana, mas podem ser graves, particularmente se a droga for interrompida abruptamente", e que as diretrizes da *Associação Psiquiátrica Americana* afirmavam que os sintomas "normalmente se resolvem sem tratamento específico durante 1-2 semanas".

Entretanto, uma revisão sistemática por James Davies e John Read mostrou que a metade dos pacientes apresenta sintomas de abstinência; metade dos pacientes com sintomas apresenta a classificação de gravidade mais extrema; e que algumas pessoas apresentam sintomas de abstinência por meses ou mesmo anos.<sup>57</sup> Uma pesquisa com 580 pessoas relatou que em 16% dos pacientes, os sintomas de abstinência duraram mais de 3 anos.<sup>57</sup>

Em fevereiro de 2018, Wendy Burn, presidente do *Real Colégio de Psiquiatras* e David Baldwin, presidente do *Comitê de Psicofarmacologia*, escreveu no *The Times* que, "Sabemos que na grande maioria dos pacientes, quaisquer sintomas desagradáveis experimentados na descontinuidade dos antidepressivos foram resolvidos dentro de duas semanas após a interrupção do tratamento".

Nove clínicos e acadêmicos escreveram a Burn e Baldwin dizendo que a sua declaração estava incorreta e que havia enganado o público sobre uma importante questão de segurança pública. Também observamos que a própria pesquisa do *Colégio* com mais de 800 usuários de antidepressivos (*Coming Off Antidepressants*) constatou que os sintomas de abstinência foram sentidos em 63% e duraram até 6 semanas, e que um quarto relatou ansiedade que durou mais de 12 semanas. Além disso, observamos que

dentro de 48 horas após a publicação da sua declaração enganosa no *The Times*, o *Colégio* removeu o documento *Coming Off Antidepressants* do site.

Pedimos-lhes que retratassem a declaração deles ou que fornecessem apoio à pesquisa. Baldwin enviou dois trabalhos financiados pela empresa com ele mesmo enquanto o primeiro autor. Nenhum deles forneceu dados sobre quanto tempo duram os sintomas de abstinência.

Em seguida, enviamos uma reclamação formal ao *Colégio*, assinada por 30 pessoas, incluindo dez que haviam experimentado efeitos de retirada por um a dez anos, dez psiquiatras e oito professores. Observamos:

"As pessoas podem ser enganadas pela falsa afirmação de que é fácil se retirar das drogas e podem, portanto, tentar fazê-lo muito rapidamente ou sem o apoio do prescritor, de outros profissionais ou dos entes queridos. Outras pessoas, ao pesar os prós e os contras de começar a tomar antidepressivos, podem tomar a sua decisão com base em parte nesta informação errada. Uma preocupação secundária é o fato de que tais declarações irresponsáveis trazem descrédito ao *Colégio*, à profissão de psiquiatra (à qual alguns de nós pertencemos) e - vicariamente - a todos os profissionais de saúde mental".

Fornecemos inúmeros estudos e revisões mostrando que a declaração de Baldwin e Burn não é verdadeira e pedimos a eles que se retratassem publicamente, explicassem e pedissem desculpas pela sua declaração enganosa; forneceríamos orientação ou treinamento para todos os porta-vozes do *Colégio*, incluindo o atual presidente, sobre a importância de assegurar que as declarações públicas sejam baseadas em evidências e sobre as limitações de confiar nos colegas que estão recebendo pagamentos da indústria farmacêutica (por exemplo, Baldwin); e para restabelecer, no site do *Colégio*, o documento *Coming Off Antidepressants*.

O escrivão *Colégio*, Adrian James, respondeu que não havia "nenhuma evidência de que a declaração no *The Times* fosse enganosa". Eles rejeitaram a queixa e James apresentou quatro razões, três das quais ou eram irrelevantes ou desonestas. Ele repetiu uma alegação anterior feita por Burn de que a remoção da pesquisa do site deles aconteceu por estar desatualizada. Mesmo quando apontamos que a remoção foi feita em poucas horas após termos mostrado que incluía dados contraditórios com a declaração de Baldwin e Burn, e que mais de 50 outros itens em seu

website estavam desatualizados, mas não foram removidos, James aderiu à explicação deles.

O único comentário relevante foi que a declaração de Baldwin e Burn era consistente com as recomendações da NICE que afirmavam que os médicos deveriam aconselhar os pacientes que os sintomas de descontinuação são "geralmente leves e autolimitados a cerca de uma semana".

Entretanto, James deturpou a declaração da NICE ao deixar de fora a sentença seguinte: "mas pode ser severa, particularmente se a droga for parada abruptamente".

Quatro meses após a carta do *The Times*, o CEO do *Colégio*, Paul Rees, enviou uma longa resposta que apenas ecoou a de James. Respondemos que a afirmação enfática de Rees de que "não faz parte da função do *Colégio* 'policar' tal debate" implicava que até mesmo os seus funcionários mais graduados podem dizer o que quiserem, por mais falso ou prejudicial que seja, e o *Colégio* os apoiaria - como, de fato, tinha sido feito neste caso.

Explicamos que agora estávamos certos de que o *Real Colégio de Psiquiatras* prioriza os interesses do *Colégio* e da profissão que representa em detrimento do bem-estar dos pacientes; que não valoriza os estudos de pesquisa empírica como base apropriada para fazer declarações públicas e para resolver disputas, e que assim se posicionou fora do domínio da medicina baseada em evidências; haver um processo de críticas que resulta em queixas substantivas, cuidadosamente documentadas, sobre assuntos sérios de segurança pública que não estão sendo investigados, mas sim descartados por um indivíduo; não haver interesse em participar de discussões significativas com grupos profissionais e de pacientes que questionam a posição do *Colégio* sobre um determinado assunto; estar preparado para usar táticas flagrantemente desonestas para tentar desacreditar reclamações razoáveis, e que assim se posicionou fora do domínio de órgãos éticos e profissionais; não ter conhecimento ou não estar preocupado com a influência nociva da indústria farmacêutica e com a necessidade de se manter uma forte fronteira ética entre o *Colégio* e as organizações baseadas no lucro.

Mesmo que o *Colégio* não preste contas ao Parlamento, ou parece que a ninguém, nós escrevemos ao *Secretário de Saúde e Assistência Social* e informamos ao governo que,

"O Real Colégio de Psiquiatras está atualmente operando fora dos padrões éticos, profissionais e científicos esperados de um órgão representando profissionais médicos ... Acreditamos que as respostas do *Colégio* mostram um rastro de ofuscação, desonestidade e incapacidade ou falta de vontade de se envolver com um grupo preocupado de profissionais, cientistas e pacientes.

*Se um grupo de cientistas e psiquiatras juntos não podem desafiar o Colégio de uma forma que leve a uma resposta adequada e ponderada e a um envolvimento produtivo com os reclamantes, que esperança existe para que os pacientes individualmente tenham uma reclamação levada a sério?"*

Burn e Baldwin nunca se retrataram da sua falsa declaração, forneceram pesquisa para apoiá-la, ou pediram desculpas por enganar o público. Nem James nem Rees jamais abordaram as nossas preocupações sobre o procedimento de reclamação.

Tornamos pública nossa reclamação, e o programa de rádio 4 da BBC, *Today*, a cobriu em 3 de outubro de 2018. O *Colégio* se recusou a fornecer um porta-voz para debater com John Read. Ao invés disso, Clare Gerada, ex-presidente do *Colégio Real de Clínicos Gerais*, representou a sua perspectiva. Ela denegriu a queixa como uma "história antidepressiva" e defendeu veementemente a posição dos funcionários do *Colégio* dizendo que, "a grande maioria dos pacientes que saem dos antidepressivos não tem nenhum problema".

Mais tarde, a *Real Sociedade de Medicina* (RSM) lançou uma série de *podcasts*, "RSM Health Matters." O tópico de abertura foi sobre pílulas da depressão e abstinência. Um dos dois entrevistados foi Sir Simon Wessely, presidente da RSM (e recente presidente da *Colégio*). O outro foi a Gerada. Nenhum deles revelou serem casados, e ambos enfatizaram que as pílulas da depressão permitem às pessoas "levar uma vida normal".

Sem dúvida que Wessely rejeitou haver qualquer ligação entre as pílulas da depressão e o suicídio, apesar de ter sido suficientemente bem demonstrada, para que as drogas carregassem os avisos da tarja preta. Ele afirmou, categoricamente, que as pílulas da depressão "não causam

dependência". Gerada reclamou que, "uma vez por ano, quando os números das prescrições saem, nós fazemos esse exame de consciência - por que estamos prescrevendo muito deste medicamento". Ela disse que até os prescreve pessoalmente para pessoas que ela sabe que "vão ficar deprimidas" no futuro, e encorajou "os psiquiatras a se afastarem do medo, que foi propagado, creio eu que pela mídia e por certas pessoas, para dizer, será que realmente existe um espaço para os antidepressivos na prevenção da depressão"?

Em relação à retirada, Gerada afirmou: "Como clínica geral com 26 anos de experiência ... provavelmente 50% das dezenas de milhares de pacientes que vi estiveram lá com um problema de saúde mental e posso contar em uma mão o número de pessoas que tiveram problemas de longo prazo com a retirada dos antidepressivos ou com os problemas decorrentes dos antidepressivos".

Se interpretarmos "dezenas de milhares" significando 30.000, Gerada estava falando de aproximadamente 15.000 pessoas com problemas de saúde mental. Dado o seu entusiasmo pelas pílulas da depressão, que ela usa até "profilaticamente", presumimos que ela os receitou a 25% desses pacientes, cerca de 3.750 pessoas. Mesmo que apenas a metade deles tenha tentado sair das drogas, então ela está alegando uma incidência de efeitos de abstinência de cinco em 1.875 ou 0,3%. A recente estimativa da taxa real baseada em pesquisa, 56%,<sup>57</sup> é 210 vezes maior do que a experiência clínica de Gerada.

Em 27 de novembro de 2018, o programa de rádio *All in the Mind da BBC* convidou John Read e a psiquiatra Sameer Jauhar para discutirem a revisão feita por Davies and Read. Jauhar explicou que, "A minha esperança é que as pessoas não se assustem com os antidepressivos ... pensando que os números que foram dados se aplicam a elas". Quando o entrevistador perguntou se os pacientes eram avisados com antecedência sobre os efeitos da retirada quando começam a tomar antidepressivos, Jauhar respondeu: "Sim. Como com qualquer outro medicamento em medicina geral, se avisa aos pacientes sobre quaisquer efeitos colaterais". Read disse: "As duas maiores pesquisas que fizemos, com 1800 e 1400 pessoas, quando perguntadas se alguma vez lhes foi dito algo sobre os efeitos da abstinência, menos de 2% das pessoas em ambas as pesquisas disseram isso".<sup>179</sup>



Em abril de 2019, o *Journal of Psychopharmacology* publicou uma crítica da revisão feita por Davies and Read, que foi descartada como sendo "uma narrativa partidária". O autor principal foi Jauhar, acompanhado, entre outros, pelo Baldwin e pelo psiquiatra David Nutt, o editor da revista. Três dos seis autores, Nutt, Baldwin e o psiquiatra da Universidade de Oxford Guy Goodwin, revelaram pagamentos de 26 empresas farmacêuticas diferentes, mas Jauhar não revelou o seu financiamento de pesquisa pela Alkermes ou as suas palestras pagas pela Lundbeck.

O *Journal of Psychopharmacology* é propriedade da *Associação Britânica de Psicofarmacologia*, que aceita dinheiro da indústria na forma de simpósios patrocinados por satélite que não são controlados pela Associação. Tanto o atual presidente, Allan Young, quanto os ex-presidentes, incluindo Nutt, receberam dinheiro da indústria farmacêutica.

A tenacidade de John Read foi paga. Em 30 de maio de 2019, o *Colégio* publicou uma declaração onde observava que, "A descontinuidade dos antidepressivos deve envolver a dosagem afunilada ou lentamente diminuída para reduzir o risco de sintomas angustiantes, que podem ocorrer durante vários meses ... O uso de antidepressivos deve ser sempre sustentado por uma discussão sobre o nível potencial de benefícios e danos, incluindo a retirada".

Em poucas horas, porém, Allan Young, tentou minar essa reviravolta do *Colégio*. Ele repetiu a sua linha orientada pelas empresas farmacêuticas: "As chamadas reações de retirada são geralmente leves a moderadas e respondem bem a uma gestão simples. A ansiedade em relação a isto não deve ocultar os benefícios reais deste tipo de tratamento".

Em setembro de 2019, a *Saúde Pública da Inglaterra* publicou uma revisão histórica de 152 páginas de evidências fazendo recomendações importantes, inclusive sobre serviços para ajudar as pessoas que saem de pílulas da depressão e outras drogas psiquiátricas, e sobre as melhores pesquisas e diretrizes nacionais mais precisas.<sup>180</sup> No mês seguinte, a NICE atualizou as suas diretrizes de acordo com a revisão feita por Davies and Read.

O que isto ilustra é: Nós já sabíamos que as empresas farmacêuticas não se preocupam com a segurança dos pacientes se isso puder prejudicar as vendas.<sup>4,51</sup> Sabemos agora que os líderes psiquiátricos também não se

importam com a segurança dos pacientes se isso puder ameaçar a sua própria reputação, os interesses corporativos que representam ou o fluxo de dinheiro que recebem das empresas farmacêuticas. Esta corrupção de toda uma especialidade médica permeia também as nossas autoridades, que dependem muito de especialistas ao emitir linhas-diretrizes.

Expus algumas das mesmas pessoas em meu livro de 2015 sob a manchete: "*Silverbacks* [gorilas] no Reino Unido exibem a negação organizada da psiquiatria".<sup>4</sup> Começou com a minha palestra principal apresentada na reunião de abertura do *Conselho de Psiquiatria Baseada em Evidências* em 30 de abril de 2014 na Câmara dos Lordes, presidida por Earl de Sandwich, "Por que o uso de drogas psiquiátricas pode estar fazendo mais mal do que bem". Os outros palestrantes, a psiquiatra Joanna Moncrieff e o antropólogo James Davies, deram palestras semelhantes.

Dois meses depois, Nutt, Goodwin e três colegas homens me intimidaram na primeira edição de uma nova revista, a *Lancet Psychiatry*.<sup>181</sup>

Seu estilo e argumentos revelaram a arrogância e a cegueira que estão no topo da guilda psiquiátrica em todas as partes do mundo. O título do trabalho deles foi: "Ataques a antidepressivos: sinais de estigma profundo?". Fui acusado, direta ou indiretamente, de ser um "antipsiquiatra", "anticapitalista", ter "visões políticas extremas ou alternativas", lançar uma "nova polêmica irracional", que eu havia suspenso o meu "treinamento em análise de provas por polêmica popular", o que me fez "preferir a anedota à prova", o que era "insultuoso à disciplina da psiquiatria".

Isto era retórica vazia. O que era insultuoso para a psiquiatria e para os pacientes era o artigo deles. Eles alegaram que as pílulas da depressão estão entre os medicamentos mais eficazes em toda a medicina, com um efeito impressionante na depressão aguda e na prevenção da recorrência.

Eles observaram que menos pacientes com uma pílula da depressão do que com placebo desistem dos testes por causa da ineficácia do tratamento, e que eles acreditavam haver mostrado que os comprimidos são eficazes. Isto é errado. Muito mais pacientes abandonam os ensaios devido a eventos adversos com o medicamento do que com o placebo.<sup>114</sup> Isto tende a acontecer cedo, e então há menos pacientes que podem abandonar os

ensaios devido à falta de efeito no grupo do medicamento do que no grupo do placebo. Portanto, é uma falha fatal olhar para as desistências devido à falta de eficácia. Incluímos todas as desistências e descobrimos que placebo é melhor do que uma pílula da depressão.<sup>114</sup>

Eles mencionaram que muitas pessoas que não estão tomando pílulas da depressão cometem suicídio, alegando que uma "condenação geral de antidepressivos por grupos de lobby e colegas corre o risco de aumentar essa proporção". Este é um argumento incrível considerando que as pílulas da depressão *causam* suicídio!

Eles alegaram que a maioria daqueles que cometem suicídio estão deprimidos, mas os dados subjacentes não permitem esta conclusão.<sup>182</sup> Apenas cerca de um quarto das pessoas que se suicidam têm um diagnóstico de depressão. Muitas outras recebem um diagnóstico *post mortem* baseado na chamada autópsia psicológica. Estabelecer um diagnóstico de um transtorno psiquiátrico em uma pessoa morta é um processo altamente tendencioso. O preconceito de aceitação social ameaça a validade de tal diagnóstico retrospectivo. Os parentes frequentemente buscam explicações socialmente aceitáveis e podem não ter conhecimento ou não querer revelar certos problemas, particularmente aqueles que geram vergonha ou colocam parte da culpa sobre si mesmos.

"Estão entre as drogas mais seguras já fabricadas", escreveram eles. Isto é difícil de ser conciliado com os resultados de um estudo de coorte cuidadosamente conduzido que mostrou que os ISRSs matam uma das 28 pessoas acima de 65 anos de idade tratadas por um ano,<sup>96</sup> e com o fato de que os comprimidos duplicam os suicídios.<sup>97-100</sup>

"O movimento antipsiquiatra ressuscitou com a recente teoria conspiratória de que a indústria farmacêutica, em aliança com os psiquiatras, conspira ativamente para criar doenças e fabricar medicamentos não melhores do que placebo". Eles não viram a ironia. Não é uma teoria de conspiração, mas um simples fato de que os psiquiatras criaram tantas "doenças" que há pelo menos uma para cada cidadão, e também é correto que as drogas não valem a pena serem usadas.

O auge da negação profissional e da arrogância veio quando eles sugeriram que deveríamos ignorar "experiências severas com drogas", que eles desdenharam como anedotas e alegaram que poderiam ser distorcidas pelo "incentivo ao litígio". É profundamente insultuoso para aqueles pais

que perderam um filho e para aqueles cônjuges que perderam um parceiro porque os comprimidos da depressão levaram algumas pessoas a cometer suicídio ou homicídio, ou ambos. Em seus comentários finais, os psiquiatras disseram que as minhas "afirmações extremas ... expressam e reforçam o estigma contra as doenças mentais e as pessoas que as têm". Tem sido documentado que são os psiquiatras que estigmatizam os pacientes, não aqueles que criticam a psiquiatria.<sup>4</sup>

Sami Timimi é membro do *Colégio* e escreveu a Burn, o presidente do *Colégio*, em uma carta assinada por 30 pessoas, solicitando que o *Colégio* substitua Baldwin como o seu representante no *Grupo de Referência de Experts em Saúde Pública*, por um membro do *Colégio* que não esteja comprometido por conflitos de interesse com a indústria farmacêutica. Burn respondeu que o envolvimento de Baldwin com indústria não comprometia de forma alguma o seu trabalho e advertiu Timimi de que ele precisava defender, "os valores que o *Colégio* espera de seus membros". Tal como os *silverbacks*, Burn não viu a ironia da sua observação. Os valores parecem permitir a corrupção.

Quando o psiquiatra escocês Peter Gordon, no final de 2019, expressou o seu ponto de vista sobre a sobremedicação psiquiátrica e o seu potencial de danos, o presidente da Divisão Escocesa do *Real Colégio de Psiquiatras* fez uma chamada telefônica para o Diretor Médico Associado do Conselho do *NHS* onde Gordon trabalhava e expressou preocupações sobre a sua saúde mental.<sup>179</sup> Muitos de nós já experimentamos o "diagnóstico" de nossos oponentes psiquiátricos, tanto da minha parte em um jornal, durante um caso em que eu era perito,<sup>54</sup> e em uma conversa entre dois psiquiatras em uma festa particular, em que um dos meus amigos ouviu.

Outro exemplo de diagnóstico falso vem da Universidade Emory, nos EUA, onde o professor de psiquiatria Charles Nemeroff trabalhava.<sup>4</sup> Milhões de dólares da indústria farmacêutica mudaram de mãos secretamente por mais de uma década, e uma razão pela qual o esquema pôde continuar por tanto tempo foi que pelo menos 15 denunciadores foram submetidos a avaliações psiquiátricas, feitas por psiquiatras da Emory que relataram ter feito tais exames sem sequer examinar os médicos visados ou reunir provas factuais, onde depois foram demitidos. Algumas dessas

"avaliações" foram feitas pelo próprio Nemeroff. Na União Soviética, os dissidentes recebiam falsos diagnósticos psiquiátricos e eram trancados ou desapareciam para sempre.

Tais transgressões éticas grosseiras são únicas para a psiquiatria; elas não são sequer possíveis em outras especialidades. Se um cardiologista perde uma discussão acadêmica, ou seu colega expôs a sua fraude, não o ajudará afirmar de repente que o seu oponente teve um ataque cardíaco.

### **O uso de comprimidos da depressão para crianças caiu 41%**

Aí vem um pequeno vislumbre de esperança, desafiando o buraco negro da psiquiatria que absorve todo pensamento racional, como os buracos negros no universo absorvem tudo o que se aproxima deles.

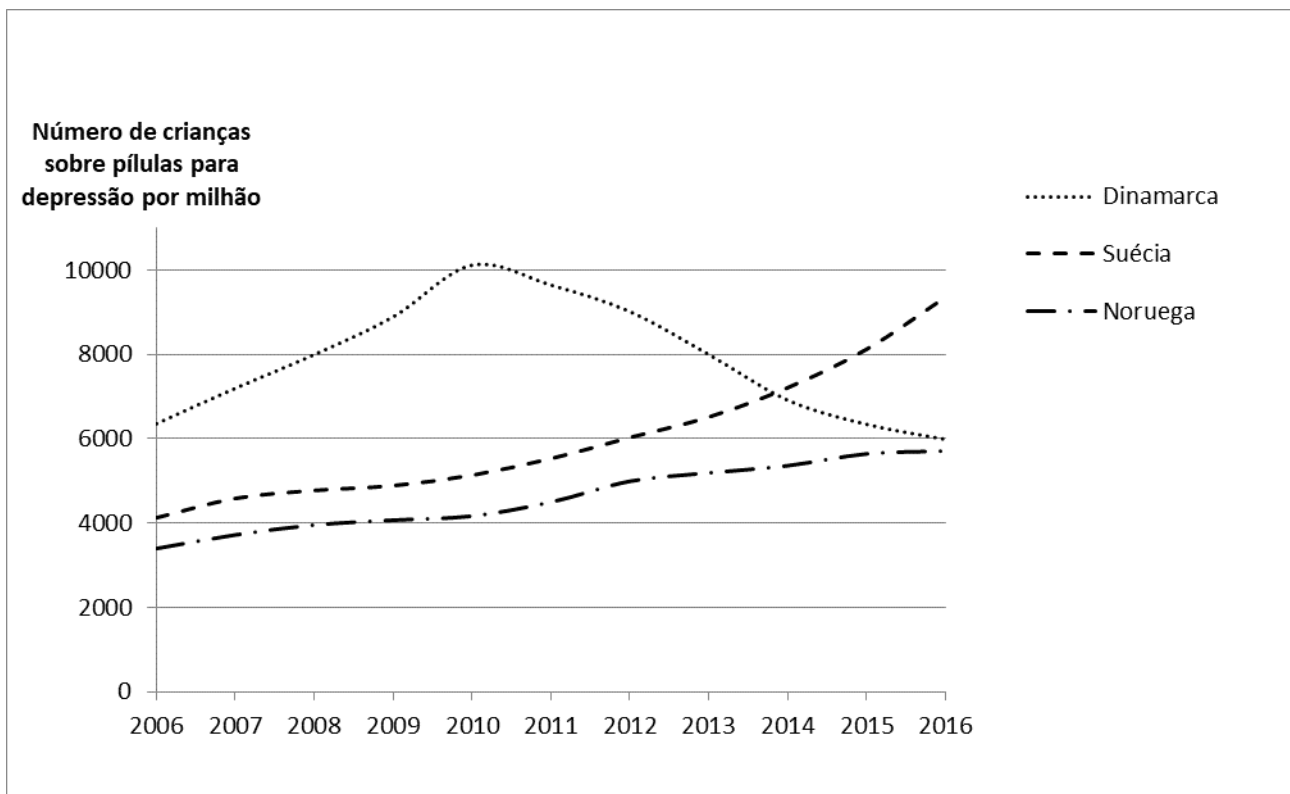
É possível reverter as tendências sempre crescentes no uso de drogas psiquiátricas quando se é tão tenaz quanto John Read foi em relação ao *Real Colégio de Psiquiatria* do Reino Unido.

Devido à preocupação com o risco de suicídio, o *Conselho Nacional de Saúde* dinamarquês lembrou aos médicos de família, no verão de 2011, que eles não deveriam escrever prescrições de pílulas da depressão para crianças, por ser uma tarefa para os psiquiatras.<sup>183</sup> Ao mesmo tempo, comecei a advertir fortemente contra o risco de suicídio com as pílulas. Repeti as minhas advertências inúmeras vezes nos anos seguintes no rádio e na TV, e em artigos, livros e palestras. Começou com uma entrevista com o diretor geral da Lundbeck, Ulf Wiinberg, que, em 2011, afirmou que as pílulas da depressão *protegem* as crianças contra o suicídio. A entrevista aconteceu enquanto a parceira americana da Lundbeck, Forest Laboratories, negociava indenizações com 54 famílias cujos filhos tinham cometido ou tentado suicídio sob a influência das pílulas da depressão da Lundbeck. Em outro lugar, descrevi o comportamento irresponsável da Lundbeck, também em relação a um artigo que publiquei sobre a entrevista.<sup>4</sup>

Na Noruega e na Suécia, não houve iniciativas desse tipo. O número de crianças em tratamento aumentou 40% na Noruega (0-19 anos) e 82% na Suécia (0-17 anos) de 2010 a 2016, enquanto diminuiu 41% na Dinamarca (0-19 anos), apesar de os professores de psiquiatria também na Dinamarca

terem continuado a propagar as suas falsas alegações de que as pílulas da depressão protegem as crianças contra o suicídio.<sup>183</sup>

O *Conselho Nacional de Saúde da Dinamarca* emitiu vários avisos contra o uso de pílulas da depressão em crianças antes de 2011. Acredito, portanto, que foi principalmente devido à minha tenacidade que o uso foi reduzido na Dinamarca. Digo isto para encorajar as pessoas a lutar por uma boa causa. Apesar das enormes chances, é possível mudar as coisas na psiquiatria para melhor. Não muito, mas não devemos desistir da luta.



## O número necessário para tratar é altamente enganoso

É padrão em artigos de pesquisa psiquiátrica mencionar o número de pacientes que precisam ser tratados (NNT) para beneficiar um deles. Os psiquiatras mencionam o NNT o tempo todo como evidência de que as suas drogas são altamente eficazes. Mas o NNT é tão enganador que se deve ignorar tudo o que se lê sobre.

Tecnicamente, o NNT é calculado como o inverso da diferença de risco (é na verdade uma diferença de benefício), o que é muito simples. Se 30%

melhoraram no medicamento e 20% no placebo,  $NNT = 1/(0,3-0,2) = 10$ . Aqui estão os principais problemas:

Em primeiro lugar, o NNT é derivado de testes com erros graves, como a interrupção abrupta no grupo placebo, o cegamento insuficiente e o patrocínio da indústria com a publicação seletiva de resultados positivos e a tortura dos dados.

Em segundo lugar, a NNT leva em conta apenas aqueles pacientes que melhoraram em uma certa quantidade. Se um número semelhante de pacientes tivesse se deteriorado, não haveria NNT, pois seria infinito (1 dividido por zero é infinito). Por exemplo, se um medicamento é totalmente inútil e só torna a condição mais variável após o tratamento, de modo que mais pacientes melhoram e mais pacientes se deterioram do que no grupo placebo, o medicamento pareceria eficaz com base no NNT porque mais pacientes no grupo do medicamento teriam melhorado do que no grupo placebo.

Em terceiro lugar, o NNT abre a porta para um viés adicional. Se o corte escolhido para melhoria não produzir um resultado que o departamento de marketing da empresa goste, eles podem tentar outros cortes até que os dados confessem. Tais manipulações com os dados durante a análise estatística, onde os resultados pré-especificados são alterados após os funcionários da empresa terem visto os dados, são muito comuns.<sup>4,51,101,184</sup> Meu grupo de pesquisa demonstrou isto em 2004, comparando os protocolos de ensaios que adquirimos dos comitês de análise ética com as publicações dos ensaios. Dois terços dos ensaios tiveram pelo menos um resultado primário que foi alterado, introduzido ou omitido, enquanto 86% dos participantes negaram a existência de resultados não relatados (eles não sabiam, é claro, que nós tínhamos acesso aos seus protocolos quando os solicitamos).<sup>184</sup> Estas manipulações sérias não foram descritas em nenhuma das 51 publicações.

Em quarto lugar, o NNT é apenas sobre um benefício e ignora completamente que as drogas têm danos, que são muito mais certos de ocorrer do que os seus possíveis benefícios.

Em quinto lugar, se benefícios e danos forem combinados em uma medida de preferência, não é provável que um NNT possa ser calculado porque as drogas psiquiátricas produzem mais danos do que benefícios. Neste caso, só podemos calcular o número necessário para causar danos

(NNH). Os abandonos durante os testes de pílulas da depressão ilustram isto. Como 12% mais pacientes abandonam o medicamento do que placebo,<sup>114</sup> o NNH é 1/0,12, ou 8.

Os *silverbacks* britânicos não levaram em conta nenhum desses erros quando afirmaram que as pílulas da depressão têm um efeito impressionante na recorrência, com um NNT de cerca de três para evitar uma recorrência.<sup>181</sup> Não é surpreendente que os pacientes queiram voltar a tomar a droga quando os seus psiquiatras os jogaram no inferno da abstinência aguda, substituindo subitamente a sua droga por placebo. Como apenas dois pacientes são necessários para obter um com sintomas de abstinência,<sup>57</sup> não pode existir um NNT para prevenir a recorrência, apenas um NNH para prejudicar, que são dois.

Não pode existir nem um NNT em outros ensaios clínicos da depressão, pois a diferença entre droga e placebo em ensaios mal feitos é de cerca de 10%,<sup>4</sup> ou um NNT de 10, que é muito menor do que o NNH. Por exemplo, o NNH para criar problemas sexuais é inferior a dois para as pílulas da depressão. Argumentos e exemplos semelhantes podem ser produzidos para todas as drogas psiquiátricas. Assim, o NNT na psiquiatria é falso. Não existe.

## **Eletrochoque**

Como este livro é sobre drogas, não vou dizer muito sobre o eletrochoque.<sup>4</sup> Alguns pacientes e psiquiatras dizem que ele pode ter um efeito fantástico. Isto poderia ser verdade, mas o efeito médio é menos impressionante, e se o eletrochoque fosse eficaz, as pessoas não precisariam receber uma longa série de choques, o que geralmente é o caso. Além disso, o efeito do choque não dura além do período de tratamento, e o eletrochoque "funciona", causando danos cerebrais, o que é assustador.<sup>4</sup>

Uma vez, em uma reunião, me perguntaram qual era a minha opinião sobre uma mulher que estava tão deprimida que mal podia ser contatada, mas que pediu um copo de água após um eletrochoque. Eu disse que, como isto era uma anedota, eu responderia com uma anedota. Uma vez me pediram para tomar conta de um homem recém-admitido, um alcoólatra inconsciente. Como eu precisava descartar a meningite, tentei inserir uma agulha em suas costas para retirar o líquido cefalorraquidiano para



microscopia e cultura. Foi muito difícil entrar e bati no osso dele várias vezes. De repente, o bêbado exclamou em voz alta: "Maldito inferno, pare de me picar pelas costas!" Será que eu causei um milagre com a minha agulha e curei o cara? Não. Coisas estranhas acontecem o tempo todo na área da saúde. Poderia eu ter acordado a mulher profundamente deprimida com a minha agulha? Quem sabe, mas por que não?

Os psiquiatras muitas vezes dizem que o eletrochoque pode salvar vidas, mas não há documentação confiável para esta afirmação, enquanto sabemos que o eletrochoque pode matar pessoas.<sup>4</sup> Além disso, pode levar à perda severa e permanente da memória, que os principais psiquiatras negam ferozmente que possa ocorrer,<sup>4,23</sup> mesmo que esteja bem documentado que o eletrochoque leva à perda da memória na maioria dos pacientes.<sup>4,185-187</sup>

Acho totalmente inaceitável que o eletrochoque possa ser imposto aos pacientes contra a sua vontade, porque alguns pacientes morrerão, cerca de 1 por 1000.<sup>186</sup> e outros sofrerão de danos cerebrais graves e irreversíveis.<sup>4,23</sup>

1 Você não deve tomar medicamentos psiquiátricos. A única exceção que posso imaginar é uma situação aguda gravemente perturbada, na qual você pode precisar descansar um pouco.

2 Se você tiver sorte e tiver um bom psiquiatra que entenda a falibilidade dos diagnósticos psiquiátricos e que drogas ou eletrochoques não são a solução para o seu problema, continue conversando com este médico.

3 Não aceite eletrochoques. Não é curativo e alguns pacientes são mortos ou sofrem danos cerebrais graves e permanentes que reduzem a sua memória e outras funções cognitivas.

4 Se você, depois de ter lido tudo o que foi dito acima, acredita que a psiquiatria é baseada em evidências e que os psiquiatras geralmente sabem o que estão fazendo e que, portanto, você quer consultar um que nunca conheceu antes, desejo-lhe boa sorte. Você vai precisar dela.

### 3 Psicoterapia

Conheço psiquiatras em vários países que não usam drogas psiquiátricas ou eletrochoques. Eles tratam até mesmo os pacientes mais gravemente perturbados com empatia, psicoterapia e paciência.<sup>1</sup>

O objetivo dos tratamentos psicológicos é mudar um cérebro que não está funcionando bem de volta para um estado mais normal. Os medicamentos psiquiátricos também mudam o cérebro, mas criam um terceiro estado artificial - um território desconhecido - que não é nem o normal nem o estado de mau funcionamento de onde o paciente veio.<sup>2</sup>

Isto é problemático porque você não pode voltar do terceiro estado quimicamente induzido ao normal, a menos que você afunile as drogas, e mesmo assim, nem sempre será possível, pois o paciente pode ter desenvolvido danos cerebrais irreversíveis.

Uma abordagem humana da dor emocional é muito importante, e os resultados do tratamento dependem mais das alianças terapêuticas do que do uso de psicoterapia ou farmacoterapia.<sup>3</sup> Além disso, quanto mais de acordo os médicos e os pacientes estiverem sobre o que é importante quando se está curado da depressão, melhores serão os resultados para o efeito positivo, ansiedade e relações sociais.<sup>4</sup>

A maioria dos problemas que os pacientes enfrentam é causada pela regulamentação inadequada das emoções, e os medicamentos psiquiátricos pioram a situação, já que os seus efeitos constituem uma regulamentação inadequada das emoções.<sup>5</sup> Em contraste, a psicoterapia visa ensinar aos pacientes a lidar melhor com os seus sentimentos, pensamentos e comportamentos. Isto é chamado de regulação adequada das emoções. Ela pode mudar permanentemente os pacientes para melhor e torná-los mais fortes quando enfrentam os desafios da vida. De acordo com isto, as metanálises descobriram que a eficácia da psicoterapia em comparação com as pílulas da depressão depende da duração do estudo, e a psicoterapia tem um efeito duradouro que supera claramente a farmacoterapia a longo prazo.<sup>6,7</sup>

Há questões substanciais a serem consideradas ao se ler relatórios sobre ensaios que têm comparado a psicoterapia com drogas. Os ensaios não são efetivamente cegos, nem para a psicoterapia nem para as drogas, e a crença predominante no modelo biomédico deveria influenciar o comportamento

dos psiquiatras durante o ensaio e influenciar as suas avaliações dos resultados em favor das drogas em detrimento da psicoterapia. Os ensaios que mostram que os efeitos de uma droga e da psicoterapia combinados são melhores do que qualquer um dos tratamentos sozinho também devem ser interpretados com cautela, e os resultados a curto prazo são enganosos. Devemos levar em consideração apenas os resultados de longo prazo, por exemplo, resultados obtidos após um ano ou mais.

Não vou defender a terapia de combinação. Fazer psicoterapia eficaz pode ser difícil quando o cérebro dos pacientes está entorpecido por substâncias psicoativas, o que pode torná-los incapazes de pensar claramente ou de avaliar a si próprios. Como foi observado anteriormente, a falta de discernimento sobre sentimentos, pensamentos e comportamentos é chamada de enfeitiçamento medicamentoso.<sup>8,9</sup> O principal efeito enviesante do enfeitiçamento pelos medicamentos é que os pacientes subestimam os danos dos medicamentos psiquiátricos.

Não entrarei em detalhes sobre psicoterapia. Há muitas escolas e métodos concorrentes, e não é tão importante qual método se usa. É muito mais importante que se seja um bom ouvinte e que se conheça o seu semelhante onde ele se encontra, como o filósofo dinamarquês Søren Kierkegaard nos aconselhou a fazer há dois séculos. Como há muitas tentativas com a terapia cognitivo-comportamental, este tende a ser o método preferido, mas se usado indiscriminadamente demais pode se degenerar em uma espécie de abordagem de livro de receitas que presta muito pouca atenção às circunstâncias especiais, aos desejos e à história do paciente concreto.

Quando quisemos estudar o efeito da psicoterapia sobre o risco de suicídio, a minha filha mais velha e eu nos concentramos na terapia cognitivo-comportamental, pela simples razão de que a maioria dos experimentos havia usado este método. Como observado anteriormente, descobrimos que a psicoterapia reduz pela metade o risco de uma nova tentativa de suicídio em pessoas agudamente admitidas após uma tentativa de suicídio.<sup>10</sup> Este é um resultado muito importante que não se limita à terapia cognitivo-comportamental. A psicoterapia de regulação das emoções e a psicoterapia comportamental dialética também são eficazes para as pessoas que fazem danos a si próprias.<sup>11</sup>

A psicoterapia parece ser útil para toda a gama de transtornos psiquiátricos, também as psicoses.<sup>1,12</sup> Uma comparação entre Lapônia e Estocolmo ilustra a diferença entre uma abordagem empática e a imposição imediata de drogas sobre os pacientes com uma psicose em primeiro episódio.<sup>13,14</sup> A abordagem da família e da rede com o Diálogo Aberto desenvolvida na Lapônia visa tratar pacientes psicóticos em suas casas, e o tratamento envolve a rede social do paciente e começa dentro de 24 horas após o contato.<sup>13</sup> Os pacientes eram comparáveis aos de Estocolmo, mas em Estocolmo, 93% foram tratados com neurolépticos contra apenas 33% na Lapônia, e cinco anos depois, o uso contínuo foi de 75% contra 17%. Após cinco anos, 62% em Estocolmo contra 19% na Lapônia estavam em licença por invalidez ou doença, e o uso de leitos hospitalares também tinha sido muito maior em Estocolmo, 110 contra apenas 31 dias, em média. Não foi uma comparação randomizada, mas os resultados são tão marcadamente diferentes que seríamos irresponsáveis descartá-los. Há muitos outros resultados que apoiam a abordagem sem drogas<sup>1</sup> e o modelo do Diálogo Aberto está agora ganhando impulso em vários países.

A psicoterapia não funciona para todos. Temos que aceitar que algumas pessoas não podem ser ajudadas, não importa o que façamos, o que é verdade também em outras áreas da saúde. Alguns terapeutas não são tão competentes ou não trabalham bem com alguns pacientes; pode ser necessário, portanto, tentar mais de um terapeuta.

Como todas as intervenções, a psicoterapia também pode ser prejudicial. Em Uganda, as crianças soldados que foram forçadas a cometer as atrocidades mais horríveis sobreviveram notavelmente bem ao trauma psicológico, evitando enfrentar o problema.<sup>15</sup> Se um terapeuta tivesse insistido em confrontar essas pessoas com o seu trauma encapsulado, poderia ter dado um tiro pela culatra. Na medicina somática, na maioria das vezes, uma ferida cicatrizante deve ser deixada em paz e os seres humanos têm uma notável capacidade de autocura, tanto física quanto psicologicamente. Obviamente, se a cura corre mal, por exemplo, porque um osso quebrado não foi devidamente engessado, ou um trauma continua impedindo o paciente de viver uma vida plena, pode ser necessário abrir a ferida.

As dores físicas e emocionais têm semelhanças. Assim como precisamos da dor física para evitar perigos, precisamos da dor emocional para nos orientar na vida.<sup>16</sup> Condições agudas como psicoses e depressões estão frequentemente relacionadas a traumas e tendem a se curar se formos um pouco pacientes. Através do processo de cura - seja assistida por psicoterapia ou não - aprendemos algo importante que pode ser útil se nos depararmos novamente com problemas. Tais experiências também podem aumentar a nossa autoconfiança, enquanto os comprimidos podem nos impedir de aprender qualquer coisa porque entorpecem os nossos sentimentos e às vezes também os nossos pensamentos. Os comprimidos também podem fornecer uma falsa sensação de segurança e privar o paciente da verdadeira terapia e das outras interações humanas curativas - os médicos podem pensar que não precisam se envolver tanto quando um paciente está tomando drogas.<sup>16</sup>

Ser tratado humanamente é difícil na psiquiatria de hoje. Se você entrar em pânico e for para uma enfermaria de emergência psiquiátrica, provavelmente lhe será dito que precisa de uma droga, e se você declinar e disser que só precisa descansar para se recolher, talvez lhe digam que a enfermaria não é um hotel.<sup>16</sup>

## 4 Retirada de medicamentos psiquiátricos

Como foi observado acima, foram necessários quase 30 anos antes da profissão psiquiátrica e as autoridades admitirem que os benzodiazepínicos são altamente viciantes. A propaganda é altamente eficaz, e a razão pela qual demorou tanto tempo é que era um grande artigo de venda para a indústria farmacêutica que eles não fossem aditivos, ao contrário dos barbitúricos que eles substituíram, assim como se tornou um grande artigo de venda por volta de 1988 que as novas pílulas da depressão não fossem viciantes, ao contrário dos benzodiazepínicos aos quais elas substituíram.

As mentiras não mudam, pela simples razão de que a indústria farmacêutica não vende drogas ilegais, mas mente que não são drogas, que é a parte mais importante das suas atividades criminosas organizadas.<sup>1</sup> A indústria é tão boa em mentir que levou cerca de 50 anos até que as autoridades finalmente admitissem que as pílulas da depressão igualmente são viciantes. Mesmo após este atraso colossal, elas ainda não estão prontas para chamar as coisas pelos nomes. Elas evitam o uso de palavras como vício e dependência e falam sobre sintomas de abstinência.

O pior argumento que já ouvi - de vários professores de psiquiatria - é que os pacientes não são dependentes na medida em que não desejam doses mais altas. Se for verdade, esta seria uma boa notícia para os fumantes que, depois de fumarem um maço de cigarros todos os dias durante 40 anos, podem parar de um dia para outro, sem sintomas de abstinência.

Os pacientes não se importam com os jogos de palavras acadêmicos cuja única justificativa é permitir que as empresas farmacêuticas continuem a intoxicar populações inteiras com medicamentos que alteram a mente. Os pacientes sabem quando são dependentes (ver Capítulo 2); não precisam da aprovação de um psiquiatra para que a sua experiência esteja correta, e alguns dizem que a retirada de um comprimido de depressão foi pior do que a depressão deles.<sup>2</sup>

O progresso é muito lento. Em um programa da BBC em 2020, a organização de saúde mental *Mind* disse estar aconselhando as pessoas a irem para instituições de caridade de rua para ajudá-las a apanharem pílulas da depressão por causa da falta de alternativas disponíveis.

Infelizmente, sempre se presta homenagem às ideias erradas com as quais as pessoas se deixaram levar pela lavagem cerebral: "Embora não sejam viciantes, elas podem levar a problemas de dependência", disse uma locução aos telespectadores. Já não ouvimos disparates suficientes?

Uma das coisas mais significativas que um médico pode fazer é ajudar algumas das centenas de milhões de pessoas a se livrarem das drogas das quais se tornaram dependentes. Pode ser muito difícil. Muitos psiquiatras me disseram que é muito mais fácil desabituar um viciado em heroína do que tirar um paciente de uma benzodiazepina ou de uma pílula da depressão.

Os maiores obstáculos à retirada são a ignorância, falsas crenças, medo, pressão de parentes e profissionais de saúde, e questões práticas como a falta de medicamentos em doses adequadamente pequenas.

Muito poucos médicos sabem algo sobre a retirada e cometem erros horríveis. Se eles reduzem a dose, o fazem muito rapidamente porque a sabedoria predominante é que a retirada é apenas um problema para com as benzodiazepinas, ou porque seguem as poucas diretrizes existentes que recomendam uma redução muito rapidamente.

A situação no Reino Unido melhorou em 2019 (ver Capítulo 2), mas ainda não vi melhorias em outros países e aqui está um exemplo. Em novembro de 2019, o *Conselho Nacional de Saúde da Dinamarca* emitiu uma diretriz sobre os comprimidos da depressão para médicos de família, que foi incluída no *Journal of the Danish Medical Association*, garantindo que todos a vissem.

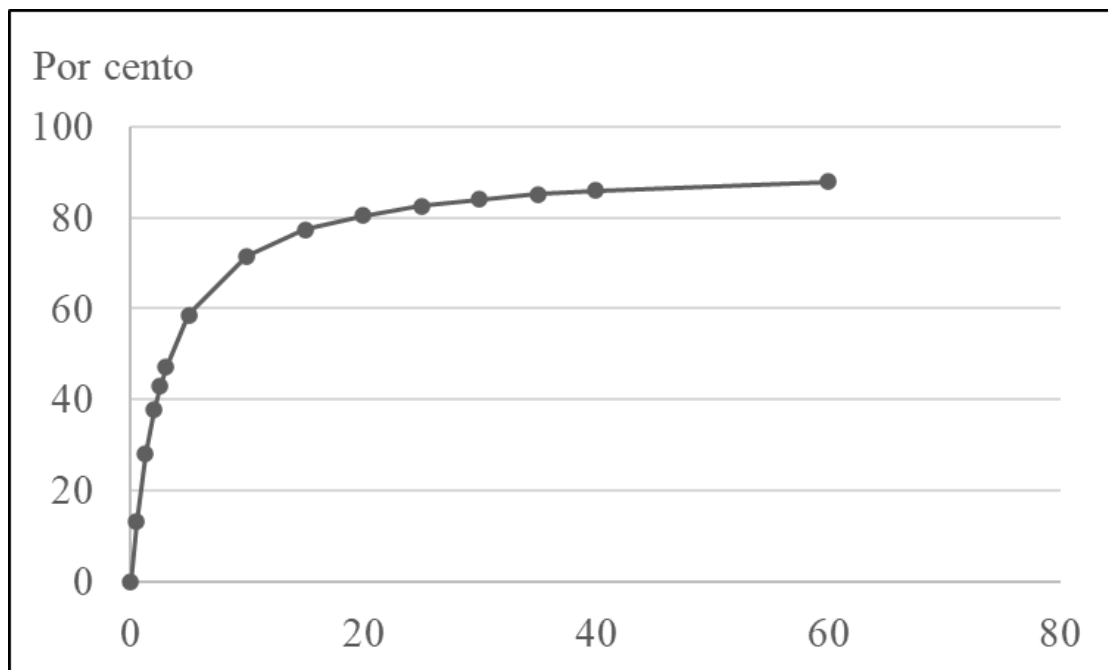
O remetente foi "*Farmacoterapia Racional*", mas não foi racional. Como as diretrizes são perigosas, eu queria advertir as pessoas contra elas, mas sabia por experiência que não funciona reclamar com as autoridades, pois elas acham que são irrepreensíveis. Por isso, publiquei as minhas críticas em um jornal.<sup>3</sup> A Diretoria de Saúde teve a oportunidade de responder, mas se recusou - outro sinal da arrogância no topo de nossas instituições, pois é uma questão de saúde pública altamente importante.

Embora o grupo de autores da diretriz incluísse um psiquiatra e um farmacologista clínico, eles não pareciam saber como é uma curva de ligação das pílulas da depressão aos receptores. Como com outros medicamentos, é hiperbólica. É muito íngreme no início quando a dose é baixa, e depois se aplanam e se torna quase horizontal na parte superior (veja figura).<sup>4</sup>

Isto é importante de se saber. A diretoria recomenda reduzir pela metade a dose a cada duas semanas, o que é muito arriscado. Nas dosagens habituais, a maioria dos receptores está ocupada porque estamos no topo da curva de ligação onde ela é plana. Uma vez que todos os pacientes estão sobredosados, eles podem permanecer na parte plana da curva de ligação após a primeira redução da dose e não apresentar nenhum sintoma de abstinência. Portanto, pode ser correto reduzir a dose pela metade na primeira vez.

Mas já na próxima vez, quando se passa de 50% da dose inicial para 25%, as coisas podem dar errado. Se os sintomas de abstinência também não ocorrerem desta vez, eles quase certamente virão quando você der o próximo passo e descer para 12,5%.

Relação hiperbólica entre a ocupação do receptor e a dose de citalopram em mg.



(Cortesia de Mark Horowitz)

Também é muito rápido para muitos pacientes mudar a dose a cada duas semanas. A dependência física das pílulas pode ser tão pronunciada que leva meses ou anos para se retirar totalmente das pílulas.



A retirada rápida é perigosa. Como o observado anteriormente, um dos piores sintomas da retirada é a extrema agitação (acatisia), que predispõe ao suicídio, violência e homicídio.

Um processo de retirada deve respeitar a forma da curva de ligação e, portanto, tornar-se cada vez mais lento, quanto mais baixa for a dose. Estes princípios são conhecidos há décadas e foram explicados em um trabalho instrutivo na *Lancet Psychiatry* em 5 de março de 2019 por Horowitz e Taylor.<sup>4</sup> Na medida em que meus colegas, que retiraram muitos pacientes, e eu tenho escrito repetidamente sobre os princípios nos jornais nacionais dinamarqueses e em outros lugares desde 2017, não havia desculpa alguma para que as pessoas que trabalhavam no *Conselho Nacional de Saúde* não soubessem sobre eles.

As drogas psiquiátricas são o Santo Graal para os psiquiatras, e são a única coisa que os separa dos psicólogos, além da sua qualificação como médicos. Portanto, seria de se esperar enormes recuos da guilda psiquiátrica e seus aliados quando se conta a verdade sobre estas drogas e se começa a educá-los sobre como se retirar delas com segurança.

Isto aconteceu comigo, em muitas ocasiões. Como observado no Capítulo 2, a minha palestra de abertura na reunião inaugural do *Conselho de Psiquiatria Baseada em Evidências* em 2014 foi imediatamente atacada pelo topo da psiquiatria britânica. O Conselho foi criado pelo cineasta e empresário Luke Montagu, que havia sofrido horrivelmente com os sintomas de abstinência por muitos anos depois de ter saído de suas drogas psiquiátricas, e ele queria chamar a atenção para os seus danos.

Mencionei o nome de Luke em 2015 em um artigo que fui convidado a escrever para o *Daily Mail*.<sup>5</sup> Saiu duas semanas depois de ter publicado o meu livro de psiquiatria onde estavam todas as provas.<sup>6</sup> O editor fez muitas mudanças no meu artigo e insistiu que eu acrescentasse esta declaração: "Como investigador da Colaboração Cochrane independente - um órgão internacional que avalia a pesquisa médica - meu papel é procurar com um olhar forense as evidências para tratamento".

Minha pesquisa foi publicamente denegrida pelos líderes da Cochrane que fizeram o *upload* de uma declaração que ainda está de pé.<sup>7</sup> Eles alegaram que as minhas declarações sobre as drogas psiquiátricas e o seu uso por médicos no Reino Unido poderiam ser mal interpretadas como

indicando que eu estava conduzindo o meu trabalho em nome da Cochrane. Eles também disseram que as minhas opiniões sobre os benefícios e danos das drogas psiquiátricas não eram as da organização.

A Cochrane tem três grupos de saúde mental que publicaram centenas de revisões sistemáticas de drogas psiquiátricas muito enganosas, onde os autores não prestaram atenção suficiente às falhas nos ensaios, mas que atuaram como porta-voz da indústria das drogas.<sup>6</sup>

A Cochrane tentou negar as minhas conclusões sobre as drogas psiquiátricas, mas a organização não pode ter nenhuma "opinião" sobre tais questões que tenham mais peso do que as de um pesquisador que as estudou em detalhes. Mas a tática funcionou, é claro. Cinco dias depois de terem baixado a sua declaração, *BMJ* publicou uma notícia, "Cochrane se distancia de visões controversas sobre drogas psiquiátricas".<sup>7</sup>

Tanto na época como posteriormente, o apoio da Cochrane à guilda psiquiátrica e à indústria farmacêutica foi amplamente abusado pelas lideranças psiquiátricas. David Nutt (veja mais sobre ele no Capítulo 2) disse durante uma palestra na Nova Zelândia em fevereiro de 2018 que eu havia sido expulso da Cochrane. Ele estava sete meses sendo prematuro.<sup>7</sup>

Luke escreveu sobre sua própria "carreira" como paciente psiquiátrico no artigo do *Daily Mail*.<sup>5</sup> Os sintomas eram de tal natureza e severidade que a princípio me foi difícil acreditar nele. Eu nunca havia aprendido nada remotamente semelhante a isto durante os meus estudos médicos ou mais tarde. Mas rapidamente percebi que Luke não estava brincando e não tinha nenhuma condição psiquiátrica, mas que era uma pessoa adorável que havia caído involuntariamente na armadilha da drogadição psiquiátrica.

Luke, herdeiro do Earl de Sandwich, teve uma operação sinusal aos 19 anos de idade que o deixou com dores de cabeça e uma sensação de afastamento do mundo. Seu médico de família lhe disse que ele tinha um desequilíbrio químico em seu cérebro. O verdadeiro problema foi provavelmente uma reação à anestesia, mas foi prescrito a Luke várias pílulas da depressão que não o ajudaram.

Nenhum dos outros médicos e psiquiatras que Luke consultou o ouviu também quando ele disse que tudo havia começado com a cirurgia. Eles lhe ofereceram diagnósticos diferentes e todos lhe deram medicamentos; nove pílulas diferentes em quatro anos. Como acontece com tanta

frequência, Luke relutantemente concluiu que havia algo de errado com ele. Ele tentou sair das drogas um par de vezes, mas sentiu-se tão horrível que voltou a tomá-las. Ele pensou, o que também é típico, que ele precisava da medicação, embora o que aconteceu foi que ele entrava em abstinência a cada vez.

Em 1995, ele recebeu Seroxat (paroxetina) e o tomou por sete anos. Quando tentou sair dela, sentiu-se tonto, não conseguia dormir e tinha uma ansiedade extrema. Pensando que estava gravemente doente, viu um psiquiatra que lhe deu quatro novas drogas, incluindo um comprimido para dormir. Ele rapidamente se sentiu melhor, não percebendo que havia se tornado "tão dependente quanto um drogado da heroína".

Ele funcionou bem por alguns anos, mas aos poucos foi ficando cada vez mais cansado e esquecido. Assim, em 2009, acreditando que fosse devido às drogas, ele se inscreveu em uma clínica para viciados. Seu psiquiatra o aconselhou a sair imediatamente do comprimido para dormir e em três dias ele foi atingido por um tsunami de sintomas horríveis - seu cérebro sentiu como se tivesse sido dilacerado em dois, havia um zumbido alto em seus ouvidos e ele não conseguia pensar.

Foi uma negligência médica horrível. A rápida retirada do uso de um comprimido para dormir em uso a longo prazo é um desastre. A desintoxicação foi o início de quase sete anos de inferno. Era como se partes de seu cérebro tivessem sido apagadas.

Três anos mais tarde, ele começou a se recuperar muito lentamente, mas ele ainda tinha uma sensação de alfinetes e agulhas queimando por todo o corpo, zumbido alto e uma sensação de intensa agitação.

Quando me encontrei pela última vez com Luke, em junho de 2019, ele ainda sofria de sintomas de abstinência, mas era capaz de trabalhar em tempo integral.

Ele está determinado a tentar ajudar os outros a evitar a terrível armadilha do drogado. Depois de criar o Conselho, Luke fundou o *Grupo Parlamentar Composto por todos os Partidos sobre Dependência a Drogas Prescritas* (APPG), que fez lobby com sucesso junto ao governo britânico pelo reconhecimento da problemática. Ele recrutou a *Associação Médica Britânica* e o *Colégio Real de Psiquiatras* para apoiar a sua iniciativa. Isso levou a uma revisão pioneira da *Saúde Pública da Inglaterra* com várias recomendações-chave, incluindo uma linha nacional

de ajuda 24 horas e serviços de apoio à retirada.<sup>8</sup> Estas recomendações não se concentram apenas nos tradicionais culpados, os opiáceos e os benzodiazepínicos, mas também nas pílulas da depressão. Em dezembro de 2019, a APPG e o Conselho publicaram em 112 páginas a "Orientação para terapeutas psicológicos: Possibilitando conversas com clientes que tomam ou se retiram de medicamentos psiquiátricos prescritos".<sup>9</sup> Este guia é muito detalhado e útil, tanto em relação aos medicamentos que descreve quanto em termos da orientação concreta que oferece aos terapeutas.

Tornou-se cada vez mais difícil ignorar o enorme problema com os pacientes que dependem de comprimidos da depressão. Em 2016, fui co-fundador do Instituto Internacional para Retirada de Drogas Psiquiátricas ([iipdw.org](http://iipdw.org)), sediado na Suécia. Tivemos várias reuniões internacionais e estabelecemos uma rede de pessoas com ideias semelhantes em muitos países, e o interesse em finalmente fazer algo está se espalhando rapidamente.

Há mais de dez anos faço lobby sobre a saúde no Parlamento dinamarquês e os parlamentares sempre foram positivos quando expliquei por que são necessárias grandes mudanças na psiquiatria. Mas eles têm medo de ir contra os psiquiatras, que são rápidos em dizer-lhes que a psiquiatria está fora da área de especialidade deles. Portanto, nada de substancial aconteceu ainda.

Em dezembro de 2016, houve uma audiência no Parlamento sobre por que a retirada das drogas psiquiátricas é tão importante e como devemos fazê-lo, que também foi o título da minha palestra. Houve contribuições de um psicólogo e de um farmacêutico com experiência na retirada de medicamentos e de um parente de paciente. Não houve um único psiquiatra com experiência na retirada de medicamentos no programa. O único psiquiatra foi Bjørn Epdrup que explicou quando e porque são necessários neurolépticos - e esqueceu de nos dizer quando não são necessários - e ele disse que podia ver esquizofrenia em um exame cerebral. Isto não é possível. Estudos de escaneamento em psiquiatria são bastante impossíveis,<sup>6</sup> mas Epdrup deixou a reunião antes que alguém pudesse confrontá-lo com a sua reivindicação. A única coisa que pode ser vista em um escaneamento cerebral é o encolhimento do cérebro que os neurolépticos têm causado!<sup>6,10,11</sup>

Em janeiro de 2017, fui convidado a dar uma palestra, em Sherbrooke, Canadá, em uma reunião sobre o sobrediagnóstico e os tratamentos excessivos na psiquiatria. A reunião foi credenciada e constou no portfólio da educação continuada dos médicos. Embora a maioria da audiência fosse de psiquiatras, 74 dos 84 participantes sentiram que a minha apresentação tinha respondido às suas necessidades. Eu não esperava isto, particularmente depois de uma discussão um tanto quanto tensa.

Eu pensei que uma mudança estivesse a caminho. Dois meses mais tarde, o psicólogo Allan Holmgren e um partido político organizaram uma conferência no Parlamento com o tema: "Uma psiquiatria sem drogas". Robert Whitaker falou sobre a epidemia das drogas psiquiátricas e o meu título também foi direto: "O mito sobre a psiquiatria biológica; o uso de drogas psiquiátricas faz muito mais mal do que bem".

## **A MIND Dinamarca não quer ajudar os pacientes a se retirarem**

Em junho de 2017, fiz um curso de um dia inteiro sobre a retirada de medicamentos psiquiátricos em Copenhague. Já o havia planejado há algum tempo, mas a minha iniciativa foi demais para a psiquiatria convencional que tentou sabotá-la.

O primeiro recuo que levei veio quando tentei conseguir um anúncio para o curso em *Mind*, a revista da mais importante organização para pacientes psiquiátricos da Dinamarca:

"Como você deve se retirar dos medicamentos psiquiátricos e evitar os piores sintomas de retirada? O curso é para todos, tanto pacientes, quanto parentes e profissionais de saúde. O curso consiste em palestras e discussões em pequenos grupos. Os palestrantes são o professor Peter C. Gøtzsche, a psiquiatra infantil e adolescente Lisbeth Kortegaard, a farmacêutica Birgit Toft, a psicóloga Olga Runciman e o farmacêutico Bertel Rüdinger".

Em 6 de fevereiro, liguei para o jornalista *da MIND*, Henrik Haring Jørgensen, que também é responsável pela revista *MIND*, para perguntar se eles estariam interessados em contar aos seus membros sobre o nosso curso. Como isso não foi possível, perguntei se poderia colocar um anúncio na revista. Jørgensen ficou consideravelmente desconfortável e

disse que, sendo um agente oficial, não deveria se envolver no debate sobre drogas psiquiátricas. Expliquei que ele não precisava, porque o que quer que se pensasse sobre as drogas psiquiátricas, era um fato que muitos pacientes queriam desistir, mas não conseguiam obter ajuda, e era exatamente por isso que queríamos oferecer o nosso curso, que era para todos, tanto pacientes quanto médicos.

Não consegui nenhum compromisso do Jørgensen para conseguir o meu anúncio na revista. Eu estava convencido de que ele não poderia tomar esta decisão sozinho, mas que precisava de uma luz verde vinda de mais alto, e que provavelmente eles não aceitariam o meu anúncio.

Eu sabia muito bem que o Presidente Nacional da *MIND*, Knud Kristensen, não gostava de mim, o que ele contou a outros, e que ele gosta muito das drogas psiquiátricas, o que ele sempre elogiava na mídia quando eu as criticava. Quando dei uma palestra para a *MIND* em Copenhague, em maio de 2016, Kristensen viajou do outro extremo do país para presidir a reunião e para fazer perguntas críticas após o meu discurso. Suas perguntas foram pouco amigáveis e ele foi muito crítico em relação a mim enquanto pessoa. Mas os participantes o desafiaram repetidamente e disseram que o que eu lhes havia dito era verdade, por exemplo, sobre os sintomas de abstinência e como é difícil parar as drogas psiquiátricas, o que eles mesmos já haviam experimentado.

Eu enviei o meu anúncio para Jørgensen no dia seguinte a ter falado com ele ao telefone. Silêncio total. Liguei várias vezes e fui trocado para Jørgensen pela secretária que disse que ele estava em seu escritório, mas ele não atendeu o telefone quando fui eu que liguei. Enviei uma mensagem que ele deveria ligar, o que ele não fez.

Eu comecei a ficar nervoso porque a revista *MIND* só sai a cada dois meses e o prazo para o anúncio era 2 de março. Era a minha única oportunidade de fazer propaganda na revista.

Em 17 de fevereiro, escrevi para Jørgensen, observando que ele não atendeu o telefone quando eu liguei para ele. Disse-lhe que muitos dos membros *da MIND* me escreviam e perguntavam a quem deveriam ir para pedir ajuda com a retirada de medicamentos psiquiátricos. Também escrevi para o endereço de e-mail geral da associação, mas ainda assim não obtive resposta.

Em 22 de fevereiro, fui à sede da *MIND* para obter uma resposta. Encontrei-me com três pessoas de fora que estavam fazendo documentários sobre psiquiatria e que se juntaram a mim no prédio.

Ficou claro imediatamente que a *MIND* não queria anunciar o nosso curso. O diretor da *MIND*, Ole Riisgaard, me tratou de forma incrivelmente rude e condescendente, como quando um mestre da escola repreendia um aluno malcriado nos anos 50. Aparentemente, Riisgaard também não conseguiu tomar uma decisão sobre o meu anúncio sem a aprovação de Kristensen; ele disse que daria um retorno "dentro de alguns dias".

Todos nós concluímos que o diretor foi plenamente informado sobre o meu caso antes de saber que apareceríamos em nossa visita sem aviso prévio e que a *MIND* havia planejado impedir que o meu anúncio fosse colocado na sua revista. Quando lhe disse que esta era a minha impressão, a mesma que tive quando havia tentado conversar ao telefone duas semanas antes, Jørgensen tornou-se altamente agressivo e perguntou se eu havia gravado a conversa.

No dia seguinte, Riisgaard escreveu que eles trariam o meu anúncio, acrescentando: "Na continuação de seu comportamento muito ruim e totalmente inaceitável ontem, onde você apareceu sem acordo ou permissão, e com as câmeras ligadas filmando o pessoal da *MIND*, vários dos quais são mentalmente vulneráveis e empregados sob disposições especiais, a condição para trazer o anúncio é que você, antes do prazo final, me envie uma garantia escrita (assinada) de que nenhum dos funcionários da *MIND* participará de qualquer tipo de transmissão sem o consentimento por escrito de cada um deles".

As câmeras não estavam ligadas, e nós três que estávamos na sala estávamos todos muito calmos. As únicas pessoas que demonstraram mau comportamento foram Riisgaard e Jørgensen, a quem gravamos com um microfone escondido porque era importante documentar o bullying e os outros abusos de poder.

Um dos cineastas escreveu a Riisgaard que seu pessoal já me seguia há algum tempo e, portanto, também à *MIND*, e que ele havia pedido permissão para filmar, o que um funcionário da *MIND* lhe havia concedido. Assim que isto foi rejeitado em outro andar, o trabalho do filme parou. A única pessoa que tinha sido filmada havia sido eu.

Escrevi à Riisgaard que a nossa percepção dos eventos era diferente. Tínhamos cumprido todas as regras, mas como Jørgensen nunca atendeu o telefone, não tínhamos outra opção senão visitar a sede da *MIND* para saber se a *MIND* traria o nosso anúncio.

"Você explicou que a *MIND* é uma pequena associação e que você tem muito o que fazer, e foi por isso que eu não tinha ouvido nada". Permita-me salientar que houve muito tempo quando liguei para Henrik para perguntar sobre um possível anúncio. E que ele teria levado apenas alguns segundos para responder bem quando lhe enviei o anúncio no dia seguinte. Não é mais difícil do que isso. Teria sido natural para você, quando nos encontramos, dizer que eu, é claro, receberia o anúncio na revista *MIND*, porque é tão obviamente uma ajuda para os muitos membros da *MIND* que querem parar as drogas psiquiátricas, mas não conseguiram obter ajuda de seu médico, entre outras coisas porque muito poucos médicos sabem como fazê-lo. Outros médicos têm a concepção errônea de que se precisa tomar as suas drogas para o resto de sua vida, o que está cientificamente comprovado como sendo muito prejudicial. Ao invés disso, você disse que eu teria uma resposta dentro de alguns dias. Você acha que esta é uma boa maneira de tratar um cliente que lhe paga para conseguir um anúncio em sua revista que, além disto, é muito relevante para os seus membros"?

No dia anterior à nossa visita à *MIND*, Riisgaard recebeu um e-mail de uma filial local explicando que eles haviam discutido em uma reunião de diretoria uma correspondência que eu havia tido com Jørgensen sobre um anúncio para um curso de retirada. "Com base nisso, parece que alguma forma de censura está sendo aplicada. É nossa impressão que muitos de nossos membros estão interessados no trabalho de Peter Gøtzsche. Nós não entendemos esta atitude".

Riisgaard respondeu à filial local, depois de nos termos encontrado com ele e de nos termos correspondido com ele: "Com relação às propagandas certamente temos censura (edição), por exemplo, não aceitamos propagandas da indústria farmacêutica. Mas a Gøtske [sic] não foi negada a oportunidade de fazer propaganda. Se ele dá outra impressão, é apenas para chamar a atenção".

Riisgaard mentiu e continuou sendo arrogante. Escrevi à filial local que alguém no topo da *MIND* acredita que as drogas psiquiátricas só podem ser boas para as pessoas; que ninguém deve receber ajuda para parar; e que



os psiquiatras estão no controle de tudo, o que eles não estão de forma alguma.

O Presidente Nacional da *MIND*, Knud Kristensen, tem muito poder e nutre os seus próprios interesses, não os de seus membros.

### **A guilda psiquiátrica não quer ajudar os pacientes a se retirarem**

O segundo recuo que levei veio quando informei a *Psiquiatria na Região da Capital*, em janeiro de 2017, sobre o nosso curso. Escrevi que colaborei com psiquiatras, psicólogos e farmacêuticos qualificados em vários países e com muitos usuários com ampla experiência em retirada; que éramos 11 pessoas de 7 países que se reuniram em Gotemburgo em outubro de 2016 e decidiram criar o *Instituto Internacional para Retirada de Drogas Psiquiátricas*; que um de nós era um psiquiatra norueguês que havia acabado de abrir a primeira enfermagem livre de drogas na Noruega; que eu tinha um estudante de doutorado que estudou como retirar drogas psiquiátricas com segurança; e que faríamos o nosso melhor para atender às necessidades e aos interesses dos participantes.

Três dias depois, o professor psiquiatra Poul Videbech reclamou com a *Autoridade de Segurança do Paciente*: "Um Peter Gøtzsche, especialista em medicina interna, anunciou o curso abaixo para pacientes e outros. É claro que, na minha opinião, ele assume uma tremenda responsabilidade, na medida em que ele não tem conhecimento algum. Os médicos podem simplesmente fazer esse tipo de coisa sem ter os conhecimentos profissionais necessários? É também uma empresa privada que abusa do nome do Centro Cochrane".

A arrogância de Videbech não pode ser negligenciada. "Um Peter Gøtzsche" é uma frase que você usa sobre pessoas desconhecidas, e eu era muito conhecido, tanto por Videbech como pelo pessoal da *Autoridade*.

A *Autoridade* não levou a sério a reclamação de Videbech. Levou quatro meses para me pedir uma opinião indicando em que medida o aconselhamento individual dos profissionais de saúde seria fornecido aos participantes do curso. Informei à *Autoridade* em 19 de maio que não havia nada na descrição do curso sobre como dar conselhos individuais. Um processo de retirada leva tempo, e obviamente não pretendíamos começar a retirar os participantes durante o curso.

Também me perguntaram sobre quais qualificações ou experiências tive com a retirada individual de medicamentos neurolépticos. Respondi que isto não era relevante porque o objetivo do curso era que aprendêssemos uns com os outros, incluindo ouvir sobre as experiências atuais e passadas dos pacientes. Acrescentei que na sala haveria psiquiatras, assim como outros profissionais de saúde.

Finalmente, a *Autoridade* me pediu para declarar qual o papel do *Centro Nórdico Cochrane* na organização do curso, uma vez que eu havia utilizado esta afiliação em meu e-mail para a *Região da Capital*. Como não havia menção do *Centro* no anúncio do curso, não respondi a esta pergunta, que era irrelevante e estava além das tarefas de controle da *Autoridade*.

Em 1 de junho, a *Autoridade* me pediu as informações que eu já havia enviado a eles e que eles haviam ignorado. Quatro dias depois de termos realizado o nosso curso, a *Autoridade* anunciou que não pretendia tomar nenhuma medida.

Eu baixei vídeos das nossas palestras e outras informações em minha página na internet, [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk). Também realizamos várias reuniões para o público e dei muitas palestras, em vários países. Sempre explicamos que a retirada precisava ser muito mais lenta do que as diretrizes oficiais recomendadas. Portanto, a *Autoridade de Segurança do Paciente* deveria ter se interessado pelas diretrizes, que não eram seguras, e não em nós!

Considerando os empurrões levados no caminho e em nossa crescente rede internacional, sentíamos que estávamos avançando. Em outubro de 2017, houve a estreia mundial em Copenhague no filme de Anahi Testa Pedersen, "Diagnosticando a Psiquiatria" (ver Capítulo 2). Ela me perguntou se eu tinha alguma sugestão para um título, então eu sugeri esse título porque o filme mostra que a psiquiatria é um paciente doente que infecta outros pacientes também. Eu poderia ter escolhido o mesmo título para este livro, mas eu não queria usar a palavra psiquiatria, mas sim o termo positivo, saúde mental.

Em novembro de 2017, o psiquiatra Jan Vestergaard tentou obter um simpósio de duas horas sobre as benzodiazepinas no programa para a reunião anual da *Associação Psiquiátrica Dinamarquesa* quatro meses

depois. Embora a reunião tenha durado quatro dias, com sessões paralelas, a diretoria declarou que não havia espaço para o simpósio. Tratava-se de dependência e retirada, e eu estava programado para falar sobre retirada em geral, não limitada aos benzodiazepínicos.

Como o hotel da conferência é enorme, eu liguei para ver se havia quartos livres. Reservei um e realizei um simpósio de duas horas para os psiquiatras pela manhã, que repetimos à tarde. Dei-lhes a oportunidade de aprender algo sobre dependência e afastamento, mesmo que a diretoria tivesse pouco interesse no assunto.

Depois veio outro choque na estrada, que foi dado pelo professor de microbiologia clínica, Niels Høiby, eleito para um partido político conservador na Região da Capital. Eu me perguntava por que ele se sentia obrigado a interferir em nossa iniciativa altruísta (não cobramos taxa de entrada), pois as bactérias não têm muito a ver com a retirada de medicamentos psiquiátricos. Ele levantou uma suposta razão política e mencionou que eu havia escrito um livro sobre o uso de drogas psiquiátricas e realizado cursos para levar os pacientes a reduzir o uso de drogas psiquiátricas. Høiby perguntou se o Conselho Executivo do Hospital Nacional e a Região da Capital, possivelmente em colaboração com o Conselho de Saúde para psiquiatria, tinham informado os psiquiatras da Região, os psiquiatras na prática especializada e os clínicos gerais da região se eles se apoiavam ou se se distanciavam das atividades do diretor do Centro Cochrane a respeito do uso de drogas psiquiátricas.

A resposta é tão interessante quanto a pergunta tola e maligna de Høiby. A *Psiquiatria na Região da Capital* declarou ter informado todos os seus centros sobre as atividades que Høiby mencionou e foi crítico em relação à minha oferta e solicitou que fosse dada atenção aos pacientes que pudessem aceitar a oferta. Além disso, eles observaram que vários chefes de departamento e professores haviam expressado publicamente o seu desacordo comigo e as minhas atividades, por exemplo, no evento "A arte de descontinuar uma droga" organizado pela Região da Capital e em um debate público sobre drogas psiquiátricas organizado pela *Psiquiatria na Região da Capital*. "Em ambos os eventos, o próprio Peter Gøtzsche participou".

Oh querido, oh querida, o homem "ele mesmo" apareceu em nossos preciosos eventos e até se atreveu a fazer perguntas! Então, é errado

quando alguém faz isso e quando algumas eminências - que eu chamo de *silverbacks*, pois é assim que eles se comportam<sup>6</sup> - discordam dele? Estas são perspectivas sombrias. Obviamente, é inaceitável para a instituição que eu tente atender às necessidades dos pacientes quando os psiquiatras não querem, mesmo que a instituição fale constantemente em colocar o paciente no centro das suas atividades.

Anunciei os simpósios no *Journal of the Danish Medical Association* e o meu aluno de doutorado Anders Sørensen também lecionou. Mais tarde, quando passeamos pelos corredores, soubemos que os jovens psiquiatras tinham ficado assustados em assistir porque seus chefes os veriam como hereges e poderiam retaliar. Este comportamento de intimidação também é visto como um orgulho de leões - se um leão deixa a alcateia e volta mais tarde, o leão é punido. Isso explica porque a maioria dos 60 participantes eram enfermeiras, assistentes sociais, pacientes e parentes. Apenas sete se identificaram como psiquiatras, mas provavelmente havia mais oito, pois estes omitiram seus antecedentes, apesar de terem sido solicitados a fazê-lo quando entraram na sala.

Em outras ocasiões, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiras que desejavam participar de minhas palestras ou cursos me contaram histórias semelhantes sobre receber avisos ameaçadores de seus superiores que, se eles aparecessem, não seriam bem recebidos em sua unidade. Isto é assustador e também um diagnóstico para uma especialidade doente. Conta a história de uma corporação que se comporta mais como uma seita religiosa do que como uma disciplina científica porque, na ciência, estamos sempre interessados em ouvir novos resultados de pesquisas e outros pontos de vista, o que nos torna a todos mais sábios.

Tivemos duas palestras em nosso programa: "Por que a maioria das pessoas que recebem medicamentos psiquiátricos deve ser retirada" e "Como isso deve ser feito na prática?". Mencionamos no anúncio que vários psiquiatras haviam nos incitado a realizar um curso sobre a retirada de medicamentos psiquiátricos ao mesmo tempo que a sua reunião anual.

Os simpósios foram um sucesso. O psiquiatra mais experiente da sala disse mais tarde a um de seus colegas juniores que eu era ofuscado entre as lideranças psiquiatras. É por isso que eles não queriam que os seus médicos juniores me ouvissem. Pode tornar-se muito difícil para eles

quando voltam e fazem perguntas. Eles também gostaram da palestra de Anders.

Em junho de 2018, realizamos um seminário de pesquisa à tarde em Copenhague. Como palestrantes convidados tivemos Laura Delano, uma sobrevivente psiquiátrica dos EUA, que apresentou protocolos de redução de risco com base em uma visão geral dos métodos que haviam produzido os melhores resultados na comunidade de leigos que se retiraram, e o farmacêutico Bertel Rüdinger, de Copenhague, também sobrevivente psiquiátrico.<sup>6</sup> A psiquiatria roubou 14 e 10 anos, respectivamente, de suas vidas e fez com que ambas estivessem muito próximos do suicídio.

## **A Colaboração Cochrane não quer ajudar os pacientes a se retirarem**

O maior bloqueio de estrada foi fornecido pela Colaboração Cochrane. Como observado, minhas críticas às drogas psiquiátricas foram a razão direta pela qual fui considerado pelo CEO da Cochrane, Mark Wilson, como estando em má situação, como dizem nos círculos de gangsters, na organização que cofundei em 1993. Escrevi o livro "A morte de um denunciante e o colapso moral da Cochrane"<sup>7</sup> sobre a história recente da Cochrane e a minha expulsão do seu Conselho de Administração, para o qual fui eleito com o maior número de votos de todos os 11 candidatos, e da Colaboração Cochrane. Wilson até me demitiu em outubro de 2018 do meu trabalho em Copenhague, que eu vinha realizando desde que criei o Centro Nórdico Cochrane em 1993.<sup>7</sup>

As ações da Cochrane contra mim foram amplamente condenadas e houve artigos em *Science*, *Nature*, *Lancet* e *BMJ*.<sup>7</sup> O psiquiatra infantil e adolescente Sami Timimi reviu o meu livro,<sup>12</sup> e aqui está um trecho:

*Este livro narra como um mundo de cabeça para baixo é criado quando o marketing triunfa sobre a ciência; onde o verdadeiro alvo de uma campanha de anos de assédio é rotulado como o culpado ... O relato convincente de Gøtzsche inclui citações e documentação de fontes escritas e orais, incluindo transcrições do que foi realmente dito em várias reuniões. O livro é um estudo detalhado de como as organizações se corrompem, a menos que elas tenham formulado cuidadosamente*

*processos que a protejam contra a tomada de controle por forças antidemocráticas, uma vez que essa organização tenha sido bem sucedida e atingido um certo tamanho. Este é um livro que expõe como a Cochrane caiu nas garras de uma hierarquia mais preocupada com as finanças e o marketing do que com as razões pelas quais foi criada. A morte de sua integridade, significa que a instituição mais importante que restou na qual se podia confiar quando se tratava de ciência médica, desapareceu no mesmo buraco do coelho da comercialização que captura tanto a (chamada) ciência médica moderna. De fato, foi porque o professor Gøtzsche estava preparado para chamar a atenção para a diminuição dos padrões científicos na Cochrane que a hierarquia se sentiu compelida a planejar a sua morte.*

*Gøtzsche ... criou muitas das ferramentas metodológicas utilizadas pela Cochrane e nunca se esquivou de deixar os dados falarem por si mesmos, por mais impopulares que sejam as descobertas com alguns médicos, pesquisadores e, em particular, com fabricantes de produtos farmacêuticos e outros fabricantes de dispositivos médicos. Cochrane sob a influência de Gøtzsche, e outros como ele, ficou conhecida como uma fonte de revisões credíveis, confiáveis e independentes ... ajudando os médicos a entender o que funcionava e até que ponto, mas igualmente importante o que não funcionava e que danos os tratamentos podem causar. São estas últimas questões que significam que Gøtzsche foi, e é, uma inspiração para aqueles entre nós que querem que a prática médica seja tão objetiva, livre de preconceitos e segura quanto o possível; mais uma ameaça para aqueles que colocam assuntos comerciais, mercantilização e imagem entre as suas principais preocupações.*

*O brilhantismo de Gøtzsche e a sua abordagem destemida lhe valeram muitos inimigos. Ele é um dos pesquisadores mais conhecidos da Dinamarca e é respeitado nos círculos de pesquisa em todo o mundo. Mas, durante anos ele documentou quantos produtos promovidos pela indústria farmacêutica e fabricantes de dispositivos médicos, podem causar mais danos do que benefícios; com uma análise detalhada de como a pesquisa dessas empresas engana, ofusca ou, às vezes, mente diretamente a fim de proteger e promover os seus produtos ... Seu trabalho sobre medicamentos psiquiátricos mostrando como todos eles são pobres em proporcionar uma vida melhor para aqueles que os tomam, ao mesmo tempo em que causam*

*enormes danos a milhões, lhe rendeu a ira da instituição psiquiátrica em geral, incluindo alguns grupos Cochrane ... Em vez de felicitar Gøtzsche por garantir a integridade da ciência produzida pela Cochrane, eles começaram um desafio a este buscador da verdade por estar "fora da mensagem". "*

*Este livro reconta cuidadosamente este período sombrio da ciência médica onde uma instituição outrora confiável realizou um dos julgamentos mais arbitrários já realizados no meio acadêmico. O CEO e seus colaboradores realizaram a sua tarefa de uma maneira que espelha como a indústria farmacêutica funciona. Seus funcionários são obrigados a proteger as vendas de drogas e, portanto, não podem criticar publicamente a pesquisa da empresa. Há muitos exemplos no livro de como, uma vez alguém ter sido rotulado, as suas ações podem ser interpretadas como cumprimento desse rótulo. Por exemplo, após ser mantido à espera por horas fora de uma sala onde se discute uma reunião sobre a sua possível expulsão, o Professor Gøtzsche, compreensivelmente frustrado, decide bater à porta e entrar para perguntar se está tudo bem se ele voltar para o hotel em vez de continuar esperando. Ele é repreendido por entrar na reunião e segue-se uma breve altercação, antes que o professor Gøtzsche saia. Isso então se torna o único exemplo real de seu alegado "mau comportamento" e parte da "evidência" de por que ele deveria ser demitido.*

*Após a sua expulsão da Cochrane, através de uma maioria de votos de apenas 6 contra 5, com uma abstenção, outros 4 membros da diretoria saíram em protesto. Cientistas médicos líderes de todo o mundo expressaram a sua solidariedade com Gøtzsche e indignação com o que a Cochrane havia feito. Eles elogiaram universalmente Gøtzsche como um incansável advogado da excelência da pesquisa, um crítico destemido da má conduta científica, e um poderoso oponente da corrupção da pesquisa pelos interesses da indústria, e crítico das ações insuportáveis da Cochrane. A história contará isto como a morte da Cochrane e não a do denunciante.*

Foi uma consequência direta do colapso moral da Cochrane que Anders e eu fracassamos quando tentamos obter a aprovação de um protocolo para uma revisão da Cochrane sobre a retirada da pílula da depressão.<sup>13</sup> O grupo de depressão Cochrane nos enviou em uma missão de dois anos que era

impossível de cumprir, elevando as suas exigências ao longo do caminho a níveis absurdos com muitas exigências irrelevantes, incluindo exigências de inserção de mensagens de marketing sobre as maravilhas que as pílulas da depressão podem realizar, de acordo com o dogma da Cochrane. A Cochrane não tem interesse em uma revisão sobre a retirada segura das pílulas da depressão, mas fez o máximo para defender a guilda psiquiátrica, as suas muitas crenças falsas, e a indústria farmacêutica, esquecendo que a missão da Cochrane é ajudar os pacientes, e sendo por isso que a fundamos em 1993, e a razão pela qual a chamamos de uma colaboração.

Em 2016, entrei em contato com a psiquiatra Rachel Churchill, a editora coordenadora do grupo de depressão Cochrane, que demonstrou grande interesse em meu propósito para fazer uma revisão. Contratei Anders, um psicólogo recém formado, mas quando submetemos um protocolo para a revisão, este não foi bem-vindo. Levou nove meses até que obtivéssemos qualquer feedback. Respondemos aos comentários e enviamos duas versões revisadas, mas as exigências sobre o nosso protocolo apenas aumentaram e os atrasos editoriais foram tão pronunciados que concluímos que os editores deliberadamente obstruíam o processo para nos desgastar esperando que fosse nós mesmos a retirar a revisão, enquanto o grupo não seria visto como sendo inútil.

Em um determinado momento, Churchill anexou um documento de 30 páginas com 86 pontos de itens para os quais nada menos do que quatro editores e três revisores de pares haviam contribuído, com comentários individuais, nomeados. O documento continha 12.044 palavras, incluindo as nossas respostas a comentários anteriores, o que foi sete vezes maior do que o nosso protocolo original de 2017. Anders me escreveu que a nossa revisão era bastante simples, pois queríamos apenas ajudar as pessoas que desejavam sair de suas drogas, mas não tínhamos permissão para fazê-lo: "Que tipo de mundo é este?".

Quando Churchill nos enviou a oitava e última revisão feita pelos pares, o convite dela para abordar o feedback tinha subitamente sido metamorfoseado em uma rejeição total. As revisões da Cochrane sobre drogas são sobre como colocar as pessoas nas drogas, não sobre sair delas, e a 8ª revisão pelos pares é uma das piores que eu já vi. É tão longa quanto um artigo de pesquisa, 1830 palavras, e forneceu as Roupas Novas do



Imperador que o grupo precisava para se livrar de nós. Em contraste com as outras sete revisões, o carrasco era anônimo. Nós pedimos a identidade do revisor, mas isto não foi concedido.

Apelamos da rejeição de Churchill, respondemos aos comentários e submetemos a versão final do nosso protocolo. Todas as 8 revisões, os nossos comentários e o nosso protocolo final nós os baixamos, como parte do artigo que publicamos sobre o caso.<sup>13</sup> Isto permite aos observadores independentes concluir por eles mesmos se é a Cochrane ou nós os culpados pelo fato de que os pacientes não receberem a revisão da Cochrane no momento da retirada merecida por eles.

Foram necessárias muito poucas mudanças no protocolo. O 8º revisor havia negado uma longa série de fatos científicos e havia usado várias falácias do espantinho acusando-nos de coisas que nunca havíamos reivindicado.

Fomos acusados de "pintar um quadro" sobre como evitar o uso das pílulas da depressão, o que não representava o consenso científico, uma observação totalmente irrelevante e enganosa para uma revisão sobre a retirada desses medicamentos. O revisor queria que "começássemos com uma declaração sobre por que os antidepressivos são considerados pela comunidade científica como benéficos ... no tratamento de uma ampla gama de problemas de saúde mental altamente incapacitantes e debilitantes" e nos acusou de não sermos científicos porque não havíamos mencionado os efeitos benéficos. Respondemos que a nossa revisão não era um anúncio para os medicamentos e que não era relevante discutir os seus efeitos em uma revisão sobre como parar de usá-los. Além disso, uma revisão da Cochrane não deveria ser um relatório de consenso.

Também os editores da Cochrane nos pediram para escrever sobre os benefícios e mencionar que "alguns antidepressivos podem ser mais eficazes que outros", com referência a uma meta-análise da rede de 2018 em *Lancet* por Andrea Cipriani e colegas.<sup>14</sup> Entretanto, embora haja um estatístico da Cochrane entre os seus autores, Julian Higgins, editor do *Cochrane Handbook of Systematic Reviews of Interventions* que descreve mais de 636 páginas como fazer com as revisões da Cochrane,<sup>15</sup> a revisão tem sérios erros. Demonstrei isto no artigo, "Recompensando as empresas que mais enganaram nos ensaios antidepressivos",<sup>16</sup> e uma reanálise feita por meus colegas do *Centro Nórdico Cochrane* mostrou que os dados dos

resultados relatados em *Lancet* diferiram dos relatórios de estudos clínicos em 12 dos 19 ensaios que eles examinaram.<sup>17</sup>

Um editor da Cochrane nos pediu para descrever como as pílulas da depressão funcionam e quais são as diferenças entre elas, e um revisor queria que explicássemos quando era apropriado e inadequado usar as pílulas da depressão. Entretanto, não estávamos escrevendo um livro didático em farmacologia clínica, estávamos apenas tentando ajudar os pacientes a se livrarem de seus medicamentos.

Escrevemos em nosso protocolo que, "Alguns pacientes se referem à hipótese desacreditada de que um desequilíbrio químico em seu cérebro é a causa de seu transtorno psíquico e, portanto, também a razão para não se atreverem a parar". O 8º revisor, que acreditava claramente no absurdo do desequilíbrio químico, opinou que descartamos muitas décadas de evidências de mudanças neuroquímicas observadas na depressão e nos acusou de termos sugerido, sem nenhuma evidência, que os prescritores perpetuam inverdades para justificar a prescrição de medicamentos.

Eles certamente o fazem, mas Cochrane usou a tática familiar de culpar os pacientes pelos erros e mentiras dos psiquiatras. Respondendo à mesma frase, a editora coordenadora Sarah Hetrick nos pediu para escrever: "As pessoas que tomam antidepressivos podem acreditar que isto é necessário porque acreditam que as dificuldades, que estão passando são devidas a um desequilíbrio químico no cérebro". Os pacientes não inventaram esta mentira; os psiquiatras sim!<sup>6</sup>

O 8º revisor nos pediu para explicar o conceito de tratamento contínuo da pílula profilática para depressão, "uma estratégia clínica bem aceita", mas isto estava fora do escopo de nossa revisão. Além disso, como observado no Capítulo 2, todos os ensaios realizados comparando a terapia de manutenção com a retirada do medicamento são defeituosos devido aos efeitos da interrupção abrupta no último grupo.

Fomos erroneamente acusados de ter confundido o reaparecimento da doença com os sintomas de abstinência, e o revisor até mesmo argumentou que a maioria das pessoas que havia tomado comprimidos da depressão por períodos prolongados poderia parar em segurança sem problemas, o que é flagrantemente falso.

O revisor queria que removêssemos esta frase: "a condição dos pacientes é melhor descrita como dependência às drogas" referindo-se aos critérios

de dependência às drogas do DSM-IV. Respondemos que, de acordo com esses critérios, ninguém que fuma 20 cigarros todos os dias é dependente de fumar cigarros.

O nível de negação, ofuscação e confusão foi realmente alto no processo de dois anos. Fomos solicitados por um revisor a dar referências sobre as taxas de dependência, mas já o tínhamos feito de tal forma que um editor nos pediu que encurtássemos o texto.

Nossa antiga suspeita de que a Cochrane não estava interessada em ajudar os pacientes a saírem de suas drogas psiquiátricas tinha se tornado agora uma certeza. Mas não desistimos e apresentamos três recursos, um para Churchill, outro para Chris Eccleston, editor sênior da *Rede Cochrane de Saúde Mental e Neurociência* e professor de psicologia médica, e finalmente, para a editora chefe da Cochrane, Karla Soares-Weiser, que é psiquiatra.

Enfatizamos que a *Colaboração Cochrane* não deve criar obstáculos cada vez maiores ao longo do caminho daqueles que se voluntariam a fazer o trabalho de ajudar os pacientes que sofrem, mas sim que deve estar disponível e ajudar. Anteriormente, tínhamos escrito aos editores que eles "estão transformando algo, que é muito simples, em algo muito complicado. A nossa revisão tem um objetivo muito simples: ajudar os pacientes a saírem das drogas que eles querem". Um editor nos escreveu que o nosso principal resultado da "cessação completa do uso de drogas antidepressivas" deveria ser mais claramente definido, pois pode não ser uma cessação para toda a vida. Talvez não, mas nenhum estudo em psiquiatria jamais acompanhou todos os pacientes até que todos eles estejam mortos.

O nosso primeiro recurso não foi tratado por Churchill, mas pela editora coordenadora do grupo *Cochrane Airways*, Rebecca Fortescue. Segundo ela, "um leitor pode ficar com algumas dúvidas sobre a posição dos autores da revisão a respeito dos danos e benefícios relativos das drogas psiquiátricas, o que não reflete totalmente o consenso internacional atual e que poderia causar alarme entre os usuários da revisão que confiam na imparcialidade da Cochrane". Respondemos com um eufemismo britânico: "Estamos um pouco surpresos com este comentário". A Cochrane não trata de consenso, mas de como obter a ciência correta, e está muito longe de ser imparcial.<sup>6,7</sup> Além disso, avaliar os danos e os benefícios das drogas

psiquiátricas estava fora do escopo da nossa revisão. Não tínhamos escrito sobre esta questão em nosso protocolo ou oferecido qualquer "postura".

Apesar de termos apontado isso repetidamente, Fortescue, os outros editores da Cochrane e os revisores não entenderam que "Tipos de participantes" eram pessoas que tomavam pílulas e que queriam sair delas. Como os sintomas de abstinência são semelhantes para qualquer tipo de paciente, doença ou medicamento, esta abordagem ampla é a correta, o que já expliquei em 2000 no *BMJ* no artigo: "Por que precisamos de uma perspectiva ampla sobre a meta-análise: ela pode ser de importância crucial para os pacientes".<sup>18</sup> Fortescue pediu uma descrição mais clara da população, da intervenção e dos comparadores; por exemplo, se incluiríamos ensaios em profilaxia da enxaqueca, dor crônica ou incontinência urinária, e outro editor pediu detalhes sobre quais idades, sexos, ambientes, diagnósticos de depressão e tipos de pílulas da depressão incluiríamos, como se estivéssemos planejando fazer um ensaio aleatório. Socorro! Estas exigências eram totalmente absurdas e amadoras. Incluímos tudo!

Embora tenhamos explicado ao Eccleston que havia muito pouco o que nos separasse do grupo de *Distúrbios Mentais Comuns Cochrane* após a nossa última revisão, que Fortescue não tinha visto; ele - embora sendo psicólogo - juntou-se às fileiras da Cochrane e rejeitou sumariamente o nosso recurso com apenas 56 palavras: "Lamento muito que este artigo não tenha sido bem sucedido porque concordo com a importância da pergunta. Espero sinceramente que ambos retomem o que está feito e o completem em um outro envio. Precisamos estimular uma discussão sobre este importante tópico e ele se tornou mais importante com o tempo e cada vez mais".

A editora chefe da Cochrane, Karla Soares-Weiser, rejeitou o nosso apelo em 72 palavras: "Tive a oportunidade de analisar cuidadosamente o protocolo, os comentários editoriais e de revisão feita pelos pares, juntamente com as suas respostas e as trocas de e-mails entre a sua equipe e os editores do Grupo de Revisão. Os comentários obtidos do processo aberto da revisão pelos pares indicaram consistentemente haver uma falta de clareza em relação aos métodos de revisão propostos e, apesar de mais de uma oportunidade para abordar este assunto, o protocolo não mostrou evidências suficientes de que isto tenha progredido".

Nós nos perguntamos como pode ser um "processo aberto de revisão por pares" quando o carrasco foi deliberadamente disfarçado. Não podemos nem mesmo verificar se essa pessoa tinha conflitos de interesse inaceitáveis. Também não estava correto que houvesse uma falta de clareza sobre os nossos métodos. Mesmo tendo achado muitas das exigências pouco razoáveis, fizemos o nosso melhor para estar à altura delas e, sendo um autor de cerca de 20 revisões Cochrane e inúmeras outras revisões sistemáticas, tendo defendido o que poderia ser a primeira tese de doutorado sobre meta-análises no mundo da saúde, e tendo desenvolvido vários dos métodos que a Cochrane utiliza, acho que sei o que estou fazendo, em contraste com os editores da Cochrane.

O fato de que os pacientes estão se organizando em grupos de sobreviventes e em várias iniciativas relacionadas à retirada em todo o mundo é um sinal claro de que a guilda psiquiátrica os ignora, o que a Cochrane também o faz. Embora seja verdade que "algumas pessoas têm sintomas terríveis de abstinência", um revisor queria que banalizássemos totalmente este mal escrevendo que "algumas pessoas têm sintomas de abstinência que podem afetar negativamente a qualidade de vida do paciente". Isto deve estar no topo dos eufemismos britânicos. Nós mudamos "terrível" para "grave", o que foi documentado usando exatamente esta palavra.<sup>8</sup>

Também em 2015, a Cochrane protegeu os interesses da guilda psiquiátrica, os interesses comerciais da indústria de drogas e as falsas crenças da especialidade, quando expliquei em um artigo do *BMJ* por que o uso de drogas psiquiátricas a longo prazo causa mais danos do que benefícios e que, portanto, nós devemos usar essas drogas com muita parcimônia.<sup>19</sup> No mesmo dia, o então editor-chefe da Cochrane, David Tovey, que não é psiquiatra, mas tem formação como médico de família, e os três editores responsáveis pelos três grupos de saúde mental da Cochrane, incluindo Rachel Churchill, atacaram a minha credibilidade científica em uma resposta rápida ao meu artigo.<sup>7</sup> Vários editores de outros grupos da Cochrane me disseram que estavam consternados por esses editores terem tentado denegrir a minha pesquisa apelando à autoridade e não à razão, o que eles achavam que não deveria acontecer na Cochrane.

Publicaremos nossa revisão de retirada das drogas em um periódico cujos editores não sejam moralmente corruptos e que têm como principal prioridade os interesses dos pacientes.

## **Guia para a retirada de drogas**

Os médicos de família são os maiores prescritores de medicamentos psiquiátricos, mas os psiquiatras devem ser supostamente os especialistas em como e quando usá-los, e como sair deles. Eles são, portanto, os responsáveis pelo desastre das drogas que temos.

Os psiquiatras tornaram centenas de milhões de pessoas dependentes de medicamentos psiquiátricos e ainda não fizeram praticamente nada para descobrir como ajudar os pacientes a viver sem eles novamente. Eles realizaram dezenas de milhares de testes de drogas, mas sobre a retirada segura apenas alguns poucos estudos. Temos, portanto, muito pouco conhecimento baseado em pesquisas sobre como retirar as pessoas.

Há mais de 150 anos, não só não existe uma base de evidências sobre como se pode eliminar os medicamentos psiquiátricos viciantes - incluindo brometos, ópio e barbitúricos - mas as diretrizes oficiais em todo o mundo têm sido insuficientes, enganosas e perigosas.<sup>3,9,20,21</sup> Em todos esses anos, os médicos ignoraram quando os seus pacientes reclamaram das dificuldades para sair de suas drogas e foram incapazes de ajudá-los.

Como resultado, os pacientes começaram a encontrar soluções por conta própria e a aconselhar outros pacientes em como parar com segurança.<sup>21-27</sup> Este extenso corpo de conhecimento dos usuários, baseado no trabalho daqueles que experimentaram a própria retirada, é muito mais confiável, relevante e útil do que o pouco que existe em termos dos chamados conhecimentos profissionais. Portanto, irei me concentrar nas experiências dos usuários e nos conselhos dos colegas que já fizeram a retirada de muitos pacientes. Vou alternar entre descrever a retirada do ponto de vista do paciente e do ponto de vista do terapeuta.

Muitos psiquiatras continuam a fechar os olhos para o desastre e argumentam que precisamos de mais provas de ensaios clínicos randomizados, mas é pouco provável que tais provas sejam úteis, pois a retirada é um processo altamente individual e variável. Além disso, mais de 150 anos de espera não é suficiente?

Há muitas coisas que você precisa considerar cuidadosamente antes de iniciar um processo de retirada. Se possível, você deve encontrar um profissional que o ajude a passar por isso. Este pode ser o seu médico, mas muitas vezes não pode. É pouco provável que o seu médico saiba como isso deve ser feito. Ainda hoje, muitos médicos aconselham aos seus pacientes a tomar os medicamentos dia sim, dia não,<sup>2</sup> o que causará sintomas horríveis e perigosos de abstinência em muitos pacientes e levará a fracassos completos. A maioria dos médicos, e os psiquiatras não são exceção, expõem os seus pacientes aos sintomas da retirada abrupta porque tiram a droga muito rapidamente, e os insucessos que causam fazem com que muitos deles decidam não tentar ajudar os pacientes novamente, enquanto se convencem de que seus pacientes ainda estão doentes e que precisam da droga.

É assustador o que acontece na "vida real", sobre a qual os psiquiatras adoram falar quando tentam se distanciar de pessoas como eu, que obtêm os seus conhecimentos principalmente da leitura e de suas próprias pesquisas. A realidade é muito diferente do mundo da fantasia que os psiquiatras retratam em seus artigos, livros didáticos e manifestos com o objetivo de influenciar os políticos e preservar o status quo. Aqui está uma história típica que um paciente me enviou:<sup>1</sup>

*Após um evento traumático (surpresa, crise e depressão), receitaram-me pílulas da felicidade sem informação adequada sobre possíveis efeitos colaterais. Um ano depois, pedi à psiquiatra que me ajudasse a parar a droga, pois não achei que fosse útil... Quando deixei a psiquiatra, ela me convenceu... que eu estava sendo maltratado e que deveria ter uma dose maior... Ela me advertiu contra interromper a droga, pois isso poderia levar à depressão crônica. Durante o período em que a psiquiatra esteve de licença médica prolongada, eu tive a coragem, apoiada por uma psicóloga, para afilar a droga. Eu vinha tomando a droga por 3,5 anos e havia ficado cada vez mais letárgica e indiferente a tudo. Era como escapar de uma redoma. A afilação não é sem problemas, dá muitos sintomas de abstinência ... Quando a psiquiatra voltou após a sua doença, ela sentiu-se "insultada" com a minha decisão de parar a droga. Entretanto, eu estava muito melhor, e em resposta à minha pergunta de que eu não estava mais deprimida, ela disse: "Eu não sei". Mas se eu não*

*quiser pílulas da felicidade?, perguntei. "Bem, então eu não posso ajudá-la!" foi a resposta ... esta psiquiatra tinha uma relação próxima com um fabricante de pílulas da felicidade.*

É errado quando a autoestima dos psiquiatras está relacionada a se os seus pacientes gostam das drogas que eles prescrevem, e quando eles não veem alternativas às drogas, mas é comum eles dispensarem os pacientes que não querem drogas. Embora os psiquiatras queiram tanto ser vistos como verdadeiros médicos, eles esqueceram o que isso significa: em primeiro lugar, é não fazer mal. Com as suas drogas, eles viraram tudo de cabeça para baixo: primeiro, fazer mal. E dizer aos pacientes que eles se acostumarão a isso.

É uma batalha difícil, mas se você tiver sorte e tiver um bom médico que esteja disposto a ouvir e a admitir a própria incerteza dele, talvez você queira tentar educá-lo como parte do seu processo de retirada, o que beneficiaria a outros pacientes.

Anos atrás, uma de minhas colegas, a farmacêutica Birgit Toft, decidiu fazer exatamente isso: educar os médicos de família. Ela se concentrou nos benzodiazepínicos e na retirada deles, e os seus resultados foram notáveis.<sup>28</sup> A partir de 2005, Birgit fez um grande esforço junto aos médicos de família de uma região dinamarquesa para reduzir o uso excessivo das pílulas do "sono nervoso". Como as recomendações e diretrizes não haviam funcionado, os seus esforços foram direcionados à atitude dos médicos e à renovação das prescrições médicas.

De 2004 a 2008, o consumo caiu 27%. O modelo foi adotado em todo o país em 2008, e após alguns anos, o consumo em todo o país havia caído significativamente.

O que funcionou foi o compromisso e a mudança de atitude dos médicos; eles e suas secretárias adquiriram novos conhecimentos; bem como a colaboração entre os profissionais. Além disso, era essencial que os pacientes se reunissem pessoalmente na clínica se as prescrições fossem renovadas e que os pés dos médicos fossem mantidos ao fogo por consultores de qualidade na região.

A maioria das prescrições são renovadas por telefone pela secretária ou pela Internet. A secretária prepara uma renovação da receita, que o médico aprova apertando um botão no computador. Essa fácil renovação das



prescrições é uma das razões pelas quais os tratamentos continuam por muito tempo. A atenção do médico não é grande o suficiente quando o paciente não aparece na clínica. Portanto, devemos exigir atendimento pessoal para todos os medicamentos psiquiátricos, e mudanças de atitude devem ser feitas, de modo que a retirada se torne pelo menos tão importante quanto iniciar o tratamento.

Foram realizadas palestras para médicos e secretários, foram escritos panfletos para médicos, secretários e pacientes, e a imprensa semanal local informou aos cidadãos que eles poderiam esperar ver o seu médico na próxima vez que chamassem a clínica para uma prescrição médica.

O ensino concentrou-se nos danos do medicamento, especialmente nos sintomas de abstinência. Os médicos foram instados a começar com os pacientes mais fáceis, experimentando assim que era possível afilar o medicamento.

Muitos médicos estavam céticos. No entanto, eles não haviam tentado a afilação lenta introduzida por Birgit, faziam a redução durante apenas alguns dias ou submetiam os pacientes a uma interrupção abrupta. Apesar da relutância deles, muitos médicos acabaram pedindo desculpas a seus pacientes por tê-los enganchado com a droga. O uso de estatísticas foi inicialmente percebido como uma ameaça, mas quando os médicos revisaram as prescrições de seus pacientes, foi como um abrir de olhos e, por fim, passaram a solicitar as estatísticas de uso para ver se os seus esforços haviam funcionado.

Infelizmente, o sucesso foi de curta duração, pois os médicos passaram a usar as novas pílulas da depressão. O trabalho de Birgit nos diz que é útil envolver-se no trabalho dos profissionais, mas também que o efeito desaparece rapidamente se o processo não for permanente.

## **Pessoas de apoio**

Alguns médicos não vão querer que você se retire das drogas. Ou não querem investir o tempo que será necessário, uma vez que a renda proveniente da receita médica após alguns minutos de consulta é muito maior do que se eles se envolverem em problemas das pessoas com a retirada e fornecerem apoio psicológico enquanto as pessoas estão em processo de retirada. Há tantos obstáculos no sistema, o qual não está

orientado de forma alguma para ajudar as pessoas a se retirarem, que parece como se a medicação para toda a vida fosse tacitamente assumida como uma coisa boa.

Se não for um médico, quem pode ser seu ajudante? Tente encontrar uma pessoa que tenha tido sucesso com a retirada, um chamado mentor de recuperação, e envolva essa pessoa em sua retirada, se você puder. Na maioria dos países há organizações de sobreviventes psiquiátricos que estão preparados para ajudar.<sup>22-26</sup> Vá à Internet e encontre-os.

Além dos mentores de recuperação, os melhores ajudantes são pessoas treinadas em psicoterapia, por exemplo, psicólogos. Pode ser uma experiência esmagadora quando as suas emoções, que foram suprimidas por tanto tempo, retornam, e nesta fase pode ser crucial que você obtenha apoio psicológico de alguém que possa lhe ensinar a como lidar com a transição de viver em uma redoma para viver uma vida plena, para que você não desista e se esconda novamente sob uma nuvem de drogas, esquecendo que o sol está esperando por você do outro lado.

Alguns psicólogos se recusam a ajudar os pacientes no processo de retirada, porque foram doutrinados durante os seus estudos universitários por professores que são psiquiatras biológicos incondicionais propagando as muitas mentiras da especialidade. Eles podem, portanto, acreditar que os medicamentos psiquiátricos são a tal ponto bons e necessários que não é necessária a retirada. A maioria dos psicólogos acredita que os psiquiatras sabem o que estão fazendo. Em outros casos, eles pensam que não estão autorizados a interferir com as prescrições e as ordens dos médicos.

Isto não é correto. Os psicólogos podem ajudar os pacientes com os seus problemas e dar os conselhos que se sentem confortáveis em dar, apoiando-os o máximo possível, não importa qual seja a questão, e, portanto, também quando os pacientes decidem que querem sair de suas drogas. Um guia abrangente para psicólogos foi publicado em dezembro de 2019 que pode ajudar àqueles que estão em dúvida sobre o que eles podem fazer e como fazê-lo.<sup>9</sup>

Conheço vários psicólogos que ajudam os pacientes a se retirarem de todos os tipos de drogas, também neurolépticos. Os psiquiatras podem tentar impedir que outros médicos façam isso (acima ver a queixa de Videbech sobre mim), dizendo-lhes que, de acordo com a lei, somente os psiquiatras podem determinar se um paciente deve continuar com um

neuroléptico. O que esta lei significa pode ser discutido e interpretado, mas como só se aplica a médicos, os psicólogos e os outros terapeutas são livres para fazer o que acharem apropriado.

Um profissional de saúde ou mentor de recuperação raramente será capaz de apoiá-lo diariamente. Portanto, você precisa de uma ou duas pessoas que estejam dispostas a fazer isso, pois você pode não ser capaz de se avaliar durante a retirada. Você também precisa decidir se aqueles que se preocupam com você e tentam ajudá-lo podem entrar em contato com o seu médico e outros, se eles observarem problemas ou reações sérias que você não possa ver em si mesmo ou que nega a existência. Diga-lhes o que você decidiu.

A pessoa de apoio diário poderá ser um membro da sua família ou um bom amigo, desde que essa pessoa compartilhe a sua opinião de que uma vida sem drogas é melhor do que uma vida com drogas, a qual você deu o controle a psiquiatras ou outros médicos.

A sua pessoa de apoio não deve ser uma pessoa com ideias fofas, pois isso pode distraí-lo em vez de ajudá-lo. Muitas pessoas bem-intencionadas têm publicado recomendações estranhas na Internet e em folhetos sobre a retirada que você deve ignorar, por exemplo, beber muita água, homeopatia, acupuntura, vitaminas, outros tipos de medicina alternativa e várias dietas não o ajudarão.<sup>29</sup> O que pode ser útil é concentrar-se em algo positivo, algo que você gosta, por exemplo, tocar piano, fazer esporte ou caminhar na floresta. Evite o máximo possível os pensamentos negativos. Eles tendem a prendê-lo em uma espiral descendente.

Para o terapeuta, uma abordagem estruturada é muito útil. Deve haver tempo suficiente na primeira reunião, e você deve fazer um histórico completo para entender como pode ajudar melhor. Quando é que a questão da saúde mental começou e o que foi? O primeiro sintoma é muitas vezes a ansiedade,<sup>30</sup> mas isto tende a ser esquecido, pois a condição se deteriora e outros sintomas aparecem, e especialmente depois de uma longa "carreira" psiquiátrica onde o paciente pode nem se lembrar que houve um tempo em que ele estava bem e como era essa sensação.

Foi dito ao paciente que ele tinha um desequilíbrio químico, que as drogas funcionam como a insulina para o diabetes, que a sua doença está em seus genes e que duraria uma vida inteira, ou que ele poderia ficar demente ou sofrer danos cerebrais de outras formas se ele não tomasse as

drogas? Todas estas mentiras são prejudiciais porque convencem os pacientes de que devem tomar drogas que não gostam, porque pensam que a alternativa é pior.

Ele já tentou se retirar antes, teve algum apoio, ou só encontrou resistência? Por que ele falhou?

Um bônus adicional por dedicar tempo suficiente na primeira reunião poderia ser o de reforçar a autoconfiança e a determinação do paciente para finalmente fazer algo. Pode ser a primeira vez que alguém mostra interesse em levar a sério o histórico completo do paciente, ou em ouvir atentamente o paciente quando ele decide tomar o seu destino em suas próprias mãos. Este é um momento crucial e vulnerável onde você deve dar ao paciente todo o apoio emocional que puder.

Muitas vezes é um trabalho enorme para ajudar um paciente a passar pela retirada, e não termina aí. Junto com o paciente, você deve envolver tudo e resumir o processo de retirada, incluindo os sintomas mais importantes experimentados ao longo do caminho. Você também deve oferecer o seu apoio contínuo.

Como ocorre com a maioria das outras condições, os sintomas de abstinência aumentam e diminuem. Se você ficar estressado, alguns dos sintomas de abstinência podem retornar,<sup>21</sup> o que aumenta dramaticamente o risco de você cair novamente na armadilha do medicamento, particularmente porque a maioria dos médicos descartará a possibilidade de que os sintomas de abstinência possam reaparecer muito tempo após uma abstinência bem sucedida e lhe dirá que são sintomas da doença. Os sintomas também podem ressurgir sem razão aparente ou em resposta a outros medicamentos, já que muitos medicamentos não psiquiátricos têm efeitos sobre o cérebro. Lembre-se, pode levar muitos anos até que o seu cérebro tenha se recuperado completamente.

A(o) paciente precisa saber que você estará sempre disponível para ela(ele). Esta sensação de segurança e que alguém se importa pode ter um forte efeito curativo (ver também o Capítulo 3 sobre psicoterapia).

## **O comitê de ética em pesquisa matou o nosso projeto de retirada**

Eu tive sete estudantes de doutorado em psiquiatria que produziram incomparáveis resultados de pesquisa com grande benefício para os

pacientes, mas os nossos resultados foram praticamente todos desprezados pelos líderes psiquiátricos e outros médicos igualmente aprisionados na mitologia da psiquiatria.

Houve bloqueios desde o início, quando queríamos percorrer a paisagem psiquiátrica. A minha primeira estudante de doutorado em psiquiatria, Margrethe Nielsen do *Conselho Dinamarquês do Consumidor*, mostrou em seu doutorado que tínhamos repetido os mesmos erros com as novas pílulas da depressão que havíamos feito anteriormente com as benzodiazepinas, e antes delas com os barbitúricos. Eu citei os seus estudos em capítulos anteriores. Eles eram sólidos, mas não bem aceitos por dois dos seus examinadores, que tinham motivos para se auto-defender.<sup>6</sup> Um, Steffen Thirstrup, trabalhou para a agência dinamarquesa de regulação de medicamentos, o outro, John Sahl Andersen, era clínico geral.

Eles queriam rejeitar a tese dela sem haver uma razão aparente, e o terceiro examinador, o professor psiquiatra David Healy, discordou deles. Esta era uma situação delicada, e um funcionário da universidade me chamou para discutir o que deveríamos fazer. Concordamos em tratar as rejeições, que foram totalmente pouco convincentes, como se tivessem sido revisões pelos pares. Margrethe respondeu aos comentários e reescreveu um pouco a sua tese, e depois de ter apelado para a universidade, ela a defendeu com sucesso. Se não houvesse um terceiro examinador, ela poderia não ter obtido o seu doutorado, o que teria sido uma grande injustiça, pois a sua tese é consideravelmente melhor do que muitas que eu vi.

Anders e eu decidimos que ele deveria orientar 30 pacientes consecutivos que se dirigiam a nós para pedir ajuda na retirada, não importando quais drogas tomavam, e escrever sobre isso porque não havia um único artigo desse tipo na literatura. Raciocinamos que seria melhor lidar com esta ideia "herege" - à qual a psiquiatria dominante se oporia veementemente - com o máximo de cuidado e, portanto, escrevemos um protocolo de pesquisa que submetemos ao comitê de ética em pesquisa.

Consideramos fazer uma ensaio randomizado porque isto é o que normalmente se necessita para convencer as pessoas de que elas devem seguir os seus conselhos quando as retirarem. Mas não podíamos ver o que deveríamos fazer aleatoriamente. Intervalos curtos ou longos entre as

reduções da dose? Não é relevante, pois é altamente individual o quão rápido se pode afilar. Reduções da dose de 10% ou 20% de cada vez? Poderíamos haver feito isso e talvez isso tivesse dado resultados interessantes. Mas como não achávamos provável, submetemos um protocolo sem randomização que descrevesse o que planejávamos fazer com todos os pacientes.

Muito fácil e direto pensamos, mas nos deparamos com um formidável bloqueio de estrada. O comitê respondeu que, embora dois psiquiatras experientes estivessem envolvidos com o nosso projeto, o principal investigador, Anders, era um psicólogo e não havia uma descrição clara de quem seria o responsável pela retirada de drogas, o que, por razões de segurança do paciente, precisava ser um psiquiatra.

Uma observação interessante é considerar que um membro do comitê era um psiquiatra trabalhando no hospital psiquiátrico de Copenhague aonde, em um curto intervalo de tempo, matou dois pacientes com neurolépticos porque os psiquiatras eram incompetentes.<sup>31</sup> Ambos caíram mortos de repente no chão. O primeiro morreu bem na frente do segundo, Luise, que contou à sua mãe: "Eu serei a próxima". Luise sabia que os psiquiatras iriam matá-la. Ela sobreviveu por um tempo, porque tolerou a overdose de neurolépticos vomitando a maioria deles. Finalmente, eles quebraram o seu mecanismo de defesa com uma injeção letal de uma droga de depósito. Isto foi chamado de "morte natural". Tanto ela quanto a sua mãe haviam avisado à unidade assistencial sobre a dose muito alta, mas os psiquiatras as ignoraram.

No dia em que mataram a sua filha, todos os anos há uma manifestação em frente ao hospital, com faixas organizadas pela organização "Morto em Psiquiatria", que a sua mãe Dorrit Cato Christensen iniciou. Às vezes, há cerca de 20 parentes de pacientes psiquiátricos mortos da mesma maneira.

O livro de Dorrit sobre a sua filha é uma longa história de horror com as malfetorias na psiquiatria. Nem mesmo após a morte houve justiça. Dorrit reclamou, mas a arrogância do sistema foi inacreditável, tanto antes quanto depois da morte. Foi-lhe dito que o tratamento tinha correspondido ao padrão profissional em psiquiatria, o que infelizmente não está muito longe da verdade, pois o padrão é horrível em todos os lugares. O prefácio, escrito pelo anterior Primeiro Ministro Poul Nyrup Rasmussen, começa

com: "Mãe, você não vai dizer ao mundo como somos tratados?".<sup>31</sup> Este foi o último pedido da filha feito à sua mãe antes de ser morta.

Assim, não podíamos de forma alguma ver porque, por razões de segurança do paciente, um psiquiatra precisava ser responsável pela retirada de drogas em nosso projeto. Além disso, não se trata de uma exigência legal.

A fim de avaliar se a pesquisa era segura para os pacientes, o comitê solicitou que realizássemos uma revisão bibliográfica sobre o risco de tentativas de suicídio e suicídio entre esses pacientes. Esta foi também uma observação interessante, pois as drogas aumentam o risco de suicídio e que não existem drogas que reduzam o risco.

Foi-nos pedido que explicássemos em detalhes como garantiríamos que somente os sujeitos que tolerassem a retirada de drogas seriam retirados das drogas na pesquisa. Este foi um ardil-22 que matou o nosso projeto, pois ninguém - inclusive psiquiatras - seria capaz de garantir isto. Haveria que usar ensaio e erro.

As outras exigências eram igualmente irracionais. O comitê queria que os critérios de inclusão e exclusão fossem mais específicos e solicitou uma explicação de quais parâmetros usaríamos e se nossos questionários foram validados e possibilitariam tirar conclusões confiáveis. O estágio final da pesquisa era se o paciente havia ficado livre de medicamentos, o que não exige que os questionários validados sejam confiáveis.

Também nos foi solicitado que fizéssemos muitos acréscimos às informações do paciente. Pense sobre isso. Quando um comitê de ética em pesquisa acredita que é tão perigoso ajudar pacientes que querem sair de suas drogas, então por que diabos as drogas foram aprovadas em primeiro linha? Elas não são perigosas demais para serem usadas? Creio que esta deve ser a conclusão lógica, mas com a assistência em saúde não se trata de lógica; trata-se de poder.

Depois que o comitê matou o nosso projeto, chamei uma advogada que trabalhava para o comitê e lhe disse que poderíamos simplesmente retirar os pacientes como o planejado, sem chamar a isso de pesquisa. Ela não teve bons argumentos contra isso, então foi isso o que fizemos.

Estão sendo realizados ensaios clínicos que randomizam os pacientes para a retirada abrupta e para a que é feita gradualmente. Esses estudos são

altamente antiéticos, pois metade dos pacientes é prejudicada desnecessariamente. Por diversão acessei [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) e procurei por depressão [*depression*] e afilamento [*taper*]. A primeira experiência que encontrei foi totalmente antiética, para todos os pacientes. A pesquisa compara um afilamento de duas semanas com um afilamento de uma semana (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02661828): "Como a cessação abrupta de medicamentos antidepressivos pode causar sintomas angustiantes (incluindo e não se limitando à piora do humor, irritabilidade/agitação, ansiedade, tonturas, confusão e dor de cabeça), o objetivo deste estudo é comparar a tolerância de dois regimes de afilamento com a hipótese de que a afilação da dose de antidepressivo durante duas semanas produzirá menos sintomas de descontinuação do que um regime de afilação de uma semana". Esta pesquisa foi patrocinada pela Emory University, famosa por um enorme escândalo de corrupção (ver Capítulo 2).<sup>6</sup> Não preciso dizer mais nada. A psiquiatria é uma loucura, mas não tanto por causa dos pacientes.

### **Dicas sobre a retirada**

Anders reuniu uma coorte consecutiva de 30 pacientes que nos contataram para obter ajuda. Não estabelecemos limitações quanto ao tipo de droga, diagnóstico, duração da ingestão de drogas, gravidade dos sintomas atuais, tentativas anteriores de retirada, ou a avaliação do psiquiatra clínico sobre se a descontinuação poderia ser recomendada.

Cerca da metade dos 30 pacientes tinha tomado drogas por 15 anos ou mais; a maioria deles tinha tentado se retirar várias vezes sem sucesso; e todos os tipos de drogas psiquiátricas estavam envolvidos. Apesar das altas probabilidades, Anders percorreu um longo caminho e retirou a maioria dos pacientes, em seu tempo livre e sem pagamento.

O trabalho de Anders é impressionante, e seus pacientes são imensamente gratos pela sua ajuda altruísta. Eles fazem consultas *ad hoc* com ele de acordo com as suas necessidades e ele organiza reuniões de grupo quatro vezes por ano, onde compartilham as suas experiências. Eles têm o seu número de celular e podem ligar para ele a qualquer momento. Isto é importante do ponto de vista psicológico e tem colocado um fardo



extra sobre ele. Muitos têm usado esta possibilidade, o que ilustra que é muito exigente ajudar as pessoas a se retirarem.

Os pacientes preenchem três questionários:

1. Uma entrevista qualitativa estruturada antes da primeira redução da dose, o que inclui a sua história e a experiência com a psiquiatria, detalhes sobre as tentativas anteriores de abstinência, as suas próprias opiniões sobre os seus sintomas e a condição, detalhes sobre o que lhes foi dito pelos seus psiquiatras, e medos e esperanças para a tentativa de uma abstinência planejada.

2. Depois de haver se tornado livre das drogas, uma entrevista qualitativa sobre as experiências deles de passar pela retirada e a recuperação da psicopatologia, as orientações sugeridas para outros pacientes, quais foram as barreiras e o que os ajudou especificamente.

3. Um questionário sobre qualidade de vida (Q-les-Q) antes da primeira redução da dose e seis meses depois de ter se tornado livre das drogas.

Uma vez por ano, todos os pacientes e os seus parentes mais próximos são convidados para uma noite de informação onde os princípios básicos da retirada das drogas e da recuperação da psicopatologia são explicados em detalhes e perguntas podem ser feitas. O objetivo é fortalecer a função de apoio dos parentes e evitar ter parentes que se oponham à escolha dos pacientes pela retirada, o que muitas vezes é um problema.

Foi criada uma rede de apoio entre pares aonde os pacientes podem compartilhar informações e apoiar uns aos outros fora das reuniões oficiais.

A terapia envolve ajudar os pacientes a superar as dificuldades que eles experimentam. Isto inclui o tratamento dos sintomas de abstinência - como eles são, como minimizá-los, como lidar com eles psicologicamente e como evitar que se desenvolvam em uma ansiedade destrutiva e em desistência da retirada. Também envolve lidar com a ansiedade e com as emoções na medida em que elas voltam à vida (cessou o embotamento emocional), o retorno à sociedade e às relações sociais, a crise de perceber o quanto a psiquiatria biológica roubou a sua vida e como fazer uso de um tratamento genuíno e não medicamentoso da doença, se ela ainda estiver presente após a retirada bem-sucedida.

Sem uma abordagem sistemática e apoio durante a retirada, é provável que o resultado seja muito menos positivo do que o que Anders obteve.

Dos 250 adultos com doenças mentais graves que queriam parar os medicamentos psiquiátricos, os quais 71% deles haviam tomado por mais de nove anos, apenas 54% atingiram o seu objetivo de descontinuar completamente um ou mais medicamentos.<sup>32,33</sup> Eles usaram várias estratégias para lidar com os sintomas de abstinência, que 54% classificaram como graves. A autoeducação e o contato com amigos e com outras pessoas que haviam parado ou reduzido os medicamentos foram citados com mais frequência como sendo úteis. Apenas 45% classificaram os médicos como úteis durante a retirada; 16% começaram o processo contra o conselho do seu médico, e 27% não disseram ao médico, pararam de consultar o médico ou procuraram um novo médico. Dos entrevistados que tiveram sucesso, 82% estavam satisfeitos com a sua decisão.

Na Holanda, o ex-paciente Peter Groot e o professor psiquiatra Jim van Os tiveram uma iniciativa notável. Uma farmácia holandesa produz tiras afinadas, com doses cada vez menores do medicamento, facilitando a retirada do mesmo. Seus resultados também são notáveis: em um grupo de 895 pacientes em pílulas da depressão, 62% haviam tentado se retirar sem sucesso, e 49% destes haviam experimentado sintomas graves de retirada (7 em uma escala de 1 a 7).<sup>33</sup> Após uma mediana de apenas 56 dias, 71% dos 895 pacientes haviam retirado o seu medicamento. Cada tira cobre 28 dias e os pacientes podem usar uma ou mais tiras para regular a taxa de redução da dose. Há um site dedicado a isto onde informações atualizadas podem ser encontradas: [taperingstrip.org](http://taperingstrip.org).

Venlafaxine pode ser uma droga particularmente difícil, mas Groot e van Os mostraram que 90% dos 810 pacientes que começaram com a dose mais baixa disponível, 37,5 mg, fizeram a afilação em três meses ou menos.<sup>21</sup> Alguns precisavam de mais de meio ano, pois sofriam de sintomas graves de abstinência, e muitos dos que tiveram sucesso em apenas três meses teriam se beneficiado de um período mais longo de retirada, pois os sintomas de abstinência podem ser acentuadamente reduzidos se a afilação levar mais de seis meses.<sup>34</sup>

No entanto, existe um problema de seguro. As seguradoras de saúde holandesas se recusam a reembolsar os medicamentos afinados por tanto tempo porque "não há provas na literatura" de que a retirada tão lenta seja necessária. O *Instituto Nacional de Saúde Holandês* tem estado do lado das seguradoras de saúde em todos os casos em que os pacientes emitiram

uma reclamação oficial, mesmo quando os seus médicos tinham atestado a gravidade dos sintomas da retirada.<sup>21</sup>

1 **ADVERTÊNCIA!** As drogas psiquiátricas são viciantes. Nunca as interrompa abruptamente, porque as reações de abstinência podem consistir em sintomas emocionais e físicos graves que podem ser perigosos e levar ao suicídio, violência e homicídio.<sup>6</sup>

2 Nunca tente proceder o afilamento da medicação em um paciente que não tem um desejo genuíno de estar livre de drogas. Isso não vai funcionar.

3 É da maior importância que VOCÊ seja o responsável pela retirada. Não vá mais rápido do que você pode reunir.

4 Encontre alguém que possa acompanhá-lo de perto durante a retirada, pois você mesmo pode não notar se você ficar irritável ou inquieto, que são alguns dos sinais de perigo.

5 A retirada pode ser a pior experiência de sua vida. Portanto, você precisa estar preparado para isso. Você não deve começar se estiver trabalhando demais ou estressado, o que poderia piorar os sintomas da retirada.

6 Lembre-se sempre, especialmente se for difícil, que do outro lado existe uma vida sem drogas que é melhor e que você a merece.

7 Não é culpa sua se você se sente miserável. A culpa é do seu médico que lhe prescreveu os medicamentos. Não perca a esperança ou a sua autoconfiança.

8 Não acredite nos médicos que lhe dizem que você se sente miserável porque a sua doença retornou. Este é muito raramente o caso. Se os sintomas vêm rapidamente e você se sente melhor em poucas horas após aumentar novamente a dose, é porque você tem sintomas de abstinência, não porque a sua doença regressou.

Em 2017, Sørensen, Rüdinger, Toft e eu escrevemos um pequeno guia para a retirada de medicamentos psiquiátricos, com dicas sobre como dividir comprimidos e cápsulas, e fizemos uma tabela de abstinência. Atualizamos as informações em 2020 em meu site, [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk), onde há também uma lista de pessoas de vários países que estão dispostas a ajudar as pessoas a se retirarem, e links para vídeos de nossas palestras sobre a retirada em 2017.<sup>35</sup>

Vou ampliar essas informações abaixo. Fui inspirado por muitas pessoas, além de numerosos pacientes e dos profissionais já mencionados, particularmente pelos psiquiatras Jens Frydenlund e Peter Breggin cujo livro sobre a retirada de medicamentos psiquiátricos é muito útil.<sup>36</sup>

Há uma enorme sobreposição de sintomas de abstinência entre as diferentes classes de drogas e, embora existam diferenças importantes, é mais fácil seguir a orientação se ela for a mesma para todas as drogas. Como é altamente variável a experiência de pessoas diferentes, mesmo quando elas se retiram da mesma droga, isto também fala para manter os conselhos gerais. Portanto, você pode usar os meus conselhos se estiver tomando neurolépticos, lítio, sedativos, pílulas para dormir, pílulas da depressão, drogas parecidas com a velocidade ou antiepilépticos.

Antes de iniciar um processo de retirada, você deve se preparar com muito cuidado. Familiarize-se com o tipo de sintomas de abstinência, na forma de sintomas físicos e sentimentos e pensamentos inesperados, que você possa experimentar. Leia o folheto informativo do seu medicamento e assegure-se de ter um bom apoio de pessoas próximas a você. Você deve estar determinado a sair de sua droga, pois isso pode não ser fácil.

Os sintomas de abstinência são positivos, pois significam que o seu corpo está prestes a se tornar normal novamente. Eles não significam "eu sem drogas", mas "eu na minha saída das drogas". Durante um afilamento lento, os sintomas de abstinência desaparecerão na maioria das pessoas após alguns dias ou 1-2 semanas.

Como já observado, os sintomas de abstinência podem reaparecer repentinamente após um período sem sintomas, por exemplo, se você ficar estressado.<sup>36</sup> Isto é normal e não significa que a sua doença tenha voltado.

É importante que você tenha um começo com sucesso. Portanto, muitas vezes é melhor remover a droga iniciada mais recentemente,<sup>36</sup> pois a retirada se torna mais difícil quanto mais tempo você estiver consumindo

uma droga.<sup>33,36</sup> Também é importante retirar os neurolépticos e o lítio logo no início, pois eles causam muitos danos.<sup>36</sup> A abstinência pode causar problemas de sono, o que é uma boa razão para que os auxiliares de sono sejam removidos por último.

Não é aconselhável retirar mais de uma droga de cada vez, pois isso torna difícil descobrir qual a droga causa os sintomas da retirada.

Raramente é uma boa ideia substituir um medicamento por outro, mesmo que o novo medicamento tenha uma meia-vida mais longa e, portanto, seria mais fácil trabalhar com ele. Alguns médicos fazem isso, mas uma troca pode levar a problemas de abstinência ou, ao contrário, de sobredosagem, pois é difícil saber quais as doses devem ser usadas para as duas drogas durante a fase de transição. Mas pode ser necessário, por exemplo, se o comprimido ou a cápsula não puder ser dividida (ver abaixo).

Geralmente não é aconselhável introduzir um novo medicamento, por exemplo, um comprimido para dormir, se os sintomas de abstinência dificultarem o sono. Se os problemas se tornarem insuportáveis, é melhor aumentar um pouco a dose antes de tentar reduzir novamente, desta vez por uma quantidade menor ou com intervalos mais longos, ou ambos. Você decide, pois é o responsável pela retirada de seu medicamento; todos os outros são seus ajudantes.

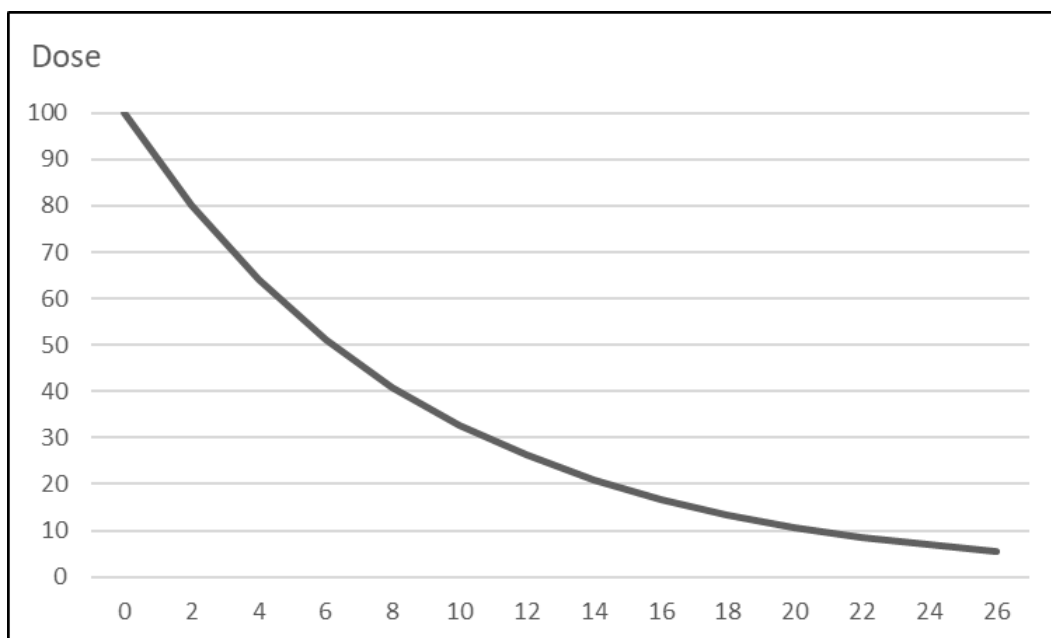
Quão lento você deve ir? Como a maioria dos pacientes está consideravelmente sobredosada, talvez seja tentador dar um grande passo na primeira vez e reduzir a dose em 50%. Mas é melhor ir devagar desde o início, não só porque faz você sentir que pode lidar com a retirada, mas também porque pode dar errado com um grande primeiro passo. Isto pode ser porque todas as drogas não são específicas. Elas têm efeitos sobre muitos receptores,<sup>34</sup> e não conhecemos as curvas de ligação para todos estes receptores. Talvez você já esteja na parte íngreme da curva para um dos receptores quando inicia, ou talvez você esteja em regiões particulares do cérebro.

A retirada NÃO é um exercício acadêmico que pode ser derivado da teoria ou de ensaios randomizados, é um processo de ensaio e erro para cada um dos pacientes. O ritmo depende do medicamento, em particular de sua meia-vida, que é o tempo que leva para que a concentração sérica seja reduzida pela metade. A variação de paciente para paciente é enorme e

também varia geneticamente, em termos de quão rapidamente cada um metaboliza um fármaco. Anders encontrou cinco ensaios randomizados, mas todos eles são problemáticos. Mais importante ainda, a afilação foi muito rápida no grupo afilado, por exemplo, apenas duas semanas. Estes ensaios levaram à alegação errônea de que não haveria vantagem significativa de uma afilação lenta em comparação com uma descontinuação abrupta!<sup>21</sup>

A redução da dose deve seguir uma curva hiperbólica (ver abaixo). Isto parece complicado, mas não é. Significa apenas que você reduz a dose toda vez que você faz a afilação, removendo a mesma porcentagem da dose anterior. Assim, se você reduzir a dose em 20% cada vez, e você tiver reduzido para cerca de 50%, então você deve remover 20% novamente da próxima vez, o que significa que você agora desce para 40% da dose inicial. Você pode precisar de uma lima de unhas para fazer isto e uma balança para que você possa pesar as quantidades. Consulte a farmácia para dividir comprimidos ou abrir cápsulas; ela vende um divisor de comprimidos.

Curva hiperbólica para reduções de dose quinzenais.



As recomendações oficiais não são assim. Elas podem recomendar que você reduza a dose pela metade toda vez, o que significa que, começando com 100%, que é a sua dose habitual, você desce para 50%, 25% e 12,5% de sua dose habitual em apenas três etapas, o que é muito rápido demais. Utilizando o método percentual, que é 20% de cada vez, será assim após três etapas: 100%, 80%, 64% e 51%.

Você pode tentar um intervalo de duas semanas entre as reduções de dose. Se funcionar bem, você pode diminuir este intervalo, por exemplo, para dez dias. Você também pode precisar ir mais devagar do que 20%, pois você pode se sentir melhor reduzindo apenas com 10% de cada vez, ou você pode precisar de um intervalo de quatro semanas.<sup>34</sup>

A comunidade leiga de retirada descobriu que o menos perturbador é quando se reduz a dose em apenas 5-10% por mês.<sup>23</sup> Entretanto, se você reduzir em 10% por mês, levará dois anos até que você desça para 8% da dose inicial, portanto, se você estiver tomando quatro medicamentos, pode levar oito anos para se tornar livre de medicamentos. É preferível ir mais rápido que isso, suportando o que vem, e obter uma nova vida mais rápida, também porque quanto mais tempo você tomar uma droga, maior o risco de dano cerebral permanente, e mais difícil é sair da droga.

Continue na sua própria velocidade - de acordo com o que você sente. Não reduza novamente antes de se sentir estabilizado em relação à dose anterior. Você pode até mesmo querer fazer uma pausa em uma determinada dose se você se sentir estressado. Tente ficar confortável com o que você faz. Se os sintomas de abstinência forem ruins, tente suportá-los um pouco mais, sabendo que eles geralmente se tornarão menos intensivos e mais rápidos. Se você suportar os sintomas, isso pode lhe dar uma força interior e acreditar que você pode fazer isso até o final e não cairá de volta na armadilha da droga. Mas se se tornar muito difícil, volte para a dose anterior e reduza o ritmo de retirada.

Certifique-se sempre de ter um ou dois amigos ou familiares com os quais você possa discutir a sua saída e que possam observá-lo. Você pode não notar se você se tornou irritável ou inquieto, o que pode ser sintomas de perigo.

Não é raro que as pessoas não percebam o progresso que estão fazendo, e podem tender a se concentrar nos desagradáveis sintomas de abstinência. Seja paciente e aguente. Faça algo de bom para si mesmo. Um dia, você

pode perceber que as aves estão cantando, pela primeira vez em anos. Então, você sabe que está no caminho certo para a cura.

O último pequeno passo pode ser o pior, não só por questões físicas, mas também por razões psicológicas. Você pode se perguntar: "Eu tomei esta pílula por tanto tempo; atrevo-me a dar o último pequeno passo? Quem sou eu quando não tomo a pílula?" Não ajuda se seu médico rir de você e lhe disser que é impossível que você possa ter quaisquer sintomas de abstinência quando a dose é tão baixa.<sup>37</sup> Se seu médico estiver envolvido em sua abstinência e se comportar como um cara "sabichão", então deixe o seu médico. Tendo chegado tão longe, é provável que você saiba muito mais sobre a abstinência do que o seu médico.

É prudente descer a uma dose muito baixa antes de parar. O Citalopram, por exemplo, é recomendado para ser usado em dosagens de 20 ou 40 mg diariamente, e surpreenderá qualquer médico saber que mesmo em uma dose tão baixa quanto 0,4 mg, 10% dos receptores de serotonina ainda estão sendo ocupados,<sup>34</sup> o que significa que você ainda pode experimentar sintomas de abstinência quando passar daquela pequena dose para nada. O psiquiatra Mark Horowitz admitiu que se os pacientes tivessem vindo até ele antes dele ter experimentado os sintomas de abstinência, ele provavelmente não teria acreditado neles quando disseram que tinham problemas reais ao tomar um comprimido da depressão.<sup>37</sup>

Se falhar não tome isso como uma derrota; apenas tente novamente em outra ocasião. Diga a si mesmo que você merece ter uma boa vida e estar determinado a consegui-la.

### **Lista de sintomas de abstinência que você pode experimentar**

Esta lista não está completa, e não pode ser completa, pois há tantos sintomas de abstinência diferentes, mas nós reunimos os mais típicos. Algumas pessoas sentem muito claramente os sintomas de abstinência, outras mal os percebem. Eles podem ser piores do que qualquer coisa que você já tenha experimentado antes; podem ser sintomas completamente novos; podem ser semelhantes à condição para a qual você foi tratado, o que fará com que a maioria dos médicos conclua que você ainda está doente e que precisa da droga, mesmo que este seja raramente o caso; podem ser sintomas que farão com que os psiquiatras lhe deem



diagnósticos adicionais; e podem ser os mesmos para drogas muito diferentes, por exemplo, mania.

No processo de retirada, você e seus familiares podem ficar surpresos de que os pensamentos, sentimentos e ações possam mudar. Isto é normal, mas pode ser desagradável. Você pode não perceber se você se tornou emocionalmente instável; na verdade, é bastante comum que os pacientes não percebam isso.

Abaixo estão os sintomas mais importantes que você pode experimentar. Alguns deles podem ser perigosos, veja as advertências na bula do medicamento que você está afunilando. Se você não a guardou, você pode encontrá-la na Internet, por exemplo, *duloxetina fda* ou de *duloxetina package insert*.

#### Sintomas semelhantes aos da gripe

Dores nas articulações e músculos, febre, suores frios, nariz escorrendo, olhos doloridos.

#### Dor de cabeça

Dores de cabeça, enxaquecas, sensações de choque elétrico/zaps de cabeça.

#### Balanço

Tonturas, desequilíbrio, caminhar instável, "ressaca" ou uma sensação de enjoo de movimento.

#### Articulações e músculos

Rigidez, entorpecimento ou sensação de ardor, câibras, espasmos, tremores, movimentos bucais incontroláveis.

#### Sentidos

Formigamento na pele, dor, baixo limiar de dor, pernas inquietas, dificuldade para se sentar quieto, visão vermelha embaçada, hipersensibilidade à luz e ao som, tensão ao redor dos olhos, zumbido nos ouvidos, zumbido, fala arrastada, mudanças de paladar e cheiro, salivação.

#### Estômago, estômago e apetite

Náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, inchaço, aumento ou diminuição do apetite.

### Humor

Mudanças de humor, depressão, choro, sensação de inadequação, falta de autoconfiança, euforia ou mania.

### Ansiedade

Ataques de ansiedade, pânico, agitação, dor no peito, respiração rasa, sudorese, palpitações.

### Percepção da realidade

Sentimento de alienação e irrealidade, estar dentro de uma redoma, alucinações visuais e auditivas, delírios, psicose.

### Irritabilidade e agressão

Irritabilidade, agressão, explosões de raiva, impulsividade, pensamentos suicidas, automutilação, pensamentos sobre prejudicar os outros.

### Memória e confusão

Confusão, má concentração, perda de memória.

### Dormir

Dificuldade para adormecer, insônia, acordar cedo, sonhos intensos, pesadelos às vezes violentos.

### Energia

Baixa energia, inquietude, hiperatividade.

Na página seguinte, há um gráfico de abstinência onde você pode registrar os sintomas de abstinência que você experimenta e a sua gravidade.

A função principal dele não é tanto rastrear os sintomas diários, mas lembrá-lo de quais são os sintomas de abstinência que provavelmente você terá, dizendo-lhe assim que o que você está experimentando é totalmente normal. Portanto, você não deve se preocupar, ruminar ideias ou entrar em pânico com esses sintomas, mas aceitá-los, a menos que sejam perigosos e aumentem o risco de suicídio e violência, caso em que um aumento temporário da dose pode ser necessário. Não recomendamos que você faça isso todos os dias, pois isso implicaria em um foco interno exagerado e um controle constante de si mesmo. Você deve tentar se concentrar no mundo exterior, dizendo a si mesmo que é aqui que você quer estar, em vez de ser drogado longe dele.

Existem outros problemas com os registros diários. Você não tem nenhum ponto de referência quando inicia o processo. Alguns pacientes classificam os sintomas de abstinência das primeiras reduções da dose como de máxima gravidade, pois é a primeira vez que experimentam algo tão horrível. Mais tarde, se os sintomas piorarem ainda mais, não há categoria de gravidade para isso.

Ajuda algumas pessoas escrever em um diário sobre os seus pensamentos, considerações e sentimentos. O que importa é que você se sinta seguro com o que faz. Portanto, você deve evitar pessoas e situações que possam lhe estressar e evitar assumir tarefas que não sejam estritamente necessárias.

Após a retirada, pode lhe faltar energia por um tempo e pode não se sentir como você mesmo. Isto é normal. Faça algo que você gosta de fazer, seja bom para si mesmo e tenha orgulho do que você realizou. Você pode precisar de psicoterapia para ajudá-lo a chegar à raiz do que é ou ao que foi que o aprisionou às drogas psiquiátricas.

Fique de olho em seu estado de espírito. Pode levar muito tempo até que você esteja totalmente estabilizado em sua nova vida sem drogas. Se você se sentir tenso, talvez você precise aprender técnicas de relaxamento.

Tabela de abstinência de medicamentos psiquiátricos (Anders Sørensen e Peter C. Gøtzsche, 4 de janeiro de 2019)

Todas as drogas psiquiátricas são viciantes e podem causar sintomas de abstinência quando uma dose habitual é reduzida. Use o quadro todas as noites para lembrar a si mesmo e a seus familiares que o estado de abstinência é temporário; é "eu na saída das drogas", não é "eu sem as drogas", que é algo completamente diferente e melhor do que estar na saída das drogas. Você pode escrever a gravidade dos sintomas que você tem a cada dia (1 a 5, onde 5 é o pior), mas não se verifique muito; os sintomas desaparecem mais rapidamente se for permitido a eles "cuidar de si mesmos". "Observe a nova dose abaixo do dia em que você a reduz. Você pode acrescentar sintomas adicionais nas linhas em branco.

Alguns dos sintomas podem ser perigosos; veja o folheto informativo.

Mês: \_\_\_\_\_ Ano : \_\_\_\_\_ (Escreva o dia do mês na primeira linha)

| <b>Data do mês</b>                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Dose</b>                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ansiedade/ pânico                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Depressão/ tristeza                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chorando                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mudanças de humor                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sentimento de estar dentro de uma redoma    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Irritabilidade/agressão/ explosões de raiva |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sintomas semelhantes aos da gripe           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Problemas de estômago, náusea, falta de apetite |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Falta de energia/ exaustão                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Insônia, dificuldade em adormecer               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sonhos vívidos/ pesadelos                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Agitação e inquietação/ não poder ficar parado  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tontura   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confusão/ dificuldade de concentração           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Eu não sou eu mesmo(a)                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pensamentos suicidas                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sensações de choque elétrico/zaps na cabeça     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dor de cabeça                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zumbidos  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Movimentos involuntários/ pernas inquietas      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tremor/ estremeamento                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rigidez muscular ou dores musculares            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas de equilíbrio                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suor  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Palpitações                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sentimento de picada ou formigamento            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coceira ou ruborização                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sensação de pegajoso/queimadura                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O cheiro ou a degustação mudaram                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hipersensibilidade à luz ou ao som              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas de memória                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Distúrbios sexuais                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Visão embaçada                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mania ou hipomania/ euforia                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Psicose/ilusões                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Dividindo comprimidos e cápsulas

Infelizmente, nossos reguladores de medicamentos permitiram que as empresas farmacêuticas colocassem medicamentos no mercado, sem ter que investigar se podem ocorrer problemas quando os pacientes deixam de usá-los e sem desenvolver soluções se esse for o caso.<sup>21</sup> A psiquiatria acadêmica também está em falta. Ela tem dedicado muita atenção à eficácia a curto prazo de novos medicamentos e para iniciar o tratamento, mas praticamente nenhuma para parar o tratamento. Não foi a psiquiatria, mas os pacientes que chamaram a atenção para o número muito limitado das dosagens dos medicamentos. A prática clínica foi adaptada ao que as empresas farmacêuticas vendiam e não ao que os pacientes precisavam.

Os pacientes tinham razão em criticar por que as empresas não forneceram as dosagens de que tanto precisavam e por que as associações

médicas e os comitês de orientação não pediram às empresas farmacêuticas que o fizessem. Nós não usamos todos o mesmo tamanho de sapato ou grau em nossos óculos, e os cães são dosados de acordo com o seu peso, em contraste com os humanos.

Neste vácuo, precisamos ser criativos. Os farmacêuticos Rüdinger e Toft prepararam algumas dicas sobre como tomar menos do que a dosagem mínima fornecida pelos fabricantes.<sup>35</sup>

Advertência: A caixa e a bula sempre descreverão o seu tipo de medicamento. Se forem comprimidos ou cápsulas com revestimento entérico, eles são fabricados de tal forma que a substância ativa não entre em contato com o ácido gástrico. Portanto, eles não devem, em nenhuma circunstância, ser partidos ou divididos porque o ácido gástrico destruirá o princípio ativo.

Você pode sempre consultar a sua farmácia sobre se seu medicamento pode ser dividido em unidades menores. Aqui estão algumas regras principais:

### Tabletes

A maioria dos comprimidos são regulares, e o ingrediente ativo é distribuído uniformemente por todo o comprimido. Se uma ranhura passar pela superfície da pastilha, é fácil dividi-la. Isto permitirá que você obtenha metade das pastilhas. Os comprimidos também podem ser divididos em quatro e oito partes, o que muitas vezes é necessário no final do período de retirada.

Os comprimidos podem ser cortados com uma faca afiada, mas você também pode comprar um divisor de comprimidos ou uma guilhotina de comprimidos na farmácia.

Se por acaso você dividir as pastilhas em tamanhos irregulares, você pode ordená-las de acordo com o tamanho, começando com os maiores e terminando com os menores pedaços.

### Pastilhas de liberação sustentada

Alguns comprimidos são projetados para permanecer no corpo por um longo tempo, e muitas vezes são fabricados de forma a permitir que o

ingrediente ativo seja distribuído gradualmente por todo o corpo. Estes comprimidos têm um acréscimo ao seu nome, por exemplo, depósito, liberação prolongada e retardada. Basicamente, eles não podem ser divididos.

Se a pastilha de liberação prolongada tiver uma ranhura, você pode quebrar a pastilha ao longo dela, mas não a dividir mais.

Muitos medicamentos estão disponíveis tanto como comprimidos de liberação prolongada quanto como comprimidos de liberação não-prolongada, e se você precisar dividir um comprimido de liberação prolongada, consulte o seu médico para mudar para comprimidos normais.

### Cápsulas

As cápsulas são feitas de gelatina com a finalidade de manter o pó reunido. Elas podem ser abertas, e o pó pode ser dissolvido em água. A água não estará clara, no entanto pronta para beber. É possível preparar a solução de água em uma seringa de plástico com divisões de ml, e desta solução pode-se retirar a quantidade correta de acordo com a dose necessária.

Use uma seringa de 10 ml, adicione o pó à seringa e aspire a água até a linha de 10 ml. Vire a seringa de cabeça para baixo ou sacuda-a algumas vezes para dissolver o pó. Um ml corresponde a 10%, dois ml a 20%, etc. Despeje o conteúdo necessário em um copo e beba-o.

### Cápsulas de liberação prolongada

As cápsulas de liberação prolongada contêm partículas grandes ou grânulos destinados a serem liberados lentamente no corpo durante um longo período de tempo. Na maioria dos casos, essas cápsulas podem ser quebradas e os grânulos podem ser contados. Parte do conteúdo pode ser polvilhada em iogurte ou dissolvida em água com uma seringa, como mencionado acima.

### Substituição do medicamento para permitir a retirada

Em alguns casos, a retirada não é possível com o medicamento prescrito porque o comprimido não pode ser dividido, ou o conteúdo da cápsula não pode ser reduzido. Portanto, você pode precisar substituir o seu medicamento por um outro com efeito semelhante, disponível em dosagens menores. Você precisará consultar o seu médico.

Alguns medicamentos também vêm na forma líquida, o que facilita muito a titulação da dose correta.

## **Tratamento forçado, uma horrível violação dos direitos humanos**

Não devemos esquecer os pacientes que, mesmo querendo desesperadamente sair dos seus neurolépticos, são obrigados a tomá-los, nos piores casos enquanto injeções de depósito, para que seja garantido que não "trapaceiem" cuspiendo os comprimidos quando o pessoal se ausenta.

Eu argumentei longamente,<sup>6</sup> por que esta horrível violação dos direitos humanos deve parar. Os psiquiatras afirmam que não podem praticar a clínica sem coerção, mas isto não é verdade. Exemplos de vários países têm demonstrado que a coerção não é necessária. De acordo com a Lei de Saúde Mental da Itália, o critério do perigo não é uma justificação legal para o tratamento forçado; é um caso para a polícia, assim como na Islândia, onde nenhuma corrente, cinto ou outras restrições físicas têm sido usadas desde 1932.<sup>6</sup> A restrição física é uma enorme agressão aos pacientes que sofreram abuso sexual, uma experiência que muitos pacientes têm, alguns mesmo enquanto estavam presos.

No Hospital Universitário Akershus na Noruega, eles não têm um regime de tranquilização rápida e nunca precisaram de um.<sup>6</sup> Em uma enfermaria para psicóticos em Londres, os profissionais esperam em média cerca de duas semanas antes de iniciar a medicação neuroléptica em pessoas recém admitidas.<sup>6</sup> No final, a maioria dos pacientes opta por tomar alguns medicamentos, muitas vezes em doses muito pequenas, portanto é muito bem possível que seja o respeito, o tempo e o abrigo que os ajuda, não as "doses limite de subtratamento". A Alemanha também mostrou como isso pode ser feito.<sup>38</sup>

Com uma boa gestão e treinamento do pessoal em 'técnicas de desescalamento, é possível se praticar a psiquiatria sem coerção.<sup>39,40</sup>

Deve haver instalações de apoio 24 horas sem qualquer coação, para que o hospital não seja mais o único lugar para onde se pode ir quando se está em crise aguda.<sup>38</sup> Por exemplo, poderia haver refúgios com possibilidade de acomodação e onde o dinheiro segue o paciente e não o tratamento.

Também precisamos de serviços sociais e dignos para as pessoas que estão de volta à sociedade, depois de terem estado em contato com a psiquiatria.

A psiquiatria parece ser a única área na sociedade onde a lei está sendo sistematicamente violada em todo o mundo - mesmo as decisões da Suprema Corte e do Ombudsman estão sendo ignoradas.<sup>6,41</sup> Estudamos 30 casos consecutivos da *Comissão de Recursos Psiquiátricos na Dinamarca* e constatamos que a lei foi violada em todos os casos.<sup>41,42</sup>

Todos os 30 pacientes foram forçados a tomar neurolépticos que não queriam, mesmo que alternativas menos perigosas pudessem ser usadas, por exemplo, as benzodiazepinas.<sup>43</sup> Os psiquiatras não tinham respeito pelas opiniões e experiências dos pacientes. Em todos os 21 casos em que havia informações sobre o efeito de drogas anteriores, os psiquiatras declararam que os neurolépticos tinham tido um bom efeito, enquanto nenhum dos pacientes compartilhava deste ponto de vista.<sup>42</sup>

Os danos da medicação anterior não tiveram nenhum papel na tomada de decisão do psiquiatra, nem mesmo quando eram graves, por exemplo, suspeitamos ou encontramos acatisia ou discinesia tardia em sete pacientes, e cinco pacientes expressaram medo de morrer por causa do tratamento forçado. Um especialista confirmou a nossa suspeita de que um paciente tinha desenvolvido acatisia no aripiprazol, mas na mesma página, o especialista - um membro de alto escalão da diretoria da *Associação Psiquiátrica Dinamarquesa* - recomendou o tratamento forçado com este medicamento, mesmo tendo sido interrompido por causa da acatisia.<sup>42</sup>

O desequilíbrio de poder era extremo. Tínhamos reservas quanto aos diagnósticos dos psiquiatras sobre delírios em nove casos. Há um elemento de ardil-22 quando um psiquiatra decide sobre um diagnóstico e o paciente discorda. Segundo o psiquiatra, a discordância mostra que o paciente tem uma falta de percepção da doença, o que é uma prova de doença mental. O abuso envolveu psiquiatras usando diagnósticos ou termos depreciativos para coisas que eles não gostavam ou não entendiam; os pacientes se sentiam incompreendidos e negligenciados; sua proteção legal era uma farsa; e o dano feito era imenso.<sup>42</sup>

Os pacientes ou as suas doenças foram culpados por praticamente tudo o que aconteceu. Os psiquiatras não pareciam ter qualquer interesse em traumas, nem os anteriores nem os causados por eles mesmos. As reações



de abstinência não foram levadas a sério - nem vimos isso, ou um termo semelhante, sendo usado embora muitos pacientes sofressem com eles.

É uma transgressão muito grave da lei e da ética profissional quando os psiquiatras exageram os sintomas dos pacientes e trivializam os danos das drogas para manter a coerção, mas isso muitas vezes acontece, e os arquivos dos pacientes também podem ser muito enganosos ou completamente errados.<sup>6,31,42,44</sup> Desta forma, pode-se dizer que os psiquiatras operam um tribunal de canguru, onde são tanto investigadores quanto são juízes e mentem no tribunal sobre as provas, onde após sentenciarem os pacientes a um tratamento que é mortal para alguns deles e muito prejudicial para todos.

Quando os pacientes reclamam deste tratamento injusto, que não é permitido em nenhum outro setor da sociedade, são os mesmos juízes (ou seus amigos que não discordarão deles) cujas provas e julgamentos fornecem a base para os veredictos nas duas comissões de apelação, primeiro a Comissão de Reclamações de Pacientes Psiquiátricos, e depois a Comissão de Apelações Psiquiátricas. Não importa o que os pacientes dizem. Como eles foram declarados insanos, ninguém acha necessário ouvi-los. Este é um sistema tão abominável que parece surreal, mas esta é a realidade, em todo o mundo.

Quando alguém propõe abolir a coerção, os psiquiatras costumam mencionar casos raros, como mania severa, em que os pacientes podem estar ocupados gastando toda a sua riqueza. Mas isto pode ser tratado sem internação e tratamento forçados. Por exemplo, poderia ser introduzida uma cláusula de emergência que removesse os direitos de decisão financeira dos pacientes, por um curto prazo.

Além disso, alguns casos difíceis não podem justificar que danos maciços sejam infligidos aos pacientes,<sup>6</sup> o que também torna difícil recrutar boas pessoas para a psiquiatria. Ninguém gosta de coerção, e isso destrói a confiança do paciente no pessoal, que é tão importante para a cura e para o ambiente de trabalho na unidade assistencial.

Em muitos países, uma pessoa considerada louca pode ser internada involuntariamente em uma enfermaria psiquiátrica, se em caso contrário a perspectiva de cura ou de melhoria substancial e significativa da condição estiver significativamente prejudicada. Nenhuma droga pode fazer isso.

A outra razão legítima para forçar as pessoas a usar drogas é se elas representam um perigo óbvio e substancial para si mesmas ou para os outros. Este também é um argumento inválido. As drogas psiquiátricas *causam* violência<sup>6</sup> e não podem proteger contra a violência, a menos que os pacientes sejam drogados a tal ponto que se tornem zumbis.

O tratamento com neurolépticos mata muitos pacientes, igualmente pessoas jovens (ver Capítulo 2), e muitos outros jovem têm o cérebro permanentemente danificado.<sup>1,6,36,45</sup> Há vídeos de crianças e adultos com acatisia e discinesia tardia que mostram como esses danos cerebrais podem ser horríveis.<sup>46</sup> A psiquiatria levou 20 anos para reconhecer a discinesia tardia como uma doença iatrogênica,<sup>45</sup> apesar de ser um dos piores danos dos neurolépticos e afetar cerca de 4-5% dos pacientes por ano,<sup>47</sup> o que significa que a maioria dos pacientes em tratamento de longo prazo irá desenvolvê-la. Em 1984, Poul Leber da FDA extrapolou os dados e indicou que, ao longo da vida todos os pacientes poderiam desenvolver discinesia tardia.<sup>45</sup> Três anos mais tarde, o presidente da *Associação Americana de Psiquiatria* disse em um show Oprah Winfrey que a discinesia tardia não era um problema sério ou frequente.<sup>48</sup>

A coerção deve ser abolida. Este é nosso dever, de acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que praticamente todos os países ratificaram.<sup>6</sup> A Lei de Psiquiatria não é necessária, pois a Lei do Guardião de Emergência oferece a oportunidade de intervir quando é imperativa, e a ciência mostra que não é racional ou baseado em evidências argumentar que o tratamento forçado é do melhor interesse dos pacientes.<sup>6,41,42,49</sup>

Se você não estiver convencido, deve ler "The Zyprexa Papers" do advogado Jim Gottstein. É um livro sobre a drogadição ilegal e forçada que destrói os pacientes. Psiquiatras, advogados e Eli Lilly mentiram desbragadamente, e os juízes não se importaram. Gottstein precisou ir à Suprema Corte no Alasca antes de obter qualquer justiça e correu um grande risco pessoal ao expor documentos que deveriam ser secretos.<sup>50</sup>

## **5 Kit de sobrevivência para jovens psiquiatras em um sistema doente**

Escrevi este livro para os pacientes e seus parentes para ajudá-los a evitar que fiquem presos pela psiquiatria e fiquem ofuscados pelas drogas psiquiátricas, desperdiçando assim anos de suas vidas, ou, no pior dos casos, morrendo. Mas e a psiquiatria como uma especialidade médica; ela pode ser salva de si mesma?

Não pode. Muitos livros, incluindo este, documentaram que os líderes psiquiátricos desistiram do pensamento racional em favor dos benefícios que eles próprios adquirem ao apoiar um sistema totalmente doente. A única esperança que temos é se o povo protestar tão vigorosamente que isso se torne uma revolução imparável.

Dada a doutrinação generalizada, isto é improvável de acontecer. Sempre haverá muitos pacientes que acham que as drogas psiquiátricas têm sido boas para eles e que ficarão do lado da guilda psiquiátrica, e esta força, juntamente com a riqueza e o poder obscuro que a indústria farmacêutica acumulou ao nos vender comprimidos inúteis, é tão grande que nossos políticos, mesmo que tenham percebido o quanto tudo isso é ruim, não se atrevem a agir de acordo. O sistema está bloqueado, como se tivesse sido forçado a entrar em uma camisa de força.

Também é muito conveniente para os políticos que haja uma profissão que lide com os elementos mais perturbadores de nossas sociedades e exerça um controle social rígido sobre eles, muito mais rígido do que o sistema criminoso permite, às vezes com penas indefinidas, num sistema fechado onde os gritos das vítimas não são ouvidos, como no sistema Gulag soviético ou nos campos de concentração nazistas, onde as mortes causadas por aqueles que detinham o poder eram chamadas de mortes naturais, e onde o sistema de apelação era uma farsa total. Qual é a diferença para a psiquiatria, que também chama as suas mortes de "mortes naturais", onde o sistema de apelação é uma total farsa, onde a lei está sendo violada sistematicamente, e onde pesquisadores independentes acabam sendo demitidos após um julgamento de fachada, se eles tentarem descobrir por que as pessoas morreram?

Mas temos outra fonte de esperança que são os jovens psiquiatras em treinamento cujos cérebros ainda não foram bloqueados em todas as falsas crenças. Alguns deles haviam ficado tão desesperados que me contataram, embora eu não os conhecesse de antemão, para discutir as suas frustrações intensas a respeito de um sistema que tão claramente torna as coisas piores para os seus pacientes.

Um deles, a médica chefe Klaus Munkholm, de 46 anos, do departamento psiquiátrico do meu próprio hospital, tinha percebido, ao ler os livros de Robert Whitaker e de mim mesmo, que aquilo em que ele acreditava há tantos anos era claramente errado. Ele me escreveu em julho de 2017 e me explicou que estava preocupado que a psiquiatria biológica não tinha sido útil para o entendimento do transtorno bipolar, que era o seu principal interesse de pesquisa. Ele tinha as mesmas preocupações sobre as outras doenças psiquiátricas e queria fazer uma pesquisa nesse sentido.

Sou muito rápido a julgar as pessoas e imediatamente marquei uma reunião que foi muito boa. Iniciamos uma frutífera colaboração em pesquisa, mas ela teve repercussões para Klaus. Já um mês após a nossa primeira reunião, ela havia sido desencorajada - tanto em um e-mail quanto em uma reunião - a colaborar com o meu grupo de pesquisa, e ela havia sido avisada de que isso teria consequências para a sua carreira. Eu respondi: "Você consegue ver a semelhança com o fanatismo religioso? É exatamente assim que as Testemunhas de Jeová, a Cientologia, e todas as outras reagem. Isto é inaudito em um contexto acadêmico, mas nos diz muito sobre onde está a psiquiatria".

Klaus não cedeu e, a partir de dezembro de 2017, eu a empregava um dia por semana, para grande desgosto do seu chefe, o professor Lars Kessing.

No mesmo mês, outro psiquiatra chefe, Kristian Sloth, também desconhecido para mim, pediu para ter uma reunião, e ele chamou a minha atenção para um anúncio da *Psiquiatria na Região da Capital* de que as pílulas da depressão poderiam prevenir a demência. É claro que elas não podem fazer isso; pesquisas mostraram que é mais provável que elas *causem* demência (ver Capítulo 2). Kristian também observou que ele tinha reduzido as despesas com medicamentos em 35% em apenas um ano desde que começou a trabalhar no departamento. Ele me contou sobre uma paciente que foi diagnosticada com esquizofrenia, recebeu uma dose alta

de Leponex (clozapina), tornou-se psicótica, recebeu ainda mais Leponex e acabou em uma enfermaria de segurança máxima. Quando pararam o Leponex, todos os sintomas psicóticos dela desapareceram.

Kristian abriu uma seção em sua unidade assistencial que ele chama de "espaço livre de força", onde os seus pacientes têm a garantia de que nenhuma força será aplicada a eles.

Klaus era um tesouro. Brilhante e bondosa, um grande trunfo para todos os projetos psiquiátricos que eu havia iniciado. Não demorou muito até que eu lhe dissesse que queria empregá-la em tempo integral. Ela finalmente abandonou a psiquiatria e se tornou empregada em tempo integral, um ano depois de ter me contatado pela primeira vez. Alguns dos "silverbacks" da psiquiatria, que antes a tinham em grande consideração, agora a tratavam como as Testemunhas de Jeová e a Cientologia tratam os desertores.

Uma psiquiatra deixou seu trabalho em um serviço onde o médico-chefe Lars Søndergård tinha prescrito uma overdose tão monstruosa aos pacientes, e contra as diretrizes, que ela não podia mais trabalhar como psiquiatra por causa de sua periculosidade.<sup>1</sup> Ela foi para um outro hospital, mas enquanto isso, Søndergaard foi autorizado a praticar novamente, sob supervisão próxima, e ele apareceu no hospital onde ela estava agora.

Søndergaard continuava a prescrever doses excessivas aos seus pacientes de forma monstruosa. Seu chefe, Michael Schmidt, não o supervisionou, e foi por pura sorte que todos os seus pacientes sobreviveram às enormes overdoses, muitas vezes com vários neurolépticos simultaneamente. As enfermeiras e seus colegas psiquiatras estavam muito preocupados com o que viram e contataram Schmidt sobre isso, mas nada aconteceu. Schmidt respondeu que, "Muitos dos pacientes que encontramos hoje na unidade de emergência são muito extrovertidos e extremamente difíceis de tratar dentro das diretrizes correntes". Como a cultura no serviço era de medo e intimidação, as enfermeiras decidiram envolver o seu sindicato.

A negligência médica de Søndergaard incluía a suspensão do tratamento correto de delírio alcoólico prescrito por outro médico, que é uma condição muito perigosa, bem como a prescrição de dois neurolépticos, na medida em que aumentam acentuadamente o risco de convulsões, arritmias

cardíacas repentinas e morte.<sup>3</sup> Um paciente recebeu metadona, que pode causar arritmias letais, razão pela qual o *Conselho Nacional de Saúde* recomenda contra o tratamento concomitante com neurolépticos, mas a este paciente foram prescritos *três* neurolépticos simultaneamente, e recebeu alto no mesmo dia.<sup>3</sup>

A resposta de Schmidt foi extremamente arrogante.<sup>4</sup> Ele não conseguiu reconhecer nenhum dos exemplos horríveis de overdose do jornalista que a ele havia sido enviado.

Levou quatro meses para que a *Autoridade de Segurança do Paciente* respondesse. O veredicto foi duro.<sup>5</sup> Schmidt foi colocado sob supervisão rigorosa e Søndergård não podia mais trabalhar como psiquiatra. Schmidt tinha aprovado uma proposta de Søndergård que significava que os pacientes ficavam extremamente overdosados, e ele não tinha sido capaz de interpretar um artigo científico profissionalmente, mas concluiu o oposto do que o artigo dizia sobre a dosagem. Schmidt não tinha informado a Autoridade sobre as doses excessivas, embora tivesse o dever de fazê-lo, e embora o pessoal o tivesse informado várias vezes. Schmidt tinha até escrito à Autoridade que Søndergård "tem uma abordagem analítica apurada" e tinha "levado o serviço a um nível profissional muito elevado", ao contrário da opinião da *Autoridade*, que era de que Søndergård em vários casos tinha exposto os pacientes a sérios perigos.

O Diretor Adjunto Søren Bredkjær, a *Gerência de Psiquiatria na Região Zelândia*, emitiu imediatamente um comunicado de imprensa enfatizando que eles ainda tinham plena confiança em Schmidt e que ele tinha recebido apenas uma "punição suave".

A jovem psiquiatra em treinamento que havia relatado Schmidt à Autoridade depois de ter tentado durante meses resolver os problemas por conta própria, Schmidt a rotulou como "uma pessoa rabugenta e insana", na frente dos colegas.<sup>5</sup>

Por fim, ela desistiu e foi até Bredkjær, a quem ela encorajou a examinar os arquivos relevantes dos pacientes. Ela lhe mostrou uma lista dos pacientes que foram admitidos em um dia em que ela estava de plantão e o deixou ver as suas anotações pessoais. Ela pediu que ele investigasse o caso, mas nada aconteceu. Então ela não viu outra opção a não ser ir à imprensa.

Para o jornalista, Bredkjær brigava o tempo todo e não queria pedir desculpas às enfermeiras e médicos que constantemente avisavam sobre os problemas, mas que haviam sido ignorados também por ele.

Todos os jovens psiquiatras que vieram me ver apreciavam muito trabalhar com os seus pacientes. Eu lhes disse que eles eram exatamente o tipo de médicos que os pacientes e a psiquiatria precisavam, e que eles não deveriam deixar a psiquiatria.

Uma delas foi seriamente repreendida pelo seu chefe quando começou a retirar lentamente os medicamentos de que os pacientes não precisavam mais, após os haver iniciado no ambulatório.

Outro me escreveu: "Você consegue imaginar como é compartilhar café e almoço com essas pessoas dia após dia, durante semanas, meses e anos? Sou forçado a ouvir as divagações loucas dos puristas prescritores até não poder mais suportá-los e pedir-lhes as suas referências científicas para o que afirmam, e isso só os deixa irritados. Sou forçado a ouvir aqueles que sempre querem falar sobre algum psiquiatra que os irrita porque ele é ruim em fazer diagnósticos corretos, até que eu pergunte como eles sabem que a sua marca particular de diagnóstico é a correta, o que os deixa com raiva. O pior de tudo é que preciso ouvir as conversas dos psiquiatras norteadas para o estilo de vida a respeito dos seus últimos apartamentos, carros e viagens, e eles ficam com raiva se eu puxar o assunto para a psiquiatria. O que eu aprendi dolorosamente sobre essas pessoas é que a maioria delas está completamente desinteressada em ler os artigos reais sobre os ensaios clínicos que temos. Em vez disso, eles simplesmente seguem o seu líder."

Como observado no Capítulo 2, a cineasta dinamarquesa Anahi Testa Pedersen recebeu o diagnóstico de esquizotipia quando ficou estressada por causa de um divórcio difícil. Ela fez piada sobre este diagnóstico em seu filme, e como eu não tinha ideia do que esta coisa estranha deveria ser, procurei na Internet e encontrei um teste para o transtorno de personalidade esquizotípica.<sup>6</sup> Ele é definido de várias maneiras em diferentes fontes, mas o teste reflete muito bem como esta coisa é descrita no site da Mayo Clinical,<sup>7</sup> e como dizem que os sintomas são publicados pelo *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana*,<sup>6</sup> eu fui adiante. Havia nove perguntas

e você deveria responder verdadeiro ou falso, ou sim ou não, a cada uma delas.

1: "Interpretações incorretas dos eventos, como a sensação de que algo que é realmente são e salvo ou inofensivo tem um significado pessoal direto". Esta é uma pergunta muito vaga, e muitas pessoas interpretam os eventos de forma incorreta, particularmente os psiquiatras, ou os levam para si próprias.

2: "Crenças estranhas ou pensamento mágico inconsistente com as normas culturais". Essa é uma pergunta interessante. Quando um jovem psiquiatra discorda das estranhas "normas culturais" do serviço sobre o tratamento preventivo da esquizotipia, será que ele é anormal? E quanto às monstruosas overdoses de Søndergård, que era uma "norma cultural", como seu chefe a aceitou? De acordo com a pergunta 2, parece que as pessoas normais da equipe que protestaram deveriam ser consideradas anormais.

3: "Percepções inusitadas, incluindo ilusões". Eu forneci provas neste livro e em livros anteriores de que a maioria dos psiquiatras precisariam dizer sim a esta pergunta. Basta pensar sobre a ilusão chamada desequilíbrio químico.

4: "Estranhos padrões de pensamento e fala". Certamente, a maioria dos psiquiatras demonstra um pensamento estranho, mantendo a mentira sobre o desequilíbrio químico e muitas outras mentiras, e também negando totalmente o que outras pessoas veem claramente, incluindo os seus próprios pacientes, por exemplo, que as drogas psiquiátricas fazem mais mal do que bem.

5: "Pensamentos suspeitos ou paranoicos, tais como a crença de que alguém está querendo lhe pegar". Se você for detido em um serviço psiquiátrico, tal reação é totalmente normal e compreensível. O pessoal certamente quer "pegá-lo", ou seja, quer tratá-lo energicamente com neurolépticos contra a sua vontade. Quando os líderes psiquiátricos usam termos sobre seus oponentes tais como "antipsiquiátricos" e "conspiração", pode então ser considerado um "sim" à pergunta 5?

6: "Emoções planas, parecendo distantes e isoladas". Isto é o que as drogas psiquiátricas fazem às pessoas, portanto, se elas não eram anormais para começar, os psiquiatras se assegurarão de que elas se tornem anormais.



7: "Comportamento ou aparência estranha, excêntrica ou peculiar". Como observado no Capítulo 2, uma definição de loucura é fazer sempre a mesma coisa, esperando um resultado diferente, que é o que os psiquiatras fazem o tempo todo. Eu chamaria isso de um comportamento estranho, excêntrico e peculiar.

8: "Falta de amigos próximos ou de confidentes, além de parentes". Isto é o que as drogas psiquiátricas fazem às pessoas, particularmente com os neurolépticos; elas isolam as pessoas e podem fazer delas zumbis.

9: "Excessiva ansiedade social que não diminui com a familiaridade". Se você for detido em um serviço psiquiátrico, tal reação é totalmente normal e compreensível.

Há um divertido erro ortográfico no site.<sup>6</sup> Diz: "Nosso teste calculará com clareza e precisão seus pontos e dará uma sugestão impotente". Concordo que o teste é impotente. É inútil e falso. Muitos, talvez até mesmo a maioria dos psiquiatras testariam positivo. Talvez eles devessem tentar um neuroléptico preventivo para a sua esquizotipia?

O que é menos divertido é que o teste fornece provas circulares para os pacientes que, mesmo que sejam normais, podem dar positivo quando tiverem sido tratados de forma desumana por psiquiatras, inclusive sendo tratados à força com neurolépticos.

## **Um debate na reunião anual de jovens psiquiatras suecos**

Em novembro de 2016, dei uma palestra em Estocolmo e me encontrei com Joakim Börjesson, um psiquiatra em treinamento que queria fazer pesquisa comigo. Ele ficou muito impressionado durante os seus estudos de medicina quando um psiquiatra disse aos estudantes que os psiquiatras sabiam tanto sobre o cérebro e as drogas que podiam usar drogas especificamente destinadas a trabalhar na origem biológica de um transtorno, o chamado desequilíbrio químico. Ele achou isso tão fascinante que decidiu tornar-se psiquiatra.

Mais tarde, quando Joakim trabalhou nessa unidade psiquiátrica, foi solicitado a ele que produzisse relatórios falsos que produziriam benefícios sociais para os compatriotas deste psiquiatra (ele não era da Suécia). Joakim estava em uma situação difícil, pois este psiquiatra era quem deveria aprovar a sua estada no serviço como parte da sua formação, mas

ele encontrou uma forma de contornar isso onde ele evitava cometer uma fraude social.

Depois de ter lido os livros de Robert Whitaker e os meus, Joakim percebeu que havia sido totalmente enganado e considerou deixar a psiquiatria. Ele não o fez e veio me ver por três meses em Copenhague onde trabalhamos em uma revisão sistemática dos efeitos do lítio sobre o suicídio e o total de mortalidade.<sup>8</sup>

Em janeiro de 2018, Joakim organizou uma sessão em Göteborg durante a conferência anual de 150 psiquiatras suecos em treinamento, onde debati com o farmacologista clínico e professor Elias Eriksson.

Nossas conversas foram: "Os ISRSs têm um bom efeito e efeitos colaterais leves" e "Por que os ISRSs e antidepressivos similares não devem ser usados para a depressão" nessa ordem. Joakim tinha investido muito em diplomacia para ter isto arranjado, tanto internamente como ao lidar com Eriksson, que tem a reputação de atacar brutalmente os seus oponentes.

Havia outras questões. Durante a discussão, mencionei que Eriksson havia firmado um acordo secreto com a Lundbeck (que vende três ISRSs diferentes) contra as regras de sua universidade, o que significava que a Lundbeck poderia impedir a publicação de sua pesquisa se não gostassem dos resultados.<sup>9,10</sup> Eu disse isto porque Eriksson rotineiramente "esquece" de declarar os seus conflitos de interesse,<sup>10</sup> mas fui imediatamente parado pela presidência. Mais tarde, o Ombudsman criticou a universidade por encobrir o caso.<sup>11</sup> Eriksson declarou que não podia entregar a correspondência da Lundbeck a um jornalista, porque tinha ocorrido em um servidor da Lundbeck, uma arranjo altamente incomum, para dizer o mínimo, e mentiu sobre o que tinha sido o pedido de Liberdade de Informação.<sup>9,10</sup>

As regras para o debate incluíam que cada um de nós deveria escolher cinco artigos, que seriam os únicos que poderíamos discutir. Eriksson quebrou as regras ao me perguntar de repente sobre detalhes minuciosos em uma meta-análise que eu havia publicado e que mostrava que a psicoterapia reduz pela metade o número de tentativas de suicídio.<sup>12</sup> Felizmente, eu me lembrei dos detalhes e respondi. Eriksson não apenas quebrou as regras, a meta-análise também foi totalmente irrelevante para o debate, que era sobre os ISRSs. Obviamente, Eriksson usou truques sujos

em suas tentativas de convencer o público de que eu não podia ser confiável. Joakim me escreveu três semanas antes da reunião que,

"Elias Eriksson tinha o seu livro sobre psiquiatria em sua lista de artigos. Quando falei com Elias Eriksson por telefone e lhe perguntei por que ele o havia colocado lá (eu lhe disse que ele não poderia ter encontrado nenhuma evidência em benefício do ISRS em seu livro) ele me disse que tinha a intenção de 'revelar que Peter Gøtzsche é um charlatão' durante a sua palestra. Discutimos isto durante cerca de uma hora e eu tentei convencê-lo, sem sucesso, a aderir às regras do debate".

Eriksson alegou em seu resumo para a reunião que não havia razão para acreditar que qualquer um dos efeitos colaterais dos comprimidos fosse irreversível e também que eles não eram viciantes. Ele opinou que as críticas às pílulas eram "fundadas ideologicamente" e que o uso de suas pílulas de acordo com os críticos era o resultado de uma conspiração mundial que incluía psiquiatras, pesquisadores, autoridades e empresas farmacêuticas. Cinco meses antes, quando debati com Eriksson na rádio sueca, ele disse que as pílulas ajudaram dramaticamente e poderiam evitar o suicídio em muitos casos.<sup>15</sup>

Após a reunião, um psiquiatra me escreveu que você não pode convencer as pessoas religiosas de que não há provas da existência de Deus, mas pode fazê-las perder a confiança em seu padre se você puder mostrar provas de que ele usou doações para a igreja para comprar cocaína em um bar gay. Ele escreveu ainda: "Elias Eriksson é um simples lobista que fez fortuna fazendo jogos políticos ao invés de fazer pesquisas honestas e ele mesmo sabe disso. É por isso que ele pode mentir sobre coisas que ele muito bem sabe que não são verdadeiras, como se houvesse boas evidências de que os antidepressivos funcionam".

Também me disseram que muitos dos psiquiatras não haviam entendido as minhas explicações sobre as pílulas da depressão como causadoras de suicídio. Isto ilustra a dissonância cognitiva generalizada entre os psiquiatras. Quando eu apresento os mesmos slides para um público leigo, eles sempre os entendem. Os psiquiatras NÃO QUEREM entender o que eu lhes digo, pois é muito doloroso para eles.

Em 2013, quando Robert Whitaker foi convidado para falar em uma reunião em Malmö que os psiquiatras infantis tinham organizado, outros psiquiatras intervieram e conseguiram o controle da reunião. Eles disseram

que Bob deveria falar apenas sobre a teoria da supersensibilidade à dopamina e não apresentar quaisquer dados sobre os resultados a longo prazo. Embora isto fosse claramente uma armadilha, Bob concordou em ir. Quando chegou, foi-lhe dito que Eriksson seria o seu "oponente", e ele gastou o seu tempo denunciando Bob de uma forma inacreditavelmente desonesta. Nas próprias palavras de Bob: "A coisa toda foi uma montagem nojenta que se destaca por sua desonestidade, do início ao fim". Eriksson declarou que considerava Bob como sendo um "charlatão que tortura os pacientes".

Eu havia planejado ir, mas Eriksson havia declarado que não participaria se eu aparecesse!

É estranho como os apologistas da psiquiatria constantemente chamam aos seus oponentes de charlatões ou pior e usam falácias de palhaço o tempo todo. Nenhum de nós jamais postulou nada sobre uma "conspiração" ou usou esta palavra, mas ao fazê-lo, os apologistas se associam a um passado recente deplorável. A propaganda nazista falava constantemente de uma conspiração judaica mundial inexistente.

## **Os Conselhos Nacionais de Saúde não respondem aos suicídios em crianças**

Em 2018-19, alertei os Conselhos de Saúde dos países nórdicos, Nova Zelândia, Austrália e Reino Unido para o fato de que duas simples intervenções, a lembrança do Conselho de Saúde dinamarquês aos médicos de família e as minhas constantes advertências no rádio e na TV, e em artigos, livros e palestras, fizeram com que o uso de pílulas da depressão em crianças fosse quase que reduzido pela metade na Dinamarca, de 2010 a 2016, enquanto que em outros países nórdicos havia aumentado.<sup>14</sup>

Notei que este era um assunto sério porque as pílulas da depressão duplicam o risco de suicídio em comparação com o placebo nos ensaios randomizados e porque os principais professores de psiquiatria continuam a desinformar as pessoas dizendo-lhes que os comprimidos *protegem* as crianças contra o suicídio. Portanto, exortei os conselhos a agirem: "A consequência da negação coletiva e profissional é que tanto crianças quanto adultos cometem suicídio por causa das pílulas que tomam, na falsa crença de que os ajudarão".

Não recebi respostas, respostas tardias, ou respostas sem sentido que parecessem besteira para mim, o que o filósofo Harry Frankfurt considera como quase mentindo.<sup>15</sup> Após cinco meses, o Ministério Finlandês de Assuntos Sociais e Saúde respondeu da forma típica de um "lengalenga" que os funcionários públicos usam quando elogiam um sistema que claramente não funciona, mas se recusam a reconhecê-lo e a tomar medidas: "o aumento dos pensamentos suicidas tem sido relacionado com os ISRSs em alguns estudos". Isto é terrivelmente enganoso. Quando todos os estudos são tomados em conjunto, fica claro que as pílulas da depressão aumentam tudo, pensamentos suicidas, comportamento, tentativas e suicídios, mesmo em adultos (ver Capítulo 2).

Após seis meses, a Agência Sueca de Drogas respondeu. Foi tudo sobre processos, e me disseram que a agência havia emitido recomendações de tratamento em 2016. Fui procurá-las.<sup>16</sup> *Sob efeitos colaterais, não havia absolutamente nada sobre o suicídio. Nem uma única palavra.* Mais abaixo no documento, foi mencionado que as pílulas da depressão aumentam ligeiramente o risco de suicídio, mas também nos foi dito que "elas não aumentam o risco de suicídio, e há algumas evidências de que o risco é diminuído". Estas informações contrastam com o texto da bula sueca para a fluoxetina, que menciona que, "o comportamento relacionado ao suicídio (tentativa de suicídio e pensamentos suicidas), hostilidade, mania e sangramento nasal também foram relatados como efeitos colaterais comuns em crianças". Alguns dos chamados especialistas que a agência havia utilizado, por exemplo, Håkan Jarbin, tinham laços financeiros com os fabricantes de pílulas da depressão, mas nada disso foi declarado no relatório.

Após seis meses, em junho de 2019, a Diretoria de Saúde da Islândia respondeu que havia pedido uma opinião de especialista, mas não tive mais notícias deles.

Em 2020, escrevi novamente aos conselheiros, desta vez anexando o meu trabalho sobre a inação deles.<sup>14</sup> A Direção de Saúde da Islândia respondeu que eles tinham pedido aos psiquiatras encarregados da psiquiatria infantil e da adolescência que dessem a sua opinião, nove meses antes, mas que eles não tinham respondido apesar de um lembrete, e que tinham dito há alguns dias antes que simplesmente não tinham tempo. Eu respondi: "Eles deveriam ter vergonha de si mesmos. As crianças se

matam por causa das pílulas e não têm tempo para se preocupar com isso. Que tipo de pessoas são elas? Por que eles se tornaram psiquiatras? Que tragédia para as crianças que eles supostamente devem ajudar".

Informei Whitaker sobre isso, que respondeu que ele sempre disse que a inação da profissão médica em relação à prescrição de drogas psiquiátricas para crianças e adolescentes é uma forma de abuso e negligência infantil, e de traição institucional.

Não recebi nenhuma resposta da Austrália ou do Reino Unido. Uma carta sem data do Ministério da Saúde da Nova Zelândia disse que a agência reguladora de drogas não havia aprovado o uso da fluoxetina para pessoas com menos de 18 anos de idade. Entretanto, a falta de aprovação das pílulas da depressão em crianças não é um obstáculo para o seu uso, que aumentou em 78% entre 2008 e 2016,<sup>17</sup> e um relatório da UNICEF de 2017 mostrou que a Nova Zelândia tem a maior taxa de suicídio do mundo entre adolescentes entre 15 e 19 anos, duas vezes maior do que na Suécia e quatro vezes maior do que na Dinamarca.<sup>18</sup> Quando visitei John Crawshaw, Diretor de Saúde Mental, Psiquiatra-Chefe e Conselheiro-Chefe do Ministro da Saúde, em fevereiro de 2018, pedi-lhe que tornasse ilegal o uso dessas drogas em crianças para evitar alguns dos muitos suicídios. Ele respondeu que algumas crianças estavam tão severamente deprimidas que as pílulas da depressão deveriam ser experimentadas. Quando perguntei qual era o argumento para levar algumas das crianças mais deprimidas ao suicídio com pílulas que não funcionavam para a sua depressão, Crawshaw se sentiu desconfortável e a reunião terminou logo depois.

Os chamados especialistas em prevenção do suicídio parecem ser altamente tendenciosos em relação ao uso de drogas e na forma como escolhem os estudos que decidem citar, apesar de chamarem a sua revisão de sistemática.<sup>19</sup> As estratégias de prevenção de suicídios parecem sempre incorporar o uso de pílulas da depressão,<sup>19</sup> embora aumentem os suicídios, como também foi o caso em um programa de prevenção de suicídios para veteranos de guerra dos EUA.<sup>20</sup>

O título de um dos capítulos do meu livro sobre o crime organizado na indústria farmacêutica é: "Empurrar as crianças para o suicídio com pílulas da felicidade".<sup>21</sup> Pode ser pior do que isso na área da saúde, dizendo às

crianças e aos seus pais que as pílulas são úteis quando elas não funcionam e levam algumas crianças ao suicídio?

## **Censura nas revistas médicas e na mídia**

É muito difícil publicar qualquer coisa em uma revista psiquiátrica que a guilda psiquiátrica perceba ameaçadora por suas ideias errôneas. Os editores de revistas estão frequentemente na folha de pagamento da indústria farmacêutica e os proprietários das revistas têm muitas vezes relações muito próximas com a indústria farmacêutica, o que pode ameaçar retirar o seu apoio se as revistas não prosseguirem com os seus esforços de marketing. Quando o *BMJ* em 2004 dedicou uma edição inteira a conflitos de interesse e teve uma página de capa mostrando médicos vestidos como porcos empanturrando-se em um banquete com vendedores de drogas como lagartos, a indústria farmacêutica ameaçou retirar a publicidade, e os *Annals of Internal Medicine* perderam uma receita de publicidade estimada em US\$ 1-1,5 milhões depois de publicar um estudo que foi crítico em relação aos anúncios da indústria.<sup>21</sup>

Quando Robert Whitaker deu uma palestra no simpósio inaugural do meu novo *Instituto para a Liberdade Científica* em 2019, "Censura científica em psiquiatria", ele apresentou dois tópicos de grande importância para a saúde pública: "Os antidepressivos pioram os resultados a longo prazo?" e "O que sabemos sobre disfunção sexual pós-ISRS?".<sup>22</sup> Bob observou que nenhum dos 13 e 14 estudos centrais, respectivamente, sobre esses temas havia sido publicado nas cinco principais revistas psiquiátricas. Estas cinco revistas nem sequer pareciam ter discutido os assuntos.

O professor de psiquiatria Giovanni Fava achou tão desesperado publicar resultados que seus pares não gostaram que fundou a sua própria revista, *Psychotherapy and Psychosomatics*.

A censura nos principais meios de comunicação é enorme. Quando o meu primeiro livro de psiquiatria saiu em sueco, fui convidado a dar uma palestra em Estocolmo e fui entrevistado por jornalistas de dois grandes jornais. Eles estavam muito interessados, mas como nada foi publicado, eu perguntei pelo porquê. Inger Atterstam da *Svenska Dagbladet* não respondeu aos meus repetidos e-mails, enquanto Amina Manzoor da

*Dagens Nyheter* respondeu que o seu editor achava que seria muito perigoso explicar aos cidadãos suecos que os comprimidos da depressão são perigosos, pois podem causar suicídio! Felizmente, houve uma fenda na censura sueca que nunca dorme, pois um terceiro jornal nacional, *Aftonbladet*, me permitiu publicar um artigo que preencheu toda a última página.

Quando o meu livro sobre a indústria do crime organizado, que alguns chamam de indústria de drogas, embora cometa crimes mais graves que qualquer outra indústria,<sup>21,23</sup> foi publicado em espanhol em 2014, fui entrevistado por um jornalista do jornal número um de Barcelona, *La Vanguardia*. A entrevista foi planejada para preencher a última página, que os leitores acham mais atraente do que a primeira página, mas ela nunca foi publicada, embora o jornalista estivesse muito entusiasmado com isso. Soube mais tarde que existiam relações financeiras pouco saudáveis entre o jornal e a indústria farmacêutica.

Também é muito difícil conseguir documentários críticos na TV nacional e, se você for bem sucedido, pode ter certeza de que as melhores partes foram removidas, "para não aborrecer ninguém ou receber demasiadas queixas dos psiquiatras, da indústria farmacêutica ou do ministro". Eu sei que este é o caso porque tenho aparecido em muitos documentários e falado com muitos cineastas frustrados sobre este tipo de censura. Mesmo depois que os cineastas mataram todos os seus queridos, de modo que o que resta parece tal como o episódio 27 de uma novela britânica inofensiva, haverá uma narração dizendo à plateia que "muitas pessoas estão sendo ajudadas por drogas psiquiátricas". Realmente?

Também pode ser difícil publicar livros altamente relevantes, como ilustra a próxima história.

Silje Marie Strandberg é uma menina norueguesa que sofria de bullying na escola a partir dos 12 anos de idade e foi admitida em uma enfermaria psiquiátrica com 16 anos de idade,<sup>24</sup> mas os psiquiatras a diagnosticaram com depressão moderada e lhe deram Prozac (fluoxetina).

Eles dobraram a dose após três semanas. Silje começou a se cortar, no estômago e nos braços. Ela se tornou agressiva, ouvia uma voz interior e tinha pensamentos suicidas. Foi-lhe receitado Truxal (clorprotixeno), um neuroléptico, e apenas três dias depois ela viu um homem com uma túnica



e um capuz negro que disse que ela estava prestes a morrer e ordenou que ela se afogasse em um rio. Ela lutou e chorou quando ele falou com ela; ela disse que não queria morrer, mas ele estava lá o tempo todo, dizendo-lhe que ela não merecia viver. Ela foi para o rio chorando e dizendo que não o faria. Ela voltou a subir.

Ela nunca tinha tido tais sintomas até ter tomado drogas, nem depois de ter deixado de tomá-las.

A psiquiatria roubou 10 anos da vida de Silje onde ela só piorou cada vez mais, com graves danos pessoais e muitas tentativas de suicídio. Ela foi colocada em cintos 195 vezes, foi diagnosticada com transtorno esquizoafetivo, foi isolada e recebeu eletrochoques.

Após 7 anos em psiquiatria, ela conheceu uma cuidadora que viu uma garota por detrás do diagnóstico e cuidou dela. Este esforço humano é a razão pela qual Silje é saudável hoje em dia.

Em 2016, Silje e uma cineasta vieram a Copenhague para me filmar para um documentário sobre a sua vida. Silje tinha um acordo com uma editora de livros sobre o que ela percebia ser uma das histórias de sucesso da psiquiatria. Ela queria me fazer algumas perguntas, incluindo se a depressão é devida a um desequilíbrio químico e sobre o que era a teoria da serotonina.

Eu disse a Silje que o seu percurso era tudo menos uma história de sucesso e que ela havia sido seriamente prejudicada pela psiquiatria. Ela aceitou as minhas explicações, mas quando a sua "carreira" psiquiátrica deixou de ser uma história de sucesso, e sim um escândalo, a editora não quis publicar o seu livro! A editora não queria que ela contasse que os medicamentos que lhe foram prescritos foram o motivo pelo qual ela ficou tão doente durante a sua estada no hospital psiquiátrico.

Silje foi medicada por 95 médicos diferentes. Ela recebeu 21 medicamentos psiquiátricos diferentes: 5 pílulas da depressão, 9 neurolépticos, lítio, 2 antiepilépticos e 4 sedativos/ hipnóticos. Esta não é uma medicina baseada em evidências:

| Nome comercial | Nome genérico  | Tipo de droga            |
|----------------|----------------|--------------------------|
| Fontex         | fluoxetina     | pílula da depressão      |
| Cipramil       | citalopram     | pílula da depressão      |
| Effexor        | venlafaxine    | pílula para depressão    |
| Zoloft         | sertralina     | pílula da depressão      |
| Tolvon         | mianserin      | pílula da depressão      |
| Risperdal      | risperidone    | neuroléptico             |
| Leponex        | clozapina      | neuroléptico             |
| Largactil      | clorpromazina  | neuroléptico             |
| Seroquel       | quetiapina     | neuroléptico             |
| Zeldox         | ziprasidone    | neuroléptico             |
| Abilify        | aripirazole    | neuroléptico             |
| Zyprexa        | olanzapina     | neuroléptico             |
| Truxal         | clorprothixene | neuroléptico             |
| Trilafon       | perfenazina    | neuroléptico             |
| Lítio          | lítio          | “estabilizador de humor” |
| Tegretol       | carbamazepina  | anti-epiléptico          |
| Orfiril        | valproate      | anti-epiléptico          |
| Alopam         | oxazepam       | sedativo/hipnótico       |
| Stesolid       | diazepam       | sedativo/hipnótico       |
| Imovane        | zopiclone      | sedativo/hipnótico       |
| Stilnoct       | zolpidem       | sedativo/hipnótico       |
| Vallerga       | alimemazina    | anti-histamínico         |

O documentário é muito bom, informativo e profundamente comovente.<sup>24</sup> Ele pode ser visto gratuitamente. Seu título é "A pílula da felicidade": Ela sobreviveu 10 anos de 'tortura' na psiquiatria. Silje e a cuidadora que a salvou das garras da psiquiatria viajam ao redor do mundo e dão palestras em conexão com a exibição do filme.

Aqui está outro relato de censura, que envolveu a dinamarquesa Lundbeck, fabricante de medicamentos, que vende várias pílulas da depressão e neurolépticos.<sup>25</sup>

O festival de documentários de Copenhague, CPH:DOC, o maior do mundo, mostrou um filme norueguês muito comovente, "Causa da morte:

desconhecida", em 2017.<sup>26</sup> Esta é uma forma alternativa de disfarçar as mortes em psiquiatria com neurolépticos, sendo uma outra "morte natural".

O filme teve estreia mundial em Copenhague. É sobre a irmã da cineasta que morreu muito jovem depois o que seu psiquiatra prescreveu uma overdose de olanzapina (Zyprexa), o que a transformou num zumbi, como o filme mostra claramente. O psiquiatra dela era tão ignorante que nem sabia que a olanzapina pode causar morte súbita. Eu apareci no filme e a cineasta, Anniken Hoel, pediu aos organizadores que me colocassem no painel de discussão. Meu nome foi o único no anúncio: "Medicina ou manipulação? Filme e debate sobre a indústria de medicamentos psiquiátricos com Peter Gøtzsche."

Sete dias antes do filme ser exibido, fui expulso do painel sob o pretexto de que os organizadores não conseguiam encontrar um psiquiatra disposto a debater comigo. Aconteceu que a Fundação Lundbeck havia concedido uma importante subvenção ao festival. Parece ser um fundo independente, mas não é. Seu objetivo é apoiar as atividades comerciais da Lundbeck. CPH:DOC nunca me contatou sobre isso, mesmo que eu pudesse ter nomeado vários psiquiatras dispostos a debater comigo.

O painel incluiu Nikolai Brun, chefe de pessoal, recentemente empregado pela Agência Dinamarquesa de Medicamentos após uma longa carreira na indústria de drogas, e o psiquiatra Maj Vinberg, que tinha conflitos de interesse financeiros em relação com quem? Sim, é claro: Lundbeck (e AstraZeneca). Ela é muito positiva em relação às drogas psiquiátricas e publicou um completo disparate sobre a depressão ser hereditária e observável nos escaneamentos cerebrais.

No início daquele ano, eu havia respondido a declarações que ela havia feito em uma revista dinamarquesa financiada pela indústria, onde ela havia caracterizado a mais completa meta-análise das pílulas da depressão já feita<sup>27</sup> como sendo "uma campanha de difamação contra as drogas antidepressivas... discussões populistas duvidosas... ginástica na poltrona... realizada por um grupo de médicos, estatísticos e estudantes de medicina sem conhecimentos especiais sobre psiquiatria e, portanto, transtornos depressivos" (o que não era verdade). Esta meta-análise nos disse que as pílulas da depressão não funcionam e são prejudiciais.

Respondi aos delírios de Vinberg na mesma revista<sup>28</sup> explicando que eu havia publicado o artigo, "A reunião foi patrocinada por comerciantes de morte",<sup>29</sup> que incluía AstraZeneca, um dos benfeitores de Vinberg.

O debate do painel foi uma farsa total. Depois de 25 minutos chatos, exceto as contribuições da cineasta, restaram apenas cinco minutos. Um ex-paciente interrompeu Brun, que havia falado sem parar, gritando: "Perguntas!". Muitas pessoas na plateia haviam perdido entes queridos, mortos por drogas psiquiátricas, e tinham ficado cada vez mais zangadas porque os painelistas só discutiam entre si e não queriam envolver a plateia. Havia tempo para apenas três perguntas.

Uma mulher perguntou por que os neurolépticos não haviam sido retirados do mercado, pois matavam pessoas. Brun respondeu que não era especialista em drogas psiquiátricas e depois embarcou em outra conversa interminável, sobre drogas cancerígenas.

Eu gritei: "Perguntas do público"! Um jovem disse que havia tentado sair de seus comprimidos da depressão várias vezes sem sucesso e sem qualquer ajuda dos médicos. Anders, mais tarde, o ajudou a se retirar.

A última pergunta foi feita pela cineasta dinamarquesa Anahi Testa Pedersen, que tinha feito um filme sobre mim e suas próprias experiências como paciente psiquiátrica, que teve estreia mundial no mesmo cinema sete meses depois.<sup>30</sup> Anahi perguntou por que eu fui retirado do painel já que eu poderia ter dado uma boa contribuição. Um porta-voz do festival respondeu que eles tinham perguntado a "muitas pessoas", mas que ninguém queria debater comigo. Anahi interrompeu e nomeou um psiquiatra que gostaria de ter vindo. O porta-voz não respondeu, mas disse que como o filme era crítico, não havia necessidade da minha presença; eles precisavam de alguém para debater as mensagens do filme.

No meio dessas intermináveis desculpas, alguém na plateia gritou: "Não há debate!" O porta-voz respondeu que me convidariam para "o debate de amanhã", o que eu não aceitei porque tinha sido expulso da estreia mundial do filme.

Segundos antes que o tempo previsto acabasse, eu me levantei e gritei (porque eu duvidava, eu iria pegar o microfone): "Estou realmente aqui. Debato com psiquiatras de todo o mundo, mas não estou autorizado a fazer isso em minha cidade natal". Houve uma grande gargalhada e aplausos, mas a plateia ficou furiosa. Foi um insulto profundo para eles mostrar um

filme sobre uma jovem morta por uma overdose de Zyprexa, sem permitir que qualquer pessoa que tivesse perdido um membro da família da mesma maneira dissesse alguma coisa. Foi uma rejeição brutal e uma prostração total para a Lundbeck.

Anahi escreveu sobre o caso em uma revista jornalística.<sup>31</sup> Ela apontou que antes de eu ser removido, os organizadores haviam anunciado que haveria um forte foco no consumo excessivo de drogas psiquiátricas e se as drogas seriam o melhor tratamento para os transtornos psiquiátricos. Após a minha remoção, o foco passou a estar nas relações entre médicos, pacientes e indústria, o que não poderia ser uma razão para me remover, pois este foi o assunto do meu livro premiado de 2013 que apareceu em 16 idiomas.<sup>21</sup>

CPH:DOX escreve em seu site: "Temos muitos anos de experiência com acordos de patrocínio que atendem tanto a empresas individuais quanto ao festival. Todas as colaborações são criadas em estreito diálogo com essas iniciativas individuais e são baseadas em visões, desafios e oportunidades comuns".<sup>31</sup>

Em resposta ao artigo de Anahi, Vinberg escreveu que era uma pena que um debate, que deveria ser sobre a melhoria do tratamento futuro das pessoas que sofrem de um transtorno mental grave na forma de esquizofrenia, terminasse em um debate bastante indiferente sobre os indivíduos (eu).<sup>31</sup> Sua declaração não concordou com as suas respostas evasivas durante o debate do painel.

Outro exemplo de censura envolveu a televisão pública dinamarquesa. O documentarista independente Janus Bang e sua equipe haviam me seguido ao redor do mundo por quatro anos, pois queriam que eu desempenhasse um papel central em seus documentários sobre como a psiquiatria é horrível e mortal. Janus encontrou um bloqueio de estrada tão grande que ele precisava se comprometer amplamente para conseguir alguma coisa na TV. Ele conseguiu trazer três programas interessantes em 2019, "O dilema da psiquiatria", mas o debate público que ele tanto desejava para que grandes reformas fossem introduzidas estava totalmente ausente. Havia locuções de voz totalmente embaraçosas e totalmente falsas fazendo um serviço para a Lundbeck e psiquiatras (a exportação de drogas é a nossa maior fonte de renda). E eu? Eu não tinha permissão para aparecer.

Os jornalistas me disseram que a razão pela qual a TV pública dinamarquesa não ousa desafiar a psiquiatria ou a Lundbeck hoje é devido a dois programas enviados em abril de 2013.

Fui entrevistado para o primeiro programa, "Dinamarca em comprimidos", em três partes, onde o comediante e jornalista Anders Stjernholm informou aos telespectadores sobre a depressão e o TDAH. Esta foi a introdução:<sup>32</sup>

"No programa sobre antidepressivos ... vamos encontrar Anne, que já aos 15 anos de idade lhe receitaram pílulas da felicidade e hoje vive com efeitos colaterais maciços. E Jimmy aos 53 anos, que, após 4 anos tomando pílulas da felicidade, perdeu o seu impulso sexual. Agora acontece que ele não deveria ter tomado as pílulas. Jimmy não estava deprimido, mas sofria de estresse. No programa sobre drogas TDAH, Anders Stjernholm questiona a forma como o diagnóstico é feito. Ele se encontra com o menino Mikkel, que foi diagnosticado com TDAH por um psiquiatra que nunca o havia conhecido".

A mensagem geral era que os comprimidos da felicidade são perigosos e são prescritos com muita frequência. Mas já no dia seguinte, o golpe do império psiquiátrico voltou. Em uma revista para jornalistas, o professor de psiquiatria Poul Videbech disse:<sup>33</sup> "É uma campanha de medo que pode custar a vida das pessoas. Conheço vários exemplos de suicídio depois que amigos e familiares aconselharam o paciente a largar a medicação antidepressiva. É claro que não posso dizer com certeza que foi por causa da mídia, mas enquanto a oportunidade existir, a mídia deve ser muito matizada em sua cobertura deste tópico".

Videbech comparou isto com os jornalistas que faziam programas aconselhando os pacientes com diabetes a largar a sua insulina. Mesmo que ele, ao mesmo tempo, negue ferozmente que acredita na mentira sobre o desequilíbrio químico (ver Capítulo 2). Parece uma dissonância cognitiva.

Videbech ficou furioso por ter sido deixado de fora do programa e se queixou sobre isso no Facebook e na TV dinamarquesa: "Ficou claro ... que eles não queriam informações reais sobre esses problemas - algo do qual os telespectadores podiam realmente se beneficiar - mas, em vez disso, tinham escolhido antecipadamente algumas opiniões que procuravam confirmar". Videbech descreveu como o jornalista voltou a

fazer-lhe perguntas de acordo com a sua própria agenda, que era que "os antidepressivos não funcionam"; "se funcionam, causam suicídio"; e "quando se os interrompe, causam sintomas horríveis de abstinência".

Videbech é considerado como uma figura de destaque na psiquiatria dinamarquesa quando se trata de depressão e é muito frequentemente entrevistado. Isto lhe dá status de oráculo, que ele usa para influenciar a agenda pública e para moldar o que as pessoas pensam sobre a depressão e as pílulas da depressão. Ele não está acostumado a ser contraditado ou contornado, e isto o deixou furioso.

Fui eu quem documentou para Stjernholm que as pílulas da depressão não funcionam; que elas aumentam o risco de suicídio; e que os pacientes podem ter sintomas horríveis de abstinência quando tentam detê-los.

Houve muitos comentários ao artigo sobre a Videbech na revista. Um observou que eu estava certo que a mídia tem sido acrítica em sua cobertura das drogas psiquiátricas. Ele apontou que muitas pessoas haviam tentado advertir contra elas por muitos anos, mas que haviam sido silenciadas ou demitidas de suas posições de onde podiam chegar à população.

Como já observado, isto também aconteceu comigo, sobre o qual escrevi um livro.<sup>33</sup> Não me afetou economicamente na medida em que estou bem, em contraste com tantos outros que foram injustificadamente demitidos quando falaram a verdade ao poder. Gosto do meu trabalho como pesquisador em tempo integral, palestrante, escritor e consultor independente, por exemplo, em processos judiciais contra psiquiatras ou empresas farmacêuticas.

Outro comentador achou incrivelmente manipulador que Videbech tenha afirmado que as pessoas cometeram suicídio depois de parar a droga e tenha comparado isto com diabéticos que precisam de insulina: "Este é um exemplo típico da retórica que tem atormentado o debate sobre os comprimidos da depressão durante anos ... É razoável prejudicar muitas pessoas para ajudar as poucas"?

Um comentário observou que era interessante ver que não havia praticamente nenhum programa sobre a afiliação das drogas na psiquiatria e que cabe exclusivamente à opinião do médico o que pode acontecer com o paciente. Observou que as pessoas muitas vezes acabam tomando medicamentos por toda a vida.

Outro mencionou que era membro de um grande e diversificado grupo de pessoas que haviam advertido durante anos contra o uso acrítico de drogas e que dispensam o seu tempo ajudando as vítimas, seja porque haviam perdido um ente querido, ter visto a vida de uma pessoa próxima a elas ser destruída, seja porque as haviam experimentado em seu próprio corpo. "MAS!! toda vez que abrimos um debate sobre este tema, somos acusados de não pensar naqueles que se beneficiam dos remédios; somos confrontados com o argumento que você [Videbech] também usa, que nós não nos importamos com as vítimas da boa causa e que as nossas informações podem ter consequências fatais!! Pelo amor de Deus, como devemos conseguir daí um debate matizado??? ... Quase diariamente, somos contatados por pessoas que, também por médicos especialistas, estão sendo pressionadas a tomar antidepressivos para todos os tipos de indicações. Portanto, algo drástico tem que acontecer para que não hajam mais vítimas".

Uma pessoa se perguntava porque não ouvimos nada da psiquiatria sobre os suicídios e as tentativas de suicídio que as drogas causam. "Porque são descartadas como não ocorrendo. No entanto, estava na lista de efeitos colaterais na bula do medicamento que recebi. E eu senti o impulso em meu próprio corpo. MAS me foi dito que era a minha depressão que era o gatilho para pensamentos e planos suicidas. O estranho nisso foi que o impulso veio logo após eu ter começado a tomar o medicamento ... Mas a conclusão do médico e de outros envolvidos foi que a minha dose deveria ser aumentada, o que eu felizmente declinei e decidi afilar a droga por conta própria. Que as pessoas mudam totalmente sua personalidade - tornam-se agressivas e de cabeça quente, paranoicas, etc., também é descartado".

Apenas quatro dias depois, o jornalista Poul Erik Heilbuth mostrou o seu fabuloso documentário de 70 minutos, "A sombra escura da pílula", que já havia sido exibido internacionalmente.<sup>35</sup> Sua pesquisa foi excelente, e ele documentou em detalhes como Eli Lilly, GlaxoSmithKline e Pfizer esconderam que as suas pílulas da depressão causam algumas pessoas a se matarem ou a cometerem assassinatos, ou que fazem com que pessoas completamente normais e pacíficas comecem de repente uma onda de roubos violentos em lojas e postos de gasolina, sobre os quais eles não



conseguiram se explicar depois e ficaram confusas a respeito. As pílulas mudaram totalmente a personalidade dessas pessoas.

Sobre a teoria do desequilíbrio químico, disse o material de fundo (não mais disponível): “Há muito poucos especialistas que mantêm a teoria de hoje em dia. O professor Tim Kendall - o chefe do órgão governamental que aconselha todos os médicos ingleses - chama a teoria de bobagem e disparate. O professor Bruno Müller-Oerlinghausen - o líder da Comissão de Médicos alemães por 10 anos - chama a teoria de uma loucura e de uma simplificação irracional. Ambos os professores dizem que a teoria tem funcionado como uma pura estratégia de marketing para as empresas porque elas poderiam vender às pessoas a percepção de que sua depressão tem algo a ver com um desequilíbrio químico - e que tomar um comprimido pode ajudar a corrigir esse desequilíbrio. Os dinamarqueses que visitarem o site oficial dinamarquês sobre saúde (escrito por professores dinamarqueses de psiquiatria) verão a essência da teoria: Os antidepressivos afetam a quantidade de mensageiros químicos no cérebro e neutralizam o desequilíbrio químico encontrado na depressão”.

Heilbuth tinha Blair Hamrick em seu filme, um vendedor americano da GlaxoSmithKline que disse que a sua palavra de ordem para a paroxetina era que se tratava da droga da felicidade, do tesão e do corpo esbelto. Disseram aos médicos que ela fará você mais feliz, perder peso, parar de fumar, aumentar a sua libido - todos deveriam estar a tomar esta droga. Hamrick copiou secretamente documentos, e GlaxoSmithKline recebeu uma multa de US\$ 3 bilhões em 2011 por pagar propinas aos médicos e pela comercialização ilegal de várias drogas, também para crianças.<sup>21</sup>

Um editorial em um dos jornais nacionais da Dinamarca, Politiken, condenou o documentário de uma forma invulgarmente hostil, e Heilbuth respondeu.<sup>36</sup> Politiken chamou o seu documentário de "imensamente manipulador", "sensacionalista", "simplesmente procurando confirmar ou verificar a tese que o programa tinha concebido como premissa", e chamaram Müller-Oerlinghausen de "pensador confuso".

O "pensador confuso" dá palestras em todo o mundo, inclusive em um simpósio organizado meio ano antes pelo Grupo Antidepressivo da Universidade Dinamarquesa. Ele foi muito claro e bem articulado durante todo o filme, e o que ele disse foi absolutamente correto.

David Healy é o professor de psiquiatria que viu os documentos mais secretos nos arquivos das empresas farmacêuticas, como especialista em processos judiciais, e foi também uma das principais fontes do filme.

Heilbuth contou as histórias de várias pessoas que haviam se matado ou de outras pessoas. Já dois dias depois de seu documentário, debati com o professor de psiquiatria Lars Kessing na TV ao vivo no *programa noturno* sobre suicídios causados pelas pílulas da depressão. Trechos aparecem no filme de Anahi.<sup>30</sup> Kessing negou totalmente as advertências da ciência e das agências de drogas, dizendo que sabemos com grande certeza que os ISRSs protegem contra o suicídio. Ele acrescentou que o risco de suicídio é grande quando as pessoas param os ISRSs, mas deixou de mencionar que isso se deve aos efeitos nocivos dos comprimidos, pois os pacientes ficam com os terríveis sintomas da abstinência quando os interrompem subitamente.

Três dias depois, eu estava novamente em um debate na TV com Kessing, desta vez sobre como poderíamos reduzir o consumo das pílulas da depressão. Kessing alegou que eles não são perigosos. O diretor de pesquisa da Lundbeck, Anders Gersel Pedersen, também estava no estúdio e disse que o mais perigoso não é tratar os pacientes, e ele afirmou que os pacientes não se tornam viciados, mas que têm uma recaída da doença quando param de tomar os comprimidos. Kessing alegou que talvez apenas 10% daqueles que visitam o médico de família não são ajudados pelo medicamento, um comentário em tanto sobre os medicamentos que não funcionam e onde os testes defeituosos mostraram um efeito não de 90%, mas apenas de 10%. Quando Kessing foi perguntado pelo entrevistador como o consumo de pílulas poderia ser reduzido - não importa o que ele possa pensar sobre o seu tamanho - ele não respondeu à pergunta. Ele disse que tínhamos certeza de que havia uma incidência crescente de depressão moderada a grave nos últimos 50 anos. Eu respondi que não podíamos dizer porque os critérios para o diagnóstico da depressão haviam sido reduzidos o tempo todo durante este período.

Tenho experimentado que quando os jornalistas reagem violentamente e vão diretamente contra as evidências científicas e as advertências das autoridades, é praticamente sempre porque pensam que os comprimidos os ajudaram ou a alguém próximo a eles, ou porque um parente trabalha para

Lundbeck ou é psiquiatra. Tenho sido exposto a muitos ataques extremamente rancorosos. É triste que os jornalistas joguem ao mar tudo o que aprenderam na escola de jornalismo e explodam numa cascata de raiva e ataques *ad hominem*, mas isso pode acontecer se você disser a verdade sobre as pílulas da depressão. Você está atacando uma religião.

Como exemplo, uma jornalista estampou em sua manchete: "Eu tomo pílulas da felicidade, senão eu estaria morto".<sup>37</sup> Ela me chamou de uma pessoa em risco de vida, desiludida, não em completo equilíbrio comigo mesmo, mas uma pessoa que poderia precisar de consultar um psiquiatra, e que deveria ter vergonha de mim mesmo e ser privado do meu título de professor. "Meu desejo é que alguém possa deter o professor louco". Ela escreveu isto em um jornal tabloide, mas eles não deveriam publicar tais delírios.

Em um debate de rádio, o Presidente Nacional da *MIND*, Knud Kristensen, argumentou que alguns de seus pacientes haviam dito que as pílulas da depressão haviam salvado as suas vidas. Eu respondi que era um argumento injusto porque todos aqueles que as pílulas tinham matado não podiam levantar da sepultura e dizer que as pílulas os mataram.

Vou terminar com a pior parte. Nunca tinha visto uma instituição admitir voluntariamente que ela educa os jornalistas para escrever artigos com erros, repetindo sem críticas as narrativas fortemente enganosas criadas pela indústria das drogas e por psiquiatras corruptos, para o grande mal de nossos pacientes e sociedades.<sup>21,38</sup> Mas lá estava, em 2020, em um país que já negociava abundantemente em notícias falsas.

O *Carter Center's Guide for Mental Health Journalism* [o Guia do Centro Carter para o Jornalismo em Saúde Mental] é o primeiro de seu tipo nos EUA.<sup>39</sup> Os repórteres são instruídos a escrever que as condições de saúde comportamentais são comuns e que as pesquisas sobre as causas e tratamentos dessas condições levaram a importantes descobertas na última década. Eles devem informar ao público que os esforços de prevenção e intervenção são eficazes e úteis. Isto significa drogas, é claro, e é a mesma mensagem que a Associação Psiquiátrica Americana vem promovendo há mais de 40 anos.

Tudo isso é claramente errado. Mas continua:

Os jornalistas devem identificar exatamente o que um profissional diz que está errado com um paciente e usar essa informação para caracterizar o estado mental de uma pessoa. Não há incentivo para que os jornalistas considerem como as pessoas assim diagnosticadas se veem, ou se aceitam o seu rótulo de diagnóstico.

Alguns dos fatos que os jornalistas são chamados a incluir são: "Os transtornos de uso de substâncias são doenças do cérebro". O guia explica que, "embora a ciência não tenha encontrado uma causa específica para as muitas condições de saúde mental, uma complexa interação de fatores genéticos, neurobiológicos, comportamentais e ambientais muitas vezes contribuem para essas condições". Os repórteres não são encorajados a explorar o porquê de a carga da saúde pública de transtornos mentais ter aumentado dramaticamente nos últimos 35 anos, ao mesmo tempo em que o uso de drogas psiquiátricas explodiu.<sup>40</sup>

Segundo o Centro Carter, o DSM-5 é um guia confiável para a realização de diagnósticos. Não há menção ao fato de que os diagnósticos são construções totalmente arbitrárias criadas por consenso entre um pequeno grupo de psiquiatras, ou que eles não têm validade, ou que os psiquiatras discordam totalmente quando solicitados a examinar os mesmos pacientes, ou que a maioria das pessoas saudáveis obteriam um ou mais diagnósticos se testadas.

O Guia leva os repórteres a fazer eco da mensagem da *Associação Psiquiátrica Americana* [APA] de que as condições psiquiátricas muitas vezes não são diagnosticadas e não são tratadas, e que o tratamento psiquiátrico é eficaz. O "tratamento psiquiátrico" é um eufemismo para as drogas, mas evita qualquer discussão sobre quão eficazes e prejudiciais elas são e faz com que todos mordam a isca porque o "tratamento" finge cobrir também a psicoterapia, embora esta raramente seja oferecida.

O Guia afirma que entre 70% e 90% das pessoas com um problema de saúde mental experimentam uma redução significativa nos sintomas e melhora na qualidade de vida após receberem tratamento. A fonte desta informação horrivelmente falsa é a *Aliança Nacional de Saúde Mental* [National Alliance on Mental Illness], uma organização de pacientes fortemente corrompida.<sup>38</sup> É verdade que a maioria das pessoas melhora, mas isso também teria acontecido sem nenhum tratamento. O Centro Carter parece ter "esquecido" por que fazemos ensaios controlados por

placebo e, como expliquei no Capítulo 2, as pílulas psiquiátricas não melhoram a qualidade de vida; elas a pioram.

Os repórteres são aconselhados a enfatizar o positivo e evitar o foco nos fracassos dos cuidados psiquiátricos. O Guia não fornece nenhum recurso para obter as perspectivas das pessoas com experiência vivida, a maioria das quais falaria criticamente da sabedoria convencional. Além disso, não há "usuários de serviços" ou grupos sobreviventes discerníveis nos dois principais conselhos consultivos do Centro.

Infelizmente, o Centro Carter é visto como um líder no treinamento de jornalistas sobre como relatar sobre saúde mental. Ele incentiva os jornalistas a agirem como estenógrafos que repetem o dogma convencional.

É difícil ver muita esperança para a América. O Centro Carter foi fundado pela ex-primeira-dama, Rosalynn Carter.

### **Sem esperança para a psiquiatria: sugestões para um novo sistema**

Expliquei neste livro como tentei reformar a psiquiatria, com que tipo de bloqueios eu e outros nos deparamos, e o que isso me custou pessoalmente.

Eu também tentei mudar a psiquiatria de dentro da tenda. Em dezembro de 2017, solicitei a adesão à *Associação Psiquiátrica Dinamarquesa*, o que não deveria ter sido um problema, de acordo com as suas próprias regras: "O objetivo da Associação é promover a psiquiatria dinamarquesa. Em particular, é tarefa da Associação promover a pesquisa psiquiátrica dinamarquesa, assegurar a melhor educação possível dos psiquiatras, trabalhar para proporcionar um tratamento psiquiátrico ideal para a população, e propagar o conhecimento sobre psiquiatria".

Expliquei que tinha contribuído para os objetivos da Associação por muitos anos sem ser membro e que uma associação me daria melhores oportunidades de contribuir.

Silêncio total. Enviei um lembrete depois de um mês, e quando o silêncio continuou, escrevi para toda a diretoria, sete semanas após o meu primeiro e-mail.

No dia seguinte, o presidente, Torsten Bjørn Jacobsen, apenas comentou em sua carta de rejeição que eu não trabalhei para promover o objetivo da Associação.

Dois dias depois, enviei uma carta detalhada, observando que eles violavam as suas próprias regras. Notei que gostaria de participar da próxima reunião anual, o que só poderia fazer se eu fosse membro. Detalhei as muitas maneiras pelas quais, em um grau incomum, eu havia contribuído para o objetivo da Associação. Também mencionei que durante a última reunião anual da Associação, um membro de honra proferiu um discurso no qual sublinhou que os psiquiatras precisavam se comunicar comigo. Os muitos prêmios que os pacientes psiquiátricos e colegas me deram talvez também deveriam ter influenciado a diretoria, mas não influenciaram.

Três semanas depois, Jacobsen respondeu que, "A diretoria tem enfatizado o conteúdo e a natureza dos produtos de autoria que você produziu ao longo dos anos, que contém opiniões e pontos de vista sobre a especialidade psiquiátrica que não estão em harmonia com os objetivos da Associação. A Associação é, naturalmente, receptiva a diferentes atitudes dentro da especialidade, embora um elemento básico de um membro da Associação deva ser que se respeite a especialidade e as formas de tratamento aceitas, porém a sua produção não está à altura".

Às vezes vale a pena tentar obter o impossível porque pode revelar o que as pessoas realmente defendem, por trás da decoração de vitrine oficial. É como tocar a rede de uma aranha para vê-la sair correndo do seu esconderijo no fundo e revelar-se. Esta foi uma clara demonstração de censura e proibição oficial. Era exatamente o que muitos psiquiatras em treinamento haviam me falado; suas profundas frustrações de que, se fossem críticos em relação à overdose dos pacientes ou à forma como os psiquiatras faziam os diagnósticos, eles estariam em péssimos lençóis. A rejeição parecia um eco de um dos critérios para se fazer um diagnóstico de esquizotipia: "Crenças estranhas ou pensamento mágico que são inconsistentes com as normas culturais". Outros pontos de vista diferentes dos hegemônicos eram inconsistentes com as normas culturais da *Associação Psiquiátrica Dinamarquesa*.

Durante a assembleia geral da Associação três meses depois, Kristian Sloth perguntou porque eu não poderia me tornar um membro. Ele não

obteve resposta significativa, mas o público o aplaudiu. Eu tinha entrado sorratamente, no fundo da sala, e ouvi tudo isso.

Três meses depois, quando a Associação tinha uma nova cadeira, eu me candidatei novamente. Ao meu ver, não foi dada nenhuma explicação satisfatória na assembleia geral sobre a razão pela qual me foi negada a adesão; Gitte Ahle respondeu que, "Não compartilhamos este ponto de vista porque as pessoas estavam satisfeitas com a declaração oral sobre a razão pela qual você havia sido rejeitado".

Entendo totalmente as frustrações que os pacientes psiquiátricos têm. Dizem constantemente a eles que o que eles mesmos observaram não é correto, porque os seus psiquiatras não compartilham dos seus pontos de vista. Não é de admirar que uma assembleia geral que consiste principalmente de pessoas que querem preservar o *status quo* aplauda uma "explicação sem comentários" do porquê de eu não poder me tornar um membro.

Há muitos psiquiatras excelentes, mas eles são muito poucos em número comparado aos medíocres e não podem mudar um sistema doente. No início de 2020, um jovem psiquiatra em treinamento pediu ajuda em uma lista de e-mails de psiquiatras críticos. Ele trabalhou em um hospital em Londres onde a psiquiatria biológica era o máximo, como em todos os outros lugares, mas ele também tinha se encontrado com pessoas de espírito crítico. Ele foi informado de que existem psiquiatras críticos em todos os lugares. Um dos que responderam observou que ele igualmente havia considerado seriamente abandonar o treinamento psiquiátrico, mas que um amigo sábio lhe disse para jogar o jogo, obter as suas credenciais oficiais, e depois sair da instituição. Isto funcionou bem e lhe deu a autoridade necessária para atirar pedras no estabelecimento.

Quando publiquei meus dez mitos sobre psiquiatria, que são prejudiciais para as pessoas, em um jornal em janeiro de 2014, terminei o meu artigo desta forma:<sup>41</sup>

"As drogas psicotrópicas podem ser úteis às vezes para alguns pacientes, particularmente no uso a curto prazo, em situações agudas. Mas depois dos meus estudos nesta área, cheguei a uma conclusão muito desconfortável: os nossos cidadãos estariam muito melhor se removêssemos todas as drogas psicotrópicas do mercado, pois os médicos não conseguem lidar

com elas. É inescapável que a sua disponibilidade cause mais danos do que benefícios. Os médicos não conseguem lidar com o paradoxo de que as drogas que podem ser úteis em tratamentos de curto prazo são muito prejudiciais quando usadas durante anos e criam aquelas doenças que se destinam a aliviar e doenças ainda piores. Nos próximos anos, a psiquiatria deve, portanto, fazer tudo o que puder para tratar o mínimo possível, no menor tempo possível, ou não tratar de todo, com drogas psicotrópicas".

Eu fiquei com todo o estabelecimento dinamarquês às minhas costas quando publiquei este artigo, e o Ministro da Saúde ameaçou que eu poderia ser demitido.<sup>38</sup> A única coisa que eu tinha feito foi contar a verdade às pessoas. Isto não pode ser tolerado quando o assunto é psiquiatria, que não poderia sobreviver em sua forma atual se enfrentássemos coletivamente as mentiras e agíssemos de acordo.

Fora dos círculos de poder, meu trabalho foi muito apreciado.<sup>42</sup> Seguiram-se inúmeros artigos, alguns escritos por psiquiatras que concordaram comigo. Durante mais de um mês, não houve um único dia sem discussão dessas questões no rádio, na TV ou nos jornais, e também houve debates nos departamentos psiquiátricos. As pessoas na Noruega e na Suécia me agradeceram por ter iniciado uma discussão que era impossível de haver no país deles, e eu recebi centenas de e-mails de pacientes que confirmaram com as suas próprias histórias que o que eu havia escrito em meu artigo era verdade.

Nada mudou. Talvez um pouco aqui e ali, mas nada de material.

## **Histórias de pacientes**

Aqui estão algumas histórias que jovens psiquiatras e pacientes me enviaram.

Um estudante de 18 anos ainda estava de luto depois que seu pai havia se enforcado cinco anos antes. Após ter sido colocado em sertralina, ele tentou se enforcar e foi internado em um hospital psiquiátrico. O psiquiatra que o internou reduziu a dose da sertralina. Quando um jovem psiquiatra notou que as pílulas da depressão aumentam o risco de suicídio, o psiquiatra seu tutor respondeu que estava ciente disso, mas que tinha que tratar a depressão, e se o jovem cometesse suicídio sem tomar uma pílula da depressão, eles seriam questionados por que ele não havia sido tratado.



Um homem de meia-idade com sintomas de pneumonia e baixo humor foi colocado pelo seu médico em penicilina, sertralina e um sedativo. Quando o paciente começou a suar profusamente e desenvolveu uma psicose com mania, ele foi internado em um hospital psiquiátrico, com febre. O psiquiatra opinou que ele tinha esquizofrenia polimórfica, parou a sertralina, e começou a prescrever olanzapina e outro sedativo. Quando ele recebeu alta, o diagnóstico era de transtorno de transe dissociativo. Quando um jovem psiquiatra perguntou se a psicose poderia ter sido causada pela sertralina, foi-lhe dito: "Eu nunca vi ninguém com psicose induzida por antidepressivos. Esta falta de lógica mata os pacientes". Se as pessoas que voltam da África com febre não são examinadas por malária porque o médico internado nunca viu ninguém com malária, alguns vão morrer. Eu estava nessa situação quando jovem, após uma expedição no Quênia.<sup>25</sup> Embora eu estivesse muito doente, com sintomas típicos da malária, dois médicos assistentes que me visitaram no meu apartamento em dias diferentes não acharam necessário examinar o meu sangue para detectar malária. Eu vivia sozinho e tive a sorte de sobreviver sem receber o tratamento de que precisava.

Centenas de pessoas me enviaram as histórias mais extraordinárias de suas vidas. Algumas me agradeceram por salvar a vida de seu cônjuge, filho ou filha; por exemplo: "foi seu livro (Psiquiatria mortal e negação organizada) que nos deu a coragem de retirar o nosso filho dos antipsicóticos, quatro anos atrás, menos de cinco meses depois de ele ter começado". Mais tarde me encontrei com este pai que agora é muito ativo na comunidade de retirada em Israel.

Outra paciente que me agradeceu por ter salvo a sua vida escreveu que se ela não tivesse lido os meus livros e aprendido que existe algo chamado crise de abstinência, ela teria pensado que tinha ficado louca. Depois de dez anos tomando duloxetine, ela passou por um período de três anos de abstinência que foi muito duro e difícil.

Um paciente escreveu: Eu tenho usado pílulas da depressão por cinco anos por causa da ansiedade social. Eles fizeram da minha vida uma bagunça. As coisas agora estão muito piores em todos os níveis da minha vida. Os comprimidos transformaram a minha personalidade para ficar com raiva e desrespeitoso. Eu sou mais "corajoso", mas não sou eu. Eu nunca teria começado com elas se soubesse o que iria acontecer; também

perdi muitos amigos. Obrigado por seu livro; estou muito feliz que alguém me diga como são as coisas. O mundo é tão louco. Perdi a minha confiança na psiquiatria, nas empresas farmacêuticas e nos médicos. Eu só queria que você soubesse que as pessoas estão se tornando mais conscientes desta loucura. Em nosso grupo de retirada do ISRS, o número de membros aumenta o tempo todo.

Um médico de família usou pílulas da depressão como teste de diagnóstico: Se funcionavam, você tinha depressão, e se não, você não tinha depressão. Outro médico de família respondeu a uma pergunta sobre como parar uma pílula para depressão: "Você pode simplesmente parar!"

Uma paciente foi informada pelo seu psiquiatra que as pílulas da depressão eram como que colocar um molde de gesso em uma perna quebrada. Ela tentou se retirar duas vezes em vão e foi informada que tinha um desequilíbrio químico e que precisava da droga para o resto da sua vida, e seu psiquiatra até aumentou a dose. Um substituto para o seu médico de família a salvou. Ele disse que as pílulas eram diabólicas e a deixaram doente, e ele a ajudou a se retirar. Ela agora quer ajudar outros porque trabalha como consultora de emprego com desempregados, muitos dos quais ficam viciados nas pílulas por causa do estresse e da ansiedade.

A um pai foi negada a custódia de seus filhos porque ele se recusou a tomar drogas psiquiátricas. Muitas outras pessoas me escreveram sobre como eles foram mal tratados pela psiquiatria, às vezes com comentários depreciativos no arquivo do paciente sobre a sua personalidade, quando tentaram evitar que o seu filho fosse tratado com neurolépticos.

Uma paciente me escreveu que um teste mostrou que ela tinha um QI de 70, enquanto estava dopada.

Outro escreveu que a sua psiquiatra lhe havia dito que ela tinha uma doença genética incurável e que precisava de neurolépticos para o resto da sua vida. Quando ela deixou de tomar as drogas, a seu psiquiatra lhe disse que ela teria um novo episódio psicótico novamente. Quando ela reclamou que não conseguia mais se concentrar, que dormia muito e que acreditava que as drogas afetavam a sua memória, que havia ficado difícil estudar, a resposta foi que o problema não eram as drogas, mas que ela tinha perdido neurônios devido à psicose e que seu cérebro não era mais o mesmo. Portanto, ela precisava tomar antipsicóticos indefinidamente para proteger o seu cérebro de perder mais neurônios; caso contrário, ela ficaria

demente. Quando a paciente disse que não queria tomar os medicamentos para o resto da sua vida, a psiquiatra respondeu que então ela não a veria mais porque ela só trabalhava com pacientes que queriam ser tratados. "A retirada do Ziprasidone foi um inferno. Eu estava vomitando e não conseguia dormir, por noites e noites, até que o meu corpo se ajustasse. Eu disse ao meu pai que eu tinha parado de tomar e ele queria me forçar a voltar a tomar os medicamentos e ameaçou me mandar para um hospital psiquiátrico se eu não seguisse as instruções do médico. Ele me perguntou: Você quer ficar presa em um manicômio? Então, eu menti para ele dizendo que tinha voltado a tomar a medicação. De qualquer forma, agora estou bem, as pessoas com quem vivo concordam e apoiam a minha decisão e o novo terapeuta também a aceita. Obrigado por ler um pouco da minha história".

Outro paciente escreveu: "O psicanalista disse que eu tinha que confiar no médico e o médico disse que eu tinha que tomar medicamentos para o resto da minha vida, mas eu interrompi todos os medicamentos por cerca de 8 semanas e não conseguia me sentir melhor. Eu não sou mais um zumbi, voltei a ouvir música, rir, cantar no chuveiro, sentir a vida e ter prazer sexual. Estou de volta a ser eu mesmo. Disse à médica que os remédios estavam me dando anorgasmos e ela perguntou com estas palavras: "O que você prefere, não ter orgasmos ou ficar louco? Foi quando percebi que algo estava errado, pois não desejo viver quimicamente castrado como se eu estivesse passando por uma vida inteira lobotomizado". Este paciente tinha sido abusado sexualmente quando criança.

Um paciente escreveu que tomou fluoxetina durante dez anos, o que mudou a sua personalidade, e perdeu quase todos os seus amigos. Ele passou por um horrível processo de retirada sem ajuda, onde não conseguia nem sair da cama. Seu médico lhe disse que drogas psiquiátricas eram vitais para ele, assim como a insulina é para um paciente com diabetes, e ele começou a tomar uma droga novamente, mas a tolerava mal. Então, o seu psiquiatra disse que seus efeitos colaterais eram provavelmente causados pela sua depressão, e ele queria que ele experimentasse outra droga. Este paciente tinha assistido a uma das minhas palestras em Estocolmo e, portanto, sabia que eu tinha uma lista de pessoas que poderiam ajudá-lo a se retirar, e foi por isso que ele me escreveu.

Aqui está a minha última história de paciente, contada por ele e a sua mãe, que resume tragicamente o que está errado com a psiquiatria.

David Stofkooper, um jovem holandês, deu cabo à sua vida em janeiro de 2020, com apenas 23 anos de idade. Ele tinha uma vida social florescente, era um estudante animado, muito inteligente, com muitos amigos, gostava de se socializar e adorava ouvir música. Desde os 17 anos, ele podia ruminar muito, com pensamentos repetitivos; não constantemente, e ainda tinha uma vida divertida. Mas ele cometeu um erro fatal. Ele consultou um psiquiatra e foi colocado em sertralina, em outubro de 2017. Em duas semanas, ele se suicidou. O psiquiatra havia aumentado a dose, e a situação piorou. Ele se tornou ‘zumbificado’, sem libido e sem emoções; toda a sua personalidade havia desaparecido.

Sua mãe chamou o seu psiquiatra e disse que o tratamento definitivamente não funcionava, mas ela foi enganada, sendo-lhe dito que ela não podia ligar devido à privacidade do seu filho. No entanto, a sua intervenção era muito necessária, pois David deixou de notar o que lhe estava acontecendo; ele estava totalmente perdido. Ele disse a seu psiquiatra que estava se sentindo muito suicida, mas o psiquiatra disse que ele precisava esperar mais, então ele acreditou nisso.

Depois de cinco meses, ele conseguiu um novo psiquiatra que lhe disse para deixar a sertralina, o que obviamente não funcionou; foi uma interrupção abrupta, em apenas duas semanas. No início, ele esteve em uma mania durante um dia e ligou para sua mãe, dizendo-lhe que nunca se sentira tão bem antes. Depois disso, ele entrou em um terrível período com sintomas de abstinência, quando não conseguia dormir.

Isto durou meses e não melhorou, e o vazio tomou conta dele mais e mais. Nos primeiros meses da retirada, ele contou a sua psiquiatra como se sentia, mas ela não acreditou nele. Ela lhe disse que não era devido à droga, pois a droga já se encontrava fora do seu sistema. Ela disse que seria provavelmente o seu transtorno obsessivo e compulsivo que criava todos os problemas.

David escreveu em uma nota suicida que, "Você lhes apresenta um problema que é criado pelo tratamento que recebeu deles e, como reação, é culpado por isso".

Sua vida havia parado. Ele não conseguia tirar prazer de nada. Mesmo um entretenimento fácil como o jogo, algo que ele sempre desfrutara, não lhe dava nenhum prazer. Tudo era cinza. Embora ele não sentisse mais nada ao conhecer garotas, seus problemas de libido zero e de ereção não eram nem mesmo a pior parte: "O apagamento total de qualquer prazer da vida, como se eu tivesse sido despojado de toda a minha dopamina, é debilitante para a vida".

Ele percebeu que estava condenado a estar neste estado para sempre e não via outra opção senão o suicídio. Ele foi muito racional a respeito desta decisão. Era uma espécie de 'autoeutanasia', que seus pais, ambos médicos, entenderam.

O embotamento das suas emoções foi fatal. Ele não se sentia emocionalmente afetado pelas pessoas, não era capaz de sentir alegria em nada, nem mesmo na música. Toda a sua personalidade havia sido dizimada, e ele sentia que já estava morto e que não era mais humano, era uma concha vazia. No último ano da sua vida, ele dizia com frequência que queria desesperadamente viver, mas não como uma espécie de zumbi lobotomizado. David nunca tinha tido problemas de sono antes de tomar sertralina, mas a droga causou insônia severa, que durou até o dia em que ele se matou.

David queria que a sua história fosse contada, como um aviso para os outros. Tanto ele quanto a sua mãe haviam lido o meu livro,<sup>38</sup> mas infelizmente, nada pode ser feito. Se ele o tivesse lido antes de ser colocado em sertralina, poderia ter se recusado a tomar a droga que o matou.

Ouvi histórias de suicídio semelhantes, também na Dinamarca, onde não só a vida sexual continuou sendo destruída, mas onde os pacientes também experimentaram anedonia grave, embotamento das emoções, problemas de memória e disfunção cognitiva, que alguns deles descreveram como uma lobotomia química. Pacientes que saíram de neurolépticos também reclamaram algumas vezes de disfunção sexual persistente, que pode estar relacionada ao fato de não poderem ter nenhuma vida sexual enquanto tomavam as drogas, ou de estarem tomando pílulas da depressão simultaneamente. Ainda há muita coisa que não sabemos sobre os danos persistentes após a abstinência.

Se pessoas que não são psiquiatras - por exemplo, médicos que não usam drogas psiquiátricas, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e pessoas sem educação formal, mas que se preocupam com outras pessoas - assumissem amanhã todos os encargos hoje entregues à psiquiatria, isso significaria um tremendo progresso.

Não há esperança para a psiquiatria, que se degenerou tanto, por tanto tempo, e é tão prejudicial que deve ser detida. É muito melhor para nós não ter uma psiquiatria do que ter a que temos, ou qualquer coisa remotamente semelhante.

Precisamos agir coletivamente. Esta é nossa única chance. Se um trabalhador fracassa por causa das condições de trabalho desumanas, o patrão não se importa, mas apenas despede o trabalhador. Se todos saem, de repente ele tem que negociar.

Todos precisam "sair" da psiquiatria. É por isso que escrevi este livro. Os seres humanos podem aceitar quase tudo, se se acostumarem, por mais horrível, injusto e antiético que seja, e poucos protestarão contra um sistema doente por ser desconfortável ou até perigoso para eles. É por isso que temos tido a escravidão como uma norma oficialmente aceita há milhares de anos. Também foi assim que os nazistas chegaram ao poder na Alemanha e o mantiveram; as pessoas tinham muito medo de protestar, já que os nazistas assassinavam os seus inimigos logo no início. Apenas dois meses depois que o presidente Paul von Hindenburg nomeou Adolf Hitler chanceler da Alemanha, em 30 de janeiro de 1933, Hitler abriu o primeiro campo de concentração em Dachau, nos arredores de München.

Você pode citar algum político influente, psiquiatra, psicólogo ou defensor do paciente que tenha corrido um grande risco pessoal ao criticar a psiquiatria? Talvez você possa nomear um ou dois. Posso citar alguns, mas isso porque faço parte do movimento de resistência, como o meu avô foi durante a ocupação nazista da Dinamarca.<sup>25</sup> Meu avô sobreviveu apesar de ter sido levado pela Gestapo e sentenciado a viver em um campo de concentração. Ele salvou muitos judeus; eu quero salvar o maior número possível de pacientes psiquiátricos. A história significa muito para mim. Se os psiquiatras não tivessem esquecido a *sua* história, talvez tivéssemos tido uma psiquiatria melhor hoje, mas eles repetem os mesmos erros que vem repetindo por mais de 150 anos. Quando Margrethe Nielsen me atraiu para a pesquisa psiquiátrica em 2007, foi com esta proposta: "A história está se

repetindo?" Ela comparou as benzodiazepinas com os ISRSs e mostrou que de fato se repete (ver Capítulo 4).

Tenho as seguintes sugestões.

1 Desarticular a psiquiatria enquanto uma especialidade médica. Em um serviço de saúde baseado em evidências, não usamos intervenções que fazem mais mal do que bem, que é o que faz a psiquiatria. No período de transição, deixar os psicólogos que são contra o uso de drogas psiquiátricas serem os chefes dos serviços psiquiátricos e dar-lhes a responsabilidade final pelos pacientes.

2 Os psiquiatras devem ser reeducados para que possam funcionar como psicólogos. Aqueles que não estão dispostos a fazer isto, devem encontrar outro emprego ou se aposentar mais cedo.

3 O foco deve estar em tirar os pacientes dos medicamentos psiquiátricos, na medida em que eles são prejudiciais a longo prazo, e porque a grande maioria dos pacientes está nessa terapia a longo prazo. Os cursos sobre a retirada de medicamentos devem ser obrigatórios para todos os que trabalham com pacientes de saúde mental, e todos os pacientes devem conhecer por que eles provavelmente teriam uma vida melhor sem medicamentos.

4 Estabelecer uma rede nacional de assistência 24 horas e um website associado para fornecer aconselhamento e apoio às pessoas prejudicadas pela dependência e retirada de drogas prescritas.

5 Fornecer tiras afuniladas e outros auxílios para ajudar os pacientes a se retirarem de seus medicamentos sem custo para os pacientes.

6 Peça desculpas. É muito importante que as vítimas de abuso recebam um pedido de desculpas. Os governantes devem exigir das associações psiquiátricas que elas peçam desculpas incondicionalmente ao público em geral sobre os imensos danos que infligiram aos pacientes de saúde mental, mentindo-lhes sistematicamente, por exemplo, sobre o desequilíbrio químico, e dizendo-lhes que as drogas psiquiátricas podem proteger contra

o suicídio ou danos cerebrais. Se as organizações de classe não estiverem dispostas a fazer isso, os governos devem fazê-lo por elas e dissolver as organizações porque elas são prejudiciais à sociedade.

7 Pare de usar palavras como psiquiatria, psiquiatras, transtorno psiquiátrico, tratamentos psiquiátricos e drogas psiquiátricas, pois elas são estigmatizantes e porque os pacientes e o público em geral as associam a maus resultados.<sup>40,43</sup> Mude a narrativa e use termos como saúde mental em seu lugar.

8 Deixe as questões de saúde mental para os psicólogos e outras profissões de cuidados, pois o que os pacientes precisam mais do que tudo é de psicoterapia, empatia, cuidados e outras intervenções psicossociais.

9 Descartar completamente os sistemas de diagnóstico psiquiátrico como DSM-5 e CID-11 e focar nas questões mais importantes dos pacientes. Os diagnósticos psiquiátricos são tão pouco específicos e não científicos que praticamente toda a população poderia ter pelo menos um, e não se encaixam nos problemas que os pacientes têm, mas muitas vezes levam a diagnósticos adicionais e a mais danos para os pacientes de "carreira" psiquiátrica.

10 Tornar o tratamento forçado ilegal. Todo tratamento de questões de saúde mental deve ser voluntário. O tratamento forçado faz muito mais mal do que bem,<sup>38,44,45</sup> e é discriminatório.

11 Tornar os medicamentos psiquiátricos disponíveis apenas para uso sob circunstâncias estritamente controladas:

- a) enquanto os pacientes estão afunilando; ou
- b) em casos raros em que é impossível afunila-los, por terem causado danos cerebrais permanentes, por exemplo, discinesia tardia; ou
- c) disponíveis para delírios alcoólicos, podendo também ser usados como sedativo em operações e outros procedimentos invasivos, por exemplo, colonoscopia, o que pode ser extremamente doloroso.



12 Tornar ilegal o uso de drogas registradas para usos não psiquiátricos, por exemplo, antiepilépticos, para questões de saúde mental, pois isso é prejudicial.

13 Ninguém que trabalha com pacientes com saúde mental deve ter conflitos de interesse financeiros com qualquer fabricante de drogas psicoativas ou outros tratamentos, por exemplo, equipamento para eletrochoque.

14 Todas as regras sobre a necessidade de um diagnóstico psiquiátrico a fim de obter benefícios sociais, ou apoio econômico às escolas, devem ser removidas, pois criam um incentivo para se colar diagnósticos psiquiátricos às pessoas em vez de ajudá-las, o que envolveria outras intervenções que não drogas.

15 Todos: Faça o que puder para mudar a narrativa enganosa da psiquiatria. Fale a respeito das pílulas da depressão, os grandes tranquilizantes, as drogas para ficar ‘ligadão’, etc.

## **Vídeos de palestras e entrevistas**

Se você estiver interessado em ver algumas das palestras que fiz ou entrevistas que dei, eu facilitei a sua vida listando aquelas que foram vistas com mais frequência no YouTube (em 1000):

| Título (abreviado)                                      | Comprimento | Vistas | Link  |
|---|-------------|--------|---|
| Big pharma is organized crime                           | 7:42        | 381    | <a href="https://bit.ly/2XcHMAz">https://bit.ly/2XcHMAz</a> |
| La industria farmacéutica es crimen organizado          | 7:42        | 108    | <a href="https://bit.ly/3aTWBfD">https://bit.ly/3aTWBfD</a> |
| Deadly Medicines and Organised Crime                    | 54:05       | 64     | <a href="https://bit.ly/2JADhrF">https://bit.ly/2JADhrF</a> |
| Farmaceutska industrija je organizovan kriminal         | 7:41        | 56     | <a href="https://bit.ly/3bUYfh3">https://bit.ly/3bUYfh3</a> |
| Crimes in the drug industry and the lies in psychiatry  | 15:44       | 53     | <a href="https://bit.ly/39JSD7L">https://bit.ly/39JSD7L</a> |
| Overdiagnosed & overmedicated                           | 1:32:46     | 42     | <a href="https://bit.ly/2yrxfHk">https://bit.ly/2yrxfHk</a> |
| Sygdomme opfindes for at sælge medicinen                | 54:55       | 38     | <a href="https://bit.ly/39EgqGh">https://bit.ly/39EgqGh</a> |
| Psychiatry has gone astray                              | 6:19        | 34     | <a href="https://bit.ly/2V16HV5">https://bit.ly/2V16HV5</a> |
| Los 10 mitos de la Salud Mental                         | 53:10       | 28     | <a href="https://bit.ly/2JCYnFV">https://bit.ly/2JCYnFV</a> |
| Screening for breast and prostate cancer                | 7:52        | 25     | <a href="https://bit.ly/2wizL28">https://bit.ly/2wizL28</a> |
| Discussion, Gøtzsche/Whitaker, psychiatric epidemic     | 45:46       | 22     | <a href="https://bit.ly/347xumS">https://bit.ly/347xumS</a> |
| Psychiatric drugs, few benefit, many are harmed         | 58:23       | 20     | <a href="https://bit.ly/3dSgSUw">https://bit.ly/3dSgSUw</a> |
| Psychiatric drugs, few benefit, many are harmed         | 49:17       | 18     | <a href="https://bit.ly/2Xb3iWm">https://bit.ly/2Xb3iWm</a> |
| Medicamentos letais e crime organizado                  | 54:05       | 18     | <a href="https://bit.ly/3aIQDxV">https://bit.ly/3aIQDxV</a> |
| Forced Psychiatric Treatment Must be Abolished          | 1:50:06     | 18     | <a href="https://bit.ly/2JFXv32">https://bit.ly/2JFXv32</a> |
| Psicofármacos que matan                                 | 7:01        | 16     | <a href="https://bit.ly/348ASxC">https://bit.ly/348ASxC</a> |
| Psicofármacos   | 1:03:11     | 16     | <a href="https://bit.ly/2V4AHzt">https://bit.ly/2V4AHzt</a> |
| La psiquiatría se hunde                                 | 6:19        | 14     | <a href="https://bit.ly/3aJOJ03">https://bit.ly/3aJOJ03</a> |
| Psychiatric drugs do more harm than good                | 2:10:41     | 12     | <a href="https://bit.ly/39FrdQw">https://bit.ly/39FrdQw</a> |
| Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse  | 1:06:56     | 12     | <a href="https://bit.ly/3aUfZsw">https://bit.ly/3aUfZsw</a> |
| Prescription drugs are the third leading cause of death | 18:06       | 10     | <a href="https://bit.ly/3dWp3z1">https://bit.ly/3dWp3z1</a> |
| Survival of a whistleblower                             | 49:42       | 10     | <a href="https://bit.ly/3dWXZQc">https://bit.ly/3dWXZQc</a> |
| On the wrong track, psychiatric epidemic                | 53:22       | 10     | <a href="https://bit.ly/2wSLNQ8">https://bit.ly/2wSLNQ8</a> |

## Sobre o autor

O professor Peter C Gøtzsche se formou como mestre em biologia e química em 1974 e como médico em 1984. Ele é especialista em medicina interna; trabalhou com ensaios clínicos e assuntos regulatórios na indústria farmacêutica 1975-1983, e em hospitais em Copenhague 1984-95. Com cerca de 80 outros, ele é cofundador da Colaboração Cochrane em 1993 (o fundador é Sir Iain Chalmers), e fundou o Centro Nórdico Cochrane no mesmo ano. Ele se tornou professor de Desenho e Análise de Pesquisa Clínica em 2010 na Universidade de Copenhague e foi membro do Conselho Administrativo da Cochrane duas vezes. Ele agora trabalha como freelancer. Tornou-se professor visitante do Instituto de Saúde e Sociedade da Universidade de Newcastle em 2019. Fundou o Instituto para a Liberdade Científica em 2019.

Gøtzsche publicou mais de 75 artigos em "os cinco grandes" (*BMJ*, *Lancet*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* e *New England Journal of Medicine*) e seus trabalhos científicos já foram citados cerca de 50.000 vezes. Seus livros mais recentes são:

- Vacinas: verdade, mentiras e controvérsia (2020).
- Sobrevivência em um mundo super medicado: procure você mesmo as evidências (2019).
- Morte de um denunciante e o colapso moral da Cochrane (2019).
- Psiquiatria mortal e negação organizada (2015).
- Medicamentos mortais e crime organizado: Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica (2013) (Vencedor, Prêmio Anual do Livro da Associação Médica Britânica na categoria Base da Medicina em 2014).
- Triagem de mamografias: verdade, mentira e controvérsia (2012) (Vencedor do Prêmio Prescrire 2012).
- Diagnóstico e tratamento racionais: tomada de decisão clínica baseada em evidências (2007).

Três desses livros apareceram em vários idiomas, veja [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk).

Gøtzsche deu numerosas entrevistas, uma das quais, sobre o crime organizado na indústria das drogas, foi vista cerca de 350.000 vezes no YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=dozpAshvtsA>. Gøtzsche

esteve no The Daily Show em Nova York em 16 de setembro de 2014, onde desempenhou o papel de denunciante revelando segredos sobre as grandes farmácias. Um documentário sobre seu trabalho de reforma em psiquiatria, [Diagnosing Psychiatry](#), apareceu em 2017.

A Gøtzsche tem interesse em estatísticas e metodologia de pesquisa. Ele tem sido coautor das seguintes diretrizes para uma boa apresentação de relatórios de pesquisa: CONSORT para ensaios aleatórios ([www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org)), STROBE para estudos observacionais ([www.strobe-statement.org](http://www.strobe-statement.org)), PRISMA para revisões sistemáticas e meta-análises ([www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)), e SPIRIT para protótipos de ensaios ([www.spirit-statement.org](http://www.spirit-statement.org)).

Gøtzsche é Protetor da Rede dos Ouvidores de Vozes na Dinamarca.

Websites: [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk) e [scientificfreedom.dk](http://scientificfreedom.dk).

## Referências

### Capítulo 1. Este livro pode salvar sua vida

- 1 Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.
- 2 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.
- 3 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-9.
- 4 Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998;173:519-22.
- 5 Read J, Timimi S, Bracken P, Brown M, Gøtzsche P, Gordon P, et al. Why did official accounts of antidepressant withdrawal symptoms differ so much from research findings and patients' experiences? *Ethical Hum Psychol Psychiatry* (submitted).
- 6 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine* 2005;35:1205-13.
- 7 McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74:595-602.
- 8 Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. *JAMA Intern Med* 2016;176:1482-91.
- 9 Breggin P. The most dangerous thing you will ever do. *Mad in America* 2020; March 2. <https://www.madinamerica.com/2020/03/dangerous-thing-psychiatrist/>.
- 10 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 11 Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
- 12 Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2006;8:201-15.
- 13 Gøtzsche P. Surviving psychiatry: a typical case of serious psychiatric drug harms. *Mad in America* 2020; Jan 7. <https://www.madinamerica.com/2020/01/surviving-psychiatry-typical-case-serious-psychiatric-drug-harms/>.

- 14 Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. *J R Soc Med* 2016;109:381-92.
- 15 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203.
- 16 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.
- 17 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.
- 18 FDA package insert for Effexor. Accessed 4 Jan 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2008/020151s051lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/020151s051lbl.pdf).
- 19 FDA package insert for Neurontin. Accessed 4 Jan 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2017/020235s064\\_020882s047\\_021129s046lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/020235s064_020882s047_021129s046lbl.pdf)
- 20 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 21 Davidsen AS, Jürgens G, Nielsen RE. Farmakologisk behandling af unipolar depression hos voksne i almen praksis. *Rationel Farmakoterapi* 2019; Nov.
- 22 Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People’s Press; 2019.
- 23 Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:53-65.
- 24 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.

## **Capítulo 2. A psiquiatria é baseada em evidências?**

- 1 Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- 2 Healy D. Let them eat Prozac. New York: New York University Press; 2004.
- 3 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 4 Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People’s Press; 2015.
- 5 Medawar C. The antidepressant web - marketing depression and making medicines work. *Int J Risk & Saf Med* 1997;10:75-126.
- 6 Caplan PJ. They say you’re crazy: how the world’s most powerful psychiatrists decide who’s normal. Jackson: Da Capo Press; 1995.

- 7 Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
- 8 Kirsch I. The Emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth. New York: Basic Books; 2009.
- 9 Moncrieff J. The bitterest pills. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013.
- 10 Davies J, ed. The sedated society. London: Palgrave Macmillan; 2017.
- 11 McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- 12 Sharfstein S. Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad and the ugly. *Psychiatric News* 2005;40:3.
- 13 Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, et al. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry* 2011;199:367–72.
- 14 Read J, Haslam N, Magliano L. Prejudice, stigma and “schizophrenia:” the role of bio-genetic ideology. In: *Models of Madness*. (John Read and Jacquie Dillon, eds.). London: Routledge, 2013.
- 15 Read J, Haslam N, Sayce L, et al. Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:303-18.
- 16 Kvaale EP, Haslam N, Gottdiener WH. The ‘side effects’ of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clin Psychol Rev* 2013;33:782–94.
- 17 Lebowitz MS, Ahn WK. Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians’ empathy. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014;111:17786-90.
- 18 Davies J. *Cracked: why psychiatry is doing more harm than good*. London: Icon Books; 2013.
- 19 Kirk SA, Kutchins H. *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter; 1992.
- 20 Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
- 21 Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Symptoms Checklist from WHO Composite International Diagnostic Interview; 2003.
- 22 Pedersen AT. En psykiatrisk diagnose hænger ved resten af livet. *PsykiatriAvisen* 2019; Jan 18. <https://www.psykiatriavisen.dk/2019/01/18/en-psykiatrisk-diagnose-haenger-ved-resten-af-livet/>.
- 23 Frandsen P. *Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet*. Odense: Mellemsgaard; 2019.
- 24 Pedersen AT. *Diagnosing Psychiatry*. <https://vimeo.com/ondemand/diagnosingpsychiatryen>.



- 25 Breggin P. The most dangerous thing you will ever do. Mad in America 2020; March 2. <https://www.madinamerica.com/2020/03/dangerous-thing-psychiatrist/>.
- 26 Biederman J, Faraone S, Mick E, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:997-1008.
- 27 Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. Arch Gen Psychiatry 2007;64:1032-9.
- 28 Gøtzsche PC. Psychopharmacology is not evidence-based medicine. In: James D (ed.). The sedated society. The causes and harms of our psychiatric drug epidemic. London: Palgrave Macmillan; 2017.
- 29 Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull 2012;38:661-71.
- 30 Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. Schizophr Bull 2008;34:193-9.
- 31 Kingdon D, Sharma T, Hart D and the Schizophrenia Subgroup of the Royal College of Psychiatrists' Changing Mind Campaign. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? Psychiatric Bulletin 2004;28:401-6.
- 32 Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. Int J Risk Saf Med 2020;31:53-65.
- 33 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. Psychological Medicine 2005;35:1205-13.
- 34 Christensen AS. DR2 undersøger Danmark på piller. 2013; Mar 20. <https://www.dr.dk/presse/dr2-undersoeger-danmark-paa-piller>.
- 35 Ditzel EE. Psykiatri-professor om DR-historier: "Skræmmekampagne der kan koste liv." Journalisten 2013; Apr 11. <https://journalisten.dk/psykiatri-professor-om-dr-historier-skraemmekampagne-der-kan-koste-liv/>.
- 36 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 37 Sterll B. Den psykiatriske epidemi. Psykolognyt 2013;20:8-11.
- 38 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 39 Rasmussen LI. Industriens markedsføring er meget, meget effektiv. Den har fået lægerne til at tro på, at eksempelvis antidepressiva er effektive lægemidler. Det er de overhovedet ikke. Politiken 2015; Aug 30:PS 8-9.



- 40 Schultz J. Peter Gøtzsche melder psykiater til Lægeetisk Nævn. Dagens Medicin 2015; Oct 2. <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykiatri/gotzsche-melder-psykiater-til-lageetisk-navn/>.
- 41 Psykiatrifonden. Depression er en folkesygdom - især for kvinder. 2017; Jan 31. <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/depression/depression-er-en-folkesygdom.aspx>.
- 42 Kessing LV. Depression, hvordan virker medicin. Patienthåndbogen 2015; July 5. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/depression-hvordan-virker-medicin/>.
- 43 Videbech P. SSRI, antidepressivum. Patienthåndbogen 2015; July 23. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/ssri-antidepressivum/>.
- 44 Scheuer SR. Studerende: Antidepressiv medicin er ikke løsningen på sjælelige problemer. Kristeligt Dagblad 2018; Mar 19.
- 45 Christensen DC. Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system. Portland: Jorvik Press; 2012.
- 46 Angoa-Pérez M, Kane MJ, Briggs DI, et al. Mice genetically depleted of brain serotonin do not display a depression-like behavioral phenotype. ACS Chem Neurosci 2014;5:908-19.
- 47 Hindmarch I. Expanding the horizons of depression: beyond the monoamine hypothesis. Hum Psychopharmacol 2001;16:203-218.
- 48 Castrén E. Is mood chemistry? Nat Rev Neurosci 2005;6:241-6.
- 49 Gøtzsche PC, Dinnage O. What have antidepressants been tested for? A systematic review. Int J Risk Saf Med 2020;31:157-63.
- 50 Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action. Am J Psychiatry 1996;153:151-62.
- 51 Gøtzsche PC. Medicamentos mortais e crime organizado. Porto Alegre: Bookman; 2016.
- 52 Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? PLoS Med 2006;3:e240.
- 53 Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960;23:56-62.
- 54 Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 55 Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ 2016;352:i65.
- 56 Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.

- 57 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav* 2019;97:111-21.
- 58 Danborg PB, Gøtzsche PC. Benefits and harms of antipsychotic drugs in drug-naïve patients with psychosis: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:193-201.
- 59 Francey SM, O'Donoghue B, Nelson B, Graham J, Baldwin L, Yuen HP, et al. Psychosocial intervention with or without antipsychotic medication for first episode psychosis: a randomized noninferiority clinical trial. *Schizophr Bull Open* 2020; Mar 20. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa015>.
- 60 Bola J, Kao D, Soydan H, et al. Antipsychotic medication for early episode schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD006374.
- 61 Demasi M. Cochrane – A sinking ship? *BMJ* 2018; 16 Sept. <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2018/09/16/cochrane-a-sinking-ship/>.
- 62 Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:2063-71.
- 63 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.
- 64 Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, Chang WC, Chan SKW, Chen ESM, et al. Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. *Lancet Psychiatry* 2018;5:432-42.
- 65 Chen EY, Hui CL, Lam MM, Chiu CP, Law CW, Chung DW, et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c4024.
- 66 Whitaker R. Lure of riches fuels testing. *Boston Globe* 1998; Nov 17.
- 67 Cole JO. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia; effectiveness: the National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 1964;10:246-61.
- 68 Leucht S, Kane JM, Etschel E, et al. Linking the PANSS, BPRS, and CGI: clinical implications. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2318-25.
- 69 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.
- 70 Leucht S, Fennema H, Engel R, et al. What does the HAMD mean? *J Affect Disord* 2013;148:243-8.

- 71 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.
- 72 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016;388:881-90.
- 73 Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
- 74 Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47-53.
- 75 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 76 Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003012.
- 77 Moncrieff J. *The myth of the chemical cure*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
- 78 Michelson D, Fava M, Amsterdam J, et al. Interruption of selective serotonin reuptake inhibitor treatment. Double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:363-8.
- 79 Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomised clinical trial. *Biol Psychiatry* 1998;44:77-87.
- 80 Breggin P. *Medication madness*. New York: St. Martin's Griffin; 2008.
- 81 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.
- 82 Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294:1934-43.
- 83 FDA. Alert for Healthcare Professionals: Risperidone (marketed as Risperdal). 2006; Sept <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm152291.htm>. Link inactive, as the issue has been described in the risperidone package insert: [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2009/020272s056,020588s044,021346s033,021444s03lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/020272s056,020588s044,021346s033,021444s03lbl.pdf).
- 84 Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4:295-301.

- 85 Gøtzsche PC. Psychiatry ignores an elephant in the room. *Mad in America* 2017; Sept 21. <https://www.madinamerica.com/2017/09/psychiatry-ignores-elephant-room/>.
- 86 Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry* 2012;169:374-80.
- 87 Melle I, Olav Johannesen J, Haahr UH, et al. Causes and predictors of premature death in first-episode schizophrenia spectrum disorders. *World Psychiatry* 2017;16:217-8.
- 88 Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:694-702.
- 89 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.
- 90 Large MM, Ryan CJ. Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1353–5.
- 91 Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;171:502-8.
- 92 Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2017;182:42-8.
- 93 Forskningsrådet. Tilgjengeliggjøring av forskningsdata. 2017; Dec. ISBN 978-82-12-03653-6.
- 94 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 2015;350:h2435.
- 95 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- 96 Coupland C, Dhiman P, Morriss R, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343:d4551.
- 97 Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. *J R Soc Med* 2016;109:381-92.
- 98 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203.
- 99 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.

- 100 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.
- 101 Le Noury J, Nardo JM, Healy D, Jureidini J, Raven M, Tufanaru C, Abi-Jaoude E. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *BMJ* 2015;351:h4320.
- 102 Lars Kessing i Aftenshowet. DR1 2013; Apr 15.
- 103 Klein DF. The flawed basis for FDA post-marketing safety decisions: the example of anti-depressants and children. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:689–99.
- 104 Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, et al. Rintelmann J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1031-7.
- 105 Eli Lilly and Company. Protocol B1Y-MC-X065. Clinical study main report: Fluoxetine versus placebo in the acute treatment of major depressive disorder in children and adolescents. 2000; Aug 8.
- 106 Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328:879-83.
- 107 Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). 2006; Nov 16.  
[www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4272b1-01-FDA.pdf](http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4272b1-01-FDA.pdf).
- 108 Vanderburg DG, Batzar E, Fogel I, et al. A pooled analysis of suicidality in double-blind, placebo-controlled studies of sertraline in adults. *J Clin Psychiatry* 2009;70:674-83.
- 109 Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA’s safety review. *BMJ* 2005;330:385.
- 110 Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;330:396.
- 111 FDA. Antidepressant use in children, adolescents, and adults. <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/informationbydrugclass/ucm096273.htm>.
- 112 Australian Government, Department of Health. The mental health of Australians. 2009 May. <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-m-mhaust2-toc~mental-pubs-m-mhaust2-hig~mental-pubs-m-mhaust2-hig-sui>.
- 113 Crowner ML, Douyon R, Convit A, Gaztanaga P, Volavka J, Bakall R. Akathisia and violence. *Psychopharmacol Bull* 1990;26:115-7.



- 114 Sharma T, Guski LS, Freund N, Meng DM, Gøtzsche PC. Drop-out rates in placebo-controlled trials of antidepressant drugs: A systematic review and meta-analysis based on clinical study reports. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:217-32.
- 115 Paludan-Müller AS, Sharma T, Rasmussen K, Gøtzsche PC. Extensive selective reporting of quality of life in clinical study reports and publications of placebo-controlled trials of antidepressants. *Int J Risk Saf Med* 2020 (in press).
- 116 Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (suppl 3):10–21.
- 117 Healy D, Le Noury J, Mangin D. Enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, 5 $\alpha$ -reductase inhibitors and isotretinoin: 300 cases. *Int J Risk Saf Med* 2018;29:125-34.
- 118 Healy D, Le Noury J, Mangin D. Post-SSRI sexual dysfunction: Patient experiences of engagement with healthcare professionals. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:167-78.
- 119 Healy D. Antidepressants and sexual dysfunction: a history. *J R Soc Med* 2020;113:133-5.
- 120 FDA package insert for Prozac. Accessed 14 March 2020. <https://pi.lilly.com/us/prozac.pdf>.
- 121 Medawar C, Hardon A. Medicines out of Control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill. Netherlands: Aksant Academic Publishers; 2004.
- 122 FDA package insert for Effexor. Accessed 4 Jan 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2008/020151s0511bl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/020151s0511bl.pdf).
- 123 FDA package insert for Lithobid. Accessed 12 March 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2016/018027s0591bl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/018027s0591bl.pdf).
- 124 Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f3646.
- 125 Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:155-66.
- 126 FDA package insert for Neurontin. Accessed 4 Jan 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2017/020235s064\\_020882s047\\_021129s0461bl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/020235s064_020882s047_021129s0461bl.pdf).
- 127 Ghaemi SN. The failure to know what isn't known: negative publication bias with lamotrigine and a glimpse inside peer review. *Evid Based Ment Health* 2009;12:65-8.
- 128 Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, et al. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774–7.
- 129 Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000;284:483–5.

- 130 Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279:1200–5.
- 131 Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001;161:2317–23.
- 132 Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004;329:15-9.
- 133 van der Hooft CS, Sturkenboom MC, van Grootheest K, et al. Adverse drug reaction-related hospitalisations: a nationwide study in The Netherlands. *Drug Saf* 2006;29:161-8.
- 134 Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 2010;363:2124-34.
- 135 James JTA. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf* 2013;9:122-8.
- 136 Archibald K, Coleman R, Foster C. Open letter to UK Prime Minister David Cameron and Health Secretary Andrew Lansley on safety of medicines. *Lancet* 2011;377:1915.
- 137 Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.
- 138 Centers for Disease Control and Prevention. Leading causes of death. [www.cdc.gov/nchs/fastats/lcod.htm](http://www.cdc.gov/nchs/fastats/lcod.htm).
- 139 WHO. Management of substance abuse. Amphetamine-like substances. Undated. Downloaded 14 March 2020. [https://www.who.int/substance\\_abuse/facts/ATS/en/](https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/).
- 140 National Institute on Drug Abuse. What is the scope of methamphetamine misuse in the United States? 2019; Oct. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/methamphetamine/what-scope-methamphetamine-misuse-in-united-states>.
- 141 Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337.
- 142 Molina BS, Flory K, Hinshaw SP, et al. Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1028-40.
- 143 The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.
- 144 Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:989-1002.
- 145 Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:484-500.

- 146 Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:663-78.
- 147 Borcharding BG, Keysor CS, Rapoport JL, et al. Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: is there a common vulnerability? *Psychiatry Res* 1990;33:83-94.
- 148 Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. *Children & Society* 2014;28:231-41.
- 149 Danborg PB, Simonsen AL, Gøtzsche PC. Impaired reproduction after exposure to ADHD drugs: Systematic review of animal studies. *Int J Risk Saf Med* 2017;29:107-24.
- 150 Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review. *Can J Psychiatry* 1999;44:811-3.
- 151 Boesen K, Saiz LC, Erviti J, Storebø OJ, Gluud C, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration withdraws a review on methylphenidate for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Evid Based Med* 2017;22:143-7.
- 152 Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev* 2015;11:CD009885.
- 153 Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD012857 (protocol; review in progress).
- 154 Wallach-Kildemoes H, Skovgaard AM, Thielen K, Pottegård A, Mortensen LH. Social adversity and regional differences in prescribing of ADHD medication for school-age children. *J Dev Behav Pediatr* 2015;36:330-41.
- 155 RL, Garland EJ, Wright JM, et al. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 2012;184:755-62.
- 156 Santaguida P, MacQueen G, Keshavarz H, Levine M, Beyene J, Raina P. Treatment for depression after unsatisfactory response to SSRIs. Comparative effectiveness review No. 62. (Prepared by McMaster University Evidence-based Practice Center under Contract No. HHS 290 2007 10060 I.) AHRQ Publication No.12-EHC050-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012: April. [www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm).
- 157 Rink L, Braun C, Bschor T, Henssler J, Franklin J, Baethge C. Dose increase versus unchanged continuation of antidepressants after initial antidepressant treatment failure in patients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind trials. *J Clin Psychiatry* 2018;79(3).



- 158 Samara MT, Klupp E, Helfer B, Rothe PH, Schneider-Thoma J, Leucht S. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD011883.
- 159 Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Stürmer T. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med* 2014;174:899-909.
- 160 Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37.
- 161 Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull* 2013;39:1363-72.
- 162 Videbech P. Debatten om antidepressiv medicin - Virker det, og bliver man afhængig? *BestPractice Psykiatri/Neurologi* 2014; May:nr. 25.
- 163 Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:530-8.
- 164 Moraros J, Nwankwo C, Patten SB, Mousseau DD. The association of antidepressant drug usage with cognitive impairment or dementia, including Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2017;34:217-26.
- 165 Coupland CAC, Hill T, Dening T, Morriss R, Moore M, Hippisley-Cox J. Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study. *JAMA Intern Med* 2019; Jun 24.
- 166 Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:26-36.
- 167 Videos from International meeting: Psychiatric drugs do more harm than good. Copenhagen 2015; Sept 16. <https://www.deadlymedicines.dk/wp-content/uploads/2014/10/International-meeting1.pdf>
- 168 Gøtzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:37-42.
- 169 Belmaker RH, Wald D. Haloperidol in normals. *Br J Psychiatry* 1977;131:222-3.
- 170 Kroken RA, Kjelby E, Wentzel-Larsen T, Mellesdal LS, Jørgensen HA, Johnsen E. Time to discontinuation of antipsychotic drugs in a schizophrenia cohort: influence of current treatment strategies. *Ther Adv Psychopharmacol* 2014;4:228-39.
- 171 Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. Dependence and withdrawal reactions to benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors. How did the health authorities react? *Int J Risk Saf Med* 2013;25:155-68.
- 172 Committee on the Review of Medicines. Systematic review of the benzodiazepines. Guidelines for data sheets on diazepam, chlordiazepoxide, medazepam, clorazepate, lorazepam, oxazepam, temazepam, triazolam, nitrazepam, and flurazepam. *Br Med J* 1980;280:910-2.

- 173 Gøtzsche PC. Long-term use of benzodiazepines, stimulants and lithium is not evidence-based. *Clin Neuropsychiatry* 2020;17 (in press).
- 174 Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry* 2012;200:393-8.
- 175 Nielsen M, Gøtzsche P. An analysis of psychotropic drug sales. Increasing sales of selective serotonin reuptake inhibitors are closely related to number of products. *Int J Risk Saf Med* 2011;23:125-32.
- 176 Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. *Addict* 2012;107:900-8.
- 177 Oswald I, Lewis SA, Dunleavy DL, Brezinova V, Briggs M. Drugs of dependence though not of abuse: fenfluramine and imipramine. *Br Med J* 1971;3:70-3.
- 178 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-9.
- 179 Read J, Timimi S, Bracken P, Brown M, Gøtzsche P, Gordon P, et al. Why did official accounts of antidepressant withdrawal symptoms differ so much from research findings and patients' experiences? *Ethical Hum Psychol Psychiatry* (submitted).
- 180 Public Health England. Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence Review. 2019; Sept. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/829777/PHE\\_PMR\\_report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/829777/PHE_PMR_report.pdf).
- 181 Nutt DJ, Goodwin GM, Bhugra D, Fazel S, Lawrie S. Attacks on antidepressants: signs of deep-seated stigma? *Lancet Psychiatry* 2014;1:102-4.
- 182 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/>.
- 183 Gøtzsche PC. Usage of depression pills almost halved among children in Denmark. *Mad in America* 2018; May 4. <https://www.madinamerica.com/2018/05/usage-depression-pills-almost-halved-among-children-denmark/>.
- 184 Chan A-W, Hróbjartsson A, Haahr MT, Gøtzsche PC, Altman DG. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials: comparison of protocols to published articles. *JAMA* 2004;291:2457-65.
- 185 Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003;326:1343-4.
- 186 Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- 187 Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363.

### Capítulo 3. Psicoterapia

- 1 Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015.
- 2 Gøtzsche PC. Chemical or psychological psychotherapy? *Mad in America* 2017; Jan 29. <https://www.madinamerica.com/2017/01/chemical-psychological-psychotherapy/>.
- 3 Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532–9.
- 4 Demyttenaere K, Donneau A-F, Albert A, et al. What is important in being cured from: Does discordance between physicians and patients matter? (2). *J Affect Disord* 2015;174:372–7.
- 5 Sørensen A, Gøtzsche. Antidepressant drugs are a type of maladaptive emotion regulation (submitted).
- 6 Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:142–9.
- 7 Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, et al. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open* 2013;26;3(4).
- 8 Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2006;8:201–15.
- 9 Breggin PR. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2008.
- 10 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 11 Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;5:CD012189.
- 12 Morrison AP, Turkington D, Pyle M, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1395-403.
- 13 Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 2006;16:214-28.
- 14 Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:332-7.

- 15 Harnisch H, Montgomery E. "What kept me going": A qualitative study of avoidant responses to war-related adversity and perpetration of violence by former forcibly recruited children and youth in the Acholi region of northern Uganda. *Soc Sci Med* 2017;188:100-8.
- 16 Nilsson Å. *Processen: möten, mediciner, beslut*. Stockholm: Natur & Kultur; 2017.

#### **Capítulo 4. Retirada de medicamentos psiquiátricos**

- 1 Gøtzsche PC. *Medicamentos mortais e crime organizado*. Porto Alegre: Bookman; 2016.
- 2 BBC. "My anti-depressant withdrawal was worse than depression." 2020 Mar 12. <https://www.bbc.co.uk/programmes/p086fjk7>.
- 3 Gøtzsche PC. Sundhedsstyrelsens råd om depressionspiller er farlige. *Politikens Kronik* 2010 Feb 6.
- 4 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 5 Gøtzsche PC. Prescription pills are Britain's third biggest killer: Side-effects of drugs taken for insomnia and anxiety kill thousands. Why do doctors hand them out like Smarties? *Daily Mail* 2015; Sept 15. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-3234334/Prescription-pills-Britain-s-biggest-killer-effects-drugs-taken-insomnia-anxiety-kill-thousands-doctors-hand-like-Smarties.html>.
- 6 Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015.
- 7 Gøtzsche PC. *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse*. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 8 Public Health England. Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence Review. 2019; Sept. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/829777/PHE\\_PMR\\_report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/829777/PHE_PMR_report.pdf).
- 9 Guy A, Davies J, Rizq R (eds.) *Guidance for psychological therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs*. London: APPG for Prescribed Drug Dependence; 2019 Dec.
- 10 Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37.
- 11 Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull* 2013;39:1363-72.
- 12 Timimi S. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. *Psychosis* 2019; Oct 30. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1685584>.

- 13 Gøtzsche PC, Sørensen A. The review on antidepressant withdrawal that Cochrane won't publish. Mad in America 2020; Feb 11. <https://www.madinamerica.com/2020/02/review-cochrane-wont-publish/>.
- 14 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018;391:1357-66.
- 15 Higgins JPT, Green S (eds.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
- 16 Gøtzsche PC. Rewarding the companies that cheated the most in antidepressant trials. Mad in America 2018; March 7. <https://www.madinamerica.com/2018/03/rewarding-companies-cheated-most-antidepressant-trials/>.
- 17 Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. BMJ Open 2019;9:e024886.
- 18 Gøtzsche PC. Why we need a broad perspective on meta-analysis: It may be crucially important for patients. BMJ 2000;321:585-6.
- 19 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? BMJ 2015;350:h2435.
- 20 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.
- 21 Groot P, van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. Ther Adv Psychopharmacol 2020 (paper under review). <https://iipdw.org/user-knowledge-psychotropic-drug-withdrawal/>.
- 22 [www.survivingantidepressants.org](http://www.survivingantidepressants.org). Surviving Antidepressants is a site for peer support, documentation, and education about withdrawal symptoms caused by depression pills, with more than 6,000 reports of patient experiences.
- 23 Inner Compass Initiative: The Withdrawal Project. <https://withdrawal.theinnercompass.org>. Resources for withdrawal from psychiatric drugs.
- 24 Hall W. Harm reduction guide to coming off psychiatric drugs. The Icarus Project and Freedom Center; 2012. [www.theicarusproject.net/resources/publications/harm-reduction-guide-to-coming-off-psychiatric-drugs-and-withdrawal/](http://www.theicarusproject.net/resources/publications/harm-reduction-guide-to-coming-off-psychiatric-drugs-and-withdrawal/).
- 25 Benzo buddies. Mutual-support environment for those who wish to withdraw from benzodiazepines. [www.benzobuddies.org](http://www.benzobuddies.org).
- 26 Recovery Road. Antidepressant & Benzodiazepine Withdrawal Support. [www.recovery-road.org](http://www.recovery-road.org).
- 27 Ashton CH. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. Newcastle: University of Newcastle; 2011. [www.benzo.org.uk/manual/](http://www.benzo.org.uk/manual/).



- 28 Toft B, Gøtzsche PC. Psykofarmakaepidemien kan bekæmpes. Information 2017; Apr 3. <https://www.information.dk/debat/2017/04/psykofarmakaepidemien-kan-bekaempes>.
- 29 Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 30 McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- 31 Christensen DC. Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system. Portland: Jorvik Press; 2012.
- 32 Ostrow L, Jessell L, Hurd M, Darrow SM, Cohen D. Discontinuing psychiatric medications: a survey of long-term users. Psychiatr Serv 2017;68:1232-8.
- 33 Groot P, van Os J. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. Psychosis 2018;10:142-5.
- 34 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538-46.
- 35 Sørensen A, Rüdinger B, Gøtzsche PC, Toft BS. A practical guide to slow psychiatric drug withdrawal. Copenhagen 2020; Jan 4. <https://www.deadly-medicines.dk/wp-content/uploads/A-practical-guide-to-drug-withdrawal.pdf>.
- 36 Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.
- 37 Simons P. Peer-support groups were right, guidelines were wrong: Dr. Mark Horowitz on tapering off antidepressants. Mad in America 2019; Mar 20. <https://www.madinamerica.com/2019/03/peer-support-groups-right-official-guidelines-wrong-dr-mark-horowitz-tapering-off-antidepressants/>.
- 38 Zinkler M, von Peter S. End coercion in mental health services—toward a system based on support only. Laws 2019;8:19.
- 39 Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. European Psychiatry 2011;26:201-7.
- 40 Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far, a review of the literature. Int J Soc Psychiat 2010;56:412–23.
- 41 Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. Forced medication in psychiatry: Patients' rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark. Clin Neuro-psychiatry 2019;16:229-33.
- 42 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. Published online Aug 12. Free access.
- 43 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD006391.

- 44 Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Mellemsgaard; 2019.
- 45 Breggin P. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2007.
- 46 What does akathisia and tardive dyskinesia look like? Videos of children and adults who have been permanently brain damaged by neuroleptics. Undated. <https://www.deadlymedicines.dk/lectures/>.
- 47 Moncrieff J. Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? PLoS Med 2015;12: e1001861.
- 48 Karon BP. All I know about Peter Breggin. In: The International Center for the Study of Psychiatry and Psychology. The Conscience of Psychiatry. The reform work of Peter R. Breggin, MD. New York: Lake Edge Press; 2009.
- 49 Gøtzsche PC. Forced drugging with antipsychotics is against the law: decision in Norway. Mad in America 2019; May 4. <https://www.madinamerica.com/2019/05/forced-drugging-antipsychotics-against-law/>.
- 50 Gottstein J. The Zyprexa papers. Anchorage: Jim Gottstein; 2020.

## **Capítulo 5. Kit de sobrevivência para jovens psiquiatras**

- 1 Drachmann H. Klinikchef må ikke længere arbejde som psykiater. Politiken 2013; Feb 1.
- 2 Hildebrandt S. Lars Søndergård mistænkes atter for at overmedicinere. Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 3 Hildebrandt S. ”Det er monstrøse doser af medicin.” Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 4 Schmidt M. Svar fra ledelsen i Psykiatrien Vest. Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 5 Hildebrandt S. Derfor er Lars Søndergårds supervisor sat under skærpet tilsyn. Dagens Medicin 2016; Mar 3.
- 6 <https://illnessquiz.com/schizotypal-personality-disorder-test/>.
- 7 Mayo Clinic. Schizotypal personality disorder. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizotypal-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353919>.
- 8 Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. Int J Risk Saf Med 2019;30:155-66.
- 9 Svensson P. Så stoppade GU-professor allmänhetens insyn i läkemedelsforskning. Göteborgs-posten 2018; Jan 20. <http://www.gp.se/nyheter/g%C3%B6teborg/s%C3%A5-stoppade-gu-professor-allm%C3%A4nhetens-insyn-i-l%C3%A4kemedelsforskning-1.5069930>.
- 10 Sternbeck P. Brallorna nere på professorn Elias Eriksson. Equal 2018; Jan 16.
- 11 Riksdagens Ombudsman. Kritik mot Göteborgs universitet för handläggningen av en begäran om utlämnande av allmänna handlingar m.m. 2017; Dec 20:Dnr 7571-2016.

- 12 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 13 Sveriges radio. Striden om de antidepressiva medlen. 2017; Aug 28. <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/943828?programid=412>.
- 14 Gøtzsche PC. National boards of health are unresponsive to children driven to suicide by depression pills. *Mad in America* 2020; Mar 15. <https://www.madinamerica.com/2020/03/children-driven-suicide-depression-pills/>.
- 15 Frankfurt HG. *On bullshit*. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
- 16 Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Läkemedelsverket 2016; Dec 8.
- 17 Barczyk ZA, Rucklidge JJ, Eggleston M, Mulder RT. Psychotropic medication prescription rates and trends for New Zealand children and adolescents 2008-2016. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2020;30:87-96.
- 18 UNICEF Office of Research. Building the future: children and the sustainable development goals in rich countries. *Innocenti ReportCard* 14; 2017.
- 19 Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek BL, Ian M. Problematic advice from suicide prevention experts. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 2018;20:79-85.
- 20 Whitaker R, Blumke D. Screening + drug treatment = increase in veteran suicides. *Mad in America* 2019; Nov 10. <https://www.madinamerica.com/2019/11/screening-drug-treatment-increase-veteran-suicides/>.
- 21 Gøtzsche PC. *Medicamentos mortais e crime organizado*. Porto Alegre: Bookman; 2016.
- 22 Videos of talks presented at the inaugural symposium for the Institute for Scientific Freedom. 2019; Mar 9. [https://www.youtube.com/playlist?list=PLoJ5D4KQ1G0Z\\_ZQo5AIIiuuspAKCnc49T](https://www.youtube.com/playlist?list=PLoJ5D4KQ1G0Z_ZQo5AIIiuuspAKCnc49T).
- 23 Medawar C, Hardon A. *Medicines out of Control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill*. Netherlands: Aksant Academic Publishers; 2004.
- 24 Stordrange IL. The happy pill. She survived 10 years of "torture" in psychiatry. 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=T4kVpNmYzBU&t=1s>. Version with Norwegian subtitles: <https://ingerlenestordrang.wixsite.com/lykkepillen>.
- 25 Gøtzsche PC. *Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself*. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 26 Hoel A. Cause of death: unknown. 2017; Mar 24. <https://www.imdb.com/title/tt6151226/>.
- 27 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.
- 28 Gøtzsche PC. Antidepressiva skader mere end de gavner. *Dagens Medicin* 2017; Mar 15.



- 29 Gøtzsche P. The meeting was sponsored by merchants of death. Mad in America 2014; July 7. <http://www.madinamerica.com/2014/07/meeting-sponsored-merchants-death/>.
- 30 Pedersen AT. Diagnosing Psychiatry. <https://vimeo.com/ondemand/diagnosingpsychiatryen>.
- 31 Pedersen AT. Debat: Vi har ret til at undre os. Journalisten 2017; May 8.
- 32 Christensen AS. DR2 undersøger Danmark på piller. 2013; Mar 20. <https://www.dr.dk/presse/dr2-undersoeger-danmark-paa-piller>.
- 33 Ditzel EE. Psykiatri-professor om DR-historier: ”Skræmmekampagne der kan koste liv.” Journalisten 2013; Apr 11. <https://journalisten.dk/psykiatri-professor-om-dr-historier-skraemmekampagne-der-kan-koste-liv/>.
- 34 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 35 Heilbuth PE. Pillens mørke skygge. DR1 2013; Apr 14.
- 36 Heilbuth PE. Dårlig presseetik, Politiken. Politiken 2013; Apr 19.
- 37 Thisted K. Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død! Ekstra Bladet 2015; Oct 24.
- 38 Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.
- 39 Spencer M. The Carter Center's guide for mental health journalism: don't question, follow the script. Mad in America 2020; Feb 23. <https://www.madinamerica.com/2020/02/carter-center-guide-mental-health-journalism/>.
- 40 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 41 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 42 Gøtzsche PC. Unwarranted criticism of “Psychiatry gone astray.” Mad in America 2014; Feb 20. <https://www.madinamerica.com/2014/02/unwarranted-criticism-psychiatry-gone-astray/>.
- 43 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.
- 44 Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. Forced medication in psychiatry: Patients' rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark. Clin Neuro-psychiatry 2019;16:229-33.
- 45 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. Published online Aug 12. Free access.

## Índice

- abrupta interrupção, 45-53, 194, 204  
abuso infantil, 182  
abuso sexual, 34, 87  
acatisia, 75, 92, 94, 121, 168, 170  
ADD, 29  
ADD, ver TDA  
ADHD, ver TDAH  
Admirável Mundo Novo, 39  
Aftonbladet, 184  
Agência Dinamarquesa de Medicamentos, 187  
Agência Europeia de Medicamentos, 79  
Agência Sueca de Drogas, 181  
Ahle, Gitte, 199  
álcool, 83  
Aliança Nacional de Saúde Mental, 196  
Andersen, John Sahl, 149  
anedota, 108, 109, 113  
anfetamina, 44, 84  
ansiedade, 26  
antidepressivos, ver pílulas da depressão  
antiepilépticos, 82  
anti-esquizofrênicas, 50  
antiético, 49, 53, 64, 109, 152  
antipsicóticos, ver neurolépticos  
antipsiquiatria, 26, 103, 106, 107, 176  
apologistas da psiquiatria, 180  
ardil-22, 151, 168  
asenapina, 83  
assédio, 34, 64-66, 106, 127, 133  
Associação Britânica de Psicofarmacologia, 105  
Associação Médica Britânica, 123  
Associação Psiquiátrica Americana, 25, 27, 52, 100, 170, 195, 196  
Associação Psiquiátrica Dinamarquesa, 35, 131, 168, 197, 198  
Associação Psiquiátrica Mundial, 42  
AstraZeneca, 49, 187, 188  
ataxia, 83  
atropina, 51  
Atterstam, Inger, 183  
ausência de cegueira, 50  
ausência por doenças, 44  
autoconfiança, 148  
autoeutanásia, 205  
autópsia psicológica, 107  
Autoridade de Segurança do Paciente, 129, 130, 174  
Baldwin, David, 100-110  
Bang, Janus, 189  
barbitúricos, 99  
Baum & Hedlund, 94  
benzodiazepinas, 44, 68, 99-101, 118, 144, 149  
besteira, 181  
Biederman, Joseph, 33  
Big Pharma, 25  
bloqueio de estrada, 57, 77, 133, 149, 150, 189  
Börjesson, Joakim, 177  
Bredkjær, Søren, 174  
Breggin, Peter, 14, 156  
Brun, Nikolai, 187  
bullying, ver assédio  
Burn, Wendy, 100, 108  
camisa de força química, 82  
Campanha de Depressão da Derrota, 11  
campos de concentração nazistas, 171, 206  
canábis, 83  
carteira de motorista, 19

- Carter Center's Guide for Mental Health Journalism, 195
- Causa da morte: desconhecida, filme, 186
- causas naturais, mortes por, 62
- cegueira, 50
- censura, 128, 183-186, 189, 198
- Centro Nórdico Cochrane, 64-68, 131, 133
- charlatão, 179, 180
- Christensen, Dorrit Cato, 150
- Churchill, Rachel, 136
- Cientologia, 37
- Cipriani, Andrea, 137
- Classificação Internacional de Distúrbios, 29
- clozapina, 49, 173
- cocaína, 44
- Cochrane Handbook of Systematic Reviews, 137
- Cohen, David, 42
- Colaboração Cochrane, 64-66, 121, 133, 139
- Colégio Real de Clínicos Gerais, 17, 103
- Colégio Real de Psiquiatras, 11, 100, 102, 108, 123
- Comissão de Recursos Psiquiátricos na Dinamarca, 168
- comportamentos compulsivos, 85
- comprimidos de divisão e cápsulas, 164
- Conselho de Psiquiatria Baseada em Evidências, 106, 121
- Conselho Nacional de Saúde dinamarquês, 109, 119
- Conselho Norueguês de Pesquisa, 60
- Conselhos de Saúde, 180
- conspiração, 107, 179, 180
- construção social, 29, 84
- controle social, 87, 171
- Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 170
- corporação psiquiátrica, ver guilda psiquiátrica
- correção falsa, 73
- Crawshaw, John, 182
- cristal, 84
- Dagens Nyheter, 184
- dano cerebral, 36, 38, 46, 58, 82, 90, 112, 114, 148, 159, 170, 202, 208
- dapoxetina, 79
- Davies, James, 100, 105, 106
- Delano, Laura, 133
- delírio alcoólico, 173
- Demasi, Maryanne, 35
- demência, 55, 90, 147, 172, 202
- demência, prevenção, 172
- denunciante, 108, 193
- dependência, 11-16, 84, 99-101, 118-125, 131, 139, 142, 179, 194
- depressão de abstinência, 53
- depressão psicótica, 31
- depressão, 51-54, 184
- depressão, prevenção, 48, 104, 138
- desequilíbrio químico, 12, 20, 33-39, 43, 122, 138, 148, 176, 177, 185, 190, 193, 202, 207
- dever ético, 60
- Diagnosticando a Psiquiatria, filme 30, 130
- diagnóstico colante, 31
- diagnóstico, abusivo, 108
- diagnóstico, post-mortem, 107
- diagnósticos psiquiátricos, 27-32
- Diálogo Aberto, 116
- dicas sobre a retirada, 152
- direitos humanos, 167
- Diretoria de Saúde da Islândia, 181
- discinesia tardia, 58, 168-170
- disfunção sexual, 78-80, 183

dissonância cognitiva, 70, 179, 190  
 doença genética, 53, 187, 202  
 Dolin, Wendy, 94  
 dopamina, 36  
 drogas anti-esquizofrênicas, 50  
 DSM, ver Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais  
 Eccleston, Chris, 139, 140  
 ecstasy, 44  
 ejaculação precoce, 79  
 eletrochoque, 11, 38, 112  
 Eli Lilly, 49, 53, 54, 60, 61, 70, 75-80, 170, 192  
 embotamento emocional, 41, 153, 205  
 Emslie, Graham, 70  
 enfeitiçamento medicamentoso, 16, 115  
 ensaio randomizado, 150  
 Epdrup, Bjørn, 124  
 Eriksson, Elias, 178-180  
 Escala de Síndrome Positiva e Negativa, 51  
 Escala Hamilton, 43, 51  
 espaço livre de força, 173  
 esquizofrenia, 26, 29, 33, 36, 47, 48, 56, 124, 172  
 esquizotipia, 30, 175, 198  
 estabilizador de humor, 14, 83  
 estigma, 13, 25, 26, 31, 59, 106-108, 208  
 Estimulação Magnética Transcraniana, 91  
 estimulantes, 44, 84  
 estudo OPUS, 60  
 estudo TIPS, 57  
 estudos de manutenção, 47, 53  
 estudos de retirada, ver estudos de manutenção  
 eufemismo, 14, 196  
 exame do cérebro, 62, 124, 187  
 falso reparo, 73  
 fanatismo religioso, 172  
 Fava, Giovanni, 183  
 FDA, 73, 79  
 festival de documentários de Copenhague, 186  
 Forest Laboratories, 109  
 fobia social, 43  
 Fortescue, Rebecca, 139  
 Frankfurt, Harry, 181  
 fraude social, 178  
 fraude, 23, 46, 55, 69, 84  
 Frydenlund, Jens, 156  
 fundadas ideologicamente, 179  
 Geoffroy, Marianne, 37  
 Gerada, Clare, 103  
 GlaxoSmithKline, 77, 94, 192, 193  
 Glenthøj, Birte, 36  
 Goodwin, Guy, 105, 106  
 Gordon, Peter, 108  
 Gottstein, 170  
 Groot, Peter, 154  
 grupo de depressão Cochrane, 136  
 Grupo Parlamentar Composto por todos os Partidos sobre Dependência a Drogas Prescritas, 122  
 guia para a retirada de drogas, 142  
 guilda psiquiátrica, 23, 47, 57, 59, 106, 121, 122, 129, 132, 136, 141, 171, 183  
 Gulag, 171  
 Hamrick, Blair, 193  
 Healy, David, 14, 78, 149, 194  
 Hearing Voices Network, 65  
 Hegelstad, Wenche ten Velden, 57  
 Heilbuth, Poul Erik, 192  
 Hetrick, Sarah, 138  
 Higgins, Julian, 137  
 Himwich, Harold, 24  
 Hindenburg, Paul von, 206  
 histórias de pacientes, 200  
 Hitler, Adolf, 206

Hoel, Anniken, 187  
 Høiby, Niels, 131  
 Holmgren, Allan, 125  
 homicídio, 74, 75  
 Horath, Ryan, 67  
 Horowitz, Mark, 121, 160  
 Hospital Universitário Akershus, 167  
 Huxley, Aldous, 39  
 Hyman, Steven, 39  
 iatrogênica, 31  
 ideologia, 179  
 ilusão, 89  
 Instituto Internacional para Retirada de Drogas Psiquiátricas, 124  
 Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados, ver NICE  
 Instituto Nacional de Saúde Holandês, 155  
 Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, 39, 50, 60, 70  
 Instituto para a Liberdade Científica, 183  
 interesses comerciais, 39, 141  
 intervalo de confiança, 34  
 Jacobsen, Torsten Bjørn, 198  
 James, Adrian, 101  
 Janssen, 49, 60, 61  
 Jarbin, Håkan, 181  
 Jauhar, Sameer, 104  
 Jefferson, Tom, 47  
 Jørgensen, Henrik Haring, 125  
 julgamento aleatorizado, 150  
 Kendall, Robert, 12  
 Kendall, Tim, 194  
 Kessing, Lars, 35-37, 172, 194  
 Kierkegaard, Søren, 115  
 kit de sobrevivência para jovens psiquiatras, 171  
 kit para iniciantes da psiquiatria, 31, 93  
 Kortegaard, Lisbeth, 125  
 Kristensen, Knud, 126-128, 195  
 La Vanguardia, 184  
 lamotrigina, 83  
 Lapônia, 116  
 lavagem ao cérebro, 13  
 Leber, Poul, 170  
 Leponex, 49, 173  
 licença por doença, 44, 116  
 licença por invalidez, 44, 116  
 Licht, Rasmus, 32  
 lítio, 81  
 lobotomia química, 205  
 loucura, 90  
 Lundbeck, 49, 60, 61, 109, 178, 186, 187, 189, 194, 195  
 Maj, Mario, 58  
 malária, 201  
 mania, 18, 82, 85, 169, 204  
 Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 28-30, 175, 196  
 Manual para Pacientes, 37  
 Manzoor, Amina, 183  
 McFerrin, Bobby, 28  
 McLaren, Niall, 26  
 medo, 13  
 Melle, Ingrid, 59-64  
 mentor de recuperação, 146  
 Merck, 54  
 meta-análise, 47  
 metanfetamina, 84  
 metilfenidato, 85  
 Middelboe, Thomas, 35  
 mídia, 183  
 MIND, Dinamarca, 125  
 Mind, Reino Unido, 118  
 Ministério da Saúde da Nova Zelândia, 182  
 Ministério Finlandês de Assuntos Sociais e Saúde, 181  
 modelo biomédico, 115  
 modelo biopsicossocial, 24-26, 27

modelo centrado na doença, 42  
 modelo centrado na drogas, 42  
 Moncrieff, Joanna, 14, 42, 106  
 Montagu, Luke, 121  
 morte natural, 63, 150, 171, 187  
 mortes, 54  
 Morto em Psiquiatria, 150  
 motorista belga de ônibus, 74  
 mudança de personalidade, 12, 193, 202-204  
 Müller-Oerlinghausen, Bruno, 193  
 Munkholm, Klaus, 172  
 National Alliance on Mental Illness, 196  
 Nazismo, 171, 180, 206  
 negligência médica, 20, 92, 93, 123, 173  
 Nemeroff, Charles, 108  
 neurolépticos, 11, 24, 46, 48-52, 55, 65, 67, 94, 96, 1176  
 New England Journal of Medicine, 55  
 NICE, 100-105  
 Nielsen, Margrethe, 149  
 Nissen, Julius, 37  
 Nordentoft, Merete, 60  
 normas culturais, 176, 198  
 notícias falsas, 195  
 número necessário para causar danos, 111  
 número necessário para tratar, 110  
 Nutt, David, 105, 106, 122  
 obrigação ética, 60  
 Os, Jim van, 154  
 Papéis Zyprexa, 170  
 paroxetina, 94  
 Pedersen, Anahi Testa, 30, 175, 188  
 Pedersen, Anders Gersel, 194  
 pessoas de apoio, 145  
 Pfizer, 71, 192  
 piloto aéreo alemão, 74  
 pílula soma, 39  
 pílulas da depressão, 11, 68, 94  
 pílulas da felicidade, 78, 143, 182, 186, 190  
 piores julgamentos, 135  
 Politiken, 193  
 prevenção da depressão, 48, 104, 138  
 prevenção de psicoses, 48  
 Priligy, 79  
 problemas de memória, 21  
 processo de retirada, 18, 121, 129, 142-148, 156  
 prolongamento da QT, 59  
 prova circular, 177  
 prova de doença mental, 168  
 psicoeducação, 13, 87  
 psicólogos, 146  
 psicose, 46, 57, 90, 116, 173  
 psicose, prevenção, 48  
 psicoterapia comportamental dialética, 116  
 psicoterapia de regulação das emoções, 115  
 psicoterapia, 14, 26, 93, 114, 146  
 psiquiatria biológica, 24-27, 89, 115, 172  
 Psiquiatria Melhor, 16  
 Psiquiatria na Região da Capital, 21, 30, 35, 129, 131, 172  
 Public Health England, 105, 123  
 pushback, 121, 125, 129  
 p-valor, 34  
 qualidade de vida, 77, 86, 153, 196  
 quebra da cegueira, 50  
 Rasi, Guido, 79  
 Rasmussen, Poul Nyrup, 151  
 reações de abstinência, 168  
 recuo, 125  
 Rede de Ouvidores de Vozes, 64  
 Reed, John, 100  
 Rees, Paul, 102  
 regulação adequada das emoções, 114

regulamentação inadequada das emoções, 114  
 regulamento emotivo adaptativo, 116  
 relatório de estudo clínico, 70  
 relatórios de estudos clínicos, 74-76, 138  
 resultado substituto, 70  
 resultados irrelevantes, 52  
 retirada de medicamentos psiquiátricos, 118  
 Revisão Cochrane, 47, 86  
 revisão sistemática, 45  
 revistas médicas, 183  
 Riisgaard, Ole, 127  
 Ritalina, 85  
 rofecoxib, 54  
 Roupas Novas do Imperador, 137  
 Rüdinger, Bertel, 125, 133  
 Runciman, Olga, 36, 125  
 saúde baseada em evidências, 56  
 saúde mental, 108  
 Saúde Pública da Inglaterra, 105, 123  
 Schmidt, Michael, 173  
 sertralina, 204  
 Sharfstein, Steven, 25  
 show trial, 135, 171  
 sintomas de abstinência, 41, 99, 112, 143, 150, 156-160  
 Sloth, Kristian, 172, 198  
 SmithKline Beecham, 79  
 Soares-Weiser, Karla, 139, 140  
 sobreviventes da psiquiatria, 13, 141, 146  
 Søndergård, Lars, 37, 173  
 Sørensen, Anders, 38, 132, 136, 149, 188  
 Stjernholm, Anders, 190  
 Stofkooper, David, 204  
 Strandberg, Silje Marie, 184  
 suicídio, 54, 58, 69-74, 90-96, 103, 109, 133, 151, 179, 181, 192, 194, 204, 205  
 suicídios em crianças, 180  
 survivingantidepressants.org, 8  
 Svenska Dagbladet, 183  
 tabela de abstinência, 163  
 Taylor, David, 121  
 TDAH, 28, 29, 32, 33, 44, 45, 84-89, 190  
 teoria conspiratória, 107  
 terapia cognitivo-comportamental, 115  
 Thirstrup, Steffen, 149  
 Tiihonen, Jari, 67  
 Timimi, Sami, 87, 108, 133  
 TIPS, estudo, 57  
 Toft, Birgit, 125, 144  
 Toft, Stine, 16  
 Torrey, Edwin Fuller, 64  
 Tovey, David, 141  
 Trans-Cranial Magnetic Stimulation, 91  
 transtorno bipolar juvenil, 33  
 transtorno bipolar, 17, 20, 31-33, 80-85, 91  
 transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, ver TDAH  
 transtorno de déficit de atenção, ver TDA  
 transtorno de desenvolvimento neurológico, 28  
 transtorno de personalidade esquizotipado, 30, 175, 198  
 transtorno de personalidade limítrofe, 87, 91, 92  
 transtorno esquizoafetivo, 185  
 tratamento forçado, 167  
 trauma, 13, 34, 59, 65, 116, 168  
 tribunal de canguru, 67, 169  
 União Soviética, 109  
 Universidade Emory, 108, 152

Vestergaard, Jan, 131  
vício, ver dependência  
vida sexual, 78  
Videbech, Poul, 35-38, 90, 129, 190  
Vinberg, Maj, 187-189  
violência, 53, 74, 69-74, 85, 121, 170  
Vioxx, 54  
Wessely, Simon, 103  
Whitaker, Robert, 14, 49, 58, 67, 125,  
172, 178-183  
Wiinberg, Ulf, 109  
Wilson, Mark, 64-66, 133, 134  
World Psychiatry, 58  
Young, Allan, 105  
zumbi, 56, 170, 177, 187, 204, 205