

W. Keim: Spørsmål til alle:

Gjør antipsykotika mer skade enn nytte?

Ja/Nei

Burde alle pasienter få selv bestemme om å få medisinfri behandling?

Ja/Nei

PS: Alle får kort kommentere spørsmålet

Debatt medisinfri behandling

Er medisinfrie behandlingssenheter (ca. 50 av 5000):

- Faglig forsvarlig?
- Mangler evidens?
- Kunnskapsløst tiltak?
- Eksperimentell?
- Uetisk?
- Tilbakeskritt?
- Sjansespill?
- **Gigantisk feilgrep? (Tor K. Larsen)**

Innhold

«Antipsykotisk» medisin: Nye forskningsresultater

- Oppringelse
- Symptomlindring FEP akutt
- Vedlikehold
- langtidsmedisinering

Alternativer

Open dialogue

Konklusjon

Whitakers og Gøtzsches konklusjoner

Hva gjør aktørene og hvorfor gjør de det?

Paradigmeskifte i psykiatrien?

Hvilken positiv effekt (evidens) bygger behandlingen på?

Bidrar behandlingen til at pasientene blir frisk (recovery)?

Er psykiatrisk praksis vitenskapelig basert?

Hva kan gjøres?

60 år psykofarmaka

Psykofarmaka ble ansett som **revolusjon** for psykosebehandling på linje med penicillin, insulin

For «det store flertallet bidrar medisiner til symptomlette, funksjonsbedring og høyere selvrapportert livskvalitet»

13. 3.2017 Tidsskr Nor Legeforen 2017

Er schizofreni en uhelbredelig sykdom som krever medisinerer livet ut?

Bruk av psykofarmaka stiger (**epidemi**), men det blir stadig flere uføre: Er dette **paradigme mislykket**?

Mennesker med schizofreni **ca. 20 år kortere** enn andre og bare ca. en femtedel blir frisk (recovery)

Psykiatriciens syn på medisinerer

Medisinerer med antipsykotika støtter seg på evidens at korttidsstudier viser symptomdemping

Er psykotiske symptomer etter seponering tilbakefall av sykdommen eller abstinens?

Her antar **psykoseveileder at det er tilbakefall** og ignorerer abstinensproblematikken

Medisin så god at studier med umedisinerte ble ansett uetisk: John R Bola. 2005 (**Medication-Free Research** in Early Episode Schizophrenia: Evidence of Long-Term Harm?)

Kritikk av medisineringspraksis

Rosenhahn eksperimentet viser at diagnoser ikke er valid og reliabel, DSM «vedtar» nye diagnoser

Det er feil at psykoseveileder antar tilbakefall og forskningen ignorerer abstinesproblematikken

John R Bola. 2005 (Medication-Free Research in Early Episode Schizophrenia) fant mer enn 4 studier som viste positive effekter etter medisinfri. Forbud mot forskning på medisinfri er feil.

The Council for Evidence-based Psychiatry ser på «recovery» og inkluderer langtidsstudier

Robert Whitaker: *Anatomy of an Epidemic*: økende bruk forårsaker økt uføretrygd

NORMENTs feil framstilling

Antipsykotiske medisiner er effektive medikamenter ved schizofreni, og har de senere år også blitt tatt i bruk ved bipolar lidelse. Medisinene virker ikke like godt hos alle pasienter og har begrenset effekt på de primære symptomene hos rundt 20 prosent av de som behandles.

Standardbehandling oppnår 8,1 til 20% recovery med ca. 70% langtidsmedisinering. Open dialogue med 83% medisinfri langtids realiserer recovery slik at schizofreni per år reduseres til en tiendedel, sykdom/uføretrygd reduseres til en tredjedel og **recovery mer enn firedobler.**

Effekt «antipsykotika»

Leucht et al 2009 41%-24%placebo=18% av pasientene får 50% symptomlindring (FEP). Lengden varierer mye er typisk 3 måneder

Leucht et al 2017 23% minus 14% placebo dvs. 9% (akutt) NNT (Number Needed to Treat)=11

Paulsrud utvalg kap. 9.2.2 vedlikeholdsbehandling: 25% får mindre tilbakefall NNT=4

Sohler et al. 2016, FHI: ISBN 978-82-8121-958-8
ingen evidens for langtidsbehandling med antipsykotika

60 års bruk var eksperimentell og uetisk

Kritikk effekt

[Leucht et al 2012](#) omhandler vedlikehold. Studiene omfatter mellom 7 og 12 måneder. Videre forskning «"focus on outcomes of social participation and clarify the long-term morbidity and mortality.. nothing is known about the effects of antipsychotic drugs compared to placebo **after three years**»

[Bola et al. Cochrane.org 2011](#) fant bare 5 studier som var reelle placebo studier, andre er seponering. Deriblant [Rappaport et al 1978](#) 35% færre innleggelseser uten antipsykotika etter 3 år

«Antipsykotisk» medisin

- bivirkninger sløvhet, skjelving, overvekt, psykisk syke har **15 til 20 år redusert levealder**
- **Council for Evidence-based Psychiatry**: Ser på recovery
- **Martin Harrows langtidsforsøk** 2008: medisinfri behandling: 50% i arbeid, antipsykotisk med. 5 %
- **Harrow et al., 2017**: Negativ evidens langtid av **Wunderink, Moilanen, Jääskeläinen et al., Danish OPUS trials, Lincoln and Jung, Bland**
- **Gøtzsche 2015**: «vi kan redusere vort nuværende forbrug af psykofarmaka med 98 % og samtidig forbedre folks mentale sundhed og overlevelse.»
- Robert Whitaker: **Anatomy of an Epidemic**: økende bruk samvarierer/**forårsaker økt uføretrygd**

Er «antipsykotika» giftig?

- Det blir fortied at nevroleptika er gift (Deniker P. 1960)
- Clare Parish 2011 «Antipsychotic deflates the brain»
- Ingen evidens for bruk etter 3 år (Leucht et al. 2012)
- Nesten alle studier er seponeringsstudier (Bola et al. 2011), ikke ekte placebo
- Økt medikamentbruk av nevroleptika og antidepressiva fører til økt uføretrygd: Whitaker: Causation, Not Just Correlation: [Increased Disability in the Age of Prozac.](#)
- «(S)amlet set er psykofarmaka den tredjehyppigste dødsårsag i vestlige lande, etter hjerte-kar-sygdomme og kræft» (Gøtzsche 2015)

Alternativer til nevroleptika

På 1950-tallet, da "antipsykotika" først kom i bruk, innså psykiaterne at de var giftige stoffer
([Joanna Moncrieff, 13. august 2013](#). Deniker P. Compr Psychiatry 1960 Apr; 1: 92-102.)

Resultat av Open dialogue med 83% medisinfri langtids realiserer recovery er at schizofreni per år reduseres til en tiendedel, sykdom/uføretrygd reduseres til en tredjedel og recovery mer enn firedobler. Sammenliknet har standardbehandling 8,1 til 20% recovery med ca. 70% langtidsmedisinering

Flere studier viser at medisinfri behandling har bedre effekt f. eks. [Morrison et al 2014](#), [Grant et al 2017](#), [Klingberg et al. 2012](#), [Hutton P, Taylor PJ 2014](#)

Medisinfri har bedre effekt

Morrison et al. 2012 konkluderer med $NNT=2$ symptomreduksjon med hjelp av kognitive terapi, dvs. at bare 2 pasienter som må behandles for at en ekstra pasient skal oppnå bedring. Med nevroleptika er det 6 ifølge Leucht et al. 2009.

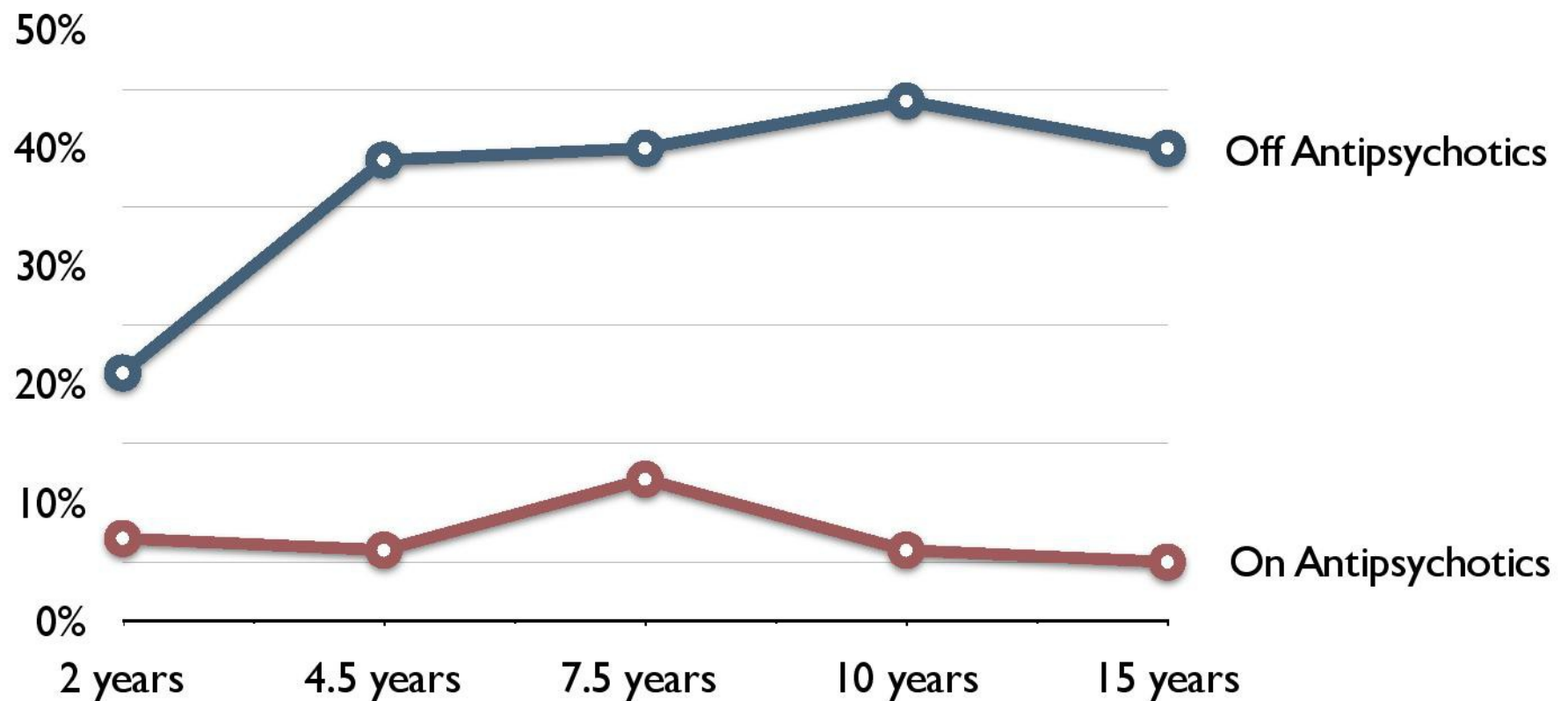
Effekten av fysisk aktivitet er dokumentert å være bedre (**Gorczynski P et al. 2010**) sammenliknet med standard behandling med medisiner.

Grant et al 2017 viser at «Recovery-Oriented Cognitive Therapy» «significant benefits for individuals assigned to CT-R compared with standard treatment»

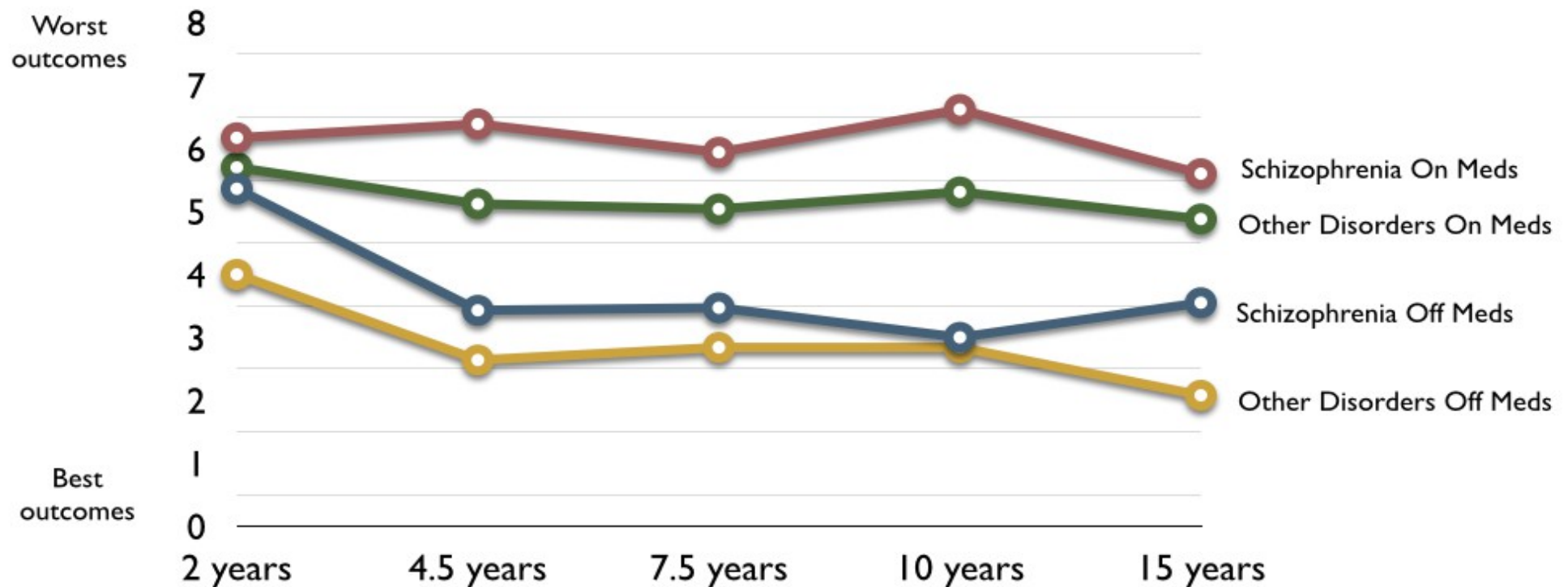
Martin Harrow

Journal of Nervous and Mental Disease 195
(2007):406-14:

Long-time Recovery Rate of Schizophrenia Patients



Global Adjustment of All Psychotic Patients

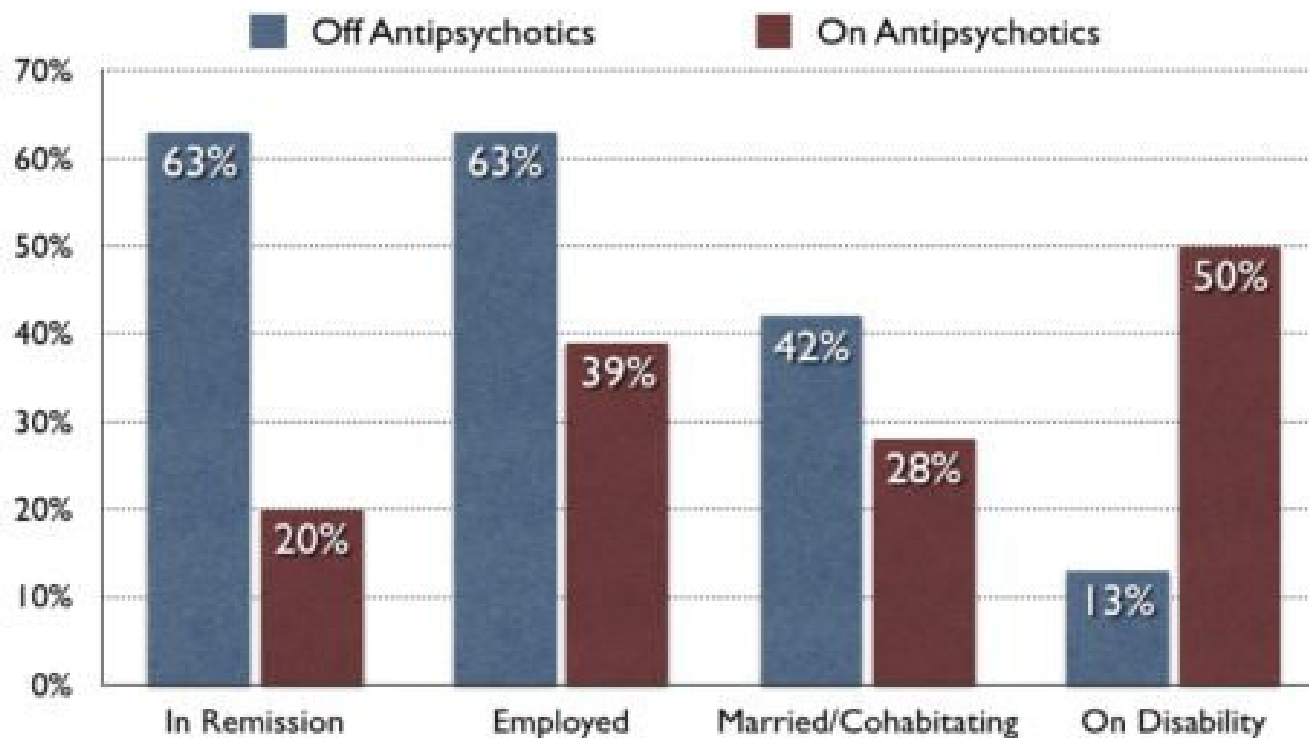


Source: Harrow M. "Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications." *Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (2007):406-14.

Harrow, M. 2012

Uføretrygging øker

Outcomes at Age 34 in Birth Cohort Study



Moilanen, J. "Characteristics of subjects with schizophrenia spectrum disorder with and without antipsychotic medication – A 10-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort study ." *European Psychiatry* 28 (2013):53-58.

FHI om Psykososial behandling

Psykososial: Kognitiv-, familie-, gestalt-, gruppe-, eksponerings-, affekt-, aksept-, adferdsterapi

Vi fant ingen studier som hadde evaluert effekt av psykososial behandling uten bruk av antipsykotika sammenlignet med psykososial behandling der pasienter med aktiv psykose samtidig får antipsykotika

Psykososial behandling sammenlignet med bruk av antipsykotika ble ekskludert

Effekt av psykososial behandling ikke med

FHI om fysisk aktivitet

Vi fant ingen relevante studier. Vi vet derfor ikke om fysisk aktivitet med eller uten antipsykotika er mest effektivt.

Gorczynski et al 2010 dokumenterer positiv effekt både på mental og fysisk helse hos personer med schizofreni. Ikke nevnd i sammendrag

Alternativer

Alternativer til TAU (Treatment as usual):

- Open dialogue
- Recovery-Oriented Cognitive Therapy (CT-R),
- SOTERIA APPROACH,
- HEARING VOICES APPROACH,
- HARM REDUCTION APPROACH (Will Hall),
- SHARED DECISION MAKING (Deegan, 2007;
Deegan & Drake, 2007; Roe & Swarbrick, 2007)

Mindre doser->Medisinfri

Standardbehandling: vedlikehold for 70% (TIPS) og 75%
Svedberg 2001: 8,1-20% recovery

Open dialogue 17% (83% medisinfri) samvarierer med en reduksjon av sykdom/uføretrygt til en tredjedel og schizofreni til en tiendedel samt økning av recovery til mer enn 80%

Morrison et al. 2012 «A response rate analysis found that 50% of participants achieved at least a 50% reduction in PANSS (syptomer) total scores by follow-up» dette tilsvarer NNT=2 med hjelp av kognitive terapi, dvs. at bare 2 pasienter som må behandles for at en ekstra pasient skal oppnå bedring. Med nevroleptika er det NNT=6 ifølge Leucht et al. 2009.

Open Dialogue

- 80% recovery langtids effekt
- Forekomsten av schizofreni ned til 1/10 per år
- etter 5 år 17% på nevroleptika
- 19 % var syk/uføretrygdet
- Standard behandling: “(b)etween 8,1 and 20% achieve clinical recovery ([Jaaskelainen et al., 2013](#))
- Tradisjonell behandling: [Svedberg 2001](#):
 - 75% på nevroleptika etter 5 år
 - 62 % uføretrygdet eller syk



Dialogical practice is effective

Open Dialogues in Tornio – first psychosis, 5 years follow-up 1992- 1997 (Seikkula et al., 2006):

- - 35% needed antipsychotic drugs
- - 81% no remaining psychotic symptoms
- - 81% returned to full employment

Outcomes stable 2003 – 2005 (Seikkula et al, 2011):

- - DUP decreased to three weeks
- - Few new schizophrenia patients (from 33 to 2/100,000 every year)
- - 84% returned to full employment

Sammenlikning med standard behandling

COMPARISON OF 5-YEARS FOLLOW-UPS IN WESTERN LAPLAND AND STOCKHOLM

	ODAP Western Lapland 1992-1997 N = 72	Stockholm* 1991-1992 N=71
Diagnosis:		
Schizophrenia	59 %	54 %
Other non-affective psychosis	41 %	46 %
Mean age years		
female	26.5	30
male	27.5	29
Hospitalization		
days/mean	31	110
Neuroleptic used	33 %	93 %
- ongoing	17 %	75 %
GAF at f-u	66	55
Disability allowance or sick leave	19 %	62 %

- *Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Social Psychiatry*, 36:332-337.

Why is Dialogical Practice Effective?

- 1) Immediate response to crisis: utilizes emotional and corporeal affective elements in crisis
- "open window"
- 2) Polyphony both horizontally and vertically
- 3) Focus on generating dialogue in the meeting:
all voices heard leading to cooperation
- 4) Avoids medication that affects central nervous system - antipsychotics meds can reduce brain tissue (shrink brain) (Andreasen et. al., 2011)
and psychological resources (Wunderink, 2013)

I believe there are 4 things
that lead to such good results.

Paradigmeskifte?

Fra symptombehandling til recovery: WHO, nasjonal strategi i mange land: Norsk opptrappingsplan

Open dialogue mer enn 4-dobler recovery og reduserer schizofreini til 1/10 del per år

Standard behandling forsvares med å hevde at schizofreni er kronisk

Motstand mot medisinfri behandling et gufs fra fortiden

WHO study 1992

- «in the developing countries, only 15.9% of patients were continuously maintained on neuroleptics, compared to 61% of patients in the U.S. and other developed countries.»
- «63.7% of the patients in the poor countries were doing fairly well at the end of two years. In contrast, only 36.9% of the patients in the U.S. and six other developed countries were doing fairly well at the end of two years.»
- Mange flere slike studier 1950-2014

A Profession in Denial: Psychiatry's 6 head-in-the-sand responses to criticism

1. The critic lacks expertise or objectivity
2. The harm is a result of the underlying illness, not our treatments (Brain Shrinkage)
3. We are on the cusp of a major scientific breakthrough
4. The damage is justified
5. Our treatments save lives
6. We never really believed that (chemical imbalance myth)

Hva burde myndigheten gjøre?

- **Legemiddelverket oppfordres å slutte** å legitimere helseskadelig langtidsmedisinering med antipsykotika: Hverken Felleskatalogen, Pasientsikkerhetsprogrammet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Kunnskapssenteret reagerer
- **Helsedirektoratet oppfordres å slutte** å legitimere umenneskelig, grusom og nedverdiggende behandling, som skader pasientene
Helsedepartement må styrke tilsynet av Fylkesmannen: tvangsmedisinering.

Legenes definisjonsmakt

- Trumfer vitenskapelig dokumentasjon (psykiatri)
- Fylkeslegen og helsetilsynet svikter rettighetene
- Regjeringen overser eller legaliserer ulovlig praksis (f. eks. **ransaking**) og legenes innspill og svikter menneskerettigheter
- Kontrollkommisjoner og domstoler tror blind på psykiatriens påstander
- Stortinget snakker bare om menneskerettigheter men er avmektig og handlingslammet
- Sivilombudsmann svikter sitt lovbestemte oppdrag angående menneskerettigheter

Konklusjon om psykiatri

Psykiatrisk tvangsbehandling byrde forbys:

- ifølge FNs torturtilsyn og CRPD
- Langtidsmedisinering med antipsykotika er helseskadelig

Hvorfor **legitimerer** den velmenende formynder-staten tvang som byrde forbys ifølge torturtilsynet?

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot totur:

“Pasienter som var tvangsmedisinert hadde imidlertid stort sett negative opplevelser som blant annet ble beskrevet som «forferdelig», «grusomt», og «tortur».”

Hvorfor?

- Hvorfor snakker Stortinget bare om selvbestemmelse og menneskerettigheter?
- Borgerne og offentligheten er ikke informert:
 - Hvorfor skriver ingen journalister om det?
 - Hvorfor blir ingen av mine **leserbrev** publisert?
- Hvorfor er Stortinget som skulle «ha all makt» en handlingslammet avmakt? Er ingen velgerstemmer å hente?
- Hvorfor finner offentligheten og mesteparten av pasientene seg i det?

Min konklusjon

- Mine kjepphester: studerte (vitenskap), selvbestemmelse (rettigheter) og transparens
- Psykiatrisk praksis: uvitenskapelig, krenker selvbestemmelse med tvang, intransparent
- Reaksjon: reservasjon mot **sedering** og **tvang** (undersøkelse, diagnostisering, behandling)
- ca. 40 **leserbrev**, ca. 800 refusjoner
- Helsedirektoratet, Folkehelseinstitutt

Peter C Gøtzsche konkluderer 2018

Firstly, the effects of psychiatric drugs are not specific.

Secondly, the research in support of the paradigm is flawed

Thirdly, the widespread use of psychiatric drugs has been harmful for the patients.

Fourthly, all attempts at showing that psychiatric disorders cause brain damage that can be seen on brain scans have failed.

Gøtzsches kritikk og løsning:

Almost all placebo-controlled trials are flawed due to their cold turkey design

The trials are insufficiently blinded

Selective reporting of outcomes is very common and can be very serious

Selective reporting of outcomes is very common and can be very serious

Psychiatry needs a revolution. Reforms are not enough. We need to focus on psychotherapy

Avslutning

Spørsmål?

Kommentarer?

Hva har dere lært?

Har noen skiftet mening?

Takk for meg