



La psichiatria è un crimine contro l'umanità?

Peter C. Gøtzsche
Institute for Scientific Freedom

Peter C Gøtzsche

La psichiatria è un crimine contro l'umanità?

Institute for Scientific Freedom

Traduzione di Lupo Macolino

La psichiatria è un crimine contro l'umanità?

© Peter C. Gøtzsche 2024

Copertina: l'autore

ISBN: 978-87-85273-01-7

1. Edizione, 1. Stampa

Stampato in Danimarca 2024

Tutti i diritti riservati. Il copyright appartiene all'autore.

Questo libro non potrà, a titolo commerciale o altro,
essere prestato, venduto, rivenduto, affittato o
altrimenti circolava senza
previo consenso dell'autore.

Institute for Scientific Freedom

Copenhagen

www.scientificfreedom.dk

Citazione: Gøtzsche PC. La psichiatria è un crimine contro l'umanità?
Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2024

La psichiatria è un crimine contro l'umanità?

Abbreviazioni	3
Ringraziamenti	3
1 La psichiatria è in crisi	4
Il mio consiglio più importante per i pazienti	5
Perché mi sono interessato alla psichiatria.....	5
La dannosa menzogna dello squilibrio chimico	14
2 Depressione	19
Premiare le aziende che hanno imbrogliato di più	26
Lo studio STAR*D, una frode da 35 milioni di dollari del NIMH.....	29
Revisione sistematica Cochrane sulle pillole per la depressione nei bambini: spazzatura pericolosa	31
Spingere i bambini al suicidio con le pillole della felicità	32
Esperti di prevenzione del suicidio contribuiscono al crimine contro l'umanità	40
Frode nei due studi pilota di fluoxetina nei bambini con depressione.....	47
Ancora frodi e disinformazione che spingono i bambini al suicidio.....	50
Ulteriori bugie e negligenza medica.....	53
Come danneggiare le persone fin dalla nascita con una pillola contro la depressione	56
Negazione e abuso di potere in Australia	57
3 Ansia.....	61
4 ADHD.....	65
Stupefacenti su prescrizione medica	69
I gravi danni dei farmaci per l'ADHD vengono ignorati.....	73
5 Psicosi.....	79
Cochrane protegge la corporazione psichiatrica e l'industria del farmaco.....	79
I libri di testo di psichiatria sono gravemente disonesti	81
Il segreto meglio custodito della psichiatria: i neurolettici sono altamente letali	82
Diagnosticare la psichiatria	88
Gli interventi psicosociali sono molto meglio dei farmaci	89
Litio e antiepilettici	91
6 Demenza	93
7 Elettroshock	96
8 Interventi psicosociali	99
9 Trattamento forzato: una licenza di uccidere.....	104
10 Sospendere gli psicofarmaci	111
Come farlo e come non farlo	116

Proteggere la corporazione psichiatrica e sacrificare i pazienti.....	120
La Cochrane commette scorrettezze editoriali e protegge la psichiatria e l'industria.....	126
11 Censura, negazione e menzogna: come la corporazione degli psichiatri protegge le proprie falsità	133
La falsa narrazione dei media sulla psichiatria.....	141
I dieci miti della psichiatria che sono dannosi per i pazienti	143
La censura della Cochrane, la protezione della psichiatria e dell'industria e la mia espulsione.....	146
Nessuna speranza per la psichiatria biologica: deve essere fermata.....	155
Thomas Insel e il NIMH: un totale tradimento della fiducia del pubblico	161
Altro sul non ascoltare le persone	167
Gli psichiatri sono più pazzi dei loro pazienti?	171
12 Speranze per una psichiatria migliore.....	179
Rete di psichiatria critica	180
Altri psichiatri progressisti.....	181
È necessario un nuovo paradigma per la psichiatria.....	185
L'ultima risata della psichiatria	187
Documentari e interviste filmate	188
L'autore	189
Note finali.....	191

Abbreviazioni

CDC: Centro statunitense per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie

CI: Intervallo di confidenza

DSM: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali

FDA: Food and Drug Administration statunitense

GSK: GlaxoSmithKline

NHS: Servizio sanitario nazionale del Regno Unito

NIMH: Istituto nazionale statunitense per la salute mentale

NNH: Numero necessario da trattare per danneggiare un paziente

NNT: Numero di pazienti da trattare per ottenere un beneficio.

SSRI: Inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

Ringraziamenti

Sono grato per il generoso aiuto che mi hanno dato Gabriel Symonds, Jim Wright, Yaakov Ophir, Will Hall, Ben Furman, Evgeny Legedin e un revisore che preferisce rimanere anonimo che ha fatto commenti e revisioni linguistiche. Desidero inoltre ringraziare Yaffa Shir-Raz, Maria Kelly, Lee Combrinck-Graham, Redmond O'Hanlon e David A Ward per i loro commenti e il Critical Psychiatry Network, che mi ha accettato come membro nel 2013 e ha una lista di discussione via e-mail molto attiva.

1 La psichiatria è in crisi

Abbiamo una crisi della salute mentale. Gli approcci esistenti che si concentrano sui farmaci non funzionano. Nel Regno Unito, la disabilità per motivi psichiatrici è quasi triplicata negli ultimi decenni e il divario nell'aspettativa di vita tra le persone con gravi problemi di salute mentale e la popolazione generale è raddoppiato.¹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e le Nazioni Unite hanno quindi recentemente chiesto una riforma sistematica della salute mentale che ponga l'accento sugli interventi psicosociali.²

Nel 2019, uno studio norvegese ha rilevato che 52 pazienti su 100 ricoverati consecutivamente in un ospedale psichiatrico avrebbero desiderato un'alternativa priva di farmaci se fosse esistita.³ Come dimostrerò in questo libro, gli interventi psicosociali sono chiaramente migliori dei farmaci. Perché allora la gente non riesce a capirlo?

Secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, non è etico sottoporre i pazienti a trattamenti forzati.⁴ Esiste il rischio elevato che i trattamenti forzati vengano utilizzati a beneficio del personale per rendere il loro lavoro meno stressante. In Europa, la sorveglianza rientra nella convenzione che vieta la tortura e un comitato ha osservato che negli istituti psichiatrici si verificano ancora maltrattamenti deliberati dei pazienti.⁵ Inoltre, le componenti fondamentali del trattamento riabilitativo psicosociale sono poco praticate o assenti e il trattamento consiste essenzialmente in farmaci.

Ho studiato da vicino la psichiatria per 17 anni. Ho pubblicato molti articoli scientifici e diversi libri,⁶ ho tenuto numerose conferenze e interviste e sono stato testimone esperto in cause giudiziarie riguardanti trattamenti forzati o danni da farmaci psichiatrici in Brasile, Canada, Stati Uniti, Irlanda, Danimarca, Norvegia, Svezia, Olanda, Australia e Nuova Zelanda.

Questo libro riassume ciò che ho scritto in precedenza e contiene anche molto materiale nuovo. Ho incluso molti dibattiti che ho avuto con gli psichiatri per aiutare lo storico e regista Janus Bang che vuole scrivere una biografia su di me, e penso che queste aggiunte saranno di interesse generale, dato che gli psichiatri ragionano allo stesso modo ovunque.

Senza dubbio, alcuni troveranno il titolo del libro provocatorio, ma se leggerete il libro, potrete decidere da soli se siete d'accordo che la psichiatria è un crimine contro l'umanità.

Secondo lo Statuto di Roma della Corte penale internazionale, articolo 7, i crimini contro l'umanità si riferiscono a crimini specifici commessi nel contesto di un attacco su larga scala che ha come obiettivo i civili, indipendentemente dalla loro nazionalità.⁷

I crimini contro l'umanità sono stati spesso commessi nell'ambito di politiche statali. Gli atti proibiti includono l'omicidio, l'imprigionamento, la tortura, la persecuzione contro un gruppo identificabile e gli atti disumani che causano intenzionalmente gravi sofferenze mentali o gravi lesioni fisiche.

Le politiche statali possono portare alla persecuzione dei pazienti psichiatrici. Questi pazienti hanno spesso descritto il trattamento forzato come una prigionia e una tortura, e hanno riferito che i loro maltrattamenti sono talvolta deliberati. È anche un fatto che le politiche statali, sotto forma di linee guida cliniche, possono portare a molte perdite di vite umane.

Ho dimostrato che gli psicofarmaci sono la terza causa di morte.⁸ I farmaci per la depressione sono il principale killer, e questo perché molti anziani li assumono. Le pillole raddoppiano il rischio di cadute e fratture dell'anca in modo dose-dipendente,⁹ ed entro un anno dalla frattura dell'anca, circa un quinto dei pazienti muore.

I medici e le autorità di regolamentazione dei farmaci sono sorprendentemente indifferenti a tutti questi decessi. Quando i pazienti muoiono, i medici di solito danno la

colpa alla loro malattia piuttosto che al farmaco o alla loro incompetenza, oppure semplicemente non vengono a sapere che si tratta di una morte da farmaco, ad esempio se un paziente ha un capogiro, cade, si rompe un'anca e di conseguenza muore. Al contrario, i piloti di linea si preoccupano in modo critico della nostra sicurezza, perché se noi andiamo a fondo, ci vanno di mezzo anche loro.¹⁰

Nel mio libro ci sono molti esempi di frode e crimine in psichiatria. Per frode si intende qualsiasi attività che si basa sull'inganno per ottenere un guadagno.¹¹ Negli Stati Uniti si può essere condannati per frode al consumo, ovvero per pratiche ingannevoli che comportano perdite finanziarie o di altro tipo per i consumatori nel corso di transazioni commerciali apparentemente legittime. La frode diventa un reato quando si tratta di una "consapevole dichiarazione errata della verità o dell'occultamento di un fatto materiale per indurre un altro ad agire a suo danno" (Black's Law Dictionary).

Il mio consiglio più importante per i pazienti

Di solito solo poche persone hanno opinioni estreme, ma in psichiatria la stragrande maggioranza crede in una specialità costruita su miti, bugie e ricerche errate. Questo è molto dannoso per i pazienti. Nei capitoli che seguono si approfondirà l'argomento.

Pertanto, anche se ci sono delle eccezioni, per precauzione, se avete un problema di salute mentale, non dovrete andare da uno psichiatra. È pericoloso e potrebbe rivelarsi il più grande errore della vostra vita.¹² Qualsiasi contatto con la psichiatria può portare a un trattamento con uno o più psicofarmaci che vi danneggerà.

Ho ascoltato numerose storie di pazienti con un tema comune. Non avevano idea di quanto fosse pericoloso diventare un paziente psichiatrico e si fidavano dei loro medici, finché non hanno scoperto, molti anni dopo, che le loro vite erano state rovinate.

Vi sconsiglio anche di rivolgervi a un medico di famiglia. Poiché i medici sono addestrati all'uso di farmaci, è molto probabile che vi facciano del male. È meglio trovare qualcuno che sia bravo nella terapia del dialogo, ad esempio uno psicologo o uno psicoterapeuta, e se la lista d'attesa è lunga, di solito è meglio non fare nulla.

Poiché non ci si può fidare di ciò che i medici ci dicono sui problemi di salute mentale e sugli psicofarmaci, è bene cercare da soli le prove. È molto più facile di quanto si possa pensare.¹³ Se un medico prescrive uno psicofarmaco, non andate in farmacia. Andate su Internet e trovate il foglietto illustrativo ufficialmente approvato, ad esempio scrivendo *Prozac FDA package insert*. Se lo leggerete, probabilmente saprete più cose sul farmaco di quante ne sappia il vostro medico. Non sto scherzando. Se i medici sapessero cosa c'è scritto nei foglietti illustrativi, non prescriverebbero così tanti farmaci.

Dopo aver letto il foglietto illustrativo, si può decidere di non assumere il farmaco. Gli psicofarmaci sono necessari molto raramente e, se lo sono, solo in situazioni acute, mai a lungo termine. Anche su Internet si possono trovare molte informazioni utili, ma è necessaria una certa conoscenza della metodologia di ricerca per poter giudicare se ciò che si trova è affidabile.

Perché mi sono interessato alla psichiatria

I lettori vorranno ovviamente sapere perché mi sono interessato alla psichiatria. Sono uno specialista in medicina interna e non avevo alcun interesse particolare per la psichiatria quando Margrethe Nielsen del Consiglio Danese dei Consumatori mi contattò nel 2007.

Voleva confrontare le benzodiazepine (farmaci contro l'ansia e i problemi del sonno) e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI, farmaci contro la depressione) per vedere se la storia si stava ripetendo.

Ho pagato il suo dottorato con il mio budget. Abbiamo scoperto che i sintomi di astinenza erano molto simili per le due classi di farmaci, ma venivano descritti come dipendenza solo per le benzodiazepine.¹⁴ Usare nomi diversi per lo stesso problema è irrazionale, ma la danese Lundbeck, uno dei principali venditori di pillole per la depressione, ha deciso di usare un nome diverso per la stessa classe di farmaci., uno dei principali venditori di pillole per la depressione, ha definito "un'assurdità" il fatto che le persone possano diventarne dipendenti.¹⁵

Questa negazione organizzata è ancora prevalente. Nel 2020, Maryanne Demasi e io abbiamo dimostrato che, sebbene 28 dei 39 siti web più popolari mettessero in guardia i pazienti dagli effetti dell'astinenza, 22 affermavano che gli SSRI non creano dipendenza e solo uno affermava che le persone "possono avere sintomi di astinenza".¹⁶ L'argomentazione peggiore, che ho sentito da molti psichiatri, è che i pazienti non sono dipendenti perché non desiderano dosi più elevate. Se questo è vero, i fumatori non sono dipendenti dalla nicotina perché non aumentano il loro consumo giornaliero di sigarette. I profani sono più razionali degli psichiatri e ritengono che le pillole creino dipendenza.¹⁷ Molti pazienti non riescono a smettere di prendere il farmaco perché smettere li fa sentire malissimo, spesso peggio di come si sentivano prima di iniziare a prenderlo.¹⁸ Il farmaco può prendere il controllo della loro vita. Questo è il significato di *dipendenza per la* maggior parte delle persone.

Margrethe ha condotto tre buoni studi, ma le sue scoperte non sono state accolte con favore da due dei suoi esaminatori, che avevano un territorio da difendere: Steffen Thirstrup dell'Agenzia Danese per i Farmaci e il medico generico John Sahl Andersen. Essi hanno respinto la sua tesi. Il terzo esaminatore, lo psichiatra David Healy, non era d'accordo. Questo ha causato un problema delicato per l'università e un funzionario mi ha chiamato al telefono. Risolvemmo il problema trattando le bocciature, assolutamente non convincenti, come se fossero state delle peer review. Margrethe ha risposto ai commenti e ha difeso la sua tesi con successo.

Margrethe ha dimostrato che quando l'uso delle benzodiazepine è diminuito, è stato compensato da un aumento analogo dell'uso degli SSRI.¹⁹ Molto più tardi, Olivia Dinnage e io abbiamo dimostrato che c'è stata un'esplosione di indicazioni dubbie per gli SSRI simile a quella che abbiamo visto per le benzodiazepine e prima ancora per i barbiturici. Oltre alla depressione e all'ansia, abbiamo scoperto che oltre 200 diagnosi erano state studiate in studi controllati con placebo.²⁰

Se si crede alle aziende farmaceutiche, nessuno può vivere una vita normale senza incorrere in una o più diagnosi psichiatriche. Per esempio, i farmaci della Lundbeck sono stati testati per il disturbo da shopping compulsivo e per le vampate di calore in menopausa.²¹ Abbiamo concluso che le pillole per la depressione sono la versione moderna della pillola di soma di Aldous Huxley, destinata a mantenere le persone felici in *Brave New World* (*Mondo Nuovo*).

Ho avuto sette dottorandi in psichiatria e tutti hanno prodotto risultati di ricerca unici e di grande utilità per i pazienti. I leader della psichiatria avrebbero dovuto accogliere con favore i nostri risultati, ma loro - e altri medici intrappolati nella mitologia della psichiatria - pur non apprezzandoli affatto, non avevano controargomentazioni valide. Invece, sono ricorsi ad attacchi *ad hominem* e spesso hanno travisato ciò che avevamo fatto a tal punto

da risultare mendaci, come vedrete nel seguito. Anche questo mostra che la psichiatria è in crisi.

Una persona mi ha ispirato più di chiunque altro: il giornalista scientifico Robert Whitaker di Boston. Ho incontrato Bob per la prima volta a Copenaghen nel 2012, quando nella sua conferenza ha spiegato perché gli antipsicotici (che io preferisco chiamare neurolettici) fanno più male che bene. Ero scettico perché andava contro la mia formazione. Conoscevo molto bene la farmacologia clinica e i neurorecettori e avevo ottenuto il massimo dei voti all'esame di medicina.

Ma quando ho letto i due eccezionali libri di Bob, *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*,²² e *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America (Pallottole magiche, psicofarmaci e il sorprendente aumento della malattia mentale in America)*,²³ e molto altro ancora, ho capito che aveva ragione.

Diventammo subito amici. Per Bob significava molto che io avessi approvato il suo lavoro, data la mia reputazione scientifica. Come molte grandi persone, Bob è gentile, onesto e generoso; risponde sempre prontamente alle e-mail, indipendentemente da quanto sia impegnato. È molto più bravo della maggior parte dei professori di psichiatria nel dissezionare una ricerca e concludere, correttamente, se è vera o falsa. È anche un relatore di gran lunga migliore di quasi tutti quelli che ho ascoltato, e nessuno può ingannare Bob: è troppo intelligente.

Sono arrivato a pubblicare molti articoli sul suo sito web, Mad in America, lanciato nel 2012. Conta sei milioni di visite uniche all'anno,²⁴ e ci sono organizzazioni affiliate in molti Paesi, ad esempio Mad in Brazil e Mad in Denmark. L'importanza della leadership di Bob non può essere sopravvalutata. Molti pazienti mi hanno scritto che i libri e gli articoli di Bob o miei li hanno aiutati a trovare il coraggio di abbandonare la loro "carriera" in psichiatria e di smettere di prendere i farmaci, scoprendo che una vita senza farmaci è molto meglio. Ci sono molti altri libri che hanno ispirato i pazienti a prendere il controllo della propria vita.²⁵

Nel 2013, Bob mi ha invitato a tenere una conferenza presso il Safra Center for Ethics della Harvard University, di cui fa parte. Ho incontrato il precedente caporedattore del *New England Journal of Medicine*, Marcia Angell, che nell'articolo *The illusions of psychiatry (Le illusioni della psichiatria)*,²⁶ , ha osservato che gli psichiatri dovrebbero considerare che gli altri specialisti medici, a differenza degli psichiatri, sarebbero molto riluttanti a offrire un trattamento sintomatico a lungo termine senza sapere cosa c'è dietro i sintomi, ad esempio nel caso di un paziente che soffre di mal di testa.

Angell ha anche sottolineato quanto la psichiatria americana sia profondamente corrotta.²⁷ I documenti del tribunale hanno rivelato che Charles Nemeroff e Alan Schatzberg hanno pubblicato nel 1999 un testo di psichiatria scritto sotto mentite spoglie da GlaxoSmithKline.²⁸ Nel 2000, sono stati coautori di un rapporto su una sperimentazione di pillole contro la depressione in cui gli autori avevano così tanti legami con le aziende farmaceutiche che non c'era spazio per loro nella versione stampata della sua rivista (occupavano 1067 parole sul web e Nemeroff e Schatzberg hanno dichiarato 17 legami industriali ciascuno).²⁹ Questo ha portato Angell a pubblicare l'editoriale: *La medicina accademica è in vendita?*³⁰ Ha spiegato che era stato difficile trovare uno psichiatra senza conflitti di interesse che scrivesse un editoriale.

Ho tenuto conferenze con Bob negli Stati Uniti, in Danimarca, Norvegia, Svezia, Australia e Nuova Zelanda. Ogni volta, tra il pubblico c'erano psichiatri che concordavano con noi sul fatto che il modo in cui usiamo gli psicofarmaci causa molti più danni che benefici.

Nel 2014 abbiamo tenuto una conferenza a Los Angeles in occasione della conferenza annuale della Società internazionale di psicologia e psichiatria etica. Il titolo dell'incontro era *Transforming mad science and reimagining mental health care (Trasformare la scienza impazzita e ripensare la cura in salute mentale)*. Il comunicato stampa annunciava che i relatori condividevano la convinzione che il modello medico di cura - l'idea che il disagio e il comportamento problematico abbiano cause fisiche che è meglio trattare con i farmaci - stia causando più danni che benefici.

È stato un incontro affascinante che ha messo in evidenza la necessità di una rivoluzione in psichiatria. Dobbiamo rendere accettabile il non uso di farmaci, anche se la psichiatria tradizionale considera l'approccio senza farmaci irresponsabile, pericoloso e rischioso per la vita. E dobbiamo spiegare quanto i pazienti siano oppressi e danneggiati dalla mentalità della soluzione rapida. Le conferenze sono state rese disponibili.³¹

L'organizzatore, lo psicologo David Cohen, mi ha conferito il premio della Società per "l'onestà intellettuale e il coraggio nell'affrontare il complesso biomedico-industriale". Ha detto che le autorità della salute mentale hanno riconosciuto che la ricerca biologica o genetica non ha migliorato l'assistenza ai pazienti e che 50 anni di trattamenti sempre più sofisticati non hanno ridotto il carico sociale dei disturbi mentali, ma lo hanno aumentato in modo sostanziale.

Tra i relatori c'erano psichiatri di spicco come Allen Frances e David Healy, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, neuroscienziati e una ex paziente, Laura Delano, che si definisce una sopravvissuta psichiatrica. Questo termine dice tutto. In nessun'altra specialità medica i pazienti si definiscono sopravvissuti nel senso che sono sopravvissuti *nonostante* l'esposizione a quella specialità. In altre specialità mediche, i pazienti sono grati di essere sopravvissuti *grazie* ai trattamenti che i loro medici hanno applicato loro. Se si è sopravvissuti a un infarto, non si fa il contrario di quello che dice il medico. In psichiatria, invece, potreste morire se seguite i consigli del vostro medico.

Molti sopravvissuti hanno descritto la psichiatria come una prigione, una struttura in cui c'è la porta per entrare ma non per uscire. Laura ha descritto come piccoli gruppi di persone si sostengono a vicenda per uscire dagli psicofarmaci, liberandosi dall'indottrinamento del modello biologico della malattia mentale. Quando ha letto il secondo libro di Bob, ha capito che poteva rivendicare la sua umanità e liberarsi dalla prigione delle "cure" psichiatriche.

Laura era stata disumanizzata dalla psichiatria e definita resistente al trattamento; assumeva cinque farmaci. Persino l'aumento di peso indotto dai farmaci le era stato attribuito come diagnosi psichiatrica: *binge eating (alimentazione incontrollata)*. Il libro di Bob l'ha salvata e l'ha aiutata a convivere con il dolore in modo più sereno, fino a quando non ha acquisito abbastanza fiducia in se stessa per guarire, rendendosi conto che non doveva credere a tutto ciò che la sua mente le diceva, perché era ancora sotto l'effetto dei farmaci.

Dopo aver smesso di prendere i farmaci, era completamente normale.

Laura è in contatto con molti medici che stanno lentamente comprendendo l'inefficacia e i danni dei loro trattamenti, ma si sentono impotenti e hanno paura di fare qualcosa di diverso, temendo di perdere la licenza, di dover affrontare una causa, di essere licenziati o di non essere promossi.

Laura e io siamo intervenuti a un incontro al Congresso mondiale di psichiatria a Berlino nel 2017, organizzato da Peter Lehmann, un riformatore tedesco. Quando ho parlato dell'astinenza da psicotropi, tra il pubblico c'erano circa 150 psichiatri e l'atmosfera era ostile. Diverse persone hanno fatto domande irrilevanti, ad esempio se non credevo che il litio funzionasse? Non avevamo discusso affatto di questo farmaco.

Quindici minuti dopo, ho tenuto un discorso sul perché gli psicofarmaci sono la terza causa di morte. Degli oltre 10.000 partecipanti al congresso, tre psichiatri si sono rifiutati di rilasciare interviste e hanno evitato accuratamente di essere ripresi da un'équipe di documentaristi che mi seguiva, come se stessero andando a vedere un film porno!

Mia moglie Helle Krogh Johansen, docente di microbiologia clinica, e io abbiamo celebrato il matrimonio di Laura a nord di Göteborg nel giugno 2022. È stata la prima volta che durante la pandemia COVID-19 ci siamo comportati come prima della pandemia, abbracciando le persone e baciando la bella sposa - come si dice in America: "You may now kiss the bride". Come molti altri ospiti, siamo tornati a casa con il virus made in China,³² anche se eravamo stati vaccinati due volte.

Alcuni psichiatri si stanno lentamente rendendo conto della tragedia che hanno creato e alcune riviste mainstream, come il *British Journal of Psychiatry*, pubblicano ora articoli critici nei confronti del modello biologico della psichiatria, che presuppone che la malattia mentale sia il risultato di un malfunzionamento dell'organismo e non di fattori psicosociali, come invece crede la maggior parte dei pazienti. In sostanza, si tratta della differenza tra dire: "C'è qualcosa di sbagliato in te" e "C'è qualcosa di sbagliato nella tua vita, nel modo in cui ti tratti o sei stato trattato dagli altri".

Gli psichiatri non sono stati in grado di spiegare cosa intendano esattamente con il modello biologico,³³ e un articolo della rivista citata ha affermato che la ricerca sui meccanismi biologici presunti dei disturbi mentali non è riuscita a fornire nulla di utile ai clinici ed è molto improbabile che lo faccia in futuro.³⁴ Un altro articolo prevedeva che il modello basato sulla biologia sarebbe stato rovinoso per la professione a causa del suo costante fallimento.³⁵ Queste affermazioni realistiche arrivano dopo che molti miliardi sono stati sprecati in false piste nella psichiatria biologica.

Anche i nomi dei farmaci sono ingannevoli.³⁶ Ha senso parlare di antibiotici, perché possono curare le infezioni. Una cura chimica per le malattie mentali non esiste. Gli antipsicotici non curano la psicosi, gli antidepressivi non curano la depressione e gli ansiolitici non curano l'ansia. Anzi, questi farmaci possono *causare* psicosi, depressione e ansia, soprattutto se usati a lungo e quando si cerca di smettere.

Gli psicofarmaci sono stati sviluppati sulla base di esperimenti sui ratti e sono stati selezionati se disturbavano il normale funzionamento del cervello del ratto.³⁷ Nelle persone provocano un'ampia gamma di effetti, proprio come le droghe da strada e l'alcol. E non sono in alcun modo mirati, ad esempio non c'è nulla di selettivo nei cosiddetti inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina - un altro nome fuorviante. I recettori della serotonina sono presenti in tutto il corpo e i farmaci hanno molti altri effetti oltre al semplice aumento della serotonina.

Gli psicofarmaci agiscono allo stesso modo nei pazienti, nei volontari sani e negli animali. Gli effetti più comuni sono l'intorpidimento dei sentimenti, l'ottundimento delle emozioni, la sonnolenza, la mancanza di controllo sui propri pensieri, la minore attenzione per se stessi e per gli altri e la ridotta o assente capacità di fare sesso e di innamorarsi.

Una persona che ha risposto a uno dei miei tweet ha fatto notare che questi farmaci non sono "farmaci" (usati per trattare vere e proprie malattie fisiche) ma neurotossine (usate per sopprimere il normale funzionamento del cervello) e che, per confutare i miti psichiatrici, dobbiamo iniziare a rifiutare il linguaggio fuorviante.

Il direttore del National Institute of Mental Health degli Stati Uniti, Thomas Insel, ha sottolineato che non ci sono prove di una riduzione della morbilità o della mortalità per qualsiasi malattia mentale grazie ai nuovi farmaci sviluppati negli ultimi 20 anni e che ci sono poche prove che le prospettive di guarigione siano cambiate nell'ultimo secolo.³⁸ Come ha osservato, ciò è in netto contrasto con i tassi di mortalità in costante diminuzione per le malattie cardiovascolari, l'ictus e il cancro.

Ma ciò di cui il pubblico ha sentito parlare è il contrario: riforme, rivoluzioni, progressi, innovazioni e cambiamenti di paradigma.

Le bugie sono state brutali. Bob Whitaker ha dimostrato che il tasso di pensioni di invalidità per disturbi mentali segue da vicino il tasso di utilizzo delle pillole per la depressione e che, dopo l'introduzione sul mercato degli SSRI, negli Stati Uniti si è registrato un aumento di 35 volte dei bambini disabili affetti da malattie mentali in soli 20 anni.³⁹

Come mi propongo di dimostrare qui di seguito, la psichiatria non offre ciò che i pazienti desiderano e che è più efficace, cioè la psicoterapia e altri interventi psicosociali. Se la psichiatria fosse stata un'azienda, sarebbe fallita decenni fa. Il motivo per cui è sopravvissuta così a lungo, con il suo focus inappropriato sulle spiegazioni biomediche e sui farmaci, è che i principali psichiatri hanno mentito su ciò che la loro specialità ottiene.

Questo può sembrare grave, ma vedrete che è corretto. C'è un enorme divario tra la narrazione psichiatrica e ciò che la scienza dimostra. È quindi necessario un indottrinamento per far credere alle persone tutte le falsità. Gli studenti di medicina, psicologia e psichiatria, e le professioni sanitarie collegate, imparano a conoscere la psichiatria leggendo i libri di testo di psichiatria. È qui che inizia l'indottrinamento.

Nel 2022, ho letto i cinque libri di testo più usati in Danimarca⁴⁰ per vedere cosa viene insegnato agli studenti nelle nostre università e ho descritto ciò che non va in questi libri nel mio *Trattato di Psichiatria Critica* (disponibile gratuitamente sul mio sito web⁴¹ e in una versione a puntate su Mad in America⁴²). È in corso di traduzione in spagnolo da parte di una psichiatra che teme di essere licenziata quando inizierà a usarlo per tenere lezioni agli studenti in Argentina!

In una recensione su *Psychosis*, l'assistente sociale Tom Federn ha scritto che si tratta di "un libro eccellente, estremamente ben documentato e scritto in modo chiaro ma, a causa del suo contenuto, la sua lettura può essere un'esperienza molto sconvolgente".⁴³ Beh, la verità sulla psichiatria sembra sempre essere sconvolgente. Federn dice anche:

"L'autore afferma che finché la psichiatria di regime crederà che la ricerca sui meccanismi biologici dell'attività mentale e comportamentale possa avere un valore, non potrà essere di reale aiuto ai cosiddetti malati mentali, se non per sedarli, ma al terribile prezzo di esporli a effetti collaterali potenzialmente letali o invalidanti. Prevede che prima o poi questa situazione porterà alla rovina della professione... L'autore sottolinea che l'ultimo documento orientato al trattamento psicosociale prodotto dal National Institute of Mental Health risale al 1961... Vorrei concludere questa recensione con una nota personale, parafrasando il famoso cantante folk Bob Dylan. Come è possibile che la vita di questi pazienti sia in mani così chiaramente folli? Vederli così maltrattati non poteva che farmi

vergognare di far parte di una professione che prevede il grossolano maltrattamento dei cosiddetti pazienti psichiatrici".

Tra gli autori dei libri di testo che ho criticato ci sono alcuni dei più importanti professori danesi di psichiatria, ma ho scoperto una litania di affermazioni fuorvianti ed errate sulle cause dei disturbi mentali: Se sono genetici, se possono essere rilevati da una scansione cerebrale, se sono causati da uno squilibrio chimico, se le diagnosi psichiatriche sono affidabili e quali sono i benefici e i danni degli psicofarmaci e degli elettroshock.

Molto di ciò che viene affermato equivale a disonestà scientifica; diversi gruppi di autori a volte forniscono messaggi contraddittori all'interno dello stesso libro; e la mia impressione è che più le affermazioni sono implausibili, meno è probabile che vengano documentate. Il pensiero logico non abbonda in questi libri, che assomigliano più a testimonianze religiose che alla scienza, con molte descrizioni di meraviglie inesistenti.

Un libro di testo ha definito una rivoluzione psicofarmacologica il fatto che possiamo alleviare o curare l'80 - 90% delle persone affette da depressione grave, e che anche i pazienti affetti da schizofrenia possono guarire. Se aspettiamo abbastanza a lungo, la maggior parte dei pazienti migliorerà, ma non si tratta di un effetto farmacologico.

In un capitolo sulla psicofarmacologia, tre professori di psichiatria, Anders Fink-Jensen Poul Videbech, e Erik Simonsen hanno esaltato i farmaci.⁴⁴ Hanno affermato che la conoscenza delle funzioni cerebrali è aumentata notevolmente nell'ultimo mezzo secolo; che la nostra comprensione dei meccanismi degli effetti dei farmaci è stata rafforzata; che sono stati sviluppati nuovi farmaci con meno danni e migliori effetti; che non c'è dubbio che tutto ciò abbia contribuito in modo decisivo a migliorare il trattamento psichiatrico a beneficio dei pazienti e dei loro familiari; e che è la mancanza di compliance nei pazienti psicotici a portare a ricadute e riammissioni. Tutte queste affermazioni sono così palesemente false che è giusto definirle bugie.

Un altro libro di testo, curato da Videbech, sosteneva che i farmaci sono molto spesso necessari, sia nella fase acuta che a lungo termine, per prevenire le ricadute; che i trattamenti farmacologici specifici sono noti da circa 65 anni; che i farmaci sono generalmente efficaci e sicuri; e che i nuovi psicofarmaci sono altamente benefici.⁴⁵ La verità è che nessun farmaco psichiatrico ha effetti specifici; i farmaci hanno raramente effetti clinicamente rilevanti e sono quindi raramente necessari; non è stato dimostrato un effetto sulle ricadute; i farmaci non sono sicuri.

La negazione dei fatti è ciò che caratterizza la professione psichiatrica. I principali psichiatri non hanno problemi a sostenere il contrario di ciò che la scienza dimostra. Lo fanno continuamente. Questo li rende - scusate la franchezza - dei bugiardi abituali.

Cominciamo con il biglietto d'ingresso alla carriera psichiatrica: la diagnosi.

Le diagnosi psichiatriche sono inaffidabili

Creare molte diagnosi significa fare grandi affari, fama e potere.⁴⁶ I criteri per la formulazione di una diagnosi vengono continuamente abbassati, il che significa più clienti. Nel 1990-92, il 12% della popolazione statunitense di età compresa tra i 18 e i 54 anni ha ricevuto un trattamento per problemi emotivi; nel 2001-2003, la percentuale era del 20%.⁴⁷ Nel 2012, il Centro statunitense per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) ha riportato che il 25% degli americani ha una malattia mentale.⁴⁸

Le definizioni dei disturbi psichiatrici sono vaghe e inaffidabili,⁴⁹ ma gli psichiatri non trasmettono questa informazione. Nei cinque libri di testo c'era ben poco che accennasse

anche solo al fatto che le diagnosi psichiatriche sono basate su criteri arbitrari; che c'è una grande variazione tra gli osservatori quando diversi psichiatri valutano gli stessi pazienti in modo indipendente; o che la maggior parte delle persone sane può essere diagnosticata con una o più malattie mentali se sottoposta a test.⁵⁰

Nei testi sulle diagnosi si trovano spesso delle tautologie - prove circolari - . In un libro di testo si legge che la diagnosi viene confermata o rifiutata in base ai risultati del trattamento. Ma se diamo a tutti una diagnosi di schizofrenia e alcuni migliorano, questo non può provare la diagnosi.

L'Associazione Psichiatrica Americana ha dichiarato che il disturbo depressivo maggiore influisce negativamente sul modo in cui ci si sente, sul modo in cui si pensa e sul modo in cui si agisce.⁵¹ Anche questo è sbagliato. L'Associazione ha dato vita a qualcosa che è solo un nome - una descrizione di un gruppo di sintomi - e che quindi non può causare nulla. Se un paziente si sente giù di morale e lo psichiatra risponde che è perché ha la depressione, si tratta di una tautologia, ovvero di una fallacia logica. Una classificazione serve solo a *descrivere*, non a *spiegare*, e una descrizione non può spiegare se stessa. Il basso umore e la depressione sono sinonimi.⁵²

Una revisione di 30 siti web di organizzazioni sanitarie autorevoli ha mostrato, tuttavia, che 16 di essi descrivevano esplicitamente la depressione come responsabile causale dei sintomi o utilizzavano un linguaggio sia descrittivo che causale.⁵³ L'Organizzazione Mondiale della Sanità, ad esempio, ha dichiarato che la depressione "può far sì che la persona colpita soffra molto e funzioni male al lavoro, a scuola e in famiglia".

Il termine "disturbo depressivo maggiore" è spaventoso e contraddittorio, in quanto include casi di depressione lieve che non sono né maggiore, né depressione, né tantomeno un disturbo.⁵⁴ Ma la propaganda funziona. Chi rifiuterebbe un aiuto professionale se soffre di un disturbo depressivo maggiore?

Le tautologie sono diffuse anche nei media. Persino i siti web che criticano gli eccessi di diagnosi possono trasmettere informazioni del tipo: "I disturbi mentali sono le principali cause di malattia e disabilità in tutto il mondo".⁵⁵ Non è così. Le persone che soffrono di privazioni, povertà, disoccupazione e abusi soffrono di cattiva salute e disabilità; non sono attaccate da un mostro psichiatrico, ad esempio una malattia immaginaria chiamata depressione.⁵⁶ Diventano depresse perché vivono una vita deprimente.

Nel 2023, l'OMS ha osservato che "la salute e il benessere mentale sono fortemente associati all'ambiente sociale, economico e fisico, nonché alla povertà, alla violenza e alla discriminazione. Tuttavia, la maggior parte dei sistemi di salute mentale si concentra sulla diagnosi, sui farmaci e sulla riduzione dei sintomi, trascurando i determinanti sociali che influenzano la salute mentale delle persone... Le diffuse violazioni dei diritti umani e i danni causati dai sistemi di salute mentale hanno portato a un'eredità di traumi che ha un impatto su molti individui e comunità e attraversa le generazioni".⁵⁷

Pochi medici sanno che l'accuratezza di un test dipende dalla prevalenza della malattia.⁵⁸ Più una malattia è rara, più ci saranno falsi positivi. Ecco perché lo screening per i problemi di salute mentale è una cattiva idea. Il test di screening per la depressione raccomandato dall'OMS era così scadente che per ogni 100 persone sane sottoposte a screening, 36 avrebbero ricevuto una falsa diagnosi di depressione.⁵⁹ Immaginate di sottoporre persone sane a uno screening per il cancro con un test che ne fornisce un terzo con una diagnosi errata. Non lo permetteremmo.

Poul Videbech ha sostenuto che mi sbagliavo quando dicevo che la diagnosi di depressione si basava su un semplice test e ha affermato che erano necessarie altre conversa-

zioni.⁶⁰ E comunque ha incolpato me dei suoi errori.⁶¹ In precedenza Videbech, a nome del Consiglio Danese per la Salute, aveva raccomandato di sottoporre a screening oltre un milione di danesi, che avrebbero dovuto compilare un questionario con il proprio medico di base: "E se il questionario mostra segni di depressione, il medico può iniziare il trattamento", ha detto Videbech.⁶² Molti pazienti hanno riferito di non aver fatto ulteriori test e di aver ricevuto una diagnosi e una prescrizione in circa dieci minuti.⁶³

Curiosamente, dopo che una revisione sistematica Cochrane aveva raccomandato di non effettuare lo screening per la depressione,⁶⁴ il Consiglio Danese per la Salute ha raccomandato lo screening per un numero enorme di "gruppi a rischio" mal definiti.⁶⁵ Quando ho fatto notare, come relatore invitato a grandi riunioni scientifiche per psichiatri, che questo avrebbe portato a trattare molte persone sane con farmaci per la depressione, non hanno prestato la minima attenzione e, in un'occasione, il professore di psichiatria Lars Kessing ha risposto che non importava che trattassimo alcune persone sane, perché gli SSRI non hanno effetti collaterali!⁶⁶ Ha anche detto che: "Lo screening non può fare danni".

Quattro dei cinque libri di testo non hanno menzionato un solo risultato di studi sulla variazione degli osservatori, in cui due o più psichiatri suggeriscono una diagnosi per gli stessi pazienti. Hanno dato l'impressione errata che le diagnosi psichiatriche siano valide e affidabili. I risultati deludenti degli studi sulla variabilità tra osservatori sono stati seppelliti da una retorica positiva in articoli sorprendentemente brevi, data l'importanza dell'argomento. Questa documentazione è molto difficile da trovare, ma due ricercatori l'hanno trovata.⁶⁷ Lo studio più ampio, condotto su 592 persone, ha mostrato risultati molto deludenti, nonostante gli sperimentatori abbiano prestato grande attenzione alla formazione dei valutatori.⁶⁸ Per la depressione maggiore e la schizofrenia, ad esempio, due delle diagnosi più importanti, i valori di kappa erano rispettivamente solo 0,64 e 0,65. Questo livello di accordo tra due osservatori è molto scarso. Un valore di 0,64 significa che la differenza tra l'accordo osservato e l'accordo casuale è solo il 64% della differenza tra l'accordo perfetto e l'accordo casuale.⁶⁹

Un libro di testo ha osservato che il numero di pazienti con diagnosi di schizofrenia è quadruplicato in 40 anni. Gli autori non hanno commentato questa sorprendente scoperta, anche se dimostra che non ci si può fidare della diagnosi. Uno psichiatra mi ha scritto di aver avuto un forte esaurimento nervoso a vent'anni, ma di aver resistito a tutte le etichette psichiatriche e ai trattamenti medici. Ripensandoci, si è reso conto di quanto facilmente avrebbe potuto essere etichettato come schizofrenico, dato che sentiva voci, aveva deliri e una forte ansia.

Quando un medico incontra un nuovo paziente, la sua prima impressione e la sua esperienza passata possono suggerire molto rapidamente una particolare diagnosi, e questa impressione iniziale diventa troppo facilmente una profezia che si autoavvera. C'è un rischio considerevole che, dal momento in cui viene in mente una particolare diagnosi, il medico ponga delle domande producono il numero richiesto di risposte positive e quindi confermano la diagnosi prevista.

Esiste una notevole sovrapposizione dei criteri per le diverse categorie diagnostiche, che spesso si traduce in un'etichetta di "comorbidità". anche se il paziente non ha diverse "malattie". Non lo accetteremmo in nessun'altra branca della medicina. In effetti, importanti psichiatri, tra cui il direttore del NIMH Thomas Insel, il suo predecessore Steven Hyman e Allen Frances, direttore della realizzazione del manuale diagnostico DSM-IV, hanno riconosciuto che i disturbi psichiatrici non sono mai stati convalidati come malattie distinte e che le categorie diagnostiche sono dei costrutti.⁷⁰ Hyman ha persino ammesso che le

diagnosi sono "un incubo scientifico assoluto. Molte persone che vengono diagnosticate ricevono anche cinque diagnosi, ma non hanno cinque malattie - hanno una sola condizione di base".⁷¹

Abbiamo discusso di diagnosi al meeting *Too much medicine (Troppa medicina)* di Helsinki nel 2018, e ho usato una battuta per spiegare che avere una diagnosi non è la stessa cosa che soffrirne:

"Donald Trump soffre di un disturbo mentale?"

"No, lui si diverte, ma tutti gli altri soffrono!"

Anche Allen Frances ha tenuto una lezione e ha diffuso la mia battuta in tutto il mondo su Twitter.

Le diagnosi psichiatriche possono portare alla stigmatizzazione e all'infelicità e possono rendere difficile l'accesso all'istruzione, al lavoro, all'assicurazione, ad alcune pensioni, alla possibilità di adozione, all'affidamento dei figli o anche solo al mantenimento della patente di guida.⁷²

Ho incontrato lo psichiatra australiano Niall McLaren che ha scritto un libro istruttivo in cui ci dice che l'ansia è un sintomo chiave in psichiatria.⁷³ Se i medici non fanno un'anamnesi accurata, potrebbero non accorgersi che l'attuale episodio di angoscia, che diagnosticano come depressione, è iniziato come ansia molti anni prima, quando il paziente era un adolescente. Come spiegherò più avanti in questo libro, questi pazienti dovrebbero essere trattati con la psicoterapia, non con le pillole per la depressione.

Niall spiega perché la psichiatria biologica è così popolare tra gli psichiatri: "Non è necessario parlare con un paziente oltre a fare alcune domande standard per capire quale malattia ha, e questo può essere fatto facilmente da un'infermiera armata di un questionario. In questo modo si ottiene una diagnosi che determina i farmaci da assumere".

La psichiatria si è disumanizzata e industrializzata. Trovare x "difetti" su y nel paziente, tutto qui. Non è necessario perdere tempo a parlare con i pazienti per scoprire cosa gli è successo e come si può aiutarli al meglio. Presto l'intelligenza artificiale potrebbe sostituire l'interazione umana con i pazienti e ci ritroveremo con una catena di montaggio di diagnosi e prescrizioni di farmaci, facendo risparmiare tempo prezioso ai medici e facendo guadagnare loro più soldi.

Nello spirito del pensiero alla base del DSM, ho inventato una diagnosi per le persone sane: Disturbo da carenza di sintomi dell'adulto (ASDD).⁷⁴ Mi sono ispirato a una vignetta di Randy Glasbergen in cui un medico dice a un paziente: "Non riusciamo a trovare nulla di sbagliato in lei, quindi la cureremo per il Disturbo da Deficit di Sintomi". Ci sono 10 domande e, indipendentemente dal punteggio ottenuto tra 10 e 30, c'è sempre un'opzione di trattamento.

La dannosa menzogna dello squilibrio chimico

Per motivare i pazienti ad assumere farmaci che non gradiscono a causa dei loro effetti avversi o di cui hanno paura, gli psichiatri hanno inventato la menzogna che il disturbo dei pazienti è causato da uno squilibrio chimico nel loro cervello e che un farmaco lo riparerà.

Secondo questa mitologia, la depressione è dovuta a un basso livello di serotonina, la schizofrenia a un alto livello di dopamina e l'ADHD a un basso livello di dopamina; il trattamento con gli psicofarmaci è mirato alla causa della malattia come quando si somministra insulina per il diabete.⁷⁵

La ricerca non ha mai dimostrato che uno squilibrio chimico sia la causa della depressione⁷⁶ o di qualsiasi altro disturbo mentale. La depressione non è il risultato di un cervello difettoso, ma di un cervello normale che risponde allo stress o alle avversità.⁷⁷ Ci sono molti esempi che contrastano con l'idea che la depressione sia causata da un deficit di serotonina.⁷⁸ Per esempio, la tianeptina, commercializzata (*ndt: in alcuni paesi europei ma non in Italia*) per il trattamento della depressione, abbassa la serotonina, mentre la mirtazapina, anch'essa commercializzata per la depressione, non influisce sulla serotonina. Inoltre, i topi geneticamente privati della serotonina cerebrale si comportano come gli altri topi e i livelli di monoammina nel cervello aumentano 1-2 giorni dopo l'inizio del trattamento, quando non c'è alcuna differenza tra farmaco e placebo nei punteggi della depressione, che arriva molto più tardi ed è molto ridotta.

La forte credenza in questa ipotesi errata è stata dimostrata da un sondaggio che ha riportato come l'80% dei pazienti con disturbo depressivo o bipolare fosse d'accordo con l'affermazione: "Gli antidepressivi correggono i cambiamenti avvenuti nel mio cervello a causa dello stress o dei problemi".⁷⁹ Un altro sondaggio ha rilevato che il 92% degli studenti universitari statunitensi aveva visto, soprattutto in TV, o sentito dire che la depressione è causata da uno squilibrio chimico.⁸⁰

La maggior parte dei principali psichiatri mente persino sulle proprie bugie. Il professore statunitense di psichiatria Ronald Pies ha descritto lo squilibrio chimico come una "leggenda metropolitana, mai una teoria seriamente proposta da psichiatri ben informati", ma l'Associazione Psichiatrica Americana ha propagato la leggenda numerose volte: "Gli antidepressivi possono essere prescritti per correggere gli squilibri nei livelli di sostanze chimiche nel cervello".⁸¹ Pies è stato così disonesto da dare la colpa della leggenda agli "oppositori della psichiatria" che l'hanno "mendacemente" attribuita agli psichiatri.

Thomas Middelboe, presidente dell'Associazione Psichiatrica Danese, ha descritto lo sbilanciamento chimico come una metafora che potrebbe utilizzare perché "abbiamo a che fare con processi neurobiologici disturbati".⁸² Ma i disturbi psichiatrici non iniziano con una neurobiologia disturbata. Se qualcuno dimostra che c'è una differenza nei livelli di dopamina tra i pazienti affetti da schizofrenia e le persone sane, questo non può dirci nulla su ciò che ha dato inizio alla psicosi. Se una casa brucia e troviamo delle ceneri, non significa che le ceneri abbiano dato fuoco alla casa.

Se un leone ci attacca, ci spaventiamo e produciamo ormoni dello stress, ma non sono stati gli ormoni dello stress a farci spaventare. Le persone affette da psicosi hanno spesso subito esperienze traumatiche in passato,⁸³ quindi se hanno qualche "squilibrio chimico", è più probabile che sia il risultato della psicosi piuttosto che la sua causa.⁸⁴

Gli psichiatri più importanti spesso si contraddicono per non essere accusati. Nel 2013, Videbech ha dichiarato che consigliare alle persone di smettere di prendere l'antidepressivo è come consigliare ai pazienti con diabete di smettere di prendere l'insulina.⁸⁵

Nel 2014 Videbech ha affermato che i disturbi psichiatrici non sono causati da uno squilibrio cerebrale,⁸⁶ ma otto mesi dopo, in un grande incontro pubblico organizzato da studenti di medicina, ha detto qualcosa di diverso. Dopo aver spiegato perché troppe persone vengono trattate con pillole per la depressione e aver suggerito di ridurle, Videbech disse: "Chi toglierebbe l'insulina ad un diabetico?".

Nel 2015, quando uscì il mio primo libro di psichiatria, Videbech disse di me in un'intervista al quotidiano *Politiken*:⁸⁷ "Contro una migliore conoscenza, assegna al suo avversario ogni sorta di motivazioni ingiuste. Per esempio, da 20 anni sappiamo che la teoria dello squilibrio chimico nel cervello per la depressione è troppo semplice. L'ho scritto nei

miei libri di testo per molti anni. È quindi del tutto fuori luogo che a me e ad altri vengano assegnate tali opinioni".

Ovviamente, la menzogna sullo squilibrio chimico appartiene al passato solo quando viene messa in discussione. Anche la professoressa di psichiatria Birte Glenthøj è stata intervistata e ha confermato la menzogna: "Sappiamo dalla ricerca che i pazienti affetti da schizofrenia hanno in media un aumento della formazione e del rilascio di dopamina, e che questo è legato allo sviluppo dei sintomi psicotici". Ho notato quanto i professori si sbagliassero, anche su *Politiken*.⁸⁸

Nel 2015, l'associazione Psychiatry in the Capital Region ha tenuto una grande riunione presso il mio ospedale dal titolo "*Falsità e verità sugli psicofarmaci*".⁸⁹ L'occasione faceva seguito a un lungo dibattito sugli psicofarmaci da me avviato un anno prima, e il presidente iniziò l'incontro con una lunga introduzione che ripercorreva i dieci miti da me descritti (cfr. pag. 132)⁹⁰ senza però fare il mio nome. Un ex paziente chiese perché la persona che aveva iniziato il dibattito non fosse un oratore invitato, e Kessing rispose che la gente non sarebbe stata in grado di seguire un dibattito scientifico tra professori. Ma se il pubblico poteva seguire le presentazioni di tre professori, probabilmente poteva seguire anche un dibattito tra quattro professori.

Ufficialmente, l'obiettivo dell'incontro era quello di fornire "una valutazione neutrale e sobria dei farmaci", ma il suo vero scopo era quello di proteggere lo status quo.

La professoressa Merete Nordentoft ha lanciato due orribili falsità: che i pazienti con schizofrenia vivono più a lungo quando assumono antipsicotici e che solo il 3% ha avuto una ricaduta nel primo anno di assunzione dei farmaci, mentre il 77% ha avuto una ricaduta quando i farmaci sono stati sospesi (si veda il capitolo 5 sulla psicosi). Solo due degli studi a cui ha fatto riferimento avevano un gruppo placebo, e uno di questi due studi aveva solo 7-8 pazienti per gruppo.

Kessing ha fornito molte falsità sui farmaci per la depressione: che prevengono la depressione (come il modo di argomentare di Nordentoft, anche questa idea si basa su studi in cui i pazienti di un gruppo sono stati esposti a una brusca interruzione della terapia (cold turkey)); che non aumentano il rischio di suicidio nelle persone sane; che possono essere usati nei giovani perché non aumentano il rischio di suicidio; e che i pazienti non ne diventano dipendenti (anche se il suo stesso studio sulle esperienze dei pazienti aveva dimostrato esattamente questo⁹¹). (Si veda anche il Capitolo 2 sulla depressione).

Le falsità della professoressa Kerstin Plessen comprendono l'affermazione che è possibile osservare cambiamenti nelle scansioni cerebrali dei bambini affetti da ADHD; che l'ADHD è fortemente ereditaria (con una concordanza dell'80% tra gemelli identici); e che i farmaci per l'ADHD migliorano il funzionamento sociale, riducono il rischio di criminalità e forse riducono anche l'abuso di sostanze (si veda il capitolo 4 sull'ADHD).

Così, ironia della sorte, tutti e tre i professori hanno reso l'incontro un incontro di falsità, e colui che poteva raccontare i fatti al pubblico non è stato invitato.

La psicologa Olga Runciman ha fatto notare che la storia dello squilibrio chimico era morta in altri Paesi e ha chiesto se non fosse morta anche in Danimarca. Nessuno dei professori ha risposto e la cattedra non ha chiesto loro conto, nemmeno dopo che io avevo detto, per ben due volte, che non avevano risposto.

Jens Peter Dam Eckardt Jensen, analista capo dell'associazione di pazienti *Better Psychiatry*, ha raccontato una storia molto diversa. Ha citato uno studio del 2013 sulle opinioni dei familiari sugli psicofarmaci:

Solo uno su cinque è sicuro che i malati mentali siano trattati con i farmaci corretti e che il personale sanitario reagisca in modo tempestivo se il paziente manifesta effetti collaterali da farmaci.

Tre su quattro sono preoccupati per lo stato di salute del paziente a causa dei farmaci.

Una persona su due ha sperimentato che al paziente è stata somministrata una combinazione/dose di farmaco sbagliata.

Più di quattro su cinque hanno sperimentato che il paziente ha avuto effetti collaterali dal farmaco.

Quattro su cinque ritengono che le cure mediche siano troppo utilizzate rispetto ad altre forme di trattamento (terapia, attività fisica e simili).

Uno su cinque si è preoccupato che il trattamento medico fosse pericoloso per la vita del paziente.

Quest'ultima affermazione è stata devastante per la favola che i professori fornivano sulla psichiatria.

Otto mesi dopo, in un'intervista, ho sottolineato che molti pazienti finiscono per assumere farmaci per il resto della loro vita perché sono stati ingannati dalla menzogna dello squilibrio chimico o perché è stato detto loro che avrebbero subito danni cerebrali se non avessero assunto i farmaci.⁹²

Lo psichiatra Lars Søndergård ha detto di non conoscere nessuno psichiatra che attribuisca la malattia mentale a uno squilibrio chimico,⁹³ al quale ha risposto un altro psichiatra, Julius Nissen: "Ho trascorso i miei molti anni in psichiatria parlando con molte persone che hanno ricevuto esattamente questa spiegazione e il paragone con l'insulina, che è una sostanza di cui hanno bisogno. Questa convinzione rende molto difficile motivarli ad abbandonare il farmaco. Proprio perché, durante l'astinenza, sperimentano di fatto uno "squilibrio chimico", ora che il cervello si è abituato alla sostanza. Si sentono quindi confermati che l'ipotesi è vera perché stanno male, anche se sono gli effetti collaterali a dover essere superati".

Che i pazienti non abbiano uno squilibrio chimico in partenza, ma che i farmaci ne creino uno, è stato riconosciuto già nel 1996 da Steven Hyman, ex direttore del NIMH.⁹⁴

Nel 2017, Videbech ha postulato nuovamente che le persone depresse hanno uno squilibrio nel cervello, sul sito web della Psychiatry Foundation.⁹⁵ E, in due loro articoli nel Manuale per i pazienti basato sul web, che ha uno status ufficiale in Danimarca, lui e Kessing hanno entrambi affermato questo.⁹⁶ Mi sono lamentato con l'editore quattro volte⁹⁷ ma non ho ottenuto nulla. Hanno cambiato alcune cose minori e introdotto nuove affermazioni che hanno peggiorato ulteriormente i loro articoli. Ora scrivono, senza riferimenti, che gli antidepressivi stimolano il cervello a produrre nuove cellule nervose. Se fosse vero, significherebbe solo che le pillole danneggiano il cervello, che produce nuove cellule in risposta a una lesione cerebrale.⁹⁸

Mi sono lamentato di nuovo, e di nuovo senza alcun risultato, e la menzogna sullo squilibrio chimico è continuata.

Riuscite a immaginare un cardiologo che dice: "Lei ha uno squilibrio chimico nel cuore, quindi deve prendere questo farmaco per il resto della sua vita", senza avere la minima idea di cosa stia parlando? Questa menzogna probabilmente non scomparirà mai. Nel 2019, Maryanne Demasi e io abbiamo raccolto informazioni sulla depressione da 39 siti web popolari in 10 Paesi. Abbiamo scoperto che il 74% dei siti web attribuiva la depressione a uno squilibrio chimico o sosteneva che i farmaci potevano correggere tale squilibrio.⁹⁹

Anche nel 2022, la psichiatria ospedaliera di una delle cinque regioni danesi ha menzionato lo squilibrio chimico in relazione alla schizofrenia, alla depressione, ai disturbi affettivi e all'AHDH sulla sua homepage,¹⁰⁰ e il sito ufficiale per la salute, sundhed.dk, lo ha menzionato in relazione alla depressione.¹⁰¹

Le bugie e la negazione dei fatti e i misfatti della psichiatria stessa sono stupefacenti. Ogni volta che nelle mie conferenze per psichiatri ho detto che a molti pazienti è stato detto che hanno uno squilibrio chimico, mi sono sentito rispondere con rabbia chiedendo di documentare le mie affermazioni. Quando ho fatto riferimento a ciò che i pazienti, gli operatori sanitari e altri mi avevano raccontato, e ai siti web in cui i pazienti hanno condiviso le loro esperienze, mi è stato detto che non sapevo di cosa stavo parlando, come se non avesse alcun valore ascoltare le persone.

Quando ho sostenuto che la documentazione su Internet è convincente perché i pazienti hanno sempre le stesse esperienze, mi è stato detto che si trattava solo di aneddoti che, per di più, non erano stati pubblicati in una rivista peer-reviewed, come se questo facesse differenza. Questa è una delle tante indicazioni del fatto che la psichiatria è più una religione che una scienza. Senza la benedizione del clero psichiatrico, nulla conta.

Nel 2003, l'inganno divenne eccessivo per sei sopravvissuti psichiatrici. Scrissero all'Associazione Psichiatrica Americana dicendo che avrebbero iniziato uno sciopero della fame se non fossero state fornite prove scientificamente valide che le principali malattie mentali sono malattie cerebrali basate sulla biologia e che qualsiasi farmaco psichiatrico può correggere uno squilibrio chimico.¹⁰²

L'Associazione ha risposto che "le risposte alle sue domande sono ampiamente disponibili nella letteratura scientifica". Nel suo libro "*L'arte di avere sempre ragione*", il filosofo Arthur Schopenhauer definisce questo deplorabile trucco "Postulare ciò che deve essere dimostrato".¹⁰³

Lo sciopero della fame è terminato quando le persone hanno iniziato ad avere problemi di salute. L'Associazione ha dichiarato di non voler "essere distratta da coloro che vorrebbero negare che i disturbi mentali gravi sono vere e proprie condizioni mediche che possono essere diagnosticate con precisione e trattate efficacemente". Parlare improvvisamente di qualcos'altro, come se avesse qualche attinenza con la questione, è un classico diversivo alla Schopenhauer. I leader religiosi non avrebbero potuto inventare un bluff migliore se la gente avesse richiesto la prova dell'esistenza di Dio: "Non ci faremo distrarre da coloro che vorrebbero negare l'esistenza di Dio, che conosce i problemi della gente e può curarli efficacemente".

Non è cambiato nulla. I libri di testo non usavano direttamente il termine squilibrio chimico, ma venivano fatte molte affermazioni sui farmaci che correggevano ciò che si sosteneva essere una sovrapproduzione o una sottoproduzione di mediatori chimici nel cervello, che è la stessa cosa.

Un articolo del 2022 ha dimostrato fino a che punto gli psichiatri continuano a diffondere la menzogna degli squilibri chimici.¹⁰⁴ Tutti i sei influenti libri di testo statunitensi e britannici pubblicati dal 1990 al 2010 che gli autori hanno esaminato sostengono l'ipotesi, almeno in alcune sezioni, e vi hanno dedicato una copertura sostanziale, e la maggior parte delle 30 recensioni altamente citate sull'eziologia della depressione l'hanno sostenuta, così come la maggior parte dei 30 documenti di ricerca sul sistema della serotonina.

2 Depressione

Le pillole per la depressione sono gli psicofarmaci più utilizzati. Noterete che non uso il termine antidepressivi, perché non curano la depressione. Negli Stati Uniti, il 13% degli adulti li assume.¹⁰⁵ Questo dato è notevole perché alle persone non piacciono e preferirebbero la psicoterapia.

Ciò che le persone ottengono non è deciso da ciò che vogliono o da ciò che funziona, ma da una diffusa corruzione istituzionale.¹⁰⁶ Poco prima che la fluoxetina (Prozac) arrivasse sul mercato nel 1988, il NIMH ha condotto un sondaggio tra il pubblico e solo il 12% voleva prendere una pillola per curare la depressione.¹⁰⁷ Questo fece sì che l'NIMH lanciasse una campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, sostenendo una differenza di effetto del 45% tra il farmaco e il placebo, mentre la Food and Drug Administration (FDA) statunitense ha riscontrato solo il 10%.¹⁰⁸ Nemmeno questo piccolo effetto è corretto (vedi sotto).

L'NIMH sosteneva inoltre che le pillole riducono la mortalità, mentre in realtà la aumentano.¹⁰⁹ Queste bugie ebbero un enorme successo e i media elogiarono il Prozac come il nuovo farmaco delle meraviglie. Tuttavia, è diventato rapidamente il farmaco più contestato d'America, con centinaia di suicidi e omicidi fuori dalla norma.¹¹⁰

Nel 1992, il Royal College of Psychiatrists del Regno Unito e il Royal College of General Practitioners hanno lanciato una *campagna* quinquennale *per sconfiggere la depressione*¹¹¹ che aveva anche lo scopo di insegnare alla gente le meraviglie delle pillole contro la depressione. Ma anche in questo caso i non addetti ai lavori la vedevano in modo diverso: In un sondaggio, il 91% riteneva che alle persone depresse dovesse essere offerta una consulenza; solo il 16% consigliava le pillole per la depressione.

Il commento degli psichiatri è stato che dovevano educare il pubblico di sui farmaci per la depressione e dire loro che la dipendenza non era un problema. Capisco perfettamente perché l'indagine ha anche rilevato che "la parola psichiatra porta con sé una connotazione di stigma e persino di paura".

L'effetto principale delle pillole per la depressione è quello di rovinare la vita sessuale delle persone. La metà dei pazienti che prima avevano una vita sessuale normale la vedono disturbata o resa impossibile.¹¹² Eppure, nel mondo alla rovescia della psichiatria, le pillole che distruggono la vita sessuale sono chiamate pillole della felicità. Le ho chiamate pillole infelici in un articolo sulla nostra dannosa epidemia di pillole felici.¹¹³

Questo danno può diventare permanente e quando i pazienti scoprono che non saranno mai più in grado di avere rapporti sessuali, ad esempio a causa dell'impotenza, alcuni si uccidono.¹¹⁴ I ratti possono subire danni sessuali permanenti dopo essere stati esposti agli SSRI nelle prime fasi della vita,¹¹⁵ che abbiamo confermato in una revisione sistematica degli studi sugli animali.¹¹⁶

Abbiamo anche cercato di studiare i danni che persistono nell'uomo dopo la sospensione degli SSRI, ma abbiamo trovato solo 12 studi. Tutti gli autori hanno concluso che i farmaci non sono benefici a lungo termine, ma non abbiamo potuto quantificare i danni del farmaco.¹¹⁷

Quando ho tenuto una conferenza per i medici australiani nel 2015, uno psichiatra infantile ha detto di conoscere tre ragazzi che prendevano pillole per la depressione e che avevano tentato il suicidio perché non riuscivano ad avere un'erezione al primo tentativo di fare sesso. Questo è molto crudele.

Nella maggior parte degli studi sulla depressione viene utilizzata la Hamilton Depression Rating Scale. È talmente aspecifica che persino stimolanti come la cocaina, l'ecstasy, l'anfetamina e altri farmaci per l'ADHD potrebbero essere considerati farmaci per la depressione. Quasi tutto potrebbe esserlo. Molti farmaci che non sono considerati farmaci per la depressione mostrano effetti paragonabili ad essi, ad esempio sonniferi, oppiacei, stimolanti e alcune pillole per la psicosi.¹¹⁸

Per quanto possa sembrare strano, e nonostante il nome, gli antidepressivi non funzionano per la depressione. In studi errati controllati con placebo sponsorizzati dall'industria, la differenza tra farmaco e placebo è stata di soli 2 punti sulla Scala di Hamilton,¹¹⁹ e l'effetto più piccolo che può essere percepito su questa scala è di 5-6.¹²⁰ Questo significa che i farmaci non funzionano.

Questo chiaro messaggio non è stato accolto con favore. Eskild Colding-Sørensen dell' Agenzia Danese per i Farmaci ha affermato che una metanalisi danese del 2017¹²¹ - la migliore mai realizzata - rasenta l'irresponsabilità. Ha dimenticato di dire che dal 2010 al 2015 ha ricoperto una posizione di leadership in Lundbeck.¹²² L'agenzia ha pubblicato un rapporto in cui concludeva che la metanalisi non forniva nuove conoscenze e che non c'era motivo di modificare le raccomandazioni o le informazioni sui farmaci. Questo ci ha spinto a pubblicare un articolo di giornale, *L'Agenzia del farmaco lavora per i pazienti?*¹²³ Se non c'erano nuove conoscenze, perché l'Agenzia aveva approvato i farmaci?

Colding-Sørensen ha diretto l'indagine dell'agenzia, che non ha considerato un problema il fatto che avesse lavorato per Lundbeck perché non aveva lavorato con le pillole per la depressione. Abbiamo notato che questa disposizione corrisponde a quella delle autorità che hanno assunto un dirigente della Volkswagen per indagare sullo scandalo delle misurazioni fraudolente dei gas di scarico del gasolio, sostenendo che non era un problema perché aveva lavorato con veicoli a benzina nell'azienda. Il direttore dell'agenzia, Thomas Senderovitz, che proveniva dalla Grünenthal, l'azienda che vendeva il talidomide, ha annunciato mesi prima dell'indagine quale sarebbe stata la conclusione, affermando che la metanalisi conclu-deva qualcosa che i dati non potevano sostenere, il che era totalmente falso.

Anche altre persone si sono comportate come "utili idioti" dell'industria. Il Ministro della Salute, Ellen Trane Nørby, ha esortato i ricercatori a riflettere attentamente prima di dare alle stampe un messaggio che potrebbe danneggiare persone vulnerabili.

Ciò ha portato a un'interrogazione in Parlamento promossa da Stine Brix.¹²⁴ La deputata ha chiesto al Ministro di spiegare cosa intende per "riflettere attentamente". Significa forse che "il Ministro incoraggia i ricercatori a non rispondere alle domande della stampa o che, in quanto ricercatori, dovrete tenere nascosti al pubblico i risultati della ricerca se sono controversi?".

Il Ministro ha sconfessato se stesso. Ora riconosce pienamente "il diritto dei ricercatori di esprimersi sulle loro ricerche o su qualsiasi altra cosa nel quadro della nostra libertà di espressione costituzionale".

Il presidente della Società Danese di Medicina Generale, Anders Beich, ha affermato che i ricercatori hanno pubblicato i loro risultati in modo selettivo, il che è assurdo, dato che hanno effettuato una revisione sistematica di tutti gli studi. Ha anche affermato che le conclusioni non avevano alcun fondamento - un'affermazione totalmente vuota.¹²⁵

Il direttore del Board of Health, Søren Brostrøm, ha parlato della mancanza di sfumature, che ha fatto preoccupare i pazienti. Sicuramente dovrebbero essere preoccupati se assumono tali farmaci!

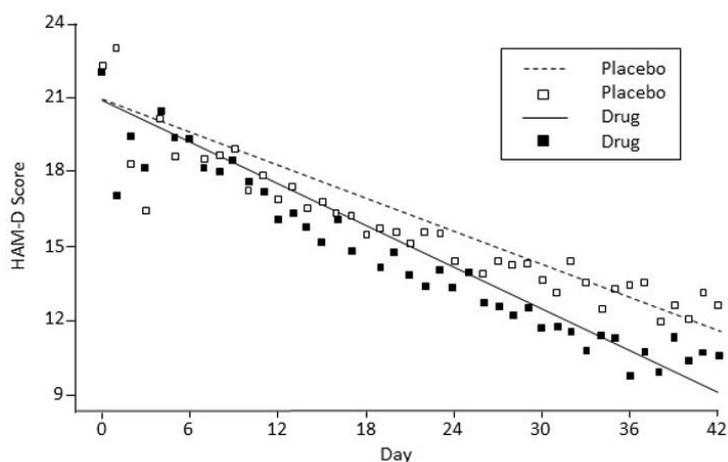
In una rivista finanziata dall'industria, lo psichiatra Maj Vinberg ha definito la metanalisi "una campagna diffamatoria contro i farmaci antidepressivi... discussioni populistiche di dubbio gusto... ginnastica da poltrona... eseguita da un gruppo di medici, statistici e studenti di medicina senza particolari conoscenze di psichiatria e di disturbi depressivi". Alcuni degli autori erano altamente qualificati ed erano miei collaboratori. Ho risposto alle farneticazioni di Vinberg sulla stessa rivista¹²⁶ avvisando i lettori del mio articolo, *L'incontro era sponsorizzato da mercanti di morte*,¹²⁷ che includevano AstraZeneca, uno dei benefattori di Vinberg.

L'effetto piccolo e irrilevante delle pillole diventa ancora più piccolo se per migliorare la cecità il placebo contiene atropina, che ha effetti collaterali simili a quelli delle pillole.¹²⁸ E l'effetto minimo clinicamente rilevante è ovviamente più grande del minimo di 5-6 che può essere percepito. Se vi stanno seppellendo sotto una tonnellata di mattoni, non vi aiuta molto toglierne uno, e la vostra depressione non si risolve solo perché il vostro psichiatra ha notato un piccolo cambiamento in un punteggio.

Alcune metanalisi hanno rilevato che l'effetto è maggiore nella depressione grave, ma gli effetti riportati sono irrilevanti anche per la depressione molto grave, solo 2,7. Inoltre, è probabile che sia solo un artefatto matematico che l'effetto sembri leggermente maggiore nella depressione grave.¹²⁹ Inoltre, è probabile che sia solo un artefatto matematico che l'effetto sembri essere leggermente maggiore nella depressione grave.¹³⁰ Poiché i punteggi al basale sono maggiori per la depressione grave che per quella lieve, qualsiasi bias influenzerà maggiormente il risultato misurato nei pazienti con depressione grave.

È difficile liberarsi di questo mito. In una lettera del 2023 in cui si chiedeva al governo britannico di impegnarsi per un'inversione di tendenza nell'uso crescente di farmaci per la depressione, gli autori affermavano in modo fuorviante che "Molteplici metanalisi hanno dimostrato che gli antidepressivi non hanno alcun beneficio clinicamente significativo rispetto al placebo per tutti i pazienti, tranne quelli con la depressione più grave".¹³¹

I libri di testo psichiatrici sono disonesti sugli effetti delle pillole per la depressione, e non sto esagerando: lo sono davvero. Un libro sostiene che con la fluoxetina si può notare un miglioramento già dopo pochi giorni.¹³² Tuttavia, sia che i pazienti siano trattati con una pillola o con un placebo, ci vogliono circa 3 settimane prima che si possa notare qualcosa (corrispondenti all'effetto minimo clinicamente rilevabile di 5-6 sulla scala di Hamilton, vedi figura).¹³³



Gravità della depressione nel tempo in 37 studi di fluoxetina o venlafaxina rispetto al placebo. Ridisegnato.

I libri di testo menzionano effetti enormi, ad esempio che il 60-80% dei pazienti diventa sano dopo 6-10 settimane, ma non dicono che non si tratta di un effetto del farmaco ma della remissione spontanea della depressione. Inoltre, dicendo ai pazienti che ci vogliono alcune settimane perché i farmaci per la depressione facciano effetto, li porta a continuare anche quando non si sentono meglio con i farmaci, ma peggio. Quando le settimane sono passate e i pazienti si sentono ancora male, possono sentirsi ancora peggio se cercano di interrompere il farmaco, perché si verificano i sintomi dell'astinenza.

Questa falsa informazione è apparsa ovunque, anche su un giornale e sulla nostra rivista medica, dopo che avevo detto in TV che i farmaci aiutano il 10-20% dei pazienti.¹³⁴ Sono stato fin troppo gentile, perché i farmaci non funzionano affatto, ma le mie informazioni sono state definite "fuorvianti" e il programma televisivo è stato criticato per aver parlato con me e non con uno psichiatra.

Nel 2011 ho spiegato quanto siano disonesti gli psichiatri:¹³⁵ "Su *Weekendavisen* del 15 aprile, Poul Videbech, Raben Rosenberg e Lars Kessing criticano la DR (Radio danese) per aver detto che l'effetto degli SSRI è del 20%. La chiamano addirittura disinformazione, ma la critica è ingiustificata. In primo luogo, DR ha risposto che le informazioni provengono dall'Agenzia Danese per i Farmaci. In secondo luogo, gli stessi psichiatri scrivono che la differenza tra placebo e principio attivo è proprio del 20%".

Gli psichiatri arrivano ai loro numeri elevati ignorando i miglioramenti nel gruppo placebo. Ma, come ha osservato un medico generico, questo dimostra che non sanno interpretare le prove.¹³⁶ Utilizzando il loro modo di pensare, si potrebbe sostenere che i farmaci possono curare il 100% dei pazienti con un comune raffreddore.

Nel 2011, Videbech ha fatto notare di aver ricevuto denaro da quasi tutte le aziende farmaceutiche in Danimarca, ma quando un giornalista gli ha chiesto informazioni su un manuale per pazienti affetti da depressione che aveva scritto per un sito web sponsorizzato da Eli Lilly, si è talmente arrabbiato che ha riattaccato.¹³⁷

Quando gli psichiatri - raramente - riconoscono che l'effetto delle pillole è piccolo, spesso aggiungono che non è importante perché i pazienti beneficeranno dell'ampio effetto placebo.. Si tratta di un'idea sbagliata comune. I medici spesso pensano che l'effetto placebo sia la differenza tra il prima e il dopo in un gruppo di pazienti trattati con un placebo, ma non è così, poiché il miglioramento spontaneo è incluso. Gli effetti placebo sono piccoli, se non nulli.¹³⁸

Un libro di testo sostiene che la velocità psicomotoria, il ritmo del sonno, l'appetito e l'umore si normalizzano e che i pensieri depressivi di colpa, inferiorità e suicidio svaniscono. Assolutamente nulla diventa normale grazie al trattamento con le pillole.

Quando nel 2011 ho detto in TV che le pillole per la depressione possono cambiare la personalità di un paziente, Jeanett Bauer, presidente dell'Associazione Psichiatrica Danese, e un altro psichiatra, Jesper Karle, mi hanno risposto che era fuorviante concentrarsi su un effetto collaterale così spaventoso per i pazienti ed estremamente raro.¹³⁹

Non è un fenomeno raro e ho criticato Bauer e Karle anche per le loro informazioni fuorvianti sui farmaci. Sostenevano che funzionavano per due terzi dei pazienti e che gli effetti collaterali erano lievi e transitori.¹⁴⁰ Sei anni prima, gli psichiatri danesi avevano riferito che la metà dei pazienti era d'accordo sul fatto che il trattamento poteva alterare la loro personalità e che avevano meno controllo sui loro pensieri e sentimenti.¹⁴¹ Gli psichiatri rifiutarono categoricamente di credere a ciò che i pazienti avevano detto loro, li definirono

ignoranti e ritennero che avessero bisogno di una "psicoeducazione". Tuttavia, i familiari dei pazienti avevano la stessa opinione dei pazienti.

Queste pillole hanno trasformato un disturbo episodico in uno cronico. Il *Textbook of Psychiatry* dell'American Psychiatric Association del 1999 afferma che prima la maggior parte dei pazienti guariva da un episodio depressivo maggiore, mentre ora "la depressione è un disturbo altamente ricorrente e pernicioso".¹⁴² Non ci sono ciechi come quelli che non vogliono vedere. In uno studio su 172 pazienti con depressione ricorrente in remissione da almeno 10 settimane,¹⁴³ 60% di coloro che hanno continuato ad assumere farmaci ha avuto una ricaduta in due anni, mentre solo l'8% di coloro che non hanno assunto farmaci e hanno ricevuto una psicoterapia ha avuto una ricaduta. Le differenze nella gravità della malattia non possono spiegare questi risultati.

Gli studi per immagini del cervello svolgono un ruolo importante quando gli psichiatri cercano di convincere le persone che i loro farmaci sono necessari. I libri di testo sono pieni di affermazioni straordinarie su ciò che le pillole per la depressione possono fare nel cervello.¹⁴⁴ Ma non ci sono riferimenti e ciò che viene affermato è altamente improbabile che sia vero, ad esempio che le pillole stimolino la crescita delle cellule nervose, riducano i danni cerebrali, siano neuroprotettive e prevengano la morte delle cellule nervose.

Gli studi di imaging cerebrale sono grossolanamente inaffidabili.¹⁴⁵ Nel 2022, alcuni neuroscienziati hanno commentato gli studi di neuroimaging pubblicati negli ultimi 30 anni e hanno concluso che "manca ancora un meccanismo neurobiologico per qualsiasi condizione psichiatrica... la neuroimaging funzionale non ha alcun ruolo nel processo decisionale clinico".¹⁴⁶

Inoltre, considerando che le pillole per la depressione non hanno effetti clinicamente rilevanti sulla depressione e sono dannose (si veda più avanti), è irrilevante ciò che gli studi di imaging mostrano o non mostrano.

Nel 2014 Videbech ha affermato che i suoi studi e quelli di altri hanno dimostrato che la depressione non trattata porta all'atrofia dell'ippocampo e dei lobi frontali, e che gli studi hanno dimostrato che gli antidepressivi possono invertire questi cambiamenti, sia negli animali che negli esseri umani.¹⁴⁷

Egli ritiene inoltre che la depressione raddoppi il rischio di demenza,¹⁴⁸ e nel *British Medical Journal (BMJ)* ha contestato un'altra affermazione, priva di riferimenti, secondo cui la depressione e l'ansia sono fattori di rischio per la malattia di Alzheimer.¹⁴⁹ Tuttavia, la metanalisi citata da Videbech non diceva una sola parola su quali trattamenti avessero ricevuto i pazienti.¹⁵⁰ Altri studi indicano che sono i farmaci a rendere le persone dementi.¹⁵¹ Un dottorando in psicofarmacologia, Jesper Andreasen, ritiene invece che sia la malattia a rendere le persone dementi. Mi ha criticato perché non sono uno psichiatra o un esperto di psicofarmaci.¹⁵² Ebbene, io ho imparato a leggere e a capire quello che leggo, cosa che Andreasen non ha fatto perché ritiene che i disturbi psichiatrici siano causati da squilibri chimici.

Poiché le pillole per la depressione hanno solo piccoli effetti sintomatici e molti danni, è importante scoprire cosa ne pensano i pazienti quando soppesano i benefici rispetto ai danni. Lo fanno quando decidono se continuare la sperimentazione fino alla fine o abbandonarla.

È stato laborioso realizzare uno studio in merito. Abbiamo incluso 71 rapporti di studi clinici (18.426 pazienti) ottenuti dagli enti regolatori dei farmaci. Nessuno al di fuori del mio

gruppo di ricerca aveva mai letto le 67.319 pagine di questi studi; si trattava di una pila alta 7 metri.

Abbiamo scoperto che il 12% in più dei pazienti ha abbandonato il trattamento con il farmaco rispetto a quello con il placebo.¹⁵³ Questo è un risultato molto importante. L'opinione degli psichiatri è che le pillole per la depressione facciano più bene che male, ma l'opinione dei pazienti è opposta. Hanno preferito il placebo anche se alcuni di loro sono stati danneggiati dagli effetti dell'astinenza a freddo quando sono stati randomizzati da un farmaco che stavano già assumendo a un placebo. Ciò significa che i farmaci sono ancora peggiori di quanto abbiamo scoperto.

Abbiamo anche esaminato la qualità della vita, che ci aspettavamo sarebbe stata peggiore con le pillole rispetto al placebo. Ma ora ci eravamo avvicinati troppo ai segreti delle pillole per la depressione. I rapporti sulla qualità della vita erano praticamente inesistenti.¹⁵⁴ Nei rapporti degli studi clinici mancava un'enorme quantità di dati ed era frequente la segnalazione selettiva degli esiti positivi. Nonostante questa distorsione, abbiamo trovato solo piccole differenze tra farmaco e placebo.

Ci siamo chiesti perché le autorità di regolamentazione dei farmaci non abbiano chiesto alle aziende i dati mancanti, come era loro dovere. Considerando il gigantesco insabbiamento, il risultato del tasso di abbandono e tutti i danni comuni dei farmaci, non ho dubbi che le pillole peggiorino la qualità della vita.

Nel 2017, Stine Brix ha chiesto al Ministro della Salute se fosse una conclusione affidabile quando l'Agenzia Danese del Farmaco sottolineava che in alcuni studi era stato riscontrato un effetto sulla qualità della vita, quando solo tre studi su 131 avevano pubblicato dati sulla qualità della vita.¹⁵⁵ Nella sua risposta, il ministro ha fatto riferimento all'Agenzia del Farmaco che ha affermato che c'è stato un effetto sulla qualità della vita negli studi in cui è stata misurata. Si tratta di un'affermazione ultra-comica. La qualità della vita è stata misurata in molti più studi di quelli che hanno riportato i risultati!

I libri di testo raccomandano di aumentare la dose per ottenere effetti migliori e uno ha osservato che l'escitalopram è una possibile eccezione al fatto che la relazione dose-risposta è scarsamente chiarita per gli SSRI. Il foglietto illustrativo dell'FDA per l'escitalopram lo contraddice direttamente: "Inizialmente: 10 mg una volta al giorno. Raccomandato: 10 mg una volta al giorno. Massimo: 20 mg una volta al giorno ... Non si osservano benefici aggiuntivi alla dose di 20 mg/die".¹⁵⁶

La verità è che ci sono molti studi dose-risposta sulle pillole per la depressione e non hanno mostrato un aumento dell'effetto con dosi maggiori.¹⁵⁷ Quello che i medici ottengono aumentando la dose è sprecare i soldi dei contribuenti e aumentare il rischio di uccidere i loro pazienti.¹⁵⁸

Per la fluoxetina, l'occupazione dei recettori è molto simile per 20 mg, 40 mg e 60 mg.¹⁵⁹ Tuttavia, l'ente regolatore del Regno Unito consiglia ai medici di raddoppiare o triplicare la dose se la risposta è insufficiente.¹⁶⁰ Questo consiglio può essere letale. Più morti per nessun guadagno in termini di effetto. È orribile che un ente regolatore dei farmaci, che dovrebbe dare istruzioni basate su solide basi scientifiche, dica che "secondo l'esperienza clinica, l'aumento della dose potrebbe essere utile per alcuni pazienti". Gli psichiatri sopravvalutano la loro esperienza clinica senza rendersi conto di quanto possa essere fuorviante, ma gli enti regolatori dei farmaci non dovrebbero sostenerli in questa illusione.

Il sogno di una soluzione rapida per la depressione non si ferma mai. L'ultima moda è l'esketamina, l'enantiomero S o immagine speculare della ketamina, un allucinogeno

dissociativo usato come anestetico generale per oltre 50 anni. Nel 2019, due psichiatri hanno elogiato l'esketamina per il trattamento della depressione resistente al trattamento sul *BMJ*.¹⁶¹ Ho risposto con alcuni colleghi che un farmaco non può avere un effetto drammatico sulla depressione entro il primo giorno di trattamento, a meno che non ci sia qualcosa di terribilmente sbagliato.¹⁶²

La psichiatria è un mondo surreale. Nonostante tutti gli avvertimenti e i decessi, la Lykos Pharmaceuticals sta cercando di far approvare l'ecstasy - uno psichedelico - per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Nel giugno 2024, il comitato consultivo della FDA ha rifiutato di raccomandarne l'approvazione, affermando che gli studi erano inficiati da incongruenze, difetti di progettazione e accuse di cattiva condotta.¹⁶³ Il tempo ci dirà se la FDA ha un po' di buonsenso. Gli psichedelici non dovrebbero essere usati in psichiatria, ma vista la mia conoscenza della FDA, ritengo probabile che approveranno il farmaco.

La psichiatria ripete la storia e commette sempre gli stessi errori, perché non c'è nulla di nuovo. È tornato in voga consigliare altri allucinogeni, ad esempio la psilocibina, prodotta da funghi, e viene rispolverato persino l'LSD (dietilamide dell'acido lisergico). Nel 2020, gli autori di una revisione sistematica hanno riportato risultati positivi e concluso che l'LSD è "un potenziale agente terapeutico in psichiatria".¹⁶⁴ La psichiatria è un perpetuum mobile di errori.

Può essere utile sapere quanti pazienti è necessario trattare perché uno ne tragga un beneficio. Gli psichiatri fanno spesso riferimento a questo dato quando affermano che i loro farmaci sono molto efficaci, ma il numero di soggetti da trattare (NNT) con uno psicofarmaco per ottenere un beneficio per un paziente è in gran parte un'illusione.¹⁶⁵ La ragione più importante è che i pazienti danneggiati sono più numerosi di quelli che ne traggono beneficio.

I danni e i benefici sono raramente misurati sulla stessa scala, ma quando i pazienti in uno studio controllato con placebo decidono se vale la pena continuare la sperimentazione, valutano se i benefici che percepiscono superano i danni. Come già detto, abbiamo riscontrato che il 12% in più di pazienti ha abbandonato la pillola contro la depressione rispetto al placebo, il che si traduce in un numero di soggetti da trattare per nuocere (NNH) pari a 25.¹⁶⁶

In psichiatria, l'NNT è talmente fuorviante che dovrebbe essere abbandonato. Potremmo invece utilizzare l'NNH. Poiché le pillole per la depressione danneggiano la vita sessuale nella metà dei pazienti,¹⁶⁷ l'NNH è solo due. Quindi, *non usando* le pillole per la depressione, preserveremo la normale vita sessuale in un paziente su due che *non trattiamo*.

Ciò che ho appena descritto sul fatto che l'NNT è un'illusione, si applica a tutti gli psicofarmaci.

L'esercizio fisico funziona per la depressione. In un ampio studio su 156 pazienti, solo il 30% dei pazienti del gruppo con l'esercizio era depresso, rispetto al 52% del gruppo con sertralina, sei mesi dopo il periodo di intervento di quattro mesi.¹⁶⁸ Una revisione sistematica del 2024 ha rilevato che gli effetti erano proporzionali all'intensità dell'esercizio, con effetti sostanziali sulla depressione della camminata o del jogging (dimensione dell'effetto 0,62), dello yoga (0,55), dell'allenamento della forza (0,49), degli esercizi aerobici misti (0,43) e del tai chi o qigong (0,42).¹⁶⁹

Premiare le aziende che hanno imbrogliato di più

Una metanalisi di rete del 2018 pubblicata su *The Lancet* da Cipriani e colleghi¹⁷⁰ ha ottenuto un'enorme attenzione da parte dei media, anche se l'effetto dei farmaci era lo stesso delle metanalisi precedenti.¹⁷¹ Come abbiamo notato, non c'era nulla di nuovo, ma i ricercatori hanno chiesto che gli antidepressivi siano prescritti più ampiamente.¹⁷² La metanalisi ignorava completamente i dati sui danni, ed era così difettosa che ho scritto l'articolo "*Premiare le aziende che hanno imbrogliato di più negli studi sugli antidepressivi*".¹⁷³

Gli autori hanno incluso 522 studi che confrontavano i farmaci tra loro o con il placebo, e la maggior parte dei dati proveniva da rapporti pubblicati. Hanno ordinato i farmaci in base al loro effetto, il che era assurdo, dato che nessuno di essi è efficace, e al drop-out per qualsiasi motivo. Sostenevano che l'agomelatina, l'escitalopram e la vortioxetina fossero più efficaci degli altri farmaci e anche meglio tollerati. Poiché ciò è estremamente improbabile, ho esaminato più da vicino i tre farmaci.

Sorprendentemente, una revisione dell'agomelatina - di cui Cipriani è stato coautore - non ha riscontrato alcun effetto sulla scala di Hamilton, anche se nessuno degli studi negativi era stato pubblicato.¹⁷⁴ Quindi, dovremmo credere che un farmaco inefficace sia più efficace di altri farmaci inefficaci. Nel magico mondo della psichiatria tutto è possibile...

È inoltre inverosimile credere che l'escitalopram possa essere migliore del citalopram. Il principio attivo è lo stesso del citalopram, ovvero uno stereoisomero. Gli stereoisomeri sono costituiti da due metà, che sono immagini speculari l'una dell'altra, ma solo una di esse è attiva. Se studiata da Lundbeck in studi testa a testa e sottoposta a metanalisi sotto il controllo di Lundbeck, la molecola attiva è migliore di se stessa.¹⁷⁵ Tutti e tre gli autori lavorano per Forest, partner americano di Lundbeck, e il lavoro è stato pubblicato in un supplemento a pagamento di una rivista diretta dal primo autore del lavoro.

Quattro revisioni indipendenti, tra cui quella dell'FDA, hanno concluso che l'escitalopram non è migliore della sua molecola madre.¹⁷⁶ Ricercatori indipendenti hanno riscontrato che l'efficacia sembrava essere migliore per l'escitalopram rispetto al citalopram negli studi testa a testa, ma quando hanno fatto un confronto indiretto tra i due farmaci basato su 10 studi controllati con placebo su citalopram e 12 su escitalopram, l'efficacia è risultata la stessa.¹⁷⁷ L'industria farmaceutica distorce la ricerca a tal punto che i confronti indiretti sono talvolta i più affidabili.

Lundbeck ha lanciato l'escitalopram quando il brevetto per il citalopram è scaduto e ne ha ricavato un sacco di soldi attraverso un enorme schema di frode che prevedeva tangenti e in cui i risultati positivi degli studi erano già scritti prima che gli studi fossero iniziati!¹⁷⁸

Quando ho controllato i prezzi nel 2009, il farmaco "ancora io" ringiovanito costava 19 volte di più per una dose giornaliera rispetto al farmaco originale. Questa enorme differenza di prezzo avrebbe dovuto dissuadere i medici dall'utilizzare l'escitalopram, ma non è stato così. Il farmaco è stato venduto a un prezzo sei volte superiore a quello del farmaco madre. Se tutti i pazienti avessero ricevuto il più economico citalopram invece dell'escitalopram o di altri SSRI, i contribuenti danesi avrebbero potuto risparmiare circa 30 milioni di euro all'anno, ovvero l'87% dell'importo totale speso per gli SSRI.

La revisione sistematica Cochrane di escitalopram, che vede Cipriani come primo autore,¹⁷⁹ è vergognosa. Sostiene che l'escitalopram è significativamente più efficace del citalopram.¹⁷⁹ La Cochrane premia le aziende che imbrogliano di più.

Il compito ufficiale dell'Istituto per la Terapia Razionale con i Farmaci, finanziato dal governo, è quello di informare i medici danesi sui farmaci in modo basato sull'evidenza. Nel 2002,

l'Istituto ha rilevato che l'escitalopram non presentava chiari vantaggi rispetto al farmaco madre.¹⁸⁰ Lundbeck si lamentò a gran voce con la stampa, affermando che non era di competenza dell'Istituto rilasciare dichiarazioni che potessero danneggiare le esportazioni danesi di farmaci.¹⁸¹ Non era così, ma l'Istituto fu rimproverato dal Ministro della Salute, Lars Løkke Rasmussen.. Il nostro apprezzato Istituto è stato autorizzato a dire la verità solo sui farmaci importati, non sui farmaci che esportiamo.

Due anni dopo, l'Istituto annunciò che l'escitalopram era migliore del citalopram.¹⁸² Mi sono fatto una grossa risata quando ho visto le quattro referenze a sostegno delle affermazioni positive.¹⁸³ Ho riso di nuovo quando una dipendente dell'Istituto, Karin Friis Bach, è stata intervistata in televisione. Il giornalista le ha chiesto se non poteva immaginare una situazione in cui il fatto che il farmaco funzionasse più velocemente potesse essere un vantaggio. Lei rispose: "Sì, se un paziente sta per gettarsi dalla finestra!". Questo era doppiamente ironico, dato che gli SSRI raddoppiano il rischio di suicidio (vedi sotto).

Nel 2003, Lundbeck ha violato il codice industriale britannico pubblicizzando che il Cipralex (escitalopram) è significativamente più efficace del Cipramil (citalopram).¹⁸⁴ Nella sua letteratura sull'escitalopram, Lundbeck ha anche attribuito al citalopram danni che non erano menzionati nel materiale promozionale del citalopram. È sorprendente la rapidità con cui un buon farmaco diventa un cattivo farmaco alla scadenza del brevetto.

La Commissione Europea ha imposto multe salatissime a Lundbeck e ai produttori di citalopram generico che, in cambio di denaro, si erano accordati con Lundbeck per ritardare l'ingresso sul mercato del citalopram generico, in violazione delle norme antitrust dell'UE.¹⁸⁵ Lundbeck aveva anche acquistato azioni dei generici al solo scopo di distruggerle.

La vortioxetina sembra essere un farmaco eccezionalmente scadente. Tutti gli autori degli studi a breve termine avevano legami commerciali con Lundbeck, ma ricercatori indipendenti hanno scoperto che duloxetina e venlafaxina erano significativamente più efficaci della vortioxetina a tre dei quattro livelli di dose testati.¹⁸⁶ Piuttosto "interessante", visto che nessuno dei farmaci per la depressione ha effetti clinicamente rilevanti.

Cipriani ha pubblicizzato la sua metanalisi di rete fino all'estremo, ad esempio su *BBC News*,¹⁸⁷ dove lui e il Royal College of Psychiatrists l'hanno definita la risposta definitiva all'annosa controversia sull'efficacia delle pillole per la depressione. C'erano "grandi differenze nell'efficacia di ciascun farmaco" (nessuno di essi è efficace) e "almeno un milione di persone in più nel Regno Unito ne trarrebbe beneficio".

Il lavoro di Cipriani è stato pubblicizzato all'estremo sulla homepage di una delle regioni danesi, che ha messo in evidenza il costoso farmaco "ancora io" di Lundbeck, il Cipralex.¹⁸⁸ Videbeck - un'icona nazionale della depressione - ha brillato come uno degli utili idioti di Lundbeck, affermando che la metanalisi di Cipriani era "molto più credibile" della metanalisi danese pubblicata un anno prima. Ha persino affermato che Cipriani aveva considerato le fonti di errore di cui i ricercatori danesi non erano a conoscenza.

Come è spesso accaduto in passato, e come emerge anche dal libro di testo da lui curato,¹⁸⁹ Videbeck è stato altamente manipolativo.

In primo luogo, la revisione di Cipriani era di qualità molto scarsa, mentre quella danese era esemplare e rigorosa. Questo è strano, perché due dei coautori di Cipriani sono ricercatori con i quali ho pubblicato le linee guida per una buona comunicazione delle metanalisi di rete,¹⁹⁰ e un terzo autore è lo statistico Julian Higgins, il curatore del *Cochrane Handbook of Systematic Reviews of Interventions* che descrive in 659 pagine come effettuare le revisioni sistematiche Cochrane.

In secondo luogo, contrariamente a quanto affermato da Videbech, i danesi *hanno* trovato un effetto farmacologico significativo, ma hanno osservato che "tutti gli studi erano ad alto rischio di parzialità e il significato clinico sembra discutibile".

In terzo luogo, non c'erano errori nella revisione danese, e Videbech e Cipriani non ne avevano notati. Cipriani non ha citato la revisione danese, sebbene fosse stata pubblicata 12 mesi prima della sua.

In quarto luogo, la revisione di Cipriani era *molto meno* credibile di quella danese, che includeva solo confronti con il placebo. Come già osservato per l'escitalopram, i confronti testa a testa tra farmaci sono notoriamente inaffidabili.¹⁹¹ Un altro esempio: un numero significativamente maggiore di pazienti è migliorato con la fluoxetina quando la fluoxetina era il farmaco di interesse rispetto agli studi in cui la fluoxetina era il farmaco di confronto.¹⁹² Stranamente, essendo Cipriani coautore di questo studio, *sapeva* che ciò che aveva pubblicato su *The Lancet* era inaffidabile.

Quinto, la dimensione dell'effetto nella revisione danese era circa la stessa di quella di Cipriani, 0,26 contro 0,30.

La differenza principale riguarda il modo in cui i ricercatori hanno interpretato i risultati. I danesi hanno concluso che "i potenziali piccoli effetti benefici sembrano essere superati dagli effetti nocivi". Cipriani ha concluso che: "Tutti gli antidepressivi sono risultati più efficaci del placebo", senza alcuna avvertenza sul rischio di bias, anche se hanno dichiarato di aver "valutato il rischio di bias degli studi" in conformità con il manuale Cochrane.

Il mio gruppo di ricerca ha dimostrato che i dati sugli esiti della revisione di Cipriani differivano dai rapporti degli studi clinici nel 63% delle sperimentazioni; che l'effetto dei farmaci era maggiore nelle sperimentazioni pubblicate rispetto a quelle non pubblicate; e ha confermato l'esistenza di un elevato rischio di parzialità nelle sperimentazioni.¹⁹³ Quando il loro lavoro fu accettato per la pubblicazione, l'editore scrisse a Cipriani chiedendogli di rispondere. Cipriani non ritenne necessario difendere la sua ricerca o, più probabilmente, si astenne perché non poteva difenderla.

L'assurdità di tutto ciò può essere vista confrontando due articoli del *Guardian*. Il Prozac non funzionava nel 2008 (ampiezza dell'effetto 0,32),¹⁹⁴ ma dieci anni dopo *tutti i* farmaci funzionavano (ampiezza dell'effetto 0,30).

The Guardian 26th Feb 2008

Prozac, used by 40m people, does not work say scientists

Analysis of unseen trials and other data concludes it is no better than placebo
Full text: the PLoS paper



▲ A single Prozac capsule. Photograph: Alamy

Prozac, the bestselling antidepressant taken by 40 million people worldwide, does not work and nor do similar drugs in the same class, according to a major review released today.

The Guardian 21st Feb 2018

The drugs do work: antidepressants are effective, study shows

Doctors hope study will put to rest doubts about the medicine, and help to address global under-treatment of depression
It's official: antidepressants are not snake oil or a conspiracy



▲ It is likely that in the UK alone 1 million more people a year should have access to either drugs or psychotherapy for depression, say experts. Photograph: Damon Cunningham/PA

Antidepressants work - some more effectively than others - in treating depression, according to authors of a groundbreaking study which doctors hope will finally put to rest doubts about the controversial medicine.

L'intera vicenda è stata estremamente imbarazzante per Cipriani *et al.*, Cochrane, *The Lancet* e Videbech. Virtualmente tutte le revisioni sistematiche Cochrane sui farmaci per la depressione nei bambini e negli adolescenti, e un'altra metanalisi di rete condotta da Cipriani, sui farmaci per la depressione nei bambini e negli adolescenti,¹⁹⁵ sono inaffidabili. Questo è chiaro se confrontiamo i risultati ottenuti in queste revisioni con i dati contenuti nei rapporti degli studi clinici che le aziende farmaceutiche hanno presentato alle autorità di regolamentazione dei farmaci, che sono molto più affidabili.¹⁹⁶

Lo psichiatra danese Ole Bjørn Skausig ha contribuito all'assurdità quando nel 2011 ha pubblicato un commento sulla nostra rivista medica con il titolo: *Si deve prescrivere il migliore o il più economico?*¹⁹⁷ Sosteneva che "a livello internazionale, l'escitalopram è riconosciuto come il migliore SSRI ... anche l'esperienza conta ... le metanalisi sono spesso poco utili, anche se sono attualmente in voga". Consiglia di raddoppiare o triplicare la dose; dice che è più conveniente per la società se i pazienti guariscono; e fa notare che lui spesso usa antiepilettici, litio e antipsicotici atipici per i pazienti con depressione.

È raro che le persone ammettano così chiaramente quanto siano stupide. L'escitalopram non è migliore di altri farmaci per la depressione; l'esperienza clinica è altamente fuorviante; le metanalisi di studi randomizzati sono le prove più affidabili che abbiamo; i farmaci che non funzionano, non funzionano meglio se si triplica la dose, questo aumenterà soltanto il rischio di morte; nessun farmaco può curare la depressione; e più avanti scoprirete che la depressione dovrebbe essere trattata con la psicoterapia, non con farmaci tossici. Skausig ha negato che le case farmaceutiche abbiano nascosto gli eventi suicidari sui loro farmaci per la depressione e ha affermato che ho fuorviato il pubblico quando l'ho detto. Non ha detto ai suoi lettori che lui è uno psichiatra e che ha ricevuto onorari da Lundbeck e Novartis.¹⁹⁸

Lo studio STAR*D, una frode da 35 milioni di dollari del NIMH

STAR*D, un enorme studio finanziato dal NIMH al costo di 35 milioni di dollari, è una straordinaria storia di frode.¹⁹⁹ Si trattava di uno studio su "pazienti del mondo reale" e, con 4.041 pazienti inclusi, era il più grande studio di efficacia mai condotto sulle pillole per la depressione. Mi chiedo come i ricercatori abbiano utilizzato l'enorme finanziamento visto che, trattandosi di uno studio semplice e pragmatico, avrebbe potuto essere condotto praticamente a costo zero.

I ricercatori hanno annunciato con coraggio che lo studio avrebbe prodotto risultati di "notevole importanza scientifica e per la salute pubblica".²⁰⁰ Sicuramente lo ha fatto, ma non nel modo in cui avevano immaginato.

Non c'era un gruppo placebo. Tutti i pazienti hanno iniziato a prendere il citalopram, prodotto da Lundbeck. Ciò è stato motivato dalle affermazioni errate secondo cui il citalopram non presentava alcun sintomo da sospensione ed era sicuro per l'uso nei pazienti anziani. Un motivo più plausibile è la corruzione: dieci degli autori di STAR*D hanno dichiarato di aver ricevuto denaro da Forest, il partner americano di Lundbeck.

Al termine dello studio, il NIMH annunciò che "circa il 70% di coloro che non si erano ritirati dallo studio erano divenuti liberi da sintomi". Gli sperimentatori fecero anche numerose affermazioni false, ad esempio che i pazienti in remissione avevano una "completa assenza di sintomi depressivi" ed erano "divenuti liberi da sintomi". Tuttavia, un paziente "in remissione" potrebbe avere un punteggio Hamilton di 7. La risposta all'unica domanda Hamilton sul suicidio, "si sente come se la vita non valesse la pena di essere vissuta", ha un punteggio di 1, e altri sintomi con punteggio 1 includono "sente di aver

deluso le persone" e "si sente incapace, svogliato, meno efficiente". Nessun professionista onesto descriverebbe questi pazienti come privi di sintomi.

Nel loro abstract, i ricercatori hanno osservato che "il tasso di remissione cumulativo complessivo è stato del 67%". Tuttavia, nel testo principale, hanno ammesso che si trattava di un tasso di remissione "teorico", ipotizzando che coloro che sono usciti dallo studio avessero gli stessi tassi di remissione degli altri pazienti. Questo è falso, e numerosi studi hanno dimostrato che i fallimenti del trattamento sono più numerosi tra coloro che abbandonano lo studio che tra coloro che lo proseguono.

I ricercatori hanno selezionato a piacimento i dati utilizzati. E hanno cambiato la scala di misurazione, cosa che noi chiamiamo la frode del tiratore scelto del Texas. Si spara con una pistola verso un bersaglio ma lo si manca. Poi si cancella il bersaglio, se ne disegna uno nuovo intorno al foro del proiettile e lo si presenta al pubblico. Hanno anche incluso pazienti che avrebbero dovuto essere esclusi secondo il protocollo.

La presentazione dei dati era confusa. È estremamente difficile scoprire cosa è successo e correggere tutti gli errori. Fortunatamente, Ed Pigott e altri hanno fatto questo lavoro difficile. È emerso che solo il 3% dei pazienti entrati nello studio ha avuto una remissione, è stato bene ed è rimasto nello studio per tutto il follow-up di un anno.²⁰¹ Quando un giornalista intervistò uno degli investigatori, Maurizio Fava, ha riconosciuto che la percentuale di successo del 3% era esatta e che gli sperimentatori lo sapevano da sempre.²⁰²

I ricercatori hanno bombardato i medici e il pubblico con il messaggio mendace che le pillole per la depressione permettono al 70% dei pazienti di guarire. I farmaci erano "molto più efficaci" del placebo, un'affermazione ridicola perché nello studio non c'era un gruppo placebo e, qualunque sia il vero tasso di guarigione, era dovuto principalmente a una remissione spontanea.

I numerosi documenti di STAR*D - oltre 100 nel 2011 - mostrano un resoconto altamente selettivo degli esiti, numerose affermazioni false, dichiarazioni contraddittorie e persino pura fantasia. Inoltre, 11 esiti prestabiliti non erano ancora stati riportati.²⁰³ L'abstract di un articolo affermava che l'ideazione suicidaria era stata riscontrata solo nello 0,7% dei pazienti, il che ha indotto gli autori ad allontanare le preoccupazioni sulla suicidalità causata dai farmaci. Tuttavia, alcuni degli stessi autori hanno dichiarato un tasso di suicidalità dieci volte superiore in altri articoli. La psichiatria è piena di sorprese...

Ed Pigott afferma che tutti gli errori individuati durante gli oltre cinque anni di ricerca hanno avuto l'effetto di far apparire l'efficacia dei farmaci migliore di quanto non fosse.²⁰⁴

Lo studio STAR*D è talmente fraudolento che tutte le pubblicazioni dovrebbero essere ritirate.²⁰⁵ Ma quando Bob Whitaker ha scritto a Ned Kalin, l'editore dell'*American Journal of Psychiatry*, notificandogli una petizione firmata da oltre 1.800 persone che chiedeva il ritiro del primo articolo fraudolento,²⁰⁶ Kalin non ha nemmeno risposto.²⁰⁷ Invece, alcuni dei ricercatori di STAR*D hanno insistito nella frode sulla rivista, senza menzionare la petizione. Sono stati così arroganti da mentire, accusando le analisi di Pigott di essere difettose e basate su criteri post-hoc, sebbene Pigott avesse utilizzato il loro stesso protocollo.

La risposta della rivista è stata quindi quella di pubblicare ancora più bugie. Anche il proprietario, l'*American Psychiatric Association*, non ha fatto nulla. Come spiega Bob, questo dimostra che la frode deliberata della ricerca in questo settore della medicina è una pratica accettabile, cosa che in questo caso ha causato danni straordinari.²⁰⁸ Lo studio STAR*D è ancora molto citato nei libri di testo di psichiatria e altrove,²⁰⁹ e i suoi risultati fraudolenti non vengono messi in discussione.

I media tradizionali sono venuti meno ai loro obblighi giornalistici. I giornali americani sono rimasti muti, anche se Pigott e i suoi colleghi hanno contattato i giornalisti del *New York Times* e di altre importanti testate, esortandoli a mettere le cose in chiaro.²¹⁰ Il *Times* è stato ripetutamente sollecitato a scrivere di questo scandalo, ma il giornale non solo si è rifiutato, ma ha persino pubblicato nuovamente la falsa affermazione dell'effetto del 70% in un articolo del 2024 che elogiava i farmaci.²¹¹ Pigott *et al.* hanno dimostrato che se gli sperimentatori dello STAR*D si fossero attenuti al loro protocollo, avrebbero riportato un tasso di remissione pari solo alla metà, ovvero al 35%.

Perché il *Times* ha ripetuto la frode e ha lodato farmaci che non funzionano e causano il suicidio? Il *Times* è sceso "a un nuovo livello minimo nella sua copertura degli psicofarmaci" perché è disperato nel non perdere introiti pubblicitari?²¹²

Revisione sistematica Cochrane sulle pillole per la depressione nei bambini: spazzatura pericolosa

Una revisione sistematica Cochrane del 2021 sulle pillole per la depressione nei bambini²¹³ dimostra il detto: "Garbage in, garbage out" (*entra spazzatura, esce spazzatura*).²¹⁴

Il titolo stesso dimostra che la Cochrane è troppo legata all'industria: *New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis*. (*Antidepressivi di nuova generazione per la depressione di bambini ed adolescenti: una metanalisi di rete*). Farmaci di nuova generazione (o di seconda o terza generazione) sono termini di marketing il cui scopo è dare ai lettori l'impressione che questi farmaci siano migliori di quelli vecchi. I termini non hanno alcuna rilevanza o significato. Il primo autore è Sarah Hetrick, editor del gruppo Cochrane sui disturbi mentali che ha pubblicato la revisione; avrebbe dovuto saperlo.

L'abstract è pieno di assurdità. Dice che "Esiste un'associazione tra disturbo depressivo maggiore e ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e suicidio. I farmaci antidepressivi sono usati nella depressione da moderata a grave". Questo dà ai lettori l'impressione che le pillole proteggano dal suicidio. L'abstract avrebbe dovuto avvertire che le pillole possono *causare* il suicidio.

Ci viene detto che "le prove sono molto incerte" per quanto riguarda gli esiti legati al suicidio per sei farmaci elencati. Questa informazione è fuorviante e pericolosa. Sappiamo da 20 anni che le pillole per la depressione aumentano il rischio di suicidio nei bambini e negli adolescenti (vedi sotto). Gli autori della Cochrane non riescono a vedere la foresta guardando un albero alla volta, e la situazione peggiora:

"C'è scarsa certezza sulle prove che escitalopram possa ridurre 'almeno leggermente' le probabilità di esiti correlati al suicidio rispetto al placebo (OR 0,89, 95% CI 0,43, 1,84)". L'intervallo di confidenza va da 0,43 a 1,84. Questa non è una prova che il farmaco riduca il rischio di suicidio. L'intervallo di confidenza include la possibilità che l'escitalopram raddoppi il rischio di suicidio, che è esattamente quello che fa.

Allo stesso modo, dire che quattro farmaci elencati possono aumentare "almeno leggermente" le probabilità di suicidio è una pericolosa assurdità che sminuisce questo pericolo. E "leggermente" è un termine soggettivo che non appartiene a un documento scientifico. Le persone non saranno d'accordo su cosa significhi "leggermente", e quando smette di essere leggermente e diventa moderatamente o sostanzialmente?

L'assurdità continua nell'abstract. "Esistono prove di moderata certezza" (che cos'è?) che la venlafaxina "probabilmente" comporta un aumento "almeno lieve" delle probabilità di

esiti correlati al suicidio rispetto alla desvenlafaxina. In questo caso, la differenza era statisticamente significativa, quindi perché parlare di "probabilmente" e "almeno leggermente"? Il problema principale è che la desvenlafaxina è il prodotto "ancora io" della molecola madre, la venlafaxina, che è uno stereoisomero. Qual è la probabilità che un farmaco possa essere migliore di se stesso? Cochrane non si è preoccupata, ma si è comportata come un portavoce di Pfizer, il produttore.

Gli autori della Cochrane avrebbero dovuto imparare dalle critiche devastanti sollevate contro la revisione di Cipriani, ma non hanno imparato nulla.

Ho avuto accesso ai rapporti degli studi clinici di Eli Lilly e quindi sapevo che Graham Emslie aveva omesso due tentativi di suicidio tra 48 bambini in terapia con fluoxetina nella pubblicazione del suo primo studio sulla fluoxetina.²¹⁵ Ho cercato di scoprire se Hetrick *et al.* avessero incluso questi due eventi nella loro metanalisi, ma è stato impossibile. Il testo era in parte incomprensibile: "Gli autori hanno cercato e fornito dati aggiuntivi. I dati nella MA per le popolazioni infantili, adolescenziali e totali sono stati presi dal documento pubblicato del documento e questi dati aggiuntivi infantili e adolescenziali sono stati forniti dall'autore. MHRA # X065 MHRA è stata contattata per ulteriori dati, alcuni dei quali sono stati forniti".

Dopo aver letto l'abstract, mi sono reso conto che sarebbe stata una perdita di tempo leggere tutte le 225 pagine della revisione, che avrebbero potuto essere scritte in cinque pagine. Le prove dimostrano chiaramente che questi farmaci non dovrebbero essere usati nei bambini e negli adolescenti. Ma le conclusioni degli autori sono assurde:

"I nostri risultati riflettono gli effetti medi degli antidepressivi e, dato che la depressione è una condizione eterogenea, alcuni individui potrebbero avere una risposta maggiore. Gli sviluppatori di linee guida e altri soggetti che formulano raccomandazioni potrebbero quindi considerare se sia giustificata una raccomandazione per l'uso di antidepressivi di nuova generazione per alcuni individui in alcune circostanze".

A quanto pare gli autori non sanno cosa sia la variabilità statistica. Noi usiamo gli effetti medi per trarre conclusioni, ma gli autori hanno presentato un pensiero illusorio e si sono comportati come utili idioti dell'industria farmaceutica. La loro argomentazione può essere usata per tutti i trattamenti inefficaci, anche per quelli fasulli come l'omeopatia. Alcuni individui possono avere una risposta maggiore di altri, giusto? Questa è la Cochrane al suo peggio.

Spingere i bambini al suicidio con le pillole della felicità

Nulla illustra il potere letale del marketing dei farmaci, della corruzione dei medici e delle frodi meglio del fatto che è stato possibile convincere i medici a prescrivere farmaci per la depressione ai bambini anche se non funzionano per loro e raddoppiano il loro rischio di suicidio (vedi sotto).

Le frodi delle case farmaceutiche sono gravi. Hanno nascosto suicidi e tentativi di suicidio nelle loro sperimentazioni, oppure li hanno aggiunti al gruppo placebo, anche se non vi appartenevano.²¹⁶

La FDA è complice di questa frode. Quando nel 2006 ha analizzato il rischio di suicidio per tutte le età,²¹⁷ ha chiesto alle aziende di inviarle gli eventi avversi legati al suicidio sapendo perfettamente che non ci si poteva fidare di loro. In precedenza, quando i revisori dell'FDA e i ricercatori indipendenti avevano scoperto che le aziende farmaceutiche avevano nascosto i casi di pensieri e atti suicidari etichettandoli come "labilità emotiva", i capi dell'FDA avevano soppresso queste informazioni.²¹⁸ Quando il responsabile della sicurezza della FDA Andrew

Mosholder ha concluso che gli SSRI aumentano il rischio di suicidio tra gli adolescenti, l'FDA gli ha impedito di presentare i suoi risultati a una riunione consultiva e ha soppresso il suo rapporto. Quando il rapporto è trapelato, la reazione della FDA è stata quella di avviare un'indagine penale sulla fuga di notizie.²¹⁹

Poiché le aziende sapevano che la FDA non avrebbe controllato il loro lavoro, è stato facile per loro imbrogliare anche in questa occasione. Ho dimostrato che, nelle sperimentazioni di alcuni farmaci, ci sono stati più suicidi che nell'intera analisi della FDA su tutti i farmaci.²²⁰

Thomas Laughren era responsabile della metanalisi della FDA del 2006. Cinque anni prima aveva pubblicato un articolo utilizzando i dati dell'FDA, in cui riportava un numero di suicidi per 10.000 pazienti randomizzati alle pillole per la depressione²²¹ 10 volte superiore rispetto all'analisi del 2006. È incredibile che possa essere così soggettivo se qualcuno sia morto o meno, ma ricordate: questa è psichiatria.

Nel 2006 la FDA ha riferito che le pillole per la depressione raddoppiano il rischio di suicidio, di tentativi di suicidio o di preparazione al suicidio nelle persone di età inferiore ai 25 anni.²²² Il tasso di eventi suicidari è stato scioccante: 2 giovani su 100 hanno sperimentato questo fenomeno durante alcune settimane di trattamento. Molti ragazzi, che non soffrivano di alcun disturbo psichiatrico, si sono uccisi a causa dei danni insopportabili dei farmaci, che non riconoscevano, perché pensavano di essere impazziti.²²³

Le case farmaceutiche sapevano quanto fossero pericolosi i loro farmaci prima di commercializzarli. La Eli Lilly sapeva che la fluoxetina poteva causare uno strano stato d'animo agitato con rabbia insopportabile, deliri e dissociazione, o un impulso irrefrenabile a commettere suicidio o omicidio.²²⁴

Il suicidio, la violenza e l'omicidio in seguito all'assunzione di pillole per la depressione e altri psicofarmaci sono fortemente associati all'acatisia,²²⁵ che è uno stato di estrema irrequietezza e agitazione interiore. Significa letteralmente che non si riesce a stare fermi. Si può avere l'impulso di battere le dita, agitarsi, scuotere le gambe o camminare su e giù all'infinito. L'acatisia non deve necessariamente essere visibile, ma può causare un tormento interiore e un'ansia estrema.

Sebbene l'acatisia sia uno dei sintomi più pericolosi che esistano, gli psichiatri spesso la trascurano o la liquidano. Un libro di testo ha definito i sintomi chiave dell'acatisia "depressione agitata".²²⁶

Nel 2011, il direttore di Lundbeck, Ulf Wiinberg, ha affermato in un programma radiofonico danese che i farmaci per la depressione riducono i suicidi nei bambini. Allo stesso tempo, il partner statunitense di Lundbeck, Forest, stava negoziando un risarcimento con 54 famiglie i cui figli avevano commesso o tentato il suicidio durante l'assunzione delle pillole per la depressione di Lundbeck.

Il giornalista e l'esperto invitato dall' Agenzia Danese per i Farmaci rimasero sbalorditi e io pubblicai una lettera aperta a Lundbeck su un sito scientifico.²²⁷ Il direttore della ricerca di Lundbeck, il medico Anders Gersel Pedersen, ha risposto in modo estremamente accondiscendente.²²⁸

"Abbiamo letto - con rammarico - la lettera aperta di Peter Gøtzsche, che purtroppo sembra caratterizzata da una limitata visione professionale della complicata ed estremamente importante questione del suicidio e dei comportamenti suicidari associati alla depressione nei bambini e negli adolescenti, e di un possibile aumento del rischio di suicidio in relazione al trattamento della depressione con antidepressivi... A nostro avviso, qualsiasi

dialogo su questo importante argomento dovrebbe essere basato sull'evidenza e non assumere la forma di una polemica superficiale su basi insufficienti".

L'articolo di Pedersen ci dice molto sul modo di pensare delle aziende farmaceutiche. Per i direttori della ricerca delle aziende farmaceutiche, la scienza è solo una vetrina da allestire. Ho spiegato a lungo su²²⁹ perché i suoi sette riferimenti sono fuorvianti.

Pedersen ha sostenuto che non esiste una chiara relazione tra comportamento suicidario, tentativi di suicidio e suicidio. Questo non è corretto. Le persone che manifestano un comportamento suicidario sono molto più a rischio di suicidio di quelle che non lo manifestano.

Pedersen ha citato uno studio sui suicidi nei bambini danesi²³⁰ condotto da Kessing, che era sul libro paga di Lundbeck. I suicidi erano 19 volte più frequenti quando i bambini erano stati trattati con un SSRI. Lo studio è stato finanziato dalla Fondazione Lundbeck e il risultato non è stato positivo per Lundbeck. Gli autori hanno presentato un'altra analisi in cui hanno corretto il calcolo per il contatto con gli ospedali psichiatrici. Il rischio era ancora aumentato, di 4,5 volte, ma "non più significativo". È sbagliato correggere per il contatto con gli ospedali psichiatrici, che aumenta il rischio di suicidio per i pazienti psichiatrici di 44 volte.²³¹ Una correzione per un fattore della catena causale attenuerà o eliminerà in modo spurio una relazione vera.

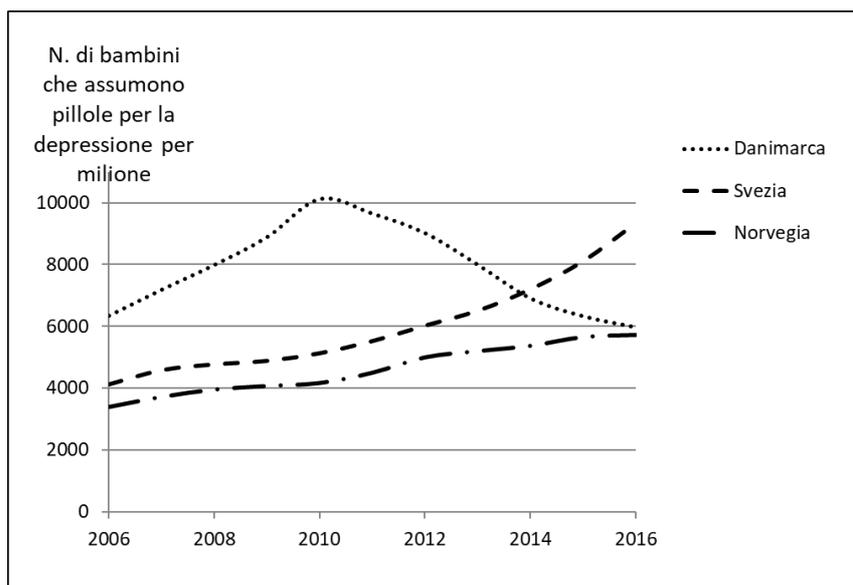
Kessing ha scoperto che gli SSRI aumentano drasticamente il rischio di suicidio nei bambini, ma ha concluso il contrario: "Non trattare bambini e adolescenti gravemente depressi con gli SSRI può essere inappropriato o addirittura fatale".

Ciò che è fatale è che abbiamo professori di psichiatria come Kessing e Videbech che hanno citato questo studio in modo acritico molte volte come "prova" che i farmaci per la depressione non causano il suicidio, ad esempio su *Politiken* nel 2020.²³² Per essere sicuro che a nessuno sfuggisse il punto, Videbech ha usato un titolo dichiarativo: "No, Peter Gøtzsche: i farmaci per la depressione non sono una follia. In realtà sono estremamente utili". Videbech ha affermato che è "evidente che senza esperienza clinica è impossibile interpretare in modo significativo i risultati dei vari studi". Questa è una vera e propria assurdità. Direi che, senza una conoscenza rudimentale della metodologia di ricerca, è impossibile interpretare in modo significativo i risultati dei vari studi. Videbech si trova in questa posizione.

L'orrenda menzogna di Lundbeck mi ha spinto a mettere in guardia contro il rischio di suicidio delle pillole, alla radio e in TV, in articoli, libri e conferenze. Nel 2011, il Ministero della Salute danese ha ricordato ai medici di famiglia che non dovevano prescrivere pillole per la depressione ai bambini, compito che spettava agli psichiatri. Poiché l'avevano già fatto in precedenza, con scarsi risultati, sono convinta che l'enorme calo di utilizzo che abbiamo registrato sia dovuto alla mia tenacia (vedi figura).²³³

Anche se i professori di psichiatria di tutti e tre i Paesi hanno continuato a propagandare la menzogna che le pillole per la depressione proteggono i bambini dal suicidio, il numero di bambini in cura è diminuito del 41% in Danimarca, mentre è aumentato del 40% in Norvegia e dell'82% in Svezia.

Considerando tutte le età, il consumo di pillole per la depressione è aumentato del 37% tra il 2010 e il 2020 in 24 Paesi europei.²³⁴ La Danimarca è stato l'unico Paese in cui il consumo è diminuito (del 4%).



Nel 2013 ho discusso con Kessing in TV, nel programma della sera, sui suicidi causati dalle pillole per la depressione. Ho caricato il dibattito sul web²³⁵ e alcune parti di esso appaiono nel film *Diagnosing Psychiatry*.²³⁶ Kessing ha negato totalmente la scienza e gli avvertimenti delle agenzie del farmaco, affermando che sappiamo con grande certezza che gli SSRI *proteggono* dal suicidio. Ha aggiunto che il rischio di suicidio è elevato quando le persone smettono di assumere SSRI, ma ha omesso di dire che ciò è dovuto ai dannosi effetti di astinenza delle pillole quando i pazienti smettono di prenderle in un sol colpo.

Poco dopo, Kessing mi ha accusato di essere poco professionale e di fare campagna contro gli antidepressivi, sostenendo che non esiste un solo studio al mondo che abbia dimostrato che aumentano il rischio di "suicidio completato".²³⁷ Gli risposi che le sue affermazioni errate non aumentavano certo la fiducia nei professori della specialità e che un altro professore, Videbech, era d'accordo con me in un dibattito che avevamo avuto alla radio e alla TV due settimane prima, che gli SSRI possono causare il suicidio.²³⁸

Tre giorni dopo, ho partecipato a un altro dibattito televisivo con Kessing, questa volta su come ridurre il consumo di pillole per la depressione. Kessing sosteneva che non sono pericolose. Il direttore della ricerca di Lundbeck, Anders Gersel Pedersen, ha detto che la cosa più pericolosa è *non* curare i pazienti, e ha affermato che non diventano dipendenti ma hanno una ricaduta quando smettono di prendere le pillole. Kessing ha affermato che solo il 10% di coloro che si recano dal medico di famiglia non vengono aiutati: un'osservazione non da poco su farmaci che non funzionano!

Quando l'intervistatore ha chiesto a Kessing come si potesse ridurre il consumo di pillole, non ha risposto alla domanda. Ha detto che sapevamo con certezza che negli ultimi 50 anni c'era stato un aumento dell'incidenza della depressione moderata e grave. Questo non è vero.²³⁹ Ho spiegato che i criteri per la diagnosi di depressione sono stati sostanzialmente abbassati in questi 50 anni e che la prevalenza della depressione grave non è aumentata. La maggior parte dei pazienti che ricevono una diagnosi di depressione vive una vita deprimente, ad esempio è sposata con la persona sbagliata, ha un capo prepotente, un lavoro noioso, non ha un lavoro o ha una malattia cronica. Non è compito dei medici cercare di tirarli fuori da questa situazione, e una pillola non servirà. Un medico che ha visto un disoccupato depresso e gli ha suggerito dei farmaci, ha ricevuto questa risposta indignata:

"Non ho bisogno di farmaci, ho bisogno di un lavoro".²⁴⁰ Disoccupazione, povertà, traumi e altri fattori psicosociali sono i principali fattori di rischio per la depressione.²⁴¹

Sono stato continuamente perseguitato da professori di psichiatria.²⁴² Nel 2016 Kessing ha affermato che le nostre metanalisi che documentavano il rischio di suicidio erano insolitamente poco scientifiche e pubblicate su riviste di scarso valore scientifico. Capisco. Utilizzare le migliori metodologie disponibili e pubblicare su riviste di alta reputazione, come il *BMJ*, il *Journal of the Royal Society of Medicine* e il *Canadian Medical Association Journal*,²⁴³ sembra valere poco come scienza.

I deliri di Raben Rosenberg su di me includono "un tono stridente con interpretazioni altamente soggettive", "una forma monomaniacale e saccente che riflette un disprezzo per la professione psichiatrica", "una crociata ideologica, che è eticamente profondamente problematica" e "campagne antipsichiatriche, il cui sfondo è il principio della semplificazione grossolana".

Se non si hanno argomenti, sembra che si alzi la voce, o si parli a vanvera, o entrambe le cose.

Anche in Svezia le cose sono andate male. Nel 2017, i dirigenti del Consiglio per la Salute e dell'Agenzia del Farmaco e quattro "esperti" hanno scritto sullo *Swedish Medical Journal* che la fluoxetina dovrebbe essere talvolta utilizzata nei giovani: "Non ci sono prove che il trattamento con antidepressivi aumenti il rischio di suicidio. Piuttosto, le prove puntano nella direzione opposta". Può esserci di peggio? Le autorità ufficiali dicono il contrario di ciò che è vero. Ho risposto e spiegato perché questi farmaci non dovrebbero essere usati.²⁴⁴

Nel 2019, due ricercatori europei hanno finalmente messo fine alla favola letale degli psichiatri. Hanno rianalizzato i dati della sperimentazione FDA e hanno incluso gli eventi verificatisi durante il follow-up,²⁴⁵ che è la cosa giusta da fare perché, nella pratica clinica, le persone a volte smettono di prendere i farmaci a un certo punto. Hanno incluso tutte le età e hanno riscontrato un numero doppio di suicidi nei gruppi con principio attivo rispetto ai gruppi placebo.

Nella nostra revisione sistematica del 2016 sul *BMJ* dei rapporti degli studi clinici, abbiamo scoperto che le pillole per la depressione raddoppiano la suicidalità nei bambini e negli adolescenti e aumentano l'aggressività di 2-3 volte.²⁴⁶ Abbiamo avuto accesso ai dati dei singoli pazienti riportati in appendice per 32 dei nostri 70 studi e sono stati rivelatori. Considerando tutte le età, quattro decessi sono stati segnalati erroneamente a favore del farmaco attivo; 27 dei 62 tentativi di suicidio sono stati codificati come labilità emotiva o peggioramento della depressione; e le narrazioni dei pazienti elencavano minacce di omicidio, ideazione omicida, aggressione, molestie sessuali, minaccia di portare un'arma a scuola, danni alla proprietà, pugni a oggetti domestici, aggressione fisica, aggressione verbale e belligeranza.

Anche se l'acatisia è stata talvolta erroneamente codificata come ipercinesia o non è stata codificata affatto, abbiamo riscontrato che si è verificata con una frequenza doppia con le pillole rispetto al placebo.

Le nostre scoperte sono importanti, se si considerano le numerose sparatorie nelle scuole e altri omicidi di massa in cui gli assassini assumevano tali farmaci.²⁴⁷ Le autorità lo nascondono abitualmente per non sollevare dubbi sulle pillole, ma sappiamo che il pilota della Germanwings che ha portato con sé un intero aereo carico di passeggeri quando si è suicidato sulle Alpi e l'autista belga di autobus che ha ucciso molti bambini andando a sbattere contro una parete di montagna, assumevano una pillola per la depressione.

La stupidità professionale è sconvolgente. Quando si è scoperto che uno degli adolescenti che hanno sparato nel massacro della Columbine High School aveva preso una pillola contro la depressione, l'Associazione Psichiatrica Americana ha escluso l'idea che potesse esserci una relazione causale e ha aggiunto che le malattie mentali non diagnosticate e non trattate comportano un pesante tributo per coloro che ne soffrono.²⁴⁸ Si tratta di uno stucchevole linguaggio di marketing preso dal copione dell'industria. Anche l'altro assassino aveva preso pillole per la depressione.

Quando abbiamo pubblicato la nostra analisi sul *BMJ*, lo psichiatra degli adolescenti Bernadka Dubicka ci ha accusato di danneggiare i giovani perché abbiamo sottolineato che i farmaci per la depressione aumentano il loro rischio di suicidio. Ha sostenuto che la depressione nei giovani è sottotrattata; che il nostro articolo era fondamentalmente difettoso nella presentazione e nella logica; che i risultati erano stati interpretati in modo errato dal *BMJ* nel suo comunicato stampa; e molte altre cose, che erano anche pericolose sciocchezze.²⁴⁹ Marc Stone dell'FDA ci ha accusato di aver travisato uno studio dell'FDA, cosa che non abbiamo fatto, e, ironia della sorte, ha gravemente travisato non solo il suo lavoro ma anche un articolo di un suo collega dell'FDA.²⁵⁰ Abbiamo risposto a questi attacchi infondati.²⁵¹

Il professore di psichiatria Lars Mehlum di Oslo ha affermato che il problema è che abbiamo definito la suicidalità in modo molto ampio e che non c'è stato un aumento significativo dell'incidenza di suicidi o tentativi di suicidio.²⁵² Ha affermato che era sbagliato concludere che i farmaci aumentano il rischio di suicidio nei bambini e nei giovani.

Altri critici sono stati altrettanto irragionevoli.²⁵³ Il medico di base Sheraz Yasin riteneva trascurabile il fatto che avessimo dimostrato che gli antidepressivi quando vengono somministrati a volontari umani adulti rispetto al placebo raddoppiano il tasso di attivazione o altri eventi precursori dell'aggressività e della suicidalità.²⁵⁴ E molti psichiatri hanno continuato a pensare di poter usare i farmaci in modo sicuro nei bambini e negli adolescenti, ad esempio Detlev Degner ha menzionato i trattamenti individualizzati o l'analisi bilanciata dei rischi e dei benefici nella sua seconda risposta rapida sul *BMJ*. Ha definito "un'ideologia unidimensionale e pericolosa" il nostro suggerimento di vietare l'uso di farmaci per la depressione nei bambini e nei giovani. Non è ideologia, ma medicina basata sull'evidenza, chiedere il divieto di usare farmaci che non funzionano e causano gravi danni, tra cui il suicidio. Poiché è impossibile prevedere quali bambini saranno spinti al suicidio a causa degli effetti negativi dei farmaci, non è possibile praticare trattamenti personalizzati in modo sicuro ed è pericoloso suggerire questa falsa soluzione.

Gli psichiatri spesso negano che i farmaci che perturbano le funzioni cerebrali possano causare violenza e omicidi. Ma un'analisi di 1.937 casi di violenza presentati all'FDA, di cui 387 per omicidio, ha mostrato che la violenza è stata segnalata con particolare frequenza per le pillole per la depressione, i sedativi/ipnotici, i farmaci per l'ADHD e un farmaco per smettere di fumare che influisce anche sulla funzione cerebrale.²⁵⁵

Nel 2018 ho descritto su un giornale, il *Jyllands-Posten*, un tragico suicidio dovuto alle pillole per la depressione.²⁵⁶ I genitori di Rasmus Burchardt mi hanno contattato dopo che il loro figlio diciannovenne si era impiccato nel loro bagno 18 giorni dopo che il medico di famiglia gli aveva prescritto la mirtazapina per problemi di sonno e stanchezza scolastica. Né loro né Rasmus erano stati avvertiti che le pillole per la depressione possono causare il suicidio e volevano che ne scrivessi per mettere in guardia gli altri. Per loro era incomprensibile come

potesse essere successo, perché Rasmus non aveva mai avuto pensieri suicidi o sofferto di depressione.

La fidanzata di Rasmus era preoccupata per un messaggio che lui aveva inviato lo stesso giorno: "Queste cazzo di pillole rendono i pensieri impossibili da fermare, e in questo momento voglio che tutto si fermi". È andata a casa con un'amica e lo ha trovato morto.

Ho spiegato che la storia di Rasmus era tipica dei suicidi causati dalle pillole per la depressione. Spesso arrivano senza preavviso e il metodo è di solito violento, ad esempio impiccarsi, spararsi o buttarsi sotto un treno, il che garantisce quasi il successo del tentativo di suicidio. L'approccio più comune è l'assunzione di una dose eccessiva di pillole, che spesso è un grido di aiuto.

Il mio articolo ha suscitato una grande discussione. Due importanti professori di psichiatria, Poul Videbech e Per Hove Thomsen, e lo psichiatra Poul Erik Buchholtz, sostenevano che le pillole *proteggono* dal suicidio.²⁵⁷ Buchholtz sosteneva inoltre che la psicoterapia non era un'opzione, anche se io e mia figlia maggiore Pernille avevamo dimostrato che la psicoterapia per i pazienti che hanno tentato il suicidio dimezza il rischio di un altro tentativo di suicidio.²⁵⁸

Il presidente della Società Danese di Medicina Generale, Anders Beich, ritiene che i lunghi tempi di attesa per gli psichiatri possano essere disastrosi, perché è pericoloso avere la depressione, che può portare al suicidio.²⁵⁹ Non può che essere un vantaggio avere lunghe liste d'attesa per gli psichiatri che prescrivono pillole che raddoppiano i tassi di suicidio.

Nel 2018-19 ho informato i Consigli Sanitari dei Paesi nordici, del Regno Unito, dell'Australia e della Nuova Zelanda che la conseguenza della negazione collettiva e professionale era che bambini e adulti continuavano a suicidarsi a causa di pillole che pensavano avrebbero impedito il suicidio.²⁶⁰ Ho esortato i Consigli ad agire e ho detto loro che i miei avvertimenti avevano fatto sì che l'uso di pillole per la depressione nei bambini fosse quasi dimezzato in Danimarca, mentre era aumentato negli altri Paesi nordici.

Sono stato accolto con indifferenza. Ho ricevuto risposte nulle o tardive, risposte insignificanti o la totale negazione dell'evidenza.²⁶¹ Il Ministero finlandese degli Affari Sociali e della Salute ha impiegato cinque mesi per ammettere che "in alcuni studi l'aumento dei pensieri suicidari è stato collegato agli SSRI". Se si considerano *tutti gli studi*, è chiaro che le pillole per la depressione aumentano non solo i pensieri suicidari, ma anche i comportamenti suicidari, i tentativi di suicidio e i suicidi, anche negli adulti.

L'Agenzia Svedese per i Farmaci ha risposto dopo un ritardo di sei mesi. Si trattava di processi e raccomandazioni di trattamento che l'agenzia aveva emesso nel 2016, e che ho consultato.²⁶² Alla voce effetti collaterali, la suicidalità non era affatto menzionata. Più in basso, il documento osservava che le pillole aumentano leggermente il rischio di suicidalità, ma "non aumentano il rischio di suicidio, e ci sono alcune prove che il rischio sia diminuito".

È una bugia. Il foglietto illustrativo svedese della fluoxetina, che l'agenzia ha approvato, menziona che i comportamenti legati al suicidio (pensieri suicidari e tentativi di suicidio), l'ostilità e la mania sono effetti collaterali comuni nei bambini. Alcuni degli esperti di cui l'agenzia si è avvalsa, ad esempio Håkan Jarbin, avevano legami finanziari con i produttori di pillole per la depressione, ma nulla di tutto ciò è stato dichiarato nel rapporto dell'agenzia del farmaco.

Nel 2020 scrissi di nuovo alle commissioni, questa volta allegando il mio documento sulla loro inazione.²⁶³ La Direzione della Salute Islandese mi rispose che aveva chiesto agli psichiatri responsabili della psichiatria infantile e adolescenziale di esprimere il loro parere

nove mesi prima, con un promemoria, ma che non avevano avuto il tempo di rispondere. Ho risposto: "Dovrebbero vergognarsi. I bambini si uccidono a causa delle pillole e loro non hanno il tempo di preoccuparsene. Che razza di persone sono? Perché sono diventati psichiatri? Che tragedia per i bambini che dovrebbero aiutare".

Ho informato Bob Whitaker di questo, e lui mi ha risposto che l'inazione della professione medica riguardo alla prescrizione di psicofarmaci a bambini e adolescenti è una forma di abuso e negligenza nei confronti dei bambini e un tradimento istituzionale.

Non ho ricevuto alcuna risposta dal Regno Unito o dall'Australia. Una lettera non datata del Ministero della Salute neozelandese affermava che l'ente regolatore dei farmaci non aveva approvato l'uso della fluoxetina per le persone di età inferiore ai 18 anni. Tuttavia, questo non è un ostacolo per l'uso, che è aumentato del 78% per i farmaci depressivi tra il 2008 e il 2016,²⁶⁴ e un rapporto UNICEF del 2017 ha mostrato che la Nuova Zelanda ha il più alto tasso di suicidi al mondo tra gli adolescenti.²⁶⁵

Lundbeck ha avuto molto successo nello spingere i bambini al suicidio. Nel 2023, la FDA ha abbassato l'età di utilizzo dell'escitalopram (Lexapro) da 12 a 7 anni, sulla base di uno studio sul disturbo d'ansia generalizzato.²⁶⁶ Come di consueto per Lundbeck, si trattava di marketing travestito da scienza.²⁶⁷ Dieci degli 11 autori avevano un conflitto di interessi finanziario e il manoscritto è stato scritto da un redattore ombra. Il documento concludeva che il farmaco funzionava ed era ben tollerato, ma entrambe le cose erano sbagliate. Gli eventi avversi si sono verificati in 76 dei 137 bambini che assumevano il farmaco e in 51 dei 136 che assumevano il placebo ($p = 0,004$, calcolo mio; nell'articolo non c'erano valori P per i danni), e un maggior numero di bambini ha avuto idee suicide con l'escitalopram (13 contro 2, $p = 0,006$), "con l'ideazione più comune nella categoria meno grave ("desiderio di essere morto"; 9 contro 1, $p = 0,02$).

Il lettore potrebbe chiedersi come mai, secondo Lundbeck, "desidero essere morto" possa essere la categoria di ideazione suicidaria meno grave.

Al termine del periodo di prova di 8 settimane, 43 bambini che assumevano il farmaco sono stati passati al placebo senza preavviso. Si trattava di un'operazione non etica che violava le linee guida internazionali. Non sorprende che ciò abbia causato in alcuni bambini ideazione o comportamento suicidario o desiderio di morte (secondo il materiale supplementare).

L'effetto è stato minore e statisticamente significativo solo per una delle tre scale di valutazione degli osservatori utilizzate. Ai bambini non è stato chiesto come si sentissero. Probabilmente avrebbero trovato il farmaco inefficace, come hanno fatto nei due studi sulla fluoxetina nella depressione che abbiamo esaminato.²⁶⁸

Il foglietto illustrativo dell'FDA per il Lexapro riporta che "La sicurezza e l'efficacia del Lexapro non sono state stabilite in pazienti pediatriche di età inferiore a ... 7 anni". Certo, ma per i bambini più grandi è stato stabilito che il Lexapro è pericoloso. Il foglietto illustrativo indica che, per tutti gli antidepressivi, nei pazienti di età inferiore ai 18 anni, 14 pazienti in più su 1000 sperimentano pensieri e comportamenti suicidari rispetto al placebo. Si tratta di un danno inaccettabile per farmaci che non funzionano per i bambini.

Alla voce *Incidenza delle reazioni avverse* sono elencati alcuni effetti avversi minori che sono più comuni con Lexapro rispetto al placebo. Non ci sono dati sull'aumento statisticamente significativo del rischio di suicidio nello studio sul disturbo d'ansia generalizzato (vedi sopra), anche se il foglietto illustrativo fornisce altri dati da questo studio, ma solo per l'efficacia e solo per la scala in cui il risultato era statisticamente significativo.

Ho descritto in dettaglio la corruzione della FDA in due dei miei libri.²⁶⁹ Il fallimento nella regolamentazione dei farmaci causa il suicidio di alcuni bambini, il che rende la FDA complice di questo crimine contro l'umanità (vedi sotto). L'unica azione decente è vietare l'uso di farmaci depressivi nei bambini.

Esperti di prevenzione del suicidio contribuiscono al crimine contro l'umanità

I cosiddetti esperti di prevenzione del suicidio contribuiscono al crimine contro l'umanità. Sono prevenuti a favore dell'uso di farmaci e selezionano a piacimento gli studi che citano anche quando definiscono sistematiche le loro revisioni.²⁷⁰ Le strategie di prevenzione del suicidio sembrano sempre includere pillole per la depressione, ad esempio in un programma per i veterani di guerra degli Stati Uniti.²⁷¹

Nel 2017, alcuni ricercatori norvegesi hanno osservato che è un mito che i disturbi mentali giochino un ruolo significativo in almeno il 90% dei suicidi.²⁷² Nella maggior parte dei casi, non esiste un disturbo mentale preesistente, ma la diagnosi di depressione viene assegnata retrospettivamente utilizzando l'"autopsia psicologica". È impossibile diagnosticare la depressione in un paziente morto, poiché molte delle domande diagnostiche riguardano il modo in cui il paziente si sente e pensa, il che implica parlare con i familiari che potrebbero non essere disposti a rivelare problemi che attribuiscono loro una parte della colpa.

L'articolo dei norvegesi è convincente, ma è stato difficile da pubblicare. Hanno ricevuto recensioni positive e l'editore ha invitato a ripresentarlo, ma un nuovo editore ha respinto l'articolo osservando che i risultati "non aumentano sufficientemente le conoscenze attuali e non sono sufficientemente persuasivi per sostenere affermazioni così significative".

Questo è ciò che il filosofo Harry Franklin chiama "bullshit", ovvero "stronzate", e che lui considera prossime alla menzogna.²⁷³ Il nuovo direttore aveva un conflitto di interessi e aveva dichiarato nelle sue stesse pubblicazioni che i disturbi mentali giocano un ruolo significativo nel 95% dei suicidi.

I ricercatori hanno intrapreso un'odissea con molti invii, rifiuti e discussioni con gli editori, ed è emerso uno schema interessante. I revisori che erano d'accordo con il loro messaggio o che accoglievano con favore gli articoli che mettevano in discussione le verità consolidate, fornivano recensioni brevi. Altri non hanno discusso la scienza, ma hanno usato la deplorabile tattica, descritta ne *L'arte di avere sempre ragione* del filosofo Arthur Schopenhauer, di intimidire l'avversario scegliendo metafore favorevoli alla propria tesi.²⁷⁴ I ricercatori norvegesi sono stati accusati di assumere una posizione estrema, di non essere equilibrati, di non avere una formazione da psichiatra, di essere polemici, di esprimere solo opinioni o di essere come i negazionisti del cambiamento climatico.

Quando alla fine l'articolo è stato pubblicato e l'editore ha invitato a esprimere commenti critici, non ne è arrivato nessuno. Anche questo è tipico. Se non si può vincere, è meglio tacere.

Nel 2017, 29 esperti di prevenzione del suicidio provenienti da 17 Paesi hanno pubblicato un rapporto dal titolo autorevole, *Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper*,²⁷⁵ che citava una "revisione sistematica" condotta da 18 esperti. Tuttavia, la revisione non era sistematica. Non includeva i numerosi studi o revisioni che andavano contro la pericolosa raccomandazione degli autori della terapia farmacologica come prevenzione del suicidio.

Per i ricercatori norvegesi è stato estremamente difficile pubblicare una critica al rapporto.²⁷⁶ Il loro articolo è stato rifiutato da sei riviste per motivi politici.

Nel 2020, hanno pubblicato online un articolo con interviste a professionisti sulle loro esperienze di lavoro con l'attuazione dei piani d'azione e delle linee guida norvegesi per la prevenzione del suicidio.²⁷⁷ I professionisti erano molto critici nei confronti della monopolizzazione della "verità" all'interno della comunità della prevenzione del suicidio. Un mese dopo la pubblicazione dell'articolo, i ricercatori hanno ricevuto una lettera dai redattori in cui si diceva che avevano ricevuto un reclamo per contenuto diffamatorio. Volevano ripubblicare l'articolo, ma prima avrebbero dato ai ricercatori la possibilità di ritirarlo.

Si trattava di una trappola, alla quale sono stato esposto anch'io. Non dovrete MAI accettare una simile "offerta" da parte di un editore che senza dubbio ne approfitterà per rifiutare il vostro lavoro dopo un'ulteriore revisione paritaria.

Era facile intuire che il reclamo provenisse dal Centro Nazionale per la Ricerca e la Prevenzione del Suicidio. Gli autori si sono rifiutati di ritirare l'articolo, il che ha portato a una battaglia di cinque mesi che ha richiesto l'assistenza legale da parte della loro università e dalla Germania, dove ha sede l'editore. L'avvocato tedesco ha concluso che il contenuto non era diffamatorio. In effetti, il contenuto era protetto dalla legislazione sulla libertà di parola.

Ma il teatro dell'assurdo è continuato. I redattori volevano ora indagare se i dati avessero qualche fondamento per quelle che definivano "forti accuse" e chiedevano che venissero consegnate le trascrizioni delle interviste. Si sarebbe trattato di una grave violazione della riservatezza e i ricercatori si sono rifiutati di farlo. Hanno invece inviato materiale ai redattori mostrando che il Centro Nazionale per i Suicidi aveva confermato pubblicamente i loro risultati in diverse riviste professionali.

I redattori hanno quindi chiesto all'università di indagare i ricercatori per cattiva condotta scientifica. L'università ha ceduto a questa richiesta ingiustificata e la sua indagine ha dato pieno sostegno ai ricercatori. Solo allora i redattori hanno accettato che l'articolo rimanesse nella rivista.

Ho avuto una corrispondenza con l'autrice principale, la professoressa Heidi Hjelmeland, su questa saga, che mi ha spinto a fare una ricerca su Internet per scoprire cosa pensano oggi gli "esperti" sull'uso dei farmaci per la prevenzione del suicidio. Una revisione sistematica pubblicata nel 2021 sulla rivista di riferimento degli psichiatri, l'*American Journal of Psychiatry*, intitolata *Improving suicide prevention through evidence-based strategies (Migliorare la prevenzione del suicidio attraverso strategie basate sull'evidenza)* è stata scioccante.²⁷⁸ L'abstract affermava che "Le metanalisi trovano che gli antidepressivi prevengono i tentativi di suicidio". Gli psichiatri hanno persino avuto l'audacia di chiamare i loro consigli letali "strategie basate sull'evidenza".

Come già notato, negli studi randomizzati, le pillole per la depressione non solo raddoppiano il *rischio* di suicidio, ma raddoppiano anche i suicidi, senza limiti di età.²⁷⁹

Le persone che si considerano esperte di suicidio sono di solito l'esatto contrario. Una "revisione dello stato dell'arte" del 2015 di Bolton et al. sul *BMJ*²⁸⁰ sulla valutazione del rischio di suicidio e sull'intervento è una revisione narrativa con un curioso mix di studi randomizzati, studi osservazionali, studi trasversali, analisi retrospettive e conclusioni basate su dati errati.²⁸¹ Si afferma che alcuni farmaci possono ridurre il rischio di suicidio, ma i loro riferimenti non lo supportano.

Il loro primo riferimento è una revisione narrativa e non sistematica di Griffiths et al. in cui, per quanto riguarda gli antidepressivi, uno studio dice questo e un altro dice quello, e c'è un'analisi *post hoc* e un gergo vuoto come "ci sono alcune prove". Griffiths et al. affermano che la clozapina è l'unico farmaco approvato dalla FDA per ridurre il rischio di comportamenti suicidari.

Ma la FDA ci ha ingannato ancora una volta. Non esistono studi controllati con placebo che documentino che la clozapina riduca il rischio di suicidio. Stranamente, questa affermazione proviene da un enorme studio con olanzapina - un altro neurolettico - come comparatore.²⁸² Lo studio ha randomizzato 980 pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo ad alto rischio di suicidio. Le differenze erano appena statisticamente significative, $P = 0,03$, sia per il comportamento suicidario che per il tentativo di suicidio. Ovviamente, non possiamo escludere che entrambi i farmaci possano aumentare i suicidi, e che la clozapina lo faccia in misura leggermente inferiore rispetto all'olanzapina, ma alla FDA non importa. Inoltre, $P = 0,03$ potrebbe essere un dato casuale o il risultato di torturare i dati fino a farli confessare.²⁸³ In realtà, lo studio ha rilevato un *maggior numero di* suicidi con la clozapina rispetto all'olanzapina (cinque contro tre). Novartis, l'azienda produttrice della clozapina, era dietro lo studio e 6 dei 13 autori erano in conflitto di interessi.

Bolton et al. affermano che il litio riduce i suicidi, facendo riferimento a una revisione narrativa che nel suo abstract parla di "studi clinici naturalistici a lungo termine su larga scala, retrospettivi e prospettici". Una revisione sistematica pubblicata sul *BMJ* degli studi randomizzati sul litio è molto più cauta,²⁸⁴ e il gruppo placebo potrebbe avere un aumento artificiale del rischio di suicidio a causa dei sintomi di astinenza, dato che i pazienti erano già sotto litio prima di essere randomizzati.

Nel 2017, esperti di suicidi hanno scritto sullo *Swedish Medical Journal* che gli antidepressivi, il litio e la clozapina prevengono i suicidi, ma molti dei loro riferimenti erano gravemente fuorvianti, e ho notato che non ci sono prove affidabili che qualsiasi farmaco possa prevenire il suicidio.²⁸⁵

Nel mio libro sul crimine organizzato nell'industria farmaceutica, uno dei capitoli è: "*Spingere i bambini al suicidio con le pillole della felicità*".²⁸⁶ Può esserci qualcosa di peggio di questo nella sanità? Dire ai bambini e ai loro genitori che le pillole sono utili quando non funzionano e spingono alcuni bambini al suicidio? Non è forse un crimine contro l'umanità?

Il NIMH ha una pagina web sulla prevenzione del suicidio che cita nove fattori di rischio.²⁸⁷ Le pillole contro la depressione non sono tra questi, e le informazioni sono gravemente fuorvianti in altri modi. Si legge che "alcuni individui a rischio di suicidio potrebbero trarre beneficio dai farmaci" e che la clozapina - un neurolettico particolarmente pericoloso - è approvata dalla FDA "per ridurre il rischio di comportamenti suicidari ricorrenti in pazienti affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo".

Un seminario di *Lancet* del 2022 è l'ennesima prova che la psichiatria è degenerata fino a un punto di non ritorno. Il seminario, *Suicidio e autolesionismo*,²⁸⁸ era lungo 14 pagine. *Lancet* è considerata una rivista prestigiosa, cosa che non è. Una rivista che non accetta lettere per la pubblicazione se sono più lunghe di 250 parole e se non arrivano entro due settimane dall'articolo originale, non invita alla critica e al dibattito scientifico. Molte persone non sapranno che un articolo è stato pubblicato prima che sia troppo tardi per criticarlo.

Il seminario è uno dei peggiori articoli sul suicidio che abbia mai visto, come ho spiegato sul sito Mad in America.²⁸⁹ Gli autori hanno scritto che esistono "associazioni tra il comportamento suicida e la disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e della trasmissione

neurale serotoninergica". Hanno cercato di resuscitare il mito di uno squilibrio chimico nel cervello nel cervello come causa dei disturbi psichiatrici,²⁹⁰ ma i due riferimenti che hanno citato erano un'allusione alla modificazione epigenetica dei geni, alle alterazioni dei sistemi neurotrasmettitoriali chiave, ai cambiamenti infiammatori, alla disfunzione gliale, alla disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e alla predisposizione genetica.

Tra i fattori di rischio per il suicidio, hanno citato l'uso di sostanze, ma non le pillole per la depressione, gli antiepilettici (che raddoppiano il rischio di suicidio²⁹¹) o la stessa professione psichiatrica.²⁹² Questi sono tabù per i ricercatori sul suicidio. È stato anche disonesto dire che "l'uso di farmaci per prevenire il suicidio è controverso" e che esiste la "possibilità di esacerbare i pensieri suicidari, in particolare nei giovani". *Sappiamo* che le pillole contro la depressione raddoppiano i tassi di suicidio.

C'erano 142 riferimenti, ma nemmeno uno alle numerose metanalisi di studi controllati con placebo che dimostrano che le pillole per la depressione aumentano il rischio di suicidio. Hanno invece citato un libro scritto dall'ultimo autore del seminario e da Robert D Goldney che ha pubblicato una revisione che è un classico esempio di come non si fa una revisione.²⁹³ Ha selezionato a piacimento studi osservazionali che sostenevano la sua idea che le pillole per la depressione proteggono dal suicidio, ad esempio studi condotti nei Paesi nordici che sono scientificamente disonesti.²⁹⁴ Altri ricercatori nordici hanno dimostrato che non c'è alcuna associazione tra l'aumento delle vendite di SSRI e il calo dei tassi di suicidio, che in Danimarca e Svezia ha preceduto di dieci anni o più l'introduzione degli SSRI.²⁹⁵ Goldney aveva "ricevuto onorari e sovvenzioni per la ricerca da diverse aziende farmaceutiche". Non c'è da sorprendersi.

Gli autori del seminario hanno affermato, senza alcun riferimento, che il trattamento farmacologico può ridurre il rischio di suicidio. Quali sono i farmaci miracolosi che possono fare questo? Sembra che esistano solo nel mondo delirante degli psichiatri.

Poco dopo, gli autori hanno parlato di studi osservazionali che suggeriscono che gli antidepressivi potrebbero ridurre il rischio di suicidio. Questo è il trucco degli UFO: se usi una foto sfocata per "dimostrare" di aver visto un UFO quando una foto scattata con un obiettivo forte ha mostrato chiaramente che l'oggetto è un aereo, sei un imbroglione. Hanno sostenuto che gli studi randomizzati avevano scarsa potenza statistica, il che non è vero se li combiniamo in metanalisi.

Hanno scritto che *alcune* ricerche hanno trovato un'associazione con un aumento del rischio di suicidio nei giovani. Anche questo è disonesto. Quando l'FDA ha esaminato *tutti* gli studi randomizzati, ha trovato una relazione causale e non solo una "associazione".

Hanno affermato che la base delle prove è incompleta, poiché molti studi hanno escluso persone ad alto rischio di suicidio. È un'assurdità. Abbiamo tutti i dati necessari per concludere che le pillole per la depressione raddoppiano i tassi di suicidio.

A proposito dell'ultima moda della psichiatria, le droghe allucinogene, hanno scritto che "la ketamina si è dimostrata promettente". Non è così (vedi pagina 23).

The Lancet è il braccio commerciale esteso dell'industria farmaceutica,²⁹⁶ proprio come il *New England Journal of Medicine*, che ha anche pubblicato articoli che negano che le pillole per la depressione causino il suicidio.²⁹⁷

Nel 2023, gli "esperti" ci hanno deluso di nuovo. In un lungo articolo (6.425 parole) pubblicato sul *BMJ*, *Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention* (*Suicidio nei giovani: screening, valutazione del rischio e intervento*), Hughes et al. citano alcuni fattori di rischio, ad esempio il fatto di vivere in una casa con armi da fuoco.²⁹⁸ Non

menzionano il trattamento con farmaci per la depressione. In seguito, affermano che i farmaci potrebbero aumentare il pensiero e il comportamento suicidario, ma li raccomandano comunque ai giovani, con "un maggiore monitoraggio da parte del medico che li prescrive". Sappiamo che si tratta di una falsa soluzione, perché le persone possono uccidersi all'improvviso e in modo inaspettato, così come non funziona mettere in guardia dal tenere armi da fuoco a casa.²⁹⁹

Hughes et al. ritengono che una differenza di rischio dello 0,7% per l'ideazione suicidaria o il tentativo di suicidio tra il farmaco e il placebo sia piccola, e la liquidano immediatamente affermando che "i dati di studi pediatrici più recenti con antidepressivi non hanno mostrato differenze tra farmaco e placebo". La revisione che citano non può essere utilizzata a tale scopo. E quando si studiano eventi rari, è inaccettabile perdere potenza statistica includendo solo studi "recenti". Inoltre, la revisione ha incluso solo i rapporti degli studi pubblicati, che hanno omesso molti tentativi di suicidio e suicidi.

È irresponsabile da parte del *BMJ* pubblicare queste pericolose sciocchezze.

Nel settembre del 2023 ho approfondito nuovamente la questione del suicidio.³⁰⁰ Ho fatto una ricerca su Google in danese su "suicidio e antidepressivi", che ha confermato che il pubblico è massicciamente e sistematicamente disinformato. Ecco i primi 10 post:

Il primo è un rapporto del Centro Danese per la Ricerca sul Suicidio che dimostra che gli antidepressivi aumentano del 50% il rischio di ripetuti tentativi di suicidio.³⁰¹ Tuttavia, dopo aver corretto le analisi per molti fattori, tra cui i contatti psichiatrici e l'uso di vari psicofarmaci, i ricercatori hanno concluso che le pillole non aumentano il rischio di un altro tentativo di suicidio. La ricerca è stata sostenuta da Lundbeck. Non ci sono sorprese.

Come già osservato, è sbagliato correggere per qualcosa che fa parte della catena causale, che può eliminare qualsiasi relazione reale. Una grave malattia mentale può portare a contatti psichiatrici, all'uso di psicofarmaci e a tentativi di suicidio.

Il numero due era un messaggio indirizzato ai cittadini danesi dalla Psichiatria della Regione della Capitale: *Il rischio di suicidio e di violenza non è influenzato dalla terapia antidepressiva.*³⁰² Il messaggio fa riferimento a uno studio di registro danese, ma tali studi sono distorti in molti modi e non possono invalidare i risultati ottenuti negli studi controllati con placebo.

Il numero tre proviene dallo stesso istituto: *Gli antidepressivi non aumentano il rischio di suicidio. La fluoxetina e la venlafaxina non aumentano il rischio di suicidio tra i giovani. Tra gli adulti e gli anziani, i farmaci proteggono dal suicidio.*³⁰³ I ricercatori hanno fatto riferimento a una metanalisi di Gibbons del 2012. Gibbons utilizza la modellazione statistica e i suoi studi sono talmente disonesti che non si tratta di errori, ma di imbrogli deliberati.³⁰⁴

Il numero quattro era un articolo di una rivista finanziata dall'industria,³⁰⁵ che parlava del nostro studio secondo cui, in volontari adulti sani, i farmaci per la depressione raddoppiano il rischio di suicidio e violenza rispetto al placebo.³⁰⁶ Nell'articolo si parla di un rischio del 15,2% rispetto al 10,3% (un rapporto di rischio di solo 1,5). Questi numeri non compaiono nel nostro articolo e non possono essere ricavati da esso.

Il numero cinque è una formulazione concordata dall'Agenzia Danese del Farmaco per il testo del foglietto illustrativo degli antidepressivi.³⁰⁷ "Poiché un miglioramento della depressione può essere osservato solo dopo diverse settimane di trattamento, il paziente deve essere seguito attentamente fino a quando non si nota un miglioramento. L'esperienza clinica generale mostra che il rischio di suicidio può aumentare nelle prime fasi della guarigione".

È profondamente irresponsabile dare l'impressione che gli antidepressivi riducano il rischio di suicidio. Inoltre, l'"esperienza clinica generale" non è affidabile. L'agenzia avrebbe dovuto dire che gli studi controllati con placebo dimostrano che il rischio di suicidio aumenta non solo all'inizio del trattamento, ma in qualsiasi momento e soprattutto dopo il cambio di dose.

Il numero sei è un articolo pubblicato sul *Journal of the Danish Medical Association* dalla psichiatra Marianne Bredts Geoffroy:³⁰⁸ *Suicidio giovanile e antidepressivi: Peter Gøtzsche sostiene che gli antidepressivi hanno spinto i giovani al suicidio. Ma come fa a saperlo? Beh, è facile. Quando un farmaco aumenta il rischio di suicidio, alcuni ci riusciranno.*

La Geoffroy inizia il suo articolo in questo modo: Peter Gøtzsche scrive che sono gli antidepressivi ad aver "spinto i giovani al suicidio". Se questo è vero, allora perché non tutti i bambini e i giovani che soffrono di depressione e a cui vengono somministrati antidepressivi sono spinti al suicidio?". Beh, alcune persone muoiono in incidenti stradali, ma non tutti muoiono. Geoffroy aveva ricevuto compensi da Lundbeck, Eli Lilly e Novartis.

Quando uscì il mio primo libro di psichiatria, la Geoffroy scrisse su una rivista sostenuta dall'industria che utilizzavo fondi pubblici (cosa non vera) per pubblicare libri privati e non scientifici, che paragonò a quelli di Scientology.³⁰⁹ Si è rivolta al Ministro della Salute e ha chiesto nel titolo: *Quale ufficio blocca i professori smarriti?* sostenendo che avevo spaventato i pazienti che non si sottoponevano alle cure del caso. Ovviamente ha cercato di farmi licenziare.³¹⁰ Ho denunciato la sua disinformazione diffamatoria. Un tribunale ha concluso che aveva violato le linee guida etiche e le linee guida collegiali dell'Associazione Medica Danese e aveva usato un linguaggio che era totalmente al di fuori dei limiti di un dibattito decente su questioni sanitarie.³¹¹

Un mese dopo, nell'articolo "*Nessuno al di sopra di Gøtzsche*", ha nuovamente messo in discussione i miei finanziamenti governativi.³¹² Ha definito bizzarro fare quel che io ho fatto, "estrapolare dai pochi casi sfortunati ai molti... È così che le cose possono andare male quando uno statistico lascia la scrivania e si addentra nella vita reale". Ciò che è bizzarro è che la maggior parte dei pazienti è insoddisfatta dell'"aiuto" che riceve dalla psichiatria, ma lei sostiene che sono pochissimi. Ha anche definito il mio libro sul crimine organizzato nell'industria farmaceutica: "Il primo libro oscuro".

Un anno dopo, Geoffroy era di nuovo sul piede di guerra.³¹³ Sosteneva che fosse un'ideologia e un conflitto di interessi il fatto che avessimo suggerito di demedicalizzare la popolazione perché gli psicofarmaci sono la terza causa di morte.³¹⁴ Pensavo che tutti i medici fossero interessati ad aiutare i loro pazienti a sopravvivere e scrissi che, poiché non c'era sostanza nella sua critica, apparentemente cercava qualcos'altro per cui criticarmi. Si è lamentata di me con la mia direzione, con il mio capo all'università, con il Consiglio Superiore della Sanità, con il Ministro e con il comitato dell'università che si occupa di presunti casi di cattiva condotta scientifica. Ho osservato che chiunque può denunciare il proprio vicino di casa alla polizia, ma a volte il problema è il denunciante e non il denunciato.

Il numero sette è la menzione nel *Journal of the Danish Medical Association* della tesi di dottorato dello psichiatra Lars Søndergård.³¹⁵ Basata sui registri danesi, ha rilevato "un rischio ridotto di suicidio associato al proseguimento del trattamento per tutti i gruppi di antidepressivi", l'opposto di quanto dimostrato dagli studi randomizzati.

Il numero otto è un commento che ho fatto nel 2015 sul sito web del Consiglio di Sanità.³¹⁶ Poul Videbech aveva affermato nella rivista del Consiglio, *Rational Pharmacotherapy*, che il sottotrattamento con antidepressivi è pericoloso a causa del rischio di

suicidio. Ho fatto notare che ciò non può essere corretto perché gli antidepressivi aumentano il rischio di suicidio e ho evidenziato altri errori nell'articolo di Videbech.

Il numero nove è stata la menzione su un sito scientifico³¹⁷ della metanalisi del mio gruppo di ricerca, che ha dimostrato che la duloxetina aumenta il rischio di suicidio e di violenza di 4 - 5 volte nelle donne di mezza età affette da incontinenza urinaria, come valutabile dagli eventi precursori definiti dalla FDA.³¹⁸ Inoltre, il doppio delle donne ha sperimentato un evento psicotico effettivo o potenziale. Gli psichiatri hanno criticato l'uso di eventi precursori per il suicidio e la violenza, e questo è simile all'uso di fattori prognostici per le malattie cardiache. Poiché il fumo e l'inattività aumentano il rischio di infarto, raccomandiamo alle persone di smettere di fumare e di fare attività fisica.

Il numero dieci era il mio articolo sul suicidio di Rasmus Burchardt che ho descritto sopra.³¹⁹

Le ricerche su Google sono influenzate dalle ricerche precedenti del ricercatore, ma è chiaro che molti psichiatri di spicco hanno mancato alla loro responsabilità nei confronti del pubblico sostenendo che le pillole per la depressione proteggono dal suicidio. Non conosco nessun'altra specialità medica i cui professionisti mentono sistematicamente al pubblico su questioni di vita e di morte. Diversi psichiatri mi hanno detto che i loro leader soffrono di dissonanza cognitiva, perché ciò che vedono e sentono non li influenza.

Nell'aprile del 2024, Katinka Blackford Newman ha lanciato una petizione, intitolata "Fate in modo che i servizi di prevenzione dei suicidi chiedano ai chiamanti se stanno assumendo farmaci che causano il suicidio", al *Samaritans*, che è un servizio di prevenzione dei suicidi.³²⁰ In soli due mesi ha raccolto oltre 25.000 firme.³²¹ Lo ha fatto perché gli esperti con cui ha parlato hanno suggerito che i medici e il personale delle linee telefoniche chiedano alle persone con pensieri suicidari: "Ha avuto pensieri suicidari dopo aver assunto, cambiato dose o smesso un farmaco che elenca i pensieri suicidari come potenziali effetti collaterali?".³²²

Quando la donna ha contattato i *Samaritans*, un portavoce ha detto: "I nostri volontari di ascolto non hanno una formazione medica e non offrono consigli sulla prescrizione di farmaci. Le discussioni sulle opzioni di trattamento, compresi i possibili effetti collaterali, devono essere fatte con un medico di base o con un altro professionista sanitario qualificato".

Secondo il professor David Healy, anche se non ci si può aspettare che i servizi di prevenzione dei suicidi offrano consigli medici, "potrebbero far presente ai chiamanti che i loro problemi potrebbero essere causati dai farmaci e che, se c'è un rischio, dovrebbero tornare dal loro medico o chiedere un parere medico".

Sicuramente potrebbero, e devono farlo, abbandonare il tabù che il suicidio non possa essere causato dai farmaci. Questo tabù uccide le persone.

I leader psichiatrici hanno rinunciato al pensiero razionale per i vantaggi che traggono dal sostenere un sistema malato. Un esempio di ciò è stato quando il libro di Bob Whitaker, ampiamente acclamato, *Anatomia di un'epidemia*, è uscito in Danimarca.³²³ Il libro ha vinto l'Investigative Reporters and Editors book award per il miglior giornalismo investigativo nel 2010, ma Poul Videbech ha scritto a proposito del libro che la tesi che Bob vuole dimostrare è che i trattamenti psichiatrici fanno ammalare le persone, e lo fa in modo tale che tutti gli studi che parlano a favore vengono citati e tutti quelli che parlano contro vengono sistematicamente ignorati: "L'autore, che è un giornalista, non può ovviamente conoscere più da

vicino la letteratura scientifica originale".³²⁴ L'arroganza di Videbech era evidente persino nel titolo: *Il ragazzo non ha vestiti*, parafrasando *I vestiti nuovi dell'imperatore*.

L'approccio di Bob è stato sistematico. Si è proposto di indagare su ciò che gli psicofarmaci fanno alle persone, non di dimostrare una tesi preconcepita, e ha una superba capacità di analizzare le ricerche e di capire se sono affidabili o meno, in netto contrasto con Videbech. Inoltre, Bob ha cercato meticolosamente qualsiasi studio che dimostrasse che gli psicofarmaci migliorano gli esiti a lungo termine. Non ce n'è nessuno. Tutti gli studi a lungo termine esistenti raccontano una storia di gravi danni da farmaci (vedi pagine 149-154).

Sotto il titolo "È l'imperatore che è nudo", il medico di base Herluf Dalhof ha criticato aspramente la recensione denigratoria di Videbech sul libro di Bob, che ha definito fortemente innovativo.³²⁵ Videbech sminuisce lo sviluppo esplosivo del numero di pazienti psichiatrici che sono stati resi disabili dalle cure mediche utilizzando vecchi dati del periodo 1955-87. Sostiene che "non ci sono molti riferimenti a studi scientifici", ma ci sono 320 riferimenti ad articoli di riviste scientifiche e numerosi riferimenti a revisioni del NIMH e di altre istituzioni ufficiali. Videbech sostiene inoltre che "gli appunti risalgono agli anni '60-'80, con alcuni più recenti, e anche questo non è veritiero, poiché Bob ha mantenuto il materiale aggiornato fino a poco prima della pubblicazione del libro".

Dalhof ha osservato che è una spina nella carne di Videbech, che sia stato un giornalista scientifico a documentare lo scandalo che gli psichiatri hanno - in modo dissennato - continuato a trattare i malati mentali con sostanze chimiche tossiche, anche se le prove che a lungo termine queste sostanze chimiche rendono i pazienti più malati, esistono da oltre 30 anni.

Si è sorpreso che Videbech non veda ciò che è chiaramente davanti ai suoi occhi: il trattamento dei nostri malati mentali è andato così fuori strada che persino un giornalista può vederlo. Conclude dicendo che il libro di Bob dovrebbe indurre gli psichiatri a fare un serio esame di coscienza sul loro cosiddetto trattamento dei malati mentali.

Frode nei due studi pilota di fluoxetina nei bambini con depressione

Poiché la fluoxetina (Prozac) di Eli Lilly è stato il primo SSRI approvato per la depressione nei bambini e negli adolescenti, ho deciso di analizzare i due studi controllati con placebo che hanno portato alla sua approvazione. Ho coinvolto in questo lavoro lo psichiatra David Healy, che ha valutato gli eventi avversi.

La fluoxetina è stata approvata anche se il revisore statistico dell'FDA ha notato che non c'era un beneficio statisticamente significativo per il farmaco sull'esito primario in nessuno dei due studi.³²⁶

Ho esaminato le 3.557 pagine di relazioni sugli studi clinici che Eli Lilly ha presentato agli enti regolatori del farmaco e abbiamo concluso che la fluoxetina non è sicura e non è efficace. Mancavano informazioni essenziali; c'erano incoerenze numeriche inspiegabili; erano comparsi nuovi esiti non previsti nel protocollo dello studio (la frode del tiratore scelto del Texas); le scale di valutazione e le analisi erano state modificate; i protocolli dello studio erano stati violati in altri modi.

I risultati di efficacia sono stati falsati da abbandoni differenziali e dati mancanti, ma nonostante ciò l'effetto è stato solo del 4% rispetto al punteggio basale, che non è clinicamente rilevante, e le valutazioni dei pazienti hanno trovato la fluoxetina per nulla efficace.

Nei rapporti degli studi interni mancavano eventi suicidari e due tentativi di suicidio sono stati omessi dalla pubblicazione di uno dei due rapporti di sperimentazione. I precursori della suicidalità o della violenza si sono verificati più spesso con la fluoxetina che con il placebo e, per lo studio più grande, il numero di soggetti da trattare per nuocere (*NNH*) era solo 6 per gli eventi del sistema nervoso (una categoria utilizzata da Eli Lilly) e 10 per i danni gravi. Anche se gli studi sono durati solo alcune settimane, la fluoxetina ha ridotto l'altezza e il peso rispettivamente di 1,0 cm e 1,1 kg e ha prolungato l'intervallo QT dell'ECG (che aumenta il rischio di morte improvvisa). Molti bambini hanno sviluppato sintomi compatibili con l'acatisia.

Stranamente, una successiva pubblicazione dello staff di Lilly riportava numeri di eventi suicidari diversi da quelli riportati nei rapporti degli studi di Lilly,³²⁷ e una metanalisi di Lilly del 2007 sugli eventi violenti nei suoi studi riportava che *un minor numero di bambini e adolescenti mostrava aggressività o eventi legati all'ostilità con la fluoxetina (2,1%) rispetto al placebo (3,1%),*³²⁸ l'opposto di ciò che è corretto.

I risultati rosei di Lilly sono stati contraddetti dai nostri risultati e dalla valutazione della FDA sulla domanda di Lilly. L'FDA ha incluso uno studio sul disturbo ossessivo-compulsivo e ha riscontrato 14 contro 3 interruzioni ($P = 0,02$, calcolo mio) per motivi legati al suicidio e alla violenza, e 6 contro zero bambini hanno sviluppato mania o ipomania ($P = 0,03$).³²⁹ Una revisione sistematica di tutti i farmaci ha mostrato che l'8% dei bambini trattati con le pillole ha sviluppato mania o ipomania contro solo lo 0,2% del placebo.³³⁰ Anche una revisione sistematica comprendente tutte le età ha rilevato un tasso dell'8%.³³¹

La fluoxetina è un farmaco orribile che non avrebbe mai dovuto essere approvato. Ma la Lilly era in difficoltà finanziarie e ha trasformato il suo farmaco, che voleva accantonare, in un blockbuster. Le frodi della Lilly non sono seconde a nessuno, ma anche altre aziende farmaceutiche si sono lasciate andare a frodi e crimini organizzati e le autorità di regolamentazione dei farmaci ne sono state complici.³³²

David Healy si aspettava una tempesta di fuoco quando abbiamo pubblicato la nostra recensione, ma il silenzio è stato totale. L'unica persona che l'ha citata in una rivista medica sono io.³³³ Nessuno si è interessato alle nostre scioccanti rivelazioni, il che dimostra quanto sia corrotta la psichiatria.

Anche le due prestigiose riviste che hanno pubblicato i due studi sulla fluoxetina sono corrotte. Nell'agosto 2023, ho scritto agli editori e ho chiesto il ritiro di tre rapporti fraudolenti su studi controllati con placebo di farmaci per la depressione in bambini e adolescenti, tra cui uno studio sulla paroxetina (noto come studio 329 di GSK).³³⁴ Dieci persone che hanno perso un figlio o un coniuge per suicidio in seguito alla prescrizione di un farmaco per la depressione per una condizione non psichiatrica - problemi che tutti noi possiamo sperimentare - erano cofirmatari.

Tutti e tre i rapporti di sperimentazione sottostimavano gravemente il rischio di suicidio e fornivano false affermazioni sull'efficacia dei farmaci.

Abbiamo detto ai direttori del *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* e del *JAMA Psychiatry* (in precedenza *Archives of General Psychiatry*): "Ritirando i rapporti di sperimentazione fraudolenti e spiegandone il motivo negli editoriali di accompagnamento, fornirete un servizio molto necessario alla comunità scientifica e ai cittadini del mondo, che ridurrà il rischio di ulteriori suicidi senza senso nei bambini e nei giovani". Se non agite, non solo macchierete la reputazione delle vostre riviste. Sarete anche considerati complici dei futuri suicidi causati dagli antidepressivi come danno diretto di questi farmaci".

Anette Flanagin, Executive Managing Editor, Vice President, Editorial Operations, *JAMA* and *JAMA Network*, ha risposto di aver condiviso la nostra lettera con l'autore e che "egli non ha individuato alcuna nuova preoccupazione. Allo stesso modo, noi non troviamo nuove prove a sostegno della sua richiesta di ritirare l'articolo".³³⁵

Quindi, *JAMA* e Graham Emslie, che ha omesso di menzionare due tentativi di suicidio con la fluoxetina nel suo rapporto di sperimentazione e che ha commesso numerosi altri errori, pensano che non ci sia nulla di cui preoccuparsi. Flanagin ha chiesto al responsabile della frode le sue opinioni e le ha accettate. Mi chiedo se raccomanderebbe questo metodo alla polizia quando indaga su un omicidio. Basta chiedere al sospettato se è stato lui, credere a ciò che dice e ignorare tutte le prove contrarie.

Abbiamo chiesto alla Flanagin, nell'interesse pubblico, di riconsiderare la sua decisione e, se non volesse ancora ritirare l'articolo, di pubblicare un erratum. Le abbiamo anche chiesto di inviarci la risposta di Emslie e di darci la possibilità di pubblicare un resoconto dei numerosi errori presenti nel suo articolo, chiedendogli di rispondere nello stesso numero.

Flanagin non ha risposto. E quando ho contattato Elsevier, proprietario della rivista, non hanno fatto nulla, e mi hanno rimandato alla rivista.

Douglas K. Novins, caporedattore del *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, ha risposto: "Seguendo le linee guida sviluppate dal Committee on Publication Ethics (COPE), gruppi indipendenti composti da membri del team editoriale senior della JAACAP hanno ora esaminato a fondo le vostre critiche e le risposte fornite dagli autori degli articoli. Siamo convinti che le critiche mosse agli articoli non giustifichino il ritiro".

Ho inviato a Novins un messaggio simile al mio appello a Flanagin, ma non mi ha risposto. È difficile credere che abbia seguito le linee guida del COPE, dato che i due rapporti di prova, di Emslie e Martin Keller, sono chiaramente fraudolenti.

Esiste uno studio randomizzato indipendente sulla fluoxetina negli adolescenti, il Treatment of Adolescent Depression Study (TADS) del National Institutes of Health statunitense, pubblicato nel 2004.³³⁶ Questo studio è stato molto ampio e influente.

Gli autori del TADS hanno dichiarato l'efficacia e la sicurezza della fluoxetina, il mantra standard delle sperimentazioni dell'industria farmaceutica, ma entrambe le affermazioni sono sbagliate. L'effetto non era clinicamente rilevante e il numero di eventi suicidari con la fluoxetina era doppio rispetto al placebo.³³⁷

Nonostante le oltre 30 pubblicazioni, i danni restano maldocumentati. Due ricercatori hanno ottenuto l'accesso ai dati riassuntivi tramite l'NIH, che mostravano 12 tentativi di suicidio rispetto a 2.³³⁸ Quando hanno cercato di ottenere l'accesso alle schede di raccolta dati dei singoli casi e ai racconti degli eventi avversi gravi, la Duke University, dove erano depositati i dati dello studio, si è rifiutata di consegnarli nonostante avessero firmato un accordo in merito.

I ricercatori hanno anche cercato di ottenere i dati mancanti da Lilly che aveva fornito la fluoxetina per lo studio e aveva ricevuto tutti i rapporti sugli eventi avversi gravi dagli sperimentatori, ma Lilly si è rifiutata di rilasciare i dati o di far pubblicare anche in parte la corrispondenza.

Quando i ricercatori hanno cercato di ottenere i dati dall'FDA, si sono sentiti rispondere che ci sarebbero voluti almeno due anni di attesa in coda prima di poterli avere.

Un testo di psichiatria ha citato una metanalisi e ha affermato che la fluoxetina è l'unico farmaco con un effetto significativo nei bambini e negli adolescenti e anche il meglio tollerato.³³⁹ Tali affermazioni appartengono al regno della fantascienza. È impossibile - e non ne

ho mai visto un esempio - che un farmaco possa essere più efficace e meglio tollerato di altri farmaci della stessa classe. Non c'era alcun riferimento, ma la fonte non può che essere l'inaffidabile metanalisi di rete del 2016 di Andrea Cipriani e colleghi (vedi pagina 27).

Un altro testo ha riconosciuto che la fluoxetina aumenta il rischio di suicidio nei bambini, ma ha raccomandato un aumento della dose nei bambini con tendenze suicidarie! È come dire che se guidare a 100 km all'ora aumenta il rischio di morire, è più sicuro guidare a 200 km all'ora. Non sorprende che gli psichiatri critici abbiano difficoltà in questo sistema folle.

Ancora frodi e disinformazione che spingono i bambini al suicidio

Un caso giudiziario ha rivelato che, dopo aver concesso la licenza per la fluoxetina per i bambini, nel 2002 la FDA ha emesso una lettera di approvazione per la paroxetina da parte di GlaxoSmithKline:³⁴⁰ "Siamo d'accordo [con GSK] che ... i risultati degli studi 329, 377 e 701 non hanno dimostrato l'efficacia del Paxil nei pazienti pediatrici ... Dato che gli studi negativi sono frequenti, anche per i farmaci antidepressivi che sappiamo essere efficaci, siamo d'accordo che non sarebbe utile descrivere questi studi negativi nell'etichettatura".

Questa è una delle affermazioni più orribili che abbia mai visto fare a un ente di controllo sui farmaci. Il farmaco non ha funzionato, ma sappiamo che funziona, quindi lo approviamo. È quello che sostengono i praticanti dell'omeopatia o della medicina cinese e altri ciarlatani.

Nella pubblicazione dello studio 329, GSK ha affermato che la paroxetina era sicura ed efficace.³⁴¹ Ma sapeva che entrambe le affermazioni erano sbagliate. Lo studio era negativo per tutti gli otto esiti previsti dal protocollo e positivo per i danni, ma GSK ha torturato i dati fino a farli confessare,³⁴² e il documento non ha lasciato traccia della tortura. Il documento affermava falsamente che i nuovi risultati erano stati dichiarati *a priori* - la frode del tiratore scelto del Texas (vedi pagina 31).

Nel 2004 il procuratore generale dello Stato di New York ha intentato un'azione per frode contro GSK, rendendo possibile l'accesso ai dati reali. Sette bambini che assumevano la paroxetina contro uno che assumeva il placebo hanno manifestato comportamenti suicidari o autolesionistici.³⁴³ Ma nel documento pubblicato, cinque casi di suicidalità sono stati definiti "labilità emotiva" e altri tre casi "ricoveri ospedalieri".³⁴⁴ Quando l'FDA ha chiesto all'azienda di rivedere i dati, sono stati riscontrati altri quattro casi di autolesionismo intenzionale, ideazione suicida o tentativi di suicidio, tutti con la paroxetina.

Il primo autore della frode, Martin Keller, ha fatturato due volte le "spese di viaggio"; gli sono stati offerti 25.000 dollari per ogni adolescente vulnerabile; ha ricevuto centinaia di migliaia di dollari per finanziare ricerche che non venivano realizzate e somme simili dalle aziende farmaceutiche ogni anno, che non ha rivelato; ha tenuto conferenze per i pazienti e i loro parenti con i soldi delle aziende farmaceutiche, che non ha rivelato; e i suoi onorari sono stati oscurati.

Le numerose malefatte di Keller non hanno danneggiato la sua carriera, probabilmente perché il suo dipartimento aveva ricevuto 50 milioni di dollari in finanziamenti per la ricerca. Un portavoce della Brown University School of Medicine ha dichiarato che "la ricerca del dottor Keller sul Paxil era conforme agli standard di ricerca della Brown".

Il *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, che ha pubblicato l'articolo di Keller, è stato complice della frode. Ai redattori della rivista sono state mostrate le prove che l'articolo travisava la scienza, ma si sono rifiutati di trasmettere queste informa-

zioni alla comunità medica o di ritirare l'articolo.³⁴⁵ La spiegazione di questa cattiva condotta editoriale si scopre seguendo il denaro che va al proprietario della rivista.

Come abbiamo riscontrato per la fluoxetina, la paroxetina sembra bloccare la crescita e la FDA ha chiesto a GSK di effettuare studi sugli animali per valutare questo aspetto, che GSK ha ignorato e la FDA non ha insistito.

Nel 2004, l'FDA ha emesso una Avvertenza di Massima Precauzione ("a riquadro nero") sulle pillole per la depressione perché raddoppiano il rischio di suicidio nei giovani. Tuttavia, quando l'FDA ha pubblicato questo dato su una rivista medica, ha definito il rischio "modestamente aumentato".³⁴⁶ Un bambino su 50 che diventa suicida grazie alle pillole non è un rischio modestamente aumentato. È una catastrofe.

Nel 2009, due miei colleghi, Leemon McHenry e Jon Jureidini, scrissero all'allora direttore di *JAACAP*, il dottor Andrés Martin, chiedendogli di ritirare lo studio 329, in quanto violava le regole della rivista in materia di cattiva condotta scientifica sotto molteplici aspetti, tra cui la fabbricazione e la falsificazione dei dati.

Nel 2011, Leemon e Jon hanno informato tutti i 22 autori dello studio della frode e hanno chiesto loro di scrivere alla *JAACAP* per far ritirare il loro articolo, o almeno i loro nomi. Con molti co-firmatari, scrissero anche alla Presidente Ruth J. Simmons della Brown University, dove lavorava Keller, per avvisarla della grave violazione delle regole dell'università e chiederle di scrivere a *JAACAP* a sostegno della loro richiesta di ritiro.

Tre anni dopo, nel 2012, Andrés Martin scrisse a Jon che il team editoriale della rivista aveva intrapreso una valutazione approfondita dell'articolo perché GSK si era dichiarata colpevole di reati che riguardavano la paroxetina.³⁴⁷ Gli editori avevano esaminato l'accordo legale e i materiali correlati e avevano chiesto agli autori dell'articolo di rispondere alle domande e alle preoccupazioni sollevate dall'accordo. Non hanno trovato alcuna base per il ritiro o un'altra azione editoriale e si sono rifiutati di pubblicare una lettera che Leemon e Jon avevano inviato alla rivista.

Nel 2013, il Comitato Esecutivo della Northern California Regional Organization of Child and Adolescent Psychiatry ha scritto una lettera al Comitato Etico dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, proprietaria della *JAACAP*. Hanno osservato che la revisione clinica dello studio 329 da parte della FDA lo ha considerato un esperimento fallito, in quanto nessuno dei due gruppi di trattamento attivo ha mostrato una superiorità rispetto al placebo. Ma pubblicamente lo studio 329 è stato definito "ricerca all'avanguardia". La GSK ha mentito alla sua forza vendita, dicendo loro che lo studio mostrava "un'efficacia e una sicurezza notevoli",³⁴⁸ mentre l'azienda ammetteva in documenti interni che lo studio non dimostrava l'efficacia del farmaco.

Il Comitato ha notato che era preoccupante che la rivista non avesse ritirato l'"articolo fraudolento" e che a tre dei membri fosse stato detto che il Comitato etico aveva ricevuto istruzioni di non indagare sull'articolo. Hanno chiesto al Comitato di condurre un'indagine completa, in linea con la missione dell'Accademia: "Promuovere lo sviluppo sano dei bambini, degli adolescenti e delle famiglie attraverso la ricerca, la formazione, il patrocinio, la prevenzione, la diagnosi completa e il trattamento".

La loro iniziativa non ha portato a nulla. Sono stati liquidati con una scusa sull'indipendenza editoriale e congedati con paternalismo: l'editore ha assicurato loro che non c'era motivo di preoccuparsi.

Nel 2004, Karen Wagner et al. hanno pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry* un rapporto di sperimentazione fraudolenta in cui sostenevano che il citalopram migliorava significativamente i sintomi depressivi rispetto al placebo in bambini e adolescenti. Ma il farmaco non era migliore del placebo. Le manipolazioni dei dati sono state rivelate in una causa collettiva e pubblicate da Jay Amsterdam, Jon e Leemon nel 2016.³⁴⁹

La frode è stata grave e i documenti interni hanno dimostrato che il personale dell'azienda era a conoscenza dei problemi. Contrariamente al protocollo dello studio, alcuni bambini che avrebbero dovuto essere esclusi sono stati inclusi nelle analisi per produrre significatività statistica; è stata dichiarata una dimensione dell'effetto inverosimilmente grande, che si è successivamente dimostrata errata; sono stati introdotti esiti positivi *post hoc* mentre gli esiti primari e secondari negativi non sono stati riportati; è stata nascosta l'importante agitazione psicomotoria nel gruppo del citalopram, che potrebbe essere acatisia.

Il partner di Lundbeck, Forest, ha intenzionalmente ingannato la FDA sulle violazioni del protocollo dello studio che avrebbero invalidato l'affermazione che lo studio era positivo.

Nel 2016, Amsterdam, Jon e Leemon chiesero alla Wagner di scrivere all'editore e di chiedergli di ritirare l'articolo, o almeno di ritirare il suo nome dall'articolo. La Wagner non ha risposto.

Hanno anche chiesto all'attuale editore, Robert Freedman, di ritirare l'articolo. Al suo rifiuto, hanno chiesto all'editore che aveva accettato il documento, Nancy Andreasen, di sostenere il ritiro dell'articolo, ma anche lei non ha risposto.

Hanno informato Maria A. Oquendo, presidente dell'American Psychiatric Association, della cattiva condotta scientifica della loro rivista associativa e le hanno chiesto di prendere provvedimenti. Non ha risposto e non è stato fatto nulla. Nessuno dei numerosi autori dei rapporti di sperimentazione fraudolenti ha chiesto la rimozione del proprio nome.

È triste che prestigiose riviste psichiatriche, importanti psichiatri, università, organizzazioni professionali e la FDA siano sconsiderati. A quanto pare, non si preoccupano del fatto che le loro attività li rendono complici di suicidi tra i bambini e di danni a questi ultimi in numerosi altri modi. Le riviste psichiatriche costituiscono ciò che tre psichiatri statunitensi dell'infanzia e dell'adolescenza, inorriditi dalla corruzione onnipresente, hanno definito in un'e-mail interna "il club dei bugiardi".

Sappiamo con certezza che le pillole per la depressione non funzionano per la depressione nei giovani. Una metanalisi del 2022 ha trovato un effetto di 0,12 utilizzando la Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R),³⁵⁰ che è così piccolo da non avere alcuna rilevanza clinica. E se si chiede ai bambini cosa ne pensano, non si riscontra alcun effetto.³⁵¹

Per la corporazione psichiatrica è una minaccia il fatto che le pillole per la depressione, i farmaci più usati in psichiatria, aumentino i suicidi e la violenza, e che i libri di testo siano inaffidabili.³⁵²

Due libri che facevano riferimento al rischio di suicidio nei giovani non avvertivano che qualsiasi modifica della dose aumenta il rischio di suicidio. Un libro ha osservato che l'acatisia *può* causare pensieri o azioni suicide (è un dato di fatto, non una possibilità), e un libro ha osservato che le pillole *tendono* ad aumentare il rischio di suicidio giovani, in relazione all'inizio del trattamento (è un dato di fatto che lo fanno, e non solo all'inizio del trattamento).

In due libri si afferma che l'inibizione psicomotoria spesso si attenua prima che l'umore risalga, il che può fornire l'energia necessaria per commettere il suicidio. Non è mai stato documentato che le pillole aumentino il rischio di suicidio perché eliminano le inibizioni. Questo folklore psichiatrico è un modo furbo di trasformare un danno da farmaci in qualcosa di positivo: è un segno che il farmaco funziona, dicono.

Un altro libro menziona che la depressione non trattata può essere dannosa e causare suicidalità, e raccomanda gli SSRI. In un capitolo di 20 pagine sulla prevenzione dei suicidi, gli autori affermano che gli SSRI sembrano ridurre la portata dei pensieri suicidari. Non forniscono alcun riferimento a questa affermazione palesemente falsa. In questo libro di testo, gli "esperti di suicidio" affermano che non è stato dimostrato un effetto delle pillole per la depressione o dei farmaci stabilizzatori dell'umore sul comportamento suicida o sul suicidio. Un effetto è stato sicuramente dimostrato, anche se dannoso, in quanto sia le pillole per la depressione che gli antiepilettici³⁵³ raddoppiano il rischio di suicidio.

Due libri sostengono che l'aumento dell'uso di pillole per la depressione ha fatto *diminuire i* suicidi. Esiste una grande quantità di studi fuorvianti di questo tipo. Sono tutti inaffidabili e di scarsa qualità e alcuni sono fraudolenti, come ho dimostrato.³⁵⁴

Anche i siti web sono fuorvianti. Abbiamo dimostrato che 25 dei 39 siti web più popolari di 10 Paesi affermavano che le pillole per la depressione possono causare idee suicidarie, ma 23 di essi contengono informazioni errate e talvolta pericolose.³⁵⁵ Solo due siti web hanno riportato che le pillole aumentano il rischio di suicidio in persone di tutte le età.

Ulteriori bugie e negligenza medica

L'ente regolatore del Regno Unito ha descritto le reazioni di astinenza come generalmente rare e lievi, ma le ha classificate come moderate nel 60% dei casi e come gravi nel 20%.³⁵⁶

Nel 2003, GlaxoSmithKline (GSK) ha rivisto in sordina e a caratteri piccoli la sua precedente stima del rischio di reazioni da astinenza per la paroxetina (Seroxat o Paxil) nelle istruzioni per la prescrizione dallo 0,2% al 25%,³⁵⁷ un aumento di 100 volte.

A partire dal 2002, la *BBC* ha presentato quattro eccellenti documentari realizzati da Shelley Joffe sugli SSRI nella serie Panorama, il primo dei quali intitolato *Secrets of Seroxat*. Il portavoce della GSK, Alastair Benbow ha mentito. Ha negato che la paroxetina potesse causare suicidalità o autolesionismo, mentre un mese dopo inviò all'ente regolatore dei farmaci dati che dimostravano proprio questo, che portarono al divieto di usare il farmaco nei bambini. L'ente regolatore britannico ha affermato che queste informazioni erano completamente nuove per GSK, ma l'azienda ne era a conoscenza da dieci anni. Anche il capo della GSK ha mentito, affermando che era la malattia, non il farmaco, a causare gli eventi suicidari.

Le pillole per la depressione possono causare omicidi e i principali fattori scatenanti sono l'acatisia, il blocco emotivo e la psicosi. Molte persone che hanno commesso un omicidio durante l'assunzione di pillole per la depressione erano normali prima di iniziare, hanno sviluppato acatisia durante l'assunzione e sono tornate alla loro personalità normale quando hanno smesso di assumere il farmaco.³⁵⁸

In molti casi, gli psichiatri erano colpevoli di negligenza medica e quindi hanno contribuito all'omicidio.

Quando nel 2016 sono stato testimone esperto in un caso di duplice omicidio in Olanda,³⁵⁹ ho sottolineato che la grave negligenza professionale ha avuto un ruolo cruciale.

Aurélie Versluis aveva ucciso i suoi due figli mentre accusava sintomi indiscutibili di acatisia da paroxetina, ma le sue richieste di aiuto furono ignorate. Quando la donna presentava suicidalità, invece di sospendere il farmaco, lo psichiatra le ha consigliato di continuare a usarlo.

Versluis ha raccontato a due persone di aver avuto incubi in cui sgozzava i suoi figli (cosa che alla fine ha fatto, e ha anche tentato il suicidio). Due giorni prima degli omicidi, aveva detto al suo supervisore e a diverse altre persone di essere malata e di non sentirsi bene. Si è recata dal suo medico di famiglia (che le aveva prescritto la paroxetina) e dal medico dell'azienda per esporre le sue lamentele, ma entrambi l'hanno respinta e lei ha contattato il suo psicologo, che non ha avuto tempo per lei.

È una storia raccapricciante. Non era in sé, come ha confermato uno psichiatra forense tre giorni dopo gli omicidi, ma i suoi medici hanno continuato a farle del male. Hanno interrotto la paroxetina a freddo quando era nel penitenziario psichiatrico, causando gravi danni che si sono protratti per cinque mesi. La donna è stata condannata a una lunga pena detentiva, ma in parlamento ci si è chiesti se il sistema giudiziario fosse stato troppo duro. Infatti. Avrebbe dovuto essere rilasciata per infermità mentale indotta dai farmaci.

Il perito dell'accusa, Anton Loonen non aveva argomenti contro la mia testimonianza, che comprendeva una critica alla sua stessa relazione alla corte. Nel bel mezzo del procedimento, improvvisamente consegnò alla corte un documento che aveva scritto in olandese. Sospettava che soffrissi di un disturbo mentale che mi rendeva gravemente disinibito e consigliava di farmi visitare da un medico per proteggermi da me stesso. Era la terza volta che venivo "diagnosticato" da qualcuno con una formazione psichiatrica che non mi conosceva e non mi aveva visitato, ma nutriva un certo rancore nei miei confronti.

In seguito, ho denunciato la condotta non etica di Loonen alle istituzioni in cui lavorava e all'Associazione Medica Olandese, che mi ha respinto con la scusa che non ero un medico olandese. In ogni caso, mi è stato detto che non erano affari loro o che avrei dovuto lamentarmi altrove. L'Università di Groningen mi ha ignorato per due anni. Ci sono volute sei e-mail prima che reagissero. Sono stato informato che, durante un incontro organizzato dal Rettore, Loonen è stato informato che la sua condotta era inappropriata e che doveva evitare che l'università subisse un possibile danno a causa del suo comportamento.

Il pubblico ministero ha chiesto una condanna a 14 anni di carcere per Versluis e un ordine di trattamento ospedaliero obbligatorio. Ho risposto all'avvocato di Versluis che per lei non ci sarebbe stato niente di meglio che tenerla lontana dagli psicofarmaci.

Loonen si rese conto di essere nei guai e mi inviò una curiosa lettera un mese dopo il procedimento. Scriveva che Versluis era stata condannata a 9 anni di carcere e poi alla custodia preventiva. Accennava a malintesi in tribunale e sosteneva che la sua nota diffamatoria su di me - che aveva apertamente distribuito in tribunale - era riservata. Non era d'accordo sull'acatisia e si considerava un esperto in materia. Concludeva la lettera dicendo che era ansioso di sapere perché avevo definito la psichiatria una pseudoscienza e che avrebbe voluto invitarmi a cena per discutere i retroscena delle mie "idee e sentimenti". La lettera si apriva con "Caro Peter" e si concludeva con "cordiali saluti". L'atmosfera tra noi non era calda, ma gelida. Aveva fornito un sostegno ingiustificato all'accusa, cosa che ritengo imperdonabile.

Quattro mesi dopo il processo, mi recai in Olanda per tenere una conferenza sulla psichiatria in un incontro internazionale a Leida.³⁶⁰ Loonen cercò di impedirmi di parlare. Scrisse all'organizzatore facendo riferimento al procedimento giudiziario e sostenne che io, per motivi personali, avevo violato il requisito della riservatezza come testimone esperto

rendendo pubbliche le sue relazioni al tribunale. Questo non era vero. Avevo mostrato la sua nota diffamatoria a un giornalista, cosa che avevo il diritto di fare in quanto non c'era nulla di riservato, e avevo bisogno di qualcuno che la traducesse per me durante una pausa del procedimento. È interessante per me che un altro oratore, Allen Frances - un tempo considerato lo psichiatra più potente degli Stati Uniti - durante il suo intervento a Leida abbia detto che avevo reso un enorme servizio alla psichiatria.

Il caso è stato presentato in appello alla Corte Suprema olandese. L'avvocato di Versluis voleva che partecipassi, ma la corte ha rifiutato, sostenendo che non potevo fornire una ricerca imparziale sul caso perché avevo già presentato le mie opinioni. Dov'è la logica in questo? Anche se fai del tuo meglio per essere imparziale, il solo fatto di partecipare ti squalifica!

Il caso Versluis costituisce un grave errore giudiziario. Sono riuscito a contattarla nel 2024. È uscita di prigione, ha un lavoro e un fidanzato e funziona bene. Deve essere una persona molto forte.

Un altro terribile caso di negligenza medica ha coinvolto la pluripremiata documentarista britannica Katinka Blackford Newman. Mentre stava affrontando un divorzio nel 2012, le fu prescritto l'escitalopram (Cipralex o Lexapro, della Lundbeck) anche se non era depressa, ma solo angosciata.

Katinka mi ha invitato al lancio del suo libro, *La pillola che ruba le vite*,³⁶¹ nel 2016. Ha detto al pubblico che era molto fortunata a essere viva e a non scontare una condanna all'ergastolo se avesse ucciso i suoi due figli dopo che le pillole l'avevano resa psicotica.³⁶² Ha realizzato un filmato di 8 minuti molto toccante³⁶³ sulla sua storia e ha una homepage,³⁶⁴ con link a documentari e con storie di persone che hanno ucciso se stesse o altri o sono state gravemente danneggiate in altri modi.

Katinka finì nell'ospedale psichiatrico privato Florence Nightingale, nel centro di Londra. Gli psichiatri non si resero conto che era stata la pillola a farla ammalare. Le diagnosticarono una depressione psicotica e la costrinsero a rimanere e ad assumere un pericoloso cocktail di farmaci. Ma suo figlio Oscar, di 11 anni, sapeva che erano state le pillole. A salvarla fu la scadenza della sua assicurazione privata.

Come introduzione al suo libro, ho scritto: "Questo libro descrive in modo vivido e dettagliato come persone comuni possano diventare assassini se assumono farmaci antidepressivi e come la psichiatria possa distruggere le persone. È una testimonianza personale che cattura su ciò che non va nella psichiatria, sul suo innamoramento per diagnosi non scientifiche e farmaci dannosi, e sulla sua cecità di fronte al fatto che quelle che sembrano malattie psichiatriche sono spesso effetti collaterali degli psicofarmaci".

Un terzo esempio di negligenza medica riguarda una donna di 26 anni che ha tentato di uccidere i suoi due figli in due occasioni.³⁶⁵ Le era stata prescritta la paroxetina per lo stress, ma ha avuto un episodio di rabbia, ha tentato il suicidio e ha smesso di prendere il farmaco. Nonostante ciò, due anni dopo le fu prescritta nuovamente la paroxetina, rassicurandola sulla sua sicurezza. Questa volta ha sviluppato acatisia. Andò in overdose e fu ricoverata in ospedale dove la dose di paroxetina fu aumentata! Quando tentò di nuovo il suicidio, le fu diagnosticato un "disturbo dell'adattamento". Passata alla venlafaxina, sviluppò di nuovo l'acatisia e tentò di nuovo di uccidere i figli e se stessa!

Nel 2001, una giuria ha ritenuto una società farmaceutica responsabile per i decessi causati da una pillola contro la depressione.³⁶⁶ Donald Schell, 60 anni, aveva assunto la

paroxetina per soli due giorni quando ha sparato e ucciso la moglie, la figlia, la nipote e se stesso. Documenti riservati dell'azienda hanno mostrato che i volontari avevano sperimentato ansia, incubi, allucinazioni e altri danni entro due giorni dall'assunzione del farmaco, e ci sono stati due tentativi di suicidio. Tuttavia, GSK che ha rilevato la SmithKline Beecham, ha mentito come sempre. Anche dieci anni dopo il verdetto, GSK ha negato che la paroxetina possa causare omicidi o suicidi e che ci possano essere problemi di astinenza.³⁶⁷

Come danneggiare le persone fin dalla nascita con una pillola contro la depressione

Le pillole per la depressione devono essere evitate durante la gravidanza, perché possono causare aborti spontanei, difetti alla nascita e anomalie comportamentali nel neonato,³⁶⁸ e altri gravi danni nella prole.³⁶⁹

I libri di testo sono incoerenti, confusi e fuorvianti; tendono a dare la colpa alla malattia, non alle pillole.³⁷⁰ Due libri avvertono che la depressione poteva aumentare vari problemi, tra cui malformazioni cardiache e complicazioni neonatali, ma ciò che descrivono sono gli effetti dei farmaci. Un libro segnala che il Consiglio Superiore di Sanità raccomanda di prendere sempre in considerazione la psicoterapia per le donne incinte depresse, ma consiglia di trattare le donne incinte che sono state depresse in precedenza in *modo profilattico* con pillole per la depressione per ridurre il rischio di ricaduta da circa il 70% a circa il 25%. È impossibile giustificare questa raccomandazione e questo effetto miracoloso non esiste.

Il Consiglio superiore di sanità sembra impazzito.³⁷¹ Raccomandava lo screening di routine delle donne in gravidanza per la depressione e il conseguente trattamento con la pillola, anche se le prove sono contrarie. Riconoscono che gli SSRI aumentano il numero di aborti spontanei, diminuiscono il peso alla nascita, aumentano probabilmente l'insorgenza di difetti congeniti, aumentano di cinque volte il rischio di sviluppare l'ipertensione polmonare (un danno letale che si stima si verifichi in 6-12 neonati ogni 1.000) e aumentano le complicazioni neonatali come irritabilità, tremore, ipertonia e difficoltà a dormire o ad allattare. Un articolo su questo tema l'ha opportunamente definita sindrome da astinenza neonatale.³⁷²

Uno studio di coorte danese su mezzo milione di bambini ha dimostrato che gli SSRI raddoppiano il rischio di difetto del setto cardiaco,³⁷³ il che significa che l'1% dei feti trattati avrà un difetto del setto. I difetti cardiaci alla nascita sono ciò che ci aspetteremmo di vedere perché la serotonina svolge un ruolo importante nel funzionamento del cuore. Alcune persone che hanno assunto pillole dietetiche che aumentano la serotonina, come gli SSRI, hanno sviluppato difetti valvolari mortali e ipertensione polmonare, e questi farmaci sono stati ritirati dal mercato.³⁷⁴

La raccomandazione del Consiglio di sottoporre a screening le donne incinte e di trattare quelle che risultano positive con una pillola contro la depressione è così assurdamente dannosa che ho scritto un piccolo sketch al riguardo.³⁷⁵ Io e la psicologa Olga Runciman l'abbiamo interpretato spontaneamente come introduzione alla mia conferenza sulla psichiatria nel 2013, leggendolo ad alta voce dal mio computer. Si può vedere sul web, con i sottotitoli in inglese.³⁷⁶

Un libro di testo sosteneva che il rischio di depressione e di disturbi comportamentali aumenta nei figli diciottenni di madri che non vengono trattate durante la gravidanza per la loro depressione. Poiché questo non può essere vero per farmaci che non funzionano, ho cercato le prove citate. Si trattava di una linea guida clinica per l'uso di psicofarmaci durante la gravidanza prodotta dall'Associazione Psichiatrica Danese, dalla Società Danese di Ostetricia e Ginecologia, dalla Società Danese di Pediatria e dalla Società Danese di Farmacologia

Clinica.³⁷⁷ Con la partecipazione di così tante persone competenti, ci si aspetterebbe che la linea guida fosse utile, ma è stata disonesta.

La linea guida citava due studi. Uno ha dimostrato che se una donna è depressa, il rischio che la sua prole diventi depressa è maggiore, ma solo per le madri con un basso livello di istruzione.³⁷⁸ Questo non ha nulla a che vedere con il trattamento o meno della depressione. Con condizioni di vita deprimenti, le persone tendono a diventare depresse, in questo caso sia la madre che il bambino. Inoltre, l'articolo non dice nulla sul fatto che le donne siano state trattate o meno.

L'altro articolo non documentava che la depressione non trattata nella madre aumenta il rischio di disturbi comportamentali nel bambino,³⁷⁹ ma gli autori dello studio non hanno gradito il loro risultato negativo e sono andati a pescare nei dati fino a trovare un vecchio stivale che hanno presentato come se fosse un pesce! Ovviamente, questo non è consentito nella ricerca.

In Danimarca, le informazioni sui farmaci venivano fornite in un piccolo manuale, pubblicato dall'Associazione Medica Danese, che tutti i medici portavano con sé. Era di alta qualità e spesso raccomandava farmaci a basso costo che erano fuori brevetto. Tutti noi amavamo "il piccolo verde", mentre l'industria farmaceutica lo odiava. Nel 2003, l'industria riuscì a eliminarlo e da quel momento in poi le volpi dell'industria fecero la guardia al pollaio.

Si trattava di un problema enorme, che i farmaci per la depressione illustravano.³⁸⁰ Diversi casi di morti infantili e difetti alla nascita avrebbero potuto essere evitati se il sito web medicin.dk avesse aggiornato il testo sui danni. Anche se i risultati di diverse ricerche condotte tra il 2005 e il 2010 hanno dimostrato l'esistenza di un'associazione tra l'uso di pillole per la depressione e i difetti alla nascita, i redattori hanno scelto fino all'aprile 2011 di raccomandare che i farmaci "possono essere usati dalle donne in gravidanza". Nel 2010 e nel 2011, l'Agenzia Danese per i Medicinali ha avvertito più volte del pericolo di malformazioni, senza che medicin.dk modificasse il testo. Un giornalista ha rivelato che l'editore, il medico Court Pedersen, aveva azioni della Lundbeck.

Negazione e abuso di potere in Australia

Nel febbraio 2014 ho ricevuto un'e-mail da Bill Thomson, un agricoltore australiano il cui unico figlio James si è tolto la vita all'età di 19 anni mentre assumeva venlafaxina. Voleva informare le persone sulla pericolosità dei farmaci contro la depressione e mi chiese se sarei stato disposto a partecipare a un tour di conferenze, che si offrì di organizzare. Aveva letto più di 20 libri sulla malasanità di Big Pharma e ha detto che il mio libro sulla criminalità organizzata³⁸¹ "ha gettato luce chiarissima su questi problemi".

Bill voleva così tanto che andassi che venne a trovarmi a trovarmi in Danimarca per assicurarsi che non mi tirassi indietro. È stato un organizzatore eccellente e ha dedicato un anno intero all'organizzazione del tour. Nel febbraio 2015 ho tenuto 17 conferenze su argomenti diversi in soli 11 giorni in luoghi pubblici, ospedali e università e sono stato intervistato da radio, TV e giornali in quella che è stata descritta dall'Australasian Cochrane Centre come una visita vorticoso in Australia.³⁸² Bill mi ha inviato in seguito un elenco che mostrava che la mia visita era stata coperta da 85 media diversi.

Poco prima del mio arrivo, due psichiatri australiani dell'infanzia e dell'adolescenza, Jon Jureidini e Peter Parry, e io abbiamo pubblicato l'articolo *Dreams of a quick fix, gone awry* (*Sogni di una soluzione rapida, andati a male*) sul tour in cui constatavamo quel che non

andava nella psichiatria, che era guidata da una medicina basata sul marketing e non sull'evidenza.³⁸³

Ho trovato inquietante la struttura di potere della psichiatria australiana e ho sentito molte storie su come i vertici abbiano impedito un dibattito aperto su questioni di importanza cruciale. Due professori di psichiatria si sono distinti: Ian Hickie e Patrick McGorry. Quest'ultimo è stato nominato "australiano dell'anno" ed entrambi hanno un'enorme influenza sulle politiche nazionali.

Nel 2011, l'epidemiologa psichiatrica Melissa Raven, Jon Jureidini, due eticisti e altre persone hanno presentato un reclamo all'Università di Sydney in merito a uno studio clinico condotto da Hickie. Avevano serie preoccupazioni sull'etica e sulla metodologia dello studio, che indagava se la sertralina potesse prevenire la depressione in persone anziane non depresse. L'università ha coinvolto due esperti e ha affermato di aver affrontato i problemi, ma si è rifiutata di condividere il rapporto dei revisori e altri documenti rilevanti, con la scusa che vi era un interesse pubblico prevalente contro la divulgazione.

Raven si è appellato a un organismo esterno che non era d'accordo con l'università. Quando l'università si è rifiutata di consegnare i documenti, la questione è stata trasferita al sistema giudiziario.

Si sono verificati gravi problemi. La sertralina è stata interrotta bruscamente, e questo è stato giustificato come pratica comune!

McGorry è stato a capo di sperimentazioni altrettanto assurde sull'uso di antipsicotici per evitare che persone mai state psicotiche sviluppassero una psicosi, anche se è ben noto che questi farmaci possono causare psicosi a lungo termine e quando le persone cercano di smettere di assumerli. McGorry ha pubblicato uno di questi studi,³⁸⁴ mentre un altro studio, quello sulla quetiapina in bambini di 15 anni "a rischio" di psicosi, è stato interrotto dopo proteste internazionali.³⁸⁵

McGorry e Hickie avevano numerosi conflitti di interesse in relazione all'industria farmaceutica e in Australia non sono gradite opinioni diverse dalle loro.

Nel 2014, Maryanne Demasi dell'*Australian Broadcasting Corporation (ABC)* ha lavorato a un documentario sugli antidepressivi e ha intervistato David Healy e me. Abbiamo dedicato molto tempo a confutare le argomentazioni di Hickie e a spiegare a Maryanne perché si sbagliava.

Hickie si è unito a McGorry e il loro potere era così grande che quando si sono rifiutati di apparire davanti alle telecamere, la direzione *della ABC* ha cancellato il documentario. Questo non è un motivo valido per abbandonare un programma di grande rilevanza. I giornalisti possono semplicemente dire che si rifiutano di commentare.

Demasi aveva lavorato duramente per far conoscere i fatti scientifici, e ho visto molte delle e-mail di Hickie. La sua negazione dei fatti era straordinaria. Ha negato che i farmaci per la depressione aumentino il rischio di suicidio nei bambini e ha raccomandato a Demasi di leggere il lavoro di Gibbons (che, come già notato, è scientificamente disonesto);³⁸⁶ ha affermato che l'Avvertenza di Massima Precauzione (Black Box Warning) della FDA sul rischio di suicidio non era giustificato e avrebbe potuto causare danni; ha detto che i pensieri suicidari non sono la stessa cosa dei suicidi portati a termine; ha affermato che gli antidepressivi non causano uno squilibrio chimico; ha respinto il fatto che i medici di base non hanno il tempo di fare un'anamnesi completa sulla salute mentale e di seguire i pazienti (uno studio statunitense ha dimostrato che oltre la metà dei medici ha scritto prescrizioni dopo aver discusso con i pazienti di depressione per tre minuti o meno³⁸⁷); ha affermato che un'ampia letteratura ha dimostrato che i farmaci possono prevenire le ricadute; e ha

sostenuto che il motivo per cui non c'è un ampio dibattito sulla psichiatria è che le critiche provengono da gruppi marginali.

Hickie tiene gli australiani all'oscuro, ma alcuni dei miei interventi sono stati filmati e sono disponibili, ad esempio *Mental health: overdiagnosed and overmedicated (Salute mentale: sovradiagnosticata e sovramedicata)*.³⁸⁸

Rifiutando di apparire nel programma televisivo, Hickie si è liberato di un'altra questione. Sapeva che Demasi gli avrebbe chiesto dei suoi conflitti di interesse in relazione a una revisione errata che aveva pubblicato su *The Lancet*.³⁸⁹ Si trattava di farmaci per la depressione a base di melatonina, ma "In particolare, mettiamo in evidenza l'agomelatina", che ha ottenuto quattro pagine, mentre altri quattro farmaci hanno ottenuto solo una pagina in totale. Entrambi gli autori avevano numerosi legami con la Servier, che vende l'agomelatina. Sostenevano che i pazienti con l'agomelatina avevano meno ricadute (24%) rispetto al placebo (50%), ma una revisione sistematica condotta da altri psichiatri non ha rilevato alcun effetto sulla prevenzione delle ricadute, né sui sintomi, e nessuno degli studi negativi era stato pubblicato.³⁹⁰ Tre pagine di lettere - il che è straordinario - su *Lancet* hanno sottolineato i numerosi difetti della revisione di Hickie.

Ho descritto questi problemi nel mio primo libro di psichiatria e sono stati citati anche nell'articolo "Il co-fondatore della Cochrane attacca gli psichiatri australiani".³⁹¹ A Hickie e McGorry è stato chiesto di commentare, ma hanno rifiutato. Jane Roberts ha scritto sul sito web che "L'intero approccio australiano alla "malattia mentale" è impazzito. È ormai un motivo di orgoglio rientrare nella categoria 'ho un problema di salute mentale' - 'non posso lavorare', 'non sono responsabile delle mie azioni' - 'per favore datemi una pensione di invalidità a vita'". Il dermatologo Samuel Zagarella, che aveva organizzato una mia conferenza a Sydney per i suoi colleghi, ha scritto che è impossibile comprendere i fatti andando a conferenze tenute da psichiatri in conflitto e da aziende farmaceutiche e che ogni studente di medicina e ogni medico praticante dovrebbe leggere i miei due libri, *Medicine letali e crimine organizzato* e *Psichiatria letale e negazione organizzata*.

Nel 2024, Hickie ha dichiarato alla ABC che quando l'uso di antidepressivi aumenta, i suicidi e i tentativi di suicidio nella popolazione diminuiscono; che la depressione è una malattia biologica che porta a problemi sociali, non il contrario; e che i farmaci per la depressione e l'elettroshock sono "trattamenti meravigliosi".³⁹²

Lo psichiatra australiano Niall McLaren mi ha detto che la sua specialità ha tutte le caratteristiche di un culto per fare soldi basato sull'ideologia piuttosto che sulla scienza. Questo è anche il modo in cui la gente descrive Scientology. Per i media è tabù mettere in discussione le credenze della setta. Una giornalista che l'ha fatto ha detto che non l'avrebbe mai più fatto ed è stata minacciata di licenziamento. Perché? Perché le aziende farmaceutiche e le lobby mediche si mettono subito al telefono con il Ministro della Sanità e si lamentano ad alta voce dicendo che l'insinuazione che i farmaci possano nuocere ai pazienti li danneggia. Questo è uno dei tanti segni che la psichiatria è una setta.

Gli australiani comuni sono più intelligenti di Hickie. In un ampio sondaggio, le persone ritengono che gli antidepressivi, gli antipsicotici, gli elettroshock e il ricovero in un reparto psichiatrico siano più spesso dannosi che benefici.³⁹³ Questo concorda con le migliori prove di cui disponiamo, ma gli psichiatri sociali che hanno condotto il sondaggio erano insoddisfatti delle risposte e hanno sostenuto che le persone dovrebbero essere addestrate per arrivare alla "giusta opinione". Come? Con un ulteriore lavaggio del cervello da parte di psichiatri come Hickie?

Quando i "clienti" non sono d'accordo con i venditori, i fornitori sono di solito pronti a cambiare i loro prodotti o servizi. Questo non accade in psichiatria, con il suo monopolio sul trattamento dei pazienti con problemi di salute mentale, o con i medici di famiglia, dato che il compiacente personale di vendita in prima linea che non fa domande scomode su ciò che sta vendendo.

3 Ansia

Nel mio primo libro di psichiatria,³⁹⁴ , descrivo otto tragici suicidi di cui i parenti volevano che scrivessi per mettere in guardia gli altri dai pericoli delle pillole per la depressione. Nessuno dei pazienti era depresso. Le pillole erano state prescritte a causa dell'ansia per il lavoro o la scuola (3 persone), per la rottura con la fidanzata (2), per i problemi di sonno (2) e per malessere psicologico (1). Quindi, tutti soffrivano di ansia in qualche forma. Purtroppo, le pillole sono state approvate anche per l'ansia.

In uno dei casi, il medico di base danese ha aggiunto informazioni false alla cartella clinica dopo che il paziente si era impiccato mentre assumeva sertralina. Ho sentito molto parlare di questo tipo di reato - ostruzione della giustizia - in cui i medici modificano fatti che avrebbero dato una cattiva impressione in un caso giudiziario.

Quando ho lanciato il libro in occasione di un incontro internazionale a Copenaghen nel 2015, cinque delle otto donne ne sono venute a conoscenza e sono venute a loro spese a parlare delle loro perdite. C'era un silenzio totale mentre raccontavano le loro storie scioccanti, che ho caricato online.³⁹⁵

Anche se i libri di testo spesso consigliano la psicoterapia per i disturbi d'ansia, raccomandano anche abitualmente pillole per la depressione, soprattutto se il disturbo è grave, anche per i bambini. Questo è il copione standard della psichiatria. Coloro che sono più gravemente colpiti, che si tratti di depressione, ansia o psicosi, ricevono le pillole.

La timidezza non dovrebbe essere curata con i farmaci, ma quando le case farmaceutiche l'hanno ribattezzata "disturbo d'ansia sociale", che suona come una vera e propria "malattia", il numero di pazienti è cresciuto dal 2% al 13% circa - una persona su otto - con l'aiuto di criteri diagnostici insensati che si sono ampliati nel tempo, di società di pubbliche relazioni, di psichiatri corrotti e di organizzazioni di pazienti.³⁹⁶ In un libro si legge che le benzodiazepine non dovrebbero essere usate a lungo termine a causa della dipendenza e perché i sintomi dell'astinenza possono essere difficili da distinguere dai sintomi primari dell'ansia. Sfortunatamente, nessuno dei libri di testo parlava di pillole per la depressione, sebbene queste causino gli stessi problemi delle benzodiazepine.

Un altro libro afferma che gli SSRI e la terapia cognitivo-comportamentale dovrebbero essere combinati per ottenere i migliori risultati nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e che la maggior parte degli studi ha mostrato una remissione nel 60% dei pazienti - un'affermazione priva di significato, poiché non ci viene detto quale sia stato l'effetto nel gruppo placebo. Un terzo libro ha contraddetto questa affermazione, notando che, secondo il Consiglio di Sanità,³⁹⁷ l'effetto non aumenta aggiungendo pillole alla psicoterapia.

L'ansia deve essere trattata con la psicoterapia. Un ampio studio condotto su pazienti affetti da fobia sociale ha dimostrato che l'esposizione graduale ai sintomi temuti ha superato il gruppo a cui è stata somministrata la sertralina.³⁹⁸ Questo è quanto ci si aspettava. Le persone che assumono farmaci non imparano nulla su come affrontare l'ansia. Assumere un farmaco è come alleviare la tensione con l'alcol. A differenza dei farmaci, la psicoterapia ha effetti duraturi sui disturbi psichiatrici.³⁹⁹

I risultati a breve termine possono essere fuorvianti. La psicoterapia ha bisogno di tempo per funzionare. Dobbiamo anche considerare che gli studi non sono stati condotti in cieco, né per la psicoterapia né per i farmaci. La convinzione prevalente del modello biomedico dei disturbi mentali potrebbe influenzare le valutazioni dei risultati a favore dei farmaci e, in

studi di grandi dimensioni, è probabile che alcuni psichiatri non sappiano come fornire una psicoterapia ottimale.

Una revisione Cochrane di studi su bambini e adolescenti con ansia ha mostrato grandi effetti per la terapia cognitivo-comportamentale.⁴⁰⁰ Gli esiti sono stati valutati in cieco in 32 dei 41 studi. Il rapporto di probabilità per la remissione, rispetto ai controlli in lista d'attesa, è stato di 8, e la riduzione dei sintomi dell'ansia ha avuto una dimensione di effetto di -0,98. Altre terapie psicologiche si sono rivelate altrettanto efficaci.

Una revisione Cochrane su qualsiasi tipo di trattamento psicologico per i disturbi d'ansia e depressivi ha riportato risultati simili per i paraprofessionisti e per i professionisti (psichiatri o psicoterapeuti).⁴⁰¹ Questi risultati concordano con quelli di numerosi altri studi.⁴⁰² I pazienti possono anche aiutarsi da soli. Una revisione Cochrane sull'auto-aiuto, in cui sono stati utilizzati materiali stampati, registrazioni audio o video, computer o Internet per insegnare a pazienti adulti la terapia comportamentale o cognitivo-comportamentale per l'ansia, ha riscontrato un effetto considerevole rispetto a nessun intervento (dimensione dell'effetto 0,67).⁴⁰³

Anche per il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) le prove a favore della psicoterapia sono forti. Una revisione Cochrane di studi condotti su adulti ha rilevato che la psicoterapia ha prodotto un numero di sintomi di gran lunga inferiore a quello che si sarebbe avuto se i pazienti avessero ricevuto il trattamento abituale (dimensione dell'effetto -1,24).⁴⁰⁴ L'effetto degli SSRI in un'altra revisione Cochrane era molto più piccolo (dimensione dell'effetto -0,46, calcolo mio).⁴⁰⁵ Ci sono pochi confronti diretti, ma una revisione Cochrane ha rilevato che la psicoterapia era migliore delle pillole per la depressione (dimensione dell'effetto -0,36, calcolo mio).⁴⁰⁶

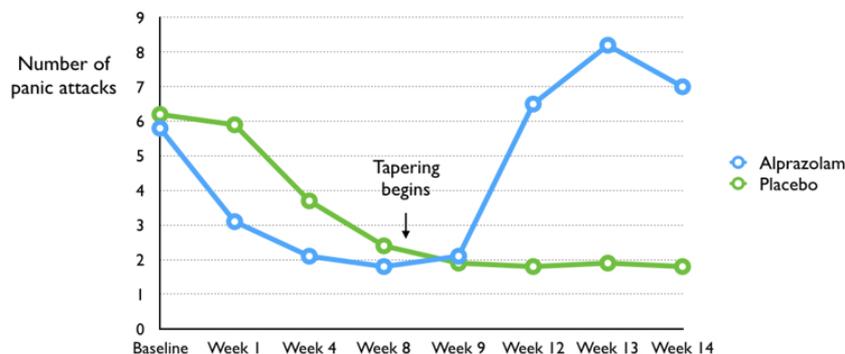
Tre libri di testo sono pericolosi per i pazienti. In uno di essi,⁴⁰⁷ , gli autori sostenevano quanto segue: circa la metà dei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo raggiungerà la remissione con le pillole per la depressione; esistono ampie prove dell'effetto degli SSRI; se l'effetto è insufficiente dovremmo provare un'altra pillola o aumentare la dose oltre quella massima; e potremmo anche aggiungere una piccola dose di una pillola per la psicosi, che si afferma essere efficace "secondo l'esperienza clinica". Curiosamente, gli autori hanno notato che il Consiglio di Sanità aveva dichiarato che non era stato dimostrato alcun effetto clinicamente rilevante, che esisteva il rischio di danni e che, in alcuni casi, le pillole per la psicosi possono causare o peggiorare il disturbo ossessivo compulsivo.⁴⁰⁸ Quindi, questi autori hanno ritenuto che l'esperienza clinica sia più importante del parere del Consiglio Superiore della Sanità!

Un altro libro raccomanda gli SSRI nei casi gravi di disturbo ossessivo compulsivo e afferma che si possono usare anche le pillole per la psicosi.⁴⁰⁹ Offre anche consigli terribili sulle benzodiazepine. Si fa notare che uno studio ha riscontrato un effetto dopo anni di trattamento, soprattutto con l'alprazolam e il clonazepam, ma che in genere si raccomandano solo poche settimane di trattamento quando si inizia una terapia con una pillola per la depressione.

L'alprazolam è una benzodiazepina particolarmente dannosa. Dopo poche settimane, molte persone diventano dipendenti e l'effetto di rimbalzo quando viene interrotto è così pronunciato che i pazienti finiscono per stare peggio di quando hanno iniziato a prendere questo farmaco (vedi figura).⁴¹⁰

Anche il terzo libro è fuorviante.⁴¹¹ Gli autori raccomandano l'uso a lungo termine di benzodiazepine per l'ansia e gli attacchi di panico quando la terapia cognitivo-comportamentale o le pillole per la depressione non hanno un effetto sufficiente.

The Study of Xanax for Panic Disorder



J. Pecknold, "Alprazolam in panic disorder and agoraphobia," *Archives of General Psychiatry* 45 (1988): 429–36.

(per gentile concessione di Robert Whitaker)

Il primo libro fa le stesse raccomandazioni e, come il secondo, raccomanda anche il pregabalin, sostenendo che gli effetti collaterali sono relativamente lievi.⁴¹² È cattiva medicina usare gli antiepilettici per l'ansia. Secondo il foglietto illustrativo del pregabalin (Lyrica),⁴¹³ raddoppiano il rischio di suicidio e procurano molti altri gravi danni, tra cui gonfiore alla gola potenzialmente letale, reazioni di ipersensibilità, aumento di peso, vertigini, sonnolenza, visione offuscata, pensiero anormale (soprattutto difficoltà di attenzione e concentrazione) e convulsioni se il farmaco viene interrotto rapidamente.

Nel 2014, la presidente dell'associazione danese per il disturbo ossessivo compulsivo, Bettina Broni, ha sostenuto che i pazienti dovrebbero assumere gli antidepressivi e ignorare le tragiche storie di persone che si sono suicidate assumendo SSRI.⁴¹⁴ Ha affermato che i farmaci proteggono dal suicidio, anche nei bambini, e ha falsamente sostenuto che chiedere a un paziente con disturbo ossessivo compulsivo di non prendere un SSRI sarebbe come chiedere a un paziente con diabete di non prendere l'insulina.

Il suo articolo sembrava scritto dalla Lundbeck. Mi è stato permesso di commentare sul loro giornale per i soci e ho spiegato perché i farmaci per la depressione dovrebbero essere evitati nei bambini e nei giovani.⁴¹⁵

I miei commenti hanno indotto una ex paziente a scrivere la sua storia, che è tipica.⁴¹⁶ All'età di 16 anni, con un grave disturbo ossessivo compulsivo, il suo psichiatra le diede una pillola dicendo che avrebbe stabilizzato la serotonina nel cervello. Sei mesi dopo, ebbe pensieri suicidari. Sei anni dopo, era ancora drogata, ma i suoi psichiatri erano interessati solo a rinnovare le prescrizioni. Tuttavia, convinse il suo quarto psichiatra a sospendere il farmaco e, per la prima volta dopo anni, notò la bellezza e la gioia del canto degli uccelli. La felicità che provava era indescrivibile. Non aveva fatto alcun progresso prima di interrompere le pillole e dichiarare guerra al disturbo ossessivo compulsivo, aiutata dal suo psicologo. Un altro psicologo mi disse che il suo nome era stato cancellato dall'elenco dei terapeuti dell'associazione per il disturbo ossessivo compulsivo; sospettava che fosse perché era contrario ai farmaci.

Se soffrite di ansia, non dovrete rivolgervi a uno psichiatra. L'ansia è spesso il biglietto d'ingresso alla psichiatria, con conseguenti diagnosi aggiuntive, politerapia, vita rovinata e

morte per alcuni pazienti. Una dottoressa, che ha avuto una crisi emotiva e ha perso sette anni nella psichiatria a causa di una grave negligenza medica commessa dal suo psichiatra, ha scritto: "Un giorno, è stato come se mi fosse caduta la monetina e ho riso di gusto quando ho capito che mi erano stati prescritti dei farmaci per curare le ansie dei miei psichiatri. Avrebbero dovuto essere loro a prendere le mie pillole".⁴¹⁷

Nel 2023 ho pubblicato l'articolo *La psichiatria ha ucciso Tuva Andersson, il cui problema era l'ansia*.⁴¹⁸ Sua madre mi contattò, perché sentiva che non c'era stata giustizia. È una storia straziante. Tuva è stata vittima di malasanità derivante da incompetenza professionale e grave negligenza medica. Si è sentita stigmatizzata da una serie di diagnosi mutevoli e aspecifiche ed è stata sottoposta a trattamenti forzati. Questo includeva un'iniezione depot di un neurolettico a cui per lei era impossibile sottrarsi. Durante l'ultimo anno di vita di Tuva, i suoi psichiatri le hanno tolto ogni speranza di guarigione.

Aveva solo 37 anni quando si è uccisa con due dei farmaci che le erano stati prescritti, amitriptilina e zopiclone.⁴¹⁹ Un giornale locale, Hudiksvall Tidning, ha dichiarato: "La catastrofe personale che ha colpito questa famiglia include così tanti errori nella catena di cura che è sconcertante. Come sia stato possibile, si pensa leggendo la storia di Tuva. Tutti possono prendere la decisione sbagliata a un certo punto. Ma non sempre".

Purtroppo, in psichiatria, le persone prendono sempre decisioni sbagliate.

Due miei amici, Steven Woloshin e Lisa Schwartz (deceduta nel 2019) di Dartmouth negli Stati Uniti, hanno dimostrato che se i pazienti vengono informati sui fatti, sono molto più bravi a scegliere un buon farmaco o nessun farmaco e a sapere quali sono i benefici e i danni.⁴²⁰

Se le persone sapessero che l'effetto dei sonniferi è quello di farle addormentare 15 minuti più velocemente,⁴²¹ e di farle sentire stordite e sonnolente il giorno dopo, potrebbero essere meno interessate ad assumerli, e se sapessero anche che l'effetto scompare nel giro di due settimane se li assumono ogni sera, poche persone ne diventerebbero dipendenti.

Steve e Lisa hanno convinto il Comitato Consultivo per la Comunicazione del Rischio della FDA che l'agenzia avrebbe dovuto adottare i loro suggerimenti. Tuttavia, dopo averci pensato per un anno, il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani ha annunciato di aver bisogno di almeno altri tre anni per prendere una decisione.⁴²² Un'iniziativa che indiscutibilmente aiuta i pazienti a scegliere razionalmente tra i farmaci, o addirittura a dire no ai farmaci, sembra essere vista quasi come un attacco allo Stato. Potrebbe portare a una perdita di reddito per l'industria del farmaco e per le molte persone che essa corrompe.

Sono passati 13 anni da quando il governo ha avuto bisogno di altri tre anni per pensare a questa eccellente iniziativa, e la FDA ha preso tempo. Non è successo nulla. Non c'è da stupirsi che alcuni la chiamino l'Agenzia che Trascina i Piedi (*Foot Dragging Agency* ndt: *gioco di parole intraducibile*).

4 ADHD

Ho trattato due aree disastrose in termini di diagnosi, ricerca clinica e danni inflitti a molti milioni di persone sane; eccone una terza: Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).

I pazienti e i loro familiari spesso si riferiscono ai farmaci per l'ADHD e alle pillole per la depressione come allo "starter kit della psichiatria". Molte persone iniziano la loro "carriera" psichiatrica consultando il medico di famiglia per qualche problema che molti di noi hanno di tanto in tanto e ricevono una prescrizione, che dà inizio a un percorso cronico con diagnosi e farmaci multipli e deterioramento.

L'ADHD è stato inventato in America. Joseph Biederman, che ha fatto parte del comitato del DSM-IV, ha fatto molto per promuovere la diagnosi e farla includere nel manuale.⁴²³ In seguito è emerso che, in soli cinque anni, Biederman ha ricevuto compensi da più di 24 aziende farmaceutiche, e la sola Janssen gli ha dato oltre un milione di dollari.

Nessuno sa cosa sia l'ADHD,⁴²⁴ e c'è una buona ragione per questo. Non esiste come cosa concreta, ma è solo un nome per le persone che si trovano a un'estremità di uno spettro comportamentale normale e che sono più energiche e irritanti di altre. Ovviamente, non tutti possiamo avere un comportamento medio. A un estremo ci sono le persone più attive che ricevono una diagnosi di ADHD. All'altro estremo, ci sono le persone più tranquille della media che ricevono una diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione (ADD). Forse un giorno vedremo anche una diagnosi per coloro che si trovano nel mezzo: Disturbo da Attività Normale (DAN), e anche queste persone avranno sicuramente bisogno di un trattamento farmacologico.

C'è un video molto divertente che prende in giro la pseudoscienza dell'ADHD e mostra quanto sia assurdo tutto questo.⁴²⁵ Inizia con questo:

TRIGGER WARNING: If you are certain amphetamines are a safe and effective treatment for childishness in children DON'T WATCH.

Il metilfenidato (Ritalin) è la versione moderna del bastone. Non ci è più permesso picchiare i bambini rumorosi, ma ci è permesso alterare il loro cervello con un narcotico su prescrizione medica (la maggior parte dei farmaci per l'ADHD sono anfetamine o sostanze correlate). Medicalizziamo gli inevitabili conflitti e le difficoltà che sorgono tra i bambini e i loro genitori o altri adulti e li attribuiamo a un disturbo del neurosviluppo o a una malattia del cervello, sebbene nessuno abbia dimostrato che il cervello delle persone così etichettate sia diverso da quello degli altri,⁴²⁶ cosa che l'ultima revisione del manuale diagnostico, il DSM-5-TR, riconosce esplicitamente.

Postulare che centinaia di milioni di persone abbiano un cervello sbagliato è quanto di più oltraggioso possa esistere. È un palese abuso di un modello di malattia errato.⁴²⁷ Ho cercato su Google "quali sono le cause dell'ADHD" e ho trovato questa disinformazione del Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito:⁴²⁸

"L'ADHD tende ad essere familiare e, nella maggior parte dei casi, si ritiene che i geni ereditati dai genitori siano un fattore significativo nello sviluppo del disturbo... La ricerca ha identificato una serie di possibili differenze nel cervello delle persone affette da ADHD rispetto a quelle che non ne sono affette... Altri studi hanno suggerito che le persone affette da ADHD potrebbero avere uno squilibrio nel livello dei neurotrasmettitori nel cervello". Tutto questo è palesemente sbagliato.

Ho sentito molti professori di psichiatria affermare che i fattori genetici sono le cause più importanti dell'ADHD. Per Hove Thomsen ha osservato che i geni possono spiegare l'80%,⁴²⁹ e Kerstin Plessen ha detto che c'è un accordo dell'80% per i gemelli identici.⁴³⁰

Quindi, le persone identiche sono praticamente identiche anche per quanto riguarda il comportamento. Sorpresa, sorpresa. Ma se cerchiamo anomalie genetiche, non troviamo nulla. In uno studio, che sosteneva che l'ADHD fosse correlata a questo, combinando due tabelle si scopre che il 99,7% dei pazienti non presenta anomalie genetiche.⁴³¹

Molti bambini si guadagnano la diagnosi perché hanno talento e non riescono a stare fermi in classi poco disciplinate e noiose, oppure perché hanno problemi emotivi generati in casa. Un medico di famiglia mi ha raccontato che una maestra aveva mandato la maggior parte dei suoi alunni a farsi visitare per sospetto di ADHD. Era chiaramente lei il problema, ma non appena i ragazzi vengono bollati come ADHD, tutti si liberano di qualsiasi responsabilità o della necessità di rimediare ai problemi che hanno creato, sia a scuola che a casa. Inoltre, aumenta la disuguaglianza. I farmaci per l'ADHD vengono prescritti molto di più se i genitori hanno un lavoro poco qualificato.⁴³²

Uno studio canadese su un milione di bambini in età scolare ha dimostrato che la prevalenza di bambini in trattamento farmacologico nella stessa classe aumentava in modo lineare nel corso dei mesi del calendario,⁴³³ e il 50% in più dei nati a dicembre era in trattamento farmacologico rispetto ai nati a gennaio. Pertanto, se lasciamo che i bambini crescano e maturino, un numero minore di bambini riceverà diagnosi e farmaci.

Lo psichiatra finlandese Ben Furman ha sviluppato un programma affascinante, Kids'Skills,⁴³⁴ che consiste nell'insegnare ai bambini con difficoltà varie abilità per gestire meglio le loro emozioni e il loro comportamento e renderli orgogliosi dei loro risultati.

Quando tengo una conferenza, a volte le persone dicono di avere l'ADHD. Rispondo che possono avere un cane o un'auto, ma non l'ADHD, che è solo un nome. Quando diamo un nome a un certo comportamento, non possiamo dire che una persona si comporta così perché ha l'ADHD. Questa è una prova circolare. Purtroppo gli psichiatri parlano del loro costruito sociale, come se esistesse in natura e potesse attaccare le persone come i batteri, ad esempio gli autori della Scala di Autovalutazione dell'ADHD dell'adulto hanno notato che l'ADHD nell'adulto può avere un impatto significativo sulle relazioni, sulla carriera e sulla sicurezza dei pazienti che ne soffrono.⁴³⁵ Nel 2024, un giornale plaude al fatto che sempre più persone di mezza età e anziane ricevono la diagnosi e osserva che bisogna "convivere con l'ADHD".⁴³⁶ Si può convivere con un cancro, che esiste davvero, ma "convivere con l'ADHD" significa semplicemente convivere con se stessi, cosa che facciamo tutti, quindi è un'affermazione vuota.⁴³⁷ Nell'articolo si afferma che la diagnosi fornisce una spiegazione alle persone, il che è impossibile, poiché si tratta solo di un nome.

Durante le mie conferenze, ho spesso chiesto al pubblico di sottoporsi ai criteri diagnostici per l'ADHD dell'adulto, che sono così insensati che il 25-50% risulta positivo. Una volta, 21 terapeuti su 27 sono risultati positivi al test e 10 hanno fatto il pieno (sei criteri su sei; solo quattro sono necessari per la diagnosi). Ho detto loro di non preoccuparsi perché alcune delle persone più talentuose e meravigliose che ho conosciuto sono così. Anche io, mia moglie e la nostra figlia più piccola siamo risultati positivi, così come il suo rilassatissimo fidanzato. Potreste provare questo stupido test su voi stessi. Se vi trovate nella zona grigia per quattro volte (vedi la tabella), "avete" l'ADHD.

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist

Patient Name	Today's Date					
Please answer the questions below, rating yourself on each of the criteria shown using the scale on the right side of the page. As you answer each question, place an X in the box that best describes how you have felt and conducted yourself over the past 6 months. Please give this completed checklist to your healthcare professional to discuss during today's appointment.		Never	Rarely	Sometimes	Often	Very Often
1. How often do you have trouble wrapping up the final details of a project, once the challenging parts have been done?						
2. How often do you have difficulty getting things in order when you have to do a task that requires organization?						
3. How often do you have problems remembering appointments or obligations?						
4. When you have a task that requires a lot of thought, how often do you avoid or delay getting started?						
5. How often do you fidget or squirm with your hands or feet when you have to sit down for a long time?						
6. How often do you feel overly active and compelled to do things, like you were driven by a motor?						

Part A

Durante le mie conferenze, ho spesso chiesto al pubblico di sottoporsi ai criteri diagnostici per l'ADHD dell'adulto, che sono così insensati che il 25-50% risulta positivo. Una volta, 21 terapeuti su 27 sono risultati positivi al test e 10 hanno fatto il pieno (sei criteri su sei; solo quattro sono necessari per la diagnosi). Ho detto loro di non preoccuparsi perché alcune delle persone più talentuose e meravigliose che ho conosciuto sono così. Anche io, mia moglie e la nostra figlia più piccola siamo risultati positivi, così come il suo rilassatissimo fidanzato. Potreste provare questo stupido test su voi stessi. Se vi trovate nella zona grigia per quattro volte (vedi la tabella qui sopra), "avete" l'ADHD.

Nel 2004, il programma ADHD per adulti della New York University School of Medicine ha offerto una giornata di screening gratuito in un hotel e ha scoperto che l'85% degli adulti è risultato positivo.⁴³⁸ Quando solo la metà di loro ha contattato successivamente un medico, il direttore del programma ha dichiarato che i dati dimostravano che "le persone con ADHD hanno bisogno di aiuto per essere aiutate". La stupidità non ha limiti.

La stigmatizzazione e la perdita di autostima, che spesso seguono una diagnosi psichiatrica, sono particolarmente minacciose nei bambini che devono ancora formare la propria personalità. Possono imparare a vedersi come disabili, con una ridotta autodeterminazione e un maggiore senso di impotenza.⁴³⁹

Uno dei miei colleghi, lo psichiatra infantile e adolescenziale britannico Sami Timimi, chiede ai genitori che credono che un farmaco per l'ADHD aiuterà il loro bambino, quali cambiamenti sperano di vedere e quali sono le loro preoccupazioni, ad esempio il comportamento a casa, le relazioni con i coetanei, il rendimento scolastico o la mancanza di senso del pericolo. Poi a volte chiarisce che nessun farmaco può alterare questi aspetti nel loro bambino. I farmaci non prendono decisioni, non hanno sogni e ambizioni, né compiono azioni.

In questo modo, Sami distoglie l'interesse dei genitori dai farmaci per sviluppare le capacità di gestione dei genitori per i bambini che sono più "intensi" della maggior parte. Un documentario britannico ha mostrato bambini così difficili da gestire che persino gli psichiatri più critici potrebbero ritenere necessari i farmaci per l'ADHD. "Non possiamo avere bambini che vanno in giro coperti con le tende", come mi ha detto uno psichiatra infantile durante un'audizione in Parlamento. Tuttavia, le famiglie che sono state aiutate da psicologi hanno capito che i bambini erano disturbati, e per questo disturbavano. A una madre che rimproverava sempre la figlia "impossibile" è stato insegnato a lodarla, e la

bambina si è trasformata in una bambina molto gentile e non più ostile nei confronti della madre.

La diagnosi di ADHD non dovrebbe essere un prerequisito per ottenere aiuti o fondi extra per le scuole, poiché aumenta la prevalenza della diagnosi. Ma fare la cosa giusta in ambito psichiatrico è difficile. Un neuropsichiatra infantile irlandese mi ha raccontato di essere stato sospeso perché non somministrava psicofarmaci ai bambini. Invece di cambiare il cervello dei bambini, dovremmo cambiare il loro ambiente.

Gli abusi sessuali sui bambini sono spaventosamente comuni. Secondo quanto pubblicato su Internet, circa un bambino su dieci subisce abusi sessuali. Circa la metà delle donne ricoverate negli ospedali psichiatrici ha subito abusi sessuali da bambina o da adolescente e, nella maggior parte dei casi, il personale ospedaliero non ne è a conoscenza.⁴⁴⁰

Se un bambino si comporta male, è sfidante e provocatorio, questo può portare a una diagnosi di ADHD o di disturbo borderline di personalità, anche se potrebbe essere una reazione a un terribile abuso di cui il bambino non osa parlare. Nemmeno quando i pazienti ne parlano, vengono sempre presi sul serio. Una giovane donna mi ha raccontato di aver detto al suo psichiatra di aver subito abusi sessuali da bambina. Lui le ha risposto che non era importante. Per lui contavano solo i questionari che usava per fare diagnosi. Molti pazienti mi hanno raccontato che ci sono voluti molti anni prima di incontrare uno psichiatra che si interessasse al grave trauma che avevano subito.

L'indottrinamento degli psichiatri è efficace. Nel 2022, uno dei miei colleghi ha tenuto una lezione sul pensiero critico per gli specializzandi in psichiatria. Chiese loro di esaminare tre studi che sostenevano che i bambini con diagnosi di ADHD avessero anomalie genetiche o un cervello più piccolo degli altri bambini.⁴⁴¹

I ricercatori hanno sottolineato che le differenze genetiche erano altamente significative e hanno affermato che lo studio del volume cerebrale suggerisce che l'ADHD è una malattia del neurosviluppo.

Il mio collega era sbalordito. Quando gli spiegò che le loro opinioni non erano supportate dagli studi che avevano appena letto, divennero ostili. Non capiva che l'ADHD e altri disturbi psichiatrici sono disturbi biologici, come il diabete o il cancro?

Questa è la follia più disperata che abbia mai sperimentato in psichiatria. È spaventoso che queste persone debbano prendersi cura dei pazienti psichiatrici con modalità basate sull'evidenza. Non sono in grado di farlo, perché ciò richiede un minimo di comprensione della scienza.

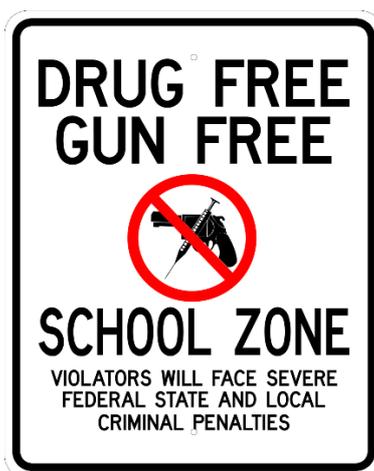
Lo studio che sostiene che i bambini con diagnosi di ADHD hanno un cervello piccolo è stato diffusamente condannato. I ricercatori hanno scritto che il loro studio invia un "chiaro messaggio per i medici da trasmettere ai genitori e ai pazienti, che può contribuire a ridurre lo stigma che l'ADHD sia solo un'etichetta per bambini difficili e causata da genitori incompetenti".⁴⁴² Questa assurdità spezza il cuore. *Non* riduce lo stigma dire alle persone che hanno un cervello piccolo. *Lancet Psychiatry* ha dedicato un intero numero alle critiche allo studio, e una nuova analisi dei dati non ha rilevato differenze cerebrali.⁴⁴³

Come sempre per la psichiatria, gli americani sono i peggiori. La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry scrive sulla sua homepage che l'ADHD è un disturbo cerebrale e che gli scienziati hanno dimostrato che alcune strutture cerebrali dei bambini con ADHD possono essere più piccole rispetto alle aree cerebrali dei bambini senza ADHD.⁴⁴⁴

Stupefacenti su prescrizione medica

Nel 2011, io e mia moglie ci siamo arrabbiati molto quando un autobus per l'ADHD ha visitato la scuola di nostra figlia minore e ha distribuito opuscoli per "aumentare la consapevolezza del disturbo da ADHD nei bambini". Si trattava solo di spacciare farmaci. L'autobus era di proprietà dell'Associazione Danese per l'ADHD, che riceveva un sostegno finanziario dalle aziende che vendevano i farmaci e producevano gli opuscoli. La direttrice dell'Associazione ADHD è stata assunta per il suo "orientamento commerciale", con l'obiettivo di stabilire "partnership con aziende private".⁴⁴⁵ Assolutamente disgustoso.

Negli Stati Uniti, si può essere accolti con questo avvertimento:



Ma non ci sono scuole libere da farmaci in America, dove oltre il 10% "ha" l'ADHD e prende anfetamine.⁴⁴⁶ È un paradosso che gli insegnanti agiscano come spacciatori di droga più efficaci di quelli della strada. Soprattutto perché gli insegnanti hanno osservato che l'esercizio fisico rende i bambini più calmi e attenti. Gli effetti sono enormi. Una revisione degli studi ha rilevato un effetto di 0,92 per il miglioramento della disattenzione, di 0,82 per il controllo inibitorio e di 0,52 per la flessibilità cognitiva nei ragazzi con una diagnosi di ADHD.⁴⁴⁷

Il beneficio a breve termine dei farmaci è che i bambini possono stare seduti in classe, ma l'effetto scompare rapidamente e i danni includono tic, brevi contrazioni muscolari, riduzione dell'attività mentale e comportamentale spontanea, riduzione dell'interesse sociale, apatia, indifferenza e depressione e comportamenti compulsivi e privi di senso, come confermato dagli studi sugli animali.⁴⁴⁸ Il comportamento compulsivo viene spesso interpretato erroneamente come un beneficio, anche se il bambino potrebbe semplicemente copiare ossessivamente tutto ciò che viene mostrato alla lavagna.

Non sembrano esserci benefici a lungo termine dai farmaci per l'ADHD. Nel 1999, il National Institute of Mental Health (NIMH) degli Stati Uniti ha pubblicato i risultati a 14 mesi del primo studio a lungo termine, lo studio MTA, in cui 579 bambini sono stati randomizzati al metilfenidato, alla terapia comportamentale, a entrambi o alla terapia comunitaria di routine.⁴⁴⁹ Anche se sono state utilizzate molte scale e risultati, con 19 esiti primari, l'unico effetto del farmaco è stato che i bambini erano meno iperattivi o impulsivi e prestavano più attenzione.

Gli autori considerano l'ADHD un disturbo cronico (cosa che hanno smentito nella loro pubblicazione successiva) e sostengono la necessità di un trattamento continuo, che non si accorda bene con i loro risultati. Le differenze nei punteggi non si traducono in nulla di importante, ma gli psichiatri non erano ansiosi di rivelarlo. Ci sono voluti altri *otto anni* prima che pubblicassero i dati a tre anni, che non mostrano differenze.⁴⁵⁰ Un documento di accompagnamento risulta difficile da interpretare, poiché i risultati sono sommersi da statistiche complicate. Questa volta, i ricercatori hanno rivelato i loro conflitti di interesse finanziari, che erano eccessivi: in media, per ogni autore erano elencate 13 aziende farmaceutiche, certo non un gruppo di persone credibile. I pochi dati rilevanti presenti mostravano un tasso *più elevato* di abuso di sostanze nel gruppo del metilfenidato rispetto al gruppo della terapia comportamentale.⁴⁵¹

Questo era previsto, dato che i narcotici aumentano il rischio di abuso di sostanze. Ma l'unico studio che lo confermava non è stato pubblicato. La ricercatrice principale, Nadine Lambert è morta in un incidente stradale nel 2006⁴⁵² e forse i suoi colleghi non hanno apprezzato i suoi risultati. La Lambert ha condotto uno studio di 26 anni su 492 bambini, metà dei quali aveva una diagnosi di ADHD.⁴⁵³ Solo il 2% di coloro che non avevano mai fumato o assunto stimolanti erano dipendenti dalla cocaina da adulti, rispetto al 40% di coloro che avevano sia fumato che assunto stimolanti. Non si trattava di uno studio randomizzato, ma i suoi risultati erano così minacciosi per l'establishment che, dopo la sua presentazione nel 1998, il National Institute on Drug Abuse smise di finanziare il suo lavoro.⁴⁵⁴

Anche i risultati a sei e otto anni dello studio MTA sono stati scoraggianti.⁴⁵⁵ Non sono state riscontrate differenze per quanto riguarda i voti scolastici, gli arresti, i ricoveri psichiatrici o altri esiti rilevanti. L'uso del farmaco di prova è diminuito del 62%, ma l'aggiustamento per questo non ha cambiato i risultati.

Ho un'ampia formazione in statistica. Quando ho fatto la tesi, ho letto due pesanti libri di testo⁴⁵⁶ assicurandomi di aver capito tutto quello che contenevano. Ho ricalcolato tutti gli esempi su una calcolatrice tascabile (non avevo un computer prima del 1987). Ho persino fatto analisi della varianza a tre vie con la mia calcolatrice tascabile.⁴⁵⁷ Posso quindi affermare con grande sicurezza che i documenti di follow-up sembravano un deliberato offuscamento che utilizzava statistica inutilmente complicata. Sarebbe stato molto più semplice descrivere onestamente i risultati deludenti, ma nessuno degli oltre 100 articoli scientifici generati dallo studio MTA lo ha fatto.

Uno dei ricercatori ha rotto le righe e ha dichiarato in un'intervista:⁴⁵⁸ "I bambini hanno avuto una sostanziale diminuzione del loro tasso di crescita... non ci sono stati effetti benefici - nessuno... questa informazione dovrebbe essere resa molto chiara ai genitori".

Non è stato così. Come in ogni altro settore della psichiatria, il pubblico è stato truffato, sedotto e ingannato.⁴⁵⁹ Un comunicato stampa pubblicato dal NIMH presentava un'enorme menzogna: *il miglioramento dopo il trattamento dell'ADHD è duraturo nella maggior parte dei bambini*. Uno degli autori, Peter Jensen ha dichiarato: "Siamo rimasti colpiti dal notevole miglioramento dei sintomi e del funzionamento in tutti i gruppi di trattamento". E invece di dire che la crescita dei bambini in trattamento farmacologico era stentata, il comunicato stampa affermava che i bambini che *non* assumevano farmaci "crescevano un po' di più".

L'industria farmaceutica inganna le persone allo stesso modo. Quando Merck scoprì che il suo farmaco per l'artrite, il rofecoxib (Vioxx), era mortale e causava più trombosi del naprossene, inventarono la bufala che il naprossene era protettivo piuttosto che il Vioxx era

dannoso, cosa senza senso che il *New England Journal of Medicine* ha permesso alla Merck, un'azienda statunitense, di pubblicare.⁴⁶⁰

L'arresto della crescita causato dai farmaci ADHD è stato enorme. Dopo 16 anni, coloro che assumevano costantemente le pillole erano più bassi di 5 cm rispetto a coloro che ne assumevano pochissime, e c'erano molti altri danni.⁴⁶¹

Sulla base di quanto sappiamo su altre sostanze attive per il cervello,⁴⁶² e del fatto che i farmaci per l'ADHD riducono l'attività mentale e l'interazione con altre persone, che sono importanti per lo sviluppo del cervello, sembra probabile che i farmaci per l'ADHD possano danneggiare il cervello in modo permanente.

La psichiatra danese per l'infanzia e l'adolescenza Lisbeth Kortegaard e lo psichiatra statunitense Peter Breggin hanno gradualmente sospeso gli psicofarmaci per l'ADHD da tutti i bambini che hanno incontrato e hanno entrambi sperimentato che la condizione del bambino migliora se i genitori sono d'accordo e lavorano per migliorare le loro capacità genitoriali. Lisbeth ha sospeso gli psicofarmaci a molti bambini e non ha mai visto nessuno peggiorare.⁴⁶³ Conosco entrambi e Breggin, con cui ho tenuto diverse conferenze, ritiene che dovremmo vietare la somministrazione di psicofarmaci ai bambini, così come abbiamo vietato gli abusi fisici e sessuali.⁴⁶⁴ Sono d'accordo sul fatto che la somministrazione di psicofarmaci ai bambini dovrebbe essere vietata, salvo rare eccezioni.

Gli psichiatri mentono profusamente sui farmaci per l'ADHD. Scrivono e dicono che il metilfenidato protegge dalla criminalità, dalla delinquenza e dall'abuso di sostanze. Lo hanno detto anche in un'audizione in Parlamento il 27 maggio 2013, che ho contestato. Erano molto insoddisfatti del fatto che a me, unico oratore e non psichiatra, fosse stato chiesto dal politico che aveva organizzato l'incontro di tenere due interventi. Anche Lisbeth ha tenuto una conferenza. Siamo riusciti a far arrabbiare un'altra psichiatra infantile e adolescenziale, Tine Houmann, perché non è riuscita a farla franca con le sue bugie.

L'OMS ha rifiutato di concedere al metilfenidato lo status di farmaco essenziale. Nel 2023, alcuni medici e scienziati hanno fatto eco alle parole delle case farmaceutiche scrivendo su *Lancet Psychiatry* che si trattava di una decisione sbagliata, sostenendo che il farmaco ha una comprovata efficacia e sicurezza.⁴⁶⁵ Abbiamo spiegato perché si sbagliavano e l'OMS aveva ragione,⁴⁶⁶ e il mio gruppo di ricerca ha dimostrato che l'approvazione da parte della FDA del metilfenidato a rilascio controllato di Purdue per l'ADHD degli adulti era inappropriata, in quanto il farmaco non produceva alcun beneficio clinico significativo.⁴⁶⁷

I libri di testo psichiatrici mettono in guardia dalle terribili conseguenze di un mancato trattamento farmacologico dell'ADHD e sono pieni di false affermazioni sul fatto che i farmaci per l'ADHD migliorano i risultati scolastici e lavorativi e riducono il rischio di incidenti, visite di emergenza, criminalità e abuso di droghe.⁴⁶⁸

Un libro ha affermato che non ci sono prove che la psicoterapia agisca sui "sintomi principali neurologicamente determinati" e che i pochi grandi studi sulla psicoterapia hanno tutti problemi metodologici, citando un libro della psichiatra Marianne Geoffroy la cui negazione dei fatti e la mancanza di pensiero logico ho descritto nel capitolo sulla depressione. Questo è falso. Una revisione Cochrane di 14 studi sulla psicoterapia ha mostrato un effetto sui sintomi principali.⁴⁶⁹

Un libro nota che una revisione Cochrane ha sollevato dubbi sull'effetto del metilfenidato, ma aggiunge che molti medici e pazienti dicono di aver sperimentato che il metilfenidato funziona, il che è indiscutibile. Bene, allora perché preoccuparsi di fare studi randomizzati quando possiamo semplicemente chiedere agli psichiatri cosa credono?

Le affermazioni secondo cui gli studi controllati con placebo hanno dimostrato un effetto degli stimolanti nel 70-80% dei bambini sono idiozie, poiché ignorano il miglioramento spontaneo nel gruppo placebo che si sarebbe verificato senza alcun trattamento. Anche negli adulti sono stati dichiarati effetti di dimensioni enormi. Una revisione Cochrane - che ha richiesto nove anni di lavoro dopo la pubblicazione del protocollo - ha mostrato alcuni effetti positivi, ma i risultati variavano così tanto che era sbagliato fare una metanalisi, e gli autori non hanno potuto determinare se non si fossero verificati effetti avversi o se i dati non fossero stati raccolti. La revisione era così scadente che le critiche sollevate da noi⁴⁷⁰ e da altri hanno portato al suo ritiro dalla *Cochrane Library*.

Due revisioni Cochrane eseguite dai miei collaboratori hanno rilevato che ogni singolo studio sul metilfenidato era ad alto rischio di distorsione.⁴⁷¹ Quando viene somministrato agli adulti, il farmaco non ha alcun effetto sui giorni di assenza dal lavoro, contrariamente a quanto sostenuto nei libri di testo.

Molti studi sono stati truccati, eliminando tutti i bambini che migliorano con il placebo prima dell'inizio della sperimentazione, o al contrario, studiando solo i bambini che hanno tollerato il farmaco prima di essere randomizzati al farmaco o al placebo, o a entrambi.⁴⁷² L'industria lo chiama "disegno sperimentale arricchito". Io lo chiamo disegno che arricchisce l'industria.

Le autorità di regolamentazione dei farmaci sono straordinariamente credulone e acritiche. Abbiamo dimostrato che in 7 delle 13 richieste di approvazione del metilfenidato a rilascio prolungato per l'ADHD negli adulti mancavano le sperimentazioni, anche se le autorità di regolamentazione richiedono che tutte le sperimentazioni siano incluse nelle richieste di nuovi farmaci, e la percentuale mediana di partecipanti alle sperimentazioni mancanti era del 45%.⁴⁷³

Un libro di testo parla di effetti rapidi e drammatici del farmaco e nota che gli studi basati sui registri suggeriscono un effetto a lungo termine sull'apprendimento, sui voti e sulla scuola. C'erano 19 riferimenti, ma non si parlava dello studio MTA, che ha annullato questo pio desiderio. Si consigliava inoltre di continuare a usare i farmaci fino a quando c'è un effetto clinico e i danni sono tollerati. È impossibile giudicare se ci sia qualche beneficio da un singolo caso, e le sperimentazioni parlano contro il trattamento per anni, ma lo studio MTA non era tra gli 11 riferimenti.

Un altro libro sostiene che i farmaci migliorano l'interazione sociale, alleviano l'aggressività, hanno un effetto da moderato a grande e riducono il rischio di abuso di droga. Gli autori citano lo studio MTA, ma solo in una figura sulla comorbilità. L'articolo sull'MTA riportato nella loro bibliografia risale a 20 anni fa e riporta solo i risultati fuorvianti a 14 mesi.

Gli autori hanno fornito altri tre riferimenti a ricerche totalmente inaffidabili.

Una era una metanalisi di 28 studi controllati con placebo in cui gli autori hanno utilizzato un punteggio di qualità fatto in casa per valutare la qualità degli studi,⁴⁷⁴ un metodo fermamente sconsigliato.⁴⁷⁵ Hanno riportato un effetto enorme sull'aggressività, dimensione dell'effetto 0,84, che è sbalorditivo, dato che sappiamo che gli stimolanti *causano* aggressività!⁴⁷⁶

Il secondo riferimento era a un editoriale in cui si sosteneva che i farmaci per l'ADHD riducono il rischio di abuso di sostanze.⁴⁷⁷ I numerosi conflitti di interesse finanziario dell'autore sono stati respinti dall'editore che non ha "trovato alcuna prova di influenza da questi rapporti". È curioso come la gente neghi sempre il fatto che il denaro delle case farmaceutiche corrompe. L'autore ha commentato uno studio sulle richieste di assistenza

sanitaria di 3 milioni di persone, che non è una prova affidabile. Ha fatto notare che una metanalisi del 2003 ha rilevato una riduzione di due volte del rischio di abuso di sostanze, ma non ha fornito un riferimento a questo risultato palesemente errato. Non sono riuscito a trovarlo, anche se ho sfogliato centinaia di documenti. E naturalmente non ha citato lo studio MTA.

Il terzo riferimento era a una metanalisi eccezionalmente difettosa anche per gli standard psichiatrici.⁴⁷⁸ Gli autori hanno incluso solo 12 dei numerosi studi esistenti e hanno riportato dimensioni di effetto enormi, 0,96 e 0,73, senza spiegare da quali risultati provenissero. Hanno traslato questi effetti in dati binari e hanno riportato che il numero necessario di pazienti da trattare per ottenere un beneficio è di circa 2-3, il che è impossibile. È impossibile dicotomizzare le variabili continue.⁴⁷⁹ Il primo autore aveva "potenziali conflitti di interesse" legati alle aziende che vendono farmaci per l'ADHD. I conflitti di interesse non sono potenziali, ma reali.

In psichiatria è molto diffusa l'abitudine di incolpare la vittima. In un libro di testo si legge che, a dosi *elevate*, i farmaci possono scatenare o aggravare i sintomi depressivi e psicotici se il paziente è *predisposto*. Tali sintomi possono manifestarsi a dosi normali e senza alcuna predisposizione.

L'autore, lo psichiatra infantile e dell'adolescenza Søren Dalsgaard, ha fornito due riferimenti ai propri studi osservazionali, che non sono stati illuminanti. Uno di questi rileva che i bambini con ADHD hanno subito condanne penali in età adulta con una frequenza cinque volte superiore rispetto alla popolazione generale.⁴⁸⁰ Cosa dobbiamo dedurre da questo? Non possiamo ridurre i crimini usando i farmaci. Dalsgaard non ha menzionato la sperimentazione MTA, e l'altro suo studio era ancora peggiore.

Ha osservato che per ogni anno di rinvio del trattamento farmacologico nei bambini, il rischio di abuso di droga aumenta di 1,5 volte.⁴⁸¹ Pertanto, il rischio di abuso di droga è 130 volte superiore ($1,5^{12}$) se un bambino inizia il trattamento all'età di 18 anni piuttosto che all'età di 6 anni. Ho calcolato dall'articolo che il tasso di fondo nella popolazione è dello 0,69%. Quindi, $0,69\% \times 130 = 90\%$ di tutti i bambini con una diagnosi di ADHD a partire dai 6 anni diventeranno tossicodipendenti se non vengono trattati prima dei 18 anni. L'articolo non specifica l'arco di età che ha fornito i dati per l'aumento del rischio di 1,5 volte l'anno, e potrei aver estrapolato troppo liberamente, ma lo studio è assurdo. Ci deve essere stata un'enorme confusione. I bambini che iniziano tardi il trattamento farmacologico sono molto diversi dagli altri bambini.

I gravi danni dei farmaci per l'ADHD vengono ignorati

Abbiamo dimostrato che i farmaci per l'ADHD compromettono la riproduzione negli animali anche dopo la loro sospensione.⁴⁸² Non sappiamo se questo sia un problema anche per gli esseri umani, ma sappiamo che la fecondità sta diminuendo.

Abbiamo riscontrato che la segnalazione dei danni negli studi sul metilfenidato è estremamente inaffidabile.⁴⁸³ Ci sono state enormi differenze tra gli studi, impossibili da spiegare: per esempio, la diminuzione della libido è stata riscontrata dall'11% in uno studio contro solo l'1% in un'analisi congiunta di altri tre studi. Poiché la qualità della vita è stata misurata in 11 studi ma riportata solo in 5, dove è stato riscontrato un effetto minimo, è probabile che la qualità della vita peggiori con i farmaci per l'ADHD, che è anche ciò che sperimentano i bambini. Se gli viene chiesto quando i genitori non sono presenti, dicono che non amano i farmaci. Questo non sorprende. Tra i danni, i libri di testo elencano cefalea,

secchezza delle fauci, nausea, mal di stomaco, tic, irritabilità, tristezza, depressione, sbalzi d'umore, nervosismo, peggioramento dei sintomi dell'ansia, sedazione, aumento della pressione sanguigna, insonnia, anoressia e perdita di peso.

Uno studio condotto su 218 giovani adulti israeliani con diagnosi di ADHD e che facevano uso di stimolanti ha mostrato che il 28% aveva cercato di resistere all'assunzione dei farmaci da bambino, quando gli era stato detto di farlo dai loro assistenti.⁴⁸⁴ Nel 66% dei casi sono stati osservati cambiamenti d'umore, mentre nel foglietto illustrativo del Ritalin la percentuale era solo di uno ogni 10.000 utenti; il 39% sentiva di non essere se stesso e il 3% aveva pensato di tentare il suicidio. Lo studio ha utilizzato domande a risposta chiusa e non c'era un gruppo di controllo. Una revisione Cochrane con gruppi di controllo comparabili ha riportato che il metilfenidato aumenta il rischio di eventi avversi gravi (rapporto di rischio 1,36), di qualsiasi disturbo psicotico (RR 1,36), di aritmia (RR 1,61), di insonnia e problemi del sonno (RR 2,58) e di diminuzione dell'appetito (RR 15,06).⁴⁸⁵

I danni più gravi del farmaco hanno ricevuto poca o nessuna attenzione nei libri di testo. L'unico accenno ai sintomi dell'astinenza è stato fatto in un libro in cui si osservava che i sintomi possono portare a una riduzione della capacità di guidare, usare macchinari e lavorare. Al contrario, una revisione Cochrane ha rilevato che le persone dipendenti dall'anfetamina possono sperimentare gravi sintomi di astinenza che possono durare per settimane e che includono disforia, irritabilità, melancolia, ansia, ipersonnia, affaticamento marcato, intenso desiderio del farmaco e paranoia.⁴⁸⁶

Gli stimolanti hanno proprietà allucinogene,⁴⁸⁷ e alcuni bambini sviluppano mania o altre psicosi.⁴⁸⁸ In una riunione consultiva dell'FDA, è stato stimato che i sintomi di psicosi o mania "si verificano a un tasso compreso tra 2 e 5 per cento anni-persona (osservato 1,6 per 100 anni-paziente)".⁴⁸⁹ Quando lo staff dell'FDA ha analizzato i dati di 49 studi randomizzati sugli stimolanti, tre anni dopo, sono stati registrati 11 eventi avversi di psicosi/mania in 743 anni di trattamento in doppio cieco con questi farmaci e nessuno in 420 anni di esposizione al placebo. Le allucinazioni che coinvolgono sensazioni visive o tattili di insetti, serpenti o vermi erano comuni nel caso dei bambini.⁴⁹⁰

Nelle Istruzioni per la Prescrizione dell'FDA per il metilfenidato a rilascio prolungato, il rischio è dichiarato essere solo dello 0,1%,⁴⁹¹ mentre nella revisione dell'agenzia del farmaco britannica, psicosi o mania si sono verificate nel 3% dei pazienti in trattamento con metilfenidato (contro l'1% del placebo),⁴⁹² che è 30 volte superiore.

I danni psichiatrici spesso portano a diagnosi aggiuntive, ad esempio depressione, disturbo ossessivo compulsivo o bipolare, e a ulteriori farmaci e cronicità. I farmaci causano anche violenza, compresi gli omicidi.⁴⁹³

Andrew Thibault, cofondatore di Parents Against Pharmaceutical Abuse (*Genitori contro l'abuso di farmaci*), ha descritto suicidi per impiccagione di bambini in affidamento con diagnosi di ADHD e in trattamento con lisdexamfetamina (Vyvanse).⁴⁹⁴ Questi bambini sono stati utilizzati come cavie in sperimentazioni farmacologiche contrarie alle norme e sono stati sottoposti a massicci iperdosaggi. Quando uno studio canadese ha scoperto che ai giovani che assumevano farmaci per l'ADHD era 13 volte più probabile che venissero prescritti antipsicotici e quasi 4 volte più probabile che venissero prescritti antidepressivi rispetto agli altri bambini, gli autori hanno sostenuto che i bambini con ADHD hanno più comorbidità psichiatriche rispetto ai bambini senza ADHD, ignorando il fatto ovvio che psicosi e depressione sono effetti collaterali dei farmaci per l'ADHD indicati nei foglietti illustrativi.

Un libro di testo ha notato che i farmaci possono causare mania e destabilizzare il disturbo bipolare, ma non che il bipolarismo è spesso diagnosticato in modo errato a causa dei danni dei farmaci. Nel 2015 sono stato invitato a tenere una conferenza all'ospedale di Aalborg dall'organizzazione psichiatrica della regione e Rasmus Licht, professore di psichiatria, ha tenuto una conferenza dopo di me. È uno specialista del disturbo bipolare e gli ho chiesto come facesse a sapere, quando ha fatto la diagnosi in un paziente a cui è stato somministrato un farmaco per l'ADHD, che non si trattava solo dei danni da farmaco che vedeva, perché sono molto simili ai sintomi che i medici usano quando diagnosticano il bipolare. Sono rimasto sbalordito quando ha detto che uno psichiatra era in grado di distinguere tra queste due possibilità. Rasmus nel paese delle meraviglie ...

Gli psichiatri di solito ignorano questo problema fondamentale e possono addirittura affermare che il trattamento farmacologico ha "smascherato" il nuovo disturbo. Questo è uno dei motivi per cui il contatto con il sistema psichiatrico porta spesso a diverse diagnosi e alla politerapia e perché i problemi temporanei di salute mentale spesso diventano cronici. Io la chiamo la carta moschicida della psichiatria. Quanto più rumore i pazienti generano sbattendo le loro "ali", tanto più rimangono bloccati da diagnosi e farmaci.

Molti pazienti si astengono dal dire allo psichiatra certe cose per evitare ancora più diagnosi e farmaci. Quando si chiede loro se sono migliorati, confermano anche quando è vero il contrario. Imparano rapidamente come comportarsi per proteggersi.

Alla fine, nessuno ricorda come tutto è iniziato e com'era la vita prima che il paziente ricevesse una diagnosi. I pazienti diventano prodotti artificiali indotti chimicamente, con cervelli e personalità che non sono più gli stessi. E il consumo di farmaci diventa parte della loro identità, proprio come per i tossicodipendenti.

Dovrebbe essere vietato fare nuove diagnosi ai pazienti che assumono psicofarmaci. Se le persone vengono ricoverate in ospedale in stato psicotico perché hanno assunto cocaina, LSD o marijuana, non dovremmo dire: "Bene, la droga ha smascherato la vostra schizofrenia!".⁴⁹⁵ Purtroppo molti psichiatri la pensano così.

Un libro di testo riporta che le reazioni all'astinenza dopo l'interruzione brusca di un farmaco ADHD possono includere la depressione, ma anche se gli autori affermano che la depressione potrebbe arrivare all'improvviso e causare un grande rischio di suicidio, danno il consiglio mortale di trattare la depressione con pillole per la depressione, aumentando ulteriormente il rischio di suicidio. L'approccio corretto consiste nel reintrodurre il farmaco ADHD e nel ridurlo lentamente.

I farmaci per l'ADHD sono facilmente reperibili sul mercato nero e l'OMS ha lanciato un allarme sull'abuso di farmaci di tipo anfetaminico, tra cui il metilfenidato e l'MDMA (ecstasy) e ha dichiarato che la situazione "richiede attenzione immediata".⁴⁹⁶ Ma non ha avvertito che anche il crescente uso di stimolanti su prescrizione è un problema enorme. Si tratta di un tabù, anche se nel 2017 negli Stati Uniti ci sono stati 10.333 decessi per overdose da sostanze stimolanti, rispetto ai soli 1.378 del 2007.⁴⁹⁷

Anche le autorità di regolamentazione dei farmaci sono incoerenti. La metamfetamina non è approvata in Europa, dove è considerata una droga pericolosa e illegale come la cocaina.⁴⁹⁸ Negli Stati Uniti è approvata per l'ADHD, ma la FDA avverte che ha un alto potenziale di abuso.⁴⁹⁹ Nel 2023, l'FDA ha avvertito che gli stimolanti possono portare allo sviluppo di un disturbo da uso di sostanze e alla dipendenza, anche quando vengono prescritti per trattare un disturbo indicato, e che ciò può causare overdose e morte.⁵⁰⁰

L'Adderall - una miscela di sali di anfetamina - era un farmaco per la riduzione del peso chiamato Obetrol, che creava così tanta dipendenza da essere ritirato dal mercato.⁵⁰¹

L'Adderall è ora utilizzato negli Stati Uniti per l'ADHD, ma è stato ritirato in Canada nel 2005 dopo che 14 bambini sono morti improvvisamente e due hanno avuto un ictus.⁵⁰² L'FDA non fece nulla, a parte cercare di convincere i colleghi canadesi a non ritirare il farmaco.

La morte, il danno più grave non è mai stato menzionato nei libri di testo, anche se le aritmie cardiache, l'infarto del miocardio, l'ictus e la morte improvvisa sono elencati nel foglietto illustrativo della FDA per il metilfenidato.⁵⁰³ Gli stimolanti raddoppiano il rischio di eventi cardiovascolari,⁵⁰⁴ e ci sono stati bambini morti improvvisamente.⁵⁰⁵ Anche il fatto che i farmaci ADHD possano causare violenza, suicidio, omicidio e morte per altri motivi⁵⁰⁶ non ha ricevuto molta attenzione. Gli psichiatri non ritengono che i danni mortali dei loro farmaci siano informazioni importanti da trasmettere nei loro libri di testo ai futuri psichiatri.

Nel 2014 sono stato coinvolto come testimone esperto in un caso giudiziario molto pubblicizzato in cui Graham Bishop, un inglese, ha quasi accoltellato a morte le sue due figlie al Rigshospitalet, dove lavoravo. È stato condannato a 11 anni di carcere e all'espulsione permanente dalla Danimarca, ma il caso è andato in appello.

La commissione forense ha riconosciuto che il metilfenidato può portare a "un aumento dell'irritabilità e dell'instabilità emotiva" e non ha potuto escludere la possibilità che il farmaco possa aver influenzato il suo stato psicologico quando ha commesso il fatto. Ma l'hanno ritenuta improbabile, sostenendo che in precedenza aveva assunto dosi simili senza problemi.

Ho fatto notare all'avvocato di Bishop, Karoline Normann, che non aveva mai assunto una dose così alta come quella assunta poco prima del crimine e che, anche se non avesse aumentato la dose, avrebbe potuto reagire in modo anomalo sotto l'effetto del farmaco, perché gli eventi che hanno portato al misfatto erano molto stressanti. Inoltre, poiché i danni del metilfenidato sono molto più gravi della nota eufemistica della commissione sull'"aumento dell'irritabilità e dell'instabilità emotiva", ho chiesto di vedere la valutazione mentale di Bishop da parte della commissione. Il pubblico ministero si è rifiutato, cosa che ho ritenuto ingiusta, dato che il mio ruolo era quello di sostenere la difesa.

Tramite Normann, ho chiesto alla commissione forense se considerassero la cura standard il fatto che lo psichiatra di Bishop avesse detto a quest'ultimo che poteva aumentare la dose senza problemi e senza limiti massimi. Questa domanda, e molte altre che ho posto, sono state ignorate dalla commissione, e la loro risposta alla mia domanda: "La commissione forense ritiene che l'assunzione di metilfenidato possa aumentare il rischio di violenza, compreso l'omicidio?" è stata: "La domanda è di carattere generale".

Sì, ma era rilevante per il caso. Mi sono sentito molto a disagio per il fatto di non aver ottenuto risposte e per il fatto che la commissione si sia trovata in una posizione in cui le è stato chiesto essenzialmente di valutare il suo stesso giudizio precedente. Si tratta di un conflitto di interessi inaccettabile, in quanto poche persone sono disposte ad ammettere i propri errori e ad annullare il proprio giudizio.

Nessuno sa se Bishop avrebbe commesso il suo orrendo crimine se non avesse preso il metilfenidato. Normann mi ha recentemente detto che oggi è completamente normale e che la figlia superstite lo vede (la più giovane è morta; soffriva di una grave malattia).

Non è l'unica volta che ho visto la nostra commissione forense comportarsi in modo inappropriato. Nel 2014, quando abbiamo scritto delle domande alla commissione, sei dei dieci membri erano psichiatri, tra cui Poul Videbech che, come ho spiegato nel capitolo sulla depressione, è imprevedibile, arrogante e incapace di interpretare correttamente gli studi scientifici.

Il verdetto della commissione è scolpito nella pietra, come se fosse l'Oracolo di Delfi; nessun giudice osa metterlo in discussione e non può essere appellato. Questo è molto problematico, considerando che gli psichiatri negano abitualmente i danni più pericolosi degli psicofarmaci, in particolare il suicidio e l'omicidio.

Des Spence, un medico di base di Glasgow, ha spiegato come la psichiatria sia diventata la miniera d'oro di Big Pharma e come sfrutti i bambini con i farmaci per l'ADHD:⁵⁰⁷

Cerca un piccolo gruppo di specialisti in un'istituzione prestigiosa (Harvard). Big Pharma diventa il kingmaker, finanziando la ricerca di questi specialisti. Riporta sottodiagnosi e sottotrattamento, mai il contrario. Controlla tutti i dati e rende breve la durata dello studio. Utilizza i media, diffonde notizie e finanzia i gruppi di sostegno dei pazienti. Paga ai vostri specialisti ingenti parcelle di consulenza. Fa pressione sul governo. Fa sì che questi specialisti forniscano consulenza al governo. Ora la visione del mondo è dominata da un piccolo gruppo di specialisti con interessi consolidati. Usa le sponsorizzazioni delle celebrità per spruzzare la magia del marketing sulle emozioni. Espande il mercato promuovendo questionari online che allentino ulteriormente i criteri diagnostici. Rende legittimo l'illegittimo.

Un piccolo gruppo di Harvard ha ammesso pagamenti personali non dichiarati da parte di aziende farmaceutiche per un totale di 4,2 milioni di dollari. Joseph Biederman e i suoi colleghi di Harvard non hanno dichiarato i loro guadagni ai funzionari dell'università; ognuno di loro ha guadagnato più di un milione di dollari dai produttori di farmaci in soli otto anni. E l'industria farmaceutica ha rappresentato circa il 30% dei 63 milioni di dollari di finanziamento dell'American Psychiatric Association nel 2006.⁵⁰⁸

Per un europeo, 63 milioni di dollari per finanziare un'organizzazione specializzata in un solo anno sono come vivere su un altro pianeta. A cosa servono tutti quei soldi?

Una revisione di 43 studi farmacologici sui bambini conferma la storia di Spence come kingmaker.⁵⁰⁹ Pochissime reazioni ai farmaci sono state definite gravi, anche se molti bambini hanno abbandonato gli studi a causa di gravi reazioni avverse ai farmaci. Inoltre, le reazioni avverse ai farmaci venivano segnalate solo se l'incidenza era superiore al 2% o al 5%. Ho calcolato il grado di consanguineità: 21 lavori (49%) provenivano dalla Harvard Medical School o dal Massachusetts General Hospital di Boston, a soli tre chilometri di distanza dalla scuola, e Biederman era coautore di 13 di essi.

Biederman ricattava le aziende farmaceutiche. Le e-mail interne hanno rivelato che era furioso dopo che Johnson & Johnson aveva respinto la sua richiesta di ricevere una sovvenzione di ricerca di 280.000 dollari.⁵¹⁰ Un portavoce dell'azienda ha dichiarato di non aver mai visto una persona così arrabbiata e la loro attività è diventata inesistente nell'area di controllo di Biederman.

Biederman è stato ampiamente ricompensato per la sua corruzione della scienza. È stato uno dei neuropsichiatri infantili più influenti al mondo, uno dei più citati, è stato inserito nella Hall of Fame del CHADD (Children and Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder), è stato insignito del premio Medaglia d'Oro della Federazione Mondiale dell'ADHD del 2021 per il contributo di tutta la sua vita al campo dell'ADHD⁵¹¹ e ha ricevuto più di 15 milioni di dollari in sovvenzioni dal National Institutes of Health.

Biederman ha svolto un ruolo di primo piano nella distruzione dei bambini. Lui e i suoi collaboratori hanno fatto una diagnosi di disturbo bipolare nel 23% di 128 bambini con ADHD e lo hanno riportato nel documento "*Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity?*"⁵¹² Non c'è nessuna comorbilità trascurata, ma

solo danni trascurati dei farmaci per l'ADHD che hanno portato a una diagnosi errata di disturbo bipolare in circa un quarto dei bambini esaminati. Il bipolarismo nei bambini è aumentato di 35 volte in soli 17 anni negli Stati Uniti,⁵¹³ e ciò è dovuto a criteri diagnostici poco rigorosi e all'aumento dell'uso di farmaci ADHD,⁵¹⁴ e di farmaci per la depressione,⁵¹⁵ che possono causare mania, portando a una diagnosi di disturbo bipolare in un giovane su dieci trattato con un farmaco per la depressione.⁵¹⁶ Il fatto che i medici americani facciano questa diagnosi nei bambini 100 volte più spesso che nel Regno Unito⁵¹⁷ dimostra che si tratta di una diagnosi falsa nella quasi totalità dei casi e che la psichiatria americana è corrotta.

L'invenzione di Biederman del disturbo bipolare giovanile ha fatto sì che un numero enorme di bambini venisse trattato con pillole contro la psicosi. Il disturbo bipolare nei bambini era praticamente sconosciuto prima che Biederman iniziasse a promuovere la diagnosi e i farmaci. Un libro l'ha definita "Scienza pazza" nel suo titolo.⁵¹⁸

Nel 1998 lo psichiatra James Deutsch chiese a Biederman, durante una conferenza, quale fosse la percentuale dei suoi bambini "bipolari" che avevano una storia di traumi. Egli rispose senza esitazione: "Nessuna". Deutsch chiese allora dove avesse trovato tali pazienti. Biederman rispose che i suoi pazienti erano privi di traumi ma con un comportamento "orrendo". Il suo collega più giovane ha detto che meno di tre farmaci contemporaneamente non avrebbero avuto alcun impatto sui loro pazienti. Deutch si rammarica di non aver fatto di più per fermare questa follia.

Questo è il top della professione psichiatrica. Immensamente gratificante per coloro che danneggiano maggiormente i pazienti.

Uno psichiatra britannico mi ha raccontato che un ragazzo di 18 anni ha assunto lisdexamfetamina e guanfacina per 11 anni senza alcuna interruzione. Una volta, in seguito a problemi di approvvigionamento, ha sviluppato una psicosi dopo aver saltato diverse dosi di lisdexamfetamina ed è stato ricoverato in ospedale. Dopo nove mesi era ancora in ospedale, ma ora riceveva anche un neurolettico, un farmaco per la depressione e benzodiazepine. Questo cocktail di farmaci è folle, pericoloso e illogico. I neurolettici diminuiscono la dopamina, mentre la lisdexamfetamina la aumenta. Purtroppo, questa prescrizione di farmaci antagonisti è comune in psichiatria.

Le conclusioni sono chiare: la diagnosi di ADHD è falsa e dovrebbe essere vietata; i farmaci per l'ADHD sono stupefacenti su prescrizione e dovrebbero essere ritirati dal mercato; le persone con sintomi che si qualificano per una diagnosi di ADHD dovrebbero ricevere interventi psicosociali; i fattori scatenanti, come le difficoltà dei genitori o degli insegnanti, dovrebbero essere affrontati; e le strutture sociali che impediscono ai genitori e agli insegnanti di fare meglio e di avere il tempo e la libertà per farlo dovrebbero essere oggetto di attenzione.

È una battaglia in salita perché l'indottrinamento è così efficace. Nel maggio 2024 ho letto sul mio giornale, nella sezione sportiva, che un giocatore di calcio "aveva" l'ADHD e si spiegava che si trattava di un disturbo neuropsichiatrico.⁵¹⁹ Se si cercano i disturbi neurologici su Internet, si trovano malattie spaventose come i tumori al cervello, l'epilessia, la sclerosi multipla e la demenza.

Quindi, lo ripeto, in grassetto: **L'ADHD non è un disturbo neuropsichiatrico.** È solo un nome per alcuni comportamenti. L'invenzione di questa non-cosa è talmente dannosa da risultare inconcepibile.

5 Psicosi

La clorpromazina è stato il primo tranquillante maggiore. Quando apparve nel 1954, fu considerata una lobotomia chimica, poiché produceva molti degli stessi effetti, o una camicia di forza chimica, poiché teneva i pazienti sotto controllo.

Gli psichiatri osservarono che non aveva alcuna proprietà antipsicotica specifica. I pazienti continuavano ad avere deliri e allucinazioni, ma disturbavano meno, il che è stato il motivo principale dell'immediata popolarità delle pillole per la psicosi. Gli effetti predominanti che i pazienti riferiscono quando assumono le pillole sono sedazione, sonnolenza, sensazione di stanchezza, deterioramento cognitivo, appiattimento emotivo o intorpidimento, indifferenza, perdita di motivazione, pensieri rallentati e suicidalità.⁵²⁰ Ciò che rimpiangono di più sono loro stessi.

Sfidando la ragione, nel 1955 il presidente della Società statunitense di psichiatria biologica, Harold Himwich, lanciò l'assurda idea che gli antipsicotici funzionassero come l'insulina per il diabete.⁵²¹

Questi farmaci non funzionano nemmeno per la psicosi, anche se sono chiamati anti-psicotici. I risultati ottenuti negli studi sponsorizzati dall'industria sono molto al di sotto della differenza minimamente rilevante dal punto di vista clinico rispetto al placebo⁵²² anche se è facile che i punteggi di una scala di valutazione migliorino di molto se le persone vengono tranquillizzate ed esprimono meno frequentemente le loro idee anormali.

Circa 20 anni fa è stato condotto uno studio molto prestigioso e influente finanziato dal NIMH, lo studio CATIE.⁵²³ Su PubMed ho trovato 191 documenti al riguardo. Ha randomizzato 1493 "pazienti reali" con schizofrenia a olanzapina, quetiapina, risperidone o ziprasidone, oppure a un farmaco molto vecchio, la perfenazina, commercializzato nel 1957.

L'esito primario era molto ragionevole, il tempo di interruzione per qualsiasi motivo, che riflette sia i benefici che i danni dei farmaci. Dopo 18 mesi, solo il 26% dei pazienti stava ancora assumendo il farmaco, e la perfenazina non era peggiore degli "atipici" e non produceva più danni extrapiramidali delle tanto decantate pillole "moderne" per la psicosi,⁵²⁴ che erano enormemente più costose di un vecchio farmaco fuori brevetto.

Gli autori hanno parlato di livelli comparabili di efficacia dei cinque farmaci, ma avrebbero dovuto parlare di livelli comparabili di *inefficacia*, dato che tutti i farmaci hanno fallito rispetto all'esito primario.

Cochrane protegge la corporazione psichiatrica e l'industria del farmaco

I pazienti possono desiderare di essere sedati quando hanno una psicosi acuta, ma una revisione Cochrane ha dimostrato che questo risultato può essere ottenuto meglio con una benzodiazepina,⁵²⁵ che è ciò che tutti i pazienti hanno voluto quando gliel'ho chiesto durante le mie lezioni. Ma nessuno di loro l'ha ottenuto. I pazienti vengono trattati di routine con neurolettici, anche contro la loro esplicita volontà.

In un'altra revisione Cochrane, *Benzodiazepine for psychosis-induced aggression or agitation (Benzodiazepine per l'aggressività o l'agitazione indotta da psicosi)*,⁵²⁶ gli autori hanno scritto nell'abstract che "rispetto all'aloiperidolo, non è stato osservato alcun effetto delle benzodiazepine per la sedazione entro le 16 ore". Si tratta di una denigrazione altamente fuorviante delle benzodiazepine. Supponendo che l'aloiperidolo funzioni, sembra che anche le benzodiazepine abbiano funzionato. Non si può dire che le benzodiazepine non abbiano

effetto a meno che il termine di paragone non sia stato il placebo, e sappiamo che le benzodiazepine possono calmare le persone.

Ho contattato la Cochrane a questo proposito, ma ci sono voluti quattro anni e molta insistenza da parte mia prima che la Cochrane la cambiasse.⁵²⁷

All'inizio, nel giugno 2018, ho scritto all'autore principale, Hadar Zaman, chiedendogli di correggere l'abstract. Non l'ha fatto, ma ha inoltrato i miei commenti al Gruppo Cochrane Schizofrenia e ha detto che sarebbero tornati con delle indicazioni.

Non l'hanno fatto. Tre mesi dopo, scrissi nuovamente a Zaman, mettendo in copia il Managing Editor del Cochrane Schizophrenia Group, Claire Irving. Dissi che, non avendo ricevuto risposta, avevo inviato la mia critica tramite la funzione Commenti della *Cochrane Library*. Ho anche fatto notare che Zaman avrebbe potuto facilmente apportare le piccole correzioni alla revisione che avevo richiesto, senza prima coinvolgere l'editore.

Ancora una volta, sono stato ignorato. Irving mi rispose che il gruppo avrebbe risposto "non appena possibile", ma tre anni dopo non avevo ancora avuto notizie dal gruppo, anche se la Cochrane è obbligata a pubblicare senza indugio i commenti pertinenti accanto alla revisione.

Ho inviato nuovamente il mio commento al gruppo, ripetendo che mi chiedevo perché gli autori non avessero citato un'analogia revisione Cochrane che dimostrava che la sedazione desiderata si verificava significativamente più spesso con le benzodiazepine che con gli antipsicotici.⁵²⁸

È passato più di un anno e non ho ancora ricevuto notizie dall'editore del gruppo. Ho quindi inviato un reclamo al caporedattore della Cochrane, Karla Soares-Weiser. Mi ha risposto che mi avrebbe fatto sapere quando il mio commento sarebbe stato pubblicato.

Non l'ha fatto. Tre mesi dopo ho controllato la rivista e ho visto che il mio commento era stato pubblicato. Ma non c'era alcuna risposta nella recensione e nulla era stato modificato nell'abstract, gravemente fuorviante. Ho considerato questa una scorrettezza editoriale.

Nel marzo 2023 ho contattato nuovamente Soares-Weiser e a maggio John Hilton, Head of Content Publication and Policies, Cochrane Central Executive, mi ha scritto che la revisione era stata modificata (l'abstract ora diceva che non c'erano differenze tra aloperidolo e benzodiazepine) e che era stata pubblicata una risposta.

L'unica volta che ho sentito il Cochrane Schizophrenia Group è stato quattro anni prima, quando mi hanno risposto che avrebbero risposto "il prima possibile". Ho sperimentato più volte che, in Cochrane, questo può significare molti anni. Anche gli autori non hanno mai risposto, sebbene fosse loro obbligo. Invece, c'è stata una risposta da parte della "base editoriale Cochrane Schizophrenia" all'interno della revisione, che è stata problematica. I redattori hanno ridimensionato il loro errore dicendo che "a volte la frase può essere male interpretata". No, così come è scritta, sarà *sempre* male interpretata.

I redattori non hanno ritenuto rilevante commentare la revisione Cochrane che ha riscontrato una sedazione più rapida con le benzodiazepine rispetto ai neurolettici, sostenendo che la revisione ha valutato solo l'effetto acuto. Si tratta di una semplice assurdità. La revisione che ho criticato riguardava i trattamenti per l'aggressività o l'agitazione indotta da psicosi, che sono condizioni acute.

Il mio commento è ora parte della revisione Cochrane,⁵²⁹ ma, purtroppo, l'abstract di PubMed è ancora quello fuorviante del 2017.

Questa saga esemplifica che i gruppi Cochrane per la salute mentale sono così desiderosi di proteggere le false idee che hanno sui farmaci che sono disposti a sacrificare l'onestà scientifica e i pazienti per proteggere la corporazione psichiatrica. Il logo della Cochrane è

"Trusted evidence". Ho spiegato perché bisogna diffidare delle revisioni Cochrane sugli psicofarmaci.⁵³⁰

I libri di testo di psichiatria sono gravemente disonesti

Bisogna diffidare anche dei libri di testo di psichiatria.⁵³¹ Sono gravemente disonesti e ci dicono, ad esempio, che prima dell'arrivo degli antipsicotici molti pazienti dovevano vivere per il resto della loro vita in istituto; la loro scoperta è stata una rivoluzione; molti pazienti hanno migliorato nettamente la loro qualità di vita consentendo il loro reinserimento nella società; i pazienti che prima erano torturati dalla loro malattia ed erano aggressivi ora possono vivere da soli o in case protette; e il numero di letti ospedalieri è diminuito.

Tutto questo è sbagliato. Non ci sono riferimenti per queste stravaganti affermazioni, ma è stato ampiamente documentato che le pillole non hanno avuto nulla a che fare con lo svuotamento dei manicomi, che è iniziato prima ed è stato guidato da considerazioni economiche.⁵³² I farmaci che non hanno effetti clinicamente rilevanti (vedi pagina 83) non possono produrre risultati così drammatici. Inoltre, uno studio condotto su 127 pazienti affetti da schizofrenia al primo episodio ha rilevato che un numero di pazienti che assumevano clorpromazina 2-3 volte superiore a quello che assumeva il placebo veniva riospedalizzato entro tre anni.⁵³³

Quattro dei cinque libri di testo sostengono che le pillole funzionano anche per i sintomi negativi. Questi includono appiattimento affettivo, povertà di linguaggio, asocialità, mancanza di motivazione, incapacità di svolgere compiti o attività finalistiche e diminuzione della capacità di provare emozioni piacevoli.⁵³⁴ Due libri di testo hanno persino affermato che le pillole contro la psicosi hanno un effetto sui sintomi cognitivi. Queste informazioni sono mendaci. È noto da 70 anni che le pillole *peggiorano* i sintomi negativi e la cognizione.

Bob Whitaker ha descritto l'assurdità di tutto questo.⁵³⁵ Immaginate che all'improvviso compaia un virus che fa dormire le persone 12-14 ore al giorno, le fa muovere lentamente e le fa diventare emotivamente disimpegnate. Alcuni ingrassano di 30 kg, la glicemia e il colesterolo aumentano e alcuni sviluppano il diabete. Le persone infette muoiono molto prima delle altre, alcune si suicidano e i genitori sono presi dal panico al pensiero che anche i loro figli possano contrarre questa terribile malattia. Centinaia di milioni di dollari vengono assegnati agli scienziati per decifrare il funzionamento del virus e si scopre che blocca una moltitudine di recettori nel cervello - dopaminergici, serotoninergici, muscarinici, adrenergici e istaminergici - che portano a una compromissione delle funzioni cerebrali. Gli studi di risonanza magnetica rilevano che il virus riduce la corteccia cerebrale, il che è legato al declino cognitivo. Un pubblico terrorizzato chiede a gran voce una cura.

Questa malattia ha colpito milioni di bambini e adulti. Ma non si tratta di un virus. Quelli descritti da Bob sono gli effetti del neurolettico più venduto di Eli Lilly, l'olanzapina (Zyprexa). Trattandosi di un farmaco, accettiamo questi danni. Gli psicofarmaci sono un tabù.

Gli psichiatri sono molto scarsi nell'individuare i danni gravi dei loro farmaci. Ci sono voluti 20 anni perché la psichiatria riconoscesse la discinesia tardiva (un terribile disturbo del movimento causato da un danno cerebrale, spesso irreversibile ma mascherato dal trattamento in corso) come una malattia iatrogena (causata dai medici),⁵³⁶ anche se è uno dei peggiori danni delle pillole contro la psicosi e colpisce circa il 4-5% dei pazienti all'anno.⁵³⁷ Ciò significa che la maggior parte dei pazienti in trattamento a lungo termine la svilupperà.

Tuttavia, nel 1987, il presidente dell'Associazione Psichiatrica Americana ha dichiarato in uno show di Oprah Winfrey che la discinesia tardiva non è un problema grave o frequente.⁵³⁸

In uno studio, i neurologi hanno trovato 10 pazienti con discinesia tardiva, mentre gli psichiatri ne hanno trovato solo uno, e l'acatisia è stata diagnosticata rispettivamente in 27 e 7 pazienti.⁵³⁹ Esistono video di bambini e adulti affetti da acatisia e discinesia tardiva che mostrano quanto possano essere terribili questi danni cerebrali.⁵⁴⁰

Due libri hanno affermato che i danni irreversibili, come la discinesia tardiva causata dai farmaci di prima generazione, possono essere evitati utilizzando farmaci di seconda generazione,⁵⁴¹ ma questo messaggio di marketing è falso. I nuovi farmaci non sono migliori di quelli vecchi dal punto di vista dell'effetto clinico,⁵⁴² e l'ex direttore del NIMH Thomas Insel ha ammesso che l'idea che si tratti di "farmaci rivoluzionari" è sbagliata.⁵⁴³

I libri di testo consideravano la clozapina (Leponex) il farmaco più efficace per la schizofrenia; alcuni sostenevano che non causasse sintomi extrapiramidali; altri che riducesse la mortalità o i suicidi o entrambi.

Nulla di tutto ciò è corretto.⁵⁴⁴ Le affermazioni di effetti altamente implausibili dovrebbero essere accompagnate da riferimenti, ma non ce ne sono. In uno studio, 4 dei 104 pazienti trattati con clozapina hanno sviluppato discinesia tardiva.⁵⁴⁵ Non è mai stato documentato da ricerche affidabili che qualsiasi pillola contro la psicosi riduca la mortalità, mentre è stato documentato in studi randomizzati che queste pillole aumentano sostanzialmente la mortalità (vedi sotto). Anche la presunta superiorità della clozapina è molto discutibile. Ci sono metanalisi mediocri che lo suggeriscono, mentre una revisione Cochrane di buona qualità non conferma.⁵⁴⁶

Ho consigliato ai pazienti di fare tutto il possibile per evitare di essere trattati con una pillola contro la psicosi e di assicurarsi di poter documentare di aver avvertito il medico, per esempio registrando la conversazione, portando un giornalista all'incontro o richiedendo una nota scritta dal medico subito, non in un secondo momento. Se i medici si trovano nei guai, spesso negano l'accaduto e possono persino cambiare la documentazione.⁵⁴⁷

Nei foglietti illustrativi, l'FDA mette in guardia dall'uso dei farmaci in gravidanza perché i neonati possono sviluppare sintomi extrapiramidali e di astinenza, tra cui agitazione, ipertonia, ipotonia, sonnolenza, tremore, disturbi dell'alimentazione e difficoltà respiratorie, che talvolta richiedono il supporto di un'unità di terapia intensiva e un ricovero prolungato.

Tuttavia, un libro di testo raccomanda di trattare le donne in gravidanza con schizofrenia perché la psicosi non trattata può mettere in pericolo la vita della madre e del bambino,⁵⁴⁸ anche se le pillole *aumentano* questo rischio. Gli autori hanno notato che l'avvertenza della FDA *suggerisce* che i farmaci influenzano il cervello sia del bambino che della madre. Questo è ridicolo. *Sappiamo* da 70 anni che i farmaci ostacolano le normali funzioni cerebrali, ed è per questo che vengono usati, ma secondo i professori danesi di psichiatria è solo una *possibilità* che le pillole per la psicosi possano influenzare il cervello. Quindi, se venite beccati dalla polizia dopo aver bevuto troppo, dite loro che è solo una *possibilità che* l'alcol influenzi il cervello!

Il segreto meglio custodito della psichiatria: i neurolettici sono altamente letali

È difficile scoprire quanti pazienti vengono uccisi dai medici con i neurolettici. Sono stati condotti migliaia di studi, ma quando nel 2019 il mio gruppo di ricerca ha cercato studi controllati con placebo sulle psicosi che includessero solo pazienti che non avevano ricevuto in precedenza un farmaco di questo tipo, abbiamo trovato solo uno studio.⁵⁴⁹ Proveniva

dalla Cina e sembrava essere fraudolento. I dati riportati erano impossibili da ottenere, sembravano essere stati fabbricati. Nel 2020 è apparso un altro studio di questo tipo, che non ha rilevato alcun effetto delle pillole per la psicosi nei pazienti con un primo episodio di psicosi.⁵⁵⁰

Le sperimentazioni sulla schizofrenia sono inutili perché praticamente tutti i pazienti sono già in trattamento prima di essere randomizzati, e quelli che vengono passati al placebo sono esposti agli effetti del "cold turkey", che aumentano la mortalità.⁵⁵¹ Inoltre, circa la metà dei decessi e la metà dei suicidi negli studi sugli psicofarmaci sono stati omessi nei rapporti di sperimentazione pubblicati.⁵⁵²

Mi sono quindi concentrato su pazienti anziani e dementi, presumendo che pochi di loro fossero in trattamento prima di essere randomizzati.

Sono rimasto scioccato. Una metanalisi di studi controllati con placebo in pazienti affetti da demenza ha dimostrato che gli antipsicotici uccidono un paziente ogni 100 trattati per circa dieci settimane.⁵⁵³ L'FDA ha riscontrato un numero doppio di decessi sulla base degli stessi studi, due su 100.⁵⁵⁴ Questi farmaci sono tra i più tossici mai inventati e non dovrebbero essere usati per nessuno.

Gli psichiatri sono pienamente consapevoli che la durata della vita dei pazienti con schizofrenia è di circa 15 anni inferiore a quella delle altre persone, ma non danno la colpa ai loro farmaci o a loro stessi, bensì ai pazienti e alla loro malattia. Molto spesso utilizzano dosi elevate o più neurolettici contemporaneamente, il che è una grave negligenza medica, poiché aumenta il rischio di morte senza aumentare gli effetti benefici specifici sulla psicosi, che non esistono.

Gli studi hanno dimostrato che non esiste una relazione dose-risposta per i neurolettici.⁵⁵⁵ Ma i clinici lo ignorano completamente. Un commento tipico alle conferenze nei reparti psichiatrici è: "Il paziente sta bene dopo due settimane di Zyprexa, quindi ho raddoppiato la dose".

In Danimarca, gli psichiatri hanno fatto riferimento a un rapporto del Consiglio di Sanità da loro stessi redatto, sostenendo che l'uso contemporaneo di più antipsicotici non aumenta il rischio di morte.⁵⁵⁶ Questo non può essere corretto e si è scoperto che il metodo statistico utilizzato nel rapporto è totalmente errato.⁵⁵⁷ Il rapporto ha dimostrato che coloro che hanno assunto quattro antipsicotici hanno avuto una mortalità maggiore rispetto a coloro che hanno assunto meno farmaci.

Il rapporto danese ha anche mostrato che la metà dei pazienti era in trattamento con più di un antipsicotico contemporaneamente, sebbene non vi siano dati scientifici a sostegno di questa scelta e sebbene le linee guida nazionali e internazionali la sconsiglino. Il record di cui ho sentito parlare è stato di sette antipsicotici contemporaneamente.

Anche gli psichiatri danesi hanno pubblicato uno studio che conclude che "il rischio di morte naturale non è aumentato con il numero di agenti antipsicotici usati in concomitanza rispetto alla monoterapia con antipsicotici".⁵⁵⁸ Non è una "morte naturale" essere uccisi da un antipsicotico. E la mortalità raddoppiava quando i pazienti psicotici ricevevano tre o più antipsicotici contemporaneamente invece di uno. Gli autori hanno eliminato questo risultato sgradevole aggiustando per la comedicazione somatica, che è un errore enorme.⁵⁵⁹ Il tasso di mortalità è aumentato in modo vertiginoso quanto più i pazienti ricevevano farmaci per malattie somatiche (27 volte se ne ricevevano almeno 10) e l'uso di farmaci cardiovascolari, ad esempio, è stato rispettivamente del 37% e del 16% tra i deceduti e i sopravvissuti (controlli). L'uso di farmaci per il diabete è stato rispettivamente del 12% e del 6%. Poiché l'aumento delle dosi e l'uso di più antipsicotici aumentano contemporaneamente l'incidenza

di malattie somatiche, è sbagliato aggiustare per l'uso di comedicali somatici, poiché questo fa parte della catena causale dalla psicosi alla morte.

Studi migliori hanno dimostrato che la politerapia con antipsicotici aumenta i decessi, come previsto. Alcuni di questi studi sono stati citati nella sezione "Discussione" dello studio.

Innumerevoli studi sono stati inventati per sostenere la menzogna che le pillole per la psicosi *riducono la* mortalità nei disturbi psicotici, come sostengono due libri di testo,⁵⁶⁰ ma tutti gli studi presentano gravi difetti.⁵⁶¹ Soprattutto, i pazienti messi a confronto - quelli che prendono le pillole e quelli che non le prendono - non sono comparabili. Gli articoli sullo "Stato dell'arte" nelle riviste mediche non sono migliori.⁵⁶²

Una volta Bob mi ha scritto che è necessaria una straordinaria ginnastica mentale da parte degli psichiatri per concludere che questi farmaci, che causano obesità, disfunzione metabolica, diabete, discinesia tardiva, aritmie cardiache letali e così via, proteggono dalla morte.

Quando ho cercato di scoprire perché i giovani con schizofrenia muoiono, mi sono trovato di fronte a un ostacolo, accuratamente custodito dalla corporazione psichiatrica. È uno dei segreti meglio custoditi della psichiatria che molti pazienti vengono uccisi con le pillole per la psicosi. Ho descritto le mie esperienze nel 2017⁵⁶³ ma gli eventi successivi sono stati ancora peggiori.

Nel 2012, Wenche ten Velden Hegelstad e colleghi hanno pubblicato i dati di follow-up a 10 anni di 281 pazienti con un primo episodio di psicosi (lo studio TIPS).⁵⁶⁴ Sebbene l'età media fosse di soli 29 anni, il 12% è morto in meno di 10 anni, ma l'articolo dettagliato degli autori riguardava la guarigione e i punteggi dei sintomi. Non si sono interessati a tutti questi decessi, che sono apparsi in un diagramma di flusso dei pazienti persi al follow-up e non sono stati commentati da nessuna parte.

La maggior parte dei pazienti era ancora in trattamento con le pillole 10 anni dopo l'inizio, il che è spaventoso, perché circa la metà di loro avrebbe sviluppato discinesia tardiva e perché molti, se non tutti, avrebbero sviluppato danni cerebrali permanenti a questo punto.⁵⁶⁵

Ho chiesto alla Hegelstad le cause del decesso e le ho inviato due solleciti. Mi rispose che stavano preparando un manoscritto con le informazioni che avevo chiesto. Ma quando il loro articolo uscì, il numero di decessi era cambiato e le informazioni di cui avevo bisogno non c'erano. Due mesi dopo, Bob Whitaker e io scrivemmo all'editore di *World Psychiatry*, il professor Mario Maj, chiedendo il suo aiuto per ottenere una opinione condivisa del perché così tanti pazienti erano morti così giovani nello studio di Hegelstad, che sarebbe stato "un grande servizio alla psichiatria, ai pazienti e a tutti coloro che sono interessati a questo problema di vitale importanza".

Abbiamo chiesto a Maj di pubblicare la nostra breve lettera di 346 parole e di assicurarsi una risposta da parte dei ricercatori. In particolare, volevamo sapere perché otto pazienti erano morti per malattie fisiche non specificate. Otto giorni dopo, Maj ci rispose: "Sfortunatamente, sebbene si tratti di un articolo interessante, non può competere con successo per uno degli spazi che abbiamo a disposizione nella rivista per le lettere". Sei anni dopo, ricevetti la stessa nota robotica di rifiuto quando inviai a Maj una lettera su un altro argomento.⁵⁶⁶

Quanto siamo stati stupidi a pensare che gli psichiatri tradizionali abbiano interesse ad aiutare i giovani a sopravvivere scoprendo cosa li uccide. Ho fatto appello alla decisione di Maj:

"Le persone con cui ho parlato in diversi paesi di decessi di giovani con schizofrenia - psichiatri, esperti forensi e pazienti - hanno tutti concordato sul fatto che abbiamo disperatamente bisogno del tipo di informazioni che vi abbiamo chiesto di assicurarci di ottenere dalla preziosa coorte di pazienti di cui Melle et al. hanno riferito nella vostra rivista. C'è il sospetto diffuso e ben fondato che il motivo per cui non abbiamo visto un resoconto dettagliato delle cause di morte in coorti come quella dello studio TIPS... è che gli psichiatri danno la priorità alla protezione dei loro interessi di corporazione piuttosto che alla protezione dei pazienti. Rifiutando di pubblicare la nostra lettera e di far uscire i dati che Melle et al. hanno nei loro archivi, lei contribuisce a questo sospetto... Pertanto, la invitiamo a garantire che questi dati escano allo scoperto, a beneficio dei pazienti. Riteniamo che sia suo dovere professionale ed etico - sia come direttore di una rivista che come medico - fare in modo che ciò avvenga. Non si tratta di una questione di spazi disponibili nella rivista per le lettere. È una questione di priorità".

Non abbiamo più avuto notizie di Maj. Mi sono spesso chiesto perché sia inutile fare appello alla bussola morale interna degli psichiatri. Immagino che molti non ne abbiano una e che sia questo il motivo per cui sono diventati psichiatri, dato che in questa specialità non saranno chiamati a risponderne.

Ci sono delle eccezioni. La professoressa di psichiatria Merete Nordentoft è stata disponibile quando le ho chiesto le cause di morte di 33 pazienti dopo 10 anni di follow-up nello studio OPUS su pazienti con un primo episodio di psicosi.⁵⁶⁷ Ho accennato al fatto che i suicidi, gli incidenti e le morti improvvise e inspiegabili potrebbero essere correlate ai farmaci. Nordentoft ha inviato un elenco dei decessi e ha scritto che le morti cardiache non erano presenti nell'elenco, ma che aveva visto nei certificati di morte che alcuni pazienti erano semplicemente morti, uno dei quali mentre era seduto su una sedia.

Ho chiesto alla Hegelstad informazioni sui numeri contrastanti dei decessi e dettagli sulle cause di morte, ma non l'ho più sentita.

Il TIPS è stato sostenuto da sovvenzioni di 15 finanziatori, tra cui il Consiglio Norvegese per la Ricerca, il NIMH e tre aziende farmaceutiche. Ho chiesto informazioni dettagliate sui decessi, sottolineando che i finanziatori hanno l'obbligo etico di garantire che le informazioni di grande importanza per la salute pubblica, raccolte in uno studio finanziato, vengano pubblicate.

Il silenzio è stato scoraggiante. Janssen-Cilag rispose che riteneva i dati pubblicati su *World Psychiatry* pienamente soddisfacenti e che loro e Eli Lilly ci incoraggiavano a contattare gli autori, il che era assurdo, dato che avevo spiegato che gli autori avevano rifiutato di condividere i loro dati. Lundbeck non ha risposto.

Nel dicembre 2017, il Consiglio Norvegese per la Ricerca ha pubblicato una nuova politica che non lasciava dubbi sul fatto che i dati della ricerca dovessero essere resi accessibili ad altri ricercatori, senza ritardi. Ma ci sono voluti cinque mesi dopo che avevo scritto al Consiglio prima di ricevere una lettera da Ingrid Melle, a cui il Consiglio aveva chiesto di rispondermi.

Mi è stato detto che avevo frainteso un dato dell'articolo originale in cui avevo contato 49 morti, ma il dato era seriamente fuorviante. Melle mi ha inviato una tabella che non è stata di aiuto e la sua e-mail ha sollevato nuove domande. Perché 16 giovani (6%) si sono suicidati in soli 10 anni? E perché questa informazione di vitale importanza non è stata esplorata dai ricercatori?

Non possiamo concludere che sia stata la loro schizofrenia a portarli al suicidio. Quello che mancava totalmente nei libri di testo erano i danni psicologici che gli psichiatri infliggono

ai loro pazienti togliendo loro la speranza di tornare in salute, ad esempio dicendo che la loro malattia è genetica, o può essere vista in una scansione cerebrale, o dura tutta la vita, o richiede un trattamento a vita con pillole per la psicosi, tutte cose che erano indicate nei libri di testo.⁵⁶⁸

Comprensibilmente, questo aumenta il rischio di suicidio notevolmente. Uno studio di registro danese su 2.429 suicidi ha mostrato una relazione dose-risposta molto marcata: più stretto è il contatto con il personale psichiatrico, maggiore è il rischio di suicidio.⁵⁶⁹ I pazienti ricoverati in ospedale dovrebbero ovviamente essere a maggior rischio di suicidio perché più malati degli altri (confondimento per indicazione), ma i risultati sono stati robusti e la maggior parte dei potenziali bias ha favorito l'ipotesi nulla di assenza di relazione. Un editoriale di accompagnamento ha osservato che è del tutto plausibile che lo stigma e il trauma inerenti al trattamento psichiatrico - in particolare se involontario - possano causare il suicidio.⁵⁷⁰

Un libro di testo citava 10 fattori di rischio per il suicidio, ma il ricovero in un reparto psichiatrico non era tra questi, anche se sembra essere il rischio più grande di tutti. Non c'è da stupirsi che i pazienti si uccidano quando sono esposti a trattamenti forzati, farmacologici o di altro tipo, ricoveri involontari, umiliazioni, stigmatizzazione e perdita di speranza. Inoltre, quando gli psichiatri tolgono ai pazienti la speranza di vivere un giorno una vita normale, perché costoro dovrebbero preoccuparsi di avere uno stile di vita sano? Se la vita non sarà mai degna di essere vissuta, perché dovrebbero astenersi dal fumare e dal bere?

Nello studio TIPS ci sono stati otto decessi per "cause naturali", ma non è naturale che una persona giovane muoia.

Scrissi nuovamente al Consiglio Norvegese per la Ricerca, sottolineando che Melle mi aveva detto che esistevano informazioni complete sulle cause di morte. Ho chiesto di vederle, in formato anonimo. Ho anche notato che Melle mi aveva chiesto: "Visto che sta scrivendo con la carta intestata del Nordic Cochrane Centre, sono curioso di sapere se la Cochrane ha in programma di fare qualcosa in questo settore?" e ho detto che non capivo la rilevanza di questa domanda. Perché *non* dovrei usare la carta intestata del mio centro?

Non ne ho saputo più nulla. Ma l'inopportuno commento di Melle sulla carta intestata sembra essere stato parte di uno sforzo concertato volto a rimuovermi dal mio incarico di direttore del centro Cochrane.⁵⁷¹

Nella mia lettera ai finanziatori dello studio TIPS, in cui spiegavo che avevo l'obbligo etico di aiutarci a ottenere i dati mancanti, ho sottolineato che "siamo convinti che i pazienti con disturbi psicotici siano d'accordo con noi (sono il protettore della rete Hearing Voices in Danimarca)".

Uno dei finanziatori, lo Stanley Medical Research Institute statunitense, non ha risposto, ma lo psichiatra Edwin Fuller Torrey, direttore associato della ricerca presso l'istituto, si è lamentato di me in due lettere all'amministratore delegato della Cochrane Collaboration, il giornalista Mark Wilson. Torrey è un personaggio maligno. Tra le altre cose, ha scritto:

"La credibilità della Cochrane Collaboration si basa sul presupposto dell'obiettività... Tale obiettività sembra essere molto in dubbio per il dottor Peter C. Gøtzsche, che si identifica come direttore del Nordic Cochrane Center e come protettore dell'Hearing Voices Network in Danimarca. Questa organizzazione promuove la convinzione che le allucinazioni uditive siano solo un'estremità di uno spettro comportamentale normale, mettendo così in dubbio l'effettiva esistenza della schizofrenia come malattia, e che le voci udite siano causate da un trauma infantile, per il quale non esistono prove concrete. Data questa evidente mancanza

di obiettività, personalmente non riterrei credibile nessuna pubblicazione Cochrane sulle malattie mentali".

Torrey ha anche scritto che l'Hearing Voices Network incoraggia le persone affette da schizofrenia a smettere di prendere i farmaci e che "è molto difficile immaginare come qualcuno con queste opinioni possa essere obiettivo riguardo a uno studio Cochrane sugli antipsicotici, mettendo così a repentaglio la vostra credibilità, che è la vostra risorsa più importante".

Si tratta di una cosa bizzarra e di pura malvagità. Come può la mia obiettività essere "molto in dubbio" quando mi limito a informarmi sulle morti e sulle loro cause? Inoltre, contrariamente alle affermazioni di Torrey, esistono prove concrete che la psicosi è legata ai traumi infantili, con una chiara relazione dose-risposta.⁵⁷²

Torrey ha anche tratto la conclusione, logicamente falsa, che siccome io sono il protettore dell'Hearing Voices Network, nessuna pubblicazione Cochrane sulla malattia mentale è credibile.

Il Network mi ha inviato un'e-mail che ho inoltrato alla leadership della Cochrane quando ho suggerito come avrebbero dovuto rispondere a Torrey. Il Network si è detto onorato che io fossi il loro protettore e che i commenti di Torrey a Wilson rasentavano il ridicolo quando tentava di screditare l'intera Collaborazione Cochrane. Volevano che Torrey smettesse di usare la Rete come piattaforma per insultare un rispettato professore e la Cochrane Collaboration e gli suggerivano di scusarsi per le sue osservazioni irrispettose sugli ascoltatori.

Le mie critiche al crimine organizzato dell'industria farmaceutica, alle sperimentazioni sui farmaci psichiatrici e all'uso eccessivo di questi ultimi non sono mai piaciute a Wilson, che ha trasformato un movimento di base idealista in un'azienda incentrata sul marchio e sulle vendite, e ha iniziato subito a fare il prepotente con me dopo essere stato assunto. In questa occasione, invece di respingere il reclamo di Torrey, mi scrisse che avevo violato la Cochrane Spokesperson Policy (*Politica del Portavoce*) utilizzando la carta intestata del mio centro e il mio titolo e che questo avrebbe ragionevolmente indotto qualsiasi lettore a pensare che la richiesta provenisse dal Nordic Cochrane Centre e che le opinioni espresse fossero quelle del centro.

Wilson ha voluto scusarsi con Torrey per "qualsiasi confusione al riguardo". È interessante che un bullo voglia scusarsi con l'altro bullo quando la persona tra i due non ha fatto nulla di male.

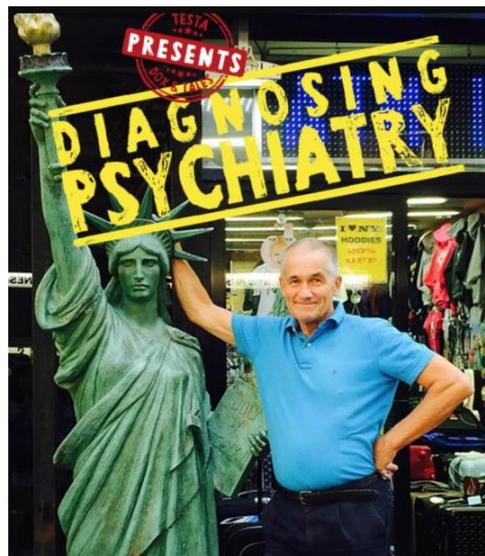
L'organizzazione era ridicola. L'avvocato di Cochrane non ha ritenuto che io avessi violato la Politica del Portavoce,⁵⁷³ ma queste inezie non hanno importanza per i prepotenti. Wilson ha inventato un falso problema. Era chiaro che la richiesta proveniva dal centro e che io, in quanto direttore, ero autorizzato a parlare a nome del mio centro. Le mie opinioni erano condivise anche dal mio staff. Inoltre, la mia lettera non era un annuncio pubblico, ma una lettera a un finanziatore. Nessuno poteva essere "confuso".

L'avvocato statunitense Ryan Horath ha descritto la farsa in questo modo:⁵⁷⁴ "I leader della Cochrane sono diventati ossessionati dal fatto che Gøtzsche abbia usato la carta intestata della Nordic Cochrane per inviare questa richiesta. E un gran numero di persone sembra essere d'accordo con l'ossessione del consiglio... GESÙ CRISTO, COSA C'È DI SBAGLIATO IN VOI? Un ricercatore fa domande sulla soppressione di informazioni riguardanti bambini morti in uno studio clinico e tutti si preoccupano della carta intestata? ... Ancora peggio, è chiaro che l'indignazione per l'uso della carta intestata della Cochrane è finta, poiché si trattava di una lettera privata. Fuller Torrey era forse confuso sul fatto che la lettera

rappresentasse le opinioni di Cochrane? A quanto pare no... Invece, Torrey ha sostenuto che Gøtzsche non era "obiettivo" e che questo danneggiava la reputazione della Cochrane - una cosa completamente diversa... Quindi, l'uso di questa denuncia da parte della leadership della Cochrane è stato fuorviante. La denuncia riguarda una cosa, e loro l'hanno usata come prova di un'altra (falsa accusa). È così che operano i tribunali farsao".

Diagnosticare la psichiatria

La regista danese Anahi Testa Pedersen ha realizzato nel 2017 un film, *Diagnosing Psychiatry*, su ciò che voglio realizzare.⁵⁷⁵



Ho suggerito questo titolo perché il film mostra che la psichiatria è come una malattia che può infettare le persone sane, cosa che è successa anche ad Anahi. Anahi ha ricevuto la diagnosi di schizofrenia nel 2009, quando era molto angosciata per un divorzio difficile. Nel film lei scherza sulla diagnosi ed è evidente che non avrebbe mai dovuto avere una diagnosi psichiatrica o essere trattata con farmaci.

Tuttavia, all'ospedale Bispebjerg le hanno somministrato quetiapina (Seroquel), una pillola contro la psicosi, ed escitalopram (Lexapro), una pillola contro la depressione. Anahi rimase profondamente scioccata nell'apprendere che, sebbene si fosse rivolta volontariamente al reparto psichiatrico, le porte erano chiuse a chiave.

Quando ha discusso la diagnosi alla dimissione, le è stato detto: "Qui la diagnosi la facciamo noi!".⁵⁷⁶ I farmaci l'hanno drogata e resa indifferente, e lei li ha sospesi.

Un altro shock arrivò otto anni dopo, quando ricevette una lettera dalla Psichiatria della Regione della Capitale. Volevano esaminare sua figlia ritenendo che i disturbi psichiatrici siano ereditari. Anahi si è comprensibilmente arrabbiata. La lettera stigmatizzava sia lei che la figlia, che funzionava bene, era felice, sana e aveva molti amici. La convocazione è arrivata senza che le venisse chiesto quale fosse il suo percorso dopo la dimissione, né la situazione e il benessere della figlia.

Anahi ha telefonato a uno psichiatra del reparto in cui era ricoverata, ma anche se il suo medico di famiglia le aveva assicurato che stava bene e dubitava della correttezza della diagnosi, quando ha chiesto un riesame le è stato detto: "Il sistema non lo prevede!".

Le è stata inflitta una condanna a vita, per giunta sbagliata. Questo non sarebbe successo se fosse stata condannata ingiustamente per un crimine, ma in psichiatria questo è perfettamente "normale".

Dopo molti anni di tentativi, è stata finalmente de-diagnosticata, nel 2024, poiché le nuove linee guida diagnostiche (ICD-11) lo consentono.

Non avevo idea di cosa fosse il mostro di Anahi, così ho cercato su Internet e ho trovato un test per il disturbo schizotipico di personalità. Il test era farraginoso e, come ho spiegato,⁵⁷⁷ molti, forse la maggior parte, degli psichiatri sarebbero risultati positivi! Inoltre, il test può portare a prove circolari. Persone sane potrebbero risultare positive quando sono state trattate in modo disumano dagli psichiatri, compreso il trattamento forzato con pillole per la psicosi.

Questa diagnosi e la maggior parte delle altre diagnosi psichiatriche dovrebbero essere eliminate. Dovremmo concentrarci sui problemi dei pazienti e non su un sistema diagnostico che è arbitrario, inaffidabile e non scientifico.⁵⁷⁸

Gli interventi psicosociali sono molto meglio dei farmaci

Ironia della sorte, i pazienti affetti da psicosi migliorano molto se non vengono trattati con i cosiddetti antipsicotici.⁵⁷⁹ Lo psichiatra Loren Mosher non era contrario all'uso dei farmaci, ma aprì una casa Soteria di 12 stanze nel 1971, perché voleva trattare le persone psicotiche acute in modo umanistico, con empatia e attenzione. Non c'erano serrature alle porte e i pazienti venivano trattati con rispetto. Il suo staff non era composto da professionisti della salute mentale, ma da persone dotate di abilità sociali ed empatia, che ascoltavano le storie dei pazienti, che spesso rivelavano traumi e abusi ed estremi fallimenti sociali.⁵⁸⁰

Mosher ha aperto la strada all'approccio del Dialogo Aperto in Lapponia. Un confronto con Stoccolma mostra la differenza tra un approccio empatico e l'imposizione immediata di farmaci ai pazienti con un primo episodio di psicosi.⁵⁸¹ I pazienti erano molto simili, ma a Stoccolma il 93% è stato trattato con psicofarmaci, contro il 33% della Lapponia, e cinque anni dopo l'uso continuativo era del 75% contro il 17%. Dopo cinque anni, il 62% contro il 19% dei pazienti era in congedo per invalidità o malattia, e anche l'utilizzo dei letti d'ospedale era molto più elevato a Stoccolma, in media 110 contro 31 giorni. Non si trattava di uno studio randomizzato, ma i risultati sono così sorprendenti che sarebbe irresponsabile ignorarli, e molti altri studi sostengono un approccio non farmacologico alla psicosi acuta.⁵⁸²

I buoni risultati ottenuti da Mosher, anch'essi in uno studio randomizzato, erano molto minacciosi per gli altri psichiatri.⁵⁸³ I suoi pazienti avevano meno ricadute e funzionavano meglio nella società, in termini di mantenimento di un lavoro e di frequenza scolastica, rispetto a quelli che assumevano farmaci. Era inoltre offensivo per gli altri psichiatri suggerire che la gente comune potesse aiutare i pazzi più degli psichiatri con i loro farmaci.

Mosher era il capo del Centro per gli Studi sulla Schizofrenia del NIMH, quindi non era ovvio come poterlo fermare. Il comitato del progetto clinico del NIMH sollevò dubbi sul rigore della sua ricerca e ridusse i finanziamenti a tal punto che fu il bacio della morte. Mosher cercò di ottenere un finanziamento da un'altra divisione del NIMH e il comitato di revisione fu molto entusiasta. Tuttavia, il comitato per i progetti clinici ha stroncato il suo progetto con osservazioni sprezzanti sui "gravi difetti" ipotizzati nello studio e ha affermato che ulteriori finanziamenti sarebbero arrivati solo se Mosher si fosse dimesso, in modo che il comitato potesse ridisegnare il progetto con un altro ricercatore.

Questa è una delle manovre più brutte che abbia mai visto usare contro un ricercatore molto rispettato che era un tesoro per i pazienti. In seguito, Mosher fu cacciato dal NIMH e disse amaramente: "Per avere risultati così buoni, allora non dovevo essere uno scienziato onesto". Altri, in America, che mettevano in dubbio i meriti delle pillole contro la psicosi, impararono presto che questo non avrebbe fatto progredire la loro carriera, e il NIMH non assegnò più fondi a questi progetti eretici.⁵⁸⁴

La negazione organizzata è schiacciante, ed è ancora tra noi. Nel 2016, Jan Ivar Røssberg, professore e responsabile dell'insegnamento di psichiatria all'Università di Oslo, ha affermato in un giornale che il trattamento senza farmaci della psicosi non ha alcun supporto scientifico.⁵⁸⁵ Nel 2017, lui e i suoi colleghi hanno affermato nel *Norwegian Medical Journal* che i neurolettici funzionano per la maggior parte delle persone, riducono la mortalità e aumentano la capacità funzionale e la qualità della vita. Ho insinuato in entrambi i media che Røssberg ha mentito senza dirlo direttamente.⁵⁸⁶ Nella sua risposta, Røssberg ha affermato che ho continuato la mia crociata antipsichiatrica.⁵⁸⁷

Il presidente dell'Associazione Psichiatrica Norvegese, Ulrik Fredrik Malt, ha affermato in un giornale che le mie dichiarazioni secondo cui gli antipsicotici uccidono molti pazienti e impediscono loro di tornare a una vita normale sono false.⁵⁸⁸ Egli ha affermato che i farmaci possono aiutare alcuni a tornare a una vita relativamente normale.

Tuttavia, sotto il titolo "*I professori diffondono paura, mezze verità e bugie*", un'organizzazione di pazienti mi ha sostenuto e ha criticato Røssberg e Malt per il loro scarso rispetto per gli utenti.⁵⁸⁹ Hanno osservato che è una menzogna che la maggior parte dei pazienti assuma gli antipsicotici volontariamente, perché molti sono stati minacciati che in caso contrario sarebbe stata applicata la forza.

Una revisione sistematica ha dimostrato che la terapia cognitivo-comportamentale per la schizofrenia migliora i risultati clinici senza costi aggiuntivi, e la modellizzazione economica ha suggerito che potrebbe addirittura comportare un risparmio economico grazie alla riduzione dei ricoveri ospedalieri.⁵⁹⁰

Gli psichiatri tendono a ignorare queste informazioni, ma di recente hanno scoperto che se parlano di più con i loro pazienti, c'è meno bisogno di trattamenti forzati. Merete Nordentoft ha raccontato questa esperienza in un dibattito televisivo con me. Mi sono chiesto perché gli psichiatri dovessero scoprirlo. Non avrebbero dovuto saperlo da sempre?

Fortunatamente, nei libri di testo sono state riportate molte osservazioni sugli effetti positivi del coinvolgimento delle famiglie, del trattamento proattivo, del trattamento assertivo di comunità sui termini del paziente, dei team multidisciplinari, della terapia cognitivo-comportamentale e del training neurocognitivo.⁵⁹¹ Lo studio OPUS in Danimarca e lo studio AESOP in Inghilterra hanno dimostrato che oltre la metà dei pazienti non presentava più sintomi psicotici dopo 10 anni, e gli studi hanno evidenziato una riduzione delle riammissioni, un minor numero di giorni di ospedale, un dimezzamento del rischio di ricaduta e un effetto sui sintomi psicotici, sull'abuso di droghe e persino sui sintomi negativi.

Un libro ha rilevato che l'inserimento lavorativo assistito aumentava di tre volte la probabilità che i pazienti trovassero un lavoro, facendo riferimento a una revisione Cochrane.⁵⁹² La revisione ha rilevato che le prove erano di qualità molto bassa, soprattutto perché nessuno dei 14 studi era in cieco. È spiacevole che i ricercatori Cochrane e seguano pedissequamente l'approccio del "libro di cucina" Cochrane e sminuiscano i risultati degli interventi psicosociali perché non possono essere in cieco, essendo così chiaramente superiori ai farmaci. Inoltre, gli effetti oggettivi dell'intervento familiare, della psicoeduca-

zione e della mindfulness in termini di occupazione e di ricoveri ospedalieri,⁵⁹³ non possono essere spiegati dal bias causato dalla mancanza di cecità.⁵⁹⁴

Un altro problema con la cucina Cochrane è che le revisioni Cochrane sono troppo prolisse. Una revisione sul processo decisionale condiviso comprendeva solo due studi, ma gli autori hanno scritto 45 pagine su di essi, pur non potendo concludere nulla.⁵⁹⁵

Non è necessario studiare il processo decisionale condiviso negli studi randomizzati. È un imperativo etico rispettare i pazienti e coinvolgerli nelle nostre decisioni. Questo principio non può essere sospeso perché i pazienti sono psicotici, secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che è stata ratificata da quasi tutti i Paesi tranne gli Stati Uniti.⁵⁹⁶

Litio e antiepilettici

La psichiatria ospedaliera di una delle regioni danesi riporta sulla sua homepage che "I farmaci per il disturbo bipolare - stabilizzatori dell'umore - possono prevenire e curare la depressione, la mania e le condizioni miste nella maggior parte delle persone".⁵⁹⁷ Questo è falso. Gli psicofarmaci hanno effetti sintomatici. Non possono prevenire o curare nulla.

Il litio è un metallo altamente tossico utilizzato per la psicosi bipolare. Seda le persone e le rende inattive, ma gli psichiatri lodano molto il farmaco, dicendo che funziona e previene il suicidio.

Uno psichiatra svedese in formazione, Joakim Börjesson, è stato con me per tre mesi nel 2017 per fare ricerche su questo tema. Joakim è molto più brillante della media degli psichiatri e ha preso in considerazione l'idea di lasciare la psichiatria dopo essersi reso conto, leggendo i libri di Bob Whitaker e miei, di essere stato completamente ingannato durante i suoi studi di medicina. Gli era stato detto che gli psicofarmaci erano specificamente mirati ad agire sull'origine biologica di un disturbo, cosa che ha trovato così affascinante da decidere di diventare psichiatra.

Abbiamo escluso gli studi con il "cold turkey" (*sospensione improvvisa, o "tacchino freddo"*) e ci sono rimasti solo quattro studi. Ci sono stati tre suicidi con il placebo e nessuno con il litio, e nove decessi contro due, ma poiché la metà di tutti i decessi manca negli studi sui farmaci psichiatrici, non abbiamo tratto conclusioni definitive.⁵⁹⁸ Non sappiamo se il litio sia d'aiuto perché gli studi avevano esiti molto soggettivi e difficilmente potevano essere in cieco a causa dei marcati effetti avversi del litio. Non è un farmaco che consiglieri a nessuno.

In linea di massima, le informazioni sul litio nei libri di testo non erano corrette. Un libro, curato da Poul Videbech, affermava che il litio ha un effetto profilattico nei disturbi schizo-affettivi e può smorzare l'aggressività,⁵⁹⁹ senza alcun riferimento. Tuttavia, una revisione sistematica del 2015 di 22 studi sul litio per la schizofrenia non ha trovato prove affidabili che il litio funzioni.⁶⁰⁰ Ho aggiornato la ricerca nell'aprile 2022 cercando *litio schizo** nel campo del titolo su PubMed e non ho trovato altri studi.

Un libro sostiene che il litio previene il comportamento suicidario nei bambini,⁶⁰¹ ma non ci sono prove che ciò sia corretto. Tre libri sostengono che il litio sia neuroprotettivo, e due di essi affermano che il farmaco previene la demenza, senza alcuna documentazione a sostegno di questa ingenua pretesa.

Gli antiepilettici vengono utilizzati anche per la psicosi bipolare e per molte altre cose. Gli psichiatri lo giustificano chiamandoli "stabilizzatori dell'umore", ma non hanno mai definito

cosa significhi. Il loro effetto principale è quello di sopprimere la reattività emotiva intorpidendo e sedando le persone, oppure stimolandole, e raddoppiano il rischio di suicidio.⁶⁰²

Come è possibile che farmaci con tali effetti siano stati descritti con il termine positivo di "stabilizzatore dell'umore"? Non stabilizzano nulla. Distruggono le persone, ad esempio un paziente su 14 che assume gabapentin (Neurontin) sviluppa atassia (si veda il foglietto illustrativo), ovvero una mancanza di coordinazione volontaria dei movimenti muscolari. Inoltre, gli studi clinici sono caratterizzati da frodi massicce.⁶⁰³ Mi è capitato spesso di incontrare pazienti che assumevano lamotrigina. Per questo farmaco sono stati pubblicati solo due studi positivi, mentre sette grandi studi negativi non lo sono stati.⁶⁰⁴ Ma la FDA ha considerato gli altri come studi falliti e ha approvato il farmaco fallito.

Un altro farmaco comunemente usato è il pregabalin, che ha il seducente nome commerciale di Lyrica. Non c'è nulla di lirico nel diventare sedati o euforici e raddoppiare il rischio di suicidio.

Il libro di testo curato da Videbech sostiene che alcuni antiepilettici possono essere utilizzati per la profilassi del bipolarismo.⁶⁰⁵ Non c'erano riferimenti, ma le revisioni sistematiche non forniscono supporto a questa affermazione. Due libri sostengono che gli elettroshock sono efficaci nel 60-80% dei pazienti, affermazioni prive di significato, poiché non esiste un gruppo di controllo.

Non consiglierai questi farmaci ai pazienti psichiatrici.

6 Demenza

Cominciamo con un po' di buon senso. Quanto è probabile che un farmaco rallenti i processi degenerativi del cervello? Molto vicino allo zero. Quanto è probabile che le sperimentazioni sui farmaci siano falsate? Circa il 100%. Quanto è probabile allora che gli effetti banali misurati su una scala di valutazione in studi farmacologici non effettivamente in cieco siano reali e importanti? Circa zero.

In una riunione presso il mio ospedale, un farmacologo clinico ha riconosciuto che l'effetto del farmaco è così piccolo da essere irrilevante. Tuttavia, ha detto che i farmaci possono essere provati comunque perché alcuni pazienti rispondono meglio di altri. Con questa argomentazione, potremmo usare tutto ciò che non funziona, anche l'omeopatia. Gli ho parlato un po' della variabilità statistica. Se la sperimentazione viene ripetuta sugli stessi pazienti, altri pazienti sembreranno falsamente rispondere.

Immaginate che la vostra vecchia auto abbia dei problemi e che il vostro meccanico vi dica che la sua soluzione non funziona, ma che spera che possa funzionare per la vostra auto. Perché è così difficile per i medici rendersi conto che non vorrebbero mai che il loro meccanico copiasse il modo in cui usano i farmaci.

I medici ignorano o non sanno che la loro esperienza clinica è fortemente fuorviante. Iniziano a somministrare ai pazienti farmaci inefficaci e vedono come va. Al contrario delle auto, molti pazienti migliorano con il tempo e quindi traggono la falsa conclusione che il farmaco ha funzionato.

Le autorità farmaceutiche sono altrettanto irragionevoli. Numerosi foglietti illustrativi raccomandano di provare un farmaco e vedere come va.

E i libri di testo? Ahimè, sono tutti altamente fuorvianti.⁶⁰⁶ *Tutte* le affermazioni sugli effetti positivi dei farmaci erano sbagliate e non c'era un solo riferimento a studi controllati con placebo o a metanalisi. I libri parlano di effetti miracolosi: gli inibitori dell'acetilcolinesterasi possono migliorare le funzioni cognitive, l'apatia, le allucinazioni, i deliri e altri sintomi neuropsichici e psicologici; possono inibire la progressione della malattia per mesi o alcuni anni; possono ridurre il declino a livello funzionale e del comportamento; e possono portare a una ripresa delle attività precedenti.

Nel 2022, alcuni giornalisti hanno scritto su un giornale che i farmaci "possono rallentare lo sviluppo della demenza fino a qualche anno in molte persone". Mi è stato permesso di ribattere.⁶⁰⁷ È evidente che i professionisti che hanno intervistato li hanno ingannati.

Una revisione Cochrane del 2006 su donepezil galantamina e rivastigmina non ha prestato attenzione al problema del bias e ha concluso che gli inibitori della colinesterasi sono efficaci.⁶⁰⁸ Tuttavia, il miglioramento della funzione cognitiva è stato di 2,7 punti, nella fascia media di una scala di 70 punti, e inferiore ai 4 punti che la FDA considera il cambiamento minimamente rilevante dal punto di vista clinico.⁶⁰⁹ L'autore ha scritto che "il donepezil sembra non avere effetti collaterali gravi o comuni", il che è così clamorosamente falso che Pfizer difficilmente avrebbe osato affermarlo nella pubblicità del farmaco.

I danni sono sia comuni che gravi, come ha dimostrato la stessa autrice, visto che il 29% dei pazienti ha abbandonato il farmaco, rispetto al 18% del placebo. I danni più comuni elencati nel foglietto illustrativo sono nausea, diarrea, insonnia, vomito, crampi muscolari, affaticamento e anoressia,⁶¹⁰ non proprio quello che vorremmo per una persona anziana che potrebbe già avere alcuni di questi problemi.

L'elenco dei danni frequenti è molto lungo. L'ipotensione e la sincope si verificano in oltre l'1% e quando gli anziani cadono e si rompono l'anca, circa il 20% muore entro un

anno. Uno studio canadese ha dimostrato che le persone che assumevano farmaci per la demenza hanno quasi raddoppiato il rischio di ricovero in ospedale, si sono rotte l'anca e hanno avuto più spesso l'impianto di pacemaker.⁶¹¹ Incredibilmente, più della metà dei pazienti ricoverati in ospedale con un battito cardiaco troppo lento sono stati trattati con lo stesso tipo di farmaco dopo la dimissione. Un'altra prova che i medici non sono in grado di gestire gli psicofarmaci in modo sicuro.

Uno studio del 2014 su 5.406 residenti in case di cura negli Stati Uniti con demenza avanzata ha rilevato che un terzo ha ricevuto inibitori della colinesterasi e un quarto memantina, un altro farmaco per la demenza.⁶¹²

Non sono stati riscontrati benefici per la società,⁶¹³ il che è interessante visto che spesso si sente parlare del peso economico della demenza e di quanto sia importante intervenire con i farmaci, soprattutto da parte dei politici quando si avvicinano le elezioni politiche.

Uno studio a lungo termine su 565 pazienti con malattia di Alzheimer che ha confrontato il donepezil con il placebo non ha riscontrato effetti significativi e gli autori hanno concluso che il farmaco non è economicamente vantaggioso, con benefici inferiori a soglie mínimamente rilevanti.⁶¹⁴

A differenza degli altri studi, questo studio è stato finanziato con fondi pubblici. È stato escluso dalla revisione Cochrane con la scusa che i due gruppi di dosi non sono stati riportati separatamente e che "il disegno complesso e l'alto numero di abbandoni hanno reso difficile l'analisi e l'interpretazione". Trattandosi di uno studio a lungo termine, ci si aspettava un alto tasso di abbandono. I risultati dopo tre anni erano simili tra farmaco e placebo per quanto riguarda l'istituzionalizzazione, la progressione della disabilità e i sintomi comportamentali e psicologici.

Sono pochissimi gli studi in psichiatria che durano anni, ma sono proprio quelli di cui abbiamo bisogno invece delle migliaia di studi a breve termine piuttosto inutili che abbiamo.

Sei anni dopo la pubblicazione dello studio, gli spot televisivi di Pfizer per l'Aricept lasciano intendere che il funzionamento cognitivo e quotidiano dei pazienti, l'attenzione, la concentrazione, l'orientamento, la comunicazione, l'interazione sociale e l'impegno saranno riportati alla normalità; "Non aspettate, parlate con il vostro medico dell'Aricept".⁶¹⁵ Io direi: "Non aspettate, parlate con il vostro avvocato di Pfizer". La FDA ha detto all'azienda che, con le sue enormi bugie, aveva infranto la legge.

Non dovrete parlarne con il vostro medico perché, come hanno mostrato chiaramente i libri di testo, è molto probabile che il vostro medico vi inganni e vi danneggi.

Con la revisione Cochrane del 2006 sono stati pubblicati tre commenti critici, tra cui il mio. Purtroppo, contrariamente alla buona pratica scientifica, non sono datati. L'autrice si è scusata per un errore, che ha detto sarebbe stato corretto nella versione successiva, e mi ha risposto che un altro errore era stato "anch'esso corretto". Non è stato corretto. Nel 2015, mi è stato detto che "Un aggiornamento della recensione... è in preparazione". La recensione non è stata aggiornata. Si è posata come pietra tombale sulla Cochrane, un tempo magnifica organizzazione, oggi in caduta libera.⁶¹⁶

Anche altre revisioni Cochrane sui farmaci per la demenza non sono incoraggianti, ad esempio quella sulla demenza vascolare ha concluso che il donepezil e la galantamina hanno un piccolo effetto sulla cognizione che è improbabile sia clinicamente importante.⁶¹⁷

Le persone dementi sono spesso trattate con pillole contro la psicosi, non perché siano utili ma perché rendono i pazienti meno disturbanti. Tuttavia, due medici che lavorano con questi pazienti hanno affermato in un libro di testo che i neurolettici hanno un effetto documentato nella demenza. Questo dimostra ancora una volta un problema generale: i

medici si lasciano trasportare dalla loro "esperienza clinica". Un capitolo sulla psicofarmacologia dello stesso libro sconsigliava i neurolettici a causa della mancanza di prove di un effetto sulla demenza, della maggiore sensibilità ai danni e dell'aumento del rischio di ictus.

Poiché non è possibile che i farmaci contro la psicosi funzionino per la demenza, ho cercato studi che affermassero questo, ma non ne ho trovati. Ho trovato uno studio sull'olanzapina,⁶¹⁸ ma si trattava di calmare i pazienti Alzheimer disturbati con un tranquillante maggiore. I pazienti diventavano sonnolenti e sviluppavano disturbi dell'andatura.

È inutile cercare farmaci che funzionino per la demenza. È il contrario. Probabilmente tutti gli psicofarmaci possono causare danni al cervello, e un segno distintivo di ciò è il deterioramento delle funzioni cognitive.⁶¹⁹ Il Framingham Heart Study ha rilevato che l'uso di pillole per la depressione aumenta il rischio di sviluppare demenza di circa il 50%, mentre⁶²⁰ le benzodiazepine sembrano raddoppiare il rischio di demenza.⁶²¹

Dovremmo evitare di drogare le persone dementi e prenderci invece cura di loro. Una revisione sistematica degli studi condotti su persone dementi agitate ha mostrato grandi effetti dell'assistenza, ad esempio l'addestramento alle abilità comunicative, le attività, la musica, il tatto, il massaggio e il parlare con le persone.⁶²²

Forse abbiamo troppi medici nel mondo occidentale. Non ho conosciuto un solo geriatra che non usi i farmaci per la demenza. La prescrizione di farmaci conferisce ai medici prestigio, autorità e significato e, una volta iniziata, dà loro qualcosa di cui parlare con i pazienti o i loro parenti. Come i bambini, i medici non riescono a tenere le dita lontane dai giocattoli pericolosi, ed è per questo che dovremmo togliere dal mercato tutti gli psicofarmaci inefficaci e pericolosi.

I cosiddetti articoli sullo "Stato dell'arte" nelle riviste mediche sono - nonostante il nome pomposo - alcuni degli articoli più fuorvianti che abbiamo, e la demenza non fa eccezione. In un articolo di questo tipo, Peter Høgh, di un Centro Regionale di Conoscenza sulla Demenza, ha scritto che è stato dimostrato in diverse revisioni Cochrane che gli inibitori dell'acetilcolinesterasi sono efficaci nell'Alzheimer. Ha anche affermato che i farmaci hanno un effetto sulla cognitivtà, sulle attività della vita quotidiana e sui sintomi neuropsichiatrici, e che la perdita di funzionalità viene ritardata per un minimo di 6-12 mesi. Ho spiegato nella nostra rivista medica che nulla di tutto ciò è corretto.⁶²³

Non esiste una buona ragione per usare i farmaci contro la demenza, ma molte buone ragioni per non usarli.⁶²⁴

7 Elettroshock

L'elettroshock, chiamato anche terapia elettroconvulsivante (TEC), "funziona" danneggiando il cervello.⁶²⁵ Gli psichiatri hanno osservato fin dall'inizio che i pazienti perdevano i loro ricordi, che sono ciò che ci definisce come esseri umani, e rendevano le persone confuse. Ci volevano settimane prima che si riprendessero, e spesso rimanevano affaticati, intellettualmente compromessi e disorientati, e agivano in modo sottomesso e indifeso.

L'"effetto" si è dissipato piuttosto rapidamente e la malattia è tornata. Le scosse avrebbero quindi dovuto essere abbandonate, ma invece fu inventata un'idea perversa: ripetere le scosse più volte.

L'abilità degli psichiatri nel capovolgere i fatti per sostenere le loro pratiche dannose non è seconda a nessuno. Essi descrivono questi effetti come positivi. Vale la pena ricordare che hanno descritto in termini positivi anche la lobotomia e i molti altri trattamenti barbari che hanno usato in passato.

Alcuni psichiatri non si sono fatti illusioni. Riferirono che l'elettroshock produceva nel cervello cambiamenti simili a quelli di un trauma fisico, con emorragie, sia negli animali che nelle persone, in particolare nella corteccia, che in alcuni casi portavano a una compromissione permanente della capacità di apprendimento, della percezione della realtà, dell'inventiva, dell'intuizione e dell'immaginazione.⁶²⁶

Le descrizioni della TEC nei libri di testo che ho letto erano seriamente disoneste. In tre libri si afferma che la TEC stimola la formazione di nuovi neuroni nel cervello e lo si presenta come un fatto positivo. Dimenticano di dire che il cervello reagisce al danno cerebrale producendo nuovi neuroni, anche se già negli anni '40 era stato dimostrato che la TEC provoca danni cerebrali con necrosi nel cervello in studi autoptici.⁶²⁷

Purtroppo, è comune in psichiatria lodare un effetto dannoso come se fosse benefico. Non c'erano riferimenti nei libri di testo e due di essi erano mendaci, in quanto sostenevano che non era possibile rilevare danni cerebrali.

L'elettroshock è stato molto elogiato nei libri di testo, in particolare per la depressione resistente al trattamento, e la negazione dei suoi danni è stata stupefacente.⁶²⁸ Diversi autori hanno ignorato ciò che i pazienti avevano detto loro e hanno affermato che era difficile sapere se la perdita di memoria fosse causata dalla TEC o dalla loro malattia, che è il copione standard degli psichiatri: incolpare la vittima, non i trattamenti. Inoltre, la perdita di memoria veniva banalizzata. Per esempio, un libro di testo ha osservato che alcuni studi suggeriscono una leggera perdita di memoria un anno dopo la TEC, mentre altri studi non lo fanno. Un altro libro di testo affermava che le esperienze prolungate di "disagi" sono estremamente rare, e altri libri declinavano ulteriormente la questione definendo i disagi "soggettivi", come se non esistessero affatto.

La verità è che i problemi di memoria sono stati verificati in numerosi studi e sono gravi. La TEC provoca perdita di memoria nella maggior parte dei pazienti, perdita di memoria permanente in alcuni e in alcuni casi la morte.⁶²⁹ I resoconti dei pazienti sulla perdita di memoria riguardano l'amnesia retrograda (dimenticare cose accadute nel passato) e sono schiacciati. Con una definizione rigorosa di perdita di memoria, la percentuale di pazienti colpiti è compresa tra il 29% e il 55%. Con criteri meno rigidi, il range va dal 51% al 79%.⁶³⁰

Molti psichiatri ritengono che la TEC possa essere salvavita, ma non esistono dati affidabili a sostegno di questa tesi,⁶³¹ mentre sappiamo con certezza che la TEC può essere letale. Una revisione sistematica ha rilevato un tasso di mortalità di circa 1 su 1000,⁶³² che è 10 volte superiore a quanto dichiara l'American Psychiatric Association. Nell'aprile 2024 ho

intervistato il primo autore di questa revisione, il professore di psicologia John Read, per il nostro podcast Broken Medical Science. John mi ha raccontato che, da giovane, è stato testimone dell'uccisione di un paziente sul tavolo con l'ECT e che la morte è stata successivamente insabbiata. Questo ha stimolato il suo interesse per la TEC.

Quando ho tenuto una conferenza a Brisbane nel 2015, una donna mi ha raccontato che gli psichiatri avevano ucciso suo figlio con la TEC, ma lo avevano rianimato. Quando si è svegliato, aveva gravi ustioni e per i due o tre mesi successivi non è riuscito a dire nulla di comprensibile. Ha un danno cerebrale permanente e le sue capacità sociali sono molto scarse; non può vivere da solo.

Un libro di testo afferma che la TEC è estremamente efficace contro la depressione grave, il che non concorda con le informazioni contenute nello stesso libro secondo cui, di solito, vengono somministrate 8-16 scosse. Il libro affermava anche che la TEC può essere salvavita e che l'80% dei pazienti con disturbi affettivi risponde alla TEC, un'affermazione priva di significato, dal momento che non c'era un gruppo di controllo (e nemmeno un riferimento).

Le revisioni sistematiche non sono riuscite a trovare benefici oltre il periodo di trattamento, sia per la depressione che per la schizofrenia.⁶³³ Poiché tutti gli studi con la TEC simulata sono grossolanamente errati,⁶³⁴ non stupisce che una revisione del 2003 abbia trovato che la TEC era più efficace della TEC simulata per la depressione, con una dimensione dell'effetto di 0,91, corrispondente a una differenza del punteggio di Hamilton di 10.⁶³⁵ Si trattava di un effetto a breve termine; la qualità degli studi era scarsa; la maggior parte degli studi era di piccole dimensioni; gli studi raramente utilizzavano esiti rilevanti per la pratica clinica; e i dati suggerivano che la TEC provocava atrofia corticale nel cervello. Gli autori consigliano di considerare un compromesso tra l'efficacia ottimale della TEC in termini di miglioramento dei sintomi depressivi e la limitazione del danno cognitivo. Avrebbero dovuto dire che non è certo che la TEC per la depressione faccia più bene che male. Non esiste una revisione Cochrane sulla TEC per la depressione, ma un protocollo è stato pubblicato nel gennaio 2022 da alcuni miei ex collaboratori.⁶³⁶

Per quanto riguarda la schizofrenia, una revisione Cochrane del 2005 ha riportato che un numero maggiore di persone è migliorato con la TEC rispetto al placebo o alla TEC simulata, con un rapporto di rischio di 0,76. Tuttavia, questo risultato non è affidabile.⁶³⁷ Era appena statisticamente significativo; gli studi erano piccoli e più grande era lo studio, minore era l'effetto; gli autori hanno accettato studi in cui fino al 50% dei pazienti era stato perso al follow-up. Utilizzando la Brief Psychiatric Rating Scale, la TEC è risultata migliore della TEC simulata, ma i pazienti analizzati erano solo 52 e la differenza era solo di 6 su una scala che arriva a 126. Questo non può essere un effetto clinicamente rilevante e la TEC è stata molto *meno* efficace delle pillole per la psicosi, che sappiamo non funzionare.

Nel 2003, la scheda informativa del Royal College of Psychiatrists del Regno Unito ha dichiarato che oltre l'80% dei pazienti depressi risponde bene alla TEC.⁶³⁸ È nauseante che così spesso gli psichiatri utilizzino dati senza un gruppo di controllo, che è ciò che fanno i ciarlatani. La scheda informativa affermava anche che la perdita di memoria non è clinicamente importante, ma i pazienti non erano d'accordo e i livelli di soddisfazione più bassi sono stati ottenuti in studi condotti da pazienti piuttosto che da psichiatri.

Usiamo un po' di ironia: la perdita di memoria per gli psichiatri è consistente ed è clinicamente importante per i loro pazienti. Se vogliamo sapere la verità sulla TEC e sugli psicofarmaci, dovremmo ascoltare i pazienti e non gli psichiatri. Una paziente danese non

riusciva nemmeno a ricordare il nome della capitale danese, dopo essere stata sottoposta a elettroshock.⁶³⁹ L'elettroshock le ha provocato danni cerebrali permanenti, ma le è stato detto che era la sua "malattia" e non le scosse. Inoltre, non avrebbe mai dovuto ricevere la TEC. Il suo problema era che aveva subito abusi sessuali da bambina. Non aveva alcun disturbo psichiatrico.

È disonesto affermare, come hanno fatto gli psichiatri autori di una revisione Cochrane sugli anziani depressi,⁶⁴⁰ che "attualmente non ci sono prove che suggeriscano che la TEC causi alcun tipo di danno cerebrale, anche se è frequentemente riportato un temporaneo deterioramento cognitivo" e che "la TEC sembra essere una procedura sicura". Permettetemi di chiedere: se il deterioramento cognitivo non è stato causato da un danno cerebrale indotto dalla TEC, cosa lo ha causato?

La guida ufficiale del 2010 per i medici di base in Danimarca sulla depressione afferma che "molti hanno una paura infondata del trattamento ECT, anche se non ci sono prove che il trattamento causi danni al cervello; anzi, ci sono forti prove che in risposta al trattamento si formano nuove cellule nervose".⁶⁴¹

L'ECT nella pratica clinica è molto peggiore di quanto suggeriscano i risultati di studi randomizzati accuratamente condotti. Ripetuti controlli da parte del Royal College of Psychiatrists hanno dimostrato che molti ospedali non rispettano gli standard del College; un controllo ha rilevato che solo un terzo delle cliniche che praticano l'ECT rispetta gli standard; inoltre, esistono enormi variazioni nella pratica clinica e nei tassi di utilizzo.⁶⁴² In Danimarca, il trattamento forzato con TEC è quadruplicato in soli sette anni negli anni '90. Questo nonostante il fatto che sia immensamente sgradevole, che faccia paura ai pazienti, che spesso susciti un'amarezza e una rabbia colossali e che sia percepito dai pazienti come una grave violazione della fiducia.⁶⁴³

Ho sentito molte storie di effetti miracolosi e di pazienti riconoscenti. Una volta, nel corso di una riunione, mi è stato chiesto cosa ne pensassi di una donna talmente depressa da non poter essere contattata, ma che aveva chiesto un bicchiere d'acqua dopo un elettroshock. Risposi che, trattandosi di un aneddoto, avrei risposto con un altro aneddoto. Ho visitato un uomo appena ricoverato, un alcolista privo di conoscenza, e poiché dovevo escludere la meningite, ho cercato di inserire un ago nella schiena per prelevare il liquido cerebrospinale per la microscopia e la coltura. È stato molto difficile entrare e ho colpito l'osso più volte. All'improvviso, l'ubriacone esclamò ad alta voce: "Porca miseria, smettila di pungermi la schiena!". Avevo fatto un miracolo con il mio ago e l'avevo guarito? No. Nella sanità succedono sempre cose strane. Avrei potuto svegliare la donna profondamente depressa con il mio ago? Chi lo sa?

C'è un documentario molto toccante su Mette Askov, un'infermiera danese che sentiva le voci da quando aveva 8 anni e ha perso 15 anni della sua vita a causa della psichiatria.⁶⁴⁴ Le fu diagnosticata una schizofrenia paranoide e ricevette una grande quantità di farmaci, 150 elettroshock e un assegno di invalidità. Era stigmatizzata e circondata da pregiudizi, ma dopo aver lasciato la psichiatria e aver recuperato la sua vita, ha raggiunto alcuni dei suoi obiettivi più importanti. La sua storia illustra molto bene a cosa può portare l'abuso di trattamenti forzati da parte degli psichiatri. Anche quando è evidente che non funzionano, gli psichiatri continuano a usarli.

Alcuni psichiatri che ho conosciuto non hanno mai usato l'elettroshock e alcuni Paesi non lo usano affatto, ad esempio la Slovenia. Questo trattamento barbarico dovrebbe essere reso illegale, proprio come le lobotomie. Come minimo, nessuno dovrebbe essere costretto a sottoporsi alla TEC contro la propria volontà.

8 Interventi psicosociali

Gli interventi psicosociali, che includono la psicoterapia, dovrebbero essere il trattamento di scelta per aiutare i pazienti che soffrono di problemi di salute mentale. Il solo interessarsi ai pazienti e alla loro famiglia può essere più importante di qualsiasi altra cosa. Il processo può cambiare il modo in cui le persone vedono se stesse, l'ambiente circostante, il loro passato e il loro futuro, e il modo in cui interagiscono con le altre persone.

Gli psicofarmaci modificano il cervello. Creano un terzo stato artificiale - un territorio sconosciuto - che non è né normale né lo stato di malfunzionamento da cui il paziente proviene.⁶⁴⁵ Questo è problematico perché non si può tornare dal terzo stato indotto chimicamente alla normalità a meno che non si sospenda la somministrazione dei farmaci, e anche in questo caso non sarà sempre possibile, perché i farmaci potrebbero aver causato danni cerebrali irreversibili.

Non sono favorevole alla terapia combinata. Fare una psicoterapia efficace può essere difficile quando il cervello dei pazienti è influenzato da sostanze psicoattive, che possono renderli incapaci di pensare chiaramente o di valutare se stessi. La mancanza di comprensione dei sentimenti, dei pensieri e dei comportamenti è chiamata incantesimo da farmaci.⁶⁴⁶ Essa induce i pazienti a sottovalutare i danni dei farmaci e a sopravvalutare i loro benefici.

Studi con follow-up a lungo termine dimostrano che la psicoterapia ha un effetto duraturo che supera la terapia farmacologica.⁶⁴⁷ Un'enorme metanalisi di rete (81 studi e 13.722 pazienti),⁶⁴⁸ ha rilevato che le pillole non aggiungono nulla all'effetto della psicoterapia nei pazienti con depressione.

Ma gli autori hanno tratto conclusioni altamente fuorvianti.⁶⁴⁹ Hanno cercato di difendere la convinzione prevalente tra gli psichiatri che le pillole per la depressione facciano bene alle persone. Nonostante i risultati negativi, hanno persino insinuato che la combinazione di pillole e psicoterapia sia valida e hanno omesso di informare i lettori che il trattamento con pillole può essere fatale. Come si legge nel capitolo sulla depressione, le pillole per la depressione raddoppiano il rischio di suicidio⁶⁵⁰ mentre la psicoterapia lo dimezza.⁶⁵¹

I risultati del trattamento dipendono più dalla qualità dell'alleanza terapeutica tra il medico e il paziente che dal fatto che il trattamento utilizzato sia una psicoterapia o una farmacoterapia.⁶⁵² Quanto più il medico e il paziente sono d'accordo su ciò che è importante, tanto migliori sono i risultati in termini di affetti positivi, riduzione dell'ansia e relazioni sociali.⁶⁵³

Ho conosciuto psichiatri in diversi Paesi che non usano psicofarmaci o elettroshock. Molti di loro trattano pazienti anche gravemente disturbati con empatia, psicoterapia e pazienza.⁶⁵⁴

Il dolore fisico e quello emotivo sono simili. Abbiamo bisogno del dolore fisico per evitare i pericoli e del dolore emotivo per guidarci nella vita. Åsa Nilssonne, docente svedese di psichiatria al Karolinska Institutet, non usa farmaci. Sostiene che il trattamento non farmacologico consente ai pazienti di imparare qualcosa di importante attraverso il processo di guarigione, che può aumentare la loro fiducia in se stessi ed essere utile se si trovano di nuovo nei guai.⁶⁵⁵ Ha anche notato che i medici possono pensare di non doversi impegnare più di tanto quando un paziente assume farmaci, perché credono che il farmaco faccia il lavoro per loro. Quando il mio primo libro sulla psichiatria è stato tradotto in svedese, il mio editore ha organizzato due incontri pubblici a Stoccolma nel 2016, ai quali Åsa ha presieduto. C'è stata grande partecipazione. Tra il pubblico c'erano alcuni psichiatri molto

aggressivi che hanno perso il dibattito. Non sono riusciti a mettere in discussione le argomentazioni presentate nel mio libro e hanno presentato le solite argomentazioni a favore dell'uso degli psicofarmaci - tra cui quella che proteggono dal suicidio - che avevo sfatato nel libro.

Il primo incontro è stato annunciato con queste dichiarazioni: Il modo in cui usiamo gli psicofarmaci fa molto più male che bene; negli Stati Uniti e in Europa gli psicofarmaci sono la terza causa di morte; il loro uso dovrebbe essere ridotto del 98%;⁶⁵⁶ la psichiatria biologica, che prescrive farmaci contro quasi tutti i problemi di salute mentale, è un disastroso fallimento.

La maggior parte dei problemi dei pazienti è causata da una regolazione emotiva disadattiva e gli psicofarmaci peggiorano la situazione, poiché i loro effetti costituiscono una regolazione emotiva disadattiva. La psicoterapia, invece, mira a insegnare ai pazienti a gestire i loro sentimenti, pensieri e comportamenti in modo migliore, il che rappresenta una regolazione emotiva adattiva. Può cambiare permanentemente i pazienti in meglio e renderli più forti nell'affrontare le sfide della vita.

Non entrerò nei dettagli della psicoterapia. Ci sono molte scuole e metodi, e la cosa più importante è che il terapeuta sia un buon ascoltatore e che incontri il paziente dove si trova, come ci consigliava il filosofo danese Søren Kierkegaard due secoli fa.

La psicoterapia è il miglior intervento che abbiamo, e ho spiegato altrove⁶⁵⁷ che è utile per la maggior parte dei disturbi psichiatrici, anche per le psicosi. Non funziona per tutti, ma come in altre aree della sanità, dobbiamo accettare che alcune persone non possono essere aiutate, qualunque cosa facciamo. Per esempio, non sempre funziona se i pazienti provano un altro terapeuta.

Alla fine degli anni '70, la psichiatria negli Stati Uniti era preoccupata per la sua sopravvivenza; il pubblico considerava le sue terapie poco efficaci e le vendite di psicofarmaci erano in declino.⁶⁵⁸ Purtroppo, gli psichiatri hanno vinto la battaglia con gli psicologi. La psichiatria si è rifatta il look con il manuale diagnostico DSM-III nel 1980 e ha inventato un sacco di disturbi mentali dubbi con criteri arbitrari:

Trovate cinque difetti su nove in un paziente e avrete una diagnosi. Gli psichiatri cominciarono a dare al pubblico l'impressione che questi costrutti fossero vere e proprie malattie, proprio come il diabete e il cancro, e che i farmaci che prescrivevano per queste presunte malattie correggessero uno squilibrio chimico, proprio come l'insulina fa nel diabete.

I libri di testo di psichiatria mostrano che gli psichiatri hanno un potere assoluto su tutto ciò che riguarda la salute mentale e che gli psicologi e gli altri professionisti sono stati lasciati ai margini. Non si parla molto di un ruolo indipendente degli psicologi. La psicoterapia è spesso indicata come un'opzione, ma quasi sempre in un contesto che prevede anche l'uso di farmaci, ed è implicito che la psicoterapia fosse responsabilità degli psichiatri.

Quando si parla di psicologi, il loro ruolo si limita alla somministrazione di test psicoanalitici, compresi i test proiettivi della personalità come il test di Rorschach, che consiste nel mostrare ai pazienti una serie di macchie d'inchiostro e chiedere loro di spiegare cosa vedono in quelle figure.

Stranamente, questa dimostrazione di potere è stata particolarmente evidente nel libro di testo sulla psichiatria infantile e adolescenziale,⁶⁵⁹ anche se la psicoterapia e altri interventi psicosociali hanno una posizione più forte nei bambini che negli adulti.

Ciò che sarebbe importante nel trattamento dei bambini è assisterli e sostenerli nell'apprendimento di abilità sociali ed emotive essenziali che migliorino la loro capacità di adattarsi all'ambiente circostante (si veda Kids'Skills, nel capitolo 4 sull'ADHD).

Ma tutti i redattori di questo libro di testo erano psichiatri e proteggevano attentamente la loro corporazione. Non c'era nulla su come gli psicologi potessero aiutare i bambini e i consigli contenevano un pleonasma: se una persona ha un disturbo mentale, c'è psicopatologia il che suggerisce la necessità di uno psichiatra, ma è solo un altro nome per la stessa cosa.

È stato deludente constatare che la maggior parte degli psicologi era d'accordo con il punto di vista degli psichiatri, e che a volte erano persino più radicali e acritici di loro, ad esempio nel lodare ciò che gli studi di imaging cerebrale possono dirci sui disturbi psichiatrici e sui farmaci. Forse il motivo è che, in un gruppo radicalizzato, i nuovi arrivati tendono a essere ancora più radicali dei loro leader per essere accettati come loro pari. I gruppi marginali tendono quindi a diventare più radicali con il tempo. Inoltre, spesso sostenuti dalle loro associazioni scientifiche, alcuni psicologi vogliono ottenere il permesso di prescrivere farmaci. Non ci riusciranno se saranno visti come critici della psichiatria tradizionale.

Il libro di testo, *Neuropsicologia clinica*, che ha come redattori tre psicologi, lo dimostra.⁶⁶⁰ In tre pagine vengono descritti studi di imaging sulla depressione, con molti riferimenti, che trasmettono agli studenti il falso messaggio che sappiamo molto sul cervello, sulla base di studi affidabili. La verità è che non sappiamo quasi nulla.⁶⁶¹

I libri di testo raccomandano la psicoterapia per la depressione lieve o moderata, mentre la depressione grave deve essere trattata con pillole ed elettroshock.⁶⁶² Si tratta di un tema familiare, ma assurdo. Più la malattia è grave, più i pazienti devono essere danneggiati da trattamenti dannosi. Un libro si concentra totalmente sulle pillole, per tutte le gravità della depressione, e la psicoterapia è solo un mezzo per mantenere i pazienti sotto pillole!

La mancanza di rispetto per i pazienti è enorme. Quando è stato chiesto ai non addetti ai lavori quale tipo di trattamento avrebbero preferito, un numero sei volte superiore di persone ha preferito la psicoterapia alle pillole,⁶⁶³ ma un'indagine del 2002 condotta tra gli psichiatri infantili e adolescenziali statunitensi ha dimostrato che solo il 9% dei pazienti riceve una psicoterapia senza pillole.⁶⁶⁴ Uno psichiatra statunitense ha affermato che: "Quando mi sono formato negli anni '80, abbiamo ricevuto una formazione al 50% sulla psicoterapia e al 50% sui farmaci biologici. Oggi, lo specializzando medio in psichiatria non riceve alcuna formazione in psicoterapia. Quindi, tutto ciò che hanno da offrire è una pillola".⁶⁶⁵ In Svezia, il Consiglio Superiore della Sanità raccomanda di offrire una psicoterapia a tutti gli adulti con depressione da lieve a moderatamente grave, ma solo l'1% la riceve.⁶⁶⁶

Un libro di testo ha affermato che l'effetto preventivo dei farmaci è migliore di quello della psicoterapia, ma questo è falso ed è stato contraddetto da un altro libro che ha notato che l'effetto della psicoterapia dura più a lungo di quello dei farmaci.

Ciononostante, in un libro si afferma che l'effetto della combinazione di un farmaco con la psicoterapia è maggiore di quello del solo farmaco o della sola psicoterapia nella depressione cronica. Questa affermazione è priva di significato. Che cos'è la depressione cronica e perché una combinazione dovrebbe funzionare per la depressione cronica quando non funziona per la depressione?

Due libri affermano che la psicoeducazione può dimezzare il rischio di nuove depressioni o manie nei pazienti bipolari e ridurre i ricoveri ospedalieri, ma aggiungono che ciò è probabilmente dovuto a una migliore aderenza ai farmaci. Il riferimento a questa affermazione è uno studio randomizzato di psicoeducazione,⁶⁶⁷ che ha dimostrato che l'affermazione è falsa: "Rispetto ai pazienti di controllo, i pazienti psicoeducati avevano livelli di litio più elevati al follow-up di 2 anni, il che potrebbe suggerire un effetto della psicoeducazione

sull'aderenza alla farmacoterapia". Questa speculazione era ridicola, e i livelli di litio erano più o meno gli stessi, 0,76 contro 0,68 mEq/L.

Un capitolo sulla psicoterapia scritto dalla professoressa di psicologia Nicole Rosenberg era insolitamente ben documentato. Ha scritto che la terapia cognitivo-comportamentale ha un piccolo effetto sulla schizofrenia; è efficace contro la depressione, anche nel prevenire le ricadute e nel far tornare le persone al lavoro; e funziona per l'ansia, con grandi effetti per l'ansia generalizzata, la fobia sociale e il disturbo da stress post-traumatico (PTSD).⁶⁶⁸

Il fatto che la psicoterapia possa far tornare al lavoro le persone depresse è un'informazione molto importante. Le pillole per la depressione hanno l'effetto opposto. Il tasso di pensioni di invalidità segue il tasso di utilizzo delle pillole per la depressione.⁶⁶⁹

La psichiatria è un commercio perverso. Non aiuta i pazienti come vorrebbero essere aiutati e come sarebbe meglio che fossero aiutati, ma aiuta se stessa, a un costo elevato per la società. In un libro si legge che in molti casi la psicoterapia è economicamente vantaggiosa rispetto ai farmaci. Sì, ma non solo in molti casi. La psicoterapia è più conveniente economicamente.⁶⁷⁰

Nel 2022, in occasione di una difesa di dottorato a Copenaghen,⁶⁷¹ uno degli esaminatori, lo psicologo Ole Jakob Storebø, ha affermato che la psicoterapia non è migliore dei farmaci per la depressione. Quando mi è stato concesso di commentare dopo la fine della difesa, ho osservato che non è appropriato fare riferimento ai risultati a breve termine registrati sulla scala di valutazione di Hamilton. Si ignora che la psicoterapia non provoca sintomi di astinenza e non distrugge la vita sessuale delle persone; che le pillole non possono insegnare nulla ai pazienti, a differenza della psicoterapia; e che le pillole raddoppiano il rischio di suicidio, mentre la psicoterapia lo dimezza.

Quando io e mia figlia maggiore, la psicologa Pernille Krogh Gøtzsche, abbiamo voluto studiare l'effetto della psicoterapia sulla prevenzione del suicidio, ci siamo concentrati sulla terapia cognitivo-comportamentale perché la maggior parte degli studi aveva utilizzato questo metodo. Abbiamo scoperto che la psicoterapia dimezza il rischio di un nuovo tentativo di suicidio nelle persone ricoverate acutamente dopo un tentativo di suicidio.⁶⁷²

Storebø non ha risposto, ma l'altro esaminatore, uno psichiatra, ha osservato che la psicoterapia non sempre funziona e che quando i pazienti vengono da lui, l'hanno già provata invano. Forse è così, ma questo non può giustificare l'uso di pillole che non hanno effetti clinicamente rilevanti e raddoppiano il rischio di suicidio.

Quindi, cosa consigliano gli psichiatri quando c'è un rischio di suicidio? Come avete già visto nel capitolo sulla depressione, nel folle mondo della psichiatria si consigliano le pillole per la depressione. Un libro di testo ha persino affermato, senza riferimenti, che l'effetto preventivo della psicoterapia non è così pronunciato come quello dei farmaci!⁶⁷³

La psichiatria è una specialità in rovina che lascia dietro di sé molti pazienti morti mentre i suoi praticanti millantano sempre grandi progressi. Gli psichiatri sono totalmente assorbiti dal paradigma incentrato sui farmaci. Nel 2015 ho partecipato a un panel in una conferenza con centinaia di pazienti nell'auditorium. Dopo che ho sostenuto la necessità di una psicoterapia al posto dei farmaci, anche per i pazienti affetti da schizofrenia, la psichiatra del gruppo, la professoressa Merete Nordentoft, specialista in schizofrenia, ha osservato che i farmaci non possono sempre agire da soli. Ho ribaltato l'argomento e ho detto che tutti dovrebbero fare psicoterapia e che questa non può essere sempre sufficiente. Il pubblico ha applaudito la mia osservazione. Molti pazienti odiano le pillole per la psicosi, ma sono costretti a prenderle.

Con il suo permesso, racconterò la storia di una giovane psichiatra, Maria Grazia Turri. Dopo aver sperimentato i benefici del coinvolgimento della famiglia, insieme a un altro psichiatra istituì una Clinica di Valutazione Sistemica (CVS) in cui si chiedeva ai pazienti di portare con sé chiunque ritenessero significativo per la loro vita.⁶⁷⁴ In questo modo è stato più facile scoprire quali fossero i problemi dei pazienti e i pazienti e i caregiver erano molto soddisfatti del processo.

Tuttavia, i loro numerosi tentativi di ottenere il sostegno o l'approvazione del CVS da parte dell'ente locale del Sistema Sanitario Nazionale sono falliti. Fu detto loro che non era basato su prove di efficacia e furono incoraggiati a richiedere una sovvenzione. Hanno messo insieme un team di otto esperti e hanno impiegato un anno per scrivere una domanda di sovvenzione di 56 pagine, che è stata respinta.

Hanno quindi confrontato gli esiti di 22 pazienti CVS con 22 pazienti simili valutati in modo standard durante lo stesso periodo. In tre anni solo un paziente è ritornato nel gruppo CVS contro i nove del gruppo di controllo. Coinvolgendo le persone in conversazioni significative è stato possibile sviluppare un piano di recupero mirato, mentre l'approccio standard tendeva a rendere i pazienti cronicamente malati.

Nel 2016 Turri ha inviato un articolo al *Bulletin*, pubblicato dal Royal College of Psychiatrists, che è stato respinto senza revisione. Ha fatto appello e un membro del comitato editoriale ha risposto con entusiasmo che l'articolo doveva essere sottoposto a revisione paritaria. I revisori erano positivi e hanno suggerito alcune modifiche. L'autrice ha ripresentato l'articolo e i revisori le hanno detto che ora poteva essere pubblicato. Tuttavia, l'editore si rifiutò di accettarlo. Ha detto di non credere alla validità dei dati, una scusa spaventosa per rifiutare un lavoro importante.

Turri ha quindi contattato il presidente del Royal College of Psychiatrists, il quale ha risposto che l'opinione dell'editore doveva essere sostenuta e le ha consigliato di non sprecare altro tempo ed energie sulla questione.

L'opinione di Turri è che la maggior parte delle prove della ricerca psichiatrica siano state costruite su sabbie mobili. In effetti, ma purtroppo la sua storia è tipica. Il paradigma psichiatrico è così dannoso per i pazienti che i principali psichiatri devono proteggere la loro specialità censurando i dati sgraditi. Ci sono voluti cinque anni dopo la prima presentazione prima che lo studio di Turri venisse pubblicato.⁶⁷⁵

9 Trattamento forzato: una licenza di uccidere

Solo uno dei cinque libri di testo danesi ha detto qualcosa di sostanziale su questa importante questione.⁶⁷⁶ Sostiene che gli studi randomizzati non sono possibili per motivi etici. Questo non è corretto. Dato che non è affatto certo che l'uso della forza faccia più bene che male, è eticamente accettabile fare delle prove.

Nel libro si osserva che l'aggressività dei pazienti può essere una reazione ai conflitti con il personale e che uno studio ha evidenziato che una maggiore autonomia dei pazienti può ridurre i comportamenti violenti e l'uso della coercizione.

Questo rispetto per i pazienti è durato solo una pagina. Poi, ci è stato detto che il mancato uso di psicofarmaci per i pazienti agitati, aggressivi o violenti dovrebbe avvenire solo eccezionalmente, e gli autori hanno suggerito di usare farmaci contro la psicosi, la depressione e l'ansia, oltre agli antiepilettici e alla TEC. Questo "bombardamento a tappeto" con trattamenti psichiatrici è una licenza di uccidere o può trasformare i pazienti in zombie. L'argomentazione del libro secondo cui i malati mentali potrebbero non avere la capacità di dare il proprio consenso o di dare un consenso ragionevolmente informato è stata respinta dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Non è etico sottoporre i pazienti a trattamenti forzati.⁶⁷⁷

Gli autori hanno riportato che benzodiazepine, anfetamine, steroidi anabolizzanti e testosterone possono causare irrequietezza motoria e aumentare l'aggressività. È imperdonabile che non abbiano menzionato che anche le pillole per la depressione, il metilfenidato e le pillole per la psicosi possono causare tali sintomi, né hanno menzionato l'acatisia.

Nelle relazioni umane ci deve essere un equilibrio di potere, ma i pazienti ricoverati involontariamente sono impotenti e non temono altro che un trattamento forzato. Questa è la ricetta per il disastro. Alcuni psichiatri hanno perfino sottoposto a elettroshock pazienti che avevamo in antipatia, e i medici hanno regolarmente prescritto elettroshock a pazienti aggressivi, irrequieti, rumorosi, litigiosi e ostinati.⁶⁷⁸

Le leggi sul trattamento forzato sono problematiche. In molti Paesi, una persona considerata pazzo, o in condizioni simili, può essere ricoverata involontariamente se la prospettiva di guarigione o di miglioramento sostanziale della condizione sarebbe altrimenti significativamente compromessa.

È delirio l'idea che i farmaci e la TEC possano ottenere una cura o un miglioramento sostanziale, e questa clausola dovrebbe essere rimossa dalla legge in tutte le nazioni, poiché la sua premessa è falsa.

L'altra ragione per usare la forza è se i pazienti rappresentano un pericolo sostanziale per se stessi o per gli altri. Anche questo argomento non è valido. Gli psicofarmaci possono *causare* suicidio e violenza; non possono proteggere dalla violenza, a meno che i pazienti non siano drogati in uno stato simile a quello di uno zombie.⁶⁷⁹ Se le persone sono pericolose, è una questione che riguarda la polizia, come avviene in Islanda.

Gli psichiatri di solito affermano che sarebbe impossibile praticare in modo sicuro senza avere la possibilità di somministrare farmaci forzatamente, di trattenere con cinture e cinghie e di isolare. Anche questo è falso. Alcuni studi hanno dimostrato che, con una leadership adeguata e la formazione del personale alle tecniche di de-escalation, è possibile praticare la psichiatria senza usare la forza.⁶⁸⁰

Casi rari come l'alimentazione forzata per un'anoressia potenzialmente letale sono già coperti da altre leggi. E i casi gravi di mania, come quelli in cui il paziente è impegnato a spendere tutto il suo patrimonio, possono essere gestiti con una clausola di emergenza che

elimina i suoi diritti di decisione finanziaria. Inoltre, pochi casi difficili non possono giustificare i danni massicci - tra cui molti decessi - inflitti a tutti gli altri pazienti, ie questo, inoltre, rende difficile reclutare brave persone in psichiatria. La coercizione distrugge la fiducia del paziente nel personale, che è così importante per la guarigione e per l'ambiente di lavoro.

Alcuni pazienti hanno imparato a evitare di parlare di certe cose al proprio psichiatra, perché ciò potrebbe portare a diagnosi aggiuntive e a un aumento dei farmaci. Questa non è una relazione terapeutica sana. Ci ricorda le condizioni di vita nei campi di concentramento, dove era importante non provocare mai le guardie, poichè poteva essere letale.⁶⁸¹ Quando nel 2018 l'Associazione Medica Polacca ha tenuto il primo incontro sugli esperimenti medici nei campi di Cracovia, mi ha invitato a partecipare. Ho parlato con una donna miracolosamente sopravvissuta agli esperimenti a Ravensbrück e con una delle ragazze di Oscar Schindler. È stata organizzata una visita ad Auschwitz-Birkenau, che avevo visitato anche nel 1981. Sono esperienze che non si dimenticano, e le atrocità non dovrebbero mai essere dimenticate.

Se un paziente chiede di ridurre la dose, rischia di vedersela aumentare o di ricevere un farmaco aggiuntivo, con l'argomentazione che non è in grado di comprendere la sua malattia. Molte delle circa mille e-mail che ho ricevuto da pazienti e parenti descrivono questa situazione paradossale, tipo "Comma 22". Capisco perfettamente perché alcuni pazienti dicono che preferirebbero essere in prigione piuttosto che in un reparto psichiatrico. Quello che dici o fai può essere usato contro di te in entrambi i casi, ma in psichiatria la punizione può essere l'iniezione di farmaci killer che non puoi sputare.

Un collega mi ha detto che la differenza tra uno psichiatra e un terrorista è che con un terrorista si può negoziare. Una paziente ha detto di aver paragonato il trattamento forzato a uno stupro e che non possono esistere stupri buoni. È stata violentata da un uomo della sua famiglia quando aveva solo nove anni e si è terrorizzata quando il personale l'ha sottoposta a un trattamento forzato.

Molti pazienti profondamente infelici mi hanno raccontato di essere stati minacciati di togliere loro l'indennità di malattia o altri benefici sociali se avessero rifiutato di assumere gli psicofarmaci prescritti.⁶⁸² In Danimarca questo è illegale.

Come per tutti gli interventi sanitari, la questione principale è se il trattamento forzato faccia più bene che male. Non ho dubbi che sia molto dannoso. La contenzione meccanica e l'elettroshock possono essere fatali e, come spiegato in precedenza, gli psicofarmaci e il contatto con il reparto psichiatrico, che spesso comporta l'uso della forza, uccidono un numero enorme di persone. È quindi fuorviante quando gli psichiatri dicono che, se non fosse stato per il trattamento forzato, il paziente sarebbe potuto morire. Il trattamento forzato uccide.

Una delle mode sfortunate della psichiatria sono gli ordini di trattamento comunitario (trattamento ambulatoriale assistito) che rendono obbligatorio il trattamento ambulatoriale. Una revisione Cochrane non ha riscontrato alcun beneficio rispetto all'assistenza volontaria o alla dimissione breve sotto supervisione.⁶⁸³ Anche nella pratica clinica questa iniziativa è fallita. Dopo che il Regno Unito l'ha introdotta, i ricoveri ospedalieri sono aumentati,⁶⁸⁴ con alcune aree che dimettevano il 45% dei pazienti con ordini di trattamento, e altre che non ne dimettevano affatto.

L'associazione britannica per la salute mentale *Mind* ha espresso serie preoccupazioni.⁶⁸⁵ Gli ordini significano che molte persone che non desiderano assumere farmaci per il resto della loro vita non sono più in grado di prendere questa decisione. Non c'è via di fuga da questa situazione da "Comma 22". Se il paziente sta bene, si ritiene che i farmaci stiano

funzionando; in caso contrario, la somministrazione forzata di farmaci viene spesso aumentata, causando ancora più sofferenza e più morti. Molte persone consultate da *Mind hanno* ritenuto che i professionisti agissero come "agenti di polizia della Legge sulla Salute Mentale".

Se siete stati poliziotti e avete usato la forza, può essere difficile cambiare quel ruolo in uno di guaritore e difensore del paziente. Ecco perché gli psichiatri non dovrebbero agire come la polizia. Un altro motivo è che la violenza genera violenza.

Quando ho tenuto una conferenza in Australia nel 2015, mi è stato detto che solo il 3-5% dei pazienti esce dagli ordini di trattamento. Ho incontrato un medico che era stato sottoposto a un tale ordine in modo intermittente per 20 anni. Mi ha dato una copia della valutazione di uno psichiatra che lo considerava privo di intuito perché aveva messo in guardia la comunità sugli effetti dannosi per il cervello dei farmaci contro la psicosi! Un'altra persona che ho incontrato era una psichiatra considerata pazza dai suoi colleghi. Anche lei aveva parlato dei danni degli psicofarmaci. Hanno cercato di farla rinchiudere involontariamente in ospedale, ma non ci sono riusciti.

L'avvocato Jim Gottstein nel 2003 ha convinto la Corte Suprema dell'Alaska a stabilire che il governo non può drogare una persona contro la sua volontà senza aver prima dimostrato, con prove chiare e convincenti, che è nel suo interesse e che non esiste un'alternativa meno invasiva. Jim ha utilizzato dati scientifici per dimostrare che non è vantaggioso trattare i pazienti con la forza.⁶⁸⁶

Poiché il trattamento forzato non è basato sull'evidenza ma sulla cultura, non sorprende che le pratiche varino enormemente da un Paese all'altro. I ricoveri ospedalieri non volontari in Europa vanno dal 12 per 100.000 in Italia al 233 per 100.000 in Finlandia.⁶⁸⁷ In Austria, la contenzione meccanica è usata 45 volte più spesso che in Olanda, dove anche la somministrazione forzata di farmaci è usata molto poco.⁶⁸⁸

Le persone che sostengono il trattamento forzato e la detenzione involontaria dovrebbero leggere il libro "*Cara Luise*",⁶⁸⁹ che ho riassunto in un altro libro.⁶⁹⁰ È stato scritto da Dorrit Cato Christensen, la madre di Louise Christensen, 32 anni, uccisa nel 2005 da un neurolettico nel Centro Psichiatrico di Amager. Luise aveva tratti autistici, ma funzionava troppo bene per essere autistica.

Nella sua prefazione dal titolo eloquente, "*Bisogna essere forti per essere vulnerabili*", l'ex primo ministro danese Poul Nyrup Rasmussen descrive il libro come straziante. Lo è. I medici che pensano di diventare psichiatri e riescono a superarlo senza piangere, dovrebbero trovarsi un altro lavoro. La prefazione di Rasmussen inizia con: "Mamma, diresti al mondo come ci trattano?". Questa è stata l'ultima richiesta di Luise prima di morire.

La migliore amica di Luise, che stava nella stanza accanto alla sua, si accasciò improvvisamente sul pavimento e morì nel giro di pochi minuti. Luise era completamente distrutta e tutto ciò che disse a sua madre fu: "Sarò la prossima", cosa che si avverò sei mesi dopo. Sapeva che gli psichiatri l'avrebbero uccisa. Sopravvisse per un po' perché tollerava così poco l'overdose di pillole per la psicosi che ne vomitava la maggior parte. Alla fine, hanno rotto le sue difese con un'iniezione letale di un farmaco a rilascio prolungato.

Luise e Dorrit avevano protestato molte volte contro le dosi troppo elevate, ma il livello di ignoranza, incompetenza e mancanza di rispetto per le persone che conoscono bene i farmaci era enorme. Dorrit fece tutto il possibile per evitare che Luise andasse in overdose. Era una metabolizzatrice lenta e Dorrit aveva pregato gli psichiatri di non usare mai un'iniezione depot. Non le diedero retta.

Ogni anno, in occasione dell'anniversario della morte di Luise, si tiene una manifestazione davanti al Centro Psichiatrico di Amager organizzata dall'organizzazione *Morte in Psichiatria*, che Dorrit ha fondato. A volte ci sono circa 20 parenti dei pazienti psichiatrici uccisi nello stesso modo.

Il libro di Dorrit su sua figlia è una lunga storia dell'orrore sulle malefatte della psichiatria. Nemmeno dopo la morte di Luise è stata fatta giustizia. L'arroganza del sistema, sia prima che dopo la sua morte, è stata incredibile. Quando Dorrit si lamentò con le autorità, queste risposero che Luise aveva ricevuto il più alto standard di trattamento specialistico, mentre il sistema si congratulava con se stesso per l'omicidio di prima classe, definendolo una "morte naturale".

Il libro di Dorrit descrive praticamente tutto ciò che non va nella psichiatria, comprese le diagnosi errate che portano alla morte. Ogni volta che lo apro, vengo sopraffatto dalla tristezza. Conosco personalmente Dorrit e so che molti pazienti vengono maltrattati e muoiono in circostanze simili a quelle di Luise.

Essere trattati umanamente è difficile. Se vi fate prendere dal panico e andate in un reparto di emergenza psichiatrica, probabilmente vi verrà detto che avete bisogno di un farmaco, e se rifiutate e dite che avete solo bisogno di riposo per riprendervi, potreste sentirvi dire che il reparto non è un albergo.⁶⁹¹

Questa è cattiva medicina. Le psicosi imminenti possono talvolta essere scongiurate se forniamo ai pazienti il riparo e il riposo di cui hanno bisogno. Dovrebbero esserci strutture di supporto 24 ore su 24, senza costrizioni, in modo che i pazienti in crisi acuta possano evitare i pericoli della psichiatria tradizionale.⁶⁹²

La psichiatria sembra essere l'unica area della società in cui la legge viene sistematicamente violata in tutto il mondo - persino le decisioni della Corte Suprema e dell'Ombudsman vengono ignorate, ad esempio in Alaska e Norvegia.⁶⁹³

Ho ottenuto l'accesso a 30 casi consecutivi dalla Commissione d'Appello Psichiatrico in Danimarca e ho scoperto che la legge era stata violata in ogni singolo caso.⁶⁹⁴ Tutti e 30 i pazienti sono stati costretti ad assumere pillole per la psicosi alle quali non avevano acconsentito, anche se si sarebbero potute usare alternative meno pericolose, ad esempio le benzodiazepine.⁶⁹⁵ Gli psichiatri non hanno avuto alcun rispetto per le esperienze e le opinioni dei pazienti. In tutti i 21 casi in cui erano presenti informazioni sull'effetto delle precedenti pillole per la psicosi, gli psichiatri hanno dichiarato un buon effetto, mentre nessuno dei pazienti condivideva questa opinione.

I danni dei farmaci precedenti non hanno avuto alcun ruolo nel processo decisionale dello psichiatra, nemmeno quando erano gravi. Abbiamo sospettato o riscontrato acatisia o discinesia tardiva in sette pazienti, e cinque hanno espresso il timore di morire a causa del trattamento forzato. Un esperto ha confermato il nostro sospetto che un paziente avesse sviluppato acatisia con l'aripirazolo (Abilify), ma nella stessa pagina l'esperto, un membro di alto livello del consiglio dell'Associazione Psichiatrica Danese, ha raccomandato il trattamento forzato con questo farmaco, nonostante il fatto che l'aripirazolo era stato interrotto a causa dell'acatisia.

Lo squilibrio di potere era estremo. Abbiamo messo in dubbio le diagnosi di delirio degli psichiatri in nove casi, e quando uno psichiatra e un paziente non sono d'accordo c'è un elemento di "Comma22". Secondo lo psichiatra, ciò dimostra che il paziente non è in grado di comprendere la malattia, il che è un sintomo di malattia mentale.

L'abuso consisteva nell'uso da parte degli psichiatri di diagnosi o di termini dispregiativi per cose che a loro non piacevano o che non capivano; i pazienti si sentivano incompresi e trascurati; la loro protezione legale era una finzione; il danno arrecato era immenso.

I pazienti o le loro malattie venivano incolpati praticamente di tutto ciò che accadeva di spiacevole. Gli psichiatri non erano interessati ai traumi, né a quelli precedenti né a quelli causati da loro stessi o dal personale. Le reazioni di astinenza non venivano prese sul serio: non vedevamo nemmeno usare questo termine, sebbene molti pazienti ne soffrissero.

Jim Gottstein e io volevamo fare uno studio simile su 30 casi consecutivi provenienti da Anchorage, ma abbiamo incontrato così tanti ostacoli che ci sono voluti più di quattro anni di contenzioso prima che Jim ottenesse l'accesso ai documenti redatti. Con la psichiatra statunitense Gail Tasch, ho pubblicato i nostri risultati nel 2023. Per i 30 pazienti sono stati richiesti ordini di trattamento farmacologico involontario e abbiamo scoperto che le procedure legali possono essere caratterizzate al meglio come una farsa in cui i pazienti sono indifesi.⁶⁹⁶

In violazione di precedenti sentenze della Corte Suprema, in 26 casi sono state ignorate le esperienze, le paure e i desideri dei pazienti, anche quando questi temevano che i neurolettici potessero ucciderli o quando avevano sperimentato gravi danni come la discinesia tardiva. Diversi psichiatri hanno ottenuto ordini del tribunale per somministrare farmaci e dosaggi pericolosi. L'imperativo etico e legale di offrire un trattamento meno invasivo è stato ignorato, ad esempio non sono state offerte benzodiazepine. Gli psichiatri sostenevano, contrariamente all'evidenza, che la psicoterapia non funziona. Non hanno mai offerto psicoterapia o terapia familiare.

È una grave trasgressione della legge e dell'etica professionale quando gli psichiatri esagerano i sintomi dei pazienti e banalizzano i danni dei farmaci per mantenere la coercizione, ma questo accade spesso e le cartelle cliniche dei pazienti possono essere fuorvianti o sbagliate, o modificate dopo un suicidio indotto dai farmaci.⁶⁹⁷ In questo modo, si può dire che gli psichiatri gestiscono un tribunale farsa, dove sono sia investigatori che giudici e mentono regolarmente sulle prove.⁶⁹⁸

Quando i pazienti si lamentano di questo trattamento iniquo, che non è consentito in nessun altro settore della società, sono gli stessi giudici (o i loro amici che concordano con loro) a fornire le prove e le sentenze alla base dei verdetti delle commissioni d'appello. Non importa minimamente quello che dicono i pazienti. Poiché sono stati dichiarati pazzi, nessuno ritiene necessario ascoltarli. È un sistema così abominevole da sembrare surreale, ma è la realtà in tutto il mondo.

La maggior parte dei pazienti che assumono farmaci per la psicosi vuole smettere, ma molti sono costretti ad assumerli, nei casi peggiori come iniezioni a rilascio prolungato per assicurarsi che non "barino" sputando le compresse quando il personale se ne è andato, questo è molto difficile da realizzare.

Il diritto umano fondamentale all'uguale riconoscimento di fronte alla legge si applica a tutti, anche alle persone con disturbi mentali. Ciò emerge chiaramente dalla Dichiarazione universale dei diritti umani, dal Patto internazionale sui diritti civili e politici e dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità che sono state ratificate da quasi tutti i Paesi.

Nel 2014, la Convenzione delle Nazioni Unite ha specificato che gli Stati membri devono sviluppare immediatamente leggi e politiche per sostituire i regimi legali con decisioni sostitutive con regimi a processo decisionale assistito, che rispetti l'autonomia, la volontà e

le preferenze della persona. Ciò significa che l'infermità mentale e altre etichette discriminatorie non sono motivi legittimi per negare la capacità giuridica. Il relatore speciale delle Nazioni Unite, Dainius Pūras, psichiatra lituano, ha invitato tutte le nazioni a rendere illegale il trattamento forzato, ma in questi dieci anni nessun Paese ha fatto nulla al riguardo.

Recentemente, l'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani ha dichiarato il lavoro di Pūras "rivoluzionario", ma le principali organizzazioni psichiatriche si sono dimostrate ostili e sdegnose. Una strategia comune è quella di considerare il relatore speciale, e per associazione le Nazioni Unite, come non scientifico e di parte, mentre la pratica attuale della psichiatria viene presentata come intrinsecamente scientifica ed etica.

Un articolo istruttivo ha analizzato le reazioni delle organizzazioni psichiatriche al rapporto di Pūras.⁶⁹⁹ Tra queste, le solite falsità, ad esempio che gli antipsicotici hanno svuotato i manicomi e reso possibile una vita normale, e che "è stato dimostrato che i trattamenti farmacologici riducono il rischio di suicidio" (evitando di menzionare quali farmaci fossero, ma non ce ne sono), senza alcun riferimento, ma solo affermazioni vaghe come "un'ampia serie di dati". L'affermazione corretta che la psichiatria è colpevole di violazioni dei diritti umani è stata definita "assolutamente diffamatoria in quanto attacca indistintamente un'intera comunità professionale e - per di più - non è assolutamente basata su prove di efficacia".

Per quanto tempo permetteremo agli psichiatri di continuare con le loro menzogne, i loro errori fatali, negazioni corporative, le distorsioni cognitive e le pratiche subottimali? È nostro dovere liberare i nostri cittadini da questa mortale violazione dei diritti umani. Recente-mente, nell'ottobre 2023, l'OMS ha unito le forze con l'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani e ha rilasciato la pubblicazione "*Salute mentale, diritti umani e legislazione: linee guida e pratica*".⁷⁰⁰

Lo psichiatra Niall McLaren ha scritto: "Sappiamo che, al minimo accenno di minaccia, l'asse psichiatria/compagnie farmaceutiche correrà a strillare ai loro amici al governo per far cadere una grande martellata sui nuovi arrivati... Non c'è dubbio che la psichiatria dominante in tutto il mondo avrà una convulsione collettiva quando vedrà ciò che i non-psichiatri hanno pianificato per loro... Possiamo essere certi di una cosa: dati i suoi precedenti, la psichiatria istituzionale non si arrenderà con buona grazia. Guardate i direttori delle riviste: non vogliono nemmeno sapere che esistono l'OMS o l'OHCHR. Non si rendono conto che le Linee Guida, pubblicate di recente, sono una pistola puntata alla testa della psichiatria. Non è un inizio incoraggiante".⁷⁰¹

Silas Dam si è ucciso nel 2023, a soli 24 anni.⁷⁰² Ma nella sua breve vita ha dato un contributo che andrà a beneficio di molti pazienti psichiatrici in Danimarca. Ritenendo ingiustificata la sua contenzione fisica, nonostante fosse stata approvata sia dal tribunale distrettuale che dall'alta corte, ha portato il suo caso alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo, con l'aiuto di un avvocato. Il risultato è stato un accordo con il Ministero della Salute che ha obbligato il governo a modificare la legge sulla psichiatria, in modo da migliorare i diritti dei pazienti psichiatrici sottoposti alla contenzione fisica. Il suo biglietto d'addio recitava: "La psichiatria mi ha ucciso, la contenzione fisica mi ha ucciso, la terapia forzata mi ha ucciso". Ha aggiunto: "Condividete la mia storia".

Se non siete ancora convinti, dovrete leggere *The Zyprexa papers* di Jim Gottstein.⁷⁰³ Si tratta di un libro sulla somministrazione illegale e forzata di farmaci che ha distrutto i pazienti. Gli psichiatri, gli avvocati e la Eli Lilly hanno mentito spudoratamente e i giudici se ne sono fregati. L'ho vissuto in prima persona come testimone esperto di Jim quando sono

andato a trovarlo ad Anchorage nel 2016. Ha dovuto rivolgersi alla Corte Suprema dell'Alaska prima di ottenere giustizia, e ha corso un grande rischio personale esponendo documenti che avrebbero dovuto essere segreti.

Ho ampiamente argomentato in libri, articoli e conferenze il motivo per cui il trattamento forzato in psichiatria non può essere difeso, né per motivi etici, né per motivi legali, né per motivi scientifici,⁷⁰⁴ e sono stato coautore di un rapporto schiacciante con Jim e altri nel 2023.⁷⁰⁵

Ma gli psichiatri più importanti continuano a ignorare o a distorcere i fatti. Il presidente dell'Associazione Psichiatrica Norvegese, Ulrik Fredrik Malt, nel 2019 ha affermato in un giornale che il rischio di morire è sei volte maggiore se un paziente con schizofrenia non assume neurolettici.⁷⁰⁶ Ho risposto che mi dispiace per i pazienti norvegesi che devono consultare psichiatri come lui.⁷⁰⁷

10 Sospendere gli psicofarmaci

I medici hanno reso centinaia di milioni di pazienti dipendenti da psicofarmaci. Non si dovrebbero prescrivere tali farmaci senza un piano di sospensione, ma non ho sentito parlare di un solo paziente a cui sia stato somministrato uno psicofarmaco dopo aver ricevuto informazioni adeguate sui suoi danni, compresi i sintomi di astinenza, e sul piano di sospensione. Un recente sondaggio ha mostrato che solo l'1% dei neozelandesi che assumevano pillole per la depressione era stato informato sugli effetti dell'astinenza o sulla dipendenza.⁷⁰⁸

I medici non hanno imparato a sospendere i farmaci in modo sicuro, ma hanno imparato molto a iniziarli e a ignorare i problemi che causano dando la colpa alla malattia e al paziente.

È una testimonianza dell'assurdità del fatto che gli psichiatri abbiano condotto decine di migliaia di sperimentazioni sui farmaci, ma solo una manciata di studi sull'astinenza sicura. Non soltanto da oltre 150 anni c'è una scarsità di ricerche valide su come abbandonare nel miglior modo possibile le droghe che creano dipendenza - tra cui l'oppio, i bromuri e i barbiturici - ma in tutti questi anni i medici hanno ignorato le difficoltà dei loro pazienti nell'abbandonare i loro farmaci.

Poi c'è il denaro. È molto più veloce ripetere una prescrizione che sospendere un farmaco che crea dipendenza e genera un reddito molto maggiore. Inoltre, i medici possono sentirsi non rispettati quando i pazienti chiedono di sospendere i farmaci che loro hanno introdotto. Una nota comune nelle cartelle cliniche è: "Il paziente non vuole farmaci. Dimesso". È quasi come dire: "Quindi non le piacciono i miei farmaci? Allora non ti piaccio nemmeno io. Arrivederci!".

Una paziente mi ha raccontato che dopo un evento traumatico le erano state prescritte delle pillole della felicità senza un'adeguata informazione sugli effetti collaterali - come vengono eufemisticamente chiamati i danni da farmaci - e quando un anno dopo voleva smettere, perché sentiva che il farmaco non era utile, il suo psichiatra la convinse che aveva bisogno di una dose più alta e la avvertì che interrompere il farmaco avrebbe potuto portare a una depressione cronica.⁷⁰⁹ La donna è diventata sempre più letargica e indifferente a tutto e, quando il suo psichiatra si è messo in malattia per un lungo periodo, ha ricevuto il sostegno di uno psicologo per interrompere il farmaco, che assumeva da 3,5 anni. Quando la psichiatra è tornata, si è sentita offesa dal fatto che la sua paziente si sentisse molto meglio senza il farmaco e ha dichiarato di non poterla aiutare se non voleva i farmaci. Questa psichiatra aveva una stretta relazione con un produttore di pillole della felicità.

I pazienti sono per lo più lasciati liberi di arrangiarsi da soli, ma sono pochi quelli che riescono a cavarsela bene. Per questo motivo condividono le loro esperienze su Internet, ad esempio su theinnercompass.org creato da Laura Delano, e sui social media.

Ciò di cui abbiamo maggiormente bisogno in psichiatria sono le cliniche per l'astinenza, con un accesso facile e veloce e gratuito, e l'informazione sugli effetti nocivi degli psicofarmaci, su come interromperli e su come evitare di iniziarli. Gli investimenti pubblici in queste cliniche porterebbero a un minor numero di pensioni di invalidità, a un numero molto inferiore di decessi, a cittadini molto più sani e a una diminuzione dei crimini gravi.

Agli infermieri, agli psicologi, agli assistenti sociali, agli insegnanti e ad altre persone che non prescrivono farmaci è stato spesso insegnato che il loro compito è quello di spingere le persone a ottenere una diagnosi e a rispettare i farmaci prescritti. Dovrebbero essere istruiti ad aiutare i cittadini a evitare diagnosi e farmaci psichiatrici.

I maggiori ostacoli alla sospensione sono l'ignoranza, le false credenze, la paura, la pressione dei familiari e degli operatori sanitari e le questioni pratiche, come la mancanza di farmaci in dosi adeguatamente ridotte.

La maggior parte dei consigli contenuti nei libri di testo di psichiatria su come sospendere gli psicofarmaci ai pazienti è sbagliata e spesso direttamente pericolosa. Nei lunghi elenchi di sintomi di astinenza mancano i danni più gravi, come acatisia, suicidio e violenza. E sebbene i sintomi dell'astinenza siano molto simili per i farmaci per la depressione e le benzodiazepine,⁷¹⁰ non sono stati chiamati sintomi di astinenza per i farmaci per la depressione.

Nessuno dei libri spiegava che le curve di legame degli psicofarmaci sono iperboliche e che la riduzione deve quindi essere esponenziale, con riduzioni di dose molto piccole alla fine.⁷¹¹ Il motivo principale per cui i tentativi di astinenza spesso falliscono è che i medici effettuano la riduzione troppo rapidamente e in modo lineare. Inoltre, pochi medici capiscono che i sintomi da astinenza e quelli da malattia sono spesso gli stessi. Quando i pazienti peggiorano durante l'astinenza, gli psichiatri, gli altri medici, gli assistenti sociali e i familiari di solito dicono loro che i sintomi dimostrano che hanno ancora bisogno del farmaco.

Ho inventato il termine "depressione da astinenza" per i sintomi di astinenza che imitano una depressione. Si tratta di una depressione che si verifica in un paziente che non è attualmente depresso, ma il cui farmaco viene interrotto bruscamente o nell'arco di alcune settimane. La sua caratteristica è che i sintomi della depressione si manifestano rapidamente (a seconda dell'emivita del farmaco o dei suoi metaboliti attivi) e scompaiono nel giro di poche ore quando si riprende la dose completa. La reintroduzione del farmaco può quindi essere considerata un test diagnostico per separare una depressione da astinenza da una vera depressione, che non risponde prontamente a una pillola per la depressione.

Uno studio con cold turkey (*sospensione improvvisa*) ha mostrato chiaramente la differenza.⁷¹² Ai pazienti che stavano bene è stata improvvisamente cambiata la terapia di mantenimento con un placebo in doppio cieco per 5-8 giorni, in un momento sconosciuto a loro e ai loro medici. I criteri degli autori per la depressione sono stati soddisfatti da 25 dei 122 pazienti che assumevano sertralina o paroxetina. Ho calcolato che il numero atteso di ricadute in un intervallo di tempo così breve era pari a zero,⁷¹³ il che suggerisce che nessuno dei 25 pazienti sarebbe "ricaduto" se non fosse stato esposto a un cold turkey. Mi sono basato su uno studio condotto su 362 studenti delle scuole superiori che avevano avuto uno o più episodi di depressione.⁷¹⁴ Dei pazienti che sono guariti, il 5% ha avuto una ricaduta entro 6 mesi e il 12% entro un anno, il che suggerisce un tasso di ricaduta piuttosto costante nel tempo. Utilizzando questi dati, ho calcolato il numero atteso di pazienti che ricadono. Si tratta di $122 \times 12\% \times 6,5/365 = 0,03$.

Le assurdità dei libri di testo erano infinite e dimostravano che gli psichiatri confondono i sintomi di astinenza con le ricadute. Due libri sostenevano che i pazienti non diventano dipendenti dalle pillole per la depressione e uno di essi affermava che, per questo motivo, le ricadute non dovevano essere interpretate erroneamente come sintomi di astinenza! Questo è anche il modo in cui la maggior parte degli psichiatri argomenta nella pratica clinica e nei loro articoli scientifici.

Due libri di testo sostenevano che se il farmaco viene interrotto troppo presto, aumenta il rischio di ricaduta, e questa concezione errata ha portato a raccomandazioni dannose di trattamenti a lungo termine. I libri di testo consigliavano una fase di continuazione di 6-12 mesi dopo la remissione della depressione, e più lunga è, meglio è, ad esempio in caso di depressione grave con imminente rischio di suicidio. Questo consiglio è mortale.

Se un paziente aveva avuto due depressioni nell'arco di 5 anni, il medico doveva prendere in considerazione la possibilità di continuare il farmaco per un anno in più; se si trattava di tre depressioni, per 5-10 anni o per tutta la vita; se l'esordio avveniva dopo i 50-60 anni, il trattamento doveva essere a vita perché il rischio di recidiva era quasi del 100%. È stato inoltre affermato che si ottiene un eccellente effetto antidepressivo preventivo. Questo non può avvenire perché i farmaci non funzionano (si veda il Capitolo 2 sulla depressione).

Un libro di testo raccomanda di continuare a usare il farmaco per un numero di anni pari al numero di episodi depressivi. Anche se immaginiamo di avere un farmaco che funziona, è bizzarro. Significa che più l'effetto è scarso, o addirittura nullo, più a lungo il paziente dovrebbe assumere il farmaco. Se si verificassero sette depressioni, il paziente sarebbe "condannato" ad altri sette anni di pillola.

Un libro di testo raccomandava un trattamento di mantenimento già dopo un singolo episodio maniacale, per 2-10 anni o per tutta la vita. Lo standard nella pratica clinica è il trattamento a vita.

Un grosso errore nei libri di testo è stato quello di elencare brevi intervalli di tempo in cui possono verificarsi i sintomi di astinenza. I sintomi possono verificarsi in qualsiasi momento, ad esempio se il paziente è stressato, e una revisione ha dimostrato che più a lungo si assumono i farmaci, più alta è la probabilità di effetti di astinenza quando si smette.⁷¹⁵ Da questa revisione è emerso che il tasso complessivo di effetti da astinenza è stato del 56%, con il 25% dei pazienti che ha sperimentato un'astinenza grave.

Nel 2024, *il Guardian* riportava che solo il 15% sviluppa sintomi di astinenza e che solo il 3% presenta sintomi gravi,⁷¹⁶ facendo riferimento a uno studio pubblicato su *Lancet Psychiatry*.⁷¹⁷ Lo psichiatra Carmine Pariante dichiarò trionfalmente nel suo titolo che "Il mito che gli antidepressivi creino dipendenza è stato sfatato - sono uno strumento vitale per la psichiatria".⁷¹⁸

Il problema di questa dichiarazione è che era sbagliata. E Pariante ha incluso altre falsità, ad esempio: "In coloro che ne beneficiano, gli antidepressivi migliorano indubbiamente la depressione e riducono il rischio di suicidio". Ha anche affermato che, nei suoi 33 anni di pratica clinica, poteva contare quelli che avevano avuto difficoltà a smettere "sulle dita di una mano". Beh, non c'è nessuno così cieco come colui che non vuole vedere.

Lo studio era inaffidabile, soprattutto perché sono stati esaminati studi a breve termine controllati con placebo e finanziati dall'industria.⁷¹⁹ L'industria non è interessata a trovare danni gravi nei suoi studi, li ignora, e la valutazione degli effetti di astinenza è raramente un esito negli studi industriali.

Nel 2014 ho co-fondato il Council for Evidence-based Psychiatry nel Regno Unito,⁷²⁰ istituito dal regista e imprenditore Luke Montagu, erede del Conte di Sandwich, che ha sofferto terribilmente di sintomi di astinenza per molti anni dopo aver abbandonato gli psicofarmaci. Alla riunione inaugurale ho tenuto una conferenza alla Camera dei Lord, spiegando perché l'uso degli psicofarmaci fa più male che bene. Abbiamo avuto un'ampia copertura da parte della stampa e, tre mesi dopo, sono stato attaccato dai "silverback" (*maschi dominanti*) della psichiatria britannica su *Lancet Psychiatry*.

Il loro articolo è pieno di attacchi *ad hominem* e di false informazioni sugli effetti miracolosi dei farmaci, compresi i soliti mantra che i farmaci per la depressione proteggono dal suicidio e che le persone che criticano la psichiatria sono "anti-psichiatria".⁷²¹ È stato molto primitivo e ho fatto notare i loro errori e che non avevano argomenti validi.⁷²²

Queste persone erano ai vertici della loro professione eppure sostenevano opinioni in aperto contrasto con la scienza. Sostenevano che gli SSRI sono tra i farmaci più sicuri mai prodotti, che i loro effetti avversi sono raramente gravi e che dovremmo ignorare le "esperienze gravi con i farmaci", che liquidavano come aneddoti che potevano essere distorti dall'"incentivo del contenzioso". Inoltre, hanno affermato che le pillole sono altamente efficaci e che hanno un effetto impressionante sulle recidive, con un numero di pazienti da trattare per ottenere un beneficio (NNT) di circa tre. Non hanno capito che gli studi non hanno valutato le recidive, ma le depressioni da astinenza nel gruppo placebo. Poiché sono necessari solo due pazienti per ottenere un paziente con sintomi di astinenza quando si interrompe un farmaco,⁷²³ non può esistere un NNT per prevenire le recidive, ma solo un numero necessario per nuocere (NNH), che è due.

Ho citato il nome di Luke nel 2015 in un articolo su invito per il *Daily Mail* in cui facevo notare che gli psicofarmaci sono la terza causa di morte.⁷²⁴ Il Royal College of Psychiatry del Regno Unito ha reagito il giorno stesso: "Purtroppo, articoli di questa natura possono fare più male che bene, in quanto c'è il rischio concreto che possano scoraggiare le persone dal cercare o continuare le cure. Questo è pericoloso, perché la depressione non trattata ha più o meno lo stesso effetto del fumo sulla mortalità e può portare al suicidio".⁷²⁵ Mi hanno esortato a pubblicare i miei dati su riviste specializzate, in modo che le affermazioni potessero essere esaminate in modo indipendente. Cosa c'è di sbagliato nel pubblicare i dati, che provengono dalla letteratura pubblicata, in un libro e fare dei calcoli su di essi?

L'editore ha apportato molte modifiche al mio articolo e ha insistito affinché aggiungessi questa dichiarazione: "In qualità di ricercatore per la Cochrane Collaboration, un organismo internazionale che valuta la ricerca medica, il mio ruolo è quello di esaminare in modo scientifico le prove di efficacia dei trattamenti".

Anche se il mio articolo è uscito due settimane dopo la pubblicazione del mio primo libro di psichiatria in cui erano contenute tutte le prove, la mia ricerca è stata pubblicamente denigrata dai responsabili della Cochrane che hanno caricato online una dichiarazione che è ancora in vigore.⁷²⁶ Hanno detto che le mie dichiarazioni sugli psicofarmaci e sul loro uso da parte dei medici britannici potevano essere fraintese come ad indicare che stavo conducendo il mio lavoro per conto della Cochrane. Hanno inoltre affermato che le mie opinioni sui benefici e sui danni degli psicofarmaci non sono quelle dell'organizzazione.

Così mi sono trovato in conflitto con la mia stessa organizzazione. La Cochrane ha tre gruppi che si occupano di salute mentale e hanno pubblicato centinaia di revisioni fuorvianti di psicofarmaci perché gli autori non hanno prestato sufficiente attenzione ai difetti delle sperimentazioni.⁷²⁷ Le due questioni più importanti sono queste:

Il materiale di partenza è costituito principalmente da rapporti di sperimentazione sostenuti dall'industria su riviste mediche, che sono altamente fuorvianti rispetto ai rapporti degli studi clinici che le aziende hanno presentato alle autorità di regolamentazione dei farmaci,⁷²⁸ con analisi distorte dei benefici e omissione di gravi danni. Mancano fino alla metà di tutti i decessi.⁷²⁹

Gli autori della Cochrane ignorano che quasi tutti gli studi controllati con placebo sono falsati perché i pazienti erano già in trattamento con un farmaco simile prima della randomizzazione e sono quindi esposti agli effetti della sospensione improvvisa ("*cold turkey*").

Ovviamente, Cochrane, in quanto organizzazione, non può avere "opinioni" sugli psicofarmaci che abbiano più peso di quelle di un ricercatore che ha studiato la ricerca in dettaglio. Ma la loro tattica di sconfessare le mie conclusioni basate sulle prove ha

funzionato, ovviamente. L'eminenza batte sempre l'evidenza. Cinque giorni dopo il caricamento online della loro dichiarazione, il *BMJ* ha pubblicato una notizia intitolata "*La Cochrane prende le distanze dalle opinioni controverse sugli psicofarmaci*".⁷³⁰ Si trattava di un abuso del termine "controverso". Non è controverso che gli scienziati dicano al pubblico ciò che hanno visto, anzi, ci si aspetta che facciano esattamente questo, senza censure.

Sia allora che in seguito, la Cochrane ha preferito sostenere la corporazione psichiatrica e l'industria del farmaco piuttosto che la scienza onesta, e di questo gli psichiatri hanno ampiamente approfittato. David Nutt, uno dei Silverback, durante una conferenza in Nuova Zelanda nel febbraio 2018 ha affermato che ero stato cacciato dalla Cochrane. Era in anticipo di sette mesi.⁷³¹ Nutt è stato in passato il principale consulente del governo britannico in materia di droga, ma è stato licenziato per aver sostenuto che l'ecstasy - una droga ricreativa chiamata anche MDMA, un derivato dell'anfetamina - non è più pericolosa dell'andare a cavallo. Io lo chiamo David Nuts (*ndt; pazzo, gioco di parole intraducibile*).

Luke ha scritto della sua "carriera" psichiatrica nell'articolo del *Daily Mail*. I suoi sintomi erano di una tale natura e gravità che all'inizio ho fatto fatica a credergli. Non avevo mai sentito parlare di nulla di lontanamente simile al suo tormento durante i miei studi di medicina o in seguito.

Anche un altro mio collega, lo psichiatra Mark Horowitz, probabilmente non avrebbe creduto ai numerosi e orribili sintomi di astinenza di cui gli parlavano i suoi pazienti, se non avesse sperimentato lui stesso orrori simili quando ha passato anni a cercare di smettere di assumere il suo farmaco per la depressione.⁷³² Mark ha scritto ai membri del Critical Psychiatry Network: "La duloxetina, la paroxetina e la venlafaxina sono farmaci pericolosi da abbandonare e ho visto tutti gli orrori possibili, tra cui acatisia, spasmi muscolari e suicidio. Ho visto persone che hanno impiegato dai 3 ai 5 anni per abbandonare ciascuno di questi farmaci".

Luke non aveva alcuna condizione psichiatrica quando è caduto nella trappola invisibile dei farmaci psichiatrici. Aveva subito un'operazione ai seni paranasali e probabilmente aveva reagito male all'anestesia, ma il suo medico di famiglia gli aveva detto che aveva uno squilibrio chimico nel cervello e gli aveva somministrato varie pillole per la depressione che non lo avevano aiutato. Nessuno dei medici e degli psichiatri gli ha dato retta quando Luke ha detto che il problema era iniziato con l'operazione ai seni paranasali.

Come spesso accade, Luke ha concluso a malincuore che c'era qualcosa di sbagliato in lui e ogni volta che ha provato a smettere di prendere i farmaci, si è sentito così male che è tornato a prenderli e ha pensato di averne bisogno. Dopo che uno psichiatra gli aveva dato quattro nuovi farmaci, tra cui un sonnifero, non si rese conto di essere diventato "dipendente come un drogato dall'eroina".

Luke è stato esposto a una grave negligenza medica. In una clinica per tossicodipendenti, il suo psichiatra gli consigliò di smettere subito di prendere il sonnifero e nel giro di tre giorni fu investito da uno tsunami di sintomi terribili. Fu l'inizio di quasi sette anni di inferno. Era come se parti del suo cervello fossero state cancellate. Quando si riprese, aveva ancora una sensazione di bruciore e aghi in tutto il corpo, un forte acufene e una sensazione di intensa agitazione. Quando ho incontrato Luke per l'ultima volta, nel giugno 2019, soffriva ancora di sintomi di astinenza.

Luke ha fondato l>All-Party Parliamentary Group on Prescribed Drug Dependence (APPG), che ha esercitato con successo pressioni sul governo britannico affinché riconoscesse il problema, ottenendo anche il sostegno della British Medical Association e del Royal College

of Psychiatrists. Nel 2019, l'APPG e il Council for Evidence-based Psychiatry hanno pubblicato una guida dettagliata sulla sospensione degli psicofarmaci.⁷³³

Come farlo e come non farlo

La sottovalutazione del problema della sospensione è stato il motivo per cui nel 2014 ho avviato una rete informale di psichiatria critica in Danimarca con lo psicologo Allan Holmgren. Quattro di noi hanno scritto una breve linea guida per aiutare i pazienti a sospendere, con una tabella di astinenza per registrare i sintomi giornalieri e consigli su come produrre le piccole dosi necessarie. Ho anche stilato un elenco di persone in tutto il mondo disposte a fornire assistenza nel processo.⁷³⁴ Alcuni di noi hanno cercato di aiutare i pazienti in vari modi, ad esempio pubblicando un articolo di giornale in cui si diceva che gli psicofarmaci non sono la soluzione al loro problema,⁷³⁵ che abbiamo tradotto in inglese.⁷³⁶

Nel 2016 ho co-fondato l'Istituto internazionale per l'astinenza da psicofarmaci⁷³⁷ a Göteborg e nel 2020 ho pubblicato il libro "*Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs*" (*Kit di sopravvivenza per la salute mentale*),⁷³⁸ per aiutare i pazienti ad abbandonare i farmaci in modo sicuro. È apparso in nove lingue ed è stato pubblicato a puntate su Mad in America, dove può essere letto gratuitamente.⁷³⁹ I volontari lo hanno trovato così utile che lo hanno tradotto in spagnolo, francese e portoghese e io lo offro gratuitamente in queste lingue sul sito web del mio istituto.⁷⁴⁰ È stato pubblicato anche in danese, svedese, olandese e italiano.

Nel 2024, Mark Horowitz e David M. Taylor hanno pubblicato una guida dettagliata sulla sospensione.⁷⁴¹

Poiché i medici sono raramente d'aiuto, spesso sono psicologi, altri terapeuti, farmacisti, amici e parenti ad aiutare i pazienti a smettere di assumere farmaci.

È un enorme vantaggio se il paziente riesce a trovare una persona che ha avuto successo con l'astinenza - un mentore del recupero - e la coinvolge nel processo di sospensione. Poiché un mentore del recupero raramente sarà disponibile su base giornaliera, sono necessarie altre persone di supporto. La sensazione di sicurezza e che c'è qualcuno che si prende cura può avere un forte effetto curativo.

Anche gli psicologi che non hanno accettato i miti della psichiatria biologica possono essere molto utili. Può essere travolgente quando le emozioni, che sono state sopresse per tanto tempo, ritornano, e può essere fondamentale ottenere un supporto psicologico per gestire la transizione da una vita emotivamente intorpidita a una vita piena.

Durante la dolorosa astinenza da psicofarmaci, il cervello dei pazienti è in uno stato di crisi indotto dai farmaci ed è più che mai vero che non possono credere a ciò che la loro mente dice loro. Tuttavia, spesso sentono di essere se stessi e, se messi di fronte a ciò, danno spiegazioni al loro strano comportamento - negando di essere diventati irritabili, agitati, ostili o difficili in altri modi - e reagiscono con rabbia a tali "accuse".⁷⁴²

Per questo motivo è essenziale che i pazienti non siano soli e che i parenti o gli amici più stretti li osservino attentamente. Nei casi in cui i pazienti hanno lasciato biglietti d'addio, molto raramente c'ra qualche indicazione che il problema fosse il farmaco; i pazienti non lo sanno e pensano di essere impazziti. Può quindi essere pericoloso se le false spiegazioni del paziente vengono accettate, e il paziente dovrebbe permettere ad amici e familiari di contattare il terapeuta se sono preoccupati.

Spesso è necessaria una forte determinazione e pazienza per abbandonare i farmaci. Di solito è possibile farlo in pochi mesi, ma il record dello psichiatra Jens Frydenlund è di otto

anni per un SSRI. Lavora con i tossicodipendenti da decenni e, come altri psichiatri, afferma che è molto più facile smettere con l'eroina che con una benzodiazepina o un SSRI, perché i sintomi dell'astinenza da eroina scompaiono piuttosto rapidamente. Non sorprende che alcuni pazienti affermino che l'astinenza è stata peggiore della depressione.⁷⁴³

Spesso è un lavoro enorme aiutare un paziente a superare l'astinenza, e non finisce qui. La persona di supporto dovrebbe riassumere il processo e i sintomi più importanti insieme al paziente, al quale dovrebbe essere offerto un supporto continuo. Se la situazione è stressante, c'è il rischio di ricadere nella trappola della droga, il che può causare il ritorno di alcuni dei sintomi dell'astinenza, anche molto tempo dopo una sospensione riuscita. Possono passare anni prima che il cervello torni normale e, a volte, non succederà mai perché il cervello è stato danneggiato in modo irreversibile.

C'è anche una questione di equità. I pazienti che dispongono di maggiori risorse sono più liberi di assentarsi dal lavoro, di pagare i terapeuti che li aiutano a sospendere e di mantenersi in condizioni finanziariamente sostenibili nel processo. Pertanto, la psichiatria danneggia i poveri più di quanto non faccia con i ricchi.

Non si dovrebbe tentare di ridurre la dose a un paziente che non ha un reale desiderio di liberarsi dai farmaci. È improbabile che funzioni. Ma questo non deve essere usato come scusa per non fare nulla. Dobbiamo spiegare ai pazienti che il trattamento a lungo termine è molto dannoso e cercare di convincerli a iniziare un processo di sospensione. Purtroppo, c'è un enorme problema di pazienti che chiedono i farmaci poiché sono stati convinti dalla propaganda farmaceutica a persistere nell'assunzione di farmaci, e molti prescrittori si nascondono dietro la "scelta del paziente" e continuano a danneggiare i loro pazienti.

In Olanda, l'ex paziente Peter Groot e il professore di psichiatria Jim van Os hanno preso un'iniziativa notevole. Una farmacia di Amsterdam produce strisce per il "tapering" (la riduzione della dose) con dosi sempre più piccole di farmaco, che rendono più facile la sospensione. I medici di qualsiasi paese possono ordinare le strisce dal sito web taperingstrip.org.

I risultati sono impressionanti. In un gruppo di pazienti che assumevano pillole per la depressione, il 62% aveva già provato a smettere senza successo, ma dopo una mediana di soli 56 giorni, il 71% degli 895 pazienti aveva smesso di assumere il farmaco.⁷⁴⁴

Nel 2023 ho scritto di questo argomento su Mad in America e ho spiegato come si possono fare piccole dosi che non sono disponibili in commercio senza ordinare le strisce per la riduzione.⁷⁴⁵

Il successo iniziale è importante. Spesso è meglio eliminare il farmaco iniziato più di recente,⁷⁴⁶ poiché l'astinenza diventa più dura quanto più a lungo il paziente ha assunto un farmaco. Il litio e le pillole per la psicosi dovrebbero essere ritirati precocemente, poiché causano molti danni. Poiché l'astinenza può causare problemi di sonno, è bene eliminare per ultimi i sonniferi.

Con poche eccezioni, non è consigliabile iniziare la sospensione di più di un farmaco alla volta, in quanto diventa difficile individuare il farmaco che provoca i sintomi dell'astinenza.

Raramente è una buona idea sostituire un farmaco con un altro, anche se il nuovo farmaco ha un'emivita più lunga nell'organismo. Un cambio può portare a ulteriori problemi di astinenza, perché i due farmaci potrebbero non avere come bersaglio gli stessi recettori, o a un sovradosaggio, poiché è difficile sapere quali dosi utilizzare nella fase di transizione. Tuttavia, può essere necessario se una compressa o una capsula non può essere divisa.

In genere non è consigliabile introdurre un nuovo farmaco, ad esempio un sonnifero, se i sintomi dell'astinenza rendono difficile il sonno. È meglio aumentare temporaneamente la dose.

L'ultimo piccolo passo può essere il peggiore, non solo per questioni fisiche ma anche per motivi psicologici. Il paziente può chiedersi: "Ho preso questa pillola per tanto tempo; oso fare l'ultimo piccolo passo? Chi sono se non prendo la pillola?". Il medico potrebbe ridere e dire che è impossibile avere sintomi di astinenza quando la dose è così bassa.⁷⁴⁷ Se un tale "saputello" è coinvolto nella sospensione, il paziente dovrebbe trovare un altro medico.

La storia di Stine Toft, una donna danese di 27 anni, è stata così devastante, ma anche così tipica, che l'ho pubblicata su *Mad in America*.⁷⁴⁸ La donna non è mai stata maniacale, a parte una volta in cui ha preso una pillola per la depressione, ma nonostante ha ricevuto la diagnosi di disturbo bipolare. È stata gravemente danneggiata. Le dissero che la sua condizione sarebbe durata per il resto della vita; prese pillole per la depressione, antiepilettici e una pillola per la psicosi; ingrassò di 50 kg; perse circa 14 anni della sua vita a causa della psichiatria; perse il marito; sfiorò il suicidio e finì in pensione di invalidità.

Il marito successivo di Stine la salvò. Chiese cosa fosse la malattia, perché non riusciva a vederla. Ma lei ora soffriva dell'incantesimo farmacologico. Ci volle un anno e mezzo prima che si arrendesse e accettasse di sospendere il farmaco, il che fu straziante perché non ricevette la guida necessaria. Ci sono voluti due anni e mezzo. In seguito ha trovato due miei libri e si è resa conto che tutto ciò che aveva vissuto era ben noto e perfettamente normale. È stato scioccante per lei leggere di come sia normale essere esposti all'inferno che aveva passato, ma anche liberatorio scoprire che non era malata e che non c'era nulla di sbagliato in lei.

Oggi Stine sta bene. È diventata coach e psicoterapeuta e ha aiutato molti pazienti a smettere di prendere le pillole per la depressione. Non vede più la sua famiglia. Loro sostengono che era malata e che aveva solo bisogno di prendere le medicine.

Stine tiene conferenze, ma trova difficile diffondere il messaggio. Ha tenuto conferenze per la Psichiatria della Regione della Capitale sull'essere bipolare, il che è stato facile. Alla gente piace vedere una persona malata e ascoltare la sua storia. Ma la storia del successo di un sopravvissuto psichiatrico che mette in discussione l'intero sistema non è considerata interessante, o meglio, è considerata una minaccia per la professione.

Nel 2019, Stine propose all'organizzazione di pazienti "Better Psychiatry" della sua città di invitarmi a tenere una conferenza. Il presidente non sapeva chi fossi e introdusse l'incontro dicendo che la psichiatria aveva bisogno di più soldi. Ho risposto che non ero sicuro che fosse una buona idea. Se arrivassero più soldi, si farebbero ancora più diagnosi, si userebbero ancora più farmaci e ancora più persone finirebbero in pensione di invalidità.⁷⁴⁹

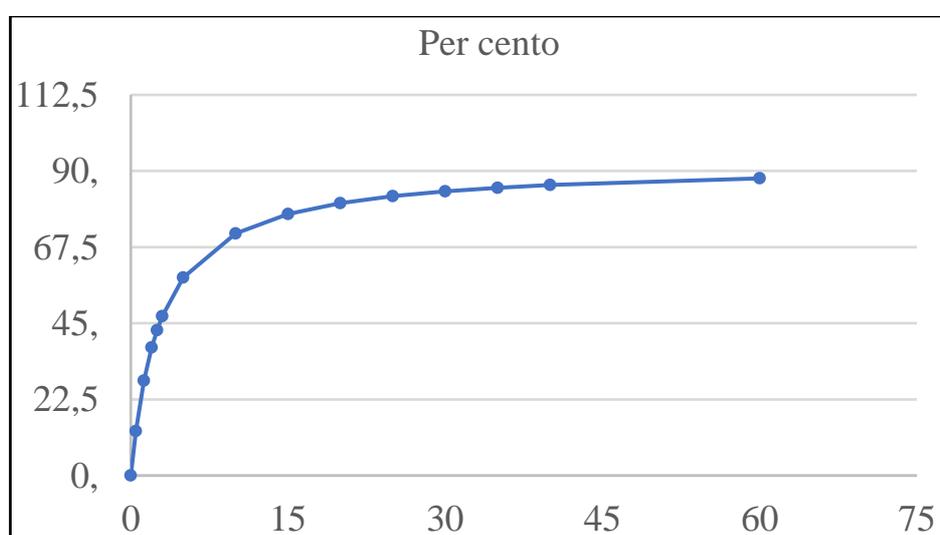
È valsa la pena di scrivere il libro sulla sospensione. Il primo capitolo è: *Questo libro potrebbe salvarvi la vita*, e ho ricevuto molte e-mail in cui mi si diceva che aveva salvato la vita di qualcuno.

La maggior parte dei medici sa pochissimo dei sintomi di astinenza e di come ridurre il dosaggio in modo relativamente sicuro, con il minor numero possibile di danni,⁷⁵⁰ e, se riducono il dosaggio, lo fanno troppo rapidamente. In questo sono sostenuti dalle autorità. Nel 2019, il Ministero della Salute danese ha pubblicato una linea guida sulle pillole per la depressione destinata ai medici di famiglia. Il mittente era *Farmacoterapia Razionale*, ma

non era razionale, era pericolosa. Poiché sapevo da precedenti esperienze che non si ottiene nulla lamentandosi con le autorità, ho messo in guardia le persone contro la linea guida in un giornale.⁷⁵¹

Al Consiglio di Sanità è stata data l'opportunità di rispondere, ma ha rifiutato - un segno dell'arroganza ai vertici delle nostre istituzioni. Uno psichiatra e un farmacologo clinico avevano contribuito alla linea guida, ma non sembravano sapere che le curve di legame dei farmaci ai recettori sono iperboliche. La curva è molto ripida all'inizio, quando la dose è bassa, e si appiattisce fino a diventare quasi orizzontale nella parte superiore (vedi figura, i numeri sull'asse delle ascisse sono le dosi di citalopram).

La dose consigliata per il citalopram è di 20 o 40 mg al giorno, ma anche a una dose minima di 0,4 mg, il 10% dei recettori della serotonina è ancora occupato.⁷⁵² Ciò significa che i pazienti possono manifestare sintomi di astinenza quando passano da quella piccola dose a nulla.



(Per gentile concessione di Mark Horowitz)

Il Consiglio ha raccomandato di dimezzare la dose ogni due settimane, il che è rischioso. Poiché praticamente tutti i pazienti sono in overdose, dopo la prima riduzione della dose potrebbero rimanere sulla parte piatta della curva di legame e non avvertire sintomi di astinenza. Ma anche questo potrebbe causare problemi, perché gli psicofarmaci stimolano diversi recettori e non conosciamo le curve di legame per tutti questi.

La volta successiva, quando si passa dal 50% della dose iniziale al 25%, le cose possono andare male e, se non ci sono sintomi di astinenza, quasi certamente compariranno alla dose del 12,5%. È anche troppo veloce cambiare la dose ogni due settimane. La dipendenza fisica dalle pillole può essere così pronunciata che occorrono mesi o anni per abbandonare completamente le pillole.

Un processo di riduzione deve rispettare la forma della curva di legame e quindi deve essere minore del dimezzamento della dose ad ogni passaggio. Questo si può ottenere togliendo una certa percentuale della dose precedente, ad esempio il 10%. Quindi, il primo passo è il 90% e dal 50% non si riduce al 25% ma solo al 45%. Se si riduce del 10% due volte al mese, ci vorranno 11 mesi prima di scendere al 10% della dose iniziale, quindi se si assumono quattro farmaci, potrebbero essere necessari quattro anni per diventare liberi da farmaci se non si cerca di andare più veloce di così.

Questi principi sono noti da decenni e i miei colleghi e io ne abbiamo scritto ripetutamente sui giornali danesi e altrove dal 2017.⁷⁵³ E nel 2019, otto mesi prima che il Ministero della Salute danese pubblicasse la sua linea guida, sono stati spiegati in un articolo istruttivo su *Lancet Psychiatry*.⁷⁵⁴

Nel 2021, quando gli psichiatri Christoffer C. Lundsgaard e Poul Videbech consigliarono comunque di dimezzare le dosi ogni due settimane in un articolo sullo "Stato dell'arte" pubblicato sul *Journal of the Danish Medical Association*, spiegai nuovamente che questo consiglio è pericoloso.⁷⁵⁵ Nella loro risposta, cambiarono argomento e notarono che organizzavo "costosi" (erano economici) corsi sulla sospensione e che vendevo libri (ne ho scritto solo uno) su questo argomento.⁷⁵⁶

Proteggere la corporazione psichiatrica e sacrificare i pazienti

Gli psicofarmaci sono il Santo Graal per gli psichiatri. Per questo motivo, la corporazione psichiatrica e i suoi alleati si oppongono con forza quando si dice alla gente la verità sugli psicofarmaci e si spiega come staccarsi da essi in modo sicuro e ottenere una vita migliore.

Per oltre dieci anni ho esercitato pressioni sui relatori del Parlamento danese in materia di salute e sono sempre stati positivi quando ho spiegato perché sono necessari grandi cambiamenti in psichiatria, con un minor uso di farmaci e con iniziative per la sospensione. Ma non hanno mai osato sfidare gli psichiatri, che si affrettavano a dire loro che la psichiatria non rientrava nelle loro competenze. Anche per i politici è comodo che esista una professione che si occupa degli elementi più inquietanti delle nostre società e che esercita uno stretto controllo sociale su di essi.

Nel 2016 si è tenuta un'audizione in Parlamento sul perché la sospensione degli psicofarmaci è così importante e sul come andrebbe fatta, che è stato il titolo del mio intervento. Non c'era un solo psichiatra esperto di sospensione nel programma. L'unico psichiatra era Bjørn Eprdrup, che ha spiegato perché sono necessarie le pillole per la psicosi e ha detto di poter vedere la schizofrenia su una scansione cerebrale, il che non è vero.⁷⁵⁷ Eprdrup ha lasciato l'incontro prima che qualcuno potesse interrogarlo sulle sue affermazioni. L'unica cosa che si può vedere su una scansione cerebrale è il restringimento del cervello causato dalle pillole per la psicosi!⁷⁵⁸

Nel 2017 ho tenuto una relazione su invito a un incontro sulla sovradiagnosi e il sovratrattamento in psichiatria a Sherbrooke, in Canada. Anche se la maggior parte del pubblico era composta da psichiatri, 74 degli 84 partecipanti hanno riferito in seguito che la mia presentazione aveva risposto alle loro esigenze. Non me lo aspettavo, soprattutto dopo la discussione, che è stata molto tesa.

Sentivo che stava per arrivare un cambiamento. Due mesi dopo, Allan Holmgren e un partito politico organizzarono una conferenza in Parlamento, *Una psichiatria senza farmaci*. Bob Whitaker tenne una conferenza sull'epidemia di psicofarmaci e io fui altrettanto esplicito: *Il mito della psichiatria biologica; l'uso degli psicofarmaci fa molto più male che bene*.

Ma sono rimasto deluso. I cattivi affari sono continuati.

Nel 2017 ho tenuto a Copenaghen un corso di un'intera giornata sulla sospensione degli psicofarmaci. Questo è stato troppo per i sostenitori della psichiatria biologica. *MIND*, la rivista per i soci dell'organizzazione più influente per i pazienti psichiatrici in Danimarca, si è

rifiutata di pubblicare un annuncio per il corso, nonostante fosse rivolto sia ai professionisti che ai pazienti e ai loro familiari.⁷⁵⁹

All'inizio ho chiamato il giornalista di *MIND*, Henrik Harring Jørgensen, responsabile delle pubblicità. Era molto a disagio e ha detto che non avrebbe dovuto essere coinvolto nel dibattito sugli psicofarmaci. Gli ho spiegato che, a prescindere da ciò che si pensa degli psicofarmaci, molti pazienti volevano smettere, ma non riuscivano a trovare aiuto, ed era per questo che offrivamo il corso.

Jørgensen aveva bisogno di un via libera più in alto e sapevo che il presidente della *MIND*, Knud Kristensen, era molto appassionato di farmaci, che elogiava sempre nei media quando io li criticavo. In un dibattito radiofonico, sostenne che alcuni dei suoi membri avevano detto che le pillole per la depressione avevano salvato loro la vita. Gli risposi che era un'argomentazione ingiusta, perché tutti coloro che le pillole avevano ucciso non potevano risorgere dalla tomba e dire che le pillole li avevano uccisi.

Quando un anno prima ho tenuto una conferenza per la *MIND* a Copenaghen, Kristensen era venuto dall'altro capo del Paese per presiedere l'incontro e fare domande. Era chiaro che non gli piacevo e le sue domande erano poco amichevoli. Tuttavia, i pazienti dissero che ciò che avevo detto loro era vero e che avevano sperimentato loro stessi quanto fosse difficile smettere di prendere gli psicofarmaci.

Ho inviato il mio annuncio a Jørgensen, ma la sede centrale della *MIND* mi ha ignorato. Ho inviato diverse e-mail a cui non hanno risposto, ho chiamato diverse volte e sono stato passato a Jørgensen dal segretario che ha detto di essere nel suo ufficio, ma non ha risposto al telefono.

Quando mancavano pochi giorni alla scadenza dell'annuncio, mi sono recato alla sede centrale della *MIND* per avere una risposta. Il documentarista Janus Bang seguiva il mio lavoro da due anni, così ho portato con me lui e la sua troupe per registrare l'evento da utilizzare in seguito. Naturalmente non abbiamo annunciato la nostra visita in anticipo.

Il direttore della *MIND*, Ole Riisgaard, mi trattò in modo molto sgarbato e accondiscendente, come quando negli anni Cinquanta un maestro di scuola rimproverava uno studente cattivo. Sapeva del mio annuncio ma aveva bisogno dell'approvazione di Kristensen.

Il giorno dopo mi ha scritto che avrebbero pubblicato il mio annuncio. Ha aggiunto: "Considerando il vostro pessimo e totalmente inaccettabile comportamento di ieri, in cui vi siete presentati senza accordo né permesso, e con le telecamere accese che riprendevano il personale della *MIND*, molti dei quali sono mentalmente vulnerabili e impiegati in base a disposizioni speciali, la condizione per pubblicare l'annuncio è che voi, prima della scadenza, mi inviate una garanzia scritta (firmata) che nessuno dei dipendenti della *MIND* parteciperà a qualsiasi tipo di trasmissione senza un consenso scritto".

Le telecamere non erano accese e noi eravamo stati calmi ed educati. Le uniche persone che hanno mostrato un comportamento scorretto sono state Riisgaard e Jørgensen, che abbiamo registrato con un microfono nascosto, poiché riteniamo importante documentare la prepotenza e altri abusi di potere in questioni importanti per la salute e la sopravvivenza dei pazienti. Janus scrisse a Riisgaard che i suoi collaboratori mi seguivano da tempo e quindi anche al *MIND*, e che aveva chiesto il permesso di filmare, che era stato concesso. Non appena questo ad un altro piano fu rifiutato, il lavoro di ripresa si interruppe. L'unico ad essere filmato sono stato io.

Scrissi a Riisgaard che, poiché Jørgensen non aveva mai risposto, non avevamo altra scelta che visitare la sede della *MIND*. Ho contestato la sua spiegazione secondo cui il motivo per cui non avevo ricevuto risposta era che la *MIND* era occupata. Ho notato che

Jørgensen avrebbe impiegato pochi secondi per rispondere OK quando gli ho inviato l'annuncio. Mi sono anche chiesto perché la *MIND* non desse una mano ai molti membri che volevano smettere con gli psicofarmaci ma non erano riusciti a farsi aiutare dal proprio medico.

Il giorno prima della nostra visita alla *MIND*, Riisgaard aveva ricevuto un'e-mail da una filiale locale (con copia a me) in cui si spiegava che avevano discusso la mia corrispondenza con Jørgensen riguardo a un annuncio per un corso sulla sospensione. "Da ciò sembra che si stia applicando una forma di censura. Abbiamo l'impressione che molti dei nostri membri siano interessati al lavoro di Peter Gøtzsche. Non comprendiamo questo atteggiamento".

Quindi, cosa fanno i leader quando non vogliono ammettere che non gliene frega niente dei loro membri? Non rispondono, oppure mentono. Riisgaard ha mentito con arroganza: "A Gøtske [sic] non è stata negata l'opportunità di fare pubblicità. Se dà un'altra impressione, è solo per rendersi interessante".

Nel 2016, alcuni membri della sezione locale volevano invitarmi a tenere una conferenza sugli psicofarmaci, ma la proposta fu bocciata. Ho risposto che trovavo la cosa triste e ho osservato che: "Un'associazione di pazienti dovrebbe avere una *MENTE* aperta e non dovrebbe chiudere la porta quando i ricercatori sono giunti a conclusioni diverse sui farmaci rispetto a quanto si sente nei messaggi di marketing". Sono anche sorpreso che molti nel sistema sanitario, comprese le associazioni di pazienti, siano così incredibilmente paternalisti e accondiscendenti e non credono che i pazienti sono in grado di valutare al meglio la propria situazione e che di solito sono anche in grado di discernere in modo ragionevole quando ascoltano versioni opposte delle cose. Mi fa davvero paura. Allo stesso tempo, si sente dire ovunque che il paziente deve essere al centro. Vi invio il mio libro nella speranza che possiate sentirvi ancora tentati di capire come sia possibile che io sia arrivato a conclusioni sugli psicofarmaci molto diverse da quelle che vengono raccontate di solito."

Non ho sentito altro. L'organizzazione più influente per i pazienti psichiatrici in Danimarca è più interessata ad essere in buoni rapporti con gli psichiatri e l'industria del farmaco che ad aiutare i propri pazienti.

Neanche la corporazione psichiatrica vuole aiutare i pazienti a sospendere. Avevo informato la Psichiatria della Regione della Capitale del nostro corso, spiegando che avevo collaborato con psichiatri, psicologi e farmacisti esperti in diversi Paesi e con molti pazienti con una vasta esperienza di sospensione. Tra i relatori c'erano un neuropsichiatra infantile, uno psicologo e due farmacisti, uno dei quali era anche un sopravvissuto psichiatrico, tutti esperti in materia.

Tre giorni dopo, Poul Videbech ha presentato una denuncia all'Autorità per la sicurezza dei pazienti: "Un certo Peter Gøtzsche, specialista in medicina interna, ha organizzato il corso qui sotto per i pazienti e per altre persone. Credo ovviamente che si sia assunto una responsabilità colossale che non sostenuta da alcuna conoscenza. I medici possono fare questo tipo di cose senza avere le conoscenze necessarie? Inoltre, si tratta di imprenditoria privata, che abusa del nome del Centro Cochrane".⁷⁶⁰

L'arroganza di Videbech è evidente. "Un certo Peter Gøtzsche" fa pensare che io sia sconosciuto, ma ero molto conosciuto, anche da Videbech e dall'Autorità. Ho scritto a Videbech che avrebbe dovuto rallegrarsi invece di denunciarmi al Consiglio: "Finalmente c'è uno che fa questo. Sebbene centinaia di migliaia di persone in Danimarca dipendano dagli psicofarmaci, gli psichiatri non hanno mai tenuto un corso del genere. Sono venuti meno alle

loro responsabilità professionali. Non si preoccupano nemmeno di come sia meglio ridurre la terapia".

L'Autorità non prese sul serio il reclamo. Dopo quattro mesi mi chiesero quali qualifiche o esperienze avessi con la sospensione individuale delle pillole per la psicosi, e io risposi che questo non era rilevante perché lo scopo del corso era che dovevamo imparare gli uni dagli altri, anche ascoltando le esperienze dei pazienti.

Mi è stato anche chiesto quale ruolo avesse il Nordic Cochrane Centre nell'organizzazione del corso. Poiché il Centro non era menzionato nell'annuncio, non ho risposto a questa domanda, che era irrilevante e al di fuori dei compiti di controllo dell'Autorità. In seguito, hanno chiesto informazioni che avevo già inviato loro e, quattro giorni dopo lo svolgimento del corso, hanno dichiarato che non avrebbero intrapreso alcuna azione.

Ho caricato online i video delle nostre conferenze e altre informazioni.⁷⁶¹ Abbiamo tenuto diversi altri incontri per il pubblico e ho tenuto molte conferenze sulla sospensione, in diversi Paesi.

Nel 2017, lo psichiatra Jan Vestergaard ha cercato di far inserire un simposio di due ore sulle benzodiazepine nel programma della riunione annuale dell'Associazione Psichiatrica Danese. Anche se la riunione durava quattro giorni, con sessioni parallele, il consiglio direttivo dichiarò che non c'era spazio per il simposio. Si trattava di dipendenza e della sospensione e io dovevo parlare della sospensione in generale, non solo delle benzodiazepine.

Ho chiamato l'hotel della conferenza a Nyborg, ho prenotato una stanza per il 16 marzo 2018 e ho tenuto un simposio di due ore per gli psichiatri al mattino, che abbiamo ripetuto nel pomeriggio, senza alcun costo d'ingresso.

Ma il professore di microbiologia clinica, Niels Høiby, ha interferito con la nostra iniziativa altruistica, il che era strano, dato che i batteri non hanno nulla a che fare con l'astinenza da farmaci. È una persona malvagia che ha accusato Helle, mia moglie, di cattiva condotta scientifica quando è stata preferita per una cattedra al suo protetto. L'accusa, infondata e ridicola, rifletteva il suo ego smisurato. Helle aveva presentato un poster a un congresso e Høiby si era lamentato del fatto che nessuna delle sue ricerche era stata citata. Ma la sua ricerca era irrilevante e Helle fu promossa.

Høiby era stato eletto per un partito politico conservatore della regione. Ha sollevato una cosiddetta questione politica, menzionando il fatto che avevo scritto un libro sull'uso degli psicofarmaci e che avevo condotto dei corsi per indurre i pazienti a ridurre il loro uso di psicofarmaci.⁷⁶² Høiby chiese se il consiglio del mio ospedale, la Regione della Capitale e il Consiglio sanitario per la psichiatria avessero chiesto agli psichiatri e ai medici di base della regione se appoggiassero o prendessero le distanze dalle attività del direttore del Centro Cochrane sull'uso degli psicofarmaci.

Høiby ha l'abitudine di copiare numerose persone nei suoi deliri, ma non ha copiato la nostra Regina o il Primo Ministro. La risposta è interessante quanto la domanda maligna di Høiby. La psichiatria della Regione della Capitale ha dichiarato di aver informato tutti i propri centri delle attività da lui menzionate, di essere critica nei confronti della mia offerta e di aver chiesto di prestare attenzione ai pazienti che avrebbero potuto accettare l'offerta. Inoltre, hanno notato che diversi direttori di dipartimento e professori hanno espresso pubblicamente il loro disaccordo con me e con le mie attività, ad esempio in occasione dell'evento *L'arte di interrompere un farmaco* organizzato dalla Regione Capitale e di un dibattito pubblico sugli psicofarmaci organizzato da Psichiatria nella Regione Capitale: "A entrambi gli eventi ha partecipato lo stesso Peter Gøtzsche".

Oh cielo, ma ci credete? L'uomo "in persona" si è presentato ai nostri preziosi eventi e ha persino osato fare domande! Ovviamente, per l'establishment è inaccettabile che io cerchi di venire incontro alle esigenze dei pazienti quando gli psichiatri non vogliono, anche se l'establishment parla costantemente di mettere il paziente al centro delle proprie attività.

Ho pubblicizzato i simposi sulla nostra rivista medica e anche il mio dottorando Anders Sørensen ha tenuto una conferenza. Più tardi, passeggiando nei corridoi, venimmo a sapere che i giovani psichiatri erano stati spaventati dal partecipare perché i loro capi li avrebbero visti come eretici e si sarebbero potuti vendicare. Solo sette dei 60 partecipanti si sono identificati come psichiatri, ma è probabile che ce ne fossero almeno altri otto che non hanno osato dichiarare la loro formazione quando sono entrati nella sala.

Altri professionisti del settore sanitario mi hanno raccontato storie simili, in cui hanno ricevuto avvertimenti severi dai loro superiori che, se si fossero presentati ai miei corsi o alle mie lezioni, non sarebbero stati ben accolti dal loro dipartimento.

Questo è spaventoso e diagnostico di una specialità malata che si comporta più come un culto religioso che come una disciplina scientifica. Nella scienza, siamo desiderosi di ascoltare i risultati di nuove ricerche e altri punti di vista, che ci rendono più saggi.

I simposi sono stati un successo. Lo psichiatra più esperto presente in sala ha detto a uno dei suoi colleghi junior che io ero superiore ai principali psichiatri. Per questo motivo non volevano che i loro medici junior mi ascoltassero. Sarebbe diventato troppo difficile per loro stessi quando sarebbero tornati a fare domande. C'è un video riassuntivo delle nostre conferenze.⁷⁶³

Tre mesi dopo i due simposi, abbiamo tenuto un seminario di ricerca a Copenhagen. Laura Delano dagli Stati Uniti ha presentato i protocolli di tapering per la riduzione del rischio e anche il farmacista Bertel Rüdinger di Copenhagen ha tenuto una conferenza. La psichiatria aveva rubato loro rispettivamente 14 e 10 anni di vita e aveva portato entrambi a un passo dal suicidio.

Bertel è morto improvvisamente nel 2021, a soli 47 anni, per una trombosi. Le pillole contro la psicosi lo avevano reso molto obeso e, dopo averle tolte, non è più riuscito a perdere peso. È probabile che la psichiatria lo abbia ucciso e gli abbia tolto 30 anni di vita.

"Anche tu, Bertel", abbiamo detto.

Il 24 febbraio 2018, Wendy Burn, presidente del Royal College of Psychiatrists e David Baldwin, presidente del suo comitato di psicofarmacologia, hanno scritto sul *Times*: "Sappiamo che nella stragrande maggioranza dei pazienti, qualsiasi sintomo spiacevole avvertito alla sospensione degli antidepressivi si risolve entro due settimane dall'interruzione del trattamento".

Nove clinici e accademici, me compreso, hanno scritto a Burn e Baldwin che la loro dichiarazione non era corretta e aveva fuorviato il pubblico su una questione importante di sicurezza pubblica. Abbiamo notato che l'indagine condotta dallo stesso College su oltre 800 pazienti che *stavano smettendo di assumere antidepressivi* ha rilevato che il 63% di essi ha accusato sintomi di astinenza e che un quarto ha riferito di aver provato ansia per più di 12 settimane. Abbiamo aggiunto che entro 48 ore dalla pubblicazione della dichiarazione fuorviante sul *Times*, il College ha rimosso il documento dal suo sito web.

Così, non appena abbiamo inviato un reclamo, il College ha tolto un sondaggio incriminato che contraddiceva totalmente quanto da loro postulato. Quando il College si è rifiutato di correggere l'errore, abbiamo reso pubblica la nostra denuncia e il programma

della *BBC Radio 4, Today*, ne ha parlato il 3 ottobre 2018. Il College ha rifiutato di partecipare al programma.

In seguito, la Royal Society of Medicine ha lanciato una serie di podcast in cui l'argomento di apertura era le pillole per la depressione e la sospensione. Lo psichiatra Sir Simon Wessely, presidente della Royal Society of Medicine (e recente presidente del College) ha respinto qualsiasi legame tra le pillole e il suicidio e ha dichiarato categoricamente che le pillole "non creano dipendenza".

Poiché non ci hanno ascoltato, nel maggio 2019 abbiamo pubblicato sul *BMJ* una lettera molto dura.⁷⁶⁴ Quando il College ha affermato che gli effetti dell'astinenza duravano solo due settimane, ha fatto riferimento alle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) che affermavano che i sintomi dell'astinenza erano "solitamente lievi e autolimitanti nell'arco di circa una settimana".

Abbiamo inviato una richiesta di informazioni per ottenere le prove. Il NICE ha fornito solo due brevi articoli di revisione, nessuno dei quali supportava l'affermazione di una settimana ed entrambi citavano numerose fonti che la contraddicevano.

L'imbarazzo era ormai così grande che il College doveva cambiare posizione. Nel 2019, Public Health England ha pubblicato una revisione di 152 pagine con importanti raccomandazioni, tra cui una linea telefonica nazionale attiva 24 ore su 24 e servizi di supporto all'astinenza.⁷⁶⁵ Il mese successivo il NICE ha aggiornato le sue linee guida in linea con le evidenze.⁷⁶⁶

Tuttavia, nonostante ciò, i progressi sono stati scarsi. Nel 2023, alcuni di noi hanno quindi pubblicato una lettera aperta sul *BMJ* in cui affermavano che il governo ha il dovere morale di aiutare coloro che sono danneggiati dai farmaci prescritti che creano dipendenza e che sono utilizzati da un quarto della popolazione.⁷⁶⁷ Eravamo frustrati dal fatto che, invece di contribuire ad alleviare questo enorme problema, molto costoso per la società, il governo avesse peggiorato la situazione.

Anders Sørensen e io decidemmo che avrebbe dovuto fare da tutor a 30 pazienti consecutivi che si erano rivolti a noi per essere aiutati a superare la crisi di astinenza, indipendentemente dai farmaci assunti, e scriverne perché non c'era un solo articolo di questo tipo in letteratura.

Abbiamo pensato che sarebbe stato meglio trattare questa idea "eretica" con la massima attenzione e quindi abbiamo sottoposto un protocollo al comitato etico della ricerca. Non volevamo fare uno studio randomizzato perché la sospensione è un processo altamente individuale, ma ci siamo imbattuti in un ostacolo formidabile. Il comitato ha risposto che, sebbene due psichiatri esperti fossero coinvolti nel nostro progetto, Anders era uno psicologo e non c'era una descrizione chiara di chi fosse responsabile della sospensione del farmaco, che, per ragioni di sicurezza del paziente, deve essere uno psichiatra.

Un'osservazione interessante se si considera che un membro della commissione era uno psichiatra che lavorava presso il Centro Psichiatrico di Amager e che ha ucciso due pazienti con pillole per la psicosi in un breve intervallo di tempo per incompetenza (si veda il capitolo 9 sul trattamento forzato).

Non si capisce quindi perché, per motivi di sicurezza del paziente, uno psichiatra debba essere responsabile della sospensione del farmaco. Inoltre, non è un requisito legale.

Per valutare se il nostro studio fosse sicuro per i pazienti, il comitato ci ha chiesto di fare una revisione della letteratura sul rischio di suicidio per questi pazienti. Anche questa è stata un'osservazione interessante, considerando che i farmaci *umentano* il rischio di suicidio.

Ci è stato chiesto come avremmo potuto garantire che solo i pazienti che tolleravano la sospensione del farmaco avrebbero raggiunto la sospensione nello studio. Questo è stato il "Comma 22" che ha ucciso il nostro progetto. Nessuno, psichiatri compresi, sarebbe stato in grado di garantirlo.

Anche le altre richieste erano irragionevoli. Avremmo dovuto utilizzare criteri di inclusione ed esclusione più specifici e spiegare quali endpoint avremmo utilizzato e se i nostri questionari fossero stati validati e avessero reso possibili conclusioni affidabili.

Il nostro endpoint era che il paziente fosse libero da farmaci, il che non richiede questionari convalidati! Dovevamo anche aggiungere molte informazioni sul paziente. Pensateci. Se un comitato etico per la ricerca ritiene che sia così pericoloso aiutare i pazienti ad abbandonare i farmaci, allora perché i farmaci sono stati approvati? Non sono troppo pericolosi da usare? Questa è la conclusione logica, ma la sanità non è una questione di logica, bensì di potere.

Dopo che la commissione aveva stroncato il nostro progetto, ho chiamato un avvocato della commissione e le ho detto che potevamo semplicemente sospendere i farmaci ai pazienti come previsto, senza chiamarla ricerca. Non aveva argomenti validi per opporsi, così abbiamo proseguito.

Vengono ancora condotti molti studi che randomizzano i pazienti a una interruzione improvvisa ("*cold turkey*"). Questi studi sono altamente contrari all'etica. Quando ho consultato clinicaltrials.gov e ho cercato depressione e taper, il primo studio che ho trovato, NCT02661828, ha confrontato una riduzione graduale di due settimane con una di una settimana. Questo studio non era etico per *tutti i* pazienti. Era sponsorizzato dalla Emory University, nota per un enorme scandalo di corruzione. Quando alcuni informatori hanno denunciato all'università che milioni di dollari dell'industria farmaceutica erano passati di mano segretamente per più di un decennio, ad almeno 15 informatori sono state ordinate valutazioni psichiatriche da parte degli psichiatri della Emory - tra cui uno dei responsabili, Charles Nemeroff, che ha redatto le valutazioni senza esaminare i medici presi di mira o raccogliere prove concrete, dopo di che molti di loro sono stati licenziati.⁷⁶⁸

La Cochrane commette scorrettezze editoriali e protegge la psichiatria e l'industria

Oltre 100 milioni di persone nel mondo assumono pillole per la depressione. Circa 50 milioni sperimentano reazioni di astinenza quando cercano di smettere, e in 25 milioni i sintomi sono gravi.⁷⁶⁹ Un'indagine condotta su 580 persone ha evidenziato che nel 16% dei pazienti i sintomi di astinenza si sono protratti per oltre tre anni.

È quindi molto importante sapere come possiamo aiutare al meglio i pazienti ad abbandonare i farmaci. Ma quando abbiamo voluto scoprirlo, la Cochrane ci ha assegnato una missione impossibile da portare a termine per proteggere gli interessi della corporazione psichiatrica e dell'industria del farmaco.⁷⁷⁰

Ho descritto il calvario con la Cochrane in diversi articoli.⁷⁷¹ Ho contattato la psichiatra Rachel Churchill, redattrice del gruppo Cochrane sulla depressione, in occasione di un incontro a Oxford nel 2016, e lei si è mostrata molto interessata alla mia proposta di fare una revisione Cochrane sulla sospensione degli antidepressivi. Ho assunto Anders Sørensen per questo lavoro, ma quando abbiamo presentato il nostro protocollo, non è stato accolto con favore.

Il processo Cochrane è durato due anni, al termine dei quali ha respinto il nostro protocollo. La Cochrane ha alzato le sue richieste fino a livelli assurdi, con molti requisiti irrilevanti, tra cui quello di aggiungere messaggi di marketing sulle meraviglie che le pillole per la depressione possono fare, secondo il dogma della Cochrane.

Nonostante il nostro progetto e il protocollo fossero molto semplici (4 pagine e 15 riferimenti), ci sono voluti nove mesi prima di ricevere un feedback. Abbiamo risposto prontamente ai commenti e abbiamo presentato un protocollo rivisto. Sette settimane dopo, ci è stato detto che erano necessari ulteriori miglioramenti.

Abbiamo presentato una terza versione e ci è stato detto che avremmo sentito il gruppo "a breve". "A breve" è diventato tre mesi, e quando abbiamo chiesto un aggiornamento, ci è stato detto che avremmo avuto notizie dal gruppo "entro la fine della settimana".

La fine della settimana è diventata un altro mese. Abbiamo chiesto di nuovo. La direttrice generale disse di aver dato priorità al nostro progetto e di aver fatto tutto il possibile per accelerare il processo. Ora sospettavamo che i suoi superiori avessero ostacolato il processo per logorarci, in modo che noi stessi ritirassimo la revisione, mentre il gruppo non sarebbe stato visto come un ostacolo.

Poiché erano passati più di 18 mesi, abbiamo contattato nuovamente la Churchill. Sette settimane dopo, ci ha risposto che avevano ricevuto il feedback dei revisori, tranne uno, che sarebbe stato presentato più tardi, e ha allegato un documento di 30 pagine con 86 punti.

Quattro redattori e tre revisori avevano fornito commenti e il documento occupava 12.044 parole, sette volte di più del nostro protocollo. Anders mi scrisse che la nostra revisione era piuttosto semplice e che volevamo solo aiutare le persone che desideravano abbandonare i farmaci ma non potevano farlo: "Che razza di mondo è questo?".

Churchill inviò l'ottava revisione cinque settimane più tardi, ma il suo invito del mese precedente ad affrontare il feedback si era trasformato in un vero e proprio rifiuto: "Mi dispiace che non possiamo procedere con questo protocollo. Spero che tutti i feedback della revisione che le abbiamo inviato le siano utili nel caso in cui volesse presentarlo altrove".

L'ottava ed ultima revisione era una scusa per sbarazzarsi di noi e proteggeva gli interessi della corporazione degli psichiatri e dell'industria farmaceutica. È una delle peggiori revisioni che abbia mai visto. Era di 1830 parole e, a differenza delle altre revisioni, era anonima. Abbiamo chiesto l'identità del revisore, ma è stata segretata. Abbiamo fatto ricorso contro il rifiuto di Churchill, abbiamo risposto ai commenti di tutti i revisori e abbiamo presentato una quarta versione del nostro protocollo.

Erano necessarie pochissime modifiche al protocollo. Ma l'ottavo revisore ha negato una lunga serie di fatti scientifici e ha usato argomenti fasulli accusandoci di cose che non abbiamo mai affermato. Le questioni principali erano le seguenti:

Siamo stati accusati di "dipingere un quadro" di come evitare l'uso di antidepressivi, che non rappresentava il consenso scientifico. La nostra revisione non sarebbe stata un riassunto del consenso e non avrebbe affrontato i benefici dei farmaci. Si trattava di aiutare le persone ad abbandonare in modo sicuro i farmaci che non volevano assumere.

Avevamo scritto che "alcuni pazienti fanno riferimento all'ipotesi screditata che uno squilibrio chimico nel loro cervello sia la causa del loro disturbo e quindi anche il motivo per cui non osano smettere". Il revisore ha affermato che abbiamo buttato via molti decenni di prove relative ai cambiamenti neurochimici osservati nella depressione e voleva che documentassimo che le teorie neurochimiche della depressione non sono corrette. Abbiamo risposto che la nostra rivista non era il luogo adatto per tali discussioni e che l'ipotesi della

mancanza di serotonina come causa della depressione era stata screditata da molti studi convincenti.

Poiché il revisore credeva nell'assurda faccenda dello squilibrio chimico e ha persino menzionato le malattie della tiroide e l'insulina, abbiamo spiegato che gli antidepressivi non possono essere paragonati ai farmaci utilizzati per trattare tali malattie. Le persone affette da mixedema e diabete mancano rispettivamente di ormoni tiroidei e insulina, mentre le persone affette da depressione non mancano di serotonina.

A questo proposito, il revisore ci ha accusato di aver suggerito, senza alcuna prova, che i medici perpetuano falsità per giustificare la prescrizione di farmaci. Le prove sono numerose e non sono stati i pazienti a inventare il mito dello squilibrio chimico, ma gli psichiatri. Tuttavia, la redattrice Sarah Hetrick ci ha chiesto di scrivere: "Le persone che assumono antidepressivi credono a tale necessità perché hanno la convinzione che le difficoltà che stanno vivendo siano dovute a uno squilibrio chimico nel cervello". Ma dai! I pazienti avevano una convinzione... non l'avevano, prima che gli psichiatri gliela dessero!

L'ottavo recensore voleva che "Iniziamo con una dichiarazione sul perché gli antidepressivi sono considerati dalla comunità scientifica benefici... nel trattamento di un'ampia gamma di problemi di salute mentale altamente invalidanti e debilitanti". Abbiamo risposto che la nostra revisione non era una pubblicità per i farmaci e che non era rilevante discutere i loro effetti in una revisione che riguardava l'interruzione del loro uso.

Ci è stato chiesto di spiegare il concetto di trattamento antidepressivo profilattico continuo, "una strategia clinica ben accettata". Questo aspetto esula dall'ambito della nostra revisione, e gli studi che confrontano la terapia di mantenimento con la sospensione sono profondamente errati perché i danni vengono introdotti nel gruppo placebo.

Il revisore ha affermato che abbiamo confuso la ricomparsa della malattia con i sintomi di astinenza. In contrasto con il revisore, non è così.

Il revisore ha sostenuto che non è una definizione accettabile di dipendenza che un farmaco efficace non sia efficace quando viene interrotto. Non abbiamo mai postulato nulla di così insensato.

Il revisore sosteneva che la maggior parte delle persone che avevano assunto antidepressivi per lunghi periodi potevano smettere in modo sicuro. Avevamo documentato e indicato nel nostro protocollo che questa idea era totalmente falsa.

Il revisore ci ha accusato di aver insinuato molto chiaramente (non avevamo detto nulla in tal senso) che gli antidepressivi sono "cattivi farmaci" da evitare, "soprattutto perché non si fa alcun cenno agli effetti benefici... Trovo che questa argomentazione non sia scientifica e sia inaccettabile nel contesto dell'attuale base di prove".

Il revisore voleva che eliminassimo questa frase: "la condizione dei pazienti è meglio descritta come tossicodipendenza", sostenendo, con riferimento ai criteri di tossicodipendenza del DSM-IV, che si tratta di un'irragionevole appropriazione indebita di un termine. Abbiamo risposto che il desiderio di dosi sempre maggiori come criterio di dipendenza è assurdo, perché significa che nessuno che fuma 20 sigarette al giorno è dipendente dal fumo di sigarette. Ciononostante, importanti psichiatri, come ad esempio il presidente dell'Associazione Psichiatrica Danese, Jeanett Bauer, sostengono che non si è dipendenti se non si desiderano dosi maggiori.⁷⁷²

Abbiamo concluso la nostra lettera a Churchill sottolineando che la Cochrane Collaboration si basa sulla collaborazione e sull'aiuto reciproco.

Ci ha ignorati. Dopo due mesi e mezzo di attesa di una risposta, ci siamo lamentati con il caporedattore della Cochrane, Karla Soares-Weiser, una psichiatra, per l'inopportuna bocciatura del nostro protocollo.

Ci ha risposto che dovevamo rivolgerci a Chris Eccleston, Senior Editor del Mental Health and Neuroscience Network. Prima di farlo, ci siamo rivolti nuovamente alla Churchill, che ci ha risposto con una bugia. Ci ha scritto che il nostro protocollo era già stato respinto prima che ricevessimo l'ottava revisione e che ci aveva trasmesso la revisione finale solo per essere utile.

Il nostro sospetto che la Cochrane non fosse interessata ad aiutare i pazienti ad abbandonare gli psicofarmaci è diventato certezza.

Il nostro appello a Churchill non è stato valutato da lei, ma da Rebecca Fortescue, redattrice del gruppo Cochrane Airways, che ha confermato la decisione di rifiuto. Abbiamo quindi fatto appello a Eccleston. È stato un pasticcio. Anche se la Fortescue aveva fornito un elenco degli 11 documenti ricevuti dal gruppo di revisione, non era possibile vedere di cosa si trattasse. Ed era chiaro che non aveva ricevuto la nostra risposta all'ottavo revisore o il nostro protocollo rivisto, dato che avevamo già soddisfatto molte delle questioni da lei sollevate nella sua valutazione di 2,5 pagine.

Secondo Fortescue, "un lettore può avere pochi dubbi sulla posizione degli autori del protocollo sui danni e i benefici relativi degli psicofarmaci, che non riflette pienamente l'attuale consenso internazionale e potrebbe allarmare gli utenti delle revisioni che fanno affidamento sull'imparzialità della Cochrane". A questo rifiuto, abbiamo gentilmente risposto che "siamo un po' sorpresi di questo commento". La Cochrane non si occupa di consenso, ma di fare scienza. La valutazione dei danni e dei benefici dei farmaci non rientrava nell'ambito della nostra revisione e non abbiamo preso alcuna "posizione". Anche altre critiche di Fortescue sono sbagliate.

Mi è sembrato che ai nostri avversari della Cochrane fosse stato fatto un lavaggio del cervello così totale con le false idee della psichiatria da renderli incapaci di pensare con chiarezza. Fortescue, i redattori e i revisori paritari non capirono che i "tipi di partecipanti" erano persone che prendevano pillole e volevano smettere di prenderle, anche se lo avevamo sottolineato ripetutamente. Poiché i sintomi di astinenza sono simili per qualsiasi tipo di paziente, malattia o farmaco per la depressione, era assurdo che Fortescue volesse una descrizione più chiara della popolazione, dell'intervento e dei comparatori, ad esempio se avremmo incluso studi sulla profilassi dell'emicrania, sul dolore cronico o sull'incontinenza urinaria. Inoltre, un redattore ha chiesto dettagli su età, sesso, setting, diagnosi di depressione e tipi di antidepressivi che avremmo incluso, come se stessimo pianificando uno studio randomizzato.

Sono stati degli sciocchi. Abbiamo incluso *tutto*, come era chiaro dal nostro protocollo, e il nostro approccio ampio era quello giusto, che avevo spiegato in precedenza in un articolo del *BMJ*.⁷⁷³

Un redattore ci ha chiesto di descrivere come funzionano i farmaci (non funzionano) e quali sono le differenze tra loro, e un revisore ci ha chiesto di spiegare quando è appropriato e inappropriato usarli, ma non stavamo scrivendo un testo di farmacologia clinica.

Sebbene sia vero che "alcune persone hanno terribili sintomi di astinenza", un revisore ha voluto banalizzare questo danno scrivendo che "alcune persone hanno sintomi di astinenza che possono avere un impatto negativo sulla qualità della vita del paziente". Questo deve essere il massimo dell'understatement britannico. Abbiamo cambiato "terribile" con "grave".

Un'altra richiesta assurda è stata quando i redattori della Cochrane ci hanno chiesto di menzionare che "alcuni antidepressivi possono essere più efficaci di altri", con riferimento all'inaffidabile metanalisi di rete del 2018 pubblicata su *Lancet* da Cipriani e colleghi⁷⁷⁴ (vedi pagina 24).

Eccleston ha respinto sommariamente il nostro appello senza un solo commento pertinente.

Abbiamo fatto appello a Soares-Weiser la cui risposta può essere tradotta come: Colpevole! In poche frasi, ha affermato di aver esaminato tutto con attenzione: "I commenti ottenuti dal processo aperto di revisione paritaria indicavano costantemente una mancanza di chiarezza riguardo ai metodi di revisione proposti e, nonostante più di un'opportunità di affrontare questo aspetto, il protocollo non mostrava prove sufficienti che questo progredisse... avendo considerato tutte le informazioni, la mia decisione finale è di confermare il rifiuto del protocollo".

Non si trattava di un "processo aperto di revisione tra pari". L'ottavo revisore era anonimo e non potevamo nemmeno verificare se il nostro boia avesse conflitti di interesse inaccettabili.

Si è trattato di una tragedia che ha dimostrato che la Cochrane, un tempo organizzazione altamente affidabile e idealista, ha toccato il fondo dal punto di vista etico e scientifico e che il suo motto, "Trusted evidence", è una presa in giro. È un carrozzone autosufficiente i cui leader non si preoccupano del carico di lavoro sempre maggiore che creano per i volontari non retribuiti che producono tutta la ricchezza della Cochrane.⁷⁷⁵ Come mia moglie ha ripetutamente sottolineato, è il paradiso dei dilettanti.

Nel marzo 2023, in una lettera aperta, ho inviato un reclamo a Karla Soares-Weiser per cattiva condotta editoriale.⁷⁷⁶ Ho presentato un reclamo anche all'amministratore delegato della Cochrane, Catherine Spencer, poiché la Soares-Weiser era in conflitto con il mio reclamo. Ho posto alcune semplici domande, alle quali si sono rifiutati di rispondere, e non hanno sottoposto il mio reclamo a un regolare processo. Ho descritto altrove le bizzarre interazioni che ho avuto con i vertici della Cochrane in questa vicenda.⁷⁷⁷ In breve, hanno fatto finta di niente, proprio come fa l'industria farmaceutica quando ha un problema.

È emerso che la Cochrane non ha un meccanismo per gestire in modo imparziale le accuse di cattiva condotta editoriale, cosa che tutte le riviste rispettabili hanno. La mia traduzione del messaggio ricevuto dall'amministratore delegato della Cochrane è stata: "Non ce ne frega niente. Siamo irreprensibili".

Ho presentato un reclamo alla Wiley, proprietaria della *Cochrane Library*. Mi hanno risposto che "non crediamo che i redattori responsabili abbiano agito in malafede. Inoltre, la nostra indagine ci ha rassicurato sul fatto che l'editore ha seguito una politica editoriale coerente con quella della Cochrane".

Ho anche scoperto che, mentre a noi veniva impedito di condurre la nostra revisione sulla sospensione per la Cochrane, un altro gruppo aveva presentato un protocollo simile e aveva ricevuto il via libera per procedere, e nel 2021 la Cochrane lo ha pubblicato.⁷⁷⁸ La revisione era limitata agli adulti con depressione o ansia, il che è irrazionale. Inoltre, la revisione non includeva studi che confrontavano diverse strategie di sospensione, come abbiamo fatto noi, mentre includeva molti studi errati che confrontavano l'interruzione brusca (cold turkey) con la continuazione, che non sono di alcun interesse.

La revisione Cochrane è di 209 pagine, la lunghezza di un libro intero, 23 volte più lunga della nostra revisione di 9 pagine.⁷⁷⁹

La sezione Background, di 4239 parole, era più lunga della maggior parte dei documenti scientifici ed era piena di pubblicità irrilevante e di dichiarazioni fuorvianti, che ho segnalato nel mio reclamo alla Cochrane. Per "dimostrare" che i farmaci funzionano, gli autori hanno citato la revisione totalmente errata di Cipriani et al. che non ha trovato un effetto clinicamente rilevante (vedi pagina 24).

La revisione Cochrane è sbilanciata. Fornisce stime precise ma fuorvianti dei benefici sotto forma di NNT, ma non offre stime simili per i danni più gravi. Questo va contro l'etica stessa della Cochrane, che è quella di concentrarsi in modo simile sui benefici e sui danni degli interventi. La revisione Cochrane menziona la suicidalità in molti punti, ma non dice che i farmaci per la depressione raddoppiano il rischio di suicidio, sia nei bambini che negli adulti.

La revisione Cochrane ha dichiarato che la prosecuzione del trattamento antidepressivo riduce il rischio di ricaduta e di recidiva dal 50% al 70%. Questo è orribile disinformazione.

Uno degli obiettivi principali della creazione della Cochrane Collaboration nel 1993 era quello di assistere *i pazienti* nel loro processo decisionale. Tuttavia, la sezione Background riguarda ciò che pensano *i medici* e la revisione è altamente paternalistica. Non si fa cenno al fatto che molti pazienti vogliono abbandonare i farmaci, il che avrebbe dovuto essere la motivazione principale che ha spinto gli autori a fare la loro revisione.

Nella sezione Background non viene menzionato che il tapering dovrebbe essere iperbolico, mentre gli autori citano una linea guida del NICE del 2009 che raccomanda un tapering rapido e non iperbolico, che non criticano. Quando abbiamo fondato la Cochrane nel 1993, eravamo disposti a criticare le autorità. L'attuale leadership vuole compiacere le autorità e l'industria del farmaco, come dimostra questa revisione della Cochrane.

L'abstract della revisione Cochrane è di 915 parole, ma afferma che "non possiamo trarre conclusioni definitive sugli effetti e sulla sicurezza degli approcci studiati finora".

Davvero? Nella nostra revisione, che ho pubblicato su una rivista i cui redattori non sono moralmente corrotti e hanno come priorità gli interessi dei pazienti, abbiamo tratto conclusioni solide e utili.⁷⁸⁰ Una media del 50% dei pazienti è riuscita a sospendere la pillola contro la depressione e la durata del periodo di riduzione è stata altamente predittiva del tasso di successo ($P = 0,00001$). Tutti gli studi confondevano i sintomi di astinenza con le ricadute, non utilizzavano la riduzione iperbolica, riducevano il farmaco per la depressione troppo velocemente in modo lineare e lo interrompevano completamente quando l'occupazione dei recettori era ancora elevata. La percentuale reale di pazienti che assumono farmaci per la depressione e che possono smettere in modo sicuro deve quindi essere notevolmente superiore al 50%.

Maryanne Demasi e io abbiamo spiegato il significato della nostra recensione su un sito web.⁷⁸¹ Quando l'abbiamo pubblicata per la prima volta su un sito web di preprint, abbiamo notato un problema interno che avevo riscontrato,⁷⁸² e ho pubblicato un commento sul sito web di Mad in America.⁷⁸³

Nota degli autori

Inizialmente, i due ricercatori erano Peter C Gøtzsche e lo studente di dottorato da lui assunto, lo psicologo Anders Sørensen. Abbiamo presentato la revisione a una rivista, che si è dimostrata molto interessata, ma ha chiesto una revisione. Sørensen promise di rivedere il manoscritto, ma non fece nulla.

Non rispondeva alle e-mail, non rispondeva mai al telefono quando si accorgeva che era Gøtzsche a chiamare e ignorava i messaggi telefonici. Dopo un anno, Gøtzsche perse la pazienza e

aggiornò la ricerca della letteratura, aggiunse un nuovo studio, rispose ai commenti della peer review e inviò tutto a Sørensen.

Quando Sørensen continuò a ignorare Gøtzsche, quest'ultimo chiese consiglio alla rivista. L'editore gli suggerì di abbandonare Sørensen e di aggiungere un nuovo autore, poiché c'era un nuovo processo da considerare.

Gøtzsche presentò la revisione insieme a Maryanne Demasi. In seguito, il direttore della rivista riuscì a mettersi in contatto con Sørensen, che suggerì le proprie modifiche, ma le inviò direttamente al direttore, senza informare Gøtzsche o Demasi.

Gøtzsche aggiunse nuovamente il nome di Sørensen all'articolo, accettando la maggior parte dei suggerimenti, e lo ripresentò alla rivista. Poi, di nuovo, Sørensen ha ignorato tutte le ulteriori e-mail della rivista, così ci è stato chiesto di pubblicare senza di lui, perché le regole prevedono che un autore debba approvare la versione finale.

Il caporedattore chiese a Gøtzsche di ottenere la firma di Sørensen per confermare che gli andava bene non essere un autore. Si trattava di un compito impossibile, poiché Sørensen non rispondeva né a Gøtzsche né alla rivista. Abbiamo cercato di assicurarci che Sørensen stesse effettivamente bene e alla fine abbiamo stabilito che era stato attivo con altri progetti.

Il caporedattore si è spaventato e ha chiesto al team etico della rivista. In seguito, ci è stato detto che non avrebbero potuto pubblicare l'articolo.

Il documento è molto importante per i pazienti psichiatrici e per coloro che vogliono aiutarli ad abbandonare i farmaci, il che fa parte della pratica clinica di Sørensen.

È inaccettabile che un ricercatore possa bloccare la pubblicazione di una ricerca importante nell'interesse generale. Poiché lo standard prevede che i ricercatori siano liberi di pubblicare in modo indipendente se non sono d'accordo, abbiamo deciso di pubblicare noi stessi la revisione. Un commento sul nostro studio e un link ad esso saranno forniti sul sito web di Mad in America, che è il luogo più ovvio a cui rivolgersi per chi cerca informazioni affidabili sui farmaci contro la depressione.

11 Censura, negazione e menzogna: come la corporazione degli psichiatri protegge le proprie falsità

Nei capitoli precedenti ho fornito numerosi esempi, e ne fornirò altri in seguito, di come la corporazione psichiatrica protegga le sue false idee su ciò che la psichiatria può fare per le persone con problemi di salute mentale. Questi esempi costituiscono alcune delle più dubbie pratiche di censura, occultamento e soppressione descritte nella letteratura medica per qualsiasi specialità. Si tratta di tattiche utilizzate per creare un falso "consenso" intorno a una narrazione che ritrae le malattie mentali come ereditarie, causate da anomalie cerebrali, pericolose o che peggiorano se non trattate con farmaci o elettroshock, descritti come sicuri ed efficaci. Le tattiche di consenso includono:

- scrivere linee guida fuorvianti e talvolta pericolose
- propagare falsità sulla psichiatria in riviste scientifiche
- chiedere che clamorose pubblicità sui farmaci vengano inserite nelle revisioni Cochrane.
- ignorare palesi pregiudizi delle revisioni Cochrane e promuovere conclusioni errate
- indottrinare gli studenti scrivendo libri di testo pieni di affermazioni false
- diffondere pubblicamente falsità sulla psichiatria attraverso i media
- mentire sugli avversari nei media e nelle riviste scientifiche
- diffondere falsità durante le riunioni pubbliche

Le tattiche di censura utilizzate per mettere a tacere qualsiasi informazione che possa contraddire la falsa narrazione includono:

- impedire la pubblicazione di importanti ricerche su riviste scientifiche
- impedire la pubblicazione di importanti lettere al direttore nelle riviste scientifiche
- ritardare per anni la pubblicazione di importanti lettere all'editore
- rifiutare le revisioni Cochrane se gli autori non sono disposti a lodare i farmaci
- censurare la pubblicazione di annunci di seminari sulla sospensione dei farmaci sulle riviste dei soci
- impedire ai critici di intervenire nelle riunioni
- impedire ai critici di inserire sessioni critiche nel programma scientifico ufficiale
- bloccare i critici dall'iscrizione alle associazioni professionali
- licenziare o minacciare di licenziare i colleghi che poco o nulla i farmaci e poco o nulla la forza e la contenzione.

La psichiatria continua a sopravvivere mentendo abbondantemente. Quando viene attaccata, si chiude a riccio con grande abilità e grida "antipsichiatria".

Non sorprende quindi che sia molto difficile far pubblicare in una rivista psichiatrica qualcosa che la corporazione psichiatrica percepisce come una minaccia per la propria attività. I direttori delle riviste sono spesso sul libro paga dell'industria farmaceutica e i proprietari delle riviste hanno spesso rapporti troppo stretti con l'industria farmaceutica, che può ritirare il proprio sostegno se le riviste non favoriscono i loro sforzi di marketing.

Quando nel 2019 Bob Whitaker ha tenuto una conferenza al simposio inaugurale del mio Institute for Scientific Freedom, *Censura scientifica in psichiatria*, ha presentato due argomenti di grande importanza per la salute pubblica: "Gli antidepressivi peggiorano gli

esiti a lungo termine?" e "Cosa sappiamo della disfunzione sessuale post-SSRI?".⁷⁸⁴ Nessuno dei 13 e 14 studi cardine, rispettivamente, su questi argomenti era stato pubblicato nelle cinque riviste psichiatriche più importanti, anzi, sembrava che le riviste più importanti non avessero mai discusso questi argomenti.

Bob ha fornito un elenco di studi importanti e di grandi dimensioni i cui risultati sono minacciosi per la narrativa psichiatrica e non sono stati menzionati in nessun giornale statunitense.⁷⁸⁵ E quando i giornali ne parlano, la storia è di solito fuorviante. Ne è un esempio uno studio lanciato dall'OMS nel 1969, che ha dimostrato che i pazienti affetti da schizofrenia se la cavano molto meglio nei Paesi poveri - India, Nigeria e Colombia - che negli Stati Uniti e in altri quattro Paesi sviluppati.⁷⁸⁶ A cinque anni, circa il 64% dei pazienti dei Paesi poveri era asintomatico e funzionava bene, rispetto al 18% dei Paesi ricchi.

Gli psichiatri occidentali respinsero i risultati sostenendo che i pazienti dei Paesi poveri potevano avere una malattia più lieve. L'OMS ha quindi condotto un altro studio, concentrandosi sulla schizofrenia al primo episodio diagnosticata con gli stessi criteri in dieci Paesi. Circa due terzi dei pazienti stavano bene dopo due anni nei Paesi poveri, mentre solo un terzo nei Paesi ricchi.

I ricercatori dell'OMS hanno cercato di spiegare questa grande differenza con vari fattori psicosociali e culturali, ma non ci sono riusciti. La spiegazione più ovvia era talmente minacciosa per la medicina occidentale che è rimasta inesplorata. I pazienti e i sistemi sanitari dei Paesi poveri non potevano permettersi le pillole contro la psicosi, quindi solo il 16% dei pazienti le assumeva regolarmente, contro il 61% dei Paesi ricchi.

Quando il *New York Times* ne ha parlato, molti anni dopo, ha riportato che "gli schizofrenici in genere rispondono meglio al trattamento nei Paesi meno sviluppati". Si tratta di un'affermazione estremamente fuorviante, perché i trattamenti sono diversi tra paesi poveri e paesi sviluppati, e nasconde il fatto che le pillole per la psicosi sono dannose, mentre suggerisce che sono benefiche (si veda il capitolo 5 sulla psicosi).

Oltre a evitare gli effetti nocivi delle pillole, ci sono altre ragioni per cui le persone affette da schizofrenia se la cavano così bene nei Paesi poveri.⁷⁸⁷ La malattia è spesso vista come il risultato di forze esterne, ad esempio spiriti maligni, e le persone sono molto più propense a tenere il malato in famiglia e a mostrare gentilezza, con l'aspettativa di una completa guarigione, il che aiuta i pazienti a riprendersi e a partecipare di nuovo alla vita sociale.

Il professore di psichiatria Giovanni Fava, che ho conosciuto in occasione di un incontro in Danimarca dove entrambi abbiamo tenuto una conferenza, ha trovato così difficile far pubblicare i risultati che non piacevano ai suoi colleghi, che ha fondato una propria rivista, *Psychotherapy and Psychosomatics*. Un altro psichiatra italiano, Giovanni Fioriti, che ha pubblicato cinque dei miei libri in italiano e una volta mi ha invitato a cena a casa sua, ha lanciato una rivista ad accesso libero e senza spese per l'autore, *Clinical Neuropsychiatry*.

Anche la censura dei media è enorme. Quando nel 2016 è uscito il mio primo libro di psichiatria in svedese, l'editore mi ha invitato a tenere una conferenza a Stoccolma. Sono stato intervistato dai giornalisti dei due principali quotidiani che erano molto interessati, ma non è stato pubblicato nulla. Inger Atterstam dello *Svenska Dagbladet* non ha risposto alle mie e-mail che ne chiedevano il motivo, mentre Amina Manzoor del *Dagens Nyheter* ha detto che il suo editore riteneva troppo pericoloso spiegare ai lettori svedesi che le pillole per la depressione sono dannose e possono causare il suicidio, perché il solo saperlo sarebbe stato in qualche modo pericoloso!

C'è stata però una crepa nella censura svedese: un terzo giornale, *Afton-bladet*, mi ha permesso di pubblicare un articolo che riempiva l'intera ultima pagina in cui spiegavo che gli psicofarmaci fanno più male che bene.⁷⁸⁸

Anche la rivista medica finlandese (*Suomen Lääkärilehti*) ha dato prova di censura nel 2016. Avevo pubblicato un articolo su Mad in America in cui spiegavo che le nostre due revisioni sistematiche dello stesso anno mostravano che gli antidepressivi aumentano il rischio di suicidio e di violenza a tutte le età, e non solo nei bambini e negli adolescenti; che la psicoterapia diminuisce il rischio di suicidio e che il beneficio clinico degli antidepressivi è dubbio.⁷⁸⁹ Concludevo che questi farmaci non dovrebbero essere utilizzati e che le persone affette da depressione dovrebbero ricevere psicoterapia e supporto psicosociale.

Ho presentato una traduzione in finlandese del mio articolo, che è stata accettata. Un mese dopo, però, il caporedattore, Pekka Nykänen, l'ha rifiutata senza un motivo valido.⁷⁹⁰ Nykänen, giornalista economico, ha violato le linee guida del Committee on Publication Ethics (COPE): "I redattori non dovrebbero revocare la decisione di accettare un articolo, a meno che non vengano identificati gravi problemi con l'articolo stesso". Ho fatto appello, ma senza successo.

Poi mi sono rivolto al proprietario della rivista, l'Associazione Medica Finlandese, sostenendo che la cattiva condotta editoriale può essere altrettanto grave della cattiva condotta scientifica e non dovrebbe essere tollerata. Ho ricevuto una breve mail dal suo amministratore delegato, Heikki Pälve, che non ha preso in considerazione le mie lamentele e la mancata risposta di Nykänen alle mie domande estremamente pertinenti. Al contrario, Pälve ha risposto di rispettare "la libertà editoriale della rivista". È una stronzata. Non è libertà violare le linee guida accettate a livello internazionale; è cattiva condotta editoriale.

Nel 2017, Bob ha pubblicato un articolo dal titolo biblico, *Non criticare i nostri farmaci*,⁷⁹¹ su una revisione orrendamente errata degli effetti a lungo termine dei neurolettici. Gli autori sostenevano che non ci sono prove valide che gli antipsicotici peggiorino gli esiti a lungo termine, affermando al contempo che ci sono buone prove a sostegno del loro uso a lungo termine. Hanno selezionato a piacimento gli studi e scartato quelli che parlavano di danni a lungo termine, al punto che la loro revisione può servire come caso di studio di corruzione istituzionale. Due gruppi di psichiatri hanno inviato lettere molto pertinenti che criticavano la revisione alla rivista *American Journal of Psychiatry* - di proprietà dell'American Psychiatric Association, un'organizzazione solidamente corrotta dal denaro dell'industria -. L'editore ha respinto entrambe le lettere.

Una delle affermazioni assurde della revisione era che "è possibile che gli antipsicotici abbiano effetti deleteri sul cervello normale ma effetti protettivi in presenza di neuropatologia legata alla schizofrenia". I critici hanno osservato che "questa spiegazione ignora la somiglianza dei cambiamenti cerebrali indotti negli animali con quelli osservati nei pazienti in seguito all'assunzione di antipsicotici a lungo termine... Inoltre, invoca la straordinaria ipotesi che esista una 'neuropatologia legata alla schizofrenia' che risponderebbe al blocco dei recettori dopaminergici D2 in modo opposto a quello dei cervelli del resto del genere umano".

Quando il mio libro sulla criminalità organizzata nell'industria dei farmaci è stato pubblicato in spagnolo nel 2014, sono stato intervistato da un giornalista del principale quotidiano di Barcellona, *La Vanguardia*. L'intervista era stata programmata per occupare l'ultima pagina, che i lettori trovano più attraente della prima. Non è mai apparsa, anche se il

giornalista era molto entusiasta. Ho scoperto che c'erano relazioni finanziarie malsane tra il giornale e l'industria del farmaco.

È anche molto difficile portare i documentari critici sulla TV nazionale. Se ci si riesce, le parti migliori vengono eliminate per evitare troppe lamentele da parte della corporazione psichiatrica, dell'industria farmaceutica o del Ministro. So che è così perché sono apparso in molti documentari e ne ho parlato con molti documentaristi frustrati. Anche dopo aver eliminato le parti più critiche per soddisfare i produttori, c'erano voci fuori campo che dicevano al pubblico, per esempio, che "molte persone sono aiutate dagli antidepressivi". Se è così, dove sono queste persone?

Può anche essere difficile pubblicare libri molto rilevanti sugli orrori della psichiatria. La norvegese Silje Marie Strandberg è stata vittima di bullismo a scuola dall'età di 12 anni ed è stata ricoverata in un reparto psichiatrico all'età di 16 anni. Le è stata diagnosticata una depressione moderata e le è stata somministrata la fluoxetina (Prozac), la cui dose è stata raddoppiata dopo tre settimane, il che, come ho spiegato in precedenza, è una follia, poiché non aumenta l'effetto, ma solo i danni, compreso il rischio di morte.

Silje ha iniziato a tagliarsi, è diventata aggressiva, ha sentito una voce interiore e ha avuto pensieri suicidari. Le fu prescritto il clorprothixene (*in Italia: Taractan, revocato su richiesta nel 1993*), una pillola contro la psicosi, e tre giorni dopo vide un uomo con una veste nera e un cappuccio che le disse che stava per morire e le ordinò di annegarsi in un fiume. Lei ha lottato e pianto quando lui le ha parlato, dicendo che non voleva morire, ma lui le ha detto che non meritava di vivere. Si è immersa nel fiume piangendo di non volerlo fare, ma fortunatamente ne è uscita di nuovo. Queste allucinazioni erano indotte da farmaci e sono cessate quando ha smesso di assumerli.

La psichiatria ha rubato dieci anni della vita di Silje, con gravi atti di autolesionismo e molti tentativi di suicidio. È stata immobilizzata 195 volte, le è stato diagnosticato un disturbo schizoaffettivo, ha subito elettroshock ed isolamento.

Dopo sette anni di tormenti, ha incontrato una assistente che ha visto la ragazza dietro la diagnosi e si è presa cura di lei. Questo sforzo umano è il motivo per cui oggi Silje è viva e in salute.

Nel 2016, Silje e la sua regista, Inger Lene Stordrange, sono venute a Copenaghen per filmarmi per un documentario sulla sua vita.⁷⁹² Il documentario è liberamente disponibile. È molto bello, informativo e profondamente commovente.

Silje aveva precedentemente stipulato un accordo con un editore di libri, Psyk Opp, su quella che entrambi consideravano una delle storie di successo della psichiatria. Le dissi che era stata gravemente danneggiata dalla psichiatria, cosa che lei accettò, ma quando la sua "carriera" psichiatrica non fu più una storia di successo ma uno scandalo, non fu possibile pubblicare il suo libro. Non le fu permesso di dire al mondo che i farmaci che assumeva l'avevano fatta ammalare terribilmente, fino all'orlo del suicidio.

Silje è stata curata da 95 medici diversi e ha ricevuto 21 farmaci diversi durante la sua "carriera" psichiatrica: nove pillole per la psicosi, cinque per la depressione, quattro sedativi/ipnotici, due antiepilettici e il litio.

Un'altra storia di censura ha coinvolto la danese Lundbeck, che vende diverse pillole contro la depressione e la psicosi. Un film norvegese molto toccante, *Cause of death: unknown (Causa della morte: sconosciuta)*, è stato presentato in anteprima mondiale al festival del documentario di Copenaghen, CPH:DOC, il più grande del mondo, nel 2017.⁷⁹³ Parla della

sorella del regista che è stata uccisa dal suo psichiatra. Le ha somministrato un'overdose di olanzapina (Zyprexa) dopo averla prima trasformata in uno zombie. Era così scioccamente ignorante che non sapeva nemmeno che l'olanzapina può causare morte improvvisa.

Io compaio nel film e il regista, Anniken Hoel, ha chiesto agli organizzatori di inserirmi nella tavola rotonda. Il mio nome era l'unico nell'annuncio: *Medicina o manipolazione? Film e dibattito sull'industria degli psicofarmaci con Peter Gøtzsche*.

Sette giorni prima della proiezione del film, sono stato cacciato dalla giuria con la scusa che gli organizzatori non riuscivano a trovare uno psichiatra disposto a discutere con me. Non era questo il vero motivo. Si scoprì che la Fondazione Lundbeck, il cui obiettivo è sostenere le attività commerciali di Lundbeck, aveva concesso un'importante sovvenzione al festival.

CPH:DOC non mi ha mai contattato, anche se avrei potuto fornire diversi nomi di psichiatri disposti a discutere con me.

Il panel comprendeva Nikolai Brun, capo del personale dell'Agenzia Danese del Farmaco appena assunto dopo una lunga carriera nell'industria farmaceutica conclusasi poco prima del festival del film, e la psichiatra Maj Vinberg, i cui benefattori includevano Lundbeck e AstraZeneca. Aveva pubblicato delle sciocchezze sul fatto che la depressione fosse ereditaria e osservabile sulle scansioni cerebrali ed era molto appassionata di psicofarmaci, di cui sembrava sapere ben poco.

Il dibattito è stato imbarazzante. Dopo 25 noiosi minuti, esclusi gli interventi del regista, ne rimanevano solo cinque. Un ex paziente ha interrotto Brun, che aveva parlato all'infinito, gridando: "Domande!". Molte persone del pubblico avevano perso i loro cari, uccisi dagli psicofarmaci, e si erano arrabbiate sempre di più perché i relatori discutevano solo tra di loro e non volevano coinvolgere il pubblico. C'era tempo solo per tre domande.

Una donna ha chiesto perché gli antipsicotici non sono stati tolti dal mercato, visto che uccidono le persone. Brun ha risposto di non essere un esperto di psicofarmaci e si è imbarcato in un altro interminabile discorso, sui farmaci antitumorali.

Poi ho gridato: "Domande dal pubblico!". Un giovane ha raccontato di aver provato a smettere di prendere le pillole per la depressione diverse volte, senza successo e senza l'aiuto dei medici. Un membro del mio staff lo ha poi aiutato a smettere.

L'ultima domanda è stata posta da Anahi Testa Pedersen, il cui film su di me e sulle sue esperienze di paziente psichiatrico è stato proiettato in anteprima mondiale nello stesso cinema sette mesi dopo.⁷⁹⁴ Mi ha chiesto perché sono stato escluso dalla giuria, visto che avrei potuto dare un buon contributo e persino apparire nel film. Un portavoce del festival ha risposto che avevano chiesto "a molte persone", ma che nessuno voleva discutere con me. Anahi ha interrotto e ha fatto il nome di uno psichiatra che avrebbe voluto partecipare. Il portavoce ha cambiato tattica e ha detto che, poiché il film era critico, non c'era bisogno di me; avevano bisogno di qualcuno che discutesse i messaggi del film. Si trattava di una vera e propria stronzata.

Nel bel mezzo delle infinite finte scuse, qualcuno del pubblico ha gridato: "Non c'è nessun dibattito!". Il portavoce ha risposto che mi avrebbero invitato per "il dibattito di domani", che ho rifiutato, dato che mi avevano cacciato dalla prima mondiale del film.

Pochi secondi prima dello scadere del tempo, mi sono alzato in piedi e ho gridato (perché dubitavo che avrei avuto il microfono): "Sono qui per davvero. Discuto con psichiatri di tutto il mondo, eppure non mi è permesso di farlo nella mia città natale". Ci furono grandi risate e applausi, ma il pubblico era arrabbiato. È stato profondamente offensivo per loro mostrare un film su una giovane donna uccisa da un'overdose di Zyprexa senza permettere a nessuno

di coloro che avevano perso un familiare nello stesso modo di dire qualcosa. È stato un congedo brutale e una prostrazione totale di fronte al potere della Lundbeck.

Anahi ha scritto dello scandalo in una rivista per giornalisti.⁷⁹⁵ Ha notato che prima del mio allontanamento, gli organizzatori avevano annunciato che ci sarebbe stata una forte attenzione al consumo eccessivo di psicofarmaci e alla questione se i farmaci fossero il miglior trattamento dei disturbi psichiatrici. Dopo il mio allontanamento, l'attenzione si è concentrata sulle relazioni tra medici, pazienti e industria, il che non poteva essere un motivo per allontanarmi, dato che questo era l'argomento del mio libro premiato nel 2013.⁷⁹⁶

CPH:DOC scrive sul suo sito web: "Abbiamo molti anni di esperienza con accordi di sponsorizzazione che si rivolgono sia alle singole imprese che al festival. Tutte le collaborazioni sono create in stretto dialogo con le singole imprese e si basano su comuni visioni, sfide e opportunità".

In risposta all'articolo di Anahi, Vinberg ha scritto sulla rivista che era un peccato che un dibattito che avrebbe dovuto riguardare il miglioramento del trattamento futuro delle persone affette da un grave disturbo mentale, la schizofrenia, si fosse concluso con un dibattito piuttosto indifferente sugli individui (me). La sua dichiarazione fuorviante è stata contraddetta dalle sue risposte evasive durante il dibattito stesso.

Un altro caso di censura ha riguardato la TV pubblica danese. Il documentarista indipendente Janus Bang e il suo team mi avevano seguito per quattro anni e volevano che avessi un ruolo centrale nei loro documentari su quanto sia terribile e mortale la psichiatria. Janus si è scontrato con un grosso ostacolo e ha dovuto scendere a compromessi per riuscire a trasmettere qualcosa in TV. Nonostante ciò, nel 2019 ha trasmesso tre interessanti programmi, *// dilemma della psichiatria*,⁷⁹⁷ che sono stati scioccanti. Ad esempio, ha seguito un giovane che gli psichiatri hanno quasi ucciso con i loro farmaci. Ma il dibattito pubblico che tanto desiderava per introdurre importanti riforme era totalmente assente. La salda presa della psichiatria sulla società ha impedito che ciò avvenisse.

Non mi è stato permesso di apparire a meno che una voce fuori campo non dicesse che sono controverso. Janus si è rifiutato di accettarlo e io ho condiviso la sua decisione. "Controverso" è un termine dispregiativo che garantisce che gli spettatori ignorino tutto ciò che dici, pensando che non ci si possa fidare di te.

Le esportazioni di farmaci sono la principale fonte di reddito della Danimarca, e ci sono state voci fuori campo imbarazzanti e totalmente false che rendevano i loro servizi a Lundbeck e agli psichiatri, dicendo ad esempio che gli psicofarmaci hanno rivoluzionato il trattamento; che può essere necessario usare una miscela potenzialmente pericolosa di psicofarmaci per trattare la malattia mentale; e che non c'è dubbio che gli antidepressivi funzionino.⁷⁹⁸

I giornalisti mi hanno detto che il motivo per cui la TV pubblica danese non osa sfidare la psichiatria o gli interessi commerciali di Lundbeck è dovuto alle reazioni a due programmi dell'aprile 2013.

Sono stato intervistato in uno di essi, *Denmark on pills (La Danimarca con le pillole)*, dal comico e giornalista Anders Stjernholm. Nell'introduzione al programma si parlava di un paziente con enormi effetti collaterali degli antidepressivi, di un altro che aveva perso il suo desiderio sessuale e di un terzo a cui era stato diagnosticato l'ADHD da uno psichiatra che non lo aveva mai incontrato.⁷⁹⁹

Il messaggio generale era che le pillole della felicità sono pericolose e vengono prescritte troppo spesso. Ma l'impero psichiatrico ha risposto immediatamente. In una lettera aperta al consiglio di amministrazione della televisione,⁸⁰⁰ 92 specialisti hanno dichiarato di trovare "profondamente problematico che un canale di servizio pubblico abbia ritenuto suo compito combattere l'uso di un farmaco di importanza cruciale per la salute di molte persone". Hanno anche notato che i programmi erano "basati su dichiarazioni e opinioni individuali di cosiddetti esperti, il più utilizzato dei quali è uno specialista in medicina interna [io] e quindi non ha alcuna esperienza nel trattamento di pazienti psichiatrici... Le trasmissioni sono un chiaro disconoscimento delle migliaia di medici che trattano quotidianamente i pazienti con antidepressivi. Devono apparire del tutto inaffidabili quando, da decenni, prescrivono farmaci che, secondo gli 'esperti' della DR (*Danmarks Radio: TV pubblica Danese*), sono inefficaci nel migliore dei casi, pericolosi nel peggiore".

In risposta, il responsabile del canale⁸⁰¹ Michael Thouber ha fatto notare che circa 450.000 danesi fanno uso di antidepressivi; che il presidente dei medici di base, Henrik Dibern, aveva lanciato l'allarme su questo "numero orribilmente alto"; che lo psichiatra Poul Videbech aveva detto in un'intervista televisiva che erano così pochi quelli che avevano una depressione che richiedeva un trattamento, che si può presumere che tra i 350.000 e i 400.000 danesi facessero uso di antidepressivi senza che si trattasse del trattamento giusto; che l'OCSE ha evidenziato che la Danimarca si trova in un desolante secondo posto nel consumo di farmaci antidepressivi in un confronto tra 19 Paesi europei; che, alla fine del 2012, sia i medici, sia gli psichiatri, sia il Ministro della Salute hanno commentato pubblicamente di trovare questo dato allarmante; e che alcuni medici sono apparentemente troppo veloci nel prescrivere il farmaco senza fornire informazioni adeguate sugli effetti collaterali e su altre forme di trattamento.

I neuropsichiatri infantili si sono lamentati del fatto che i programmi potrebbero danneggiare i bambini con ADHD e hanno notato che alcuni genitori hanno interrotto un trattamento ben funzionante, che, secondo loro, "può portare a un peggioramento dei sintomi e causare gravi problemi nel gioco e nella socializzazione, nella partecipazione e nel beneficio dell'istruzione scolastica e causare comportamenti a rischio".⁸⁰² Mi hanno dato del professore populista, anche se ciò che avevo detto era corretto, in contrasto con le loro opinioni su ciò che si può ottenere con i farmaci, che sono sbagliate (si veda il capitolo 4 sull'ADHD).

In una rivista per giornalisti, Videbech ha definito i programmi una campagna di allarmismo che può costare la vita alle persone e ha aggiunto di conoscere diversi esempi di suicidio dopo che amici e familiari hanno consigliato al paziente di abbandonare i farmaci antidepressivi.⁸⁰³ Ha paragonato questo comportamento a quello di chi consiglia ai pazienti con diabete di abbandonare l'insulina, anche se, allo stesso tempo, ha negato con forza di credere alla menzogna dello squilibrio chimico (vedi pagina 13). Come già detto, Videbech ritiene che gli antidepressivi proteggano i bambini dal suicidio, anche se è vero il contrario.

Uno dei motivi per cui Videbech commette molti errori è che non è in grado di interpretare correttamente la letteratura scientifica.⁸⁰⁴ Ha sostenuto, ad esempio, che il citalopram può guarire la distruzione del tessuto cerebrale provocata dalla depressione,⁸⁰⁵ facendo riferimento a uno studio totalmente inaffidabile in cui 32 persone depresse hanno assunto il farmaco per 8 settimane.⁸⁰⁶

Videbech si è arrabbiato per essere stato escluso dai programmi e si è lamentato su Facebook e con la TV danese: "È diventato chiaro... che non volevano informazioni reali su

questi problemi - qualcosa di cui i telespettatori potessero davvero beneficiare - ma invece avevano scelto in anticipo alcune opinioni che hanno cercato di confermare".

Videbech ha descritto come il giornalista gli abbia ripetutamente posto domande in base alla sua agenda, ovvero che "gli antidepressivi non funzionano", "se funzionano, causano il suicidio" e "quando si smette, causano orribili sintomi di astinenza".

Videbech è considerato una figura di spicco nel campo della depressione, un'icona nazionale, e viene spesso intervistato. Questo gli conferisce lo status di oracolo, che utilizza per influenzare l'agenda pubblica e per plasmare ciò che la gente pensa della depressione e delle pillole per la depressione.

Ho documentato per Stjernholm - che ha realizzato i programmi *La Danimarca con le pillole* - che le pillole per la depressione non funzionano, che aumentano il rischio di suicidio e che i pazienti possono avere terribili sintomi di astinenza quando cercano di smettere.

Ci furono molti commenti all'articolo di Videbech sulla rivista. Uno di essi sottolineava che avevo ragione sul fatto che i media erano acritici e che molte persone avevano cercato di mettere in guardia contro gli psicofarmaci, ma erano state messe a tacere o licenziate. Questo, naturalmente, è successo anche a me, ed ho scritto un libro su questo,⁸⁰⁷ che ho aggiornato⁸⁰⁸ perché Janus e io stiamo attualmente realizzando un documentario sulla vicenda, *The honest professor and the fall of the Cochrane empire (Il professore onesto ed il crollo dell'impero Cochrane)*, che stiamo finanziando attraverso il crowd funding.⁸⁰⁹

Un altro commentatore ha trovato incredibilmente manipolativo il fatto che Videbech abbia affermato che le persone si sono suicidate dopo aver interrotto il loro farmaco e abbia paragonato questo fenomeno a quello dei diabetici che hanno bisogno di insulina.

Uno ha osservato che in psichiatria non esiste praticamente nessun programma di riduzione graduale e che la decisione dipende esclusivamente dall'opinione del medico, con il risultato che molte persone sono costrette a rimanere in terapia per tutta la vita.

Una ha raccontato di essere membro di un grande gruppo di sostegno che aiuta le persone danneggiate dagli psicofarmaci e che ogni volta che hanno cercato di aprire un dibattito su questo argomento, sono stati accusati di non pensare a coloro che traggono beneficio dai farmaci e si sono sentiti dire che le loro informazioni potevano avere conseguenze fatali.

Uno si è chiesto perché la psichiatria non abbia parlato dei suicidi e dei tentativi di suicidio causati dai farmaci: "Perché viene liquidato come un fenomeno inesistente. Tuttavia, era presente nell'elenco degli effetti collaterali del foglietto illustrativo del farmaco che ho ricevuto. E ho sentito l'impulso sul mio stesso corpo. MA mi è stato detto che era la mia depressione a scatenare i pensieri e i progetti suicidari. La cosa strana è che l'impulso è arrivato poco dopo aver iniziato a prendere il farmaco... Ma la conclusione del medico e delle altre persone coinvolte fu che la mia dose doveva essere aumentata, cosa che fortunatamente rifiutai e decisi di ridurre il farmaco da sola. Anche il fatto che le persone cambino totalmente la loro personalità - diventando aggressive e irascibili, paranoiche, ecc. - viene anch'esso scartato".

Solo quattro giorni dopo i documentari di Stjernholm, sempre nel 2013, il giornalista Poul Erik Heilbuth ha mostrato in TV un favoloso documentario, *L'ombra oscura della pillola*.⁸¹⁰ Ha documentato in dettaglio come Eli Lilly, GlaxoSmithKline e Pfizer abbiano nascosto che le loro pillole per la depressione portano alcune persone a suicidarsi o a commettere omicidi, oppure come persone del tutto normali e pacifiche iniziano improvvisamente una serie di rapine violente in negozi e stazioni di servizio che in seguito non sono state in grado di

spiegare e di cui hanno ricordi anneriti. Le pillole hanno cambiato totalmente la loro personalità. Heilbuth ha raccontato le storie di diverse persone che si sono uccise o hanno ucciso altri.

Il materiale di base (non più disponibile) riportava che il professor Tim Kendall - capo dell'organismo governativo che consiglia tutti i medici inglesi - aveva definito la teoria dello squilibrio chimico una sciocchezza e un'assurdità. Il professor Bruno Müller-Oerlinghausen - per 10 anni a capo della Commissione per i Farmaci dei medici tedeschi - ha definito la teoria folle. Entrambi i professori hanno affermato che la teoria è una pura strategia di marketing per le aziende farmaceutiche. Heilbuth ha inoltre notato che il sito ufficiale danese sulla salute (scritto da professori danesi di psichiatria) ha diffuso assurdità sullo squilibrio chimico.

Heilbuth ha avuto nel suo film l'informatore Blair Hamrick, un venditore statunitense che ha raccontato che il mantra del marketing per vendere il farmaco della GlaxoSmithKline, la paroxetina (Paxil o Seroxat), era che si trattava del farmaco della felicità, dell'eccitazione e della magrezza. Dicevano ai medici che vi avrebbe reso più felici, che avreste perso peso, che avreste smesso di fumare, che avrebbe aumentato la vostra libido (in realtà fa il contrario) e che tutti avrebbero dovuto prendere questo farmaco.

Le reazioni a uno dei film più veritieri mai prodotti sugli psicofarmaci furono feroci. Un editoriale del quotidiano *Politiken* condannò il documentario in modo molto ostile, e Heilbuth rispose.⁸¹¹ *Politiken* definì il suo film "immensamente manipolativo", "sensazionalistico", "che cercava semplicemente di confermare o verificare la tesi che il programma aveva posto come premessa", e definì Müller-Oerlinghausen un "pensatore confuso".

Mi è sembrato come se l'editoriale di *Politiken* fosse stato scritto da Lundbeck. Il "pensatore confuso" ha tenuto conferenze in tutto il mondo, compreso un simposio organizzato mezzo anno prima dal gruppo universitario danese sugli antidepressivi. Nel corso del film è stato molto chiaro e ben argomentato, e ciò che ha detto è assolutamente corretto. David Healy è stato anche una delle fonti principali del film.

Nel 2016 Videbech ha attaccato nuovamente la TV danese, con la sua solita arroganza, dopo il documentario *I pazienti sani*. Ha accusato il programma di stigmatizzare le persone affette da depressione e di non aver fatto una ricerca giornalistica adeguata,⁸¹² cosa che non era corretta ed è stata respinta dal direttore del programma.⁸¹³

La falsa narrazione dei media sulla psichiatria

Con poche eccezioni, i media si comportano come gli utili idioti dell'industria farmaceutica, propagando in modo acritico praticamente ogni falsità che la psichiatria riesce a concepire.

Dopo decenni di delusione per il modo in cui i media descrivono i problemi psichiatrici, alla fine ne ho avuto abbastanza e ho scritto un articolo in cui discutevo le ragioni alla base della falsa narrazione.⁸¹⁴

In primo luogo, molti giornalisti imparano alla scuola di giornalismo che devono essere equilibrati. Ma l'informazione "equilibrata" spesso lascia il pubblico confuso. Quando a entrambe le parti viene dato lo stesso risalto, la gente potrebbe concludere che il giudizio è ancora aperto anche quando il caso è risolto. L'informazione "equilibrata" rende le persone più stupide di quanto dovrebbero essere.

In secondo luogo, molti giornalisti assumono psicofarmaci e pensano che funzionino, oppure hanno amici o parenti che assumono farmaci, lavorano per un'azienda farmaceutica o sono psichiatri. Ciò può indurre i giornalisti a reagire violentemente e ad andare diretta-

mente contro le prove scientifiche e gli avvertimenti delle autorità. Ho subito innumerevoli attacchi al vetriolo su questa base. Una giornalista ha trionfato su un giornale scandalistico con il titolo: *Prendo pillole della felicità, altrimenti sarei morta!*⁸¹⁵ Mi ha definito una persona pericolosa per la vita, delirante, non in completo equilibrio con me stesso, uno che potrebbe aver bisogno di vedere uno psichiatra, e che dovrei vergognarmi di me stesso ed essere privato del mio titolo di professore: "Il mio desiderio è che qualcuno possa fermare il professore pazzo".

In terzo luogo, le storie negative vengono pubblicate raramente, anche quando il giornalista è desideroso di pubblicarle. Questo perché molti media sono corrotti. Gli editori non vogliono perdere gli introiti pubblicitari e spesso hanno conflitti di interesse finanziari con l'industria farmaceutica.

In quarto luogo, i redattori sanno che potrebbero scatenare l'inferno se pubblicassero articoli o documentari critici sui danni dei farmaci. Potrebbero affrontare una tempesta di proteste da parte dei principali opinionisti e potrebbero essere sollevate interrogazioni in parlamento, spesso tramite persone segretamente finanziate dall'industria farmaceutica. I redattori temono di offendere il consenso e credono alla falsa tesi che ogni cattiva pubblicità sugli psicofarmaci possa costare vite umane, per cui la scienza viene eliminata e sostituita da aneddoti personali, che sono più convincenti per i lettori rispetto alla scienza vera e propria.

In quinto luogo, anche se i giornalisti verificano spesso la veridicità delle dichiarazioni dei politici, sono sorprendentemente acritici nei confronti delle affermazioni dei potenti della sanità. Non si rendono conto che la maggior parte degli psichiatri di spicco ha gravi idee sbagliate sulla propria specialità e che molti mentono spudoratamente sui fatti.

In sesto luogo, possono esserci pressioni sostanziali da parte dei pazienti. Alcuni sono celebrità o giornalisti che ospitano programmi televisivi e possono sentirsi prontamente offesi se la loro malattia non viene riconosciuta o se il loro uso di farmaci viene messo in discussione. Molti giornalisti si sentono obbligati ad accogliere queste persone e a presentare le loro storie, spesso con il sostegno dei loro psichiatri. Possono anche temere di essere visti come poco compassionevoli e non hanno una risposta pronta a quale sarebbe un'alternativa. Potrebbero porvi rimedio intervistando i critici della psichiatria, ad esempio i movimenti dei sopravvissuti, ma spesso non lo fanno.

Quando i media - raramente - raccontano di un grave danno di uno psicofarmaco, seguono un copione standard, ovvero devono anche lodare il farmaco. Ciò si traduce in dichiarazioni di marketing false e prive di senso, come "nonostante gli effetti collaterali, vale la pena di assumere questi farmaci" o "molte persone sono state aiutate da questi farmaci".

Un esempio recente e tipico di corruzione mediatica è stato un servizio della *BBC Scozia* del 2023 su Dylan Stallan, che non aveva mai manifestato pensieri suicidari prima di iniziare un trattamento con sertralina per l'ansia, ma si è suicidato all'età di 18 anni.⁸¹⁶

La BBC ha ingannato il pubblico affermando che l'efficacia degli antidepressivi sui minori di 18 anni non è del tutto nota e che ci sono "alcune" prove cliniche che "suggeriscono" che i farmaci aumentano il rischio di suicidio nei giovani. Non è così. Tutte le prove, gli studi controllati con placebo, dimostrano che il rischio di suicidio è aumentato.

Il professore di psichiatria infantile e adolescenziale Bernadka Dubicka ha riferito alla *BBC* di un aumento dei pensieri suicidari e degli atti di autolesionismo nelle prime settimane, e Anton Ferrie della *BBC* ha scritto che tra gli effetti collaterali più gravi ci sono "pensieri suicidari".

Questo è terribilmente fuorviante. I pensieri suicidari e l'autolesionismo sono eventi relativamente lievi, ma i farmaci raddoppiano il numero di suicidi (si veda il capitolo sulla depressione). Inoltre, il rischio di suicidio non è limitato alle prime settimane di terapia. Le persone possono uccidersi in qualsiasi momento, in particolare dopo un cambio di dose.

Il dottor Ben Davis, medico di famiglia ed esperto di medicina sessuale, ha affermato che gli antidepressivi hanno salvato la vita ad alcune persone. Ma questi farmaci non salvano le vite, le tolgono. Uccidono le persone a tal punto che gli antidepressivi potrebbero essere il principale killer tra tutti i farmaci.⁸¹⁷

Mi chiedo perché i media non dicano mai che la psicoterapia dimezza il rischio di suicidio.⁸¹⁸ La ragione più ovvia è che gli psicoterapeuti non corrompono i media, gli psichiatri o i politici con i loro soldi, come invece fa l'industria del farmaco.

La *BBC* ha parlato con oltre 100 persone e tutte hanno riportato effetti collaterali di qualche tipo. Perché allora si usano questi farmaci? L'esperto di medicina sessuale ha detto che una persona su due avrà qualche difficoltà con il sesso, e *la BBC* ha descritto un uomo che ha perso il suo desiderio sessuale nel giro di 24 ore e ora è asessuato, con intorpidimento dei genitali, che persisteva ancora 12 mesi dopo aver smesso di prendere gli antidepressivi. L'uomo è affetto da Disfunzione Sessuale Post-SSRI (PSSD) ed è una delle oltre 1.000 persone che fanno parte della Rete PSSD, che si occupa di sensibilizzare l'opinione pubblica su questa condizione, attualmente non riconosciuta dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il fondo del giornalismo è stato raggiunto quando l'ex First Lady, Rosalynn Carter, ha istituito la Guida per il giornalismo sulla salute mentale del Carter Center degli Stati Uniti, la prima del suo genere. Il Carter Center educa i giornalisti a scrivere articoli errati, ripetendo acriticamente le narrazioni fuorvianti create dall'industria farmaceutica e dagli psichiatri, e a non mettere mai in discussione le diagnosi psichiatriche.⁸¹⁹

Alcuni dei "fatti" che ai giornalisti si raccomanda di includere sono: "I disturbi da uso di sostanze sono malattie del cervello" e la guida spiega che "Sebbene la scienza non abbia trovato una causa specifica per molte condizioni di salute mentale, una complessa interazione di fattori genetici, neurobiologici, comportamentali e ambientali spesso contribuisce a queste condizioni". Questa sciocchezza è fuorviante. Sappiamo che le condizioni di vita delle persone sono più importanti di qualsiasi altra cosa.

È difficile vedere speranze per l'America. Quando il Carter Center dice ai giornalisti di ignorare i pazienti e di ascoltare solo gli psichiatri, è come se dicesse ai giornalisti cinesi che se vogliono sapere com'è vivere sotto una dittatura, non devono chiederlo al popolo ma ai leader cinesi.

I dieci miti della psichiatria che sono dannosi per i pazienti

Nel gennaio 2014 ho pubblicato un articolo sul quotidiano *Politiken*, *Psychiatry gone astray (La psichiatria fuori strada)*,⁸²⁰ che è apparso anche in inglese,⁸²¹ dove ho descritto dieci miti della psichiatria che sono dannosi per i pazienti:

- Mito 1: La malattia è causata da uno squilibrio chimico nel cervello.
Mito 2: Non è un problema interrompere il trattamento con gli antidepressivi.
Mito 3: Gli psicofarmaci per la malattia mentale sono come l'insulina per il diabete.
Mito 4: Gli psicofarmaci riducono il numero di malati cronici.
Mito 5: Le pillole della felicità non causano il suicidio nei bambini e negli adolescenti.
Mito 6: Le pillole della felicità non hanno effetti collaterali.
Mito 7: Le pillole della felicità non creano dipendenza.
Mito 8: La prevalenza della depressione è aumentata molto.
Mito 9: Il problema principale non è il sovratattamento, ma il sottotrattamento.
Mito 10: Gli antipsicotici prevengono i danni al cervello.

Ho concluso il mio articolo in questo modo:

"Gli psicofarmaci possono essere utili a volte per alcuni pazienti, in particolare per un uso a breve termine, in situazioni acute. Ma dopo i miei studi in questo campo, sono arrivato a una conclusione molto scomoda: I nostri cittadini starebbero molto meglio se eliminassimo dal mercato tutti gli psicofarmaci, perché i medici non sono in grado di gestirli. È inevitabile che la loro disponibilità provochi più danni che benefici. I medici non sono in grado di gestire il paradosso per cui farmaci che possono essere utili nel trattamento a breve termine sono molto dannosi se usati per anni e creano quelle malattie che avrebbero dovuto alleviare e malattie ancora peggiori. Nei prossimi anni, la psichiatria dovrebbe quindi fare tutto il possibile per trattare il meno possibile, nel minor tempo possibile, o per niente, con gli psicofarmaci".

Il mio articolo ha suscitato un'indignazione, guidata dall'industria farmaceutica e dai suoi alleati pagati tra i medici e i media. Ma ha anche portato al più grande dibattito mai avvenuto in Danimarca sugli psicofarmaci. Per più di un mese, non c'è stato un solo giorno senza che si discutesse di questi temi alla radio, in TV, sui giornali o nei reparti psichiatrici.

Questo mi ha sorpreso. Mezzo anno prima avevo scritto qualcosa di simile nel mio libro sulla criminalità organizzata nell'industria della droga, nel capitolo "*Le pillole della felicità che spingono i ragazzi al suicidio*", ma questo non aveva portato ad alcun dibattito sugli psicofarmaci:⁸²²

"Come mai abbiamo permesso alle aziende farmaceutiche di mentire così tanto, di commettere crimini abituali e di uccidere centinaia di migliaia di pazienti, e ancora non facciamo nulla? Perché non mettiamo in galera i responsabili? Perché molte persone sono ancora contrarie a permettere ai cittadini di accedere a tutti i dati grezzi di tutti gli studi clinici e perché sono contrarie a demolire l'intero sistema e a consentire di testare i farmaci sui pazienti soltanto agli accademici assunti nel servizio pubblico, indipendentemente dall'industria farmaceutica?".

Nel mio libro ho scritto la stessa identica frase sul fatto che i cittadini starebbero molto meglio se eliminassimo tutti gli psicofarmaci dal mercato. Ma questa volta la gente ha reagito. Lo stesso giorno in cui è apparso il mio articolo, Thomas Middelboe, presidente dell'Associazione Psichiatrica Danese, ha mentito senza mezzi termini sullo stesso giornale e sul suo sito web:⁸²³ *I farmaci antidepressivi proteggono dal suicidio*.

Ho avuto l'appoggio di tutto l'establishment danese, compreso il direttore del Consiglio per la Salute, Else Smith,⁸²⁴ (che comunque mi ha ringraziato il giorno stesso alla radio per aver sollevato un importante dibattito),⁸²⁵ la Società Danese per il Cancro e l'organizzazione ombrello delle Società Mediche Danesi. Il presidente dell'Associazione dei Medici di Base, Henrik Dibbern, mi ha sostenuto: "Peter non è un grande diplomatico. Ma è anche

necessario gridare forte in questo settore. Anche quando ha fornito una documentazione pesante, è stato spesso ignorato".⁸²⁶ Il Ministro della Salute, Astrid Krag, ha definito il mio articolo volgare, stupido e pericoloso,⁸²⁷ e la più grande organizzazione di pazienti ha affermato che avevo fatto deragliare il dibattito.⁸²⁸ Eppure, l'unica cosa che avevo fatto era dire alla gente la verità,⁸²⁹ ma questo non è tollerato quando l'argomento è la psichiatria.

Un dottorando in psicofarmacologia, Jesper Tabias Andreasen, ha scritto che ero antipsichiatrico e che spaventavo i pazienti dall'assumere i loro farmaci. Il suo titolo era satirico: "Potremmo eliminare tutti i farmaci - non solo quelli psichiatrici - ed evitare tutti gli effetti collaterali".⁸³⁰

Come Andreasen, anche la stampa si è scatenata e ha travisato ciò che avevo scritto a tal punto che ho dovuto dichiarare di non aver mai sostenuto che tutti gli psicofarmaci dovessero essere ritirati dal mercato.⁸³¹

Kristian Villesen, redattore del giornale *Information*, è stato uno dei pochissimi giornalisti che ha compreso la questione.⁸³² Egli scrisse che il mio articolo aveva irritato a tal punto i medici generici e gli psichiatri da far loro deliberatamente travisare il corretto significato del testo, motivo per cui ero stato "presentato come un sostenitore del fatto che a nessuno dovrebbero essere somministrati psicofarmaci. Nessuna persona sana di mente lo pensa, nemmeno Gøtzsche. La sua retorica tagliente era ovviamente un tentativo di indurre i medici a riflettere sulla quantità di farmaci che prescrivono. Il punto è che i medici dovrebbero migliorare, non che i farmaci dovrebbero essere ritirati dal mercato. Coloro che hanno una formazione medica specialistica alle spalle dovrebbero essere in grado di capirlo - e ovviamente sono in grado di farlo".

Anche il redattore di *Politiken*, Christoffer Emil Bruun, ha visto oltre il fumo e gli specchi.⁸³³ Sotto il titolo "*C'è un danese normale?*", ha scritto che l'esplosione del consumo di farmaci, che, secondo la dichiarazione del Ministro della Salute, Astrid Krag, su *Politiken* nel 2012 ha richiamato l'attenzione del Parlamento, non ha attirato l'attenzione dell'intero Paese prima che io ne scrivessi. Ha criticato gli psichiatri per non aver affrontato ciò che ho scritto, ad esempio sull'influenza dell'industria farmaceutica e sul fatto che le diagnosi non sono affidabili. Al contrario, gli psichiatri hanno sostenuto che ci sono più pazienti che hanno bisogno di antidepressivi e non li assumono che pazienti che li assumono ma non ne hanno bisogno.

Nella sua newsletter per l'Associazione Psichiatrica Danese, Middelboe ha ripetuto la falsa credenza che io volessi togliere dal mercato tutti gli psicofarmaci, che a suo dire erano pericolosi per la vita.⁸³⁴

Il punto più basso è stato raggiunto da Lars Kessing, Merete Nordentoft e Thomas Middelboe che, a nome di tutti i professori di psichiatria e di neuropsichiatria infantile e dell'Associazione Psichiatrica Danese, hanno dichiarato - senza fare il mio nome, proprio come non si doveva fare il nome del malvagio Lord Voldemort in Harry Potter - che:⁸³⁵

- non c'è un eccesso di trattamento della depressione
- gli antidepressivi funzionano e prevengono nuovi episodi
- gli antidepressivi riducono il rischio di suicidio nei bambini
- gli antidepressivi non portano alla dipendenza
- gli antipsicotici funzionano e riducono il rischio di morte
- Il Dialogo Aperto non funziona (per le psicosi)
- l'esercizio fisico non ha alcun effetto sui disturbi psichiatrici.

Middelboe ha detto di aver scritto l'articolo perché in Danimarca ci sono molti miti e informazioni errate sugli psicofarmaci. Cose che hanno diffuso loro stessi, visto che tutte le loro affermazioni erano sbagliate. Naturalmente non hanno colto l'ironia, quando mi hanno definito estremo e inaffidabile.

Ho detto a *Politiken* che dovevo scrivere un altro articolo perché avevano fatto così tanti errori. Ho risposto alle affermazioni non veritiere contenute nell'articolo, *I leader della psichiatria sono ancora fuori strada*.⁸³⁶

Un editoriale di una rivista finanziata dall'industria ha affermato che "non è possibile non ammirare il coraggio dimostrato da Peter Gøtzsche. Il capo della Cochrane è popolare nella sanità come Voldemort in Harry Potter".⁸³⁷ I miei avversari usano spesso il mio nome nei titoli dei loro articoli, il che è una sorta di molestia. È successo anche questa volta. La rivista ha pubblicato un articolo di 7 pagine, *Peter, il lupo: Gøtzsche contro Gøtzsche*, che sembrava un tentativo di assassinio del personaggio.⁸³⁸ In due pagine intere c'era la foto di uno dei miei occhi:



La neuropsichiatra infantile Lisbeth Kortegaard ha espresso una critica devastante all'articolo.⁸³⁹ Ha definito meschino e di cattivo gusto paragonarmi a un predatore e ha osservato come sono stato celebrato al meeting Selling Sickness di Washington DC e al meeting Preventing Overdiagnosis di Dartmouth nel 2013.

Due mesi dopo, Lisbeth si chiedeva perché gli psichiatri continuassero la loro caccia alle streghe nei miei confronti, osservando che avrebbero dovuto riflettere sul motivo per cui un danese su 500 considerava importante il mio articolo.⁸⁴⁰

Nel febbraio 2014, 16 professori danesi di psichiatria hanno risposto al mio articolo.⁸⁴¹ Tra le altre cose, hanno ripetuto la menzogna che il trattamento con neurolettici aumenta la longevità, rispetto all'assenza di trattamento.

La censura della Cochrane, la protezione della psichiatria e dell'industria e la mia espulsione

Nel marzo 2014, il tentativo dell'Associazione Psichiatrica Danese di assassinarci è quasi riuscito. Hanno scritto ai due gruppi Cochrane che si occupano di schizofrenia e depressione, lamentandosi del mio articolo sui dieci miti dannosi della psichiatria.⁸⁴² Hanno ricordato che ero stato criticato dal Ministro della Salute, dal direttore del Consiglio della Salute, dal direttore dell'Associazione Danese dei pazienti, dal presidente della Società per il Cancro, dal

presidente dell'Associazione Psichiatrica Danese e dal presidente dell'Organizzazione delle Società Mediche Danesi.

Hanno concluso la loro lettera chiedendo: "Come valutate, con le conoscenze specifiche che avete rispettivamente sugli antipsicotici e sugli antidepressivi, le affermazioni di Peter Gøtzsche presentate nel suo articolo. Saremmo molto lieti se vi assumeste il compito di effettuare tale valutazione".

Non era compito della Cochrane valutare ciò che avevo scritto. Ma il direttore generale, il vice direttore generale e altre due persone della direzione della Cochrane hanno risposto. Hanno scritto: "La Cochrane sta trattando molto seriamente i punti da lei sollevati riguardo ai commenti fatti dal professor Gøtzsche sull'uso di farmaci psicotropi. Voglio dichiarare [l'uso involontario del "io" indica che l'amministratore delegato della Cochrane, il giornalista Mark Wilson, era l'autore della lettera] esplicitamente che queste non sono le opinioni della Cochrane Collaboration su questo argomento e che non le approviamo". Nella lettera si legge che ho parlato a nome mio, il che è corretto, e come "parte del lavoro promozionale" che ho condotto in occasione della pubblicazione del mio libro sulla criminalità organizzata, il che non è corretto.

Non sono stato consultato sulla loro risposta e non sapevo nemmeno cosa stesse accadendo. Ero in una giungla a Panama con mia moglie quando è successo, circondato da uccelli, tarantole, caimani, scimmie, farfalle e bradipi, con pochi contatti con il mondo esterno.



Non avevo alcuna possibilità di difendermi. La notizia che la mia stessa organizzazione mi aveva denunciato fece il giro dei media danesi e gli psichiatri festeggiarono l'uccisione commessa leggendo ad alta voce la lettera di Cochrane alla riunione annuale dell'Associazione Psichiatrica Danese.

Il mio articolo di giornale inizia così: "Ho fatto ricerche sugli antidepressivi per diversi anni e mi sono a lungo chiesto perché i principali psichiatri danesi, tra cui diversi professori,

basino la loro pratica su una serie di miti errati, che sono infondati. Questi miti sono dannosi per i pazienti, soprattutto perché la psichiatria danese è estremamente controllata dall'alto. Molti psichiatri sanno bene che questi miti non reggono e me lo hanno detto, ma non osano discostarsi dalle posizioni ufficiali per motivi di carriera. Essendo uno specialista in medicina interna, non rischio di rovinare la mia carriera incorrendo nell'ira dei professori e cercherò qui di venire in soccorso dei molti psichiatri e pazienti coscienziosi ma oppressi, elencando i miti peggiori e spiegando perché sono dannosi".

Nel mio articolo ho fatto riferimento al mio libro sulla criminalità organizzata.⁸⁴³ Wilson ha dichiarato: "Anche le opinioni contenute in questo libro non sono le opinioni della Cochrane". Questo dimostra che la Cochrane è legata all'industria farmaceutica. Il commento era ridicolo. Come poteva l'amministratore delegato della Cochrane avere opinioni diverse dalle mie sui ben documentati crimini organizzati dell'industria farmaceutica, di cui sapeva ben poco? Inoltre, gli psichiatri non avevano fatto riferimento al mio libro, quindi perché ne ha parlato? Ovviamente perché voleva sbarazzarsi di me, cosa che riuscì a fare quattro anni dopo.

Anche un'altra frase della lettera di Wilson non rispondeva a una questione sollevata dagli psichiatri: "Chiederemo al professor Gøtzsche di condividere con i colleghi della Cochrane tutti i dati non pubblicati che non sono ancora disponibili pubblicamente, in modo che possano essere incorporati in modo oggettivo nelle revisioni sistematiche Cochrane nuove o esistenti, a seconda dei casi; e poi essere visti e valutati da voi [gli psichiatri danesi] e da altri specialisti del settore".

Wilson ha totalmente minato la mia posizione di scienziato indipendente e rispettato. Non mi ha sorpreso che un giornalista di *Politiken*, abbia interpretato questa affermazione nel senso che ora ero sotto la censura della Cochrane e che non mi sarebbe stato permesso di pubblicare nulla se non fosse stato approvato dalla sede centrale della Cochrane.⁸⁴⁴

La lettera di Wilson era una minaccia a ciò che avevo costruito in 30 anni, compreso il mio centro, che riceveva finanziamenti dal governo. A gennaio il Ministro della Salute aveva dichiarato pubblicamente che la mia persona e il centro non erano la stessa cosa,⁸⁴⁵ circostanza che io e i miei ricercatori senior abbiamo interpretato nel senso che potevo essere licenziato. Davvero strano, visto che avevo semplicemente sottolineato ciò che è ben documentato e che molti altri avevano sottolineato prima di me.

Quando tornai dalla giungla per partecipare alle riunioni della Cochrane a Panama City, uno dei quattro che avevano firmato la lettera si scusò con me. Ma Wilson si limitò a fissarmi con i suoi occhi freddi e maligni.

Il giornalista Ole Toft di *Altinget*, il giornale che ha dato la notizia, ha travisato la lettera di Wilson.⁸⁴⁶ Il sottotitolo affermava che non avevo prove a sostegno "per una serie di affermazioni controverse sull'industria farmaceutica e sull'uso di farmaci psichiatrici", cosa che altri giornalisti hanno ripetuto acriticamente, purtroppo anche sul *Journal of the Danish Medical Association*,⁸⁴⁷ e che la gente ha interpretato come un'assoluzione dei crimini dell'industria farmaceutica e un verdetto negativo sul mio libro. Toft ha persino favoleggiato che "l'organizzazione non è d'accordo nemmeno con le opinioni che Peter Gøtzsche descrive nel suo libro, in cui paragona il modello di business delle aziende farmaceutiche alle organizzazioni criminali". Si trattava di una fantasia gratuita, e nel mio libro ho documentato che Pfizer era stata condannata per crimine organizzato e che altre aziende facevano affari nello stesso modo. È stato spaventoso vedere fino a che punto i giornalisti distorcono le loro storie quando sentono l'odore del sangue.

Dopo questa esperienza mi sono sentito come il senatore dell'antica Roma che diceva che la gente non sarebbe riuscita a pugnalarlo alle spalle, perché aveva già così tante cicatrici che il coltello non sarebbe passato.

Alcuni membri della leadership di Cochrane si sono spaventati e hanno inviato una lettera ad *Altinget*, spiegando che c'erano stati dei "malintesi".⁸⁴⁸ Ma era troppo tardi. Il danno era fatto e nessun giornalista ammise di aver travisato la lettera di Wilson, anche se alcune delle cose scritte erano palesemente false.

Ho pubblicato diverse confutazioni, tra cui un articolo dal titolo simile a quello di uno dei famosi racconti di H. C. Andersen, *La piuma di Cochrane che divenne cinque galline*,⁸⁴⁹ che parla di come le dicerie diventino verità consolidate quando vengono ripetute abbastanza spesso.

Al di fuori dei circoli di potere, il mio articolo sui dieci miti fu molto apprezzato.⁸⁵⁰ Fu tradotto in inglese, spagnolo, norvegese e finlandese e seguirono molti articoli, alcuni scritti da psichiatri che erano d'accordo con me. Persone in Norvegia e in Svezia mi hanno ringraziato per aver avviato un dibattito che nel loro Paese era impossibile, e ho ricevuto centinaia di e-mail da pazienti che confermavano con le loro storie che ciò che avevo scritto era vero.

Un paziente ha scritto di essere stato ricoverato con un primo episodio di mania e, sebbene avesse chiesto di non essere trattato con farmaci, è stato costretto ad assumere olanzapina. Cercò di comportarsi bene, temendo che altrimenti non sarebbe stato dimesso. Alla dimissione, una psichiatra lo dichiarò guarito e insistette perché continuasse a prendere il farmaco. Non osò dirle che aveva sputato la maggior parte delle pillole nel lavandino, ma chiese, per salvare le apparenze, per quanto tempo avrebbe dovuto prendere il farmaco. Per tutta la vita, rispose lei, perché aveva una malattia cronica, con un grande rischio di ricaduta, e non doveva temere i danni dei farmaci. Il motivo per cui non prese il farmaco fu che aveva letto il mio articolo. Da allora sta bene senza farmaci.

La psichiatria ha continuato come sempre, ma molte persone mi hanno detto che i miei libri e i miei articoli hanno salvato delle vite. Hanno dato ai pazienti il coraggio di interrompere i farmaci contro il parere del medico.

Dieci mesi dopo il mio articolo, il *BMJ* ha pubblicato un articolo con opinioni molto simili alle mie,⁸⁵¹ ma gli autori non sono diventati capri espiatori per il fallimento della psichiatria.

Non è passato molto tempo prima che la Cochrane mi perseguitasse di nuovo, e ancora una volta ha ignorato la scienza e ha protetto gli interessi corporativi e le false credenze della psichiatria e dell'industria farmaceutica. Nel maggio 2015 ho tenuto una conferenza al Maudsley Debates a Londra e ho spiegato, come pure in un articolo sul *BMJ*, perché l'uso a lungo termine degli psicofarmaci provoca più danni che benefici.⁸⁵² Avevo informato in anticipo i colleghi della Cochrane del mio articolo come cortesia, ma la mia gentilezza non è stata ricambiata. Lo stesso giorno in cui è apparso il mio articolo, il caporedattore della Cochrane, David Tovey, e i tre redattori responsabili dei tre gruppi Cochrane sulla salute mentale hanno attaccato la mia credibilità scientifica sul sito web *del BMJ*.⁸⁵³

"In sintesi, siamo preoccupati che il quadro dipinto dal professor Gøtzsche possa essere parziale e che le raccomandazioni estreme che egli formula sulla base della sua interpretazione delle ricerche pubblicate siano inappropriate, e non sufficientemente giustificate dalla letteratura scientifica presentata, per poter guidare il processo decisionale nella pratica o nella politica sanitaria".

I miei colleghi mi hanno pugnalato alle spalle invece di chiedermi spiegazioni sulle questioni che li preoccupavano e che erano tutte accuratamente documentate nel mio libro, pubblicato quattro mesi dopo.⁸⁵⁴ Diversi redattori di altri gruppi Cochrane mi hanno detto di essere costernati dal fatto che i quattro redattori abbiano denigrato la mia ricerca e il mio prestigio professionale sfruttando l'autorità. Un canale di informazione ha detto bene: "Incapaci di controbattere le argomentazioni di Gøtzsche in modo razionale o scientifico, la psichiatria organizzata e, ahimè, i membri della stessa Cochrane Collaboration, si sono disonorati con denigrazioni sospettosamente rapide e mendaci del suo lavoro".⁸⁵⁵

La rapida risposta dei redattori della Cochrane è apparsa sul *BMJ* ancor prima che il Maudsley Debates fosse terminato, e il professore di psichiatria Allan Young l'ha utilizzata per le sue osservazioni finali durante il dibattito, che è stato registrato,⁸⁵⁶ ma il presidente non mi ha permesso di rispondere. Young ha affermato che il mio articolo *sul BMJ* era stato confutato dai redattori della Cochrane, il che non era vero e non poteva essere vero, poiché la mia posizione era solidamente basata su buone prove scientifiche, mentre la rapida risposta dei redattori della Cochrane era priva di prove e basata su opinioni, come ho spiegato nella mia risposta.⁸⁵⁷ Ho anche segnalato ai redattori *del BMJ* il fatto che Young - che ha difeso gli psicofarmaci nel dibattito - non aveva dichiarato i suoi conflitti di interesse in relazione all'industria farmaceutica. Di solito le riviste mediche pubblicano una correzione per avvisare i lettori del fatto che un autore non ha dichiarato i suoi conflitti di interesse, ma questo non è accaduto. Hanno protetto Young inserendo i conflitti mancanti nel testo dell'articolo.

La mia critica agli psicofarmaci fu il motivo per cui Wilson mi considerò in cattiva luce, come si dice nei circoli malavitosi. Tre anni dopo il Maudsley Debate, fece in modo che fossi espulso dal consiglio direttivo della Cochrane, al quale ero stato eletto con il maggior numero di voti tra tutti gli 11 candidati, ed espulso anche dalla Cochrane Collaboration. Mi fece persino licenziare dal mio incarico di direttore del Nordic Cochrane Centre.⁸⁵⁸

Le azioni della Cochrane contro di me sono state ampiamente condannate, ad esempio su *Science*, *Nature*, *Lancet* e *BMJ*.⁸⁵⁹ Il mio primo libro sul processo farsa della Cochrane contro di me è stato recensito dal neuropsichiatra infantile Sami Timimi:⁸⁶⁰

"Questo libro racconta come si crea un mondo alla rovescia quando il marketing trionfa sulla scienza; dove il vero bersaglio di una campagna di molestie durata anni viene etichettato come il colpevole... Il libro è uno studio dettagliato su come le organizzazioni si corrompono... la più importante istituzione rimasta di cui ci si poteva fidare quando si trattava di scienza medica, è scomparsa... In effetti, è stato perché il professor Gøtzsche era pronto a denunciare l'abbassamento degli standard scientifici della Cochrane che la gerarchia si è sentita costretta a ordire un complotto per la sua morte".

Gøtzsche... ha creato molti degli strumenti metodologici utilizzati dalle revisioni Cochrane e non ha mai rinunciato a far parlare i dati, per quanto impopolari potessero essere i risultati... Gøtzsche era, ed è, un'ispirazione per quelli di noi che vogliono che la pratica medica sia il più possibile obiettiva, libera da pregiudizi e sicura; ma una minaccia per quelli che pongono le questioni commerciali, la commercializzazione e l'immagine come preoccupazione primaria.

La genialità di Gøtzsche e il suo approccio impavido gli sono valsi molti nemici. È uno dei più noti ricercatori danesi... Il suo lavoro sugli psicofarmaci, che dimostra quanto siano poco efficaci nel garantire una vita migliore a chi li assume, oltre a causare enormi danni a milioni

di persone, gli è valso le ire dell'establishment psichiatrico in generale, compresi alcuni gruppi Cochrane...

Invece di congratularsi con Gøtzsche per aver garantito l'integrità della scienza prodotta dalla Cochrane, hanno iniziato a contestare questo ricercatore della verità come "fuori tema". Questo libro racconta accuratamente questo periodo buio per la scienza medica, in cui un'istituzione un tempo affidabile ha condotto uno dei peggiori processi farsa mai portati a termine in ambito accademico. L'amministratore delegato e i suoi collaboratori hanno svolto il loro compito in un modo che rispecchia il modo in cui opera l'industria farmaceutica...

Dopo la sua espulsione dalla Cochrane ... quattro membri del consiglio di amministrazione se ne sono andati per protesta. Importanti scienziati medici di tutto il mondo hanno espresso la loro solidarietà a Gøtzsche e il loro sdegno per ciò che la Cochrane aveva fatto. Hanno universalmente elogiato Gøtzsche come instancabile sostenitore dell'eccellenza della ricerca, critico impavido della cattiva condotta scientifica e potente oppositore della corruzione della ricerca da parte degli interessi industriali, e hanno criticato le azioni insostenibili della Cochrane. La storia racconterà questa vicenda come la morte della Cochrane piuttosto che dell'informatore".

Psichiatria letale e negazione organizzata

Il 31 agosto 2015 ho pubblicato il mio primo libro di psichiatria, *Deadly psychiatry and organised denial*.⁸⁶¹ Quando è uscito, ci sono stati due articoli su *Politiken*,⁸⁶² e sono stato intervistato da entrambe le emittenti televisive danesi. Due settimane dopo, era il secondo libro di saggistica più venduto in Danimarca.

Il libro è stato pubblicato in nove lingue ed è stato lodato da psicologi, altri professionisti della cura, persone comuni, pazienti e giornalisti.⁸⁶³ Quando sono stato intervistato da un sito scientifico, hanno incluso un disegno che mia figlia Pernille, di 10 anni, aveva fatto su Pippi Calzelunghe che portava un cavallo sulla testa. L'idea era che, se lei avesse potuto far questo, anche io avrei potuto cambiare anche la scienza, che era il titolo dell'articolo.⁸⁶⁴



I lettori del quotidiano *Berlingske* mi hanno nominato "danese dell'anno" nel 2015, dove mi sono classificato tra i primi dieci. Sono stato invitato alla cerimonia di premiazione dove ho

incontrato il Primo Ministro, Lars Løkke Rasmussen, che ha detto di apprezzare il mio lavoro sui farmaci. Anche Eske Willerslev, il nostro ricercatore del DNA famoso in tutto il mondo, che ha documentato molte migrazioni storiche di persone, tra cui quella degli indiani d'America dalla Siberia e quella dei danesi dal Caucaso, ha apprezzato il mio lavoro. Si è offerto di tenere una conferenza presso il mio centro, cosa che poi ha fatto.

Sotto il titolo "*Dico la verità*", un giornalista spiegava perché ero stato nominato.⁸⁶⁵

"In particolare, ha attirato l'attenzione sui metodi di cura dannosi della psichiatria con il suo libro 'Psichiatria letale e negazione organizzata'. In questo modo ha dato un contributo molto significativo all'informazione del pubblico e a un dibattito di cui c'era molto bisogno... Il professor Peter C. Gøtzsche sta combattendo una lotta instancabile per un uso corretto dei farmaci... Come nessun altro, ha avviato un dibattito vitale sulla sovra-medicazione".

Il mio lavoro per i pazienti fu talmente apprezzato che l'anno successivo divenni protettore della Rete Danese degli Uditori di Voci.

Un paziente ha intitolato molto opportunamente il suo articolo *Psichiatria: medici senza frontiere*.⁸⁶⁶ Un'altra persona ha scritto che sarei passato alla storia per aver osato mostrare che l'imperatore era nudo e che, nel migliore dei mondi, un libro come il mio avrebbe portato a grandi e completi cambiamenti; un'altra ancora sperava in una cura più umana con una medicina meno dogmatica, ma dubitava che sarebbe successo.⁸⁶⁷

Lo psicologo Svend Brinkmann ha osservato che se avevo ragione, la psichiatria doveva essere cambiata radicalmente, senza indugio.⁸⁶⁸

Il dottore in filosofia Ivar Mysterud ha scritto che il mio libro è probabilmente il più importante tra quelli critici nei confronti della psichiatria.⁸⁶⁹ Gli è piaciuto il mio stile diretto e ha osservato che se vogliamo rivoluzionare la psichiatria, non possiamo trattare le persone con guanti di seta verbali. Ha notato che quando gli psichiatri tradizionali hanno cercato di liquidare le mie critiche come errate, io ho presentato le loro argomentazioni e le ho stroncate con analisi incisive.

Lo psicologo Hans Peder From ha scritto che una sua cliente era talmente imbottita di farmaci che dormiva tutto il tempo, non era in grado di prendersi cura di suo figlio e voleva solo ottenere una pensione di invalidità.⁸⁷⁰ La convinse a sospendere i farmaci e divenne una madre competente con un lavoro a tempo pieno.

Anche sua moglie era sottoposta a una cura eccessiva e non riusciva a fare nulla. È stato difficile per lui convincerla a smettere di prendere i farmaci perché la sua psichiatra era molto contraria. Quando la moglie chiese della letteratura sulla guarigione ("*recovery*"), si scoprì che la psichiatra non ne aveva mai sentito parlare. E quando hanno chiesto se avesse senso cercare una nuova psichiatra, è stato detto loro che era la più moderna e progressista dello staff.

La riduzione della dose è stata estremamente dura, con incubi violenti, e lui ha avuto discussioni ricorrenti con la moglie. Aveva ragione la psichiatra a dire che sarebbe sempre stata malata? O aveva ragione lui a dire che avrebbe potuto fare molto meglio?

Sua moglie può ancora diventare psicotica in situazioni stressanti o emotivamente cariche, ma questo accadeva anche quando era drogata, e ora sta molto meglio. Come dice lui stesso, nella psichiatria biologica non c'è l'ambizione di rendere le persone sane. Si punta a pazienti ben medicati o ben regolati, che è solo un modo carino per dire che si è creato un altro paziente cronico.

Una cliente gli parlò di suo fratello: Il suo psichiatra aveva detto che era schizofrenico e che avrebbe dovuto prendere medicine per il resto della sua vita. Questa fu l'ultima conversazione che ebbe con suo fratello prima che si uccidesse. From sostiene che le

persone affette da malattie mentali possono guarire del tutto o in parte, ma non quando il sistema terapeutico toglie loro ogni speranza.

Come previsto, il mio libro è stato attaccato con forza dall'establishment. Allan Flyvbjerg, rettore dell'Università di Aarhus, ha affermato che è del tutto dannoso per i pazienti psichiatrici che un ricercatore di alto profilo come me proponga "attacchi parziali e rigidi sull'uso dei farmaci in psichiatria".⁸⁷¹ A suo avviso, la strada per una psichiatria migliore è chiara: psicofarmaci nuovi e più mirati, e ha elogiato la Fondazione Lundbeck per la grande sovvenzione di 240 milioni di corone danesi.

Nella mia risposta all'articolo di Flyvbjerg, ho fatto notare che, essendo un endocrinologo, avrebbe dovuto preoccuparsi del fatto che molti pazienti trattati con neurolettici diventano obesi e sviluppano diabete e malattie cardiovascolari.⁸⁷²

I migliori psichiatri hanno denigrato il mio libro e hanno mentito sistematicamente su ciò che avevo scritto. Torsten Bjørn Jacobsen, presidente dell'Associazione Psichiatrica Danese, ha pubblicato una recensione patetica e non veritiera sulla nostra rivista medica.⁸⁷³ Sosteneva che credevo che i suicidi e le psicosi non si sarebbero verificati se non fosse stato per gli abusi in psichiatria; sosteneva che non avevo alcuna competenza in psichiatria; che citavo in modo selettivo; e che il mio stile era implacabile.⁸⁷⁴

Se si vuole ottenere un cambiamento nella psichiatria, bisogna essere chiari su ciò che si dice. E non essere uno psichiatra (l'argomento "non sei uno di noi") non è un argomento valido. Non è necessario essere un banchiere per avere un'opinione qualificata sulla crisi finanziaria del 2009. E quando documento l'inefficacia e la dannosità delle terapie psichiatriche, utilizzo ricerche condotte da psichiatri e le integro con le mie ricerche.

Poul Videbech ha titolato su *Politiken*: "Ho avuto pazienti ricoverati che hanno smesso di prendere i farmaci e hanno tentato il suicidio a causa del dibattito in corso".⁸⁷⁵ Ha definito non etico non trattare la depressione grave con antidepressivi perché aumenta il rischio di suicidio e il rischio che la depressione diventi cronica e impossibile da curare. La verità è l'opposto. Le pillole per la depressione raddoppiano i suicidi e rendono la depressione una condizione cronica.⁸⁷⁶ (vedi anche pagina 153)

Raben Rosenberg l'ha definita una crociata antipsichiatrica, immorale e monomaniacale contro i pazienti psichiatrici e ha affermato che non ero in grado di interpretare la letteratura scientifica.⁸⁷⁷

Pernille Lundqvist ha affermato su Facebook che i miei articoli e i miei libri erano privi di prove e che, a suo dire, questo era il motivo per cui i dibattiti erano deragliati.

In un articolo intitolato "*Peter Gøtzsche come crociato di oggi*", Mads A Meldgaard Madsen ha sostenuto che i farmaci sono un prerequisito assoluto per i colloqui, le cure, l'aiuto professionale e il recupero, in contrasto con l'evidenza.⁸⁷⁸

Lo psichiatra Henrik Day Poulsen ha sostenuto che ero il leader di un movimento antipsichiatrico e che i farmaci prevengono il suicidio e la violenza e aumentano sostanzialmente la qualità della vita. Riteneva pericoloso avere una discussione accademica e ignorare l'esperienza clinica!⁸⁷⁹

John Hagel Mikkelsen ha sostenuto che ero totalmente ignorante sui disturbi psichiatrici e sul loro trattamento e che la sua esperienza clinica di 25 anni gli diceva che i pazienti gravemente malati con psicosi o depressione possono tornare alla vita con l'aiuto di antipsicotici o antidepressivi.⁸⁸⁰

Uno psichiatra finlandese ha intitolato la sua recensione del libro *Anti-psichiatria 2.0* sul *Finnish Medical Journal*.⁸⁸¹

Il professore svedese di psichiatria Mikael Landén ha scritto una recensione estremamente mendace sullo *Swedish Medical Journal* dal titolo: "*Il libro di Gøtzsche è il contrario dell'onestà scientifica*".⁸⁸² Le affermazioni di Landén sono frutto di fantasia e i commenti dei lettori alla sua recensione sono interessanti.⁸⁸³

Non ho mai detto questo:

- gli psicofarmaci non hanno alcun effetto positivo
- spingono "regolarmente" le persone all'omicidio e al suicidio
- è dubbio che la malattia mentale esista
- le allucinazioni uditive sono normali
- se solo i pazienti fossero liberati dalla rete psichiatrica, la malattia mentale scomparirebbe
- è un mito che l'Alzheimer sia una malattia del cervello

Le bugie di Landén sono grossolane: "La sua unica spiegazione al fatto che gli psicofarmaci hanno dimostrato di avere effetti negli studi, e vengono usati, è la corruzione e le cospirazioni". È una bugia anche il fatto che io non fornisca riferimenti quando concludo che alcuni psichiatri sono corrotti. Fornisco molti riferimenti e cito nomi, per esempio Anders Forsman dalla Svezia e Joseph Biederman, con riferimenti alla corruzione.

Landén ha affermato che non ho documentato che circa la metà degli psichiatri mente ai propri pazienti. Ma io scrivo a pagina 8 del libro: "Un segno che la psichiatria è in profonda crisi è che più della metà dei pazienti crede che il proprio disturbo mentale sia causato da uno squilibrio chimico nel cervello. Hanno questa percezione errata dai loro medici, il che significa che più della metà degli psichiatri mentono ai loro pazienti".

Landén ha affermato che non ho compassione per coloro che soffrono di malattie mentali e che, in quanto cavaliere antipsichiatrico, non sono interessato alla sofferenza e alla disabilità che la malattia mentale comporta nella vita quotidiana di molti esseri umani.

Landén è felice di discutere, ma solo con "persone che abbiano una conoscenza almeno rudimentale della psichiatria e un po' di compassione per le persone colpite".

Landén ha detto di non aver imparato nulla dalla lettura del mio libro. Lo ritengo impossibile.

Diversi psichiatri ritennero che Landén avesse scritto un'eccellente recensione del libro e concordarono sul fatto che io fossi "anti-psichiatria", mentre il neuropsichiatra infantile Sven Román scrisse che se solo una frazione di ciò che avevo scritto era corretto, la psichiatria era un gigantesco scandalo.

Questo è stato un momento decisivo in cui la psichiatria svedese si è rivelata.

Alcuni psichiatri non si sono fatti illusioni. Jens R Bang ha notato che i suoi colleghi non erano stati in grado di controbattere le mie argomentazioni con riferimenti a ricerche concrete e ha sollecitato un dibattito accademico: *Evidence-based psychiatric treatment, what else?(Trattamenti psichiatrici basati sulle prove, niente altro)*.⁸⁸⁴

Lo psichiatra in pensione Frits Schjøtt ha scritto che il mio libro non era una lettura incoraggiante, ma se speravamo di strappare la povera gente con problemi psicologici alla psichiatria biologica e agli artigli mafiosi dell'industria farmaceutica, non c'era altro modo.⁸⁸⁵ Avrebbe voluto sapere quello che il mio libro gli aveva insegnato 40 anni fa, e sarebbe stato un bene per i suoi pazienti e per la sua autostima dopo il pensionamento, ma "avevamo bisogno di un ricercatore indipendente nel nuovo millennio per aprire gli occhi".

Stuart Shipko dalla California ha scritto su Mad in America⁸⁸⁶ che il mio libro "solleva una questione importante e complessa. Come fanno gli psichiatri ad alzarsi la mattina e a danneggiare le persone per tutto il giorno fingendo di aiutarle? Il libro è elegantemente commentato - e incoraggio tutti coloro che praticano una psichiatria riflessiva a leggerlo, perché per praticare una salute mentale di alta qualità è necessario essere molto più istruiti di quanto occorra per agire come una macchina per la prescrizione. Gøtzsche ha assolutamente ragione: a tutti i livelli gli psichiatri negano il danno che stanno facendo ai pazienti...

Anche tenendo conto della dissonanza cognitiva, gli psichiatri possono sicuramente vedere ciò che hanno davanti agli occhi. Ricordo anni fa, quando il Risperdal, il nuovo antipsicotico miracoloso, fu immesso sul mercato. Il primo paziente a cui l'ho somministrato ha preso circa 30 chili in sole sei settimane... Non ho mai prescritto il Ritalin o altri stimolanti ai bambini... Come può un medico non accorgersi di una crescita stentata che fa sembrare un dodicenne un bambino di nove anni? Come può un medico non notare tutti i tic e gli spasmi? ...

I pazienti hanno sempre lamentato il persistere di disfunzioni sessuali anche molto dopo la sospensione degli SSRI. I farmacisti conoscono questo problema. I pazienti sono ben consapevoli di questo problema.

Ricordo un avvocato che soffriva di una lieve depressione legata a difficoltà finanziarie. Gli furono dati dei campioni di Paxil per un mese o due, fino a quando non li esaurì. Non poteva permettersi la prescrizione. Tre giorni dopo tentò il suicidio. Una mia paziente in terapia per attacchi di panico senza depressione è stata convinta dalla figlia a prendere un SSRI dal suo medico di famiglia. Si è impiccata da una scala di casa sua pochi giorni dopo...

Quando vedo i pazienti per un secondo parere su quello che di solito è un cocktail di farmaci non necessario per una diagnosi di disturbo bipolare, nonostante il fatto che il paziente non abbia mai avuto un episodio maniacale o ipomaniacale, faccio spesso una domanda socratica. Chiedo loro di visualizzare il loro psicofarmacologo e di chiedersi se comprerebbero un'auto usata da questa persona. La maggior parte dei pazienti ride e risponde che non lo farebbe. Allora perché affidare la propria vita a questa persona?"

Nessuna speranza per la psichiatria biologica: deve essere fermata

Nel 2005, Steven Sharfstein presidente dell'Associazione Psichiatrica Americana ha scritto che "le aziende farmaceutiche hanno sviluppato e immesso sul mercato farmaci che hanno trasformato la vita di milioni di pazienti psichiatrici".⁸⁸⁷ Certo, ma non in meglio. Ha persino affermato, contrariamente all'evidenza, che "Big Pharma ha contribuito a ridurre lo stigma associato al trattamento psichiatrico e agli psichiatri".

Nel 2011, eminenti psichiatri hanno scritto:⁸⁸⁸ "La depressione persistente e non trattata produce un tipo di disturbo neurodegenerativo, associato a cambiamenti sinaptici... Analogamente allo scarso controllo della glicemia nei diabetici, lo scarso controllo dei sintomi nella Depressione Maggiore è associato a un esito peggiore a lungo termine e a una maggiore disabilità complessiva ... gli antidepressivi prevengono le ricadute ... il 53% dei pazienti trattati con placebo ha avuto una ricaduta, mentre solo il 27% dei pazienti trattati con i farmaci ha avuto una ricaduta ... Dopo che la FDA ha emesso un'avvertenza a riquadro nero contro gli antidepressivi ... c'è stato un concomitante aumento dei suicidi effettivi ... Ci sono state preoccupazioni sul fatto che alcuni antidepressivi possano causare suicidi. Ora sappiamo che si tratta di un mito alimentato in gran parte dai media... Studi più recenti sui bambini non confermano un aumento dell'ideazione suicidaria... Gli studi naturalistici

mostrano che l'incidenza del tasso di suicidio tende a diminuire con l'aumentare dell'incidenza del trattamento antidepressivo".

Tutte queste sono assurdità dannose ed è strano che Stefan Leucht, che ha pubblicato molte buone ricerche ed è redattore del Cochrane Schizophrenia Group, sia stato coautore di questo articolo. Dimostra che anche i migliori psichiatri possono soffrire di deliri collettivi e di negazione.

Un articolo di giornale del 2012, scritto da quattro importanti psichiatri danesi e intitolato *Dietro i miti sugli antipsicotici*, è stato altrettanto tragico.⁸⁸⁹ Scrivevano che la maggior parte dei pazienti che soffrono di schizofrenia ha disturbi nel sistema dopaminergico; che i geni sono di gran lunga la causa più importante (circa il 70-80%); che ampi studi di registro internazionali dimostrano che i pazienti che non vengono trattati con farmaci contro la psicosi hanno un rischio maggiore di morire prematuramente rispetto a quelli che vengono trattati; che numerosi studi hanno documentato che il rischio di nuovi episodi psicotici e di un decorso più grave della malattia aumenta se i pazienti interrompono l'assunzione dei farmaci; che nel loro studio non sono emerse indicazioni che la politerapia con i farmaci per la psicosi aumenti la mortalità; e che ampi studi basati su registri in Danimarca e Finlandia dimostrano che il trattamento concomitante con diversi farmaci non aumenta la mortalità..

Ancora una volta, tutte le affermazioni di importanti psichiatri erano totalmente errate.

Nel 2020, l'Associazione Psichiatrica Danese ha pubblicato un opuscolo di 21 pagine intitolato *"Rendere la psichiatria sana"*. L'Associazione voleva più soldi e fare di più le solite cose, che avrebbero solo reso la psichiatria più malata di quanto non lo sia già.⁸⁹⁰ L'opuscolo rilevava che il numero di pazienti era aumentato da 110.000 a 151.000 in soli otto anni. Non si parlava di sovradiagnosi o del fatto che una delle ragioni principali per cui i pazienti gravemente malati vivono sostanzialmente meno a lungo degli altri è il trattamento che gli psichiatri forniscono loro, spesso contro la loro volontà. Hanno affermato che il 74% dei pazienti psichiatrici forensi ha ricevuto un trattamento psichiatrico inadeguato nel periodo precedente al crimine e che i crimini possono essere ridotti con un trattamento migliore. Nessun farmaco può ridurre i crimini, a meno che non si trasformino i pazienti in zombie con i neurolettici. Gli psicofarmaci *aumentano* il rischio di violenza.⁸⁹¹

A proposito di un tragico caso in cui un malato di mente ha ucciso il suo psichiatra con un coltello, il presidente della Fondazione Danese per la Psichiatria, Torsten Bjørn Jacobsen, ha dichiarato in un giornale che quando le persone affette da malattie mentali commettono crimini, compreso l'omicidio, nella stragrande maggioranza dei casi è a causa di un trattamento insufficiente. Ho spiegato che questo non è corretto.⁸⁹²

Gli autori dei testi di psichiatria si preoccupano di dire agli studenti che i disturbi psichiatrici sono ereditari. Ovviamente, ciò conferisce prestigio alla specialità. Fa sembrare più scientifico affermare che i disturbi sono nei geni e possono essere visti in una scansione cerebrale o nella chimica del cervello. Nei libri di testo c'erano molti dettagli sulla ricerca genetica, ma nessuno di questi era corretto.⁸⁹³ I numerosi studi sui gemelli sono stati sfatati, ma anche se fossero veri, non avrebbero conseguenze cliniche, poiché non possiamo cambiare i nostri geni.

Quando ero giovane, la narrazione era che il 10% dei bambini che avevano un genitore affetto da schizofrenia sarebbe diventato schizofrenico, e le persone erano comprensibilmente preoccupate di essere le prossime. Ancora oggi, i siti web affermano che il rischio è del 10-15%,⁸⁹⁴ e la disinformazione può essere molto peggiore. Un articolo del 2022 pubblicato su *Nature* dal gruppo di lavoro sulla schizofrenia del Consorzio di Genomica

Psichiatrica citava, come prima frase dell'abstract, che "la schizofrenia ha un'ereditabilità del 60-80%, gran parte della quale è attribuibile a comuni alleli di rischio".⁸⁹⁵ Tuttavia, in un altro articolo di questo gruppo, molto difficile da comprendere, i geni sembrano spiegare solo circa il 2% del rischio che a una persona venga diagnosticata la schizofrenia.⁸⁹⁶ Pertanto, il 98% del rischio deve essere dovuto a qualcos'altro, in particolare ai traumi, per i quali esiste una chiara relazione dose-risposta.⁸⁹⁷

Eppure, molti miliardi di dollari sono stati sprecati dal NIMH per trovare i geni che predispongono alle malattie psichiatriche e per trovarne le cause biologiche. Anche se i numerosi studi sui geni non hanno portato a nulla,⁸⁹⁸ continua la folle caccia al mostro di Loch Ness. Dal 1996, i direttori del NIMH, Steven Hyman e Thomas Insel, hanno trasferito i fondi dalla ricerca clinica ai progetti di ricerca di base, in particolare agli studi genetici, cosicché oggi vengono condotti pochissimi studi clinici.⁸⁹⁹ L'attuale direttore, Joshua A. Gordon, sostiene che investire pesantemente nella ricerca di base porterà alla fine a trattamenti migliori. Sappiamo che non è vero.

È dannoso dire ai pazienti che il loro disturbo è ereditario, perché toglie loro la speranza di tornare normali. Se invece gli psichiatri si concentrassero sull'ambiente in cui i pazienti vivono e sui traumi che hanno subito, ci sarebbe speranza di guarigione, perché l'ambiente può essere cambiato e i traumi possono essere trattati con la psicoterapia.

In contrasto con i leader psichiatrici, l'opinione pubblica è convinta che la follia sia causata più da eventi negativi che da genetica o squilibri chimici nel cervello.⁹⁰⁰ Spendere enormi quantità di denaro - prevalentemente da parte delle aziende farmaceutiche - per insegnare al pubblico a pensare come gli psichiatri biologicamente orientati ha portato a più discriminazioni, più farmaci, più danni, più morti, più persone in pensione di invalidità e maggiori costi per la società.

Uno dei principali fattori di rischio per la depressione è vivere una vita deprimente da cui si sente di non poter scappare. Tuttavia, nei libri di testo c'erano pochissime informazioni sul fatto che i fattori ambientali, i traumi, altri fattori psicosociali, la povertà, la discriminazione e altre condizioni di vita difficili possono essere importanti per la salute mentale. Quando ho esaminato le affermazioni secondo cui i disturbi psichiatrici sono causati da anomalie cerebrali, ho sempre constatato che le ricerche a sostegno di tali affermazioni erano inaffidabili.⁹⁰¹

Purtroppo, uno degli studi più importanti in cui mi sono imbattuto in tutta la mia carriera è praticamente sconosciuto. Gli studi su persone che non sono state randomizzate, ma che hanno scelto da sole cosa fare, ad esempio fare o meno esercizio fisico, sono chiamati studi osservazionali. Queste persone differiscono per molti altri aspetti ed è quindi comune aggiustare le differenze di base con metodi statistici. Tuttavia, lo statistico Jon Deeks ha dimostrato che non è possibile aggiustare in modo affidabile per le differenze di base. In modo ingegnoso, ha utilizzato i dati grezzi di due studi multicentrici randomizzati come base per ipotetici studi osservazionali che avrebbero potuto essere condotti. Ha scoperto che più variabili basali includiamo in una regressione logistica, più è probabile che ci si allontani dalla verità.⁹⁰² Ha anche scoperto che i confronti possono talvolta essere *più* distorti quando i gruppi appaiono confrontabili rispetto a quando non lo sono. Ha avvertito che nessuno studio empirico ha mai dimostrato che l'aggiustamento, in media, riduce il bias.

Molte affermazioni false in psichiatria derivano da studi osservazionali, per questo è importante conoscere lo studio di Deek.

Un altro problema generale dei libri di testo è che gli psichiatri proteggono i loro interessi di corporazione e i loro benefattori industriali non menzionando che i farmaci che usano

possono causare i disturbi che cercano di trattare, altri disturbi o danni gravi. Per esempio, hanno evitato di commentare i noti studi che hanno rilevato che le pillole contro la psicosi restringono il cervello in modo correlato alla dose e che la malattia non può spiegare questi cambiamenti.⁹⁰³ Alcuni autori hanno affermato che la psicosi non trattata aumenta la perdita di volume cerebrale; che è probabile che le pillole per la psicosi possano offrire una certa protezione; e che una depressione prolungata non trattata può causare l'atrofia cerebrale. Non esistono ricerche affidabili a sostegno di queste fantasie.

Stranamente, l'ADHD - una delle diagnosi più controverse della medicina - è stata sostenuta come uno dei disturbi psichiatrici con la più forte evidenza di un'eziologia neurobiologica, con aberrazioni sulle scansioni cerebrali (il che non è corretto, si veda il capitolo sull'ADHD). Anche i disturbi d'ansia sono stati dichiarati visibili sulle scansioni cerebrali, che si normalizzano con un trattamento efficace. Si tratta di una tautologia come: domani pioverà o non pioverà. Se la scansione cerebrale non si normalizza, il trattamento non è efficace.

Il fatto è che gli studi sulla scansione cerebrale sono estremamente inaffidabili. Si può ottenere qualsiasi risultato. Un ricercatore ha scoperto che esistevano 6.912 modi diversi di analizzare i dati - e la cattiva condotta scientifica è comune.⁹⁰⁴ Quando il caporedattore di *Molecular Brain* ha chiesto di vedere i dati grezzi di 41 dei 180 manoscritti che aveva trattato, solo uno è sopravvissuto; 21 manoscritti sono stati ritirati dagli autori e ne ha rifiutati altri 19 "a causa di dati grezzi insufficienti".⁹⁰⁵

Lo psichiatra infantile e adolescenziale Sami Timimi nel suo libro *Medicina folle* spiega che la psichiatria ignora gran parte della scienza autentica e sostiene e perpetua invece concetti e trattamenti che hanno scarso supporto scientifico.⁹⁰⁶ Egli chiama questo scientismo. La psichiatria ama parlare con il linguaggio della scienza e lo considera più importante della scienza vera e propria, che è esattamente ciò che fanno i praticanti della medicina alternativa.

Nei dibattiti di Sami con i colleghi psichiatri sulle prove, tre difese sono comuni. La prima è l'uso dell'aneddoto: il tale e talaltro paziente è migliorato con il tale e talaltro trattamento, quindi questo trattamento funziona. La seconda è l'appello ad assumere una prospettiva "equilibrata". Ma le nostre idee su cosa sia equilibrato derivano da ciò che è culturalmente dominante, non da ciò che ci dice la scienza. Il terzo è che quando la genetica molecolare non è riuscita a produrre nulla in merito a diagnosi legate a geni specifici, ci viene detto che l'area è "complessa". Secondo il filosofo Harry Franklin si tratta di una stronzata.⁹⁰⁷

Gli esseri umani non amano l'incertezza, come è nei nostri geni, poiché l'indecisione diminuisce le nostre possibilità di sopravvivenza. È un tratto curioso della psicologia umana che, una volta presa una decisione, anche quando si era in forte dubbio, si difenda con forza la propria posizione quando qualcuno dimostra che l'altra opzione era quella corretta.⁹⁰⁸ Persone che diffondono disinformazione possono quindi diffondere le loro false idee con ancora più forza e intransigenza quando messi di fronte a prove inconfutabili del loro errore. Anche gli psichiatri devono attenersi alle loro false idee sulla diagnosi e sul trattamento per preservare il loro modo di praticare. Come disse Upton Sinclair: "È difficile far capire qualcosa a un uomo, quando il suo stipendio dipende dal fatto che non la capisce".

Ho detto agli studenti⁹⁰⁹ che se fanno domande ai loro insegnanti basate sul mio libro di testo di psichiatria critica,⁹¹⁰ potrebbero essere respinti con risposte del tipo: "Gøtzsche? Mai sentito nominare" (anche se sanno chi sono), "Non perdetevi tempo con lui", "Il professor Gøtzsche è uno psichiatra? Ha mai gestito pazienti psichiatrici? Come può giudicare quello che facciamo?". Oppure dicono che sono un antipsichiatra, il che è sciocco. Non abbiamo

mai sentito parlare di un anti-cardiologo, e voi non siete un anti-meccanico perché criticate il cattivo lavoro di riparazione della vostra auto . Gli studenti non dovrebbero accettare tali risposte, ma chiedere sempre le prove.

Ho scritto il mio libro *Critical psychiatry Textbook* sperando di poter influenzare gli studenti di psichiatria prima che sia troppo tardi, e accettino la falsa narrazione.

Le numerose affermazioni errate e fuorvianti che ho riscontrato non possono essere spiegate con l'avvento di nuove e importanti conoscenze, poiché le date di pubblicazione dei libri di testo sono recenti, dal 2016 al 2021.

Gli autori dei libri di testo sono stati pesantemente influenzati dall'industria farmaceutica. Per esempio, non hanno mai parlato dei danni dei farmaci, ma solo degli "effetti collaterali", che è un eufemismo. Tutti i libri di testo usavano il gergo dell'industria e parlavano di pillole di prima, seconda e persino terza generazione; alcuni neurolettici erano chiamati atipici e altri moderni, suggerendo che si è stravaganti se si preferiscono farmaci più vecchi. Poiché i farmaci *appartenenti a* queste classi arbitrarie sono molto diversi nei loro effetti, non ha senso dividerli in questo modo. Nei libri di testo non c'era una sola osservazione sul fatto che i farmaci non brevettati dovrebbero essere preferiti perché sono molto più economici e non sono peggiori di quelli brevettati. È come se l'economia sanitaria fosse qualcosa che si può trovare solo sulla Luna o negli scavi.

È piuttosto divertente che gli psichiatri dicano che i pazienti psichiatrici non hanno una visione della loro malattia, quando loro stessi non hanno una visione di ciò che la loro specialità fa alle persone. Ho sperimentato che pochissimi psichiatri comprendono le basi della ricerca clinica. Pertanto, non sono in grado di valutare criticamente ciò che leggono, ma fanno ciò che i loro capi dicono loro di fare, ovvero ciò che l'industria vuole che facciano.

Uno dei motivi per cui la psichiatria è così dannosa è che quasi tutti gli studi controllati con placebo sugli psicofarmaci sono viziati e la maggior parte delle revisioni Cochrane e delle altre revisioni sistematiche di tali studi sono anch'esse viziate, in quanto non sufficientemente critiche.⁹¹¹ Inoltre, quando gli studi sulla depressione e altre sperimentazioni hanno un esito primario statisticamente non significativo, spesso i risultati vengono manipolati, dando ai lettori l'impressione che i farmaci fossero comunque efficaci.⁹¹²

Un'altra ragione è che gli esiti sono valutati su scale di valutazione prive di significato di cui ci si fida a priori, invece di chiedere esiti importanti come il ritorno a una vita normale. Sostenere che la riduzione dei sintomi del dolore emotivo su una scala di valutazione sia una prova di efficacia è come sostenere che l'aspirina può guarire una gamba rotta perché riduce il dolore fisico.

Il manuale di patologia dell'American Psychiatric Association, il DSM-5, afferma che la depressione maggiore è presente quando il paziente presenta almeno 5 dei 9 sintomi che "causano un disagio clinicamente significativo o una compromissione delle funzioni sociali, lavorative o di altre aree importanti". Data la definizione del disturbo, non ha senso che le sperimentazioni farmacologiche non utilizzino tali esiti. Sono stati condotti oltre mille studi controllati con placebo, ma non ne ho visto nessuno che riportasse se i pazienti depressi fossero tornati a una vita produttiva normale. Lo stesso vale per altri farmaci psicoattivi.

Un punteggio su una scala di valutazione non può dirci se il paziente sta bene. La famosa scala depressiva di Hamilton contiene elementi che non sono specifici della depressione, ad esempio difficoltà di sonno, ansia, agitazione e disturbi somatici. Questi sintomi rispondono probabilmente agli effetti sedativi di molte sostanze, tra cui l'alcol, gli oppioidi, le pillole contro la psicosi e le benzodiazepine, ma non li chiamiamo antidepressivi. Utilizzando questa

scala, anche gli stimolanti come la cocaina, l'ecstasy, l'anfetamina e altri farmaci per l'ADHD potrebbero essere definiti antidepressivi. Quasi tutto potrebbe.⁹¹³

Un'altra ragione per cui gli effetti dei farmaci sono stati molto esagerati è che, nella maggior parte degli studi, i pazienti stavano già assumendo un farmaco simile a quello testato. Quando vengono randomizzati al placebo, alcuni di loro sviluppano sintomi di astinenza che spesso imitano i sintomi della malattia. In questo modo, il nuovo farmaco supera il placebo nei pazienti che sono stati danneggiati.

Anche l'assenza di cecità è importante. A causa dei vistosi effetti collaterali degli psicofarmaci, alcuni pazienti, e i loro medici, sanno chi sta assumendo il farmaco e chi il placebo, e le piccole differenze registrate su una scala di valutazione possono essere spiegate da questo bias.⁹¹⁴

A causa di questi pregiudizi, le case farmaceutiche possono dimostrare che i loro farmaci "funzionano" praticamente per tutto, e i ricercatori possono riportare effetti positivi che esistono solo nella loro immaginazione.

Ciò si è verificato in un famoso studio su 344 pazienti schizofrenici appena ricoverati, finanziato dal NIMH nel 1964,⁹¹⁵ che è ancora molto citato come prova dell'efficacia delle pillole contro la psicosi. I ricercatori riferirono, senza fornire alcun dato numerico, che le fenotiazine riducevano l'apatia e rendevano i movimenti meno ritardati, l'esatto contrario di ciò che questi farmaci fanno alle persone, come gli psichiatri avevano ammesso un decennio prima.⁹¹⁶ Gli investigatori ritennero che i farmaci non dovessero più essere chiamati tranquillanti - che è quello che sono - ma farmaci antischizofrenici.

Il vero motivo per cui le pillole per la psicosi sono state acclamate come un grande progresso è che mantenevano i pazienti docili e tranquilli, cosa molto apprezzata dal personale dei reparti psichiatrici.⁹¹⁷ Il fatto che lo stesso personale valutasse se i pazienti erano migliorati o meno costituiva un enorme conflitto di interessi, che offusca la pratica e la ricerca psichiatrica ancora oggi.

Le agenzie del farmaco non avrebbero dovuto approvare gli psicofarmaci sulla base di prove errate. Ma a loro non importa. Abbiamo documentato che le loro linee guida per la sperimentazione dei farmaci psichiatrici sono carenti.⁹¹⁸ I disegni sperimentali raccomandati sono per studi di breve durata, con popolazioni ristrette, che consentono una precedente esposizione al farmaco e spesso raccomandano risultati di efficacia su scala di valutazione.

Per scoprire per quanto tempo si dovrebbe consigliare ai pazienti di continuare ad assumere i farmaci, sono stati condotti i cosiddetti studi di mantenimento, detti anche studi di astinenza. Sono altamente fuorvianti a causa degli effetti della interruzione improvvisa ("*tacchino freddo*"). Una metanalisi di 65 studi controllati con placebo ha rilevato che solo tre pazienti dovevano essere trattati con pillole per la psicosi per prevenire una ricaduta nel primo anno, ma il beneficio apparente di un trattamento continuato con pillole per la psicosi diminuiva nel tempo ed era prossimo allo zero dopo tre anni.⁹¹⁹

Quando il follow-up è più lungo, si scopre che la sospensione delle pillole contro la psicosi è la soluzione migliore. Tuttavia, due libri di testo di psichiatria hanno osservato che alcuni o la maggior parte dei pazienti con schizofrenia avranno bisogno di un trattamento a vita.⁹²⁰ È davvero una cattiva medicina mantenere i pazienti sotto farmaci tossici per anni o per tutta la vita, nella falsa convinzione che questo migliori la loro prognosi. Esiste un solo studio di mantenimento a lungo termine, adeguatamente pianificato e condotto, proveniente dall'Olanda.⁹²¹ I pazienti a cui è stata diminuita o interrotta la dose sono andati molto meglio di quelli che hanno continuato a prendere i farmaci: il 40% contro il 18% (P = 0,02) era guarito dal primo episodio di schizofrenia dopo sette anni di follow-up.

Un recente studio sulla sospensione condotto a Hong Kong è stato totalmente fuorviante.⁹²² Non c'era nulla riguardo al loro schema di riduzione, ma una pubblicazione precedente affermava che non era stato effettuato alcuna riduzione graduale; tutti i pazienti con placebo sono stati esposti a una sospensione improvvisa ("*tacchino freddo*"). Gli sperimentatori hanno cercato di spiegare i risultati in modo sorprendente. Hanno suggerito che potesse esistere una finestra temporale tra il secondo e il terzo anno in cui era importante che il paziente non avesse una ricaduta. La plausibilità dell'esistenza di una tale finestra temporale è pari a zero, poiché è altamente variabile quando o se un paziente ha una ricaduta. Dopo dieci anni, il 69% di coloro che hanno continuato a prendere il farmaco aveva un'occupazione, contro il 71% del gruppo che ha interrotto la terapia, il che è notevole se si considera che gli psichiatri hanno danneggiato quest'ultimo gruppo.

Riflettete anche su questo punto: perché farmaci che non hanno effetti clinicamente rilevanti quando vengono usati per la psicosi acuta (si veda il capitolo 5 sulla psicosi) hanno improvvisamente effetti drammatici sulla ricaduta quando vengono sospesi? Non ha senso.

Nel migliore dei casi, gli psicofarmaci possono fornire un po' di sollievo in situazioni acute. A lungo termine sono molto dannosi. Tutti gli psicofarmaci compromettono le funzioni cerebrali superiori, che sono ciò che ci rende umani: le nostre capacità di pensare, sentire, funzionare, ricordare, amare, provare empatia e prendersi cura di noi stessi e degli altri. Molte droghe possono causare danni permanenti al cervello, perdita delle funzioni sessuali e terribili sintomi di astinenza quando i pazienti cercano di smettere.⁹²³

Quando abbiamo esaminato i danni cerebrali permanenti negli animali, abbiamo incluso 33 studi su topi, ratti, criceti, gatti e scimmie. Non siamo riusciti a pubblicare i nostri risultati, nemmeno sulle riviste mediche che pubblicano revisioni sistematiche della ricerca sugli animali. Ci è stato detto che gli studi erano di scarsa qualità. È vero, ma la nostra revisione è utile per i ricercatori che intendono condurre studi simili, e per questo l'abbiamo pubblicata sul mio sito web.⁹²⁴

Alcuni dei farmaci più utilizzati sono anche tra i più dannosi, ad esempio olanzapina, fluoxetina, paroxetina e alprazolam.

Questo perché la maggior parte dei principali psichiatri è corrotta.⁹²⁵ Gli psichiatri incassano più soldi dai produttori di farmaci rispetto ai medici di qualsiasi altra specialità; quelli che ne prendono di più tendono a prescrivere più spesso psicofarmaci ai bambini; e sono anche "formati" con l'ospitalità dell'industria più spesso di qualsiasi altra specialità.⁹²⁶

La corruzione è colossale. Un'indagine condotta nel 2007 tra i direttori dei dipartimenti di medicina e psichiatria degli Stati Uniti ha riferito che il 67% di loro aveva ricevuto "fondi discrezionali" dall'industria nel corso dell'ultimo anno,⁹²⁷ che sono soldi che possono usare a piacimento. Si tratta probabilmente di una sottostima, poiché l'indagine non era anonima. Io li chiamerei "fondi discreti", perché spesso non vengono dichiarati, contrariamente alle regole.⁹²⁸

Uno psichiatra danese ha descritto vividamente "Una cosiddetta gita a puttane" nella nostra rivista medica.⁹²⁹ Quando Lundbeck lanciò l'escitalopram nel 2002, la maggior parte degli psichiatri danesi fu invitata a un piacevole incontro a Parigi con "relatori costosi - ovviamente della 'scuderia' di Lundbeck - hotel di lusso e cibo da gourmet...". Sotto influenza? ... un medico non si fa influenzare, giusto?"

Thomas Insel e il NIMH: un totale tradimento della fiducia del pubblico

Il direttore dell'Istituto Nazionale per la Salute Mentale degli Stati Uniti dal 2002 al 2015 è stato Thomas Insel, definito "lo psichiatra d'America". Nel 2022 ha pubblicato il libro *Healing: our path from mental illness to mental health (Guarigione: il nostro percorso dalla malattia mentale alla salute mentale)*.⁹³⁰

Nel suo libro, Insel assume il ruolo di un venditore di farmaci, vendendo al pubblico le meraviglie degli psicofarmaci, ma è fuorviante e disonesto. Il tutto inizia già dal titolo. Gli psicofarmaci non possono curare i disturbi mentali e la strada intrapresa dagli psichiatri non è dalla malattia mentale alla salute mentale, ma dal male al peggio. Se si legge il libro con gli occhi aperti e si guarda attraverso tutte le quinte, diventa chiaro che si tratta di una operazione involontaria per l'abolizione della psichiatria, anche se Insel cerca di sostenerla.

Il NIMH è l'istituzione più prestigiosa al mondo nel campo della salute mentale. Bob Whitaker ha quindi esaminato attentamente il libro.⁹³¹ Il libro riflette il pensiero dei leader psichiatrici di tutto il mondo e racchiude il modo in cui la psichiatria ha costantemente tradito la fiducia del pubblico e lo ha dis informato, e non dirà mai al pubblico la verità sugli psicofarmaci. Bob conclude che la vera fonte degli scarsi risultati in termini di salute mentale negli Stati Uniti è l'establishment psichiatrico, compreso il NIMH, che, pur essendo un'agenzia governativa, non è affidabile.

Essendo un ex direttore del NIMH, Insel aveva l'ovvio obbligo etico di informare i suoi lettori sugli scarsi risultati a lungo termine del trattamento con psicofarmaci, come documentato da costose e prestigiose ricerche finanziate dal NIMH, ad esempio lo studio STAR*D sulla depressione, lo studio MTA sull'ADHD e lo studio CATIE sulla schizofrenia (vedi capitoli precedenti). Non l'ha fatto, anche se il NIMH era l'unica istituzione al mondo a finanziare le grandi sperimentazioni farmacologiche a lungo termine, che le case farmaceutiche non hanno mai finanziato perché non ne avevano bisogno e probabilmente anche perché prevedevano che i risultati non sarebbero stati positivi.

Ciò rende ancora più deplorable il fatto che Insel abbia evitato di commentarli. Il pubblico si aspetta che una specialità medica sia un onesto divulgatore di risultati scientifici sui benefici e sui danni dei suoi interventi e se i risultati degli studi raccontano di trattamenti che *peggiorano* i risultati a lungo termine, allora la specialità medica deve informare il pubblico e ripensare le sue pratiche.

Per 70 anni la psichiatria non è riuscita a farlo. Insel avrebbe potuto rimediare a questo tradimento della fiducia del pubblico con il suo libro e avviare la psichiatria su una nuova strada, ma, come fanno sempre i leader della psichiatria, ha sacrificato i pazienti e protetto la corporazione psichiatrica tenendo nascosti gli studi a lungo termine finanziati dal suo stesso istituto. Il tradimento non può essere peggiore di questo. Tutte le grandi sperimentazioni farmacologiche in psichiatria sono state negative, il che deve aver tramortito i principali opinion leader della psichiatria, ma i fatti non li hanno indotti a modificare i loro falsi annunci pubblici o le loro dannose linee guida.

Prima che Bob scrivesse il suo libro sullo stupefacente aumento delle malattie mentali in America,⁹³² ha scavato nella letteratura di ricerca. Per ogni classe di farmaci, ha cercato di scoprire quale fosse il decorso clinico prima e dopo l'introduzione dei farmaci, e se i pazienti trattati con o senza farmaci avessero risultati migliori a lungo termine negli studi clinici. Ha scoperto che le pillole per la depressione, le pillole per la psicosi e le benzodiazepine peggiorano i risultati a lungo termine e che il disturbo bipolare, che viene regolarmente trattato con la politerapia, ha un decorso molto più cronico di quello che il disturbo maniaco-depressivo - il precursore diagnostico del disturbo bipolare - aveva una volta.

Ciò si adatta perfettamente alle informazioni di Insel, secondo cui il numero di adulti negli Stati Uniti che ricevono un pagamento dalla previdenza sociale a causa di un disturbo mentale è passato da circa 1,3 milioni nel 1987 a circa 6 milioni oggi. Non si tratta di un "percorso dalla malattia mentale alla salute mentale".

Il libro di Bob è molto convincente. Naturalmente, all'epoca della sua pubblicazione, ci furono molte reazioni da parte di importanti psichiatri, ma quando cinque anni dopo un regista intervistò Insel e gli chiese del libro, egli rispose che le osservazioni di Bob dovevano essere prese molto sul serio e fece notare che, in altri settori della medicina, se si aumenta più volte l'uso dei farmaci, si assiste a una riduzione della morbilità e della mortalità.⁹³³

Questo breve scorcio di sanità mentale e di autocoscienza in psichiatria è rapidamente scomparso.

Nel primo capitolo del suo libro, Insel si chiede perché un maggior numero di trattamenti sia associato a un maggior numero di decessi e disabilità. Ma, in modo spaventoso, ha respinto qualsiasi preoccupazione che gli psicofarmaci potessero essere la causa di questi risultati negativi. Ha usato la tattica che il filosofo Arthur Schopenhauer, ne *L'arte di avere sempre ragione*, chiama "diversione".⁹³⁴ Ha cambiato improvvisamente argomento. Ha scritto che Bob sostiene che i farmaci contro la depressione e la psicosi creano una "supersensibilità" che rende i pazienti dipendenti e cronicamente disabili. Questo è un depistaggio. Il fatto che la supersensibilità si verifichi o meno (e si verifica, vedi sotto) è irrilevante per le scoperte di Bob.

Insel ha affermato che Bob scrive che l'establishment psichiatrico, in collaborazione con l'industria farmaceutica, ha cospirato per sovramedicare e sovratrattare bambini e adulti con risultati disastrosi, e che non tutti credono a questa teoria del complotto.

Insel è sia malvagio che mendace. L'unica volta che Bob ha usato il termine cospirazione nel suo libro è stato quando ha citato un paziente affetto da schizofrenia che parlava di cospirazioni. Insel ha usato di nuovo il trucco della diversione e un altro dei trucchi di Schopenhauer: "Postulare ciò che deve essere dimostrato". Insel è bravo nell'arte di avere sempre ragione.

Insel ha trasformato la sabbia in oro con un terzo orribile diversivo. Ha affermato che i trattamenti attuali sono necessari ma non sufficienti per curare i disturbi cerebrali complessi. Questa sciocchezza non ha assolutamente alcuna attinenza con il caso. Ha citato il suo predecessore Steven Hyman che ha detto che dobbiamo conoscere molto di più sulla biologia della malattia mentale prima di poter illuminare un percorso attraverso un terreno scientifico molto difficile e sviluppare farmaci che siano efficaci come l'insulina o gli antibiotici.

Insel ha coperto il fatto che la psichiatria biologica è stata un fallimento totale. Inoltre, le sue fantasie infondate su un futuro migliore non eliminano l'immenso danno che la sua specialità infligge a centinaia di milioni di persone.

Insel si è spinto ancora di più nel paese delle meraviglie. Pensa che i medici siano più efficaci oggi di quanto non lo fossero 25 anni fa. Sì, infatti. Stanno danneggiando i loro pazienti più che mai!

Le distrazioni e la disonestà di Insel si moltiplicano. Ha fatto notare che la maggior parte delle persone affette da malattie mentali non viene curata; che molti di coloro che ricevono farmaci non li assumono; e che i pazienti ricevono poco più che farmaci. Ha abilmente attribuito la colpa degli scarsi risultati alla società che non investe nei necessari supporti sociali e ai pazienti che non assumono i farmaci e non si impegnano nel trattamento.

Questo è il copione standard degli psichiatri. Il disastro che hanno creato non è colpa loro. La colpa è di altri, compresi i pazienti e la società. Insel ignora opportunamente che, se un maggior numero di pazienti assumesse i farmaci, il disastro sarebbe ancora più grave.

Insel si descrive come un giornalista che esplora i supporti umanistici necessari per integrare i farmaci e promuovere un recupero duraturo. Si tratta di una posizione vantaggiosa per tutti. Chiunque accoglierà con favore il sostegno sociale e Insel si pone come promotore di questa risposta sociale. Questa è manipolazione al massimo livello.

Nella narrazione di Insel non c'è nulla che danneggi gli interessi della corporazione psichiatrica o quelli dell'industria farmaceutica. Invece di criticare i farmaci, li elogia. Sostiene che gli psicofarmaci, la TEC e la stimolazione magnetica transcranica funzionano e che le pillole per la depressione hanno una dimensione dell'effetto spesso superiore a quella dei farmaci utilizzati in altre aree della medicina. Un'affermazione notevole su farmaci che non hanno effetti clinicamente rilevanti.

Il mio punto di vista su questo tipo di argomentazione è che un parcheggio illegale non rende lecito il parcheggio illegale successivo. Ci sono molti farmaci inefficaci che non dovrebbero essere usati.

Insel non cita un solo studio che parli di psicofarmaci che forniscono benefici a lungo termine, forse perché non esistono. Il suo libro è un superbo esempio dei *vestiti nuovi dell'imperatore*. L'imperatore è nudo, ma è così ben vestito che pochi lettori lo noteranno.



I nuovi vestiti dell'imperatore

Lo psicologo Bruce Levine ha scritto nel 2024 che "gli individui esuberanti che ignorano la realtà del consenso sociale sono abitualmente diagnosticati dagli psichiatri con disturbo bipolare; tuttavia, tra gli stessi psichiatri, l'esuberanza nei confronti della psichiatria, a prescindere dalla realtà dei ripetuti fallimenti scientifici della psichiatria, fa di uno psichiatra un leader".⁹³⁵

Bruce dice che, nel ventunesimo secolo, non c'è stato uno psichiatra di livello superiore a Thomas Insel, che è un ottimo esempio di psichiatra esuberante. Ha spinto le neuroscienze e la genetica e ha fatto pubblicare documenti al costo di circa 20 miliardi di dollari e, anche se questo non ha portato a nulla di utile per i pazienti, non si è pentito di aver finanziato tutto questo da parte del NIMH. Inoltre, Insel ha scritto nel suo libro che "l'idea della malattia mentale come 'squilibrio chimico' ha ora lasciato il posto alle malattie mentali come disturbi 'connessionistici' o del circuito cerebrale". Si tratta di una vera e propria assurdità, senza alcuna prova a sostegno.

Nella sua recensione del libro, Bob ha fornito un riassunto altamente rivelatore degli studi che Insel non ha osato menzionare. Ne presento qui di seguito alcuni esempi.

Dopo l'introduzione delle pillole per la psicosi a metà degli anni Cinquanta, i clinici iniziarono a parlare della "sindrome della porta girevole" che si manifestava ora nella medicina manicomiale. I pazienti al primo episodio venivano dimessi e poi tornavano in massa, il che ha indotto il NIMH, negli anni '70, a finanziare quattro studi per valutare se le pillole per la psicosi aumentassero la cronicizzazione dei disturbi psicotici.

Bockoven⁹³⁶ ha riportato che il tasso di riospedalizzazione era più alto per i pazienti trattati dopo l'arrivo delle pillole contro la psicosi e che i pazienti trattati con farmaci erano anche più dipendenti socialmente rispetto a quelli trattati prima del 1955. Carpenter,⁹³⁷ Mosher,⁹³⁸ e Rappaport⁹³⁹ riportarono risultati superiori per i pazienti non trattati dopo 1-3 anni, il che portò Carpenter a suggerire che i farmaci antipsicotici possono rendere alcuni pazienti schizofrenici più vulnerabili a future ricadute. All'epoca, altri ricercatori scrissero dei cambiamenti cerebrali adattativi provocati dalle pillole contro la psicosi e conclusero che la supersensibilità dopaminergica indotta dai farmaci porta a sintomi discinetici e psicotici e a una maggiore tendenza alla ricaduta.⁹⁴⁰

Nancy Andreasen, finanziata dal NIMH, in un ampio studio di risonanza magnetica su pazienti affetti da schizofrenia, ha riportato che le pillole contro la psicosi restringono il cervello, il che è associato a un peggioramento dei sintomi negativi, a una maggiore compromissione funzionale e a un declino cognitivo.⁹⁴¹

Alla fine degli anni '70, grazie ai finanziamenti del NIMH, Martin Harrow e Thomas Jobe hanno avviato uno studio a lungo termine su 200 pazienti, la maggior parte dei quali stava attraversando un primo o un secondo episodio di psicosi. Entro il secondo anno, gli esiti di coloro che avevano smesso di prendere le pillole contro la psicosi cominciarono a divergere drasticamente da quelli di coloro che continuavano a prendere i farmaci e, dopo 15 anni, il tasso di guarigione dei pazienti che avevano smesso di prendere i farmaci era otto volte più alto rispetto a quello dei pazienti che avevano assunto i farmaci (40% contro 5%).⁹⁴²

Negli ultimi due decenni, studi a lungo termine su pazienti psicotici condotti in Olanda (uno studio randomizzato sull'interruzione dei farmaci, vedi pagina 148),⁹⁴³ Finlandia,⁹⁴⁴ Australia,⁹⁴⁵ Danimarca,⁹⁴⁶ e Germania⁹⁴⁷ hanno tutti evidenziato tassi di recupero più elevati per coloro che hanno smesso di assumere farmaci. Una revisione sistematica degli studi qualitativi ha confermato questo dato: i pazienti raccontano di come i farmaci compromettano il recupero funzionale.⁹⁴⁸

La storia della depressione è molto simile. Studi su pazienti ricoverati in ospedale hanno dimostrato che, prima dell'introduzione delle pillole per la depressione, la depressione era un disturbo episodico e che circa la metà dei pazienti che avevano avuto un primo episodio non sarebbe mai stata ricoverata nuovamente. Dopo l'introduzione delle pillole per la depressione, diversi studi hanno riscontrato alti tassi di ricaduta e un gruppo di esperti del NIMH ha concluso che, a differenza degli studi più vecchi, i nuovi studi avevano dimostrato la natura ricorrente e cronica della depressione.⁹⁴⁹ L'elefante nella stanza è stato ignorato.

Due studi del NIMH su pazienti reali trattati in regime ambulatoriale hanno confermato che la cronicità è il decorso a lungo termine dei pazienti trattati con farmaci. Lo studio STAR*D,⁹⁵⁰ con il suo tasso di guarigione del 3% alla fine del follow-up di un anno sulle pillole per la depressione, era in netto contrasto con un altro studio finanziato dal NIMH che studiava l'esito a lungo termine della depressione non trattata. In quello studio, l'85% degli 84 pazienti inclusi era guarito alla fine di un anno.⁹⁵¹ I ricercatori hanno concluso che

"sarebbe estremamente difficile per qualsiasi intervento dimostrare un risultato superiore a questo".

Molti studi condotti negli ultimi 40 anni hanno confrontato gli esiti di pazienti trattati e non trattati per periodi di tempo più lunghi.

In uno studio del NIMH che ha randomizzato 250 pazienti all'imipramina o alla psicoterapia o al placebo, il tasso di guarigione era più alto per la terapia cognitiva (30%) e più basso per l'imipramina (19%) e il placebo (20%) dopo 18 mesi.⁹⁵²

In uno studio del NIMH su 547 pazienti, i pazienti trattati avevano una probabilità tre volte maggiore rispetto a quelli che si erano sottratti alle cure mediche di subire la perdita del loro principale ruolo sociale e quasi sette volte maggiore di diventare incapaci dopo sei anni.⁹⁵³

Uno studio dell'OMS su 640 pazienti depressi ha rilevato che quelli trattati con farmaci avevano una salute generale peggiore e avevano maggiori probabilità di essere ancora malati di mente rispetto a quelli che non erano stati trattati alla fine di un anno.⁹⁵⁴

Uno studio canadese su 1281 persone che hanno ottenuto un'invalidità a breve termine a causa di un episodio depressivo ha rilevato che il 19% di coloro che hanno assunto una pillola contro la depressione è andato incontro a un'invalidità a lungo termine, rispetto al 9% di coloro che non hanno mai assunto tali farmaci.⁹⁵⁵

In uno studio di cinque anni condotto su 9508 pazienti depressi in Canada, i pazienti trattati con farmaci erano depressi in media 19 settimane all'anno, contro le 11 di quelli che non assumevano farmaci.⁹⁵⁶

Due revisioni di pazienti con diagnosi di depressione hanno rilevato che l'uso di una pillola contro la depressione era associato a esiti peggiori a nove anni⁹⁵⁷ e a 30 anni.⁹⁵⁸

Con l'accumularsi di questi risultati, i ricercatori - guidati dallo psichiatra italiano Giovanni Fava - hanno indicato i cambiamenti farmacologici indotti dalle pillole per la depressione come una probabile spiegazione del "triste esito a lungo termine della depressione ... l'uso di farmaci antidepressivi può spingere la malattia verso un decorso più maligno e non rispondente al trattamento".⁹⁵⁹

Lo psichiatra americano Rif El-Mallakh ha osservato che il 40% dei pazienti trattati con una pillola contro la depressione finiva in uno stato di depressione cronica "resistente al trattamento".⁹⁶⁰ Egli ha scritto che il trattamento farmacologico può indurre processi che "causano un peggioramento della malattia, continuano per un periodo di tempo dopo la sospensione del farmaco e possono non essere reversibili".

Alla luce di questa letteratura, non sorprende che la depressione sia oggi la principale causa di disabilità negli Stati Uniti per le persone di età compresa tra i 15 e i 44 anni e che, nei Paesi che hanno adottato un uso diffuso degli SSRI, il numero di persone con disabilità governativa a causa di un disturbo dell'umore sia aumentato di pari passo con l'incremento dell'uso di questi farmaci.⁹⁶¹

Anche gli studi a lungo termine sull'ADHD condotti in Australia⁹⁶² e in Quebec⁹⁶³ hanno rilevato risultati peggiori per i giovani trattati con farmaci rispetto a quelli trattati senza stimolanti.

Come ha notato Bob, la scienza dimostra che le pillole per la psicosi e la depressione aumentano la cronicizzazione dei disturbi, e lo stesso vale per gli stimolanti, le benzodiazepine e i farmaci usati per il disturbo bipolare. Sulle pagine delle risorse di Mad in America c'è un elenco di oltre 100 articoli che riportano questi risultati.

Nulla di tutto ciò si trova nel libro di Insel o sul sito web del NIMH. Una ricerca di Martin Harrow sul sito web non mostra nulla, anche se era considerato uno degli esperti del NIMH

sulla schizofrenia. Una ricerca su STAR*D mostra il comunicato stampa sui risultati a breve termine che parla di "risultati particolarmente buoni" con le pillole per la depressione.⁹⁶⁴ E le informazioni del sito web sull'ADHD⁹⁶⁵ non informano i genitori che nello studio MTA l'uso di farmaci era un indicatore di deterioramento alla fine del terzo anno, e che i soggetti che assumevano stimolanti avevano sintomi ADHD peggiori ed erano più compromessi dal punto di vista funzionale alla fine dei sei anni.

Nel 2015, Bob e sua moglie Lisa Cosgrove hanno pubblicato *Psychiatry under the influence (Psichiatria sotto l'influenza)*,⁹⁶⁶ un libro nato dal periodo in cui erano borsisti presso il Safra Center for Ethics dell'Università di Harvard, dedicato allo studio della corruzione istituzionale.

Ci aspettiamo che le istituzioni che servono un interesse pubblico - e questo è particolarmente vero per le discipline mediche - aderiscano a standard etici, come il superamento delle influenze finanziarie; siano obiettive e accurate quando progettano, analizzano, interpretano e riportano i risultati degli studi; e mettano al primo posto gli interessi dei pazienti. Di conseguenza, Daniel Wikler, professore di etica alla Harvard School of Public Health, ha scritto che una disciplina medica che non aderisce a questi standard non merita di mantenere il suo posto privilegiato nella società.⁹⁶⁷

L'erosione dei principi etici fondamentali è completa per la psichiatria. Se la professione psichiatrica dicesse al pubblico la verità, la psichiatria crollerebbe. La professione ha bisogno di tenere la verità lontana dagli occhi, persino da se stessa, e non viene presentata nei libri di testo psichiatrici, nelle conferenze o nei dibattiti pubblici. Il libro di Insel è una pietra tombale per la psichiatria. È un'opera di propaganda per un sistema malato, che elogia trattamenti dannosi come se fossero benefici.

Altro sul non ascoltare le persone

Nel 2013, durante un tour di conferenze in Nord America, ho perso la strada in un grande ospedale di Baltimore.⁹⁶⁸ Non riuscivo a trovare l'auditorium e l'organizzatore non rispondeva al telefono. Mi aggiravo disperato mentre l'ora della mia conferenza si avvicinava rapidamente.

Come ultima risorsa, ho aggirato una grande coda di pazienti alla reception dell'ospedale, perché avevo fretta, e ho spiegato all'addetto alla reception che non ero un paziente, ma un medico che doveva tenere una conferenza di lì a pochi minuti.

"Per favore, vada in fondo alla fila", mi rispose con una faccia di pietra. Ho ripetuto che ero un medico e ho chiesto aiuto per trovare il mio collega che lavorava all'ospedale.

"Per favore, vada alla fine della coda", rispose il robot. Non le importava quanto implorassi aiuto. Non avendomi detto che il banco informazioni dell'ospedale era vicino, avrebbe potuto pensare che fossi un caso psichiatrico con l'illusione di essere un medico.

Dopo aver chiesto a una persona gentile nel corridoio dove si trovava il banco informazioni dell'ospedale, sono arrivato all'auditorium all'ultimo minuto. Forse mi ha traumatizzato, perché ho ancora gli incubi di essere chiamato sul podio senza aver preparato le diapositive, e a volte persino senza averle con me.

Quando sono arrivato all'ospedale McMaster di Hamilton, ho perso di nuovo la strada. Il mio collega, Gordon Guyatt, mi aveva dato alcune istruzioni, ma era molto difficile trovare il suo ufficio. Ho detto alla receptionist che ero un medico e che avevo un appuntamento con

un collega. Dopo molti problemi e incredulità, con riluttanza ha stabilito un collegamento e Gordon è venuto a prendermi.

Era di turno e quando il suo cercapersone ululò poco dopo, dissi scherzando che era la receptionist che gli avrebbe detto che il suo paziente - io - era arrivato. Proprio così. Ero diventato di nuovo un paziente e il mio titolo di medico era stato nuovamente sconosciuto.

Con questi atteggiamenti nei confronti dei colleghi, è facile capire perché i pazienti psichiatrici possono diventare molto frustrati quando non si fidano di loro e perché a volte la violenza è innescata dal comportamento irrispettoso del personale. Gli psichiatri rifiutano abitualmente di fidarsi di ciò che i pazienti raccontano sulle loro esperienze negative con i farmaci che prescrivono.

Il filosofo danese Søren Kierkegaard scrisse nel 1859: "Per poter veramente aiutare un altro, devo capire più di lui - ma certamente prima di tutto devo capire ciò che lui capisce. Se non lo faccio, la mia maggiore comprensione non lo aiuta affatto. Se invece voglio affermare la mia maggiore comprensione, allora è perché sono vanitoso o orgoglioso, e in fondo invece di giovargli voglio essere ammirato da lui. Ma ogni vero aiuto inizia con un'umiliazione. L'aiutante deve prima umiliarsi sotto la persona che vuole aiutare e capire così che aiutare non è dominare ma servire, che aiutare non è essere il più dominante ma il più paziente, che aiutare è una disponibilità a sopportare temporaneamente di essere nel torto e di non capire quello che l'altro capisce".

Pochi psichiatri praticano la psichiatria in questo modo, umiliandosi. La grandiosità è più comune (vedi sezione successiva). Un commentatore ha scritto su Mad in America che la psichiatria si basa su come lo psichiatra "sente" il paziente e non su come si sente il paziente. È una "medicina" basata sulle opinioni.

Gli psichiatri potrebbero migliorare molto se fossero disposti a imparare dai loro errori e ad ascoltare i loro pazienti. Le indagini via Internet sulle esperienze dei pazienti hanno rivelato che i danni dei farmaci sono molto maggiori e molto più comuni di quanto riportato negli studi randomizzati, anche se coloro che rispondono sono in genere abbastanza positivi nei confronti dei farmaci.⁹⁶⁹

Un ex-paziente ha scritto:⁹⁷⁰ "Ho conosciuto persone meravigliose che lavorano in psichiatria. Ma ho anche conosciuto persone assolutamente orribili e tutto ciò che sta nel mezzo. I peggiori sono stati quelli che si sono seduti con una distanza professionale tale da non poter dare un po' di sé come persona né avere empatia per gli altri. Molte più persone con esperienza da utenti devono entrare in psichiatria, mentre quelle con una distanza professionale anti-empatica devono andarsene".

Ho imparato molto dalle migliaia di persone, compresi gli psichiatri progressisti, che mi hanno inviato storie straordinarie su una specialità in rovina. Molti pazienti e parenti hanno raccontato di come sono stati trattati male dagli psichiatri, a volte con commenti sprezzanti nelle cartelle sulla loro personalità, ad esempio se hanno cercato di evitare che il loro bambino fosse trattato con pillole per la psicosi.

Alcuni mi hanno ringraziato per aver salvato una vita, ad es: "È stato il suo libro a darci il coraggio di ritirare nostro figlio dagli antipsicotici". In seguito ho incontrato questa persona che è molto attiva nella comunità della sospensione .

Una paziente che mi ha ringraziato per averle salvato la vita ha scritto che se non avesse letto i miei libri e non avesse appreso che esiste una cosa chiamata sospensione, avrebbe pensato di essere diventata pazza.

Un'altra paziente ha scritto che la pillola contro la depressione per la timidezza ha reso la sua vita infelice. Ha cambiato la sua personalità rendendola irascibile e irrispettosa e ha perso molti amici e la fiducia nella psichiatria, nelle aziende farmaceutiche e nei medici. Ha notato che il numero di membri del suo gruppo di abbandono degli SSRI è aumentato costantemente.

Un medico di famiglia usava le pillole per la depressione come test diagnostico: se funzionavano, si aveva la depressione, altrimenti non si aveva la depressione. Si potrebbe pensare che non si possa essere più primitivi di così, ma un altro medico di famiglia ha risposto a una domanda su come interrompere una pillola per la depressione: "Si può semplicemente smettere!".

A una paziente che aveva tentato invano di sospendere per due volte la pillola contro la depressione, il suo psichiatra ha detto che aveva uno squilibrio chimico e che aveva bisogno del farmaco per il resto della sua vita, e ha persino aumentato la dose. Un sostituto del suo medico di famiglia la salvò. Disse che le pillole erano una diavoleria e la facevano ammalare, e la aiutò a smettere. Voleva aiutare gli altri perché lavorava come consulente del lavoro con persone disoccupate, molte delle quali si erano attaccate alle pillole a causa dello stress e dell'ansia.

A un padre è stata negata la custodia dei figli perché si è rifiutato di assumere psicofarmaci. Se non è illegale, dovrebbe esserlo.

Una paziente mi scrisse che un test aveva mostrato che il suo quoziente intellettivo era sceso a 70, ma questo avveniva mentre era dopata, quando un test del quoziente intellettivo è privo di significato.

Un'altra ha scritto che il suo psichiatra le aveva detto che aveva una malattia genetica incurabile e quando si è lamentata del fatto che non riusciva più a concentrarsi, dormiva molto e aveva problemi di memoria, la risposta è stata che il problema non erano i farmaci, ma che aveva perso neuroni a causa della psicosi! Doveva quindi prendere le pillole per la psicosi a tempo indeterminato per proteggere i suoi neuroni, altrimenti sarebbe diventata demente. Quando disse che non voleva prendere i farmaci per il resto della sua vita, lo psichiatra rispose che non l'avrebbe più vista perché lavorava solo con pazienti che volevano essere curati. Quando aveva smesso i farmaci, le era stato detto che avrebbe avuto un nuovo episodio psicotico. Il padre voleva costringerla a riprendere i farmaci e minacciò di mandarla in un ospedale psichiatrico se non avesse seguito le istruzioni del medico. Lei gli ha mentito dicendo di aver preso di nuovo i farmaci. Oggi sta bene, essendo sfuggita alla tirannia di psichiatri incompetenti e familiari stupidi.

Una paziente ha scritto che le era stato consigliato di assumere farmaci per il resto della sua vita. Quando ha detto al suo medico che le avevano causato l'anorgasmia, il dottore le ha risposto: "Cosa preferisce, non avere orgasmi o impazzire?". La donna capì che c'era qualcosa che non andava e decise che non voleva vivere castrata chimicamente come se avesse subito una lobotomia. Dopo aver smesso tutti i farmaci, è tornata a essere se stessa. Non era più uno zombie, era tornata ad ascoltare la musica, rideva, cantava sotto la doccia, sentiva la vita e provava piacere sessuale. Da bambina aveva subito abusi sessuali, che sono una causa comune di psicosi.

Un paziente ha assunto per dieci anni la fluoxetina (Prozac), che ha cambiato la sua personalità e ha perso quasi tutti i suoi amici. Senza aiuto, ha attraversato una terribile crisi di astinenza in cui non riusciva nemmeno ad alzarsi dal letto. Il suo medico gli disse che gli psicofarmaci erano vitali per lui, come l'insulina per il diabete, e ricominciò a prendere un farmaco, ma lo tollerava male. Poi il suo psichiatra ha detto che i suoi effetti negativi erano

probabilmente causati dalla depressione e ha voluto che provasse un altro farmaco. Questo paziente aveva partecipato a una delle mie conferenze a Stoccolma e quindi sapeva che avevo un elenco di persone che potevano aiutarlo a smettere.

Uno studente di 18 anni era ancora in lutto dopo che il padre si era impiccato cinque anni prima. Dopo aver assunto la sertralina (Zoloft), tentò di impiccarsi e uno psichiatra lo ricoverò in un ospedale psichiatrico aumentando la dose di sertralina. Quando un giovane psichiatra ha notato che le pillole per la depressione aumentano il rischio di suicidio, il primario ha risposto che ne era consapevole, ma che doveva trattare la depressione. Se lo studente si fosse suicidato senza aver preso una pillola per la depressione, gli sarebbe stato contestato il motivo per cui non era stato trattato.

Un uomo di mezza età con sintomi di polmonite e umore basso è stato sottoposto a penicillina, sertralina e un sedativo dal suo medico di famiglia. Ha sviluppato una psicosi con mania, è stato ricoverato in un ospedale psichiatrico e trattato con olanzapina (Zyprexa). Quando un giovane psichiatra chiese se la psicosi potesse essere stata causata dalla sertralina, gli fu risposto: "Non ho mai visto nessuno con psicosi indotta da antidepressivi".

David Stofkooper, olandese, si è tolto la vita nel 2020, a soli 23 anni. Aveva una vita sociale fiorente, era uno studente vivace e molto intelligente, con molti amici, gli piaceva socializzare e amava ascoltare la musica. Fin dall'età di 17 anni, rimuginava parecchio molto, ma aveva una vita divertente.

Fece l'errore fatale di consultare uno psichiatra che lo mise sotto sertralina (Zoloft). Nel giro di due settimane pensava al suicidio, ma lo psichiatra ha aumentato la dose e la situazione è peggiorata. divenne uno zombie, senza libido e senza emozioni; la sua personalità è scomparsa.

La madre chiamò lo psichiatra e disse che il farmaco non funzionava, ma presa in giro, dicendole che non poteva chiamare per la privacy del figlio. Il suo intervento era assolutamente necessario, poiché David non si era accorto di ciò che stava accadendo; aveva perso completamente se stesso.

David ha detto al suo psichiatra di avere un forte desiderio di suicidio, ma lo psichiatra ha detto che doveva aspettare più a lungo, quindi ci ha creduto.

Dopo cinque mesi, ha trovato un nuovo psichiatra che gli ha detto di smettere con la sertralina a freddo, in sole due settimane. All'inizio ebbe una mania di un giorno e disse a sua madre che non si era mai sentito così bene prima. Ma poi è entrato in una terribile crisi di astinenza, che si è protratta per mesi. Quando ha detto alla sua psichiatra come si sentiva, lei non gli ha creduto e ha detto che non era dovuto al farmaco, dato che era fuori dal suo organismo. Ha ritenuto che fosse probabilmente il suo disturbo ossessivo compulsivo a creare tutti i problemi.

David ha scritto nella nota del suicidio: "Presenti un problema creato dal trattamento che hai ricevuto da loro e, come reazione, vieni incolpato tu stesso".

La sua vita si era fermata. Non riusciva a trarre piacere da nulla. Anche se non provava più nulla incontrando le ragazze, l'azzeramento della libido e i problemi di erezione non erano nemmeno la cosa peggiore. Era "la cancellazione totale di qualsiasi piacere nella vita".

Quando ha capito che era destinato a rimanere in questo stato per sempre, non ha visto altra opzione che il suicidio. Era molto razionale e i suoi genitori, che sono entrambi medici, lo capivano.

L'ottundimento delle sue emozioni fu fatale. Si sentiva già morto, un guscio vuoto. David non aveva mai avuto problemi di sonno prima di assumere la sertralina, ma il farmaco gli causò una grave insonnia, che durò fino al giorno in cui si uccise.

David voleva che la sua storia fosse raccontata, come monito per gli altri. Sia lui che sua madre avevano letto il mio primo libro di psichiatria, ma purtroppo era troppo tardi. Se lo avesse letto prima di essere messo sotto sertralina, avrebbe potuto rifiutare di prendere il farmaco che lo ha ucciso.

Ho sentito storie simili, anche in Danimarca, in cui i pazienti si sono suicidati perché la loro vita sessuale è stata distrutta in modo permanente, e hanno anche sperimentato una grave anedonia (incapacità di provare piacere), appiattimento delle emozioni, problemi di memoria e disfunzioni cognitive, che alcuni di loro hanno descritto come una lobotomia chimica.

I pazienti che hanno smesso di assumere psicofarmaci hanno talvolta lamentato disfunzioni sessuali persistenti. Ci sono ancora molte cose che non sappiamo sui danni persistenti degli psicofarmaci. Ma quello che sappiamo è che la psichiatria è folle, cosa su cui il neuropsichiatra infantile Sami Timimi ha scritto un libro.⁹⁷¹

Gli psichiatri sono più pazzi dei loro pazienti?

Quando discuto di psichiatria con gli psichiatri critici, gli psicologi o i farmacisti con cui collaboro, a volte ci chiediamo chi sia più pazzo, gli psichiatri o i loro pazienti?

Sembra una domanda retorica o una battuta, ma non è così. Quando ho cercato su Google "delirio", un dizionario di Oxford ha detto che: "Una convinzione o impressione idiosincratica mantenuta nonostante sia contraddetta dalla realtà o da argomenti razionali, in genere come sintomo di un disturbo mentale".

La Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta questa definizione: "Una convinzione che è dimostrabilmente falsa o non condivisa da altri, di solito basata su un'inferenza errata sulla realtà esterna. La credenza è fermamente sostenuta con convinzione e non è, o è solo brevemente, suscettibile di essere modificata dall'esperienza o da prove che la contraddicono. La convinzione non è normalmente accettata dagli altri membri della cultura o della sottocultura della persona (cioè non è un articolo di fede religiosa)."

Il DSM-5 definisce i deliri come "convinzioni fisse che non possono essere modificate alla luce di prove contrastanti. Il loro contenuto può includere una varietà di temi (ad esempio, persecutori, referenziali, somatici, religiosi, grandiosi) ... I deliri sono considerati bizzarri se sono chiaramente implausibili e non comprensibili ai coetanei della stessa cultura e non derivano da esperienze di vita ordinarie".⁹⁷² Tipi comuni di deliri sono:

- persecutorio (le persone credono di rischiare di essere danneggiate a causa delle intenzioni malevole di altri),
- riferimento (le persone credono che eventi innocui, ad esempio i gesti di estranei o i notiziari radiofonici, siano deliberatamente rivolti a loro),
- grandiosi (possono riguardare identità o abilità speciali, ricchezza estrema o una missione speciale e sono associati a un forte bisogno di significato e scopo nella vita),
- controllo (le persone credono che le loro azioni, motivazioni o emozioni siano sotto il controllo di un'altra agenzia),
- religiosi (possono riguardare una relazione speciale con Dio o con gli dei, ma talvolta implicano anche la rivendicazione di un'identità religiosa speciale, come quella di essere Gesù; questo tipo di deliri è notoriamente difficile da distinguere dalle credenze religiose non patologiche).

Queste definizioni chiariscono che la psichiatria è caratterizzata dai deliri. Come ho dimostrato in questo libro, le convinzioni idiosincratiche predominanti degli psichiatri non sono condivise dalle persone considerate sane di mente - il pubblico in generale - ma gli psichiatri le mantengono con forza, anche quando la realtà, compresa la scienza più affidabile che abbiamo, e l'argomentazione razionale o la logica mostrano chiaramente che le loro convinzioni di base sono sbagliate.

Quando si critica la psichiatria, si viene spesso definiti "antipsichiatri" o teorici del complotto, reazioni che sembrano avere un elemento di delirio persecutorio.

La grandiosità è un senso di superiorità, unicità o invulnerabilità irrealistico e non basato sulle capacità personali. Molti psichiatri si comportano in modo grandioso, credendo nella propria onnipotenza e infallibilità e di avere un'intuizione speciale che nessun altro ha. Se gli altri non sono d'accordo, vengono considerati ignoranti e bisognosi di istruzione. Durante la testimonianza di Joseph Biederman in un caso giudiziario del 2009, un avvocato gli chiese del suo grado alla Harvard Medical School. Biederman ha risposto: "Professore ordinario". "Cosa c'è sopra?", chiese l'avvocato. "Dio", rispose.⁹⁷³

La fede è una grande fiducia o confidenza in qualcosa per cui non ci sono prove, o una convinzione incrollabile in qualcosa anche se ci sono prove contrarie. È chiaro che le convinzioni degli psichiatri su ciò che fanno sono più di natura religiosa che scientifica, il che rende la psichiatria una pseudoscienza.

Gli psichiatri hanno una fede incrollabile nei grandi benefici dei loro farmaci, dell'elettroshock e dei trattamenti forzati, nonostante le prove dell'assenza di benefici e dell'esistenza di gravi danni. I membri dei culti religiosi non ascoltano le prove che potrebbero scuotere le loro convinzioni; le sopprimono, le distorcono o mentono su di esse. Alcuni psichiatri critici ritengono che la psichiatria sia un culto religioso in cui le persone vengono scomunicate per aver pensato con la propria testa.

Una definizione di follia è fare sempre la stessa cosa aspettandosi un risultato diverso. Quando un farmaco non sembra funzionare, gli psichiatri di aumentano la dose, passano a un altro farmaco della stessa classe, aggiungono un altro farmaco della stessa classe o aggiungono un farmaco di un'altra classe. La scienza ci dice che queste manovre non portano alcun beneficio ai pazienti. Il cambio di farmaci, l'aggiunta di farmaci o l'aumento della dose non portano a risultati migliori.⁹⁷⁴

L'aumento della dose totale o del numero di farmaci aumenterà l'insorgenza di gravi danni, tra cui danni cerebrali irreversibili, suicidi e altre morti,⁹⁷⁵ ma gli psichiatri spesso mentono ai loro pazienti dicendo loro che la loro malattia potrebbe danneggiare il loro cervello, o che potrebbero morire, se non assumono i loro farmaci. Questo è perverso.

Purtroppo la follia sta peggiorando. Nella psichiatria ambulatoriale negli Stati Uniti, le visite con tre o più farmaci sono raddoppiate, dal 17% al 33%, in soli nove anni, e sono aumentate anche le prescrizioni di due o più farmaci della stessa classe.⁹⁷⁶ In Australia, l'uso di psicofarmaci e di politerapia per bambini e adolescenti era doppio nel 2021 rispetto al 2013,⁹⁷⁷ e l'uso di neurolettici è aumentato del 45% in soli sei anni.⁹⁷⁸ Nel Regno Unito, le prescrizioni di pillole per la psicosi sono aumentate in media del 5% all'anno e quelle per la depressione del 10%, dal 1998 al 2010.⁹⁷⁹ In Danimarca, le vendite di SSRI sono aumentate da un livello basso nel 1992 in modo quasi lineare con un fattore 18, strettamente correlato al numero di prodotti sul mercato che è aumentato con un fattore 16 ($r = 0,97$, correlazione quasi perfetta).⁹⁸⁰ Ciò conferma che l'uso dei farmaci è determinato dal marketing.

La mortalità dei pazienti con schizofrenia è aumentata notevolmente rispetto alla popolazione generale; il rapporto mediano di mortalità standardizzato per gli anni '70, '80 e '90 era rispettivamente di 1,84, 2,98 e 3,20.⁹⁸¹ Gli autori hanno osservato che una spiegazione ovvia di questo sviluppo è l'aumento dell'uso delle nuove pillole contro la psicosi, che hanno maggiori probabilità di causare aumento di peso e sindrome metabolica rispetto ai vecchi farmaci.

Due libri di testo in Danimarca menzionano che possono essere necessarie più pillole per la psicosi contemporaneamente, e uno ha notato che in alcuni casi può essere appropriato aumentare il dosaggio al di sopra dell'intervallo approvato, il che ha gli stessi effetti deleteri dell'uso di più farmaci.

Nel 2006, un rapporto del Danish Board of Health (*Consiglio di Sanità Danese*) ha mostrato che la metà dei pazienti era in trattamento con più di un farmaco per la psicosi contemporaneamente,⁹⁸² nonostante le linee guida nazionali e internazionali lo sconsigliano. Il record di cui sono a conoscenza è di sette farmaci per la psicosi utilizzati contemporaneamente. Tuttavia, il Ministero della Salute danese ha rilasciato una licenza di uccidere nel 2014. Ha permesso agli psichiatri di utilizzare dosi straordinariamente elevate di psicofarmaci per il trattamento forzato e ha dichiarato che ciò si applica soprattutto ai pazienti che sono stati in trattamento prolungato e in cui sono state provate senza successo dosi più piccole.⁹⁸³

Questo è quanto di più folle possa esistere. Il rischio di morte è ovviamente legato alla dose.⁹⁸⁴ Gli psichiatri non si rendono conto che quando un paziente è "resistente al trattamento", che è un termine offensivo in quanto suggerisce che la colpa è del paziente e non del farmaco, non dovrebbero aumentare la dose o aggiungere un altro farmaco, ma ridurre lentamente il primo farmaco, ottenendo così il risultato migliore. Ma ai leader della psichiatria importa poco della sicurezza del paziente. Si preoccupano piuttosto della propria reputazione, della corporazione che rappresentano e del flusso di denaro delle aziende farmaceutiche. Questa corruzione permea le nostre autorità, che si affidano pesantemente agli specialisti nell'emanazione delle linee guida, e che apportano cambiamenti solo se i critici fanno molto rumore in pubblico sugli errori.

Ho assistito alla follia direttamente nei reparti psichiatrici. Una volta sono stato invitato a seguire il capo psichiatra per un giorno in un reparto chiuso del mio ospedale, il Rigshospitalet. Uno dei pazienti mi sembrava del tutto normale e ragionevole, ma lo psichiatra lo considerava delirante. Visto che a me non sembrava, mi spiegò che il paziente era delirante perché era andato su Internet e aveva scoperto che le pillole per la psicosi sono pericolose! Ero così sbalordito che non dissi altro.

In un'altra occasione, ho telefonato al Centro Psichiatrico Amager, che ha una reputazione particolarmente negativa perché gli psichiatri hanno ucciso diversi pazienti con i farmaci.⁹⁸⁵ Un paziente in grave difficoltà mi aveva contattato, ma non sono riuscita a contattare uno psichiatra, anche se ho spiegato che ero un collega e che si trattava del normale orario di lavoro.

Ho insistito sulla necessità di parlare con qualcuno e mi hanno passato una caposala. Mi ha detto di non farmi coinvolgere perché il paziente stava delirando. Quando le chiesi in che modo, mi rispose che aveva scoperto che le pillole per la psicosi sono pericolose! Le chiesi se sapeva chi fossi. Sì, lo sapeva, ma questo non l'ha trattenuta dal mostrare la follia della psichiatria.

Nel 2023, l'intero consiglio direttivo dell'Associazione Psichiatrica Norvegese si sentì così minacciato dai colleghi che volevano una psichiatria radicalmente diversa che pubblicò un articolo di opinione per difendere lo *status quo* in un giornale: *La "vergogna della pillola" è un grave problema sociale*.⁹⁸⁶

Ho spiegato le peggiori falsità nella loro errata difesa degli psicofarmaci,⁹⁸⁷ che è tipica dei principali psichiatri di tutto il mondo. Hanno negato che gli psicofarmaci modifichino la personalità (che è il motivo per cui vengono usati e che molti pazienti hanno sperimentato), che abbiano effetti collaterali maggiori di altri farmaci (sono la terza causa di morte!) e che non siano necessari (lo sono quasi tutti). "Abbondano le teorie cospiratorie secondo cui l'industria farmaceutica vuole solo trarre profitto rendendo le persone il più possibile dipendenti" (non è una teoria cospiratoria che l'industria farmaceutica non si preoccupi dei danni che provoca ma solo dei suoi profitti; è un dato di fatto).

"I pazienti trattati con i farmaci tornano al lavoro più rapidamente e la disabilità può essere prevenuta" (una terribile bugia, perché è vero il contrario).

"La prognosi e il rischio di ricaduta migliorano significativamente quando i pazienti assumono antipsicotici" (gli studi su cui si basa questa errata convinzione sono profondamente errati).

"I pazienti con ADHD spesso hanno una qualità di vita ridotta, depressione più frequente e più problemi di droga e comportamenti criminali se non vengono trattati" (questo non è vero e, a lungo termine, è vero il contrario).

"Il trattamento farmacologico rende i pazienti più accessibili alla psicoterapia" (questo non è stato documentato ed è improbabile che sia vero; e se i farmaci hanno causato danni cerebrali permanenti, la psicoterapia non può ripristinarli).

"Non esiste alcuna base biologica per affermare che gli psicofarmaci comunemente usati, come gli antidepressivi, gli stabilizzatori dell'umore e gli antipsicotici, causino dipendenza" (un'altra orribile bugia; i farmaci aumentano o diminuiscono la regolazione dei neurotrasmettitori nel cervello, motivo per cui una brusca sospensione può causare terribili e pericolosi sintomi di astinenza).

"Ad oggi, la maggior parte degli studi indica che il trattamento farmacologico è assolutamente necessario per raggiungere la guarigione, aumentare la qualità della vita e prevenire le ricadute per la maggior parte dei pazienti con gravi disturbi psichiatrici" (anche queste affermazioni sono palesemente false).

Le idee sbagliate dei leader psichiatrici sono talmente in contrasto con l'evidenza scientifica e con l'esperienza dei pazienti, dei loro parenti e di altri, che sembra giustificato affermare che i leader psichiatrici soffrono di un gravissimo delirio collettivo.

I deliri sono un sintomo chiave della psicosi. I pensieri e le percezioni delle persone sono stravolti e hanno difficoltà a riconoscere cosa è reale e cosa no.

Ecco quindi un esperimento di pensiero. Utilizzando i sistemi diagnostici e la pratica degli psichiatri, si può sostenere che i leader psichiatrici come gli autori norvegesi dell'articolo di opinione dovrebbero essere trattati forzatamente con neurolettici. Se assaggiassero le loro stesse medicine, cosa che alcuni medici hanno fatto per vederne l'effetto,⁹⁸⁸ pochi di loro sosterrebbero i loro deliri su quanto sono bravi, il che andrebbe a beneficio dell'umanità.

Uno degli psichiatri che ammiro e che ho incontrato è l'australiano Niall McLaren. Ha inviato una lettera a un medico di famiglia a proposito di uno studente di 21 anni, dimesso da un ospedale privato dopo 21 trattamenti con la stimolazione magnetica transcranica, che definisce "l'ultima di una lunga serie di mode strampalate che hanno colpito la psichiatria,

progettate per separare coloro che si preoccupano dai loro soldi". Sono d'accordo. Non sembra funzionare.⁹⁸⁹

La povera studentessa ha ricevuto anche 12 elettroshock a causa dell'ansia ed è stata dimessa con tre diverse pillole per la psicosi, tre diversi antiepilettici, due diverse pillole per la depressione, un sonnifero e il litio. Soffriva tremendamente di questo cocktail di farmaci e aveva l'acatisia. Eppure, il suo unico problema era l'ansia!

Niall ha scritto al suo medico di famiglia che "se continua a prendere questo livello di farmaci, morirà entro i quarant'anni".

Sono stato testimone esperto in un caso giudiziario in Australia, che illustra anch'esso la follia della psichiatria. Mostra il ruolo delle pillole per la depressione come "Starter Kit della psichiatria" che porta rapidamente ad altre diagnosi e a pericolosi cocktail di farmaci.

Un giovane che avrebbe dovuto essere sottoposto a psicoterapia per i suoi problemi transitori stava funzionando bene quando il suo psichiatra gli ha somministrato una pillola per una depressione che non aveva.

La sua "carriera" psichiatrica è durata 33 anni prima che riuscisse finalmente ad abbandonare l'ultimo farmaco, ma soffre ancora di effetti di astinenza a lungo termine. Gli sono state prescritte in totale sei diverse pillole per la psicosi, cinque per la depressione e tre diversi sedativi/ipnotici, e ha sviluppato un parkinsonismo, probabilmente indotto dai farmaci. Il suo psichiatra ha interrotto più volte i farmaci in modo brusco, il che è altamente pericoloso. È un'impresa notevole che sia sopravvissuto a questo malcostume e abbia continuato a lavorare.

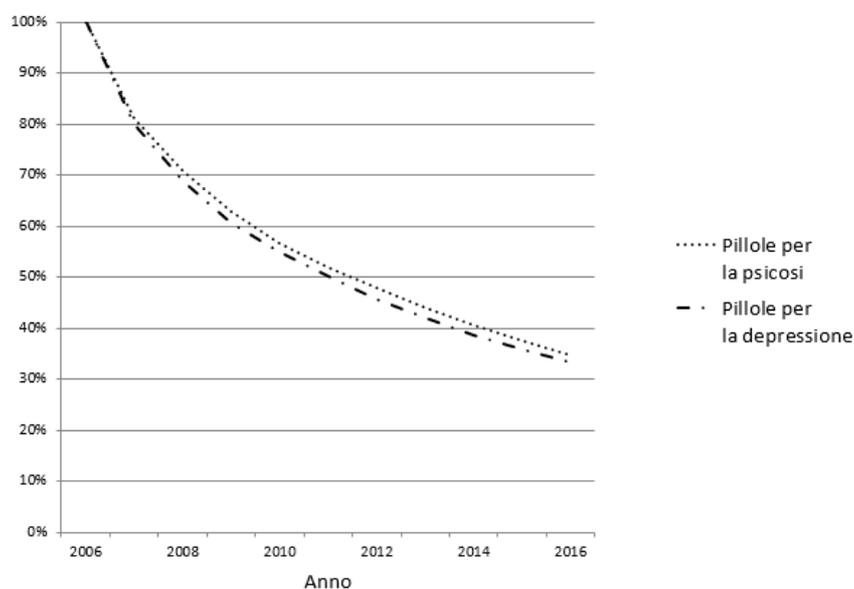
Dovrebbe vincere facilmente la causa, ma purtroppo i giudici sono autoritari e sottolineano ciò che altri psichiatri fanno in situazioni simili. È un sistema folle. Se una banca froda i suoi clienti, l'argomentazione che altre banche fanno lo stesso non riscuoterà molta simpatia.

Occasionalmente, una causa viene vinta. Wendy Dolin di Chicago, che ho incontrato diverse volte, ha fatto causa alla GlaxoSmithKline dopo che suo marito, un avvocato di grande successo che non aveva problemi psichiatrici, era stato messo sotto paroxetina perché aveva sviluppato un po' di ansia per il lavoro. Sei giorni dopo aver iniziato a prendere la paroxetina, gli venne l'acatisia e si gettò sotto un treno, senza rendersi conto che non era lui a essere impazzito, ma era la pillola che lo aveva fatto impazzire. Ho anche incontrato più volte l'avvocato di Wendy, Michael Baum di Los Angeles. Il suo studio legale ha vinto la causa, ma GSK ha fatto appello e la corte superiore ha annullato il verdetto, non perché non ritenesse che si trattasse di acatisia, ma perché ha dato la colpa all'FDA. Wendy ha raccontato la sua storia al mio incontro internazionale a Copenaghen nel 2015.⁹⁹⁰

Vediamo ora come vengono utilizzati gli psicofarmaci. Se l'uso fosse sano, i modelli di utilizzo dovrebbero essere molto diversi per le pillole contro la psicosi e la depressione, perché le indicazioni principali, rispettivamente la schizofrenia e la depressione, sono molto diverse, essendo la prima tradizionalmente percepita come una condizione cronica e la seconda come episodica.

Tuttavia, ho scoperto che i modelli di utilizzo sono identici (vedi figura).⁹⁹¹

Prescrizioni dispensate



Ho fatto partire l'orologio nel 2006, quando l'80% dei pazienti di entrambi i gruppi era già in terapia da uno o più anni. Il grafico mostra la percentuale di pazienti che hanno ricevuto una nuova prescrizione ogni singolo anno fino a quando hanno smesso o sono arrivati al 2016, il mio ultimo anno di osservazione, quando il 35% contro il 33% dei pazienti era ancora in trattamento.

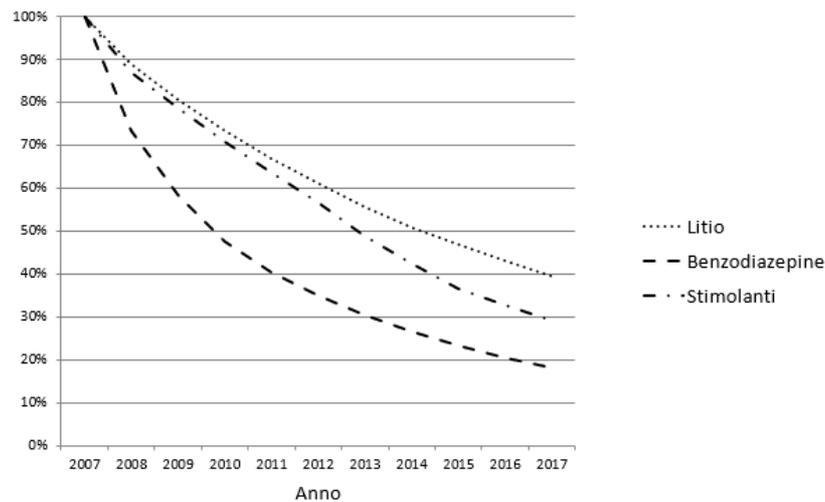
Questi risultati sono scioccanti. L'uso dei farmaci non è chiaramente basato sull'evidenza e molti pazienti continuano a prendere i loro farmaci, anno dopo anno, per più di un decennio. Si tratta di un danno iatrogeno di proporzioni epiche che racconta una storia di medici incompetenti e irresponsabili che non sanno cosa stanno facendo o cosa stanno causando.

Nel 2014, alcuni psichiatri norvegesi hanno scritto di un tasso "preoccupantemente alto" di interruzione delle pillole contro la psicosi nei pazienti con schizofrenia, pari al 74% in soli 18 mesi. Io lo definirei un segnale salutare, ma gli psichiatri sostenevano che ciò evidenziava "la necessità dei clinici di dotarsi di strategie terapeutiche che ottimizzino il trattamento continuo con farmaci antipsicotici".⁹⁹² Voler aumentare i danni senza alcun beneficio è una follia.

Successivamente, ho studiato i modelli di utilizzo delle benzodiazepine e di agenti simili, nonché del litio e degli stimolanti (farmaci per l'ADHD). Poiché sappiamo da decenni che le benzodiazepine creano una forte dipendenza e dovrebbero essere usate solo per poche settimane, anche perché l'effetto terapeutico scompare rapidamente, l'uso di questi farmaci dovrebbe essere molto basso e transitorio, ma non è così.⁹⁹³

Per quanto riguarda le benzodiazepine, solo il 13% ha fatto uso per la prima volta nel primo anno di osservazione (per le altre due classi di farmaci, i numeri sono stati rispettivamente del 40% e dell'11%), e i modelli di utilizzo sono stati ancora una volta scioccanti.

Prescrizioni dispensate



Indipendentemente dal farmaco assunto o dal problema, circa un terzo dei pazienti è ancora in trattamento con lo stesso farmaco o con uno simile dieci anni dopo che molti di loro sono già stati in cura per uno o più anni.

Se accettiamo le premesse basate sull'evidenza che nessuno di questi farmaci ha effetti clinicamente rilevanti se usato a lungo termine, e consideriamo anche i loro danni sostanziali, e che i pazienti generalmente non li amano, i dati mostrano un folle sovrautilizzo di psicofarmaci.

Se si critica il sistema folle, si finisce nei guai. Quando nel 2019 lo psichiatra scozzese Peter Gordon ha espresso il suo punto di vista sulla sovramedicazione psichiatrica, il presidente della divisione scozzese del Royal College of Psychiatrists ha telefonato al direttore medico associato dell'NHS Board in cui lavorava Gordon e ha espresso preoccupazioni sulla sua salute mentale.

A molti di noi è capitato di essere "diagnosticati" dai nostri avversari psichiatrici. A me è capitato durante un processo in cui ero testimone esperto (vedi pagina 49),⁹⁹⁴ in una conversazione tra due psichiatri a una festa privata che uno dei miei amici ha ascoltato per caso; e in un giornale dove Henrik Day Poulsen mi ha definito paranoico⁹⁹⁵ dopo che avevo pubblicato il mio libro sul crimine organizzato nell'industria dei farmaci.⁹⁹⁶ Poulsen, probabilmente lo psichiatra più corrotto della Danimarca, in quanto è quello che ha collaborato di più con le case farmaceutiche,⁹⁹⁷ mi ha anche definito "anti-psichiatra"⁹⁹⁸ e mi ha diagnosticato senza avermi mai incontrato. Ha pubblicato il libro "*Drugs that kill*" sulla corruzione e l'avidità dell'industria farmaceutica, ma non vede l'ironia del fatto che vi partecipa.⁹⁹⁹ Quando nel 2014 ho tenuto una conferenza sulle pillole della felicità, una ex-paziente mi ha detto che Poulsen aveva scritto un'autobiografia. Quando le chiesi di cosa si trattasse, mi rispose che era il suo libro, *Everyday psychopaths (Psicopatici di tutti i giorni)*.

Mezzo anno dopo, Poulsen dichiarò trionfalmente, sullo stesso giornale, con il titolo: *Caccia alle streghe contro l'industria del farmaco*, che avevo perso la causa contro di lui presso il Consiglio Etico dei Medici, e ribadì che io, per molto tempo, avevo creato un'emozione paranoica contro l'industria del farmaco.¹⁰⁰⁰

Non ha detto di cosa si trattasse, ma ha fatto finta che avesse a che fare con le mie critiche all'industria farmaceutica, come se fossero infondate, il che è stato disonesto. E ha festeggiato troppo presto. Ho presentato un reclamo al Tribunale arbitrale dell'Ordine dei medici, che ha annullato la decisione del Consiglio etico: "Lo psichiatra Henrik Day Poulsen

ha violato le regole collegiali per i medici e ha usato espressioni 'inutilmente offensive e sprezzanti' in un articolo di *Berlingske* e in un successivo dibattito televisivo".¹⁰⁰¹

Due psichiatri hanno risposto alle farneticazioni di Poulsen sul mio libro nell'articolo *Corrotti e paranoici*.¹⁰⁰² Più tardi, nello stesso anno, Poulsen ha dichiarato che "non c'è alcun rischio se i pazienti gravemente malati nei reparti psichiatrici chiusi ricevono farmaci antipsicotici in dosi fino a tre volte superiori a quelle generalmente raccomandate dalle autorità".¹⁰⁰³ Credo che Poulsen sia così pericoloso per i suoi pazienti che la sua licenza di esercitare dovrebbe essere ritirata.

La psichiatria è un manicomio. Ma non tanto per i pazienti, che non sono pazzi o la loro pazzia è spesso temporanea. Al contrario, la follia di molti psichiatri è cronica, collettiva e incurabile. Bob mi ha raccontato che una volta un paziente di un manicomio scrisse: gli psichiatri mi hanno dato del pazzo, e io ho dato del pazzo a loro, e poi mi hanno messo in minoranza.

Questo è il problema principale. Ci sono troppi psichiatri pazzi, e quelli che detengono il potere sono i più pazzi.

12 Speranze per una psichiatria migliore

Ho cercato di cambiare la psichiatria dall'interno, senza successo. Nel gennaio 2016 ho avuto un incontro con tre membri del consiglio direttivo dell'Associazione Psichiatrica Danese, tra cui il presidente e il co-presidente, per discutere di questioni su cui eravamo d'accordo e su cui potevamo sostenerci a vicenda. Per me, le questioni più importanti erano aiutare tutti coloro che volevano abbandonare i farmaci ma non potevano farlo perché ne erano diventati dipendenti, e ridurre l'uso della coercizione.

L'incontro è andato bene e sono stato invitato a visitare i reparti chiusi in cui lavoravano i due presidenti, cosa che ho fatto. È stato molto interessante. Durante la mia prima visita, ho incontrato due pazienti che avevo già conosciuto in precedenza, quando erano fuori nella comunità.

Tuttavia, non sono stato il benvenuto quando, nel dicembre 2017, ho fatto domanda di adesione all'Associazione Psichiatrica Danese. Questo avrebbe dovuto essere apprezzato perché, secondo le loro stesse regole:

"Lo scopo dell'Associazione è quello di promuovere la psichiatria danese. In particolare, è compito dell'Associazione promuovere la ricerca psichiatrica danese, assicurare la migliore formazione possibile degli psichiatri, lavorare per fornire un trattamento psichiatrico ottimale alla popolazione e diffondere la conoscenza della psichiatria".

Ho spiegato che per molti anni ho contribuito agli obiettivi dell'Associazione senza esserne membro.

Silenzio totale. Ho inviato un sollecito, ma il silenzio è continuato. Dopo due mesi di attesa, scrissi all'intero consiglio direttivo. Il presidente, Torsten Bjørn Jacobsen, rispose che non lavoravo per promuovere gli obiettivi dell'Associazione. Questo è tutto.

Poi ho inviato una lettera in cui facevo notare che avevano violato le loro stesse regole e spiegavo in dettaglio i molti modi in cui io, in misura insolita, avevo contribuito agli obiettivi dell'Associazione. Ho anche menzionato che, durante l'ultima riunione annuale, un onorevole membro ha tenuto un discorso in cui ha sottolineato che gli psichiatri dovevano comunicare con me.

Jacobsen ha risposto: "Il consiglio direttivo ha sottolineato il contenuto e la natura della sua attività di autore nel corso degli anni, che contiene opinioni e punti di vista sulla specialità psichiatrica che non sono in armonia con gli obiettivi dell'Associazione. L'Associazione è, ovviamente, sensibile ai diversi atteggiamenti all'interno della specialità, anche se un elemento fondamentale dell'appartenenza all'Associazione deve essere il rispetto della specialità e delle sue forme di trattamento accettate, cosa che non si riscontra nella sua attività di autore".

Che rivelazione! Sapevo che era improbabile che ci sarei riuscito, ma provandoci, ho scoperto ciò che gli psichiatri rappresentano veramente, dietro tutte le vesti ufficiali. È come toccare la rete tubolare di un ragno per vederlo uscire di corsa dal suo nascondiglio sul fondo. Si trattava di censura e ostruzionismo, che riflettevano ciò che molti psichiatri in formazione mi avevano detto. Sei in cattiva posizione se critichi il modo in cui i tuoi colleghi fanno diagnosi e somministrano dosi eccessive ai loro pazienti.

Durante l'assemblea generale dell'Associazione, tre mesi dopo, Kristian Sloth chiese perché non potessi diventare membro. Non ottenne alcuna risposta significativa, ma il pubblico applaudì ugualmente. Mentre tenevo una conferenza nello stesso hotel, offrendo

due seminari sulla sospensione degli psicofarmaci (vedi pagina 114), mi ero intrufolato e mi ero seduto in fondo alla sala, ascoltando tutto.

Tre mesi dopo, l'Associazione aveva un nuovo presidente, Gitte Ahle, e ho fatto nuovamente domanda. Alla mia osservazione che all'assemblea generale non era stata fornita alcuna spiegazione soddisfacente, Gitte Ahitte rispose: "Non condividiamo questa opinione, perché le persone sono state soddisfatte della dichiarazione orale sul motivo per cui sei stato respinto".

Interessante. Ai pazienti psichiatrici viene anche detto che ciò che essi stessi hanno osservato non è corretto perché i loro psichiatri non condividono le loro opinioni.

Mi sono sentito un po' come quando nel 2006 sono andato a Yellowstone con la mia famiglia e siamo arrivati a Salt Lake City. Una domenica c'era una funzione religiosa in una chiesa mormone e volevamo partecipare per curiosità, per vedere quali rituali seguiva questa setta. Quando ci è stato negato l'ingresso, senza che le guardie ci chiedessero se fossimo mormoni, ho detto: "Non capisco questo. Gesù non ha forse detto: "Lasciate che i bambini vengano a me" e che la chiesa dovrebbe essere aperta a tutti?". Questo non è servito. E la chiesa della psichiatria non è per tutti, ma solo per chi crede nei rituali.

Rete di psichiatria critica

Considero il Critical Psychiatry Network la speranza più importante per una psichiatria migliore. È stato fondato da un gruppo di psichiatri britannici nel 1999 per discutere le modifiche alla legge sulla salute mentale allora proposte. Attualmente il gruppo è composto da oltre 400 membri, due terzi dei quali hanno sede nel Regno Unito, mentre gli altri sono sparsi in tutto il mondo.¹⁰⁰⁴

L'adesione è limitata ai medici che lavorano in psichiatria o in campi affini, ma su raccomandazione di Lisbeth Kortegaard, mi è stato permesso di entrare a farne parte nel 2013. Sami Timimi ha detto a Lisbeth che sarei stato "un'aggiunta fantastica al CPN. Pensi che potrebbe essere interessato a unirsi alla nostra Rete?". Io l'ho vista al contrario: Che sarebbe stato un onore per me unirmi a questo gruppo illuminato.

Sami chiese al segretario di aggiungermi ai soci, perché avevo "fatto alcune eccellenti analisi degli studi sugli psicofarmaci e dell'influenza dell'industria farmaceutica".

La rete è stata fondata da Joanna Moncrieff e Tom Stockmann e i suoi attuali presidenti sono Joanna e Hugh Middleton. Nel 2015 Denise Winn ha realizzato un'interessante intervista con Hugh, *Time to rethink psychiatry*¹⁰⁰⁵ perché aveva pubblicato il libro *Psychiatry reconsidered: from medical treatment to supportive understanding*.¹⁰⁰⁶

Nel libro Hugh afferma che il core business della psichiatria è occuparsi dei fenomeni sociali e quando Denise gli ha chiesto perché abbiamo bisogno di uno psichiatra al vertice, di un medico, quando lo stress può portare a ogni sorta di sintomi e comportamenti, come ansia, depressione, scatti d'ira, dipendenze e psicosi, ha risposto: "Forse non è così".

Hugh spiega che un piccolo numero di persone e le opinioni che esprimono hanno un effetto sproporzionato sul modo in cui vengono distribuite le risorse e che alcuni psichiatri sono stati formalmente sanzionati per non aver somministrato agenti antipsicotici nella misura prevista dall'establishment psichiatrico.

Hugh osserva che "una lezione cruda che deriva dal flirt dell'ultimo mezzo secolo tra psichiatria e biomedicina è che i tentativi di considerare e trattare le persone che hanno difficoltà a vivere in mezzo agli altri come 'malate' sono errati.. biomedicina e altre espressioni di un modello di 'malattia' non offrono un'alternativa efficace o accettabile per

fare ciò che è più difficile, ma molto più umana e curativo: comprendere e contattare gli altri in difficoltà".

Altri psichiatri progressisti

Dopo aver letto i libri di Bob Whitaker e miei, il medico capo Klaus Munkholm, 46 anni, del reparto di psichiatria del Rigshospitalet, si è reso conto che ciò in cui aveva creduto per tanti anni non era corretto. Nel 2017 mi ha contattato per esprimere le sue preoccupazioni sul fatto che la psichiatria biologica non era stata utile per la comprensione dei disturbi psichiatrici e voleva fare una ricerca significativa.

Ci siamo incontrati e abbiamo iniziato una proficua collaborazione di ricerca. Ma questo ebbe delle ripercussioni su Klaus. Fu scoraggiato dal collaborare con il mio gruppo di ricerca e fu avvertito che ciò avrebbe avuto conseguenze sulla sua carriera.

Gli dissi che si trattava di fanatismo religioso. I Testimoni di Geova e Scientology trattano i disertori allo stesso modo, il che era inaudito in un contesto accademico, ma ci ha mostrato molto del punto in cui si trova la psichiatria.

Klaus non ha ceduto e, cinque mesi dopo, l'ho assunto un giorno alla settimana. Era una grande risorsa per i nostri progetti e, un anno dopo avermi contattato, lo assunsi a tempo pieno. Alcuni dei "silverback" della psichiatria, che prima lo tenevano in grande considerazione, ora lo trattavano come un eretico.

Anche un altro primario di psichiatria, Kristian Sloth dell'ospedale di Randers, ha chiesto di incontrarmi nel 2017. Ha detto che la psichiatria della Regione della Capitale aveva annunciato che le pillole per la depressione possono prevenire la demenza, il che è impossibile, e la ricerca ha dimostrato che è più probabile che gli psicofarmaci *causino la demenza*.¹⁰⁰⁷

Kristian ha ridotto le spese per i farmaci del 35% in un solo anno da quando ha iniziato a lavorare nel reparto. Un paziente affetto da schizofrenia che aveva ricevuto una dose elevata di clozapina (Leponex) è diventato psicotico, ha assunto una quantità ancora maggiore di farmaco ed è finito in un reparto di massima sicurezza. Quando hanno sospeso il Leponex, i sintomi psicotici sono scomparsi.

Kristian ha aperto nel suo reparto una sezione chiamata "reparto senza forza", dove i pazienti non vengono costretti. Kristian e il suo collega, Anders Lindelof, fanno qualcosa di radicalmente diverso dagli altri psichiatri.¹⁰⁰⁸ Non si concentrano su diagnosi e farmaci. Si concentrano sulla persona con cui stanno parlando e sulle relazioni del paziente che spesso sono state interrotte, chiedendogli: "Cosa è successo nella tua vita che ti ha portato qui?". Non cercano difetti nella persona, ma cercano di trovare la causa del crollo mentale.

Il loro approccio si basa sulla creazione di relazioni sicure e stabili con i terapeuti. Tutto il personale del reparto parla con i pazienti e si impegna a costruire buone relazioni e ad avere con loro conversazioni significative sulla loro vita, su ciò che vogliono e su ciò che è importante per loro, invece di limitarsi a dire: "Si è ricordato di prendere le medicine?" e passare subito al paziente successivo.

Kristian e Anders hanno avuto così tanto successo con questo approccio che hanno avuto a disposizione dei letti e hanno detto di non aver bisogno di altri soldi. Volevano raccontare la loro storia alla dirigenza della regione, ma non gli fu permesso di farlo e si sentirono considerati dei "blacklegs" (*crumiri*). Era un tabù andare contro l'eterno mantra della psichiatria: "Mandate più soldi".

Kristian e Anders hanno ascoltato le conferenze che Anders Sørensen e io abbiamo tenuto sulla disassuefazione da farmaci durante l'incontro annuale dell'Associazione Psichiatrica Danese nel 2018 (vedi pagina 114), e Kristian ci ha invitato nella sua stanza d'albergo per bere qualcosa. Era pieno di giovani psichiatri e alcuni di loro all'inizio sembravano un po' scettici, ma non passò molto tempo prima che capissero che non eravamo affatto "pericolosi" come era stato detto loro dai loro capi, ma che volevamo solo contribuire a creare una psichiatria migliore, come loro.

Anche altri psichiatri hanno visto la luce. Clive Sherlock ha un sito web, *Adaptation Practice*,¹⁰⁰⁹ dove spiega che si tratta di un modo unico, sicuro ed efficace per alleviare le sofferenze emotive, psicologiche e mentali - tra cui la depressione, l'ansia, la rabbia, lo stress, i disturbi alimentari e altre condizioni correlate - senza ricorrere a farmaci o terapie di parole. Egli considera queste condizioni come reazioni naturali e normali alla vita, non come malattie mediche. L'adattamento avviene attraverso la pratica, che ha radici nell'Estremo Oriente.

Lee Combrinck-Graham, una psichiatra in pensione, ha detto che quando gli psichiatri le chiedono: "Che tipo di psichiatra sei, se non prescrivi medicine?". Lei risponde: "Che razza di psichiatra sei se non parli con i tuoi pazienti o, più precisamente, se non ascolti i tuoi pazienti e non incontri i loro familiari o i loro parenti più stretti, se non li conosci e se non li includi nel tuo modo di capire cosa sta succedendo? Che razza di medico sei se non guardi allo sviluppo, all'adattamento, agli alti e bassi della loro vita?".

Una terza giovane psichiatra che è venuta a trovarmi ha lasciato il suo lavoro all'ospedale di Glostrup, dove il capo psichiatra Lars Søndergård somministrava ai pazienti dosi talmente elevate talmente elevate e contrarie alle linee guida che era stato licenziato e gli era stato proibito di lavorare come psichiatra.¹⁰¹⁰ Andò all'ospedale di Slagelse, ma a Søndergård venne permesso di esercitare di nuovo la professione, sotto stretta sorveglianza, e lui si presentò lì e continuò a sovradosare i suoi pazienti.

Il suo capo, Michael Schmidt, non lo sorvegliava, ed è stata una pura fortuna che non abbia ucciso nessuno dei suoi pazienti, che spesso trattava con diverse pillole per la psicosi contemporaneamente.

La negligenza di Søndergård comprendeva la sospensione del corretto trattamento del delirio alcolico istituito da un altro medico. Prescrisse due pillole per la psicosi da assumere insieme, ma in questi pazienti questi farmaci aumentano notevolmente il rischio di convulsioni, aritmie cardiache acute e morte.¹⁰¹¹ Un altro paziente ha ricevuto il metadone, che può causare aritmie letali, e il Consiglio Superiore della Sanità raccomanda di non somministrarlo contemporaneamente alle pillole per la psicosi, ma a questo paziente furono prescritte tre pillole per la psicosi contemporaneamente, e nonostante ciò è stato dimesso il giorno stesso.

Le infermiere e i colleghi psichiatri di Søndergård erano molto preoccupati e contattarono Schmidt, ma non successe nulla.¹⁰¹² Poiché la cultura del reparto era improntata alla paura e all'intimidazione, le infermiere coinvolsero il loro sindacato.

La risposta di Schmidt a un giornalista è stata estremamente arrogante e ha dimostrato che anche lui era pericoloso per i pazienti.¹⁰¹³ Non è riuscito a "riconoscere" nessuno degli orribili esempi di sovradosaggio che il giornalista gli ha inviato.

Ci sono voluti quattro mesi perché l'Autorità per la Sicurezza dei Pazienti rispondesse a queste preoccupazioni, anche se nel frattempo i pazienti avrebbero potuto essere uccisi. Il verdetto fu severo.¹⁰¹⁴ Schmidt fu posto sotto stretta sorveglianza e Søndergård non poté più lavorare come psichiatra, almeno per un certo periodo.

Schmidt aveva approvato una proposta di Søndergård che comportava un forte sovradosaggio dei pazienti, e non era stato in grado di interpretare correttamente un articolo scientifico da cui aveva tratto la conclusione opposta a quella indicata nell'articolo stesso sul dosaggio. Schmidt aveva anche omesso di informare l'Autorità delle dosi eccessive, nonostante fosse suo dovere farlo e il personale glielo avesse fatto notare più volte.

Schmidt ha scritto all'Autorità che Søndergård "ha un approccio analitico acuto" e ha "portato il reparto a un livello professionale superiore", contrariamente al parere dell'Autorità secondo cui Søndergård in diversi casi ha esposto i pazienti a un grave pericolo.

Il vicedirettore della regione Søren Bredkjær ha rilasciato un comunicato stampa in cui si sottolinea che la fiducia in Schmidt è ancora totale e che ha ricevuto solo una lieve sanzione.

La giovane psichiatra che mi ha contattato aveva denunciato Schmidt all'Autorità dopo aver cercato per mesi di risolvere i problemi affrontandoli con lui. La reazione di Schmidt fu quella di etichettarla come "una pazza irascibile" davanti ai colleghi.

Alla fine si arrese e andò da Bredkjær, e lo incoraggiò a esaminare le cartelle cliniche dei pazienti. Gli mostrò un elenco dei pazienti ricoverati in un giorno in cui lei era in servizio e gli fece vedere le sue note personali. Gli chiese di indagare sulla questione, ma quando non accadde nulla, non vide altra scelta che rivolgersi alla stampa.

Bredkjær ha parlato a vanvera con il giornalista e si è rifiutato di scusarsi con gli infermieri e i medici che avevano segnalato i problemi ma erano stati ignorati, anche da lui stesso.

Ciò che ho appena descritto non è affatto unico.

Tutti i giovani psichiatri che sono venuti da me apprezzano il lavoro con i loro pazienti. Ho detto loro che erano esattamente il tipo di medici di cui i pazienti avevano bisogno e che non dovevano lasciare la psichiatria. Una di loro è stata seriamente rimproverata dal suo capo quando ha iniziato a ritirare lentamente i farmaci di cui i pazienti non avevano bisogno, ma che lui aveva iniziato nella struttura ambulatoriale.

Un altro psichiatra mi ha scritto a proposito dei suoi colleghi: "Riesce a immaginare come sia condividere caffè e pranzo con queste persone, giorno dopo giorno?". Era costretto ad ascoltare le loro farneticazioni e quando chiedeva le prove, si arrabbiavano. Alcuni parlavano sempre di colleghi che non erano in grado di fare diagnosi, ma quando chiedeva loro come facevano a sapere quali erano quelle erano corrette, si arrabbiavano. "La cosa peggiore di tutte è che devo ascoltare i discorsi degli psichiatri sullo stile di vita, che parlano dei loro appartamenti, delle loro auto e dei loro viaggi, e si arrabbiano con me se solo accenno alla psichiatria. Quello che ho imparato dolorosamente su queste persone è che la maggior parte di loro è completamente disinteressata a leggere gli articoli sugli studi clinici che abbiamo. Invece, seguono semplicemente il loro capo".

Fermatevi un attimo. Queste sono le persone che dovrebbero prendersi cura dei nostri cittadini più vulnerabili, e sono autorizzate a usare la forza. Questo ci dice che dovremmo abolire la psichiatria e ripartire da zero. Quando una casa è completamente marcia, non serve cercare di ripararla. Dobbiamo abatterla e costruirne una nuova.

Nel 2018 Joakim Börjesson, che nel 2017 ha svolto con me una ricerca sul litio (vedi pagina 84), ha organizzato a Göteborg, durante la conferenza annuale per 150 psichiatri svedesi in formazione, un dibattito tra il farmacologo clinico, professor Elias Eriksson, e me sugli SSRI.¹⁰¹⁵

Joakim ha avuto bisogno di tutte le sue abilità diplomatiche per organizzare questo dibattito, e soprattutto per trattare con Eriksson, che ha la reputazione di attaccare violentemente i suoi avversari. Egli disse a Joakim che intendeva rivelare che ero un ciarlatano. Joakim ne discusse con lui per circa un'ora e "cercò inutilmente di convincerlo a rispettare le regole del dibattito".

Eriksson è stato orribile. Nel suo abstract ha sostenuto che le pillole non causano effetti collaterali irreversibili; che non creano dipendenza; che le critiche sono ideologicamente fondate; e che secondo i critici, il loro uso sarebbe il risultato di una cospirazione mondiale comprendente psichiatri, ricercatori, autorità e case farmaceutiche.

Anche quando cinque mesi prima avevo discusso con Eriksson alla radio svedese, lui aveva mentito, affermando che le pillole aiutano in modo drammatico e possono prevenire il suicidio.¹⁰¹⁶

Ciò che è tipico dei dibattiti con persone che cercano di difendere un sistema malato è accaduto anche questa volta. Eriksson ha infranto le regole, ha mentito e ha usato trucchi sporchi per cercare di convincere il pubblico che non ci si può fidare di me. Ho detto che aveva stipulato un accordo segreto con la Lundbeck contro le regole della sua università, il che significava che la Lundbeck poteva impedire la pubblicazione delle sue ricerche se i risultati non erano di suo gradimento.¹⁰¹⁷ Ho detto questo perché Eriksson "dimentica" abitualmente di dichiarare i suoi conflitti di interesse, ma sono stato immediatamente fermato dal presidente.

In seguito, l'Ombudsman ha criticato l'università per aver coperto la vicenda.¹⁰¹⁸ Eriksson ha sostenuto di non poter fornire a un giornalista la sua corrispondenza con Lundbeck perché era avvenuta su un server di Lundbeck. Se fosse vero, si tratterebbe di un accordo molto insolito, ed egli ha mentito su ciò che è stato oggetto di una richiesta ufficiale secondo la legge "Freedom of Information" (*Libertà di informazione*).

Dopo l'incontro, uno psichiatra mi ha scritto che non si possono convincere le persone religiose che non ci sono prove dell'esistenza di Dio, ma si può far perdere loro la fiducia nel loro prete se si possono mostrare le prove che ha usato le donazioni della chiesa per comprare cocaina in un bar gay. Eriksson è un semplice lobbista che ha fatto fortuna facendo giochi politici piuttosto che facendo ricerca onesta, e lui stesso lo sa. Ecco perché può mentire su cose che sa benissimo essere false".

Joakim era scontento del fatto che molti psichiatri non avessero capito le mie spiegazioni sulle pillole per la depressione che causano il suicidio. Ma quando presento le stesse diapositive a un pubblico di profani, questi le capiscono *sempre*. Gli psichiatri *non vogliono* capire ciò che per loro è troppo doloroso. Era già troppo tardi per cercare di influenzare questi giovani psichiatri in formazione.

Sette anni prima, Bob Whitaker stava parlando a un incontro a Malmö organizzato da psichiatri infantili, ma altri psichiatri intervennero e ottennero il controllo dell'incontro. A Bob fu vietato di presentare dati sui risultati a lungo termine del trattamento farmacologico. Lui accettò, ma quando arrivò gli fu detto che Eriksson sarebbe stato il suo avversario. Eriksson passò il tempo a denunciare Bob in modo disonesto. Secondo le parole di Bob: "L'intera faccenda è stata una disgustosa montatura che si è distinta per la sua completa disonestà, dall'inizio alla fine". Eriksson ha dichiarato che Bob è un "ciarlatano che tortura i pazienti".

Avevo intenzione di partecipare, ma Eriksson ha detto che non avrebbe partecipato se ci fossi andato!

È strano come gli apologeti della psichiatria chiamino costantemente i loro avversari per nome e utilizzino argomenti di comodo. Nessuno di noi ha mai parlato di cospirazione, e gli psichiatri non hanno bisogno di cospirare. Tutto ciò che devono fare è lavorare egoisticamente per perseguire il proprio interesse personale, il che può dare l'impressione di cospirare.

È necessario un nuovo paradigma per la psichiatria

Nel 2023, in un articolo pubblicato sul sito web di Mad in America con 100 riferimenti, ho spiegato perché abbiamo bisogno di un nuovo paradigma per la sperimentazione degli psicofarmaci.¹⁰¹⁹ L'uso universale di studi a breve termine controllati con placebo, con cecità inefficace, risultati soggettivi valutati su scale di valutazione di dubbia rilevanza clinica, l'esposizione dei pazienti del gruppo placebo agli effetti dell'astinenza dal farmaco e la segnalazione dei risultati in modo selettivo hanno prodotto una letteratura afflitta da risultati fuorvianti che hanno provocato danni enormi ai pazienti.

Ho mostrato la bozza dell'articolo a Maryanne Demasi e Bob Whitaker, che l'hanno trovata eccellente. Ma quando l'ho inviato alle riviste mediche, i commenti sono stati così bizzarri che ho pubblicato anche un altro articolo: *How peer reviewers and editors protected a failed paradigm for psychiatric drug testing (Come i revisori e gli editori hanno protetto un paradigma sbagliato di sperimentazione degli psicofarmaci)*.¹⁰²⁰

Nessuno dei redattori mi ha permesso di mettere in discussione la loro vacca sacra - il paradigma prevalente. Molti commenti erano irrilevanti o falsi, ad esempio che i farmaci migliorano la cognitivà; che i disturbi psichiatrici sono causati da uno squilibrio chimico; e che i pazienti negli studi sulla schizofrenia non sono esposti a una sindrome di astinenza ("cold turkey") perché non hanno ricevuto neurolettici in precedenza. Mi è stato anche detto che "ho minato la vasta evidenza scientifica degli effetti benefici degli psicofarmaci". Ma proprio per questo il mio articolo era importante!

Il mio articolo non è stato rifiutato perché non so scrivere buoni articoli. Sono l'unico danese ad aver pubblicato oltre 100 articoli nei "big five" (*BMJ, Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine* e *New England Journal of Medicine*) e i miei lavori scientifici sono stati citati oltre 150.000 volte.

Ho sostenuto che, in futuro, gli studi sugli psicofarmaci dovrebbero includere solo pazienti naïve al trattamento; utilizzare la psicoterapia o altri interventi psicosociali come comparatore; non utilizzare scale di valutazione, in quanto non significative; utilizzare risultati rilevanti per il paziente, ad esempio il ritorno a una normale vita produttiva; concentrarsi sui danni dei farmaci; avere un follow-up di diversi anni; essere pianificati e condotti da persone senza conflitti di interesse; e fornire un facile accesso ai dati grezzi anonimizzati in modo che altri possano controllare la veridicità di ciò che viene affermato.

I titoli dei due famosi libri di Bob dicono tutto su ciò che non va nella psichiatria: *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*,¹⁰²¹ e *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*.¹⁰²² Nella prima recensione del secondo libro di Bob, il recensore lo accusò di aver fatto un grande danno con il libro, paragonandolo a un dittatore sudafricano che, negando l'AIDS, aveva causato la morte di centinaia di migliaia di persone.¹⁰²³ Dopo la pubblicazione di quella recensione, Bob si vide cancellare le interviste radiofoniche e nessun altro giornale importante recensì il libro.

L'epidemia di psicofarmaci è probabilmente l'epidemia più dannosa che abbiamo. È

persino peggiore della nostra epidemia di obesità, che non cambia il nostro cervello e non rende alcune persone così pazze da uccidere se stesse o altri.

Gli psichiatri sono degenerati in spacciatori per Big Pharma, il cui modello di business è il crimine organizzato. Convincono le persone a prendere farmaci che le danneggeranno, proprio come fanno i pusher di strada con gli stupefacenti.

Il tempo della diplomazia, con suggerimenti gentili sulle riforme necessarie in psichiatria, è finito. Ci sono stati molti tentativi ma non hanno portato a nulla. Anzi, la psichiatria è peggiorata e sta danneggiando e uccidendo più persone che mai, perché il consumo di farmaci aumenta continuamente.

Le rivoluzioni non vengono dalle persone che si trovano in cima alla piramide del potere e che beneficiano di uno status quo dannoso. L'unica speranza che abbiamo è che i pazienti, i loro parenti e l'opinione pubblica protestino in modo da ottenere il sostegno necessario dai nostri politici per avviare una rivoluzione inarrestabile.

Per le vittime di abusi significa molto ricevere delle scuse. Per cominciare, i leader della psichiatria dovrebbero scusarsi per l'immenso danno che hanno inflitto ai pazienti mentendo loro sistematicamente. Se non sono disposti a farlo, i governi dovrebbero chiedere alle associazioni psichiatriche di scusarsi incondizionatamente con il pubblico come condizione per continuare a sostenere questa specialità.

I problemi di salute mentale non sono problemi medici. Non dovrebbero essere gestiti dagli psichiatri, che hanno una formazione medica, ma dalle professioni assistenziali e dai mentori della guarigione che hanno vissuto l'esperienza di sopravvivere alla psichiatria e di liberarsi degli psicofarmaci. È da tempo che la psichiatria, in quanto specialità medica, deve essere eliminata. Nell'assistenza sanitaria basata sull'evidenza, non usiamo interventi che fanno più male che bene, come invece fa la psichiatria.

Gli psichiatri dovrebbero essere rieducati in modo da poter fornire psicoterapia e altri interventi psicosociali. Coloro che non sono disposti a farlo dovrebbero lasciare il lavoro, andare in pensione anticipata o essere licenziati. La psichiatria è un crimine contro l'umanità e dovrebbero esserci sanzioni, comprese pene detentive nei casi più gravi, per la diffusione di informazioni false o per la somministrazione di farmaci ai pazienti contro la loro volontà, se ciò comporta la morte o un'alterazione funzionale permanente.

I sistemi diagnostici, DSM-5 e ICD-11, dovrebbero essere abbandonati in quanto arbitrari, non scientifici e dannosi. Dobbiamo ricominciare daccapo e semplificare le cose, concentrandoci sui problemi dei pazienti piuttosto che dare loro una o più etichette che si attaccheranno a loro per sempre. Le diagnosi formali non sono inutili, ma dovrebbero essere semplici e non del tipo attuale: trovare x difetti su y, o utilizzare alcuni punteggi arbitrari.

Il NIMH ha abbandonato l'uso del DSM come strumento di ricerca e nel 2013 il suo presidente, Thomas Insel, ne ha spiegato il motivo:¹⁰²⁴

"A differenza delle nostre definizioni di cardiopatia ischemica, linfoma o AIDS, le diagnosi del DSM si basano su un consenso su gruppi di sintomi clinici, non su misure di laboratorio oggettive. Nel resto della medicina, questo equivarrebbe a creare sistemi diagnostici basati sulla natura del dolore toracico o sulla qualità della febbre".

In futuro, l'obiettivo principale dovrebbe essere quello di aiutare le centinaia di milioni di pazienti che sono diventati dipendenti dagli psicofarmaci a smetterli lentamente e in modo sicuro, invece di dire loro che devono assumerli e continuare. Avremo bisogno di linee telefoniche nazionali di assistenza 24 ore su 24, di siti web associati e di centri per la sospensione dei farmaci che forniscano consulenza e supporto gratuiti.

Allen Frances, professore emerito americano di psichiatria e presidente del comitato del DSM-III, ha dichiarato che gli psicofarmaci non dovrebbero essere prescritti dai medici di famiglia perché non hanno esperienza nel loro uso.¹⁰²⁵ Sono d'accordo. Nemmeno gli psichiatri sono in grado di gestirli con prudenza. Il presidente dell'Associazione Danese dei Medici di Medicina Generale ha detto nel 2014, a proposito della depressione, che loro non hanno "oceani di tempo" e non possono dedicare un'ora intera a un paziente, perché devono anche pensare alla loro economia.¹⁰²⁶ Per questo motivo distribuiscono liberamente pillole contro la depressione. Questo deve finire.

La maggior parte degli psicofarmaci dovrebbe essere ritirata dal mercato, poiché la loro disponibilità fa chiaramente più male che bene. Gli psicofarmaci dovrebbero essere consentiti solo per un uso raro e in circostanze strettamente controllate, ad esempio in situazioni acute, mentre i pazienti stanno smettendo di assumerli, quando è impossibile smetterli perché hanno causato danni cerebrali permanenti, nel delirio alcolico e come sedativi durante le procedure invasive.

Le cure forzate devono essere rese illegali, in quanto possono essere letali e sono discriminanti e non etiche, e devono essere eliminate tutte le norme che prevedono la richiesta di una diagnosi psichiatrica per ottenere sussidi sociali o un sostegno economico supplementare alle scuole.

Sarà una battaglia dura. La psichiatria si concentra su se stessa - una sorta di falso selfie che invia continuamente al mondo - e si concentra su ciò che rende la vita di uno psichiatra sopportabile. Dovrebbe essere incentrata su ciò che rende sopportabile la vita dei pazienti.

Mentre la battaglia continua, dovremo costantemente informare il pubblico che raramente è una buona idea rivolgersi a un medico di famiglia o a uno psichiatra se si ha un problema di salute mentale, poiché c'è un enorme rischio di essere danneggiati.

L'ultima risata della psichiatria

È facile convincere persone sane a prendere farmaci di cui non hanno bisogno per una malattia che non hanno. L'artista australiana Justine Cooper ha inventato una bufala esilarante.¹⁰²⁷ Sembra uno spot televisivo e pubblicizza Havidol ("avere tutto"), con il nome chimico di avafynetyne HCl. Havidol va bene per chi soffre di disturbo d'ansia da deficit di attenzione sociale disforico (DSACDAD). Vi sentite svuotati dopo un'intera giornata di shopping? Vi piacciono più le cose nuove che quelle vecchie? La vita sembra migliore quando si ha di più rispetto agli altri? Allora potreste essere affetti da questo disturbo, che colpisce più del 50% degli adulti.

Havidol deve essere assunto a tempo indeterminato. Gli effetti collaterali includono un pensiero straordinario, lucentezza cutanea, climax sessuale notevolmente ritardato, comunicazione interspecie e sorriso terminale. "Parlate con il vostro medico dell'Havidol".

Alcune persone hanno creduto che fosse vero e lo hanno aggiunto ai siti web per il disturbo di panico e d'ansia o per la depressione.

Un video ancora più esilarante vede come vittima il giornalista australiano Ray Moynihan.¹⁰²⁸ Si tratta di un'epidemia: il disturbo da carenza motivazionale. Nella sua forma lieve, le persone non riescono ad alzarsi dalla spiaggia o dal letto al mattino, mentre nella sua forma più grave può essere letale perché chi ne soffre può perdere la motivazione a respirare.

Moynihan dice: "Per tutta la vita la gente mi ha dato del pigro. Ma ora so che ero malato". Il farmaco è l'Indolebant e il suo campione, il neuroscienziato Leth Argos, racconta

che la moglie di un paziente gli telefonò in lacrime. Disse che dopo aver usato l'Indolebant, suo marito aveva tagliato il prato, riparato la grondaia e pagato la bolletta della luce, tutto in una settimana. Sebbene Moynihan abbia descritto il nuovo disturbo nel numero del *BMJ* del 1° aprile 2006,¹⁰²⁹ alcune persone hanno creduto che si trattasse di una vera e propria malattia e hanno chiesto dove poter acquistare l'Indolebant.

Queste satire si avvicinano alle pubblicità degli psicofarmaci trasmesse dalla TV americana. Le ho mostrate come introduzione al mio discorso sulla sovradiagnosi e il sovratrattamento quando ho tenuto una conferenza per oltre 100 psichiatri nel 2016. Hanno riso di gusto, ma non quando ho aggiunto che ciò che avevano appena visto non era molto lontano dalla loro pratica quotidiana. Ma in seguito abbiamo avuto una bella discussione.

Documentari e interviste filmate

A volte, la parola scritta può realizzare i cambiamenti necessari. Ma il più delle volte non è così. I documentari e le interviste filmate possono essere molto più potenti e raggiungere molte più persone, ed è per questo che nel 2023 ho iniziato a collaborare strettamente con uno dei migliori documentaristi danesi, lo storico Janus Bang di Fredericia.

Nel settembre 2023 abbiamo lanciato una serie di film basati sull'evidenza, *Broken Medical Science, che ha rapidamente guadagnato slancio.*

Il nostro obiettivo principale è la psichiatria, perché non è seconda a nessuno nel danneggiare le persone. Abbiamo fatto un tour di 12 giorni negli Stati Uniti nel novembre 2023 e a Londra nell'aprile 2024, e molte delle persone che ho intervistato hanno una profonda conoscenza della psichiatria: Huey Freeman, Kim Witczak, Michael Baum, Jim Gottstein, Nancy Rubenstein, Wendy Dolin, John Read, Katinka Blackford Newman, Sami Timimi e Joanna Moncrieff. I viaggi hanno prodotto oltre 20 ore di filmato grezzo in qualità cinematografica. In precedenza, abbiamo caricato online le interviste a Joanna Moncrieff e Mark Horowitz.

È facile iscriversi alla nostra newsletter,¹⁰³⁰ e ci auguriamo che le persone aiutino noi, i pazienti e i loro familiari diffondendo ampiamente i nostri messaggi. Anche il sostegno finanziario sarebbe molto gradito.¹⁰³¹ Lavoriamo *con amore* e utilizziamo il nostro denaro per le nostre attività, oltre a quello che ci viene donato. Il nostro primo documentario sarà *Il professore onesto e la caduta dell'impero Cochrane.*

L'autore

Mi sono laureato in biologia e chimica nel 1974 e in medicina nel 1984. Sono specialista in medicina interna, ho lavorato negli studi clinici e negli affari regolatori nell'industria farmaceutica dal 1975 al 1983 e negli ospedali di Copenaghen dal 1984 al 1995.

Ho co-fondato la Cochrane Collaboration e istituito il Nordic Cochrane Centre nel 1993, sono diventato professore di Clinical Research Design and Analysis nel 2010 presso l'Università di Copenaghen, ho co-fondato il Council for Evidence-based Psychiatry nel Regno Unito nel 2014 e l'International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal in Svezia nel 2016 e ho fondato l'Institute for Scientific Freedom nel 2019.

Sono ufficialmente in pensione, ma continuo il mio lavoro scientifico e lavoro anche come consulente indipendente, ad esempio nelle cause legali, e come regista.

Il mio più grande contributo alla salute pubblica è stato quando, nel 2010, ho aperto gli archivi dell'Agenzia Europea per i Medicinali e ho ottenuto l'accesso ai rapporti degli studi clinici sui farmaci dopo una battaglia durata tre anni che ha comportato una denuncia all'Ombudsman europeo. L'agenzia si preoccupava esclusivamente di proteggere gli interessi dell'industria farmaceutica, ignorando quelli dei pazienti.

Ho pubblicato oltre 100 articoli nei "cinque grandi" (*BMJ, Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine e New England Journal of Medicine*) e i miei lavori scientifici sono stati citati oltre 150.000 volte. Il mio indice H è 91 (Web of Science, giugno 2023), il che significa che 91 dei miei articoli sono stati citati almeno 91 volte. Sono autore di diversi libri, tra cui:

Critical psychiatry textbook (2022). Disponibile gratuitamente.

The Chinese virus: Killed millions and scientific freedom (2022). Liberamente disponibile.

Kit di sopravvivenza per la salute mentale (2022, in 7 lingue).

The decline and fall of the Cochrane empire (2022). Disponibile gratuitamente.

Vaccini: verità, bugie e controversie (2021, in 7 lingue).

Sopravvivere in un mondo ipermedicalizzato: Cercate le prove da soli (2019, in 7 lingue).

Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse (2019).

Psichiatria letale e negazione organizzata (2015, in 9 lingue).

Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario (2013, in 18 lingue). Vincitore del British Medical Association's Annual Book Award, Basis of Medicine, nel 2014.

Mammography screening: truth, lies and controversy (2012). Vincitore del Premio Prescrire nel 2012.

Rational diagnosis and treatment: evidence-based clinical decision-making (2007).

Ho rilasciato numerose interviste, una delle quali - sulla criminalità organizzata nell'industria farmaceutica - è stata vista da mezzo milione di persone su YouTube.¹⁰³² Ho partecipato al Daily Show di New York il 16 settembre 2014, dove ho interpretato il ruolo di Gola Profonda rivelando i segreti di Big Pharma.¹⁰³³

Un film documentario sul mio lavoro di riforma della psichiatria, *Diagnosing Psychiatry*, è apparso nel 2017,¹⁰³⁴ e un altro, *The honest professor and the fall of the Cochrane empire*, sulla mia vita e sul crollo morale della Cochrane Collaboration, è in preparazione; le donazioni per il film possono essere fatte tramite il link.¹⁰³⁵

Mi interesso di statistica e di metodologia della ricerca e sono coautrice di linee guida per un buon reporting: [CONSORT](#) per gli studi randomizzati, [STROBE](#) per gli studi osservazionali,

[PRISMA](#) per le revisioni sistematiche e le metanalisi e [SPIRIT](#) per i protocolli di sperimentazione.
Sono stato redattore del Cochrane Methodology Review Group 1997-2014.
Sono protettore della Rete delle voci udenti in Danimarca.

Peter C Gøtzsche, Professore emerito e Direttore
Siti web: scientificfreedom.dk e deadlymedicines.dk.
Twitter: [@PGtzsche1](https://twitter.com/PGtzsche1)
Email: pcg@scientificfreedom.dk
Film e podcast: [La scienza medica infranta](#)

Note finali

- ¹ [Shifting the balance towards social interventions: a call for an overhaul of the mental health system](#). Beyond Pills All-Party Parliamentary Group 2024;May.
- ² [Shifting the balance towards social interventions: a call for an overhaul of the mental health system](#). Beyond Pills All-Party Parliamentary Group 2024;May.
- ³ Heskestad S, Kalhovde AM, Jakobsen ES. [Medikamentfri psykiatrisk behandling – hva mener pasientene?](#) Tidsskr Nor Legeforen 2019;Oct 2. doi: 10.4045/tidsskr.18.0912.
- ⁴ [Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità : Commento generale n. 1](#). 2014;19 maggio.
- ⁵ Consiglio d'Europa. Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT). CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2013.
- ⁶ Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016; Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017; Gøtzsche PC. *Kit di sopravvivenza per la salute mentale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021; Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenaghen: Institute for Scientific Freedom; 2022 (disponibile gratuitamente).
- ⁷ [Crimes against humanity](#). Processo Internazionale.
- ⁸ Gøtzsche PC. [Prescription drugs are the leading cause of death. And psychiatric drugs are the third leading cause of death](#). Mad in America 2024;April 16.
- ⁹ Hubbard R, Farrington P, Smith C, et al. Exposure to tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. *Am J Epidemiol* 2003;158:77-84 and Thapa PB, Gideon P, Cost TW, et al. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med* 1998;339:875-82; Khanassov V, Hu J, Reeves D, van Marwijk H. Selective serotonin reuptake inhibitor and selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor use and risk of fractures in adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018;33:1688-1708..
- ¹⁰ Healy D. Medical partisans? Why doctors need conflicting interests. *Aust N Z J Psychiatry* 2012;46:704–7
- ¹¹ Association of Certified Fraud Examiners. [Fraud 101: What Is Fraud?](#) (consultato il 3 gennaio 2024).
- ¹² Breggin P. [The most dangerous thing you will ever do](#). Mad in America 2020; 2 marzo.
- ¹³ Gøtzsche PC. *Sopravvivere in un mondo ipermedicalizzato: cercate le prove da soli*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2019.
- ¹⁴ 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 *Addiction* 2012;107:900-8.
- ¹⁵ Korsgaard P, Jensen JH. [Drug maker: nonsense! Denies dependence on happy pills: It isn't possible].. *Ekstra Bladet* 2012;11 dic.
- ¹⁶ 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.
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ 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.
- ¹⁹ 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.
- ²⁰ Gøtzsche PC, Dinnage O. What have antidepressants been tested for? A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:157-63.
- ²¹ Petersen M. *Our daily meds*. New York: Sarah Crichton Books; 2008 and Larson JC, Ensrud KE, Reed SD, et al. Efficacy of escitalopram for hot flashes in healthy menopausal women: a randomized controlled trial *JAMA* 2011;305:267-74.
- ²² Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*.. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.

-
- ²³ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ²⁴ Moore J. [Robert Whitaker risponde alle domande dei lettori su Mad in America, il modello biopsicosociale e la storia della psichiatria](#). Mad in America 2023; 13 dicembre.
- ²⁵ Healy D. Let them eat Prozac. New York: New York University Press; 2004; Moncrieff J. The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007; Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008; Moncrieff J. The bitterest pills. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013; Newman KB. The pill that steals lives. London: John Blake; 2016; Gottstein J. The Zyprexa papers. Anchorage: Jim Gottstein; 2020; Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021 .
- ²⁶ Angell M. “The illusions of psychiatry”: an exchange. New York Rev Books 2011;Aug 18.
- ²⁷ Angell M. Is academic medicine for sale? N Engl J Med. 2000; 342: 1516–8 and Angell M. The Truth about the Drug Companies: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House; 2004.
- ²⁸ More fraud from drug giant GlaxoSmithKline companies – court documents show. Child Health Safety 2010;Dec 1.
- ²⁹ Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. N Engl J Med 2000;342:1462-70.
- ³⁰ Angell M. Is academic medicine for sale? N Engl J Med 2000; 342:1516-8.
- ³¹ [Transforming mad science and reimagining mental health care](#). Lectures. Los Angeles 2014;Nov 15.
- ³² Gøtzsche PC.. [Origin of COVID-19: The biggest cover up in medical history](#). Brownstone Institute 2023; Oct 9 and Gøtzsche PC. [The Chinese virus: Killed millions and scientific freedom](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.. Disponibile gratuitamente.
- ³³ McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- ³⁴ Kingdon D, Young A. Research into putative biological mechanisms of mental disorders has been of no value to clinical psychiatry. Br J Psychiatry 2007;191:285-90.
- ³⁵ Kleinman A. Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. Br J Psychiatry 2012;201:421–2.
- ³⁶ Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 206.
- ³⁷ Breggin P. Medication madness. New York: St. Martin’s Griffin; 2008.
- ³⁸ Kirk SA, Gomory T, Cohen D. Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs. New Brunswick: Transaction Publishers; 2013.
- ³⁹ Whitaker R. Anatomy of an Epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 8.
- ⁴⁰ Mors O, Nordentoft M, Hageman I (red.). Klinisk psykiatri. København: Munksgaard; 2016; Simonsen E, Møhl B (red.). Grundbog i psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2017; Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). Psykiatri. En lærebog om voksne psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2018; Thomsen PH, Rask CU, Bilberg N (red.). Børne- og ungdomspsykiatri. København: FADL's Forlag; 2019; Starrfelt R, Gerlach C, Gade A (red.). Klinisk neuropsykologi. København: Frydenlund; 2021.
- ⁴¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022 (disponibile gratuitamente).
- ⁴² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Mad in America 2023.
- ⁴³ Federn T. Book review: Critical psychiatry textbook. Psychosis 2022;15:117-9.
- ⁴⁴ Simonsen E, Møhl B (red.). Grundbog i psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2017, pagina 645.
- ⁴⁵ Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). Psykiatri. En lærebog om voksne psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2018, pagine 232 e 307.
- ⁴⁶ Caplan PJ. They say you’re crazy: how the world’s most powerful psychiatrists decide who’s normal. Jackson Da Capo Press; 1995.

-
- ⁴⁷ Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005;352:2515-23.
- ⁴⁸ Spence D. The psychiatric oligarchs who medicalise normality. *BMJ* 2012;344:e3135.
- ⁴⁹ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- ⁵⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022 (disponibile gratuitamente).
- ⁵¹ Read J, Moncrieff J. Depression: why drugs and electricity are not the answer *Psychological Medicine* 2022;Febr 1:1-10.
- ⁵² Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021, pagina 14.
- ⁵³ Kajanoja J, Valtonen J. A descriptive diagnosis or a causal explanation? Accuracy of depictions of depression on authoritative health organization websites. *Psychopathology* 2024;Jun 12:1-10.
- ⁵⁴ Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* 2013;347:f7140.
- ⁵⁵ [Optimal health in a happy society: towards a new biomedical and social model](#). *Global-Well* 2022; 5 maggio.
- ⁵⁶ Read J, Moncrieff J. Depression: why drugs and electricity are not the answer. *Psychological Medicine* 2022;Febr 1:1-10.
- ⁵⁷ [Mental health, human rights and legislation: guidance and practice](#). OMS 2023; 9 ottobre, pagina xvii.
- ⁵⁸ Gøtzsche PC. *Rational diagnosis and treatment. evidence-based clinical decision-making*, 4a edizione. Chichester: Wiley; 2007.
- ⁵⁹ Henkel V, Mergl R, Kohnen R, et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326:200-1 e Lundh A. Er der evidens for screening for depression? *Ugeskr Læger* 2008;170:1479.
- ⁶⁰ Schmidt AL. "Jeg har fået patienter indlagt, som stoppede med at tage medicin og forsøgte selvmord på grund af den debat, der kørte". *Politiken* 2015;Sept 5.
- ⁶¹ Gøtzsche PC. Skemaer for depression. *Politiken* 2015;Sept 8:6.
- ⁶² Felsby O. [En million danskere skal screenes for depression](#). *Dagens Medicin* 2008;7 marzo.
- ⁶³ Frances A. *Saving normal*. New York: Harper Collins; 2013.
- ⁶⁴ Gilbody S, House A, Sheldon T. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD002792.
- ⁶⁵ Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- ⁶⁶ Gøtzsche PC. [SSRI kan føre til selvmord](#). *Dagens Medicin* 2013;3 maggio.
- ⁶⁷ Kirk SA, Kutchins H. *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter; 1992.
- ⁶⁸ 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.
- ⁶⁹ Gøtzsche PC. *Rational Diagnosis and Treatment. Evidence-Based Clinical Decision-Making*, 4th edition. Chichester: Wiley; 2007, pagina 23.
- ⁷⁰ Greenberg G. [The rats of NIMH](#). *The New Yorker* 2013;May 16; Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79; [Allen Frances tweet](#). 2019;29 luglio.
- ⁷¹ Belluck P, Carey B. [Psychiatry's guide is out of touch with science, experts say](#). *New York Times* 2013; 6 maggio.
- ⁷² Pedersen AT. [En psykiatrisk diagnose hænger ved resten af livet](#). *PsykiatriAvisen* 2019;Jan 18 e Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Mellempgaard; 2019.
- ⁷³ McLaren N. *Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong*. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- ⁷⁴ Gøtzsche PC. [Self-test for Adult Symptom Deficiency Disorder \(ASDD\)](#). *Mad in America* 2023;26 aprile.
- ⁷⁵ Whitaker R. [Putting JAMA Psychiatry and MIA to the genetic test](#). *Mad in America* 2024;Mar 13.

-
- ⁷⁶ Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry* 2023;28:3243-56.
- ⁷⁷ Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. Difficult lives explain depression better than broken brains. *Mol Psychiatry* 2024;Feb 19.
- ⁷⁸ Gøtzsche PC. *Kit di sopravvivenza per la salute mentale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021.
- ⁷⁹ 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.
- ⁸⁰ France CM, Lysaker PH, Robinson RP. The "chemical imbalance" explanation for depression: origins, lay endorsement, and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007;38:411-20.
- ⁸¹ Whitaker R. [Ronald Pies doubles down \(and why we should care\)](#). *Mad in America* 2015; 21 settembre.
- ⁸² Sterll B. Den psykiatriske epidemi. *Psykolognyt* 2013;20:8-11.
- ⁸³ Varese F, Smeets F, Drukker M, 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 e 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.
- ⁸⁴ Gøtzsche PC. Psychopharmacology is not evidence-based medicine. In: James D (ed.). *The sedated society. The causes and harms of our psychiatric drug epidemic*. Londra: Palgrave Macmillan; 2017.
- ⁸⁵ Ditzel EE. [Psykiatri-professor om DR-historier: "Skræmmekampagne der kan koste liv"](#). *Journalisten* 2013;Apr 11.
- ⁸⁶ Rasmussen LI. "Gøtzsche driver pointerne helt ud i det absurde". *Ugeskr Læger* 2014;176:120-1.
- ⁸⁷ Rasmussen LI. L'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 e Rasmussen LI. Dansk psykiatris onde ånd er tilbage. *Politiken* 2015;Aug 30:4.
- ⁸⁸ Gøtzsche PC. Tre psykiatriprofessorer på afveje. *Politiken* 2015;Sept 4 e [Deadly Medicines](#) 2015;Sept 5.
- ⁸⁹ Gøtzsche PC. [Fup og fakta om psykofarmaka](#). *Deadly Medicines* 2015;Feb 16.
- ⁹⁰ Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. *Politikens kronik* 2014;Jan 6 e Gøtzsche PC. [Psychiatry gone astray](#). *Mad in America* 2014;Jan 28.
- ⁹¹ 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.
- ⁹² Rasmussen LI. L'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.
- ⁹³ Schultz J. [Peter Gøtzsche melder psykiater til Lægeetisk Nævn](#). *Dagens Medicin* 2015;Oct 2 (Søndergård ha pubblicato un commento elettronico a questo articolo).
- ⁹⁴ Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action. *Am J Psychiatry* 1996;153:151-62.
- ⁹⁵ [Depression er en folkesygdom - især for kvinder](#). *Psykiatrifonden* 2017;Jan 31.
- ⁹⁶ Videbech P. [SSRI, antidepressivum](#). *Patienthåndbogen* 2015;23 luglio e Kessing LV. [Depression, hvordan virker medicin](#). *Patienthåndbogen* 2015; 5 luglio.
- ⁹⁷ Alvorlige fejl til skade og fare for patienterne ... *Deadly Medicines* 2017;[Feb 3](#), [Feb 27](#), [May 12](#) and [June 13](#).
- ⁹⁸ Breggin PR. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2008.
- ⁹⁹ 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.
- ¹⁰⁰ [Psykiatrien i Region Midtjylland. Updated December 2021, February 2018, March 2022, January 2022, March 2022](#).
- ¹⁰¹ Ditlevsen JV, Gøtzsche PC, Lassen M, et al. [Det psykiatriske system er bygget på misinformation, som myndighederne formidler](#). *Information* 2022;Nov 17.
- ¹⁰² Whitaker R. *Anatomy of an epidemic, 2a edizione*. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 331.
- ¹⁰³ Schopenhauer A. *The art of always being right*. Londra: Gibson Square; 2009.

-
- ¹⁰⁴ Ang B, Horowitz M, Moncrieff J. Is the chemical imbalance an 'urban legend'? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature. *SSM Mental Health* 2022;2:100098.
- ¹⁰⁵ Brody DJ, Gu Q. [Antidepressant use among adults: United States, 2015-2018](#). CDC 2020:Sept.
- ¹⁰⁶ Whitaker R, Cosgrove L. *Psychiatry under the influence: institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform*. New York: Palgrave Macmillan; 2015.
- ¹⁰⁷ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 290.
- ¹⁰⁸ Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC).. FDA 2006; 16 novembre.
- ¹⁰⁹ Gøtzsche PC. [Prescription drugs are the leading cause of death. And psychiatric drugs are the third leading cause of death](#). *Mad in America* 2024; 16 aprile.
- ¹¹⁰ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 287.
- ¹¹¹ 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 e Gøtzsche PC. *Kit di sopravvivenza per la salute mentale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 1.
- ¹¹² Montejó 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.
- ¹¹³ Gøtzsche PC. Vores lykkepille-epidemi er dybt skadelig. *Berlingskes kronik* 2012;Dec 16.
- ¹¹⁴ Healy D, Le Noury J, Mangin D. Enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, 5 α -reductase inhibitors and isotretinoin: 300 cases. *Int J Risk Saf Med* 2018;29:125-34; 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; Gøtzsche PC. *Kit di sopravvivenza per la salute mentale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 164.
- ¹¹⁵ Maciag D, Simpson KL, Coppinger D, et al. Neonatal antidepressant exposure has lasting effects on behavior and serotonin circuitry. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:47-57.
- ¹¹⁶ Simonsen AL, Danborg PB, Gøtzsche PC. Persistent sexual dysfunction after early exposure to SSRIs: Systematic review of animal studies. *Int J Risk Saf Med* 2016;28:1-12.
- ¹¹⁷ Danborg PB, Valdersdorf M, Gøtzsche PC. Long-term harms from previous use of selective serotonin reuptake inhibitors: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:59-71.
- ¹¹⁸ Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? *PLoS Med* 2006;3:e240.
- ¹¹⁹ Cipriani A, Zhou X, Del Giovane 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 e 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. (Nei rapporti degli studi clinici sulle pillole per la depressione che ho ottenuto dall'Agenzia Europea per i Medicinali, la deviazione standard mediana della scala Hamilton dopo il trattamento era di 7,5. Pertanto, un effect size di 0,25 corrisponde a 2 sulla scala Hamilton).
- ¹²⁰ Leucht S, Fennema H, Engel R, et al. What does the HAMD mean? *J Affect Disord* 2013;148:243-8.
- ¹²¹ 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.
- ¹²² Gøtzsche PC. Depressionspiller gør større skade end gavn. *Berlingske, Dagens Brev* 2017;25 giugno.
- ¹²³ Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Arbejder Lægemiddelstyrelsen per i patienter? *Politikens Kronik* 2018;Feb 5.
- ¹²⁴ Spørgsmål nr. 105. fra Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg. 2017;26 settembre.
- ¹²⁵ Gøtzsche PC. [DSAM-formand på afveje om antidepressiva](#). *Dagens Medicin* 2017;Mar 8.
- ¹²⁶ Gøtzsche PC. Antidepressiva skader mere end de gavner. *Dagens Medicin* 2017;Mar 15.
- ¹²⁷ Gøtzsche P. [The meeting was sponsored by merchants of death](#). *Mad in America* 2014;7 luglio.
- ¹²⁸ Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression.. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003012.

-
- 129 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 e Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:58.
- 130 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 131 Davies J, Read J, Kruger D, et al. Politicians, experts, and patient representatives call for the UK government to reverse the rate of antidepressant prescribing *BMJ* 2023;383:p2730 e Gøtzsche PC. [Antidepressants do not work for very severe depression either](#). *BMJ* 2023;5 dic.
- 132 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 73.
- 133 Gibbons RD, Hur K, Brown CH, et al. Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:572-9.
- 134 Karle J, Bauer J. Vildledning om medicin mod depression. *Politiken* 2011;April 1 and Søgaard HJ. Forvansket kritik af antidepressiva. *Ugeskr Læger* 2011;173:1225.
- 135 Gøtzsche PC. [Vigtig debat om gavnlige og skadelige virkninger](#). *Dagens Medicin* 2011;6 maggio.
- 136 Staahltoft D. [Misinformation?](#) *Ugeskr Læger* 2011;173:1453.
- 137 Kornø K, Svensson TG. Lykkepilleskandalen: Jeg får penge fra tutte le ditte che operano nel settore. *Ekstra Bladet* 2011;28 maggio e Eksperter i antidepressivi arbejder for medicinalfirmaer. *Politiken* 2011;28 maggio.
- 138 Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Engl J Med* 2001;344:1594-602 and Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD003974.
- 139 Bauer J, Karle J. Vildledning om medicin mod depression. *Politiken* 2011;Apr 1.
- 140 Gøtzsche PC. [Psykiaterne har ukritisk accepteret ssri-præparaterne](#). *Dagens Medicin* 2011; 7 aprile.
- 141 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.
- 142 Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 161.
- 143 Bockting CL, ten Doesschate MC, Spijker J, et al. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77:17-26.
- 144 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 70.
- 145 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 18.
- 146 Nour MM, Liu Y, Dolan RJ. Functional neuroimaging in psychiatry and the case for failing better. *Neuron* 2022;110:2524-44.
- 147 <http://ugeskriftet.dk/nyhed/der-er-ild-i-sengen-og-saa-taler-vi-om-psykofarmaka-1> (si vedano i commenti elettronici di Videbech).
- 148 Videbech P. Debatten om antidepressiv medicin - Virker det, og bliver man afhængig? *BestPractice Psykiatri/Neurologi* 2014;Maggio:nr. 25.
- 149 Gøtzsche PC. [Benzodiazepines and risk of Alzheimer's disease](#). *BMJ* 2014;Oct 6.
- 150 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.
- 151 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 and Coupland CAC, Hill T, Dening T, et al. Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study. *JAMA Intern Med* 2019;Jun 24.
- 152 Gøtzsche PC. Brug psykofarmaka mindre og bedre. *Weekendavisen* 2014;Jan 31.
- 153 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.

-
- ¹⁵⁴ 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* 2021;32:87-99.
- ¹⁵⁵ Spørgsmål nr. 1063 fra Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg. 2017;26 settembre.
- ¹⁵⁶ [FDA foglietto illustrativo di Lexapro \(escitalopram\)](#).
- ¹⁵⁷ Benkert O, Szegedi A, Wetzel H, et al. Dose escalation vs. continued doses of paroxetine and maprotiline: a prospective study in depressed out-patients with inadequate treatment response. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:288-96; Kirsch I, Moore TJ, Scoboria, A, et al. [The emperor's new drugs](#): An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment* 2002;5:Article 23; Bech P, Kajdasz DK, Porsdal V. Dose-response relationship of duloxetine in placebo-controlled clinical trials in patients with major depressive disorder. *Psychopharmacology* 2006;188:273-80; Santaguida P, MacQueen G, Keshavarz H, et al. 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; Hieronymus F, Nilsson S, Eriksson E. A mega-analysis of fixed-dose trials reveals dose-dependency and a rapid onset of action for the antidepressant effect of three selective serotonin reuptake inhibitors. *Transl Psychiatry* 2016;6:e834; Rink L, Braun C, Bschor T, et al. 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;79:17r11693; [FDA package insert for Lexapro \(escitalopram\)](#). Accessed 18 April 2022; [FDA package insert for Celexa \(citalopram\)](#). Accessed 18 April 2022; Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408..
- ¹⁵⁸ Gøtzsche PC. Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pages 74-77; Miller M, Swanson SA, Azrael D, et al. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med* 2014;174:899-909; Healy D, Herxheimer A, Menkes DB. Antidepressants and violence: problems at the interface of medicine and law. *PLoS Med* 2006;3:e372; Hubbard R, Farrington P, Smith C, et al. Exposure to tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. *Am J Epidemiol* 2003;158:77-84; Thapa PB, Gideon P, Cost TW, et al. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med* 1998;339:875-82; Khanassov V, Hu J, Reeves D, van Marwijk H. Selective serotonin reuptake inhibitor and selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor use and risk of fractures in adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018;33:1688-1708.
- ¹⁵⁹ Meyer JH, Wilson AA, Sagrati S, et al. Serotonin transporter occupancy of five selective serotonin reuptake inhibitors at different doses: an [¹¹C]DASB positron emission tomography study. *Am J Psychiatry* 2004;161:826-35.
- ¹⁶⁰ [Riassunto delle caratteristiche del prodotto della fluoxetina nel Regno Unito](#). Consultato il 20 aprile 2022.
- ¹⁶¹ Jauhar S, Morrison P. Esketamine for treatment resistant depression. We should cautiously welcome this new therapeutic option. *BMJ* 2019;366:l5572.
- ¹⁶² Gøtzsche PC, Hengartner MP, Davies J, et al. [Esketamine for treatment resistant depression](#). *BMJ* 2019; 3 ottobre.
- ¹⁶³ Lovelace B. [FDA panel rejects first MDMA treatment amid deep concerns about flawed trials](#) . NBC News 2024;4 giugno.
- ¹⁶⁴ Fuentes JJ, Fonseca F, Elices M, et al. Therapeutic use of LSD in psychiatry: a systematic review of randomized-controlled clinical trials. *Front Psychiatry* 2020;10:943.
- ¹⁶⁵ Gøtzsche PC. [Number needed to treat with a psychiatric drug to benefit one patient is an illusion](#). *Mad in America* 2022;13 dic.
- ¹⁶⁶ 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.
- ¹⁶⁷ 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.

-
- 168 Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000;62:633–8.
- 169 Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2024;384:e075847.
- 170 Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, 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.
- 171 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022 , pagina 118.
- 172 Timimi S, Moncrieff J, Gøtzsche P, et al. Network meta-analysis of antidepressants. *Lancet* 2018;392:1011-2.
- 173 Gøtzsche PC. [Rewarding the companies that cheated the most in antidepressant trials](#). *Mad in America* 2018;7 marzo.
- 174 Koesters M, Guaiana G, Cipriani A, et al. Agomelatine efficacy and acceptability revisited: systematic review and meta-analysis of published and unpublished randomised trials. *Br J Psychiatry* 2013;203:179-87.
- 175 Gorman JM, Korotzer A, Su G. Efficacy comparison of escitalopram and citalopram in the treatment of major depressive disorder: pooled analysis of placebo-controlled trials. *CNS Spectr* 2002;7(4 Suppl. 1):40-4.
- 176 Dyer O. Lundbeck broke advertising rules. *BMJ* 2003;326:1004.
- 177 Alkhafaji AA, Trinquart L, Baron G, et al. Impact of evergreening on patients and health insurance: a meta analysis and reimbursement cost analysis of citalopram/escitalopram antidepressants. *BMC Med* 2012;10:142.
- 178 Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016, pagina 319.
- 179 Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD006532.
- 180 Carlsen LT. En svær balance. *Tænk + Test* 2003;32:30-3.
- 181 Lindberg M. Interessant hensyn til eksporten. *Dagens Medicin* 2002;29 novembre.
- 182 Lægemedelstyrelsen giver Lundbeck medvind. *Politiken* 2004;Sept 13.
- 183 Behandling med antidepressiva. *Institut for Rationel Farmakoterapi* 2004;Sept 10.
- 184 Dyer O. Lundbeck broke advertising rules. *BMJ* 2003;326:1004.
- 185 Antitrust: Commission fines Lundbeck and other pharma companies for delaying market entry of generic medicines. *European Commission Press release* 2013;June 19.
- 186 Cosgrove L, Vannoy S, Mintzes B, et al. Under the influence: the interplay between industry, publishing, and drug regulation. *Account Res* 2017;24:99-115.
- 187 Therrien A. Anti-depressants: Major study finds they work. *BBC News* 2018;22 febbraio.
- 188 [Karen Thisted fik mod på livet: lykkepillerne der virker](#). *Region Hovedstaden Bibtex* 2018;Mar 26.
- 189 Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). *Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme*. København: FADL's Forlag; 2018.
- 190 Hutton B, Salanti G, Caldwell DM, et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: checklist and explanations. *Ann Intern Med* 2015;162:777-84.
- 191 Gøtzsche PC. Bias in double-blind trials. *Dan Med Bull* 1990;37:32936; Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016; Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- 192 Barbui C, Cipriani A, Brambilla P, et al. "Wish bias" in antidepressant drug trials? *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:126-30.
- 193 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.
- 194 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.
- 195 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane 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.

-
- ¹⁹⁶ Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, et al. Evidence b(i)ased medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ* 2003;326:1171–3; Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60; Le Noury J, Nardo JM, Healy D, et al. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *BMJ* 2015;351:h4320; Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016;352:i65; 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; Maund E, Tendal B, Hróbjartsson A, Jørgensen KJ, Lundh A, Schroll J, Gøtzsche PC. Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. *BMJ* 2014;348:g3510; Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. 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; 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; Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s ReAnalysis.” *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4; Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408.
- ¹⁹⁷ Skausig OB. [Skal man ordinere det bedste eller det billigste?](#) *Dagens Medicin* 2011;10 giugno.
- ¹⁹⁸ Gøtzsche PC, Maund E, Tendal B. [Læs lærebøgerne, Gøtzsche \(svar til\)](#). *Ugeskr Læger* 2012;174:888-9.
- ¹⁹⁹ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 105.
- ²⁰⁰ Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, et al. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother Psychosom* 2010;79:267-79.
- ²⁰¹ Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, et al. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother Psychosom* 2010;79:267-79.
- ²⁰² Whitaker R. [The STAR*D scandal: a new paper sums it all up](#). *Mad in America* 2010;27 agosto.
- ²⁰³ Kirk SA, Gomory T, Cohen D. *Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2013.
- ²⁰⁴ Pigott E. [STAR*D: Adding fiction to fiction](#). *Mad in America* 2011;Apr 10.
- ²⁰⁵ Pigott HE, Kim T, Xu C, et al. What are the treatment remission, response and extent of improvement rates after up to four trials of antidepressant therapies in real-world depressed patients? A reanalysis of the STAR*D study’s patient-level data with fidelity to the original research protocol. *BMJ Open* 2023;13:e063095.
- ²⁰⁶ Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006;163:28-40.
- ²⁰⁷ Whitaker R. [After MIA calls for retraction of STAR*D article, study authors double down on the fraud](#). *Mad in America* 2023; 6 dicembre.
- ²⁰⁸ Whitaker R. [The STAR*D scandal: scientific misconduct on a grand scale](#). *Mad in America* 2023; 9 settembre.
- ²⁰⁹ Badre N, Compton J. STAR*D: It’s time to atone and retract. *Psychiatric Times* 2024; 25 maggio.
- ²¹⁰ Whitaker R. [The New York Times is now engulfed in the STAR*D scandal](#). *Mad in America* 2024;27 aprile.
- ²¹¹ Caron C. [What you really need to know about antidepressants](#). *New York Times* 2024; 25 aprile.
- ²¹² Levine BE. [New York Times sinks to new low in its psychiatric drug coverage](#). *Counterpunch* 2024; 8 maggio.
- ²¹³ Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, et al. New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;5:CD013674.
- ²¹⁴ Gøtzsche PC. [Garbage in, garbage out: the newest Cochrane meta-analysis of depression pills in children](#). *Mad in America* 2021; 19 agosto.
- ²¹⁵ Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408.
- ²¹⁶ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017; Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma:

-
- Giovanni Fioriti Editore; 2016; Healy D. Let them eat Prozac. New York: New York University Press; 2004; Healy D, Cattell D. Interface between authorship, industry and science in the domain of therapeutics. Br J Psychiatry 2003;183:22-7; Lenzer J. FDA to review "missing" drug company documents. BMJ 2005;330:7; Healy D. SSRIs and deliberate self-harm. Br J Psychiatry 2002;180:547; Healy D. Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors? BMJ 2006;333:92-5;
- ²¹⁷ Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). FDA 2006;Nov 16.
- ²¹⁸ Stipp D. Trouble in Prozac. CNN Money 2005; 28 novembre.
- ²¹⁹ Lenzer J. Crisis deepens at the US Food and Drug Administration. BMJ 2004;329:1308.
- ²²⁰ Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017: pagina 56.
- ²²¹ Laughren TP. The scientific and ethical basis for placebo-controlled trials in depression and schizophrenia: an FDA perspective. Eur Psychiatry 2001;16:418-23.
- ²²² Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). FDA 2006;Nov 16 and Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry 2006;63:332-9.
- ²²³ Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 65.
- ²²⁴ Boseley S. [They said it was safe](#). The Guardian 1999;30 ottobre e Breggin P. Medication madness. New York: St. Martin's Griffin; 2008.
- ²²⁵ Whitaker R. Mad in America. Cambridge: Perseus Books Group; 2002; Crouner ML, Douyon R, Convit A, Gaztanaga P, Volavka J, Bakall R. Akathisia and violence. Psychopharmacol Bull 1990;26:115-7; Medawar C. The antidepressant web - marketing depression and making medicines work. Int J Risk & Saf Med 1997;10:75-126; Moncrieff J, Cohen D, Mason JP. The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data. Acta Psychiatr Scand 2009;120:102-11.
- ²²⁶ Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2018, pagina 119.
- ²²⁷ Gøtzsche PC. [Åbent brev til Lundbeck om antidepressiva og selvmord](#). Videnskab.dk 2011;7 luglio.
- ²²⁸ Pedersen AG. [Lundbecks svar på Peter Gøtzsches åbne brev om antidepressiva og selvmord](#). Videnskab.dk 2001;8 luglio.
- ²²⁹ Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagine 83-91.
- ²³⁰ Søndergård L, Kvist K, Andersen PK, et al. Do antidepressants precipitate youth suicide? A nationwide pharmacoepidemiological study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15:232-40.
- ²³¹ 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.
- ²³² Videbech P. [Nej, Peter Gøtzsche: Medicin mod depression er ikke tosset. Det er faktisk ekstremt nyttigt](#). Politiken 2020;5 marzo.
- ²³³ Gøtzsche PC. [Usage of depression pills almost halved among children in Denmark](#). Mad in America 2018;4 maggio.
- ²³⁴ Gøtzsche PC. [Denmark is the only European country where the usage of depression pills has dropped](#). Mad in America 2022;Nov 22.
- ²³⁵ [Aftenshowet. A debate about depression drugs with professor of psychiatry Lars Kessing](#) (in danese). DR TV 2013; 15 aprile.
- ²³⁶ Pedersen AT. [Diagnosing psychiatry](#). Film documentario 2017.
- ²³⁷ Kessing L. [Hvordan kan Gøtzsche citere så forkert?](#) Dagens Medicin 2013;3 maggio.
- ²³⁸ Gøtzsche PC. [SSRI kan føre til selvmord](#). Dagens Medicin 2013;3 maggio.
- ²³⁹ Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. BMJ 2013;347:f7140.
- ²⁴⁰ Wakefield JC. Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. J Ment Health 2010;19:337-51.

-
- ²⁴¹ Levine B. [Depression: psychiatry's discredited theories and drugs versus a sane model and approach](#). Mad in America 2024;24 febbraio.
- ²⁴² Gøtzsche PC. [Antidepressiva øger risikoen for selvmord og vold i alle aldre](#). Medicinsk Tidsskrift 2016;Nov 20.
- ²⁴³ Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ 2016;352:i65; Maund E, Tendal B, Hróbjartsson A, Jørgensen KJ, Lundh A, Schroll J, Gøtzsche PC. Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. BMJ 2014;348:g3510; 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; 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.
- ²⁴⁴ Gøtzsche PC. [Antidepressiva bør inte användas till barn och ungdomar](#). Läkartidningen 2017;12 marzo.
- ²⁴⁵ 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 e Hengartner MP, Plöderl M. Risposta alla lettera all'editore: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's Re-Analysis". Psychother Psychosom 2019;88:373-4.
- ²⁴⁶ 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.
- ²⁴⁷ [ISEPP calls for a Federal Investigation into the link between Psychotropic Drugs and Mass Murder](#). International Society for Ethical Psychology and Psychiatry 2013;Jan 4.
- ²⁴⁸ Healy D. Risposta a D. Wilkinson - Loss of anxiety and increased aggression in a 15-year-old boy taking fluoxetine. J Psychopharmacol 1999;13:421.
- ²⁴⁹ Dubicka B, Cole-King A, Reynolds S, et al. Paper on suicidality and aggression during antidepressant treatment was flawed and the press release was misleading. BMJ 2016;352:i911.
- ²⁵⁰ Stone M. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: authors misinterpreted earlier paper from the FDA. BMJ 2016;352:i906.
- ²⁵¹ Gøtzsche PC. [Risposta dell'autore a Dubicka e colleghi e a Stone](#). BMJ 2016;352:i915.
- ²⁵² Slagstad K. [Øker antidepressivo selvmordsfaren?](#) Tidsskr Nor Lægeforen 2016;136:531.
- ²⁵³ Gøtzsche PC. [Antidepressants are dangerous](#). BMJ 2015;29 marzo.
- ²⁵⁴ 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.
- ²⁵⁵ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. PLoS One 2010;5:e15337.
- ²⁵⁶ Gøtzsche PC. Endnu et tragisk selvmord på depressionspiller. Jyllands-Postens Kronik 2018;Feb 3.
- ²⁵⁷ Gøtzsche PC. [Børn drives til selvmord med lykkepiller](#). Regionsavisen 2024;Mar 11 and Buchholtz PE. [Antidepressiv medicin forebygger selvmord blandt svært deprimerede patienter](#). Jyllands-Posten 2018;Feb 17.
- ²⁵⁸ Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. J R Soc Med 2017;110:404-10.
- ²⁵⁹ Johansen M, Vibjerg T. [Hvorfor tog den 19-årige Rasmus Toke Burchardt sit eget liv?](#) Jyllands-Posten 2018;Feb 3.
- ²⁶⁰ Gøtzsche PC. [Open letter to National Boards of Health in Iceland, Norway, Sweden and Finland: Warning against using depression pills in children and adolescents](#). Deadly Medicines 2019;Jan 22.
- ²⁶¹ Gøtzsche PC. [National Boards of Health are unresponsive to children driven to suicide by depression pills](#).. Mad in America 2020; 15 marzo.
- ²⁶² Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Läkemedelsverket 2016;Dec 8.
- ²⁶³ Gøtzsche PC. [National boards of health are unresponsive to children driven to suicide by depression pills](#). Mad in America 2020;Mar 15.

-
- ²⁶⁴ 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.
- ²⁶⁵ UNICEF Office of Research. Building the future: children and the sustainable development goals in rich countries. Innocenti ReportCard 14; UNICEF Office of Research 2017.
- ²⁶⁶ Strawn JR, Moldauer L, Hahn RD, et al. A multicenter double-blind, placebo-controlled trial of escitalopram in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2023;33:91-100.
- ²⁶⁷ Gøtzsche PC. [Driving our children into suicide with escitalopram and other happy pills](#). *Mad in America* 2023; 3 agosto.
- ²⁶⁸ Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408.
- ²⁶⁹ Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016; Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017..
- ²⁷⁰ Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek BL, Ian M. Problematic advice from suicide prevention experts. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 2018;20:79-85.
- ²⁷¹ Whitaker R, Blumke D. [Screening + drug treatment = increase in veteran suicides](#). *Mad in America* 2019;10 nov.
- ²⁷² Hjelmeland H, Knizek BL. [Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests](#). *Death Stud* 2017;41:481-92.
- ²⁷³ Francoforte HG. *On bullshit*. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
- ²⁷⁴ Schopenhauer A. *The art of always being right*. Londra: Gibson Square; 2009.
- ²⁷⁵ Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017;27:418-21.
- ²⁷⁶ Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek BL, Ian M. Problematic advice from suicide prevention experts. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 2018;20:79-85.
- ²⁷⁷ Espeland K, Knizek BL, Hjelmeland H. "Time to try something new" - professionals' experiences and reflections on suicide prevention in Norway. *Crisis* 2021;42:434-40.
- ²⁷⁸ Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2021;178:611-24.
- ²⁷⁹ 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 e Hengartner MP, Plöderl M. Risposta alla lettera all'editore: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's ReAnalysis". *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4.
- ²⁸⁰ Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ* 2015;351:h4978.
- ²⁸¹ Gøtzsche PC. [No psychiatric drugs have been convincingly shown to decrease suicides](#). *BMJ* 2015;10 dic.
- ²⁸² Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
- ²⁸³ Mills JL. Data torturing. *N Engl J Med* 1993;329:1196-9.
- ²⁸⁴ 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.
- ²⁸⁵ Gøtzsche PC. [Ingen pålitlig evidens visar att läkemedel kan förebygga självmord](#). *Läkartidningen* 2017;1 maggio.
- ²⁸⁶ Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016.
- ²⁸⁷ [Suicide prevention](#). National Institute of Mental Health. Undated.
- ²⁸⁸ Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, et al. Suicide and self-harm. *Lancet* 2022;399:1903-16.
- ²⁸⁹ Gøtzsche PC. [A hopelessly flawed seminar in "The Lancet" about suicide](#). *Mad in America* 2022; 1 giugno.

-
- ²⁹⁰ Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry* 2023;28:3243-56.
- ²⁹¹ [Foglio illustrativo dell'FDA per Lyrica \(pregabalin\).](#)
- ²⁹² 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.
- ²⁹³ Goldney RD. Suicide and antidepressants: what is the evidence? *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:381-5.
- ²⁹⁴ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 85.
- ²⁹⁵ Zahl PH, De Leo D, Ekeberg Ø, et al. The relationship between sales of SSRI, TCA and suicide rates in the Nordic countries. *BMC Psychiatry* 2010;10:62.
- ²⁹⁶ Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005;2:e138.
- ²⁹⁷ Friedman RA. Antidepressants' black-box warning - 10 years later. *N Engl J Med* 2014;371:1666-8.
- ²⁹⁸ Hughes JL, Horowitz LM, Ackerman JP, et al. [Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention](#). *BMJ* 2023;381:e070630.
- ²⁹⁹ Gøtzsche PC. [Depression drugs have been shown to double the risk of suicide in young people and should not be used](#). *BMJ* 2023;April 26. *BMJ* 2023; 26 aprile.
- ³⁰⁰ Gøtzsche PC. [The lie that antidepressants protect against suicide is deadly](#). *Mad in America* 2023; 28 novembre.
- ³⁰¹ Jakobsen SG, Christiansen E. [Selvmordsforsøg og antidepressiva](#). Center for Selvmordsforskning 2019;Dec.
- ³⁰² [Risiko for selvmord og vold påvirkes ikke af antidepressiv behandling](#). Regione Hovedstadens Psykiatri 2023.
- ³⁰³ [Antidepressiva øger ikke risikoen for selvmord. Fluoxetin og venlafaxin øger ikke risikoen for selvmord blandt unge. Blandt voksne og ældre, beskytter præparaterne mod selvmord](#). Region Hovedstadens Psykiatri 2023.
- ³⁰⁴ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 84.
- ³⁰⁵ [Antidepressiva øger risikofaktorer for selvmord](#). *Psykiatrisk Tidsskrift* 2016;Nov 20.
- ³⁰⁶ 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.
- ³⁰⁷ [PhVWP/CMD\(H\) vedtaget SPC ordlyd for alle antidepressiva: selvmordstanker og selvmordsadfærd](#). Agenzia danese del farmaco, senza data.
- ³⁰⁸ Geoffroy MB. Unges selvmord og antidepressiva. Peter Gøtzsche hævder, at antidepressiva har drevet unge til selvmord. Men hvordan kan han vide det? *Ugeskr Læger* 2023;10 luglio.
- ³⁰⁹ Geoffroy MB. [Hvilket kontor stopper vildfarne professor?](#) *Dagens Medicin* 2015;25 settembre.
- ³¹⁰ Kortegaard L. [Er psykiaterne på gyngende grund?](#) *Dagens Medicin* 2015;Oct 9 e Gøtzsche PC. [Psykiateren prøver at skyde budbringeren](#). *Dagens Medicin* 2015;Oct 9.
- ³¹¹ Schultz J. [Peter Gøtzsche melder psykiater til Lægeetisk Nævn](#). *Dagens Medicin* 2015;Oct 2.
- ³¹² Geoffroy MB. [Ingen over Gøtzsche](#). *Dagens Medicin* 2015; 23 ottobre.
- ³¹³ Geoffroy MB. [Interessekonflikter - mere end ussel mammon](#). *Ugeskr Læger* 2016;178:1838-9.
- ³¹⁴ PC Gøtzsche. Begrebet interessekonflikter bør ikke udvandes. *Ugeskr Læger* 2016;178:1840.
- ³¹⁵ [Sammenhængen mellem antidepressiv/stemmings-stabiliserende medicin og selvmord](#). *Ugeskr Læger* 2007;8 giugno.
- ³¹⁶ Gøtzsche PC. Misinformation om antidepressiva og selvmord. [www.irf.dk](#) 2015;5 marzo.
- ³¹⁷ Barse M. [Forskere: 'Lykkepiller' giver bivirkninger, som kan føre til selvmordsadfærd](#). *Videnskab.dk* 2017;Feb 11.
- ³¹⁸ 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.
- ³¹⁹ Gøtzsche PC. Endnu et tragisk selvmord på depressionspiller. *Jyllands-Postens Kronik* 2018;Feb 3.
- ³²⁰ <https://www.samaritans.org/?currency=EUR>
- ³²¹ Newman KB . [Get suicide prevention services to ask callers if they are taking meds that cause suicide](#) . Petizione lanciata nel 2024; 21 aprile.

-
- ³²² Newman KB. . I was sectioned after being given a tranquiliser for anxiety that triggered a frightening slide into psychosis. But the worst part of my ordeal was how doctors tried to cure me. Daily Mail 2024;23 aprile.
- ³²³ Whitaker R. Den psykiatriske epidemi: illusionen om mirakelpillen. Søborg: Psykovoisions Forlag; 2013.
- ³²⁴ Videbech P. [Drengen har jo ikke noget tøj på](#). Dagens Medicin 2013;11 nov.
- ³²⁵ Dalhof H. [Det er kejseren, som er nøgen](#). Dagens Medicin 2013;Nov 22.
- ³²⁶ Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). Int J Risk Saf Med 2022;33:385-408.
- ³²⁷ Nilsson M, Joliat MJ, Miner CM, et al. Safety of subchronic treatment with fluoxetine for major depressive disorder in children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol 2004;14:412-7.
- ³²⁸ Tauscher-Wisniewski S, Nilsson M, Caldwell C, et al. Meta-analysis of aggression and/or hostility-related events in children and adolescents treated with fluoxetine compared with placebo. J Child Adolesc Psychopharmacol 2007;17:713-8.
- ³²⁹ Mosholder AD. Application number: 18-936/SE5-064. Medical review. FDA 2001; 4 ottobre.
- ³³⁰ Offidani E, Fava GA, Tomba E, et al. Excessive mood elevation and behavioral activation with antidepressant treatment of juvenile depressive and anxiety disorders: a systematic review. Psychother Psychosom 2013;82:132-41.
- ³³¹ Baldessarini RJ, Faedda GL, Offidani E, et al. Antidepressant-associated mood switching and transition from unipolar major depression to bipolar disorder: a review. J Affect Disord 2013;148:129-35.
- ³³² Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017 e Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 89.
- ³³³ Gøtzsche PC. [Depression drugs have been shown to double the risk of suicide in young people and should not be used](#). BMJ 2023; 26 aprile.
- ³³⁴ Gøtzsche PC. [Call for retraction of three fraudulent trial reports of antidepressants in children and adolescents](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023; 3 agosto.
- ³³⁵ Gøtzsche PC. [Medical journals refuse to retract fraudulent trial reports that omitted suicidal events in children](#). Mad in America 2024;Mar 18.
- ³³⁶ March J, Silva S, Petrycki S, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA 2004;292:807-20.
- ³³⁷ Högberg G, Antonuccio DO, Healy D. Suicidal risk from TADS study was higher than it first appeared. Int J Risk Saf Med 2015;27:85-91.
- ³³⁸ Aboustate N, Jureidini J. Barriers to access to clinical trial data: Obstruction of a RIAT reanalysis of the treatment for adolescents with depression study. Int J Risk Saf Med 2022;33:299-308.
- ³³⁹ Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N (red.). Børne- og ungdomspsykiatri. København: FADLs Forlag; 2019, pagina 215.
- ³⁴⁰ [Lettera di Russell Katz a GlaxoSmithKline](#). 2002; 21 ottobre.
- ³⁴¹ Keller MB, Ryan ND, Strober M, et al. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:762-72.
- ³⁴² Jureidini JN, McHenry LB, Mansfield PR. Clinical trials and drug promotion: selective reporting of study 329. Int J Risk Safety Med 2008;20:73-81.
- ³⁴³ Le Noury J, Nardo JM, Healy D, et al. Restoring Study 329: effectiveness and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. BMJ 2015;351:h4320.
- ³⁴⁴ Bass A. Side effects - a prosecutor, a whistleblower, and a bestselling antidepressant on trial. Chapel Hill: Algonquin Books, 2008.
- ³⁴⁵ Jureidini JN, McHenry LB. Conflicted medical journals and the failure of trust. Accountability in Research 2001;18:45-54.
- ³⁴⁶ Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry 2006;63:332-9.

-
- ³⁴⁷ [GlaxoSmithKline to plead guilty and pay \\$3 billion to resolve fraud allegations and failure to report safety data](#). Dipartimento di Giustizia degli Stati Uniti 2012; 2 luglio.
- ³⁴⁸ Jureidini JN, McHenry LB, Mansfield PR. Clinical trials and drug promotion: selective reporting of study 329. *Int J Risk Safety Med* 2008;20:73–81.
- ³⁴⁹ Jureidini JN, Amsterdam JD, McHenry LB. [The citalopram CIT-MD-18 pediatric depression trial: Deconstruction of medical ghostwriting, data mischaracterisation and academic malfeasance](#). *Int J Risk Saf Med* 2016;28:33-43.
- ³⁵⁰ Feeney A, Hock RS, Fava M, et al. Antidepressants in children and adolescents with major depressive disorder and the influence of placebo response: A meta-analysis. *J Affect Disord* 2022;305:55-64.
- ³⁵¹ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 42 e Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408.
- ³⁵² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 97.
- ³⁵³ [FDA foglietto illustrativo di Lyrica \(pregabalin\)](#).
- ³⁵⁴ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 84.
- ³⁵⁵ 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.
- ³⁵⁶ Medawar C, Herxheimer A. A comparison of adverse drug reaction reports from professionals and users, relating to risk of dependence and suicidal behaviour with paroxetine. *Int J Risk Saf Med* 2003/2004;16:5-19.
- ³⁵⁷ Medawar C, Hardon A. *Medicines out of control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill*. Holland: Aksant Academic Publishers; 2004.
- ³⁵⁸ Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families*. New York: Springer; 2012 and Lucire Y, Crotty C. Antidepressant-induced akathisia-related homicides associated with diminishing mutations in metabolizing genes of the CYP450 family. *Pharmgenomics Pers Med* 2011;4:65–81.
- ³⁵⁹ Gøtzsche PC. *Sopravvivere in un mondo ipermedicalizzato: cercate le prove da soli*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2019, pagina 154.
- ³⁶⁰ Simposio "Wetenschap en Economie". *Geneesmiddelenbulletin* 2016;50:99-110.
- ³⁶¹ Newman KB. *The pill that steals lives*. London: John Blake; 2016.
- ³⁶² Gøtzsche PC. [On the brink of murder because of an antidepressant](#). *Mad in America* 2024;Mar 28.
- ³⁶³ <https://www.antidepressantrisks.org/films?wix-vod-video-id=73528fa5f3da48bf9bfe77889f453cad&wix-vod-comp-id=comp-kme2lksu>
- ³⁶⁴ <https://www.antidepressantrisks.org/>
- ³⁶⁵ Lucire Y, Crotty C. Antidepressant-induced akathisia-related homicides associated with diminishing mutations in metabolizing genes of the CYP450 family. *Pharmgenomics Pers Med* 2011;4:65–81 e Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 93.
- ³⁶⁶ [Paxil maker held liable in murder/suicide](#). Baum & Hedlund 2001;9 luglio.
- ³⁶⁷ Boseley S. Murder, suicide. A bitter aftertaste for the 'wonder' depression drug. *Guardian* 2011; 11 giugno.
- ³⁶⁸ Healy D, Mangin D, Mintzes B. The ethics of randomized placebo controlled trials of antidepressants with pregnant women. *Int J Risk Saf Med* 2010;22:7-16 e Healy D, Le Noury J, Mangin D. Links between serotonin reuptake inhibition during pregnancy and neurodevelopmental delay/spectrum disorders: A systematic review of epidemiological and physiological evidence. *Int J Risk Saf Med* 2016;28:125-41.
- ³⁶⁹ [Foglio illustrativo dell'FDA per il Paxil \(paroxetina\)](#).
- ³⁷⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 122.
- ³⁷¹ Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- ³⁷² Levinson-Castiel R, Merlob P, Linder N et al. Neonatal abstinence syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors in termants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:173-6.
- ³⁷³ Pedersen LH, Henriksen TB, Vestergaard M, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study. *BMJ* 2009;339:b3569.

-
- 374 Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016, pagina 200.
- 375 Gøtzsche PC. [Screening pregnant women for depression](#). *Mad in America* 2014;5 maggio.
- 376 Gøtzsche PC. [Deadly medicines and organised crime](#). YouTube 2013; 18 ottobre.
- 377 Anvendelse af psykofarmaka ved graviditet og amning: kliniske retningslinjer. Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi 2014;Oct 27.
- 378 Pearson RM, Evans J, Kounali D, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1312-9.
- 379 Pedersen LH, Henriksen TB, Bech BH, et al. Prenatal antidepressant exposure and behavioral problems in early childhood - a cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:126-35.
- 380 Villesen K. [Medicinal-industri rådgiver læger om bivirkninger](#). *Informazioni* 2011;30 maggio.
- 381 Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016.
- 382 [On the road with Peter Gøtzsche](#). *News from the Australasian Cochrane Centre* 2015; marzo e agosto.
- 383 Jureidini J, Gøtzsche PC, Parry P. [Dreams of a quick fix, gone awry](#). *Mad in America* 2015;Jan 19.
- 384 McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:921-8.
- 385 Stark J. McGorry aborts teen drug trial. *Sydney Morning Herald* 2011; 21 agosto.
- 386 Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagine 84-91.
- 387 Medawar C. The antidepressant web - marketing depression and making medicines work. *Int J Risk & Saf Med* 1997;10:75-126.
- 388 <https://www.youtube.com/watch?v=ZMhsPnoldy4>
- 389 Hickie IB, Rogers NL. Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression. *Lancet* 2011;378:621-31.
- 390 Koesters M, Guaiana G, Cipriani A, et al. Agomelatine efficacy and acceptability revisited: systematic review and meta-analysis of published and unpublished randomised trials. *Br J Psychiatry* 2013;203:179-87.
- 391 Worsley R. [Il Cochrane co-founder savages Aussie psychiatrists](#). *6minutes.com.au* 2015;2 ott.
- 392 McLaren N. [Primum pecunias multas faciamus](#). *Niallmclaren.com* 2024;27 febbraio e McLaren N. [On urban myths](#). *Niallmclaren.com* 2024;14 maggio.
- 393 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.
- 394 Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- 395 [Videos from International meeting: Psychiatric drugs do more harm than good](#). *Copenaghen* 2015;16 settembre.
- 396 Moynihan R, Cassels A. *Selling Sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books; 2005.
- 397 *Behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)*. National klinisk retningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
- 398 Haug TT, Blomhoff S, Hellstrøm K, et al. Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003;182:312-8.
- 399 Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2021;8:969-80; McPherson S, Hengartner MP. Long-term outcomes of trials in the National Institute for Health and Care Excellence depression guideline. *BJPsych Open* 2019;5:e81; 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; 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); Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010;65:98-109; Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E, et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2021;20:387-96; Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;351:h6019.
- ⁴⁰⁰ James AC, James G, Cowdrey FA, et al. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD004690.
- ⁴⁰¹ Boer PCAM, Wiersma D, Russo S, et al. Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD004688.
- ⁴⁰² Dawes RM. *House of cards*. New York: The Free Press; 1994, pagina 54.
- ⁴⁰³ Mayo-Wilson E, Montgomery P. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (selfhelp) for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:CD005330.
- ⁴⁰⁴ Gava I, Barbui C, Aguglia E, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD005333.
- ⁴⁰⁵ Soomro GM, Altman DG, Rajagopal S, et al. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD001765.
- ⁴⁰⁶ O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD004856.
- ⁴⁰⁷ Simonsen E, Møhl B (red.). *Grundbog i psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag; 2017.
- ⁴⁰⁸ *Behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)*. National klinisk retningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
- ⁴⁰⁹ Mors O, Nordentoft M, Hageman I (red.). *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard; 2016.
- ⁴¹⁰ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic, 2a edizione*. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 295.
- ⁴¹¹ Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). *Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme*. København: FADL's Forlag; 2018.
- ⁴¹² Mors O, Nordentoft M, Hageman I (red.). *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard; 2016.
- ⁴¹³ [Foglio illustrativo dell'FDA per Lyrica \(pregabalin\)](#).
- ⁴¹⁴ Broni B. En anden vinkel på antidepressiv medicin. *OCD-foreningen* 2014;Jan 28.
- ⁴¹⁵ Gøtzsche PC. [Antidepressiv medicin bør undgås til børn og unge](#). *OCD-nyt* 2014;1:7.
- ⁴¹⁶ Mikkelsen LG. [Lykkepiller som müslidrys](#). *OCD-nyt* 2014;Feb 1.
- ⁴¹⁷ Wield C. [Doctors are not trained to think critically](#). *Mad in America* 2014;13 giugno.
- ⁴¹⁸ Gøtzsche PC. [Psychiatry killed Tuva Andersson whose problem was anxiety](#). *Mad in America* 2023;8 luglio.
- ⁴¹⁹ Gøtzsche PC. [Psychiatry killed Tuva Andersson whose problem was anxiety](#). Copenaghen: Institute for Scientific Freedom 2023; 27 giugno.
- ⁴²⁰ Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG. Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials. *Ann Intern Med* 2009;150:516–27.
- ⁴²¹ Woloshin S, Schwartz LM, Welch HG. *Know your Chances: understanding health statistics*. Berkely: University of California Press; 2008.
- ⁴²² Woloshin S, Schwartz LM. Think inside the box. *New York Times* 2011; 4 luglio.
- ⁴²³ Winn D. Better to be human. *Human Givens* 2015;22:25-7.
- ⁴²⁴ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 122.
- ⁴²⁵ Whitely M. [L'ADHD is BS](#). Video.
- ⁴²⁶ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenaghen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- ⁴²⁷ Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021.
- ⁴²⁸ [Causes - Attention deficit hyperactivity disorder \(ADHD\)](#). National Health Service 2021;Dec.
- ⁴²⁹ Felholt L. [Sådan lever voksne med skjult ADHD: 200.000 har det - kun få ved det](#). *BT* 2016;Feb 16.

-
- ⁴³⁰ Gøtzsche PC. [Fup og fakta om psykofarmaka](#). Deadly Medicines 2015;Feb 16.
- ⁴³¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 16 e
- Glessner JT, Li J, Wang D, et al. Copy number variation meta-analysis reveals a novel duplication at 9p24 associated with multiple neurodevelopmental disorders. *Genome Med* 2017;9:106.
- ⁴³² Wallach-Kildemoes H, Skovgaard AM, Thielen K, et al. Social adversity and regional differences in prescribing of ADHD medication for school-age children. *J Dev Behav Pediatr* 2015;36:330-41.
- ⁴³³ Morrow 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.
- ⁴³⁴ <https://www.kidsskills.org/WP-fin/>
- ⁴³⁵ Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Symptoms Checklist from WHO Composite International Diagnostic Interview; 2003.
- ⁴³⁶ Sørensen TK, Tycho G. En bemærkning fra sønnen fik Christina Stengel Finsen til at opsøge en psykiater. *Jyllands-Posten* 2024;14 aprile.
- ⁴³⁷ Gøtzsche PC. [How Danish journalism misleads about psychiatry: Multiple errors in a Danish newspaper article about adult ADHD](#). *Mad in America* 2024;30 aprile.
- ⁴³⁸ Campanile C. Attention-deficit adults fail to get help. *New York Post* 2006; 12 giugno.
- ⁴³⁹ Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. *Children & Society* 2014;28:231-41.
- ⁴⁴⁰ Craine LS, Henson CE, Colliver JA, et al. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:300-4.
- ⁴⁴¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 16.
- ⁴⁴² Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4:310-9.
- ⁴⁴³ Batstra L, Te Meerman S, Conners K, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. *Lancet Psychiatry* 2017;4:439.
- ⁴⁴⁴ [ADHD & the brain. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry](#) 2017;Feb.
- ⁴⁴⁵ Borg O. Pille-reklamer uddeles i skolegårde. *Jyllands-Posten* 2011; 1 novembre.
- ⁴⁴⁶ Reuben R, Elgaddal N. [Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children ages 5–17 years: United States, 2020–2022](#). *CDC* 2024;March e Xu G, Strathearn L, Liu B, et al. Twenty-year trends in diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA Netw Open* 2018;1:e181471.
- ⁴⁴⁷ Dastamooz S, Sadeghi-Bahmani D, Farahani MHD, et al. The efficacy of physical exercise interventions on mental health, cognitive function, and ADHD symptoms in children and adolescents with ADHD: an umbrella review. *EClinicalMedicine* 2023;62:102137.
- ⁴⁴⁸ 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; Breggin P. [The most dangerous thing you will ever do](#). *Mad in America* 2020;March 2; Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families*. New York: Springer; 2012; Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. *Children & Society* 2014;28:231-41.
- ⁴⁴⁹ 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.
- ⁴⁵⁰ 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.
- ⁴⁵¹ 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.
- ⁴⁵² [Nadine Lambert](#). Wikipedia.
- ⁴⁵³ Frost J. [Ritalin may cause children to smoke early, abuse stimulants as adults, UC Berkeley professor says](#). *Università della California, Berkeley* 1999;5 maggio.

-
- ⁴⁵⁴ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 306.
- ⁴⁵⁵ 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.
- ⁴⁵⁶ Sokal RF, Rohlf FJ. Biometry. New York: WH Freeman; 1981 e Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. Oxford: Blackwell; 1971.
- ⁴⁵⁷ Rasmussen MH, Andersen T, Breum L, Hilsted J, Gøtzsche PC. Observer variation in measurements of waist-hip ratio and the abdominal sagittal diameter. Int J Obes 1993;17:323-7.
- ⁴⁵⁸ Miranda C. ADHD drugs could stunt growth. Daily Telegraph 2007; 12 novembre.
- ⁴⁵⁹ Vedantam S. Debate over drugs for ADHD reignites. Washington Post 2009; 27 marzo.
- ⁴⁶⁰ Gøtzsche PC. Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016, pagina 217.
- ⁴⁶¹ 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.
- ⁴⁶² Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
- ⁴⁶³ Kortegaard L. [Lisbeth Kortegaard: Skyd budbringeren - om overforbrug af psykofarmaka](#). Ugeskr Læger 2014;Jan 21 e Ørum E, Tuxen KS. [Psykiater: Børn med psykiske diagnoser har godt af at blive afmedicineret](#). DR 2014;22 aprile.
- ⁴⁶⁴ Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. Children & Society 2014;28:231-41.
- ⁴⁶⁵ Cortese S, Coghill D, Mattingly GW, et al. WHO Model Lists of Essential Medicines: methylphenidate for ADHD in children and adolescents. Lancet Psychiatry 2023;10:743-4.
- ⁴⁶⁶ Ponnou S, Timimi S, Briffault X, et al. [WHO Essential Medicines List and methylphenidate for ADHD in children and adolescents](#). Lancet Psychiatry 2024;11:92-3.
- ⁴⁶⁷ Boesen K, Juhl Jørgensen K, Gøtzsche PC. The US Food and Drug Administration's authorisation of Purdue's controlled-release methylphenidate for adult ADHD: comments on the regulatory practice. J R Soc Med 2021;114:377-80.
- ⁴⁶⁸ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 127.
- ⁴⁶⁹ Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;3:CD010840.
- ⁴⁷⁰ Boesen K, Saiz LC, Erviti J, et al. The Cochrane Collaboration withdraws a review on methylphenidate for adults with attention deficit hyperactivity disorder. Evid Based Med 2017;22:143-7.
- ⁴⁷¹ Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database Syst Rev 2015;11:CD009885 and Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, et al. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD012857.
- ⁴⁷² Petersen M. Our daily meds. New York: Sarah Crichton Books; 2008 e Whitaker R. Anatomy of an epidemic. New York: Broadway Paperbacks; 2010.
- ⁴⁷³ Boesen K, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. [Clinical trials were missing from regulatory documents of extended-release methylphenidate for ADHD in adults: a case study of public documents](#). J Clin Epidemiol 2022;143:242-53.
- ⁴⁷⁴ Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, et al. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:253-61.
- ⁴⁷⁵ Higgins JPT, Green S (eds.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [aggiornato a marzo 2011]. La Cochrane Collaboration 2011.
- ⁴⁷⁶ Minutes of the Pediatric Advisory Committee. FDA 2006;Mar 22; Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. PLoS One 2010;5:e15337; [FDA package insert for Ritalin \(methylphenidate\)](#).

-
- ⁴⁷⁷ Asherson P. I [Drug treatments for ADHD reduce risk of substance use disorders](#). Am J Psychiatry 2017;174:827-8.
- ⁴⁷⁸ Faraone SV, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. J Clin Psychiatry 2010;71:754-63.
- ⁴⁷⁹ Altman DG, Royston P. The cost of dichotomising continuous variables. BMJ 2006;332:1080.
- ⁴⁸⁰ Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, et al. Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder. Crim Behav Ment Health 2013;23:86-98.
- ⁴⁸¹ Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, et al. ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood - a naturalistic long-term follow-up study. Addict Behav 2014;39:325-8.
- ⁴⁸² 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.
- ⁴⁸³ Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, et al. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD012857.
- ⁴⁸⁴ Ophir Y. Reconsidering the safety profile of stimulant medications for ADHD. Ethical Hum Psychol Psychiatry 2022;24:41-50.
- ⁴⁸⁵ Storebø OJ, Pedersen N, Ramstad E, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents – assessment of adverse events in non-randomised studies. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD012069.
- ⁴⁸⁶ Shoptaw SJ, Kao U, Heinzerling K, et al. Treatment for amphetamine withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2009;2:CD003021.
- ⁴⁸⁷ National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:182-93.
- ⁴⁸⁸ Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012; Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review. Can J Psychiatry 1999;44:811-3; [FDA foglietto illustrativo per Ritalin](#).
- ⁴⁸⁹ FDA. Minutes of the Pediatric Advisory Committee. 2006;March 22.
- ⁴⁹⁰ Mosholder AD, Gelperin K, Hammad TA, et al. Hallucinations and other psychotic symptoms associated with the use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs in children. Pediatrics 2009;123:611-6.
- ⁴⁹¹ [FDA foglietto illustrativo del metilfenidato a rilascio prolungato](#). Pagina 7.
- ⁴⁹² Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, et al. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD012857, page 28 and Medicines Healthcare products Regulatory Agency. Public Assessment Report. Mutual Recognition Procedure. Concerta® XL 27 mg prolonged-release tablets (methylphenidate hydrochloride), UK/H/0544/004/MR. UK licence no: PL 00242/0400; July 2010 (updated November 2013), page 63.
- ⁴⁹³ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. PLoS One 2010;5:e15337.
- ⁴⁹⁴ Gøtzsche PC. [Another Vyvanse-assisted suicide in Florida foster care program, streamed live on Facebook](#). Deadly Medicines 2017;24 marzo.
- ⁴⁹⁵ [Psychiatric Drugging of Children is a “Crime Against Humanity” — Peter Gøtzsche, M.D.](#) Medicating Normal video 2019;Sept 22.
- ⁴⁹⁶ WHO. Management of substance abuse. Amphetamine-like substances. Undated (accessed 14 March 2020).
- ⁴⁹⁷ What is the scope of methamphetamine misuse in the United States? National Institute on Drug Abuse 2019; ottobre.
- ⁴⁹⁸ [EU Drug Market: Methamphetamine](#). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, and Europol. Consultato il 20 maggio 2024.
- ⁴⁹⁹ [FDA foglietto illustrativo della metamfetamina](#).
- ⁵⁰⁰ [FDA updating warnings to improve safe use of prescription stimulants used to treat ADHD and other conditions](#). FDA Drug Safety Communication 2023; 11 maggio.

-
- ⁵⁰¹ Adams M. [Neurologist Dr. Fred Baughman talks about the fraud of ADHD and the poisoning of U.S. children.](#) Natural News 2006; 30 agosto.
- ⁵⁰² Canada regulators order ADD drug withdrawn. Associated Press 2015;10 febbraio.
- ⁵⁰³ [Foglio illustrativo della FDA per il Ritalin.](#)
- ⁵⁰⁴ Dalsgaard S, Kvist AP, Leckman JF, et al. Cardiovascular safety of stimulants in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide prospective cohort study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2014;24:302-10.
- ⁵⁰⁵ Minutes of the Pediatric Advisory Committee. FDA 2006;Mar 22; Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337; Gould MS, Walsh BT, Munfakh JL, et al. Sudden death and use of stimulant medications in youths. *Am J Psychiatry*. 2009 Sep;166(9):992-1001.
- ⁵⁰⁶ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337.
- ⁵⁰⁷ Spence D. Bad medicine: adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ* 2011;343:d7244.
- ⁵⁰⁸ Carey B, Harris G. Psychiatric group faces scrutiny over drug industry ties. *New York Times* 2008; 12 luglio.
- ⁵⁰⁹ Aagaard L, Hansen EH. The occurrence of adverse drug reactions reported for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications in the pediatric population: a qualitative review of empirical studies. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011;7:729–44.
- ⁵¹⁰ Harris G. Research center tied to drug company. *New York Times* 2008; 25 novembre.
- ⁵¹¹ [Joseph Biederman.](#) Wikipedia (visitato il 2 febbraio 2024).
- ⁵¹² 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.
- ⁵¹³ Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill.* Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- ⁵¹⁴ [FDA foglietto illustrativo del Ritalin \(metilfenidato\).](#)
- ⁵¹⁵ [Foglio illustrativo dell'FDA per il Prozac \(fluoxetina\).](#)
- ⁵¹⁶ Martin A, Young C, Leckman JF et al. Age effects on antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:773-80.
- ⁵¹⁷ Parry PI, Allison S, Bastiampillai T. Reification of the paediatric bipolar hypothesis in the USA. *Lancet Psychiatry* 2015;2:14-6.
- ⁵¹⁸ Kirk SA, Gomory T, Cohen D. *Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs.* New Brunswick: Transaction Publishers; 2013.
- ⁵¹⁹ Engmann J. Dagens menu for ligaens bedste: guld, champagne og en wienerschnitzel. *Jyllands-Posten* 2024;26 maggio:36.
- ⁵²⁰ Moncrieff J, Cohen D, Mason JP. The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:102-11 and Read J, Williams J. Positive and negative effects of antipsychotic medication: an international online survey of 832 recipients. *Curr Drug Saf* 2019;14:173-81.
- ⁵²¹ Moncrieff J. *The bitterest pills.* Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013, pagina 46.
- ⁵²² Leucht S, Kane JM, Etschel E, et al. Linking the PANSS, BPRS, and CGI: clinical implications. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2318-25 and 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.
- ⁵²³ Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, et al. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. *Schizophr Bull* 2003;29:15-31.
- ⁵²⁴ Manschreck TC, Boshes RA. The CATIE schizophrenia trial: results, impact, controversy. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:245-58.

-
- ⁵²⁵ Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- ⁵²⁶ Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, et al. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12:CD003079.
- ⁵²⁷ Gøtzsche PC. [Cochrane's demise: misleading denigration of benzodiazepines for acute psychosis](#). *Mad in America* 2023;3 giugno.
- ⁵²⁸ Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- ⁵²⁹ Gøtzsche PC. [Misleading denigration of benzodiazepines when compared to antipsychotics](#). *Cochrane Database Syst Rev* 2023;Jan 3.
- ⁵³⁰ Gøtzsche PC. [Cochrane reviews of psychiatric drugs are untrustworthy](#). *Mad in America* 2023; 14 settembre.
- ⁵³¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 43.
- ⁵³² Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, pagina 155; Moncrieff J. *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007, pag. 53; Kirk SA, Gomory T, Cohen D. *Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2013; Gronfein W. Psychotropic drugs and the origins of deinstitutionalization. *Social Problems* 1985;32:437-54.
- ⁵³³ Bola J, Kao D, Soydan H, et al. Antipsychotic medication for early episode schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD006374.
- ⁵³⁴ Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT Jr, et al. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006;32:214-9.
- ⁵³⁵ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ⁵³⁶ Breggin P. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2007.
- ⁵³⁷ Moncrieff J. Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? *PLoS Med* 2015;12:e1001861.
- ⁵³⁸ 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.
- ⁵³⁹ Weiden PJ, Mann JJ, Haas G, et al. Clinical nonrecognition of neuroleptic-induced movement disorders: a cautionary study. *Am J Psychiatry* 1987;144:1148-53.
- ⁵⁴⁰ Gøtzsche PC. [Videos of tardive dyskinesia and akathisia](#). *Institute for Scientific Freedom* 2023;19 giugno; Gøtzsche PC. [Psychiatry's denial of the horrors of tardive dyskinesia](#). *Mad in America* 2023;24 giugno; McCarter C. [The death of Joey Marino](#). *Mad in America* 2024;26 aprile.
- ⁵⁴¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 65.
- ⁵⁴² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 59; Manschreck TC, Boshes RA. The CATIE schizophrenia trial: results, impact, controversy. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:245-58; Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553-64; Geddes J, Freemantle N, Harrison P, et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000;321:1371-6; Leucht S, Corves C, Arbter D, et al. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009;373:31-41; Tyrer P, Kendall T. The spurious advance of antipsychotic drug therapy. *Lancet* 2009;373:4-5.
- ⁵⁴³ Insel T. *Healing: our path from mental illness to mental health*. New York: Penguin Press; 2022.
- ⁵⁴⁴ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 61.
- ⁵⁴⁵ Li CR, Chung YC, Park TW, et al. Clozapine-induced tardive dyskinesia in schizophrenic patients taking clozapine as a first-line antipsychotic drug. *World J Biol Psychiatry* 2009;10:919-24.
- ⁵⁴⁶ Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;11:CD006633.

-
- 547 Christensen DC. Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system. Portland: Jorvik Press; 2012.
- 548 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 53.
- 549 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.
- 550 Francey SM, O'Donoghue B, Nelson B, et al. Psychosocial intervention with or without antipsychotic medication for first episode psychosis: a randomized noninferiority clinical trial. *Schizophr Bull Open* 2020;Mar 20.
- 551 Gøtzsche PC. Kit di sopravvivenza per la salute mentale. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 32.
- 552 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.
- 553 Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: metaanalysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294:1934-43.
- 554 [Foglio illustrativo dell'FDA per Risperdal](#).
- 555 Samara MT, Klupp E, Helfer B, et al. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD011883 and Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553-64.
- 556 Forbruget af antipsykotika blandt 18-64 årige patienter, med skizofreni, mani eller bipolar affektiv sindslidelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 557 Hallas J. Brug af flere antipsykotika samtidig og risikoen for død. *Ugeskr Læger* 2007;169:618.
- 558 Baandrup L, Gasse C, Jensen VD, et al. Antipsychotic polypharmacy and risk of death from natural causes in patients with schizophrenia: a population-based nested case-control study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:103-8.
- 559 Gøtzsche PC. [Polyfarmaci med antipsykotika øger dødeligheden](#). *Ugeskr Læger* 2016;178:397.
- 560 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 46.
- 561 Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 154.
- 562 Gøtzsche PC. [Neuroleptika øger dødeligheden](#). *Deadly Medicines* 2018;Feb 18.
- 563 Gøtzsche PC. La [Psychiatry ignores an elephant in the room](#). *Mad in America* 2017;Sept 21.
- 564 Gøtzsche PC. Kit di sopravvivenza per la salute mentale. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 38.
- 565 Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagine 145 e 213.
- 566 Gøtzsche PC. [Robotic rejections of relevant letters to the editor of World Psychiatry](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023; 6 giugno.
- 567 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.
- 568 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- 569 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.
- 570 Large MM, Ryan CJ. Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1353-5.
- 571 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019 and Gøtzsche PC. [Decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. Disponibile gratuitamente.
- 572 Varese F, Smeets F, Drukker M, 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 e 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.

-
- 573 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019 and Gøtzsche PC. [Decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. Disponibile gratuitamente.
- 574 Thorat R. [Risposta a: Bastian H. Scientific advocacy and biases of the ideological and industry](#) kinds. 2018;28 settembre.
- 575 Pedersen AT. [Diagnosing psychiatry](#). Film documentario 2017.
- 576 Pedersen AT. En psykiatrisk diagnose hænger ved resten af livet. PsykiatriAvisen 2019;Jan 18.
- 577 Gøtzsche PC. Kit di sopravvivenza per la salute mentale. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 141.
- 578 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- 579 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 50.
- 580 Read J. A history of madness. In: Read J, Dillon J, eds. Models of madness, 2nd ed. London: Routledge; 2013.
- 581 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 and 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.
- 582 Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 303.
- 583 Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- 584 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 585 Røssberg JI. [Det finnes ikke veldokumenterte behandlingsmetoder uten bruk av medikamenter for personer psykotiske lidelser](#). Aftenposten 2016;13 giugno.
- 586 Gøtzsche PC. [Alternative mediche virker på psykose](#). Aftenposten 2016;27 giugno e Gøtzsche PC. [Medicinfri psykiatri](#). Tidsskr Nor Laegeforen 2017;Oct 17.
- 587 Røssberg JI. Er medisinfrie soner et nødvendig skille eller konstruert polarisering? Aftenposten 2016;4 luglio:19.
- 588 Malt UF. Behandling av psykoser. Aftenposten 2016;July1:22.
- 589 Sørensen J-M. Professorer som sprer frykt, halvsannheter og løgn. Aftenposten 2016;Aug 25:21.
- 590 [Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management](#). Clinical guideline [CG178]. NICE 2014;Feb 12.
- 591 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 51.
- 592 Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2013;9:CD008297.
- 593 Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2021;8:969-80.
- 594 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 51.
- 595 Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. Cochrane Database Syst Rev 2010;1:CD007297.
- 596 Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 306.
- 597 [Stemningsstabiliserende medicin](#). Psykiatrien i Region Midtjylland 2022;Jan.
- 598 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.
- 599 Videbeck P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2018, pagina 241.
- 600 Leucht S, Helfer B, Dold M, et al. Lithium for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2015;10:CD003834.
- 601 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 106.
- 602 [FDA foglietto illustrativo del Neurontin](#).
- 603 Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 173.

-
- 604 Ghaemi SN. The failure to know what isn't known: negative publication bias with lamotrigine and aglimpse inside peer review. *Evid Based Ment Health* 2009;12:65-8
- 605 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 112.
- 606 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 144.
- 607 Gøtzsche PC. [Demensmedicin bremser ikke sygdomsudvikling](#). *Jyllands-Posten* 2022;1 novembre.
- 608 Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD005593.
- 609 Molnar FJ, Man-Son-Hing M, Fergusson D. Systematic review of measures of clinical significance employed in randomized controlled trials of drugs for dementia. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:536-46.
- 610 [Foglio illustrativo dell'FDA per Aricept \(donepezil\)](#).
- 611 Syncope with cholinesterase inhibitors. *Rev Prescrire* 2011;31:434.
- 612 Tjia J, Briesacher BA, Peterson D, et al. Use of medications of questionable benefit in advanced dementia. *JAMA Intern Med* 2014;174:1763-71.
- 613 Screening for dementia. UK National Screening Committee 2014; aprile.
- 614 Courtney C, Farrell D, Gray R, et al. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet* 2004;363:2105-15.
- 615 Lettera di Sharon M. Watson a Eisai Medical Research Inc. FDA 2010;3 febbraio.
- 616 Gøtzsche PC Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019 and Gøtzsche PC. [Decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. Disponibile gratuitamente.
- 617 Battle CE, Abdul-Rahim AH, Shenkin SD, et al. Cholinesterase inhibitors for vascular dementia and other vascular cognitive impairments: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;2:CD013306.
- 618 Street JS, Clark WS, Gannon KS, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:968-76.
- 619 Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families*. New York: Springer; 2012 and Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 620 Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, et al. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology* 2010;75:35-41.
- 621 Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 2014;349:g5205.
- 622 Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2014;205:436-42.
- 623 Gøtzsche PC. [Medicin mod Alzheimer virker ikke](#). *Ugeskr Læger* 2017;8 maggio.
- 624 [Drugs for Alzheimer's Disease](#). Therapeutics Initiative, University of British Columbia 2005;31 agosto.
- 625 Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, pagina 96.
- 626 Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, pagina 102.
- 627 Breggin PR. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2008.
- 628 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 148.
- 629 Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47; Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003;326:1343-4; Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363; Read J, Moncrieff J. [Depression: why drugs and electricity are not the answer](#). *Psychological Medicine* 2022; Febr 1:1-10; Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Mellemsgaard; 2019.

-
- ⁶³⁰ Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363.
- ⁶³¹ UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808.
- ⁶³² Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- ⁶³³ UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808 and Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- ⁶³⁴ Read J. A response to yet another defence of ECT in the absence of robust efficacy and safety evidence. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022;31:e13.
- ⁶³⁵ UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808.
- ⁶³⁶ Munkholm K, Jørgensen KJ, Paludan-Müller AS. Electroconvulsive therapy for preventing relapse and recurrence in people with depression (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2022;1:CD015164.
- ⁶³⁷ Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD000076.
- ⁶³⁸ Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363.
- ⁶³⁹ Frandsen P. *Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet*. Odense: Mellelgaard; 2019.
- ⁶⁴⁰ Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, et al. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;2:CD003593.
- ⁶⁴¹ *Klinisk vejledning for almen praksis: unipolar depression, diagnostik og behandling*. Dansk Selskab for Almen Medicin 2010.
- ⁶⁴² Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363; UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808; Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- ⁶⁴³ Frich M. Brug af elektrochok firedoblet. *Jyllands-Posten* 1998;19 maggio.
- ⁶⁴⁴ Borre K. [Mette's Voice](#). Film documentario 2014.
- ⁶⁴⁵ Gøtzsche PC. [Chemical or psychological psychotherapy?](#) *Mad in America* 2017;Jan 29.
- ⁶⁴⁶ Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2006;8:201-15.
- ⁶⁴⁷ Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2021;8:969-80; McPherson S, Hengartner MP. Long-term outcomes of trials in the National Institute for Health and Care Excellence depression guideline. *BJPsych Open* 2019;5:e81; 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; 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); Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010;65:98-109; Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E, et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2021;20:387-96; Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;351:h6019.
- ⁶⁴⁸ Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E, et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2021;20:387-96.
- ⁶⁴⁹ Gøtzsche PC. [Psychotherapy has an enduring effect on depression—in contrast to depression pills](#). *Mad in America* 2021;23 nov.

-
- ⁶⁵⁰ 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 e Hengartner MP, Plöderl M. Risposta alla lettera all'editore: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's Re-Analysis". *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4.
- ⁶⁵¹ Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- ⁶⁵² 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.
- ⁶⁵³ 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.
- ⁶⁵⁴ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017
- ⁶⁵⁵ Nilsson Å. *Processen: möten, mediciner, beslut*. Stocolma: Natur & Kultur; 2017.
- ⁶⁵⁶ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 277.
- ⁶⁵⁷ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- ⁶⁵⁸ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic, 2a edizione*. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 316.
- ⁶⁵⁹ Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N (red.). *Børne- og ungdomspsykiatri*. København: FADLs Forlag; 2019.
- ⁶⁶⁰ Starrfelt R, Gerlach C, Gade A (red.). *Klinisk neuropsykologi*. København: Frydenlund; 2021.
- ⁶⁶¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 18.
- ⁶⁶² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 124.
- ⁶⁶³ 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.
- ⁶⁶⁴ Stubbe DE, Thomas WT. A survey of early-career child and adolescent psychiatrists: professional activities and perceptions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:123-30.
- ⁶⁶⁵ Cooper M. [Psychiatrist: Over diagnosis leads to strain on resources](#). KPLC 7 News 2014;27 novembre.
- ⁶⁶⁶ Heldmark T. [Alternativ behandling mot depression används för lite](#). Sveriges Radio 2020;24 agosto.
- ⁶⁶⁷ Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:402-7.
- ⁶⁶⁸ Mors O, Nordentoft M, Hageman I (red.). *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard; 2016, pagina 597.
- ⁶⁶⁹ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic, 2a edizione*. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 8.
- ⁶⁷⁰ Churchill R, Hunot V, Corney R, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001;5(35).
- ⁶⁷¹ Sørensen A. *Withdrawing from antidepressants*. PhD thesis. University of Copenhagen. Defended 2022;June 9.
- ⁶⁷² Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- ⁶⁷³ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 116.
- ⁶⁷⁴ Turri MG. [The best kept secret in psychiatry](#). *Rivista Asylum* 2019;26(2).
- ⁶⁷⁵ Turri MG, Merson S, McNab S, Cooper RE. [The Systemic Assessment Clinic, a novel method for assessing patients in general adult psychiatry: presentation and preliminary service evaluation](#). *Community Mental Health Journal* 2021;57:753-63.
- ⁶⁷⁶ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 152.
- ⁶⁷⁷ [Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità: Commento generale n. 1](#). 2014; 19 maggio.
- ⁶⁷⁸ Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, pagina 106.

-
- ⁶⁷⁹ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337 e Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- ⁶⁸⁰ Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *Eur Psychiat* 2011;26:201-7 and 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.
- ⁶⁸¹ Ryn ZJ. *Rhythm of death: The experience of survivors of Nazi German concentrations camps*. Medycyna Praktyczna, Krakow; 2018; *German crimes in Poland*. Warsaw; Central Commission for Investigation of German Crimes in Poland; 1946; *Auschwitz: Nazi extermination camp*. Warsaw: Interpress; 1978.
- ⁶⁸² Gøtzsche PC. [Patienter mødes af ulovligt krav om at tage psykofarmaka for at modtage sociale ydelser](#). *Jyllands-Posten* 2022; 8 aprile.
- ⁶⁸³ Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD004408.
- ⁶⁸⁴ Wollaston S. Community treatment orders are not helping people with mental illness. *The Guardian* 2013;Aug 14.
- ⁶⁸⁵ [Community treatment orders](#). *Mind* 2007;Dec.
- ⁶⁸⁶ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 301.
- ⁶⁸⁷ Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *Eur Psychiat* 2011;26:201-7.
- ⁶⁸⁸ Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:889-97.
- ⁶⁸⁹ Christensen DC. *Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system*. Portland: Jorvik Press; 2012.
- ⁶⁹⁰ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 309.
- ⁶⁹¹ Nilsonne Å. *Processen: möten, mediciner, beslut*. Stoccolma: Natur & Kultur; 2017.
- ⁶⁹² Zinkler M, von Peter S. End coercion in mental health services - toward a system based on support only. *Laws* 2019;8:19.
- ⁶⁹³ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 301 e Gøtzsche PC. [Forced drugging with antipsychotics is against the law: decision in Norway](#). *Mad in America* 2019; 4 maggio.
- ⁶⁹⁴ Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. [Forced medication in psychiatry: Patients' rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark](#). *Clin Neuropsychiatry* 2019;16:229-33 and Gøtzsche PC, Sørensen A. [Systematic violations of patients' rights and safety: Forced medication of a cohort of 30 patients](#). *Ind J Med Ethics* 2020;Oct-Dec;5(4) NS:312-8.
- ⁶⁹⁵ Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- ⁶⁹⁶ Tasch G, Gøtzsche PC. [Systematic violations of patients' rights and safety: forced medication of a cohort of 30 patients in Alaska](#). *Psychosis* 2023;15:145-54.
- ⁶⁹⁷ Christensen DC. *Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system*. Portland: Jorvik Press; 2012; Frandsen P. *Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet*. Odense: Mellempgaard; 2019; Gøtzsche PC, Sørensen A. [Systematic violations of patients' rights and safety: Forced medication of a cohort of 30 patients](#). *Ind J Med Ethics* 2020;Oct-Dec;5(4) NS:312-8;
- ⁶⁹⁸ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 302.
- ⁶⁹⁹ Oute J, McPherson S. [Conflict and antagonism within global psychiatry: A discourse analysis of organisational responses to the UN reports on rights-based approaches in mental health](#). *Sociology of Health & Illness* 2024;46:473–94.
- ⁷⁰⁰ Organizzazione Mondiale della Sanità e Ufficio dell'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite. [Salute mentale, diritti umani e legislazione: linee guida e prassi](#). 2023; 9 ottobre.

-
- ⁷⁰¹ McLaren N. [The new WHO and UN Guidance: Psychiatry must entirely change](#). Mad in America 2013;Nov 18.
- ⁷⁰² Gøtzsche PC. [A remarkable feat: a psychiatric patient changed the law on restraints](#). Mad in America 2023;Dec 5.
- ⁷⁰³ Gottstein J. The Zyprexa papers. Anchorage: Jim Gottstein; 2020.
- ⁷⁰⁴ Gøtzsche PC, Jensen KB. Tvang i psykiatrien bør forbydes. Politikens kronik 2015;Aug 5; Gøtzsche PC, Jensen KB. Tvang i psykiatri bør forbydes. Dagens Medicin 2015;Sept 11 Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017; Gøtzsche PC. [Abolishing forced treatment in psychiatry is an ethical imperative](#). Mad in America 2016;17 June; [Dr. Peter Gøtzsche: Forced psychiatric treatment must be abolished](#). Transcript of lecture in Anchorage and video 2016;June 2; Gøtzsche PC. Tvangslovene i psykiatrien skal afskaffes. P - Psykologernes Fagmagasin 2016;Mar 17; Gøtzsche PC, Lund K. Tvangsmedisinering må forbys. Kritisk Juss 2016;2:118-57; Gøtzsche PC. [Forced drugging with antipsychotics is against the law: decision in Norway](#). Mad in America 2019;May 4; Gøtzsche PC, Lund K. Intet kunnskapsgrunnlag for tvangsmedisinering. In: Kolstad A, Kogstad R, eds. Medikalisering av psykososiale problemer. Oslo: Abstrakt Forlag; 2019: 175-210; Gøtzsche PC. [Norsk ombudsmand har avgjort, at tvangsmedisinering ikke kan begrundes](#). Psykiatriavisen 2019;Jan 27;; Gøtzsche PC. Kit di sopravvivenza per la salute mentale. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021; Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022;.
- ⁷⁰⁵ Gottstein J, Gøtzsche PC, Cohen D, Ruby C, Myers F. [Report on improving mental health outcomes](#). Psychrights 2023:Sept.
- ⁷⁰⁶ Malto UF. [Ubehandlet psykose øker risiko for helseskade](#). Aftenposten 2019;20 giugno.
- ⁷⁰⁷ Gøtzsche PC. Svar til Malt: Ubehandlet psykose øker risiko for helseskade. Aftenposten 2019;20 giugno.
- ⁷⁰⁸ Read J, Cartwright C, Gibson K. How many of 1829 antidepressant users report withdrawal effects or addiction? Int J Ment Health Nurs 2018;27:1805-15.
- ⁷⁰⁹ Gøtzsche PC. Kit di sopravvivenza per la salute mentale. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 112.
- ⁷¹⁰ 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.
- ⁷¹¹ Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538-46.
- ⁷¹² Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomised clinical trial. Biol Psychiatry 1998;44:77-87.
- ⁷¹³ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagine 114-5.
- ⁷¹⁴ Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley, et al. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1994;33:809-18.
- ⁷¹⁵ 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.
- ⁷¹⁶ Bawden A. [Antidepressant withdrawal symptoms experienced by 15% of users, study finds](#). The Guardian 2024;June 6.
- ⁷¹⁷ Henssler J, Schmidt Y, Schmidt U, et al. [Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis](#). Lancet Psychiatry 2024;11:526-35.
- ⁷¹⁸ Pariente CM. [The myth that antidepressants are addictive has been debunked – they are a vital tool in psychiatry](#). The Guardian 2024;June 6.
- ⁷¹⁹ Read J, Davies J. [Why we are sceptical about this study of antidepressant withdrawal symptoms](#). The Guardian 2024;June 14.
- ⁷²⁰ [Council for Evidence-based Psychiatry](#).
- ⁷²¹ Nutt DJ, Goodwin GM, Bhugra D, et al. Attacks on antidepressants: signs of deep-seated stigma? Lancet Psychiatry 2014;1:103–4 e Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 4.
- ⁷²² Gøtzsche PC. [Why I think antidepressants cause more harm than good](#). Lancet Psychiatry 2014;1:104-6.

-
- ⁷²³ 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.
- ⁷²⁴ 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;15 settembre.
- ⁷²⁵ [Response: Prescription pills kill](#). Comunicato stampa, Royal College of Psychiatry 2015; 15 settembre.
- ⁷²⁶ Bero L, Farquhar C, Wilson M, Tovey D. [Statement from Cochrane](#) 2015;Sept 18.
- ⁷²⁷ Gøtzsche PC. [Cochrane reviews of psychiatric drugs are untrustworthy](#). Mad in America 2023;Sept 14.
- ⁷²⁸ Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, et al. Evidence b(i)ased medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ* 2003;326:1171–3; Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60; Le Noury J, Nardo JM, Healy D, et al. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *BMJ* 2015;351:h4320; Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016;352:i65; 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; Maund E, Tendal B, Hróbjartsson A, Jørgensen KJ, Lundh A, Schroll J, Gøtzsche PC. Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. *BMJ* 2014;348:g3510; Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. 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; 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; Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's ReAnalysis." *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4; Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408.
- ⁷²⁹ 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.
- ⁷³⁰ Wise J. Cochrane distances itself from controversial views on psychiatric drugs. *BMJ* 2015;351:h5073.
- ⁷³¹ Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019
- ⁷³² Simons P. [Peer-support groups were right, guidelines were wrong: Dr. Mark Horowitz on tapering off antidepressants](#). Mad in America 2019;Mar 20.
- ⁷³³ 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.
- ⁷³⁴ [Psychiatric drug withdrawal / Udtræpning af psykofarmaka](#).
- ⁷³⁵ Gøtzsche PC, Runcimann O, Bækgaard J, Sørensen A, Toft BS. Skru ned for psykofarmaka. Piller er ikke løsningen. *Politikens kronik* 2019;Sept 8.
- ⁷³⁶ Gøtzsche PC, Runcimann O, Bækgaard J, Sørensen A, Toft BS. [The epidemic of psychiatric drug usage – taper off the pills](#). *Deadly Medicines* 2019;Oct 22.
- ⁷³⁷ [International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal](#).
- ⁷³⁸ Gøtzsche PC. Kit di sopravvivenza per la salute mentale. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021 (pubblicato per la prima volta sul mio sito web nel 2020).
- ⁷³⁹ Gøtzsche PC. [Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs](#). Mad in America 2021
- ⁷⁴⁰ [Institute for Scientific Freedom](#).
- ⁷⁴¹ Horowitz M, Taylor DM. The Maudsley Deprescribing Guidelines: Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids and Z-drugs. London: Wiley-Blackwell; 2024.
- ⁷⁴² Breggin P. Medication madness. New York: St. Martin's Griffin; 2008.
- ⁷⁴³ Gatenby A. ["My anti-depressant withdrawal was worse than depression"](#). BBC 2020; 12 marzo.

-
- 744 Groot P, van Os J. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. *Psychosis* 2018;10:142-5.
- 745 Gøtzsche PC. [Withdrawing from psychiatric drugs: How to produce smaller doses than those the drug companies provide](#). *Mad in America* 2023;Nov 21.
- 746 Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families*. New York: Springer; 2012.
- 747 Simons P. [Peer-support groups were right, guidelines were wrong: Dr. Mark Horowitz on tapering off antidepressants](#). *Mad in America* 2019;Mar 20.
- 748 Gøtzsche PC. [Surviving psychiatry: a typical case of serious psychiatric drug harms](#). *Mad in America* 2020;Jan 7.
- 749 Whitaker R. *Anatomy of an epidemic, 2a edizione*. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 750 Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families*. New York: Springer; 2012 e Gøtzsche PC. *Kit di sopravvivenza per la salute mentale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021; Horowitz M, Taylor DM. *The Maudsley Deprescribing Guidelines: Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids and Z-drugs*. London: Wiley-Blackwell; 2024.
- 751 Gøtzsche PC. Sundhedsstyrelsens farlige råd om depressionspiller. *Politikens Kronik* 2020;Feb 7.
- 752 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 753 Gøtzsche PC. [Role of health authorities in denying the withdrawal problem with depression drugs](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023; Dec 5.
- 754 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 755 Gøtzsche PC. [Farlige råd om for hurtig udtræpning af antidepressiva](#). *Ugeskr Læger* 2021;183:464.
- 756 Lundsgaard CC, Videbech P. [Svar](#). *Ugeskr Læger* 2021;183:465.
- 757 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- 758 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 and Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, et al. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry* 2013;170:609-15.
- 759 Gøtzsche PC. *Kit di sopravvivenza per la salute mentale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 97.
- 760 Gøtzsche PC. [Psychiatrists roadblock psychiatric drug withdrawal initiatives: Part 1](#). *Breggin.com* 2017;Dec 4.
- 761 <https://www.deadlymedicines.dk/udtræpning-af-psykofarmaka-psychiatric-drug-withdrawal/>
- 762 Politikerspørgsmål til Region Hovedstaden nr. 227-17 stillet af Niels Højby besvaret 8. februar 2018.
- 763 [Peter Gøtzsche & Anders Sørensen om udtræpning af psykofarmaka](#). Nyborg 2018;16 marzo.
- 764 Davies J, Read J, Hengartner MP, et al. Clinical guidelines on antidepressant withdrawal urgently need updating. *BMJ* 2019;365:l2238.
- 765 [Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence review](#). Public Health England 2019;Sept.
- 766 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.
- 767 Davies J, Horowitz M, Montagu L, et al. [The government has a moral duty to help those harmed by prescribed dependence forming drugs](#). *BMJ* 2023;381:p1417.
- 768 Nugent T. Profile in courage: A beleaguered whistle-blower physician fights for patients and jobs – and wins. *Opednews* 2012;Nov 1.
- 769 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.
- 770 Gøtzsche PC, Sørensen A. [The review on antidepressant withdrawal that Cochrane won't publish](#). *Mad in America* 2020;Feb 11.

-
- 771 Gøtzsche PC. [Complaint about Cochrane editors committing editorial misconduct](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;March 29; Gøtzsche PC. [Cochrane doesn't take editorial misconduct seriously](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;Aug 31; Gøtzsche PC. [Cochrane reviews of psychiatric drugs are untrustworthy](#). Mad in America 2023;Sept 14.
- 772 Korsgaard P, Jensen JH. Produrre: Pjat med jer! Per migliorare la qualità del lavoro dei liofilizzatori: Det kan ikke lade sig gøre. Ekstra Bladet 2012;11 dic. e Depressionspiller kan gøre brugere afhængige. Politiken 2012;10 dic.
- 773 Gøtzsche PC. Why we need a broad perspective on meta-analysis: It may be crucially important for patients. BMJ 2000;321:585-6.
- 774 Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, 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.
- 775 Gøtzsche PC. What is the moral collapse in the Cochrane Collaboration about? Ind J Med Ethics 2019 Oct-Dec;4(4) NS:303-9.
- 776 Gøtzsche PC. [Complaint about Cochrane editors committing editorial misconduct](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;March 29.
- 777 Gøtzsche PC. [Cochrane doesn't take editorial misconduct seriously](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;Aug 31.
- 778 Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2021;4:CD013495.
- 779 Gøtzsche PC, Demasi M. Interventions to help patients withdraw from depression drugs: A systematic review. Int J Risk Saf Med 2024;35:103-16.
- 780 Gøtzsche PC, Demasi M. Interventions to help patients withdraw from depression drugs: A systematic review. Int J Risk Saf Med 2024;35:103-16.
- 781 Demasi M, Gøtzsche PC. [Quitting antidepressants can be tricky](#) Substack 2023;April 25.
- 782 Gøtzsche PC, Demasi M. [Interventions to help patients withdraw from depression drugs: A systematic review](#). medRxiv preprint 2023;March 14.
- 783 Gøtzsche PC. [Cochrane reviews of psychiatric drugs are untrustworthy](#). Mad in America 2023;Sept 14.
- 784 [Videos of talks presented at the inaugural symposium](#). Institute for Scientific Freedom 2019; 9 marzo.
- 785 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 307.
- 786 Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, pagina 226.
- 787 Timimi S. Children's mental health in the era of globalisation: neo-liberalism, commodification, Mcdonaldisation, and the new challenges they pose. In: Victor Olisah (ed), Essential Notes in Psychiatry; 2012.
- 788 Gøtzsche PC. Psykofarmaka gör mer skada än nytta, Aftonbladet 2016;Sept 5.
- 789 Gøtzsche PC. [Antidepressants increase the risk of suicide and violence at all ages](#). Mad in America 2016;Nov 16.
- 790 Gøtzsche PC. [Editorial misconduct: Finnish Medical Journal rejects paper on suicide risk](#). Mad in America 2017;Feb 22.
- 791 Whitaker R. [Thou shall not criticize our drugs](#). Mad in America 2017;22 settembre.
- 792 Stordrange IL. [The happy pill. She survived 10 years of "torture" in psychiatry](#). Documentario 2017.
- 793 Hoel A. [Cause of death: unknown](#). Documentario 2017;24 mar.
- 794 Pedersen AT. [Diagnosing psychiatry](#). Film documentario 2017.
- 795 Pedersen AT. [Debat: Vi har ret til at undre os](#). Journalisten 2017;8 maggio.
- 796 Gøtzsche PC. Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016.
- 797 https://www.dr.dk/drtv/serie/psykiatriens-dilemma_103834
- 798 Pedersen AT. Det, fik du ikke at vide i DRs dokumentar om psykiatri. Psykiatriavisen 2019;9 giugno.

-
- 799 Christensen AS. [DR2 undersøger Danmark på piller](#). DR 2013;Mar 20.
- 800 [DR-kampagne undergraver tusinder af lægers arbejde](#). Dagens Medicin 2013;25 aprile.
- 801 Thouber M. [DR taler hverken for eller imod antidepressiv medicin](#). Dagens Medicin 2013;3 maggio.
- 802 Thomsen PH, Plessen K, Houmann T, et al. [DR-serie kan skade børn med ADHD](#). Dagens Medicin 2013; 3 maggio.
- 803 Ditzel EE. [Psykiatri-professor om DR-historier: "Skræmmekampagne der kan koste liv."](#) Journalisten 2013;Apr 11.
- 804 Gøtzsche PC. Psykiatriprofessors argumentation er misvisende. Politiken 2020; March 13.
- 805 Christensen BK. [Antidepressiv medicin genopbygger hjernen](#). Videnskab.dk 2014;Jan 9.
- 806 Arnone D, McKie S, Elliott R, et al. State-dependent changes in hippocampal grey matter in depression. Mol Psychiatry 2013;18:1265-72.
- 807 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 808 Gøtzsche PC. [The decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. Libro disponibile gratuitamente.
- 809 [The honest professor and the fall of the Cochrane empire](#). Film documentario in preparazione.
- 810 Østergaard K. [Mor på antidepressiver begik selvmord](#). DR1 2013;Apr 15.
- 811 Heilbuth PE. Dårlig presseetik, Politiken. Politiken 2013;Apr 19.
- 812 Videbech P. [Overlæge: DR svinger mennesker med depression](#). Altinget 2016;Aug 31..
- 813 Jensen S. [DR: Vi rejser vigtig debat om diagnoser](#). Altinget 2016;Sept 16.
- 814 Gøtzsche PC. [The media's false narrative about depression pills, suicides, and saving lives](#). Mad in America 2023;Aug 23.
- 815 Thisted K. Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død! Ekstra Bladet 2015;24 ottobre.
- 816 Ferrie A. [Antidepressants: I wasn't told about the side effects](#). BBC Scotland 2023;9 agosto.
- 817 Gøtzsche PC. [Prescription drugs are the leading cause of death. And psychiatric drugs are the third leading cause of death](#). Mad in America 2024;April 16.
- 818 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. [Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review](#). J R Soc Med 2017;110:404-10.
- 819 Spencer M. [The Carter Center's guide for mental health journalism: don't question, follow the script](#). Mad in America 2020;Feb 23.
- 820 Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. Politikens kronik 2014;Jan 6.
- 821 Gøtzsche PC. [Psychiatry gone astray](#). Mad in America 2014;Jan 28.
- 822 Gøtzsche PC. Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016, pagina 326.
- 823 Schmidt AL. [Psykiaterformand: Overlæges forslag vil føre til flere selvmord](#). Politiken 2014;Jan 6.
- 824 Smith E. Farligt at sprede angst om psykofarmaka. Politiken 2014;Jan 16.
- 825 Kortegaard L. [Lisbeth Kortegaard: Skyd budbringeren - om overforbrug af psykofarmaka](#). Ugeskr Læger 2014;Jan 21.
- 826 Toft ON. Patienter og læger kritiserer Peter Gøtzsche. Altinget 2014;Jan 16.
- 827 Schmidt AL. Sundhedsminister: Psykisk syge bliver dobbelt ramt. Politiken 2024; 18 gennaio.
- 828 Smith AL. 870.000 patienter går i rette med overlæge Peter Gøtzsche. Politiken 2014;Jan 14.
- 829 Toft ON. Gøtzsche: Jeg siger bare sandheden. Altinget 2014;Jan 16 e Gøtzsche PC. [Når sandheden er ilde hørt, skyder man budbringeren](#). Altinget 2014;Jan 14.
- 830 Andreasen JT. Vi ku' afskaffe al medicin of undgå alle bivirkninger. Weekendavisen 2014;Jan 17.
- 831 Schmidt AL. Overlæge fortryder centralt udsagn i omblæst kronik: Jeg er blevet misforstået. Politiken 2014;Jan 17.
- 832 Villesen K. [Polariseret sygdomsdebat](#). Informazioni 2014;21 gennaio.
- 833 Bruun CE. Er der en normal dansker til stede? Politiken 2014;Jan 23.

-
- 834 Middelboe T. Debat om psykofarmaka - nu med orkanstyrke. Dansk Psykiatrisk Selskabs Nyhedsbrev 2014;Jan.
- 835 Schmidt AL. Psykiaterne går i krig mod overlæge: Peter Gøtzsche er ekstrem og useriøs. Politiken 2014;Jan 17 e Kessing L, Nordentoft M, Middelboe T. Fup og fakta omkring psykofarmaka. Politiken 2014;Jan 17.
- 836 Gøtzsche PC. Toneangivende psykiatere er fortsat på afveje
- 837 Döllner N. Voldemort. Dagens Medicin 2014; 31 gennaio.
- 838 Heissel A. [Peter, the wolf: Gøtzsche versus Gøtzsche](#). Dagens Medicin 2014;31 gennaio.
- 839 Kortegaard L. [Peter Gøtzsche set gennem Dagens Medicins troldspejl](#). Dagens Medicin 2014;Feb 28.
- 840 Kortegaard L. [Lisbeth Kortegaard: Klapiagten på Peter Gøtzsche fortsætter](#). Ugeskr Læger 2014;2 maggio.
- 841 Licht R, Nordentoft M, Bech P, et al. Ti veje til bedre psykiatrisk behandling. Altinget 2014;Feb 6.
- 842 Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. Politikens kronik 2014;Jan 6 e Gøtzsche PC. [Psychiatry gone astray](#). Mad in America 2014;Jan 28.
- 843 Gøtzsche PC. Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016.
- 844 Schmidt AL. Omstridt professor bliver lagt på is efter angreb på medicin. Politiken 2014;25 marzo.
- 845 Toft ON. [Krag: Gøtzsche og Cochrane er ikke det samme](#). Altinget 2014;Jan 21.
- 846 Toft ONM. [Gøtzsches organisation tager afstand fra hans psykiatri-udtalelser](#). Altinget 2014;25 marzo.
- 847 Hemmingsen MA. [Internationalt Cochrane-netværk undsiger Peter Gøtzsche](#). Dagens Medicin 2014;28 marzo; Schmidt AL. Il professore Omstridt bliver lagt på is efter angreb på medicin. Politiken 2014;25 marzo; Larsen K. [Cochrane lægger afstand til Gøtzsche](#). Ugeskr Læger 2014;25 marzo.
- 848 Toft ONM. [Gøtzsches organisation tager afstand fra hans psykiatri-udtalelser](#). Altinget 2014;25 marzo.
- 849 Gøtzsche PC. [Cochrane-fjeren, der blev til fem høns](#). Dagens Medicin 2014;11 aprile.
- 850 Gøtzsche PC. [Unwarranted criticism of "Psychiatry cone astray"](#). Mad in America 2014;Feb 20.
- 851 Drake RE, Binagwaho A, Martell HC, et al. Mental healthcare in low and middle income countries. BMJ 2014;349:g7086.
- 852 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? BMJ 2015;350:h2435.
- 853 Tovey D, Churchill R, Adams CE, MacDonald G. [Rapid Response to the Maudsley debate](#). BMJ 2015; 13 maggio.
- 854 Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- 855 Shaw MD. Pernicious low tech issues in healthcare. HealthNewsDigest.com 2015;May 30.
- 856 <https://www.youtube.com/watch?v=9oH9ovmmAXk>
- 857 Gøtzsche PC. [Rapid response to: Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good?](#) BMJ 2015;17 maggio.
- 858 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019 and Gøtzsche PC. [Decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.. Disponibile gratuitamente.
- 859 Vogel G. Fresh fights roil evidence-based medicine group. Science 2018;362:735; Vesper I. [Mass resignation guts board of prestigious Cochrane Collaboration](#). Nature 2018;Sept 17; Enserink M. [Evidence-based medicine group in turmoil after expulsion of co-founder](#). Science 2018;Sept 16; Hawkes N. Cochrane director's expulsion results in four board members resigning. BMJ 2018;17 Sept,362:k3945; Burki T. The Cochrane board votes to expel Peter Gøtzsche. Lancet 2018;392:1103-4; Hawkes N. Cochrane director says his sacking was flawed and came after "show trial". BMJ 2018;20 Sept,362:k4008.
- 860 Timimi S. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Psychosis 2020;12:99-100. [Disponibile gratuitamente qui](#).
- 861 Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- 862 Rasmussen LI. L'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 e Rasmussen LI. Dansk psykiatris onde ånd er tilbage. Politiken 2015;Aug 30:4.

-
- 863 Johansen R. [Kritisk blikk på psykiatrien](#). Tidsskrift for Den norske legeforening 2015;135:2201; Nilsson A, "Se upp! Om det behövs: Dra i nödbromsen innan det är för sent!". Psykologtidningen 2016;Nov 3; Due H. Medicinalindustriens dårlige samvittighed. Psykologernes Fagmagasin 2016;2:13-21 ; Bornäs H. Tonläget är för uppskruvat men kritiken värd att ta på allvar. Filosofi & Psykologi 2017;2:27-9; Oute J, Ringer A. [Psykiatrien i krise - en kamp om definitioner](#). Sygeplejersken 2014;7:78-82; Hedlund F. [Peter Gøtzsche på krigsstigen mot psykiatrien](#). Läkartidningen 2016;113:1448-51.
- 864 Barse M. ["Peter Gøtzsche: Én mand kan godt ændre videnskaben."](#) videnskab.dk 2015;Nov 13.
- 865 Pedersen FS. "Jeg kalder en spade en spade". Berlingske 2015;Nov 22:Magasin:18-9.
- 866 Appel MM. [Psykiatrien - læger uden grænser](#). Tidsskriftet Outsideren 2015;Oct 6.
- 867 Berglund G. [Starka ekonomiska intressen skyddar läkemedelsindustrin](#). Dala-demokraten 2016;Nov 8 e Sternlycke H. Avslöjanden om psykofarmaka. Miljömagasinet 2016;33:9.
- 868 Brinkmann S. Chokerende og læseværdig bog om psykiatriens konsekvenser lider under voldsom retorik. Politiken 2014;Oct 4.
- 869 Mysterud I. [På pasientenes side mot psykiatrien](#). Tidsskrift for Norsk psykologforening 2016; 53:396-8; Mysterud I. [På pasientenes side mot psykiatrien](#). Helsemagasinet VOF 2016;March:38-43; Mysterud I. Psichiatria mortale e negazione organizzata. A cura di P. C. Gøtzsche. Psychol Med 2017;47:1335-6.
- 870 Da HP. [En pæn måde at skabe en kronisk patient på](#). Dagens Medicin 2015;Oct 23.
- 871 Flyvbjerg A. Vejen til bedre psykiatri ligger klar foran os. Politiken 2015;Oct 20.
- 872 Gøtzsche PC. Psykiatrien. Politiken 2015;Oct 28.
- 873 Gøtzsche PC. Usandheder i psykiaterformands boganmeldelse. Ugeskr Læger 2015;Oct 7.
- 874 Jacobsen TB. [Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse](#). Ugeskr Læger 2015;Sept 14.
- 875 Schmidt AL. "Jeg har fået patienter indlagt, som stoppede medicin og forsøgte selvmord på grund af den debat, der kørte". Politiken 2015;Sept 5.
- 876 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015, pagina 161.
- 877 Rosenberg R. Peter Gøtzsche er ude i et uetisk korstog mod psykisk syge. Politiken 2015;Sept 1.
- 878 Madsen MAM. Peter Gøtzsche som nutidens korsridder. Politiken 2015;5 settembre.
- 879 Poulsen HD. Psykisk syge i knibe. Politiken 2015;9 settembre.
- 880 Mikkelsen JH. [Derfor opgiver psykiatere at gå i dialog med Gøtzsche](#). Dagens Medicin 2015; 23 ottobre.
- 881 Korkeila J. Antipsykiatria 2.0. Suomen Lääkärilehti 2016;39:2465.
- 882 Landén M. ["Gøtzsches bok är motsatsen till vetenskaplig hederlighet"](#). Läkartidningen 2015;Sept 12.
- 883 <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Kultur/recensioner/2016/09/Antipsykiatri/#comments>
- 884 Bang JR. [Evidensbaseret psykiatrisk behandling, hvad ellers?](#) Ugeskr Læger 2015;177:2155.
- 885 Schjøtt F. Psykiatri. Politiken 2015;Oct 29:9 e Schjøtt F. [Lundbeck, Lundbeck - über alles](#). Deadly Medicines 2017;2 marzo.
- 886 Shipko S. [Organized denial: psychiatry's quiet desperation](#). Mad in America 2016;May 1.
- 887 Sharfstein S. Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad and the ugly. Psychiatric News 2005;40:3.
- 888 Davis JM, Giakas WJ, Qu J, et al. Should we treat depression with drugs or psychological interventions? A reply to Ioannidis. Philos Ethics Humanit Med 2011;6:8.
- 889 Glenthøj B, Baandrup L, Ebdrup B, et al. Bag myterne om antipsykotisk medicin. Politiken 2012; 19 ottobre.
- 890 Gøtzsche PC. ["Make Psychiatry Healthy": Analysis of a leaflet from the Danish Psychiatric Association](#). Mad in America 2021;Nov 4.
- 891 Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. PLoS One 2010;5:e15337.
- 892 Gøtzsche PC. [Brug mindre psykofarmaka, ikke mere](#). Jyllands-Posten 2023; 14 settembre.
- 893 Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 8.
- 894 <https://netdoktor.dk/skizofreni/aarsager/til/skizofreni.htm>

-
- ⁸⁹⁵ Trubetskov V, Pardiñas AF, Qi T, et al. Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. *Nature* 2022;604:502-8.
- ⁸⁹⁶ Rammos A, Gonzalez LAN, The Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium 2, et al. The role of polygenic risk score gene-set analysis in the context of the omnigenic model of schizophrenia. *Neuropsychopharmacol* 2019;44:1562-9.
- ⁸⁹⁷ Varese F, Smeets F, Drukker M, 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 e 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.
- ⁸⁹⁸ Curtis D. Analysis of 50,000 exome-sequenced UK Biobank subjects fails to identify genes influencing probability of developing a mood disorder resulting in psychiatric referral. *J Affect Disord* 2021;281:216-9.
- ⁸⁹⁹ Torrey F, Simmons WW, Dailey L. The NIMH research portfolio: an update. *Psychiatrist.com* 2023;Aug 1.
- ⁹⁰⁰ 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.
- ⁹⁰¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, capitoli 2-4 (disponibile gratuitamente).
- ⁹⁰² Deeks JJ, Dinnes J, D’Amico R, et al. Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technol Assess* 2003;7:1-173.
- ⁹⁰³ 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 and Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, et al. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry* 2013;170:609-15.
- ⁹⁰⁴ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 21.
- ⁹⁰⁵ Barber M. [Strengthening research integrity: The role and responsibilities of publishing](#). International Science Council 2021; Nov 3.
- ⁹⁰⁶ Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021.
- ⁹⁰⁷ Frankfurt HG. *On bullshit*. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
- ⁹⁰⁸ Kahnemann D. *Thinking, fast and slow*. London: Penguin Books; 2011.
- ⁹⁰⁹ Gøtzsche PC. [Psychiatry textbooks are filled with errors and propaganda](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2022;Aug 3.
- ⁹¹⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- ⁹¹¹ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017 e Gøtzsche PC. *Kit di sopravvivenza per la salute mentale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021.
- ⁹¹² de Vries YA, Roest AM, de Jonge P, et al. The cumulative effect of reporting and citation biases on the apparent efficacy of treatments: the case of depression. *Psychol Med* 2018;48:2453-5 and Boutron I, Dutton S, Ravaud P, et al. Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically nonsignificant results for primary outcomes. *JAMA* 2010;303:2058-64.
- ⁹¹³ Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? *PLoS Med* 2006;3:e240.
- ⁹¹⁴ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017; Hróbjartsson A, Thomsen AS, Emanuelsson F, et al. Observer bias in randomised clinical trials with binary outcomes: systematic review of trials with both blinded and non-blinded outcome assessors. *BMJ* 2012;344:e1119; Hróbjartsson A, Thomsen ASS, Emanuelsson F, et al. Observer bias in randomized clinical trials with measurement scale outcomes: a systematic review of trials with both blinded and nonblinded assessors. *CMAJ* 2013;185:E201-11
- ⁹¹⁵ 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.
- ⁹¹⁶ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic, 2a edizione*. New York: Broadway Paper-backs; 2015.
- ⁹¹⁷ Gronfein W. Psychotropic drugs and the origins of deinstitutionalization. *Social Problems* 1985;32:437-54.

-
- ⁹¹⁸ Boesen K, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA. EMA and FDA psychiatric drug trial guidelines: assessment of guideline development and trial design recommendations. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2021;30:e35,1–10.
- ⁹¹⁹ 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.
- ⁹²⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pagina 55.
- ⁹²¹ 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.
- ⁹²² Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, 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; Chen EY, Hui CL, Lam MM, 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; Gøtzsche PC. *Kit di sopravvivenza per la salute mentale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 31.
- ⁹²³ Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families*. New York: Springer; 2012.
- ⁹²⁴ Danborg PB, Simonsen AL, Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. [Long-term changes in observed behaviour after exposure to psychiatric drugs: a systematic review of animal studies](#). Institute for Scientific Freedom 2017;Nov 26.
- ⁹²⁵ Whitaker R, Gøtzsche PC. [The pervasive financial and scientific corruption of psychiatric drug trials](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2022;Mar 23.
- ⁹²⁶ Insel TR. Psychiatrists' relationships with pharmaceutical companies: part of the problem or part of the solution? *JAMA* 2010;303:1192-3; Harris G, Carey B, Roberts J. Psychiatrists, children and drug industry's role. *New York Times* 2007;May 10; Moynihan R. Is the relationship between pharma and medical education on the rocks? *BMJ* 2008;337:484-5.
- ⁹²⁷ Campbell EG, Weissman JS, Ehringhaus S, et al. Institutional academic industry relationships. *JAMA* 2007;298:1779-86.
- ⁹²⁸ Gøtzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato: come le grandi farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016 e Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017.
- ⁹²⁹ Schelin EM. Sund skepsis er den bedste medicin. *Ugeskr Læger* 2010;172:3361.
- ⁹³⁰ Insel T. *Healing: our path from mental illness to mental health*. New York: Penguin Press; 2022.
- ⁹³¹ Whitaker R. [Thomas Insel makes a case for abolishing psychiatry](#). *Mad in America* 2022;Apr 30.
- ⁹³² Whitaker R. *Anatomy of an epidemic, 2a edizione*. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ⁹³³ Whitaker R. [Thomas Insel makes a case for abolishing psychiatry](#). *Mad in America* 2022;Apr 30.
- ⁹³⁴ Schopenhauer A. *The art of always being right*. London: Gibson Square; 2009.
- ⁹³⁵ Levine B. [How to explain top psychiatrists' "Dr. Strangelove exuberance" unchecked by reality](#). *Mad in America* 2025;June 6.
- ⁹³⁶ Bockoven JS, Solomon HC. [Comparison of two five-year follow-up studies: 1947 to 1952 and 1967 to 1972](#). *Am J Psychiatry* 1975;132:796-801.
- ⁹³⁷ Carpenter WT, McGlashan TH, Strauss JS. [The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions](#). *Am J Psychiatry* 1977;134:14-20.
- ⁹³⁸ Bola JR, Mosher LR. [Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project](#). *J Nerv Ment Dis* 2003;191:219-29.
- ⁹³⁹ Rappaport M, Hopkins HK, Hall K, et al. [Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated?](#) *Int Pharmacopsychiatry* 1978;13:100-11.
- ⁹⁴⁰ Chouinard G, Jones BD. [Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacologic characteristics](#). *Am J Psychiatry* 1980;137:16-21.
- ⁹⁴¹ 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 and Ho BC, Andreasen NC, Nopoulos

-
- P, et al. [Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia](#). Arch Gen Psychiatry 2003;60:585-94.
- ⁹⁴² Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. J Nerv Ment Dis 2007;195:406-14.
- ⁹⁴³ 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.
- ⁹⁴⁴ Moilanen J, Haapea M, Miettunen J, et al. 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. Eur Psychiatry 2013;28:53-8.
- ⁹⁴⁵ Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, et al. [A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up](#). Schizophr Bull 2013;39:436-48.
- ⁹⁴⁶ 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.
- ⁹⁴⁷ Jung E, Wiesjahn M, Wendt H, et al. Symptoms, functioning and coping strategies in individuals with schizophrenia spectrum disorders who do not take antipsychotic medication: a comparative interview study. Psychol Med 2016;46:2179-88..
- ⁹⁴⁸ Bjornestad J, Lavik KO, Davidson L, et al. Antipsychotic treatment - a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. J Ment Health 2020;29:513-23.
- ⁹⁴⁹ Whitaker R. [Drug info: Adults. Antidepressants](#). Mad in America. Non datato.
- ⁹⁵⁰ Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, et al. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. Psychother Psychosom 2010;79:267-79.
- ⁹⁵¹ Posternak MA, Solomon DA, Leon AC, et al. The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. J Nerv Ment Dis 2006;194:324-9.
- ⁹⁵² Shea MT, Elkin I, Imber SD, et al. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Arch Gen Psychiatry 1992;49:782-7.
- ⁹⁵³ Coryell W, Endicott J, Winokur G, et al. [Characteristics and significance of untreated major depressive disorder](#). Am J Psychiatry 1995;152:1124-9.
- ⁹⁵⁴ Goldberg D, Privett M, Ustun B, et al. [The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities](#). Br J Gen Pract 1998;48:1840-4.
- ⁹⁵⁵ Dewa CS, Hoch JS, Lin E, et al. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. Br J Psychiatry 2003;183:507-13.
- ⁹⁵⁶ Patten SB. [The impact of antidepressant treatment on population health: synthesis of data from two national data sources in Canada](#). Popul Health Metr 2004;2:9.
- ⁹⁵⁷ Vittengl JR. Poorer long-term outcomes among persons with major depressive disorder treated with medication. Psychother Psychosom 2017;86:302-4.
- ⁹⁵⁸ Hengartner MP, Angst J, Rössler W. Antidepressant use prospectively relates to a poorer long-term outcome of depression: results from a prospective community cohort study over 30 years. Psychother Psychosom 2018;87:181-3.
- ⁹⁵⁹ Fava GA. [Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders?](#) Psychother Psychosom 1994;61:125-31; ⁹⁵⁹ Fava GA. [Holding on: depression, sensitization by antidepressant drugs, and the prodigal experts](#). Psychother Psychosom 1995;64:57-61; Fava GA. [Potential sensitising effects of antidepressant drugs on depression](#). CNS Drugs 1999;4:247-56; Fava GA. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? J Clin Psychiatry 2003;64:123-33.
- ⁹⁶⁰ El-Mallakh RS, Gao Y, Jeannie Roberts R. [Tardive dysphoria: the role of long term antidepressant use in inducing chronic depression](#). Med Hypotheses 2011;76:769-73.
- ⁹⁶¹ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015 e Whitaker R. Den psykiatriske epidemi: Illusionen om mirakelpillen. Søborg: Psykovisions Forlag; 2013, pagina 24 (nella versione danese sono inclusi più Paesi).
- ⁹⁶² [Raine ADHD Study: Long-term outcomes associated with stimulant medication in the treatment of ADHD in children](#). Government of Western Australia 2010; Feb 7.

-
- ⁹⁶³ Currie J, Stabile M, Jones LE. [Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD?](#) National Bureau of Economic Research 2013;June.
- ⁹⁶⁴ [Questions and answers about the NIMH Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression \(STAR*D\) Study — Level 1 results, published in American Journal of Psychiatry · January 1, 2006.](#) Comunicato stampa del NIMH 2006;gennaio.
- ⁹⁶⁵ [The Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Study \(MTA\): Questions and answers.](#) NIMH 2009;Nov.
- ⁹⁶⁶ Whitaker R, Cosgrove L. Psychiatry under the influence: institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform. New York: Palgrave Macmillan; 2015.
- ⁹⁶⁷ Wikler D. "A crisis in medical professionalism." In: Ethics and the Business of Biomedicine (Arnold D, ed.). New York: Cambridge University Press; 2009, pagina 253.
- ⁹⁶⁸ Gøtzsche PC. [About not listening to people.](#) Mad in America 2023; 1 marzo.
- ⁹⁶⁹ Read J. [How psychiatrists responded to the launch of our new ECT survey.](#) Mad in America 2024;29 febbraio.
- ⁹⁷⁰ Mikkel S. Vejen ud af skizofreni Tidsskriftet Outsideren 2016;Feb 14.
- ⁹⁷¹ Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them.](#) Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021
- ⁹⁷² Collin S, Rowse G, Martinez AP, et al. Delusions and the dilemmas of life: A systematic review and meta-analyses of the global literature on the prevalence of delusional themes in clinical groups. Clin Psychol Rev 2023;104:102303.
- ⁹⁷³ Whitaker R. Anatomy of an epidemic. New York: Broadway Paperbacks; 2010, pagina 319.
- ⁹⁷⁴ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook.](#) Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022; Santaguida P, MacQueen G, Keshavarz H, et al. 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; Rink L, Braun C, Bschor T, et al. 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;79:17r11693; Samara MT, Klupp E, Helfer B, et al. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD011883.
- ⁹⁷⁵ Gøtzsche PC. Psichiatria letale e negazione organizzata. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017; 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; 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; Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. Schizophr Bull 2013;39:1363-72.
- ⁹⁷⁶ Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. Arch Gen Psychiatry 2010;67:26-36.
- ⁹⁷⁷ Wood SJ, Ilomäki J, Gould J, et al. Dispensing of psychotropic medications to Australian children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic, 2013-2021: a retrospective cohort study. Med J Aust 2023;219:18-25.
- ⁹⁷⁸ Klau J, Gonzalez-Chica D, Raven M, et al. [Antipsychotic prescribing patterns in children and adolescents attending Australian general practice in 2011 and 2017.](#) JCPP Adv 2023;4:e12208.
- ⁹⁷⁹ 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.
- ⁹⁸⁰ 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.
- ⁹⁸¹ Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007;64:1123-31.
- ⁹⁸² Forbruget af antipsykotika blandt 18-64 årige patienter, med skizofreni, mani eller bipolar affektiv sindslidelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.

-
- ⁹⁸³ Notat om dosering af lægemidler i psykiatrien. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014;Oct 30.
- ⁹⁸⁴ Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry* 2006;188:122-7; Tenback D, Pijl B, Smeets H. All-cause mortality and medication risk factors in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32:31-5; Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A. Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *Br J Psychiatry* 1998;173:325-9; Ray WA, Meredith S, Thapa PB, et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1161-7; Ray WA, Chung CP, Murray KT, et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med* 2009;360:225-35.
- ⁹⁸⁵ Christensen DC. *Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system*. Portland: Jorvik Press; 2012.
- ⁹⁸⁶ Lien L, Reitan SK, Halvorsen NJN, et al. ["Pilleskam" i psykiatrien er et alvorlig samfunnsproblem](#). *Aftenposten* 2023; 10 agosto.
- ⁹⁸⁷ Gøtzsche PC. [The media's false narrative about depression pills, suicides, and saving lives](#). *Mad in America* 2023; 23 agosto.
- ⁹⁸⁸ Gøtzsche PC. *Psichiatria letale e negazione organizzata*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2017, pagina 146.
- ⁹⁸⁹ Rodriguez-Martin JL, Barbanj JM, Schlaepfer T, et al. Transcranial magnetic stimulation for treating depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2;CD003493.
- ⁹⁹⁰ [Videos from International meeting: Psychiatric drugs do more harm than good](#). Copenhagen 2015;16 settembre.
- ⁹⁹¹ Gøtzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:37-42.
- ⁹⁹² Kroken RA, Kjelby E, Wentzel-Larsen T, et al. Time to discontinuation of antipsychotic drugs in a schizophrenia cohort: influence of current treatment strategies. *Ther Adv Psychopharmacol* 2014;4:228-39.
- ⁹⁹³ Gøtzsche PC. Long-term use of benzodiazepines, stimulants and lithium is not evidence-based. *Clin Neuropsychiatry* 2020;17:281-3.
- ⁹⁹⁴ Gøtzsche PC. *Sopravvivere in un mondo ipermedicalizzato: cercate le prove da soli*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2019, pagina 157.
- ⁹⁹⁵ Poulsen HD. 2014: Året hvor patienten bliver taber. *Berlingske* 2013;Dec 26:37.
- ⁹⁹⁶ Gøtzsche PC. Medicinalindustriens mange løgne. *Jyllands-Posten* 2014;Jan 4.
- ⁹⁹⁷ [Kendt psykiater betalt af pilleindustrien](#). *MX.dk* 2014;Jan 24.
- ⁹⁹⁸ Gøtzsche PC. Days tomme postuler om psykiatrien. *Berlingske* 2015;Sept 12:16.
- ⁹⁹⁹ Kortegaard L. [Demagogi eller heksejagt: hvad er værst?](#) *Berlingske* 2014;23 agosto.
- ¹⁰⁰⁰ Poulsen HP. [Heksejagt på medicinalindustri](#). *Berlingske* 2016;12 agosto.
- ¹⁰⁰¹ Larsen K. [Voldgiftsret giver Gøtzsche medhold i strid med Day Poulsen](#). *Ugeskr Læger* 2014;Nov 19.
- ¹⁰⁰² Nielsen AS, Kortegaard LS. [Korrupt og paranoid kronik](#). *Berlingske* 2014;Jan 10.
- ¹⁰⁰³ Schmidt AL. Kendt psykiater: Tredobbelt dosis medicin er helt okay. *Politiken* 2014;Sept 9.
- ¹⁰⁰⁴ [Critical Psychiatry Network](#)
- ¹⁰⁰⁵ Winn D. Time to rethink psychiatry. *Human Givens Journal* 2015;22:28-32.
- ¹⁰⁰⁶ Middleton H. *Psychiatry reconsidered: from medical treatment to supportive understanding*. Londra: Palgrave Macmillan; 2015.
- ¹⁰⁰⁷ 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 and Coupland CAC, Hill T, Denning T, et al. Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study. *JAMA Intern Med* 2019;Jun 24.
- ¹⁰⁰⁸ Holmgren A, Gøtzsche PC. [Psykiatrien bør ændres radikalt: Danmark skal have tvangsfrie hospitaler](#). *Jyllands-Posten* 2024; 1 aprile.
- ¹⁰⁰⁹ Sherlock C. [Adaption practice](#).
- ¹⁰¹⁰ Drachmann H. Klinikchef må ikke længere arbejde som psykiater. *Politiken* 2013;Feb 1.
- ¹⁰¹¹ Hildebrandt S. ["Det er monstrøse doser af medicin"](#). *Dagens Medicin* 2015;Oct 23.

-
- 1012 Hildebrandt S. [Lars Søndergård mistænkes atter for a overmedicinere](#). Dagens Medicin 2015; 23 ottobre.
- 1013 Schmidt M. [Svar fra ledelsen i Psykiatrien Vest](#). Dagens Medicin 2015;Oct 23.
- 1014 Hildebrandt S. [Derfor er Lars Søndergårds supervisor sat under skærpet tilsyn](#). Dagens Medicin 2016;Mar 3.
- 1015 Gøtzsche PC. Kit di sopravvivenza per la salute mentale. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021, pagina 142.
- 1016 [Striden om de antidepressiva medlen](#). Sveriges radio 2017;Aug 28.
- 1017 Svensson P. Så stoppade GU-professor allmänhetens insyn i läkemedelsforskning. Göteborgs-posten 2018;Jan 20 e Sternbeck P. Brallorna nere på professorn Elias Eriksson. Equal 2018;Jan 16.
- 1018 Riksdagens Ombudsman. Kritik mot Göteborgs universitet for handläggningen av en begäran om utlämnande av allmänna handlingar m.m. 2017;Dec 20:Dnr 7571-2016.
- 1019 Gøtzsche PC. [A new paradigm for testing psychiatric drugs is needed](#). Mad in America 2023;Feb 25.
- 1020 Gøtzsche PC. [How peer reviewers and editors protected a failed paradigm for psychiatric drug testing](#). Mad in America 2023;March 10.
- 1021 Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- 1022 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2a edizione. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 1023 Moore J. [Robert Whitaker answers reader questions on Mad in America, the biopsychosocial model, and psychiatric history](#). Mad in America 2023;Dec 13.
- 1024 Unrecognised facts about modern psychiatric practice. Council for Evidence-based Psychiatry 2014;Apr 16
- 1025 Gøtzsche PC. Kit di sopravvivenza per la salute mentale. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2021 (Dick Bijl, nella prima pagina dopo la copertina).
- 1026 Brogaard M. Depressive eksperimenterer med medicinen. Videnskab.dk 2014;28 dic.
- 1027 Coombes R. Having the last laugh at big pharma. BMJ 2007;334:396–7 and https://www.youtube.com/watch?v=sQw_cdhXGco..
- 1028 [Motivational Deficiency Disorder](#). Video.
- 1029 Moynihan R. Scientists find new disease: motivational deficiency disorder. BMJ 2006;332:745.
- 1030 [Broken Medical Science](#). Institute for Scientific Freedom. Serie di podcast.
- 1031 [Film about the lack of scientific freedom](#). Le donazioni possono essere effettuate tramite questo sito web.
- 1032 [Dr Peter Gøtzsche exposes big pharma as organized crime](#).
- 1033 [Deep throat](#). The Daily Show 2014;16 settembre.
- 1034 Pedersen AT. [Diagnosing psychiatry](#). Film documentario 2017.
- 1035 [Film about the lack of scientific freedom](#). Le donazioni possono essere effettuate tramite questo sito web.