

DODELIJKE PSYCHIATRIE EN
STELSELMATIGE ONTKENNING

Peter C. Gøtzsche

**DODELIJKE
PSYCHIATRIE EN
STELSELMATIGE
ONTKENNING**

Schadelijke medicijnen,
gedwongen behandeling
en overdiagnostiek

Vertaald door Dick Lagrand

Met een inleiding van Dick Bijl

Lemniscaat

Oorspronkelijke titel: *Deadly Psychiatry and Organised Denial*

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

Peter C Gøtzsche has asserted his right under the Copyright, Designs and Patents Act 1988 to be identified as the author of this work

Published by arrangement with People'sPress

Nederlandse rechten: Lemniscaat b.v., Rotterdam, 2016

© Nederlandse vertaling: Dick Lagrand

© Inleiding bij de Nederlandse editie: Dick Bijl

Vormgeving: Marc Suvaal

ISBN 978 90 477 0841 4

NUR 870

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Druk: Drukkerij Wilco, Amersfoort

Bindwerk: Stronkhorst – Van der Esch, Groningen

Dit boek is gedrukt op milieuvriendelijk, chloorvrij gebleekt en verouderingsbestendig papier en geproduceerd in de Benelux, waardoor onnodig milieuverontreinigend transport is vermeden.

Inhoud

Inleiding bij de Nederlandse editie door Dick Bijl

‘Iedereen heeft recht op zijn eigen mening, maar niet op zijn eigen feiten’ 9

Peter C. Gøtzsche, *Dodelijke psychiatrie en stelselmatige ontkenning* 23

1 Inleiding 25

Britse zilverruggen en de stelselmatige ontkenning binnen de psychiatrie 29

2 Wat betekent het om geestesziek te zijn? 39

Bij zinnen blijven op een krankzinnige plek 43

Kijk uit voor demonen 47

Laat er stoornis zijn 48

Psychofarmaca leiden tot veel onjuiste diagnoses 55

De goedheidsindustrie 57

Patiënten zijn geen consumenten 58

Meer grappige schijndiagnoses 59

3 Depressie 62

Bevolkingsonderzoek naar depressie 62

Antidepressiva werken niet tegen depressie 67

Andere belangrijke tekortkomingen van placebo-gecontroleerd onderzoek 74

Fluoxetine, een verschrikkelijk geneesmiddel, en omkoping in Zweden 76

Schadelijke bijwerkingen van antidepressiva worden vaak ontkend of gebagatelliseerd 79

- De FDA beschermt Eli Lilly 81
 - In gerandomiseerde onderzoeken worden lang niet alle zelfmoorden gerapporteerd 86
 - De meta-analyse van de FDA over zelfmoorden in onderzoeken met honderdduizend patiënten deugt van geen kanten 89
 - Nog een slinkse streek: patiëntjaren in plaats van patiënten 101
 - Casusbeschrijvingen van zelfmoorden door SSRI's 102
 - Acathisie is de hoofdschuldige 119
 - Lundbeck: 'Onze geneesmiddelen beschermen kinderen tegen zelfmoord' 122
 - Volkomen misleidende observationele onderzoeken naar zelfmoord 124
 - Antidepressiva kunnen tot doodslag leiden 133
 - De pillen die je seksleven verwoesten 140
 - Schade aan de foetus 142
 - De fraude en leugens van GlaxoSmithKline 145
 - Onderzoek 329 naar paroxetine bij kinderen en jongvolwassenen 148
 - Het STAR*D-onderzoek: een geval van consumentenbedrog? 150
- 4 Angst 156**
- Slaappillen 159
- 5 ADHD 161**
- ADHD bij kinderen 161
 - ADHD bij volwassenen 166
 - Geneesmiddelen tegen ADHD 170
 - Geneesmiddelen tegen ADHD bij kinderen 171
 - Geneesmiddelen tegen ADHD bij volwassenen 176
 - Letsel door geneesmiddelen tegen ADHD 177
- 6 Schizofrenie 181**
- Menselijke proefkonijnen in Amerika 185
 - Chemische lobotomie 187
 - Onderzoek naar geneesmiddelen voor schizofreniepatiënten 191
 - Voor veel mensen zijn antipsychotica dodelijk 201
 - Het verhaal van een patiënt 204
 - Hoe push je antipsychotica? 206

- De misdaden van Eli Lilly met olanzapine 210
- Stigmatisering 213
- Stemmen horen 215

- 7 **Bipolaire stoornis** 216
 - ‘Stemmingsstabilisatoren’ 220
 - De ervaring van een jongeman 222

- 8 **Dementie** 224
 - Met psychoactieve middelen maken we mensen dement 232

- 9 **Elektroshock** 234

- 10 **Psychotherapie en lichaamsbeweging** 239
 - Psychotherapie voor angst en depressie 241
 - Psychotherapie voor obsessief-compulsieve stoornis 244
 - Psychotherapie voor schizofrenie 246
 - Lichaamsbeweging 252

- 11 **Wat gebeurt er in de hersenen?** 254
 - Het is verkeerd om psychiatrische geneesmiddelen ‘anti’-iets te noemen 254
 - Onderzoek naar genetische factoren en transmitters 259
 - Chronisch hersenletsel 261
 - Verslaving aan psychiatrische geneesmiddelen 266
 - Toezichthouders op geneesmiddelen: het verlengstuk van de farmaceutische industrie 270
 - Geneesmiddelenverslaving interpreteert men vaak ten onrechte als een terugval in de ziekte 271
 - De nonsens over een verstoord chemisch evenwicht 278

- 12 **Stoppen met psychiatrische geneesmiddelen** 282
 - De ergste geneesmiddelenepidemie ooit 282
 - Hoe krijgen we het voor elkaar? 286

- 13 Georganiseerde misdaad, corruptie van mensen en wetenschap, en ander onheil** 294
- Hoe Lundbeck citalopram eeuwig jong hield 302
 - De fantasiewereld van de psychiatrie 304
 - Een Deense heksenjacht 308
 - Een lezingentour in Australië 314
 - Psychiatrie is geen *evidence-based medicine* 318
 - Kunnen we de psychiatrie hervormen of is er een revolutie nodig? 322
- 14 Dodelijke psychiatrie en doodlopende wegen** 326
- Het verband tussen psychoactieve geneesmiddelen en doodslag 329
 - Hoe weinig geneesmiddelen hebben we nodig? 333
 - Hoeveel mensen worden er door psychoactieve middelen gedood? 338
- 15 Er moet een verbod komen op dwangbehandeling en onvrijwillige opsluiting** 344
- Mensenrechten in Europa 345
 - Dwangbehandeling 346
 - Patiëntenrechten 347
 - Mijn commentaar 349
 - Dwangbehandeling moet verboden worden 355
 - De Verenigde Naties verbieden dwangbehandeling en onvrijwillige opsluiting 367
 - Lieve Luise 371
- 16 Wat kunnen patiënten doen?** 388
- 17 Wat kunnen artsen doen?** 394
- 18 Nuttige websites** 401
- Noten** 404
- Register** 457
- Dankwoord** 464
- Over de auteur** 465

Inleiding bij de Nederlandse editie

‘Iedereen heeft recht op zijn eigen mening,
maar niet op zijn eigen feiten’

Door Dick Bijl, arts en epidemioloog

Onafhankelijk onderzoek

Peter Gøtzsche is boos. Hij stelt vast dat de psychiatrie in een diepe crisis is beland. Kinderen plegen zelfmoord door ondeugdelijke geneesmiddelen. Psychiaters schrijven massaal psychofarmaca voor die vaak meer bijwerkingen en sterfte tot gevolg hebben dan dat ze bijdragen aan een beter leven van de patiënten. Bovendien schrijven psychiaters geneesmiddelen op onjuiste gronden voor, met zelfmoorden en moorden als gevolg. Volgens Gøtzsche overlijden in Europa en de vs jaarlijks circa 500.000 patiënten door het gebruik van psychofarmaca. Daar komt bij dat fabrikanten en onderzoekers in de psychiatrie op grote schaal fraude plegen, terwijl veel psychiaters ontkennen dat er problemen in hun vakgebied zijn en discussies uit de weg gaan. Er is werkelijk sprake van *stelselmatige ontkenning*, zoals de titel van dit boek zegt.

De psychiatrie is een belangrijk en boeiend vakgebied in de geneeskunde en psychiaters zijn voor patiënten een steun in hun leven. Maar de kritische berichten van Peter Gøtzsche over de psychiatrie en psychofarmaca kunnen niet worden genegeerd. In zijn vorige boek *Dodelijke medicijnen en georganiseerde misdaad* was Gøtzsche al duidelijk over de psychiatrie: het is het paradijs van de farmaceutische industrie. Dat boek heeft ook in Nederland heel wat losgemaakt. Theatergroep De Verleiders heeft over deze industrie een spraakmakend programma gemaakt in de geest van Gøtzsche, getiteld *Slikken of stikken*.

Ik ga hieronder eerst de feiten bespreken die Gøtzsche aan de orde stelt in zijn nieuwe boek *Dodelijke psychiatrie en stelselmatige ontkenning* en zal

vervolgens ingaan op de situatie in Nederland. Want klopt het wat Gøtzsche schrijft, is zijn boosheid terecht? En zo ja, wat moet er dan veranderen? En wie moeten die veranderingen initiëren?

Eerst een korte terugblik waardoor de huidige situatie beter kan worden begrepen. Psychologen en psychiaters zijn al decennialang in een 'strijd' verwickeld over wie de beste resultaten kan bereiken bij psychische en psychiatrische problemen. In de jaren zeventig stelde de Utrechtse hoogleraar psychiatrie Herman van Praag tijdens colleges voor studenten geneeskunde dat er aanwijzingen waren dat antidepressiva mogelijk effect konden bewerkstelligen bij bepaalde patiënten met depressie, een veelbelovend bericht omdat ernstige depressies moeilijk te behandelen waren.

Eind jaren tachtig en begin jaren negentig leek de psychiatrie het heft in handen te hebben genomen. De vergoeding van veel vormen van niet-medicamenteuze therapieën, zoals psychoanalyse en -therapie, werd beëindigd omdat niet was bewezen dat ze werkten. In diezelfde periode kwam de op bewijs gebaseerde geneeskunde op, de *evidence-based medicine*. Behandelingen werden beoordeeld op grond van de werkzaamheid en bijwerkingen die in wetenschappelijk onderzoek waren aangetoond. Het oordeel over de werkzaamheid van psychoanalyse en andere vormen van psychotherapie was negatief: er was geen of onvoldoende effect aangetoond.

Sindsdien is de zogenoemde biologische psychiatrie, de discipline die stelt dat aan de meeste of zelfs alle psychiatrische ziekten een proces in de hersenen ten grondslag ligt, de belangrijkste behandelvorm van psychiatrische klachten en aandoeningen geworden en zijn er veel nieuwe psychofarmaca op de markt gekomen. Inmiddels zijn er circa tachtig psychofarmaca in Nederland in de handel.

Niet iedereen zal ervan op de hoogte zijn dat vrijwel alle initiële en basale gegevens over de farmacologie, het werkingsmechanisme en de werkzaamheid en bijwerkingen van psychofarmaca zijn ontleend aan proefdieronderzoek. In die proefdieren worden modellen en theorieën onderzocht die ook van toepassing zouden moeten zijn op bijvoorbeeld een depressieve stoornis of ADHD bij de mens. Dat dergelijke modellen de werkelijkheid niet helemaal kunnen weerspiegelen, moge duidelijk zijn als men zich een depressieve muis probeert voor te stellen of een adolescente rat met ADHD-gedragingen.

De nieuwe psychofarmaca zijn in de handel gebracht voor uiteenlopende

indicaties, zoals depressieve stoornissen, slaapstoornis, nervositeit, ADHD, psychose en schizofrenie. Nadat de basale gegevens bij proefdieren zijn onderzocht, is er met deze middelen veel klinisch onderzoek bij patiënten verricht. Daarmee kan de vraag naar de aangetoonde werkzaamheid van deze geneesmiddelen worden beantwoord, met als uitgangspunt de *evidence-based medicine*.

En dat is ook precies wat Gøtzsche doet in dit boek. Hij laat zien dat er vele problemen zijn bij de opzet, uitvoering, conclusies en interpretatie van het overgrote deel van het wetenschappelijke onderzoek naar de werkzaamheid van psychofarmaca bij uiteenlopende psychiatrische beelden. Evenals in zijn vorige boek onderzoekt hij deze zaken zeer nauwgezet. Hij betreft in zijn betoog ook gegevens van de Amerikaanse registratie-autoriteit en verslagen van rechtszaken die in de Verenigde Staten zijn gevoerd.

De conclusie van Gøtzsche is onontkoombaar: bij de meeste psychiatrische beelden is de werkzaamheid van psychofarmaca niet aangetoond met onderzoek van de hoogste categorie van wetenschappelijk bewijs. Daarbij verwijst hij ook naar Marcia Angell, voormalig hoofdredacteur van het *New England Journal of Medicine*, die in haar boek *The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It* (2004) heeft aangegeven dat zij sterk is gaan twifelen aan de werkzaamheid van de meeste psychofarmaca, na jarenlang publicaties daarover te hebben gelezen en beoordeeld.

De problemen die Gøtzsche signaleert, zijn bij het grote publiek nog veel te weinig bekend:

- De onderzoeken duren te kort.
- Er is een hoge uitval van patiënten.
- Men hanteert onjuiste doseringen bij het vergelijken van de werkzaamheid en bijwerkingen van geneesmiddelen.
- Onderzoeken waarin geen werkzaamheid of ernstige bijwerkingen zijn gevonden, worden niet gepubliceerd (publicatiebias).
- Men analyseert andere uitkomsten dan vooraf is afgesproken.
- Diagnostische problemen: psychiatrische beelden zijn moeilijk af te grenzen van wat als normaal wordt gezien.
- Fraude: men trekt conclusies die niet uit de gegevens kunnen worden afgeleid, zoals in de afgelopen jaren meerdere malen is gebleken, of men gebruikt niet-gemeten of verzonnen gegevens.

In 2015 heeft een groep onafhankelijke onderzoekers aan sponsors en onderzoekers van afgebroken of slecht gerapporteerde onderzoeken gevraagd om de niet-gepubliceerde uitkomsten alsnog te publiceren of publicaties met misleidende uitkomsten te corrigeren. Dit initiatief is bekend als ‘restoring invisible and abandoned trials’ (RIAT).¹ Zo hebben de onafhankelijke onderzoekers onder meer een nieuwe analyse kunnen maken van de gegevens van een onderzoek uit 2001 naar de werkzaamheid van het antidepressivum paroxetine bij kinderen en adolescenten die kampten met een depressie.² Dat onderzoek riep destijds al veel kritische vragen op. Hun conclusie is nu dat het middel niet bleek te werken, maar wel aanzienlijke bijwerkingen had – en dat terwijl de oorspronkelijke onderzoekers hadden gemeld dat het middel wel zou hebben gewerkt en goed zou zijn verdragen. Degenen die destijds direct betrokken waren geweest bij de totstandkoming en publicatie van het oorspronkelijke onderzoek (de redactie van het tijdschrift waarin het werd gepubliceerd, de universiteit waar de onderzoekers werkten, de Amerikaanse vereniging voor kinderpsychiatrie en de fabrikant) gaven geen reactie, zelfs geen ontkenning.

Onderzoekers staken bij patiënten nogal eens abrupt het gebruik van het middel waarmee wordt vergeleken, een actief werkend middel of een placebo, en dat leidt dan tot acute onthoudingsverschijnselen en verminderde werkzaamheid of terugkeer van symptomen. Gøtzsche noemt dit een *cold turkey*-fenomeen. Dergelijke methodologische tekortkomingen zijn kenmerkend voor psychiatrisch onderzoek dat is uitgevoerd door of gefinancierd door bedrijven om de werkzaamheid van psychofarmaca vast te stellen. Vrijwel alle methodologische en statistische tekortkomingen in geneesmiddelenonderzoek kunnen met voorbeelden van psychiatrisch onderzoek worden toegelicht.

De fabrikanten zetten nieuwe psychofarmaca altijd in de markt met onbewezen marketingslogans waarin de werkzaamheid wordt overdreven en de bijwerkingen gemarginaliseerd. De werkelijke effectiviteit en bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen komen pas na jaren van massaal gebruik aan het licht door nader onderzoek en melding van bijwerkingen. De speculatieve slogans bij de marktintroductie zijn daarom vrijwel zonder uitzondering ongefundeerd. Het bijwerkingenprofiel van ieder nieuw geneesmiddel is bij het op de markt komen nog maar zeer ten dele bekend. Producenten claimen bijgevolg in het begin minder bijwerkingen, maar uit-

eindelijk blijkt het bijwerkingenpatroon van verreweg de meeste psychofarmaca zeer divers en ernstig van aard. De rol die de farmaceutische marketing daarin speelt, met name door gebruik te maken van de diensten van medische opinieleiders die banden hebben met de farmaceutische industrie, werd en wordt nog steeds sterk onderschat of zelfs ontkend door veel artsen.

Bij de rapportage van bijwerkingen vallen dezelfde problemen op als bij de werkzaamheid. Bijwerkingen worden door fabrikanten en onderzoekers niet goed gedocumenteerd (met beperkte vraagstellingen), onjuist gelabeld (bijvoorbeeld als ‘emotioneel’ in plaats van ‘suïcidaal’) of gebagatelliseerd, verzwegen of soms zelfs ontkend. Bekend zijn de zelfmoordneigingen van kinderen en adolescenten die antidepressiva gebruikten uit de groep van de selectieve serotonine-heropnameremmers (ssri’s). Dit feit was bij de fabrikant in de vs al jaren bekend, maar het werd verzwegen, evenals het gebrek aan werkzaamheid. Een aanklacht van de procureur-generaal van de staat New York tegen fabrikant gsk resulteerde in een schikking, bestaande uit een boete van enkele miljoenen dollars voor de fabrikant en de verplichting om alle onderzoeksgegevens op de website te zetten. De fabrikant communiceerde vervolgens naar buiten dat die als eerste ‘transparant’ was.

Gøtzsche bespreekt in zijn boek patiënten die tijdens het gebruik van antidepressiva uit de groep van de ssri’s zelfmoord pleegden en anderen die moorden pleegden. Die patiënten kregen deze middelen vrijwel allemaal voorgeschreven voor niet-geregistreerde indicaties, ofwel *off-label*-indicaties. In rechtszaken in Nederland wordt nu ook in moordzaken vaker aandacht geschonken aan het gebruik van psychofarmaca, vooral de ssri’s.

Causale verbanden dienen te worden onderzocht in gerandomiseerde onderzoeken, de gouden standaard voor klinisch geneesmiddelenonderzoek, maar dat is met deze uitkomsten niet mogelijk. Dus zullen mogelijke verklaringen noodzakelijkerwijs moeten komen uit andere typen onderzoek, zoals gevalbeschrijvingen of patiëntenseries. In die rechtszaken wordt het oordeel van gevestigde psychiaters en artsen die zich bezighouden met deze materie, gesteld tegenover het oordeel van critici zoals Gøtzsche. Daarbij valt op dat die psychiaters en artsen meestal niet inhoudelijk in discussie gaan over de feiten, maar de betrouwbaarheid van de critici in twijfel trekken of hen rechtstreeks in diskrediet brengen.

Het gebruik van psychofarmaca in Nederland

Wat kan er nu worden gezegd, ruim dertig jaar nadat de niet-medicamenteuze behandelingen van psychiatrische stoornissen in Nederland naar het tweede plan werden verdrongen, over de balans van werkzaamheid en bijwerkingen van de medicamenteuze behandelingen voor psychische en psychiatrische aandoeningen? Ik beperk me tot vier grote groepen psychofarmaca. Buiten beschouwing blijven middelen voor de behandeling van dementie, lithium en slaapmiddelen. Middelen voor dementie dragen niet wezenlijk bij aan het vertragen van de cognitieve achteruitgang, lithium kan effect sorteren bij de preventie van recidieven bij een bipolaire stoornis, en slaapmiddelen werken kortdurend.

In Nederland gebruiken meer dan een miljoen mensen antidepressiva. In 2008 besloten onafhankelijke onderzoekers van antidepressiva ook eerdere onderzoeken die niet door de fabrikanten waren gepubliceerd, te betrekken in hun analyse van de werkzaamheid bij volwassenen met een depressieve stoornis, en toen werd duidelijk dat deze middelen alleen bij zeer ernstig depressieve patiënten werkten, en dan nog slechts in zeer beperkte mate.³ In 2004 was op basis van een vergelijkbare analyse van gepubliceerde en niet-gepubliceerde onderzoeken al aangetoond dat antidepressiva niet werken bij kinderen en adolescenten.⁴ Het gebruik bij kinderen en adolescenten met een depressieve stoornis gaat bovendien gepaard met een verhoogd risico op zelfmoord.⁵

Middelen uit de groep der anxiolytica, hypnotica en sedativa, waarvan het merendeel tot de benzodiazepinen wordt gerekend, werden decennia geleden in de handel gebracht. Allang wordt gepropageerd dat ze alleen kortdurend als slaapmiddel dienen te worden gebruikt, en eveneens kortdurend als anxiolyticum. Maar volgens gegevens van het GeneesmiddelenInformatieProject (GIP) van het Zorginstituut Nederland gebruiken in 2014 nog bijna een half miljoen Nederlanders chronisch deze middelen uit de groep der anxiolytica, hypnotica en sedativa. Zij gebruiken de middelen niet omdat ze er baat bij hebben, maar omdat pogingen om het gebruik te staken leiden tot zeer vervelende onthoudingsverschijnselen en bijwerkingen die sterk lijken op de klachten waarvoor de middelen aanvankelijk werden voorgeschreven. Deze middelen mogen alleen kortdurend worden voorgeschreven, dat wil zeggen: tot maximaal vier weken.

Het indicatiegebied van antipsychotica is sterk uitgebreid in de laatste jaren. Ze worden gebruikt voor onder meer angststoornissen, depressieve stoornissen, psychosen, gedragsproblemen bij dementie en epilepsie. Inmiddels gebruiken in 2014 meer dan 300.000 patiënten deze middelen en het gebruik neemt elk jaar verder toe. De toepassing bij acute psychosen wordt als een winstpunt gezien. De bijwerkingen lopen uiteen van gewichtstoename en suikerziekte (diabetes mellitus) tot plotseling overlijden, onder meer door hartritmestoornissen.⁶

Een andere groep geneesmiddelen die inmiddels op grote schaal wordt gebruikt, zijn de ADHD-middelen. In 2014 gebruiken meer dan 200.000 patiënten deze middelen. Ze worden grotendeels *off label* voorgeschreven aan kinderen en adolescenten. De officiële indicatie geeft aan dat deze kinderen en adolescenten pas hiervoor in aanmerking komen als een orthopedagogische behandeling onvoldoende effect heeft gesorteerd. Voor volwassenen is de indicatie ADHD bij het amfetamine methylfenidaat afgewezen door de registratie-autoriteiten, omdat de balans van werkzaamheid en bijwerkingen als negatief wordt beoordeeld, met andere woorden: er is meer schade dan voordeel.⁷ Psychiaters hebben ADHD-middelen voor volwassenen wel als eerste keuze in hun behandelrichtlijn opgenomen. In industrie-gesponsord onderzoek worden behandel-effecten geclaimd die veelal tot stand zijn gekomen met de eerdergenoemde methodologische tekortkomingen.

Inmiddels gebruiken in 2014 ruim tweeënhalf miljoen personen psychofarmaca. Een deel hiervan gebruikt deze middelen op een *off label*-indicatie, hetgeen betekent dat de registratie-autoriteiten hiervoor niet de balans van werkzaamheid en bijwerkingen hebben opgemaakt. Psychiaters en andere artsen die deze middelen toch *off label* voorschrijven, dienen hun patiënten hierover uitgebreid te informeren en hen te vertellen dat ze geneesmiddelen gaan gebruiken voor een niet-erkende indicatie of zelfs afgewezen indicatie. Ook dienen zij hiervan expliciet melding te maken in het patiëntendossier. Maar gebeurt dat eigenlijk wel in de praktijk?

Een duik in de geschiedenis

Van de vier genoemde groepen psychofarmaca heeft een aanzienlijk deel een verslavend potentieel, wat wil zeggen dat het voor patiënten uitermate moeilijk is om het gebruik ervan te staken. Het verslavende potentieel, in

combinatie met een gebrek aan werkzaamheid en een scala aan min of meer ernstige bijwerkingen, is een patroon dat bij herhaling kan worden vastgesteld bij psychofarmaca, zo leert de geschiedenis.⁸

In de negentiende eeuw behandelden artsen alcoholverslaving met opium en later met morfine. Het duurde geruime tijd voordat men inzag dat dit niet echt handig was. Aan het einde van diezelfde eeuw kwam voor het eerst een bromide op de markt, kaliumbromide, en dat werd voorgeschreven voor een scala aan aandoeningen. Als artsen hiermee onvoldoende effect bereikten, dan verhoogden zij de dosering. Hiermee werd nogal eens een intoxicatie, bekend als bromisme, bereikt. Bij het staken van het gebruik kregen patiënten onthoudingsverschijnselen die werden geïnterpreteerd als een terugkeer van de oorspronkelijke symptomen.

Na de bromiden werd aan het begin van de twintigste eeuw het eerste barbituraat op de markt gebracht en in de jaren daarna zouden nog vele varianten volgen: de zogenoemde *me too's*, afkomstig van ondernemingen die probeerden van het succes te profiteren door een nagenoeg gelijk product op de markt te brengen. Deze middelen werden op grote schaal voorgeschreven. Geleidelijk aan werd duidelijk dat ze verslavend werkten en talloze bijwerkingen gaven. Het duurde enkele decennia voordat in de medische literatuur de eerste berichten verschenen over de fatale effecten van deze middelen bij overdosering. Pogingen om het gebruik te staken, leidden evenals bij de bromiden tot klachten die sterk leken op de psychiatrische beelden waarvoor ze werden voorgeschreven. Deze werden opgevat als een terugkeer van de oorspronkelijke symptomen, maar waren in feite onthoudingsverschijnselen. Dat de middelen verslavend waren werd decennialang ontkend, maar rond 1950 was duidelijk dat dit wel degelijk het geval was. Uiteindelijk werden er toch maatregelen genomen, in de jaren zestig in de Verenigde Staten en in de jaren zeventig in Europa.⁸

Hierna kwamen de benzodiazepinen op de markt en de geschiedenis herhaalde zich opnieuw. Vervolgens kwamen de antidepressiva op de markt die door miljoenen mensen werden gebruikt en ernstige bijwerkingen bleken te hebben en weer konden patiënten het gebruik ervan vrijwel niet staken. Vandaag de dag wordt ook in Nederland door steeds meer psychiaters wel ingezien dat antidepressiva slechts bij een zeer kleine groep depressieve patiënten mogelijk een heel klein beetje helpen en bij verreweg de meeste depressies niet. Het gebruik door jongeren blijft echter stijgen.

Dit terugkerende patroon van gebrek aan werkzaamheid en min of meer ernstige bijwerkingen, in combinatie met het verslavende potentieel, is kenmerkend voor veel psychofarmaca, en pas jaren na de marktintroductie worden daaraan conclusies verbonden. Helaas worden die conclusies door psychiaters pas getrokken als er al schade bij patiënten is aangericht en er voor hen vrijwel geen weg meer terug is. Er komt pas aandacht voor de bijwerkingen en het verslavende karakter van psychofarmaca als men de verhalen van patiënten serieus gaat nemen (en dat doet Gøtzsche in zijn boek), en ook daarin herhaalt zich de geschiedenis van de psychofarmaca.

De *evidence base* van het onderzoek naar psychofarmaca wordt niet op zijn werkelijke waarde geschat. Dat geneesmiddelen contra-indicaties hebben en dat het gebruik in combinatie met andere geneesmiddelen tot gevaarlijke interacties kan leiden, wordt in de praktijk meestal niet voldoende ingezien. Polyfarmacie ofwel het gebruik van meerdere geneesmiddelen is in de psychiatrie gebruikelijk. Het is echter onwenselijk en gevaarlijk en dat noopt tot een terughoudend voorschrijfbeleid van psychofarmaca, zowel in de eerste als in de tweede lijn.

Een belangrijke rol is ook weggelegd voor de registratie-autoriteiten. Deze autoriteiten zijn fabrikanten behulpzaam bij het in de markt zetten van hun producten. Zij zouden echter kritischer moeten zijn bij het verlenen van handelsvergunningen aan geneesmiddelen met een dubieuze balans van werkzaamheid en bijwerkingen, zoals dat voor veel psychofarmaca geldt. Hetzelfde geldt voor het intrekken van handelsvergunningen als blijkt dat een middel meer kwaad dan goed doet.

Het belang van de patiënten dient een grotere rol te krijgen dan nu het geval is. Er is daarover ook wat positiefs te melden. Enige jaren geleden heeft het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) in samenwerking met het European Medicines Agency (EMA) geweigerd een handelsvergunning te verlenen voor het amfetamine methylfenidaat voor de behandeling van volwassenen met ADHD. De balans van werkzaamheid en bijwerkingen werd als negatief beoordeeld en ook was men beducht voor de verslavende eigenschappen van methylfenidaat.

Behalve psychiaters schrijven ook huisartsen psychofarmaca voor. De Amerikaanse emeritus hoogleraar psychiatrie Allen Frances die in 1994 voorzitter was van de groep Amerikaanse psychiaters die verantwoordelijk was voor de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*⁹,

het handboek dat internationaal veel wordt gebruikt, is evenals Peter Gøtzsche van mening dat met name huisartsen zo weinig mogelijk psychofarmaca moeten voorschrijven, omdat de kennis over deze middelen bij hen minder goed aanwezig is en zij er minder ervaring mee hebben.

Nederland neemt hier een bijzondere plaats in met de goede, over het algemeen wetenschappelijk onderbouwde standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). In deze standaarden wordt een restrictief voorschrijfbeleid ten aanzien van psychofarmaca gepropageerd. Maar in de praktijk zijn er geen werkelijke beletselen om deze middelen toch op grote schaal voor te schrijven, zoals we in de afgelopen jaren hebben gezien met antidepressiva en ADHD-middelen. En daarmee is het ook in Nederland een feit dat psychofarmaca massaal worden voorgeschreven door huisartsen en psychiaters.

Kortom, ruim veertig jaar nadat psychotherapeutische behandelingen op de achtergrond raakten, kan worden vastgesteld dat in Nederland enkele miljoenen mensen psychofarmaca gebruiken waarvan de werkzaamheid vrijwel niet is aangetoond met onderzoek van de hoogste categorie van wetenschappelijk bewijs, en waarvan de bijwerkingen divers en menigmaal ernstig zijn. Als we dit feit voegen bij het verslavende karakter van de meeste van deze middelen en de daarmee gepaard gaande ongemakken en kosten, dan kunnen we concluderen dat de biologische psychiatrie de optimistische verwachtingen vrijwel niet waar heeft kunnen maken. De balans van werkzaamheid en bijwerkingen van de meeste psychofarmaca is zonder meer dubieus te noemen.

Waarom is er geen wetenschappelijke discussie?

Peter Gøtzsche trekt in zijn boek een conclusie over de psychiatrie die hier niet ver vanaf staat. Alleen voor benzodiazepinen en lithium en de behandeling van acute psychosen ziet hij mogelijk nog een plaats weggelegd voor psychofarmaca, maar ook daar stelt hij vraagtekens bij. Zijn beschouwing en conclusie zijn in hun volledige omvang nieuw, want op zo'n uitgebreide schaal en met zoveel onweerlegbare feiten onderbouwd is de psychiatrie niet eerder onderzocht.

Gøtzsche vraagt zich af of de psychiatrie een pseudowetenschap is. Deze term is afkomstig van de filosoof Karl Popper.¹⁰ Pseudowetenschap ken-

merkt zich doordat er wordt getoetst met (al dan niet verborgen) sturende aannamen, met voorgeselecteerde gegevens, met fouten in de gehanteerde logica, of doordat de uitkomsten op vooringenomen wijze worden geïnterpreteerd.

‘Om hun dopaminehypothese voor ADHD te laten aansluiten op de vele tegenstrijdige onderzoeksresultaten, hebben gelovigen ze intussen zo vaak aangepast dat hun werk begint te lijken op “pseudowetenschap”’, schrijft Gøtzsche. ‘Wanneer men hypothesen immuun maakt voor weerlegging op basis van experimenten, is er van echte wetenschap geen sprake meer.’¹¹

Wat is de reactie van psychiaters op deze kritiek? Een deel van hen erkent dat de medicamenteuze behandeling van psychiatrische klachten en aandoeningen niet of onvoldoende is onderbouwd. Van officiële zijde komen echter geen reacties op de feiten die Gøtzsche presenteert. Psychiaters mijden de wetenschappelijke discussie.

Aartjan Beekman, de vorige voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP), stelde in een interview in *Medisch Contact* dat de onderzoeken naar geneesmiddelen in de psychiatrie aan het evolueren zijn, met andere woorden: de onderzoeken worden beter.¹² Er is echter geen reden om aan te nemen dat hiermee de problemen die Gøtzsche heeft gesignaleerd, zouden zijn opgelost. De aanleiding voor het interview met Beekman was een interview met Gøtzsche, eveneens in *Medisch Contact*, over de presentatie van diens eerdere boek *Dodelijke medicijnen en georganiseerde misdaad*.¹³ De NVVP stelde dat Gøtzsche ongelijk had met zijn kritiek op de psychiatrie, maar zij verzuimde de discussie met hem aan te gaan.

In het najaar van 2015 gaf Gøtzsche twee lezingen, in Leiden en Rotterdam, en daar was volop gelegenheid om zijn ‘ongelijk’ aan te tonen. Ook het symposium van het *Geneesmiddelenbulletin* in 2016 was een gelegenheid om met hem en andere psychiaters in discussie te gaan. De NVVP werd uitgenodigd om te spreken, maar zij kwam niet en riep haar leden op om ook niet naar het symposium te gaan.¹⁴ Een gemiste kans, omdat het de bedoeling was dat de NVVP samen met enkele andere sprekers de voorstanders zou vertegenwoordigen.

Een volgende kans dient zich aan bij de presentatie van dit nieuwe boek, *Dodelijke psychiatrie en stelselmatige ontkenning*, dat eind 2016 verschijnt in Nederland. Hopelijk zal de NVVP ditmaal de gelegenheid aangrijpen om de

kritiek van Gøtzsche op een onderbouwde manier te weerleggen. Bij het ter perse gaan van dit boek zijn er in Vlaanderen al wel vergaande initiatieven ontplooid door psychiaters van de Katholieke Universiteit Leuven om met Gøtzsche in debat te gaan.

Ook anderen die kritiek hebben op Gøtzsche, gaan de openbare discussie niet met hem aan. Zij beperken zich tot ingezonden stukken in kranten waar geen *peer review* wordt toegepast, of tot oneliners op Twitter, zoals de ex-werknemer van de farmaceutische industrie Henk Jan Out. Onlangs publiceerde Out het boek *Leve het geneesmiddel!* en het is te hopen dat dat zal leiden tot een debat met Gøtzsche over de feiten. Anderen proberen via rechtszaken critici de mond te snoeren. Telkens weer worden er vragen gesteld of het wel handig is Peter Gøtzsche uit te nodigen voor openbare debatten, bijvoorbeeld omdat hij vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie vergelijkt met de maffia. Maar dat is niet het punt. De vraag is waarom men niet op de feiten ingaat, ze ontkracht of anderszins weerlegt, want om die feiten gaat het.

Damiaan Denys, de huidige voorzitter van de NVVP, kan in het televisieprogramma *Buitenhof* zeggen dat de bijwerkingen van antidepressiva bekend zijn en dat verslaving niet voorkomt. En dat terwijl Gøtzsche in zijn boek laat zien dat dit feitelijk onjuist is en dat er ook steeds sterkere aanwijzingen komen dat antidepressiva een rol spelen bij zelfmoord en zelfs bij moord. Het ontkennen van verslaving is geheel in lijn met de titel van dit boek, *Dodelijke psychiatrie en stelselmatige ontkenning*.

Eén van de problemen in de psychiatrie is de diagnostiek. Er is geen gouden standaard voor de psychiatrische diagnoses die in de DSM-V worden geformuleerd. Het heeft er alle schijn van dat de criteria worden opgerekt, zodat meer en meer personen een psychiatrisch label krijgen. Als iemand gedurende twee weken enig interesseverlies en wat andere klachten vertoont na een vervelende gebeurtenis in het leven, dan is dat voldoende voor de classificatie depressieve stoornis. Veertig jaar geleden was vitale depressie een ernstig ziektebeeld dat al geruime tijd moest bestaan alvorens de diagnose kon worden gesteld.

Allen Frances heeft afstand genomen van veel van de diagnostische criteria in de DSM-V, het handboek waar hij ooit zelf als voorzitter voor verantwoordelijk was. Hij pleit nu vooral voor het accepteren van diversiteit en variatie (wat nogal snel als ‘afwijkend gedrag’ wordt bestempeld) en voor

terughoudendheid met psychiatrische labels. Daarbij geeft hij aan dat er van geen enkele psychiatrische diagnose een mechanistisch, biochemisch of anatomisch substraat in de hersenen te vinden is. De Maastrichtse hoogleraar psychiatrische diagnostiek Jim van Os heeft zich overigens ook niet positief uitgelaten over deze diagnostische criteria die nogal eens veranderen in de loop van de tijd.¹⁵ Er wordt een kleine verandering aangebracht in de (subjectieve) criteria en het gevolg is dat een jarenlange veronderstelde aan-doening opeens niet meer aanwezig is.

Richard Smith, voormalig redacteur van het *British Medical Journal*, stelde in een van zijn blogs de vraag of de psychiatrie in een crisis is beland.¹⁶ De lezers zullen deze vraag na lezing van dit boek zelf kunnen beantwoorden. Volgens Gøtzsche en ook Frances is duidelijk dat de biologische psychiatrie grotendeels heeft gefaald. Vanuit wetenschappelijk oogpunt bezien is de zaak duidelijk:

- De werkzaamheid van de meeste psychofarmaca is vrijwel niet aangetoond in onderzoek van de hoogste categorie van wetenschappelijk bewijs.
- Het onderzoek is ondeugdelijk en er is ook nog eens mee gesjoemeld.
- Er vindt (te) weinig onafhankelijk onderzoek plaats.
- Er zijn vele vermijdbare sterfgevallen ten gevolge van psychofarmaca.
- Miljoenen patiënten zijn verslaafd aan psychofarmaca.

De officiële beroepsorganisatie van de psychiaters in Nederland mijdt de discussie over de feiten die Gøtzsche en anderen over de psychiatrie presenteren. In plaats van over de feiten te discussiëren, oordeelt men over zijn persoon, zoals diverse anderen die zich in deze discussie mengen ook doen. Het is allemaal niet fraai, maar wel veelzeggend. En zonder een goede discussie blijft de associatie met een pseudowetenschap bestaan.

Waarom worden de feiten ontkend? En als men vindt dat het geen feiten zijn, waarom wordt er daarover dan geen wetenschappelijke discussie gevoerd? Vanwaar deze *stelselmatige ontkenning*? De zelfregulering in de sector is weliswaar op gang gekomen met kritische tegengeluiden, maar is nog zeer beperkt. Van de Amerikaanse republikeinse senator en socioloog Patrick Moynihan is de uitspraak afkomstig dat iedereen recht heeft op zijn eigen mening, maar niet op zijn eigen feiten. De farmaceutische industrie en psy-

chiaters hebben kennelijk wel hun eigen feiten, maar met welk recht? In elk geval geen recht dat gefundeerd is in de wetenschap.

Hopelijk zal dit boek ook in Nederland en België bijdragen aan het openbreken van de discussie over de feiten en de zin en onzin van psychofarmaca. Verandering kan alleen tot stand worden gebracht als de feiten en de problemen in de psychiatrie bespreekbaar worden. Gøtzsche gaat deze discussie in elk geval niet uit de weg.

Peter C. Gøtzsche

**DODELIJKE
PSYCHIATRIE EN
STELSELMATIGE
ONTKENNING**

Schadelijke medicijnen,
gedwongen behandeling
en overdiagnostiek

1

Inleiding

Psychiatrie is geen gemakkelijk specialisme. Er is een hoop geduld en begrip voor nodig, en psychiaters kunnen er behoorlijk gefrustreerd van raken. Ik weet zeker dat sommige psychiaters radeloos worden van patiënten die weigeren zich constructiever op te stellen tegenover hun problemen en zo hun eigen leven verwoesten.

Dit boek gaat echter niet over de problemen van psychiaters, maar over waarom de psychiatrie er niet in geslaagd is patiënten te bieden waar ze om vragen. Waarom willen psychiaters zo graag geneesmiddelen voorschrijven die schadelijk of van twijfelachtige kwaliteit zijn? Wat zijn daar de consequenties van? De meeste patiënten reageren niet op de geneesmiddelen die ze slikken. Wanneer patiënten niet vooruitgaan, raken psychiaters vaak zo gefrustreerd, dat ze nog meer geneesmiddelen voorschrijven, in steeds hogere doses, hun patiënten nog meer letsel toebrengend.

Psychofarmaca zijn zo schadelijk dat ze jaarlijks onder Amerikanen en Europeanen van 65 jaar en ouder tot meer dan een half miljoen doden leiden (zie hoofdstuk 14). Dit maakt psychofarmaca tot de derde doodsoorzaak, na hartziekten en kanker.

Ik denk dat psychiatrische patiënten nergens banger voor zijn dan voor gedwongen behandeling, die een belangrijke reden is waarom direct contact met de psychiatrische gezondheidszorg het aantal zelfmoorden doet stijgen (zie hoofdstuk 15). Ik zal uitleggen waarom dwangbehandeling onethisch is en verboden zou moeten worden. Verder zal ik aantonen dat psychiatrie ook mogelijk is zonder patiënten gedwongen te behandelen.

Veel psychofarmaca verhogen niet alleen het algehele sterftecijfer, maar ook het risico dat patiënten zelfmoord of doodslag plegen. Daarentegen heeft geen enkele geneesmiddelenautoriteit ooit een geneesmiddel goedge-