

Nr. 36 Sommer 2014

ISSN 0802-0701

KR 40.-

SØKELYSET



**SØKELYSET INTRODUSERER
ROBERT WHITAKER
PSYKIATRIENS MEST FRYKTEDE KRITIKER**

UTGIVER:

Landsforeningen We Shall Overcome

ADRESSE:

Søkelyset
Møllergata 12
0179 Oslo

BESOKADRESSE:

Møllergata 12
5. Etasje

KONTAKT:

sokelyset@wso.no

ANSVARLIG REDAKTØR:

Bob Foss

I REDAKSJONEN:

Britt Joramo
Dag Erik Tinghaug
Mari-Ann Nordlien
Thor Frøitland
Selin Kibar

WSO SIDENE:

Mette Ellingsdalen

FORSIDEFOTO:

Mette Ellingsdalen

LAYOUT:

Cedric Jud

ABONNEMENT:

KR. 120.- for 4 nummer

LØSSALG:

KR. 40.-

ANNONSER:

Modul 60 x 43 mm
og fra 1/18 side til 1/1 side

GAVEKONTO:

Kontonummer:
6242 05 24639

Ettertrykk tillatt og ønskelig ved kildeopplysning tillatelse må innhentes ved bruk av artikler skrevet av andre enn søkelysets medarbeidere.

LEDER

MENS VI JAGER ELEFANTER

En pasient ved et psykiatrisk sykehus blir sendt til overlegens kontor fordi han til stadighet knipses med fingrene. Overlegen går rett på sak og spør hva all knipsingen skal være godt for.

Pasienten: Det er for å holde elefantene borte.

Overlegen (overbærende): Men det er ingen elefanter her.

Pasienten (triumferende): Nei der ser du! Det virker!

En vits? Første gang jeg hørte historien, trodde jeg det. Idag vet jeg bedre. Det magiske knipseritualet er et perfekt bilde på en av de mest populære trendene innen moderne psykiatri: tidlig intervensjon for å forebygge utviklingen av mentale lidelser, i første rekke psykoser.

Logikken bak denne storstilte satsningen (spesielt populær i Norge gjennom TIPS-prosjektet) er følgende: Enhver sykdom har en sykdomshistorie. Den utvikler seg ikke fra ingenting, den vokser frem over tid. Hvis vi kan oppdage symptomer på sykdommen på et tidlig stadium, før den har slått ut i full blomst, så kan vi gjøre inngrep som bremser den og kanskje eliminerer den. Hva kan være galt med det?

Ganske mye, later det til. Det forutsetter for det første at vi har å gjøre med en sykdomsprosess som er objektivt dokumenterbar og som følger et for sykdommen karakteristisk utviklingsforløp. Det åpner for diagnose, prognose og behandling. Man antar at jo tidligere man griper inn med behandling, desto bedre prognose har pasienten. "Varigheten av ubehandlet psykose", heter det, bør gjøres så kort som mulig, ellers risikerer vi at pasienten i stadig større grad blir "behandlings-resistent". Og det ville jo mildt sagt være uansvarlig.

Men så har vi altså spørsmålet om hva det er vi behandler. Vet noen hva en psykose er? Å jada, bare bla i diagnosemanualene, de er breddfulle av symptombeskrivelser, positive og negative. Haken er bare at ingen egentlig vet noe om de underliggende prosessene som antas å ligge til grunn for symptomene. Etter to hundre år har vi ikke kommet et skritt nærmere svaret på det spørsmålet. Så vi later som at vi vet. Vi knipses frenetisk med fingrene (les: ordinerer "antipsykotiske" medikamenter)

i den hensikt å holde elefantene (les: sykdommen) på avstand og helst jage dem helt bort.

TIPS-prosjektet har laget et hendig hjelpemiddel, et lite skriv som heter "PSYKOSE SCREENING til bruk for allmennleger og psykologer i førstelinjetjenesten". Det skal hjelpe både legmann og lærd til å fange opp unge mennesker som befinner seg i risikosonen. Og raskt få dem under behandling. Det lokkes i fortsettelsen med familieveiledning, "psyko-edukasjon" (opplæring i ortodoks psykiatrisk tenkning) og kognitiv adferdsterapi. Og så godt som over hele linjen: "antipsykotisk" medisiner, i første hånd med såkalte "atypiske" antipsykotika som Zyprexa, Risperdal og Seroquel.

Og hvem kan påstå at det ikke fungerer? En australsk studie fant at bare 13% av deltagerne i prosjektet utviklet en psykotisk lidelse, de øvrige var (i min terminologi) elefantfri. Det er vel et bra resultat?

Det er noe merkelig med logikken her. Hvem vet hvor mange personer i disse prosjektene som ville ha utviklet psykose uten tidlig intervensjon? Det vet ingen, man bare tar det for gitt at intervensjon fungerer. Joanna Moncrieff anslår i sin siste bok ("The Bitterest Pills", 2013) at 80-90% av forsøkspersonene som inngår i de beskrevne preventive psykoseprosjektene antageligvis blir utsatt for unødvendig behandling.

Stopp et øyeblikk. 80-90%! Det handler om unge mennesker som, frivillig eller ufrivillig, utsettes for noen av de giftigste medikamenter som legemiddelsgigantene har klart å finne opp. Dette er, som den danske forskeren Peter Gøtzsche har påvist, medisiner som over lengre tid dreper.

Det skal litt av en elefantplage til for å forsvare noe slikt.

B. F.

INNHold

TEMA

Rober Whitaker..... S.04

Den Store Bløffen..... S.09

WSO SIDENE

Medisinfrie tilbud – hvor blir de av?..... S.21

Ja, vi elsker frihet..... S.22

ANMELDELSER

Lise Bangsbo: Når myndighetene gir faen?..... S.24

Drøm I Våken Tilstand..... S.25

INTERVJU

Intervju med Lars Krassøy.....s.27

LESERINNLEGGs.28

DIKT.....s.32

ROBERT WHITAKER

Mannen som skapte et vannskille i psykiatrikritikken

av Bob Foss

- Noen som vet hvem denne fyren er?

Det er Amaliedagene 2009. Jeg står med Mind-freedom Internationals medlemsblad i hånden. På baksiden er en annonse for to bøker. Den første er "Medication Madness" av Peter Breggin. Han kjenner vi godt, han er en legende. Den andre boken er "Mad in America" av Robert Whitaker.

Robert Whitaker? Nei, han er det ingen som kjenner til. Boken er tydeligvis en slags amerikansk psykiatrihistorie. Noe for oss? Ikke godt å si.

Et år senere er det igjen Amaliedager. Innbudt gjest er Jim Gottstein fra PsycheRights USA. Og han vet hvem Robert Whitaker er. Han snakker nesten ikke om noe annet. Whitaker har i 2010 kommet ut med en ny bok, "Anatomy of an Epidemic", som det allerede har begynt å slå gnister av. Alle snakker om den. Jeg leser boken, og forstår hvorfor. Hvis jeg var psykiater, eller forsker innen feltet, ville jeg begynne å skjelve litt i knærne. Denne mannen er farlig.

Jeg møter Whitaker første gang under en Soteria-konferanse i Derby, England, høsten 2011. Alle flokker seg rundt ham, så jeg rekker bare så vidt å stikke inn en invitasjon til ham om å komme til Norge. Han har hørt om WSO, og er interessert.

Imens har jeg satt meg litt inn i hvem denne mannen er. Han er medisinsk journalist, en av de mest respekterte innen feltet, med massevis av artikler og bøker bak seg. Det burde være nok å nevne at han har mottatt The George Polk Award for Medical Writing og vunnet en National Association of

Science Writers Award for beste tidsskriftartikkel. Samt at han i 1998 var finalist for Pulitzer-prisen. Ingen lettvekter, med andre ord.

Riktig kontroversiell ble han først i 2002, med utgivelsen av "Mad in America". Tittelen er et ironisk ordspill over uttrykket "made in America". Boken handler på ingen måte bare om USA, men er en generell beskrivelse av psykiatriens historie. Enda en psykiatri-historie? vil du kanskje si. Da skal du vite at dette er historieskrivning av et kaliber mange av oss leter etter, men nesten aldri finner. Slike bøker kunne du finne på 60- og 70-tallet, men de er for lengst lyst i bann og brent på kjetterbål. Undertittelen på Whitakers bok sier det meste: "Dårlig vitenskap, dårlig medisin, og den vedvarende mishandlingen av de mentalt syke." Dette er en studie som er ute i et bestemt ærend: å luke rent i en totalt neglisjert og overgrodd ugresshage.

Og det er ikke så rent lite å rydde opp i. Nesten hele hagen er ugress. Det meste av det vi trodde vi visste, er feil. De fleste av oss har en forestilling om at utvikling alltid – i hvert fall på lengre sikt – er til det bedre. Og at psykiatrien har vært en lang og møysommelig prosess – preget av prøving og feiling – for å oppnå større og større vitenskapelig holdbarhet i metodene for å kurere såkalt psykisk syke. Det viser å være en illusjon fra ende til annen. Psykiatriens historie er en fortelling om vedvarende overgrep av et omfang og en art som er nesten umulig å forestille seg.

Whitaker sukrer ikke historien. Uansett hvilken sten han løfter på, så kravler det frem krypdyr av



Robert Whitaker med Selin Kibar, som har oversatt *Anatomy of an Epidemic* til norsk.

de mest avskyelige varianter. Snurrestol, iskalde sjokkbad, fjerning av tenner og diverse andre indre organer – det er bare noen eksempler på veritable torturmetoder som de edle behandlere har ansett seg å ha rett til å påføre lidende mennesker, mot deres vilje. En idé som stadig går igjen, er at de mest effektive behandlingsresultater oppnås ved å påføre fysisk skade. Alt ble prøvd. Og ingenting virket. Noen pasienter ble så vettskremte at de la bort symptomene. Men kanskje de bare simulerte? Kom igjen, vi prøver på nytt.

Fra 1930-tallet satte man sin lit til diverse sjokk-terapi. Insulinsjokk, som sendte pasientene inn i livstruende koma. Cardiazol-(Metrazol)-sjokk, som fremkalte invalidiserende, benknekkende kramper. Og elektroshokk, som har fått et voldsomt oppsving i våre dager. Men den mest populære behandlingen var nok lobotomi, der man skar over nervebanene til pannelappene for å forhindre vonde (“syke”) tanker og følelser. At de som var så uheldige at de overlevde ble til vandrende grønnsaker, var av mindre betydning. Behandlingen fungerte! I hvert fall

helt til den ble forbudt i 1972.

Det er ikke få myter Whitaker avliver i denne boken. Den viktigste er nok den om psykofarmakologi-revolusjonen. Som vi alle vet, eller tror vi vet, så var det innføringen av chlorpromazine på midten av 50-tallet som førte til den massive utskrivningen av fremfor alt schizofreni-pasienter under de påfølgende tiårene. Men stemmer det? Whitaker viser til at antallet førstegangsinnlagte schizofreni-pasienter som etter tre år ble utskrevet, var langt høyere under tiåret før 1955 enn under det påfølgende tiåret. Den store tømningen av de psykiatriske sykehussene skjedde først etter 1965, da en ny lov åpnet for føderal kompensering for pleie av mentalpasienter på pleiehjem, men ikke for omsorg i statlige mentalsykehus. “Revolusjonen” hadde økonomiske, ikke farmakologiske årsaker.

Den nye vidundermedisinen ble først kalt nevroleptika, som rett og slett betyr “noe som tar ballegrep på nervesystemet.” Det er viktig å påpeke at de ved lanseringen ikke ble ansett for å ha spesielle

helbredende egenskaper. Deres hovedfunksjon var å hindre eller svekke sentrale hjernefunksjoner. Produsentene lanserte faktisk preparatene som – I kid you not – en form for kjemisk lobotomi! De sløvet pasientene og gjorde dem mer medgjørige. Medikamentene ble benyttet for å oppnå en nevrofarmakologisk effekt, ikke for å “kurere” en sykdom.

Det var først et par tiår senere at legemiddelsfabrikantene og deres betalte håndlangere i psykiatrien begynte å referere til disse medisinene som “anti-psykotiske”, dvs. at de virket ved å stoppe eller reversere de prosesser i hjernen som forårsaket psykotiske tanker og følelser. “Anti-psykotika”, sa man nå, angrep primært en antatt avgrenset sykdomsprosess. Uønskede effekter ble rubrisert som “bivirkninger”. Det var et snedig paradigmeskifte; psykodynamiske og miljøterapeutiske behandlingsformer ble kibbet ut, en biomedisinsk forklaring på

psykiske lidelser inntok førerretet.

Den farmakologisk baserte behandlingssideologien fortsatte å leke Kongen på Haugen utover 90-tallet. Man hadde riktignok et problem: det var alle skadevirkningene som etterhvert ikke lot seg bortforklare (som f.eks. tardiv dyskinesi og tardiv dystoni, ufrivillige grimaser og bevegelser). Igjen var det legemiddels-selskapene som kom til unnsetning, like sikkert som kavalleriet i en tradisjonell westernfilm. “Andre generasjons” psykofarmaka ble lansert, presumptivt som en stor forbedring i forhold til tidligere preparater. Vi fikk en tsunami av “antidepressive” medikamenter, s.k. SSRI-preparater (“lykkepiller”), der Eli Lillys “Prozak” ledet an. Og de s.k. “atypiske” anti-psykotika, med “Risperdal”, “Zyprexa” og “Seroquel” som markedsledere, var etter sigende mer eller mindre uten alvorlige bivirkninger.

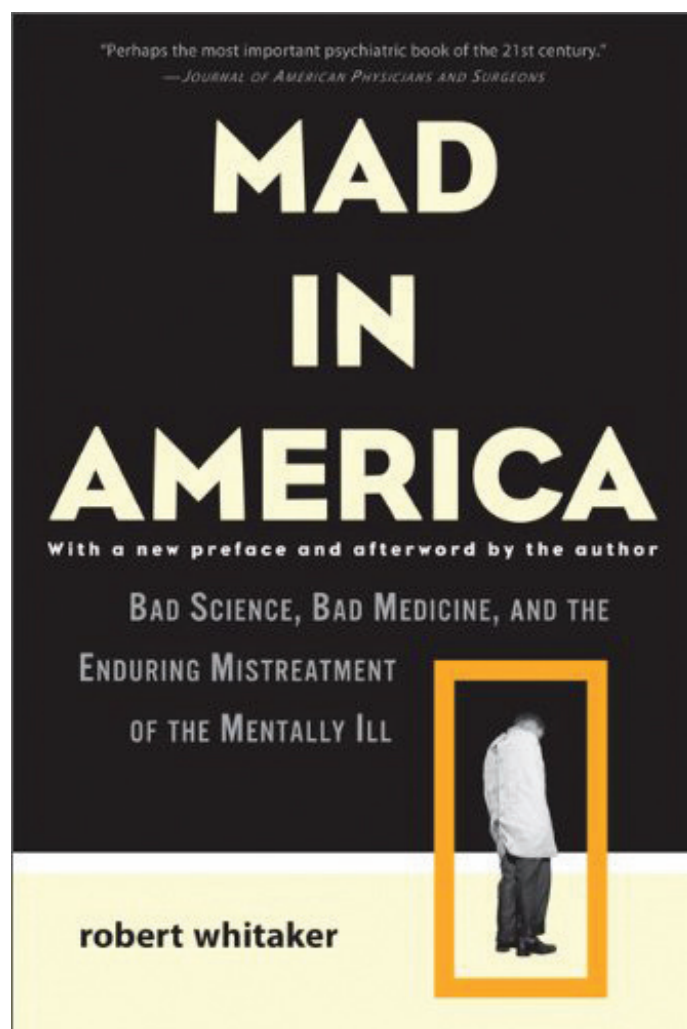
Var dette sant? Robert Whitaker var en av dem som tvilte. Han visste at bare langtids-studier kunne gi svar på det spørsmålet.

“Mad in America” ble så godt som sabelt ned av den etablerte psykiatrien. Han der Whitaker – en skarve journalist som hverken var legitimert forsker eller kliniker – trodde han at han bare kunne komme her og komme her? Whitaker fikk erfare at han hadde trampet i et vepsebol. Det var bare én av to ting å gjøre: enten trakk han seg ut med livet i behold, eller så gikk han selv til frontalangrep. Etter mange søvnløse netter valgte han det siste.

Resultatet ble “Anatomy of an Epidemic. Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America”.

Whitaker hadde forstått at for å komme noen vei, så måtte han møte fienden på deres egen banehalvdel. Han måtte bruke deres egen forskning for å kunne påvise at Keiseren var naken.

Whitaker brukte måneder og år på å pløye igjennom de forsknings-studier som var tilgjengelige. Da



han endelig anså seg ferdig til å utgi boken, var han utstyrt med kunnskaper som gjorde ham til en formidabel og fryktet motstander. Ingen kunne lenger ignorere ham.

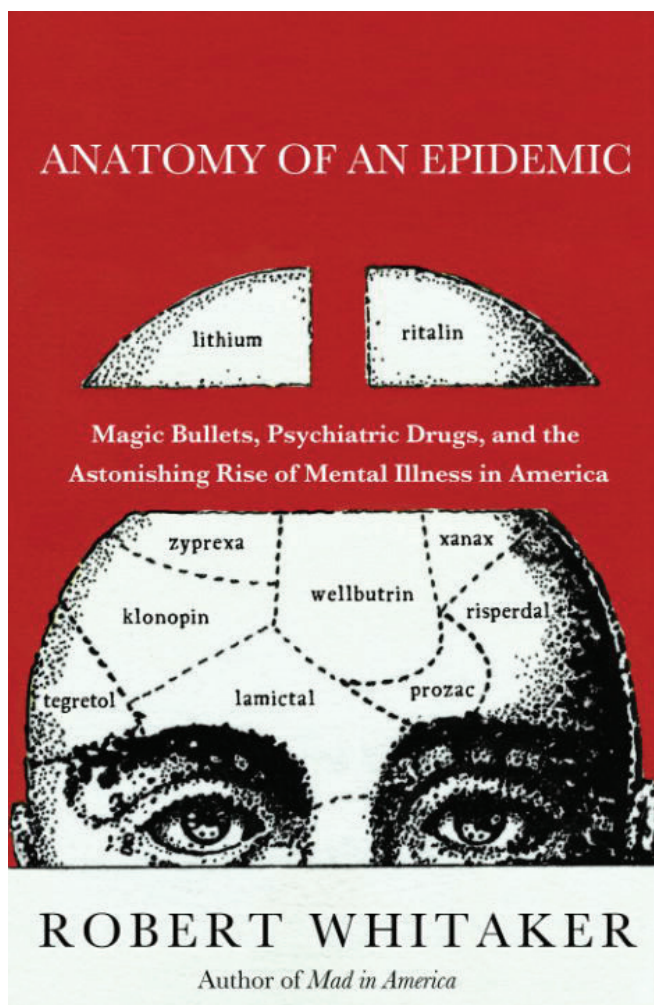
Her skal jeg nøye meg med å antyde to av de viktigste temaene i boken: analysen av psykofarmakologiens vitenskapelige kunnskapsgrunnlag, og den kritiske granskningen av foreliggende langtids-studier hva gjelder behandlings-effekter. Begge deler vil nok for de fleste by på overraskelser.

Hva er det vi idag kaller psykiske lidelser? Spør du en psykiater, så vil han med stor sannsynlighet svare deg at det er en forstyrrelse i hjernen av genetisk, nevrofysiologisk eller biokjemisk art. En slags “maskinfeil”. Denne type lidelse kan (i beste fall) kureres eller holdes i sjakk gjennom fysiske inntervensjoner, hvilket i praksis betyr medikamenter (psykofarmaka) eller strømsjokk.

Det var ikke alltid slik. Under store deler av 1800-tallet sverget mange til s.k. “moralsk behandling”. Ved å plassere de “sinnsyke” i idylliske omgivelser og bemøte dem på en menneskelig og ikke-undertrykkende måte, mente man å kunne “oppdra” dem til kaste bort sine “syke” tilbøyeligheter og lære seg normal folkeskikk. Det fungerte på et vis helt til medisiner-profesjonen lyktes med å omdefinere problemfeltet til å bli en del av kropps-medisinen. Siden har eksperimenteringen på “syke kropp” vedvart, helt frem til idag.

Under 60- og 70-tallet ble den biologiske orienteringen for alvor utfordret. Relasjonelle, eksistensielle og miljøterapeutiske behandlingssideologier truet med å skyve den tradisjonelle psykiatrien helt ut av lekegrinda. Legene hadde sine vidunderpill-er, men hva var det egentlig de gjorde? Hvordan fungerte de? Svaret kom som en gave fra oven, og psykiatrien omfavnet åpenbarelsen for alt hva den var værdt. Det viste seg å være ganske mye.

Psykofarmaka, hevdet man, fungerte ved å påvirke



spesielle signalsubstanser (“neurotransmittere”) i hjernen. Nevroleptika ble nå til “antipsykotika”, som lik magiske målsøkende missiler (“magic bullets”) søkte seg inn mot signalsubstansen dopamin, som man antok at schizofrene/psykotiske personer hadde for mye av. Medikamentene hindret bl.a. de “dopaminerge” prosessene fra å nå de fremre delene av hjernen og dempet eller fjernet på den måten de psykotiske symptomene. På lignende vis rettet de “antidepressive” SSRI-preparatene seg inn mot signalsubstansen serotonin, som man antok at hjernen produserte for lite av hos deprimerte mennesker. De “seretonerge” prosessene ble forsterket, og pasientenes depresjon lettet.

Kort sagt: medisinene korrigerer en kjemisk ubalanse i hjernen ved å minske eller øke aktiviteten til de signalstoffer som man antok at pasientene hadde for mye eller for lite av.

Som de fleste av oss vet: når noe virker for godt til

å være sant, så er det som regel ikke sant. Så også i dette tilfelle.

Senere forskning la for dagen at teorien om kjemisk ubalanse var høyst tvilsom, ja faktisk helt uten bevisgrunnlag, og at det eneste medikamentene gjorde, var å skape en kjemisk ubalanse. Hjernen kompenserer ved å skape en ny unaturlig balanse, som åpner for at det produseres mer av det stoff som medisinene tar bort, og mindre av det stoff som medisinene forsterker. Når så medisineren opphører, slår de frigjorte motkreftene tilbake og fører til tilbakefall. Stort sett tolket psykiaterne denne effekten som et uttrykk for at “sykdommen” hadde vendt tilbake, ikke som en funksjon av medisineren. Følgen var at pasientene fikk vite at de nok måtte gå på medikamentene livet ut.

Skadevirkningene i den forbindelse snakket man mindre høyt om.

Hvis det er så at psykofarmaka ikke korrigerer noen kjemisk ubalanse, men tvert imot skaper en unormal tilstand, hvilke konsekvenser får dette da for pasientene – på lengre sikt? Whitaker satte seg fore å finne skikkelige, evidens-baserte svar på det spørsmålet. Det ble som å utforske en ormegrop. Som følge av nitid forskning kunne han legge frem data som var så kontroversielle at hele psykiaterstanden erklærte ham krig.

For at et nytt legemiddel skal kunne godkjennes, må det i USA passere en serie tester som reguleringsorganet FDA (Food and Drug Administration) kan sette godkjennings-stempel på. Selve testene utføres av pilleprodusentene selv, og pågår som regel over en periode på 4 til 6 uker. I bunn og grunn måler man bare korttids-effekter. Og i disse testene er det tilstrekkelig at medikamentet viser en liten, men statistisk signifikant, overlegenhet hva gjelder effektivitet vis-a-vis en sukkerpille.

Hvordan skulle man kunne evaluere medikamentenes effektivitet på lengre sikt? Det naturlige

ville være å sammenligne langtids-medisinerte med en tilsvarende gruppe pasienter (en “kontroll-gruppe”) som ikke gikk på psykofarmaka. Men slike studier glimret med sitt fravær. De få som faktisk fantes fortalte en særdeles urovekkende historie. De første par årene oppviste de medisinerte og de ikke-medisinerte likeartede resultater. Men under de påfølgende årene ble forskjellene dramatiske. De som ikke gikk på psykoaktive medisiner gjorde det mangfoldige ganger bedre (med hensyn til symptomfrihet og allmenn funksjonsevne) enn de som gikk på vedlikeholdsbehandling med medisiner.

Like dramatiske var skadevirkningene av langtids-behandling. Det lot til at f.eks. behandling med “antipsykotika” forkortet livet til pasientene med mellom 15 og 25 år.

Slike funn ble benektet eller bortforklart av legemiddelsprodusentene og deres våpendragere, psykiaterstanden, med uvanlig heftighet og aggressivitet.

Da Whitaker begynte å pirke i de økonomiske forholdene rundt den antatt uavhengige forskningen, fant han interesse-(habilitets-)konflikter av et omfang som antydte at hele bransjen var nedsyltet i korrupsjon.

Slikt sier man ikke i dannet selskap, og Whitaker er blitt gjenstand for en svertekampanje som savner sidestykke. Det kinkige for hans motstandere er bare at de savner saklige argumenter.

Desto større har oppslutningen vært fra riktige tungvektene innen den kritiske psykiatri-forskningen. De vet at de står i stor takknemmelighetsgjeld til Whitaker, for han har klart det de selv gjerne ville, men kanskje ikke helt lyktes med: å formidle en saklig men like fullt knusende dom over den konvensjonelle psykiatrien. Det Whitaker har oppnådd, er å skape noe som begynner å tegne seg som et vannskille innen informert psykiatrikritikk



Robert Whitaker og Bob Foss.

DEN STORE BLØFFEN

ROBERT WHITAKER SAMTALER MED BOB FOSS OM EVIDENSBASERT MEDISIN

BOB FOSS: Da vi snakket sammen sist høst, ønsket jeg en litt annen innfallsvinkel enn den som er vanlig når du intervjues. Av åpenbare grunner ønsker de fleste å få vite mer om de studiene du skriver om i *Anatomy of an Epidemic*, og det gjelder spesielt langtids-effektene av psyko-farmaka. Ingenting kan være viktigere. Jeg ville likevel gjerne ta et skritt til siden og se på det vitenskapelige grunnlaget for det som pågår nå, og se mer nøye på det som har kommet til å bli kalt evidensbasert medisin (EBM).

ROBERT WHITAKER: Absolutt.

B.F.: Og jeg må si at om jeg går tilbake 5 år eller mer, så visste jeg ikke hva det begrepet sto for i det hele tatt. Jeg hadde ingen anelse om at det fantes noe som kaltes evidensbasert medisin. Om noen hadde spurt meg hva man baserer vitenskap på, så ville jeg ha sagt evidens. Men for fem år siden oppdaget jeg at nei nei – det vi idag kaller evidens defineres veldig annerledes enn det gjordes den gang jeg syslet med vitenskap. Det vi brukte å kalle evidens, anses nå som anekdotiske historier uten vitenskapelig grunnlag, og det tok meg en stund før jeg oppdaget at

dette var et syn som ble fremført av toneangivende krefter innen medisinen, og spesielt innen psykiatrien. Jeg ble ganske nysgjerrig på hva dette merkelige fenomenet er for noe. Jeg forsøkte å få litt oversikt over feltet, og kanskje det er like bra at opptaket av vår forrige samtale gikk fløyten, for nå har jeg hatt muligheten til å sette meg inn i noe av litteraturen i emnet. Spesielt David Healy har vært viktig for meg. Han har massevis av artikler på din website *Mad in America* som er veldig belysende. Og så har vi selvfølgelig den siste boken til Peter Gøtzsche. Jeg mener

- jeg visste at det sto ille til, jeg var sikker på at jeg hadde rett i mitt syn på Big Pharma, men jeg visste ikke at det var så ille. Og han er ikke nådig med ordene han bruker – slik han beskriver den farmasøytiske industrien, fremstår den som noe helt hinsides, det er ti ganger verre enn jeg trodde. Og alt dette, hvis jeg ikke tar feil – og vær så snill å korrigerer meg hvis jeg overforkler – men jeg mistenker at alt dette har å gjøre med den forvandling av vitenskapsfeltet som vi ser i utviklingen av den evidensbaserte medisinen.

Og jeg foreslår at vi kanskje kan dele inn denne diskusjonen i tre hoved-deler. Jeg er veldig nysgjerrig på denne bevegelsens historie. Hvorfor har den evidensbaserte medisinen utviklet seg til det den har blitt idag, hvordan klarte den å oppnå et slikt hegemoni? Så skulle vi kunne diskutere teorien bakenfor og de vitenskapelige bærebjelkene. Til slutt kunne vi diskutere anvendelsen av denne forskningen, hva dens virkelige funksjon er, hva den virkelig gjør i samfunnet idag. Jeg selv tror det først og fremst er et politisk problem og ikke et vitenskapelig. Men la oss først gripe tak i historien.

MEDISIN SOM MAGEFØLELSE

R.W.: La oss se på hvordan det

hele oppsto. Røttene som det sprang ut av var gode, slik jeg ser det. Det er allmenn enighet om at det i medisinen er ganske lett for leger å la seg forlede av hva de oppfatter som deres terapies fortrefelighet, hva den nå enn måtte bestå av. Går vi tilbake i medisins historie, finner vi en oppsø av praksiser som ble ansett for å være til pasientens beste. Og det var ikke bare i psykiatrien. Disse praksisene viste seg senere å være til stor skade, som for eksempel omfattende årelatning. Det ble en gang sett på som fortrefelig, og ble drevet så langt at noen ganger pasientene døde. Dette vedvarte som medisinsk praksis i årtier, ja i århundrer. Og så var det en tid under det attende århundre da kvikksølv ble ansett som bra, til tross for at det er giftig, det er i bunn og grunn et giftstoff. Det er en av de giftigste substansene som finnes.

Så enhver som har den minste peiling på medisins historie vet at det er to ting som gjelder leger. Hva de enn gjør, så vil de se på det som noe gunstig, ellers ville de ikke gjøre det. De trenger å tro at det de gjør hjelper pasientene. Det er så veldig lett for dem å la seg forlede i det de gjør. Det vil si at de ser noe som velgjørende til tross for at det slett ikke er det. På den bakgrunnen begynner man etterhvert å forstå at vitenskapen burde fungere som

en overprøving av vår langt fra perfekte personlige bedømmelse av hva som er bra i medisinen. Ting er viktige i denne utviklingen, og David Healy skriver om dette. Evidensbasert medisin ble popularisert som begrep tidlig på 90-tallet. Men hvis vi går tilbake til hvor vi mener å kunne si at vi har en evidensbasert metode for bedømmelse av legemidler, så må vi tilbake til FDA (The Food and Drug Administration), som i 1963 sa noe slikt som dette: Hør her, hvis dere virkelig ønsker å selge legemidler i USA, så må dere gjennomføre randomiserte, placebo-kontrollerte, dobbeltblindede tester som viser at legemidlet deres er mer effektivt enn placebo, slik det kommer til uttrykk i det målangitte symptomet på sykdommen. Slik blir dette en beslutning som sier at dette er den evidens vi kommer til å akseptere: randomiserte, dobbeltblindede, placebo-kontrollerte tester. Men faktisk er det slik at randomiserte dobbeltblindede tester, og det gjelder spesielt i psykiatrien, ikke gir noen fullstendig forståelse av et legemiddels effekter. Like fullt, her er øyeblikket da vi kunne si: dette er det redskap vi har for å bedømme det ene eller det andre legemiddelet. Og denne magien anvendes også på andre behandlinger. Så dette er historien: FDA sier: dette er vårt redskap for å måle evidensen for et legemiddels effektivitet. Når

vi så kommer til det tidlige 90-tallet, snakkes det innen medisinen om at vi trenger å gjøre våre behandlingsformer evidensbaserte. Og når vi faktisk gjør det, setter vi også opp standarder for helservern som sier til leger: dette er hva dere må gjøre, dere må følge disse behandlings-standardene, fordi de er evidensbaserte, de er ikke kliniker-baserte. Og teoretisk er idéen denne: standardene er objektive, de gir seg ut for å representere vitenskapelige bevis. I bunn og grunn forvandlet det leger til håndverkere. Med andre ord foretar du ikke lenger i noen særlig grad en klinisk bedømmelse av en person. Du sier at denne personen har en eller annen slags sykdom eller hva det nå måtte være for en diagnose. Så er det bare å følge regelboken. Du blir en slags iverksetter. Med andre ord, sett en diagnose basert på visse saker, og så følger du standardene for evidensbasert medisin. Det er i grove trekk historien.

STATISTIKK SOM TRYLLEDRIKK

B.F.: Jeg antar at vi her begynner å bevege oss over i teorien bak hele fenomenet. Vi kan kanskje si at psykiatrien, for å forsvare sin eksistens, under den andre halvdel av syttitallet begynte å definere seg som en biomedisinsk profesjon. Da DSM-III så dagens lys, ble psykoanalysen og lignende

ORDFORKLARINGER

Ettersom noen av de ord som brukes i denne samtalen ikke kan forutsettes å være kjent for en del av Søkelysets lesere, bringer vi her noen enkle og omtrentlige ordforklaringer som forhåpentligvis vil gjøre lesningen smidigere og lettere.

- evidens** = dokumentert kunnskap
- randomisere** = å fordele tilfeldig, f.eks. gjennom loddtrekning, hvem som skal inngå i den ene eller den andre gruppen
- dobbelblindet** = hverken forsøkspersonene eller behandlerne vet hvem som får "riktig" medisin og hvem som får placebo
- placebo** = sukkerpille
- kvantifisere** = å beregne tallmessig, matematisk
- reliabilitet** = bedømmere kommer uavhengig av hverandre frem til samme diagnose, som også forblir den samme over tid
- validitet** = en beskrivende kategori (f.eks. en diagnose) må basere seg på noe faktisk og objektivt målbart og etterprøvbart
- SSRI** = Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (andre generasjons antidepressiver, på folkemunne kalt "lykkepiller")
- meta-analyse** = systematisk analyse av et større eller mindre antall randomiserte kontrollerte tester i den hensikt å bedømme statistisk holdbarhet
- algoritme** = en avgrenset matematisk beregningsmetode som benytter seg av en fastlagt, på-hverandre-følgende serie av matematiske utregninger for eksempelvis å kunne bedømme forskningsresultater
- seponere** = avslutte
- The Cochrane Collaboration (opprettet 1993)** = et senter for oppsamling og evaluering (bedømmelse) av evidensbaserte forskningsresultater
- ghost writer** = ikke navngitt forfatter av en artikkel eller studie som gir seg ut for å være skrevet av en annen
- hegemoni** = herskende posisjon



Berit Bryn Jensen, Liv Skree og Rober Whitaker.

psykodynamiske modeller regelrett sparket ut. Hele den måten å se mentale forstyrrelser på ble kastet ut av vinduet. Og de behøvede, som du har påpekt, en mer objektiv målestokk. Men som målestokk for objektivitet valgte de statistikk, og det er veldig, veldig merkelig i mine øyne.

R.W.: La oss føre disse strømningene sammen. Evidensbasert medisin og randomiserte kontrollerte testserier springer i virkeligheten ut fra infeksjons-medisinen. Vi har indremedisin. Du kan kjøre en test med et antibiotikum for mennesker med en stafylokokk-infeksjon. Du gir en gruppe antibiotika og den andre gruppen får ikke antibiotika. Og så måler du effekten på bak-

terien i de to gruppene. Her er det mye du kan gjøre, for du har en klar markør for sykdommen. Du måler for eksempel sukker-nivåer i diabetes. Slike ting. Med denne typen veldig konkrete måleenheter for en konkret sykdom, kan du med en randomisert kontrollert test veldig fort, kanskje i løpet av seks uker eller enda kortere, se om den behandlingen fungerer eller ikke. Det gir deg så å si det sluttbevis du leter etter. Fungerer altså visse antibiotika mot visse bakterie-infeksjoner? Absolutt! Du har en veldig klar biologisk markør for denne typen sykdommer.

Så har vi psykiatrien. Det de gjør i 1980, med DSM-III, er å sette i gang et veldig late-som-apparat.

De sier: vi skal fremstille oss selv som om vi er en gren av infeksjons-medisinen. Og la oss si, hvis du ikke er søvnnig om natten, så kan det være et symptom på en sykdom vi kaller depresjon. Og på slike grunnlag skal vi psykiatere ta alle adferdstyper som mennesker kan oppvise og vi skal bedømme dem, vi skal kategorisere dem, vi skal kalle dem sykdommer. Vi skal kategorisere ting som visse symptomer, og vi skal late som om disse symptomene er like objektive som de bakteriene du har. Og så skal vi på en eller annen måte til og med kvantifisere disse symptomene.

Alt dette er ganske bekymringsfullt, for du kan se at det er et element av late-som i dette, ikke

sant? For vi har faktisk ingen markører, det er det første. To: menneskesinnet er så forbasket komplekst. Tre: det forandrer seg hele tiden. Og fire: du kan rett og slett ikke redusere sinnets irrganger til denne typen objektive symptomer. Så det er virkelig et late-som-spill. De later som om vi har å gjøre med kjente sykdommer, de later som det er noe objektivt, at du enten har en depresjon eller ikke har en depresjon.

B.F.: Er det riktig hvis jeg sier at de later som at de har masse reliabilitet, men de er helt tause når det kommer til validitet, fordi de ikke kan vise til noen som helst validitet for noen av sine kategorier?

R.W.: Vel, her er det viktige med den diagnostiske manualen. For å ha noen nytte, må den oppvise to kvaliteter. Den må være reliabel, og den må være valid. Hva menes med å være reliabel? Reliabel betyr at hvis jeg er en pasient og går til to forskjellige doktorer, så gir de meg samme diagnose. Det betyr bare at diagnosen ikke er avhengig av den individuelle doktoren du besøker. Og en diagnose må også være den samme over tid – når jeg kommer tilbake et år senere, gir de meg fremdeles den samme diagnosen. Det vi idag vet er at psykiatriske diagnoser ikke er reliable. Med andre ord, du går til én doktor, du får en diagnose.

Du går til en annen doktor, og du får en annen diagnose. Og vi vet også at de ikke er stabile over tid. Først får du diagnosen bipolar, og før du vet ordet av det er du blitt schizoaktiv. Frem og tilbake, i den stilen. DSM feiler altså i det henseendet. Hva så med validitet? Validitet betyr at det du er diagnostisert med er noe virkelig. Og hvordan etablerer du validitet? Vel, det beste er selvfølgelig om du kan finne en biologisk markør. Hva det virkelig betyr er at det er en faktisk, spesifikk sykdom som vi identifiserer. En sykdom som er forskjellig fra andre sykdommer. Det er hva det betyr. Så hvis du ikke har data for biologiske markører, trenger du andre typer data som kan validere forstyrrelsen. Det

relsens gjennom forskning i løpet av de neste tredivet årene. Det vi ser er at vi seiler rundt i alle slags sirkler mens vi mislykkes i å validere disse forstyrrelsene. Med andre ord, vi mislykkes i å vise at visse forstyrrelser viser et karakteristisk forløp som er forskjellig fra et annet. Vi fant ikke de biologiske markørene. Vi fant ingen spesifikke gener. Så jo, ser vi på DSM-III som en diagnostisk manual som ville kunne tjene psykiatrien vel – ja da har den feilet. Den har feilet ut ifra de målestokker som medisinen bruker for å kunne si at en diagnostisk manual er til noen nytte. Den trenger å være reliabel og valid. Men den mislyktes. Det er en mislykket diagnostisk manual. Den tjener ikke som noe bruk-

“ De later som om vi har å gjøre med kjente sykdommer, de later som det er noe objektivt, at du enten har en depresjon eller ikke har en depresjon. ”

kan være genetiske forbindelser. For eksempel finnes det mange kreftvarianter som er forskjellige fra hverandre. Nå har det seg slik at premisset for DSM-III faktisk var at disse diagnosene er hypoteser, og foreløpig, hvis vi grupperer mennesker på denne eller den andre måten, kommer vi til å validere disse forstyr-

bart redskap for å resonnerer om psykiatriske lidelser. Og – vet du hva som til slutt må sies om validitet? Jo, det er at forskjellige forstyrrelser reagerer veldig forskjellig på forskjellige behandlinger. Det vil si: du bruker ikke antipsykotika både for schizofreni og stemningsforstyrrelser. Det burde være enten det ene

eller det andre.

B.F.: Dette er kanskje en parantes, men jeg har en teori om at hvis man tok alle psykoaktive medikamenter som du kan finne idag og malte dem sammen til en eneste stor grøt, for deretter å lage nye piller av dette stoffet med nye fine farger og nye fine navn, og så sendte dem ut til legene med anvisninger om hvordan de bør brukes, ja da ville du oppnå eksakt samme responser som du får til de medisinene vi har idag. Det er min hypotese. Veldig ondskapsfullt, jeg vet det.

R.W. (ler): Vel, saken er denne. Joanna Moncrieff snakker mye om disse tingene. Disse pillene har visse typer effekter. Som du vet, er et stimulantium veldig forskjellig fra et antipsykotikum som sender deg rett i gulvet hva gjelder din evne til å reagere på verden. Noen medikamenter reduserer din evne til å reagere. Som benzodiazepiner og antipsykotika – de minsker din emosjonelle respons. Gud vet hva en SSRI faktisk gjør med deg. Hva gjelder sentralstimulerende piller, så ruser eller vekker de deg, de er i utgangspunktet rusmidler. Vi vet alle hva en oppvikker er, vi drikker en kopp kaffe og kjenner effekten. Det er på det nivået.

FRA KRYPTO-VITENSKAP TIL POLITIKK

B.F.: Den andre gangen vi møttes, jeg tror det var i Brighton for et par år siden, foreslo jeg at man kanskje kunne beskrive evidensbasert forskning som en slags stige, en stige med tre trinn, der du i bunnen har KLASSIFISERING, det vil si diagnosemanualen (DSM) og alt som det innebærer. Så har du KVANTIFISERING, som innefatter hele kabalen for hvordan du arbeider med disse algoritmene i randomiserte forsøksserier og deretter bruker disse regnestykkene i systematiske oversikter, i konstruksjonen av meta-analyser. Og som tredje trinn har du KODIFISERING, som viser hvordan disse resultatene forvandles til regler og reguleringer som blir til obligatoriske retningslinjer i helseindustrien.

R.W.: Tenk på det du nettopp sa, Bob. Jeg tror du har rett. Det er en stige med tre trinn. Et av premissene her er at når du kjører en klinisk forsøksserie, så har du en klart definert diagnose i bunnen som sier at en gruppe mennesker lider av den samme sykdommen. Men en slik diagnose klarer ikke å fange opp hva som faktisk foregår i og mellom mennesker. Og der har du den største svakheten, for FDA sier at vi bare kan tillate behandling

av sykdommer.

Så teoretisk trenger du å oppvise en eller annen form for validitet for sykdommen. Men vi vet idag at disse sykdommene, disse kategoriene i psykiatrien, ikke er blitt validert. Derfor har vi et vakkende fundament helt fra begynnelsen. Det andre trinnet reiser følgende spørsmål: hvordan skal vi gå frem for å lage en randomisert klinisk test som i bunn og grunn har til hensikt å måle, å kvantifisere symptomer? Du vet hvordan du kvantifiserer et bakterienivå, et virusnivå. Hva psykiatrien nå må gjøre er å utvikle skalaer, i det minste å angi et slags tall, på en skala for depresjon. Nåvel, hvordan måler du depresjon? Havner depresjonen din på tallet femten eller atten? Hva de gjorde var, som vi vet, de rørte sammen et knippe spørsmål der de kunne anslå hvor alvorlig depresjonen er, hvorpå de gir deg en fem, en seks, en fire eller en åtte. Så du ser med en gang at det er et element av subjektivitet i denne fremgangsmåten. Hva er så symptomene på depresjon? Før du vet ordet av det har de funnet ut at du enten sover for mye eller for lite. Det er alle mulige ting som sies å være symptomer på depresjon, men som like gjerne kan være symptomer på noe annet, som stress eller angst. Ikke vet jeg. Poenget er at det brer seg ut en masse late-som-poseringer.

ing nå, man later som at man kan kvantifisere følelseskriser og at de kan gis et tall. Her er det veldig mye simulering ute og går, vi later som at dette er en objektiv prosess, vi foregir at vi måler hvordan medikamentene påvirker visse målangitte symptomer. Det er den andre delen av dette late-som-spillet.

Når vi utfører randomiserte kliniske forsøk med psykiatriske medikamenter, oppstår alle tenkbare problemer. Et av dem er at disse testene ikke forblir blindede, ettersom medikamentene, antipsykotika for eksempel, faktisk har en effekt på mennesker. Legene er veldig flinke til å gjette hvem som går på medikamentet og hvem som ikke gjør det.

“ Vi vet ikke engang om disse medikamentene er mer effektive enn placebo, på grunn av test-designen. ”

Tror du at den som testes med en psykiatrisk medisin ikke vet om de går på en sukkerpille eller et antipsykotikum? For pasientene forblir ikke testen blindet, de forstår temmelig fort om de er satt på et antipsykotisk stoff. Så disse testene er i virkeligheten ikke blindede. Og vi vet at det er allverdens problemer knyttet til finansielle incentiver...

Men det finnes et annet problem. La oss si at vi ikke vet hvor

virksomt et medikament er. Vi mener å kunne vise at vi produserer en positiv respons hos 30% av pasientene. La oss så si at placebo oppviser en respons hos 20% av pasientene. Vi har da en positiv respons i 10% av hele pasientgruppen, der en påvisbar bedring synes å kunne tilskrives medikamentet. Hele 70% synes ikke å oppvise noen effekt i det hele tatt. Det er et tenkbart resultat.

Nåvel, hvor mange pasienter ble utsatt for bivirkninger? Vi vil gjerne kunne gjøre en risiko/vinning-analyse for det gjeldende medikamentet. I samfunnet finner vi på kort sikt en forbedringsprosent på 10% med hensyn til et avgrenset symptom. Så det

er vinningsprosenten: 10%. Men sett nå at 100% gjennomlever skadevirkninger, eller at de i det minste kommer i risikozonen for slike virkninger. Da må vi spørre om den minimale vinningen oppveier de konsekvenser det har for samfunnet at alle utsettes for risikoen for skadevirkninger. I en randomisert klinisk test vurderer du ikke alle disse negative effektene. La oss si, som i vårt eksempel, at 70% ikke engang reagerer på medikamentet. I disse place-

bokkontrollerte testene blir til og med disse medikamentene av og til sett på som effektive. Og det kan bli enda mer absurd. La oss si at 15% reagerer positivt på medikamentet og bare 5% på placebo. Det medikamentet blir likevel sett på som effektivt. Til tross for at 85% ikke oppviste noen forbedring. 85% av alle som utsettes for det medikamentet vil ikke bli hjulpet, men vil utsettes for skadevirkningene. Dette er det uholdbare fundamentet for det vi holder på med.

B.F.: Er ikke et annet problem at altfor ofte randomiserer legemiddelsprodusentene sine nye medisiner bare mot placebo, og ikke mot et annet allerede eksisterende medikament som antas å være mindre effektivt enn det nye medikamentet? Men fordi det bare måles statistisk i forhold til dets mulige fordeler vis-a-vis placebo, så får du intet sammenligningsgrunnlag hva gjelder de eldre medisinene. Hvis jeg har forstått Dr. Healy rett, så påpeker han at altfor ofte er faktisk de eldre medikamentene bedre.

R.W.: OK, det er noe sant i det. Men la oss gå tilbake et skritt, Bob. Faktisk finnes det ofte ingen placebo-gruppe i disse testene for psykiatriske medisiner. Vi finner i disse gruppene pasienter som har vært på medisin, men nå er seponert fra dem. Ofte er en placebo-gruppe ikke

en virkelig placebo-gruppe, men en gruppe der medisineren er blitt stoppet, og som derfor gjennomlever abstinens-symptomer. Det får placebo-gruppen til å se verre ut enn den ellers skulle ha gjort. Det er pasienter som gjennomgår medikament-avvenning. Så det er ikke noen virkelig sammenligning. Vi vet derfor ikke engang om disse medikamentene er mer effektive enn placebo, på grunn av test-designen.

Noen undersøkte dette for en Cochrane-gruppe, de tittet på hvor mange tester for antipsykotika vi faktisk har, etter femti år. Man kan se etter tester der et medikament bare sammenlignes med det vi kaller en medikament-naiv gruppe, det vil si at ingen i gruppen har noensinne gått på et medikament. For en tidsperiode på 50 år klarte forskerne å finne tester der det samlede antallet medikament-naive pasienter var rundt 500. På 50 år! Så vi vet altså nå at antipsykotika på kort sikt er mer effektive enn placebo? Vel, i den Cochrane-oversikten konkluderte de med at disse forsøks-seriene ikke ga noe svar på det spørsmålet.

FØLG PENGESPORET

B.F.: I tillegg til dette har vi det faktum, som både Healy og Gøtzsche har skrevet omfattende om, at disse testene fra

sin første begynnelse er blitt vanskjøttet av legemiddelfirmaene. Jeg mener, det er så mye bedrageri, så mye som er blitt feiet under teppet når det gjelder alle skadevirkninger - og det meste er dessuten forfattet av ghost writers - at testene er mer å regne som markedsførings-instrumenter enn vitenskapelig forskning. Og da kommer vi til det spørsmål som jeg må si interesserer meg spesielt. Og det er den rolle penger spiller i alt dette. Pengenes rolle i den biomedisinske psykiatrien og hvordan denne psykiatri har klart å opprettholde sitt hegemoni helt frem til idag. For er det ikke fullstendig vanvittig hvordan psykiatrien, i hvert fall slik jeg ser det, nå bare har to føtter å stå på? Den ene er DSM (diagnosemanualen), og den andre er Big Pharma. Uten disse to leirføttene ville dagens psykiatri ikke ha noe som helst å stå på. Det ville ikke være noe igjen av den.

R.W.: La oss rekapitulere, Bob. Når det gjelder evidensbasert medisin, så vet vi at den bør begynne med valide, gyldige diagnoser. Det har vi ikke fått. For det andre er verktøyet, randomiserte kliniske tester, i virkeligheten designet for infeksjons-medisinen, for områder med biologiske markører. Det har vi ikke her. Så selv om testseriene ble utført på en ærlig måte, ville vi ha problemer med

å kvantifisere emosjonelle lidelser. Og med å bruke dette verktøyet, når dette er så åpenbart vanskelig å gjøre. Det i seg er et virkelig problem. Det neste problemet du snakker om, er i hvilken grad testene utføres for å gjøre en uhildet bedømmelse av medikamentet, for å finne ut noe om det, eller om de er designet på en måte som har til hensikt å bevise at medikamentet er effektivt. Den første varianten ville være en vitenskapelig virksomhet, den andre i bunn og grunn en markedsførings-strategi. Med andre ord, hvis jeg er et legemiddelfirma, vil jeg måtte utføre en test slik at jeg kan lansere medikamentet på markedet. Jeg vil at disse testene skal fortelle alle berørte at mitt medikament er sikkert og effektivt. Men det som er helt klart er at kliniske tester av psykiatriske medisiner under de siste tyve årene, finansiert som de er av de farmasøytiske selskapene, er designet for å passe inn i den andre agendaen, markedsførings-agendaen. Derfor vinkler du testene som en del av designen. Du kan bruke metodologier som får medikamentet til å se bedre ut enn placeboen eller det eldre medikamentet. Det er det ene problemet. Og så, for det andre, designer du testene slik at skadelige hendelser ikke rapporteres. Det er forskjellige måter å gjøre det på. Og hvis de blir rapportert, så skjuler du disse hendelsene eller ned-



Liv Skree, Robert Whitaker og Bob Foss.

toner dem. Sannheten er at vi nå har tester som ikke ble laget for å vurdere medikamentenes gode egenskaper, men som ble designet med markedsførings-mål i selve utgangspunktet. Og videre ble de ikke engang ærlig rapportert. Med andre ord var de vinklet med hensikt og skadelige hendelser ble gjemt unna. Mange studier ble ikke publisert. Slikt er ikke vitenskapelig virksomhet. Og så har vi det problemet du nevner, at de farmasøytiske selskapene ofte betalte skyhøye pengesummer til de akademiske forskerne som utførte testene, og leide dem inn som forelesere og presentatører. Alt det der. Så de samme menneskene som vi anser for å ha legitimitet i vårt samfunn, akademiske psykiatere, i det minste i USA, ble kjøpt av de farmasøytiske selskapene. Så

det du kan beskue er en tvers igjennom korrumpert prosess, hvilket har ført til at samfunnet ikke har noen klar forståelse av hvordan disse medisinene fungerer.

B.F.: Nettopp. Og i den sammenhengen har du også hva man kaller publiserings-slagside, noe som gjør det uunngåelig at til og med samvittighetsfullt gjennomførte meta-analyser av fagfelle-vurderte tester like fullt vil oppvise vinkling eller slagside. Fordi det materialet de mater inn i algoritmene vil bestemme utfallet.

R.W.: Joda, det er fullstendig rett. Hele premisset for den evidensbaserte medisinen er at evidensen har vitenskapelig gehalt. Men hvis evidensen er søppel, det vil si, hvis den evidens du underlegger en systematisk gjen-

nomgang er ufullstendig og upålitelig, hvordan kan da de kliniske forsøksdataene evalueres? Hele prosessen er en eneste røre. Du kan rett og slett ikke lage gode kliniske retningslinjer for omsorg ut ifra skrøpelige data.

B.F.: Jeg får lyst til å sitere min favoritt-satiriker, Tom Lehrer, som sa det slik: "Livet er som et kloakkrør. Hva du får ut av det avhenger av hva du putter oppi det." Det er selvfølgelig en gremmelig måte å si det på, men det er eksakt hva denne industrien holder på med, er det ikke?

R.W.: Jo. De kliniske dataene er bunnlinjen, og hele prosessen som den evidensbaserte medisinen raser igjennom, munner ut i retningslinjer for omsorg. Det kalles "søppel inn, søppel ut."

B.F.: Der sa du det, og når det er sagt, har du da ikke egentlig gitt et svar, en forklaring på de angrep mot deg selv og den type data du presenterer og den slags

det store og hele gjør det dramatisk mye bedre. Og nå følger vi mennesker over tid i deres virkelige liv. Arbeider de, har de falt tilbake til hospitalene? Dette

og igjen.

BLINDEBUKK SOM FORSKNINGSIDEAL

B.F.: Jeg skulle gjerne ville sammenfatte dette i en litt mer humoristisk ånd. Jeg vet ikke om du kjenner til – jeg gjorde det i hvert fall ikke – en artikkel fra 2003 i British Medical Journal (BMJ) som hadde tittelen “Bruk av fallskjerm for å forhindre død og alvorlig traume knyttet til gravitasjonelle risikofaktorer. Systematisk gjennomgang av randomiserte kontrollerte tester.” Det ble presentert som en dødsens seriøs, metodologisk uklanderlig artikkel, den fulgte oppsettet til punkt og prikke, og de var faktisk i stand til å bevise at det ikke er blitt tilforlitlig dokumentert at det er tryggere å hoppe fra fly med fallskjerm enn det er å hoppe uten. Jeg viste denne artikkelen til en venn av meg som er en av de fremste forskere på elektroshjokk i Norge, og han lo seg nesten spent ihjæl. Han hadde selv opplevd noe nesten like absurd da han forsøkte å få ut noen data fra et forskningssenter i Norge. Han ønsket noen harde data over kognitive skadevirkninger etter elektroshjokk-behandling. Svaret han fikk var at, nei, vi kan ikke bevise at det er noen kognitive skadevirkninger, fordi det foreløpig ikke var blitt utført noen randomiserte tester

“ Kan vi ikke bevise det, så er det ikke evidens. Ingen evidensbase for at det er tryggere å hoppe ut av et fly med fallskjerm enn å hoppe uten.”

teoretiske referanseramme som du presenterer? Jeg kan egentlig ikke se det som noe annet enn et uttrykk for total desperasjon. De har ingenting å sette imot.

R.W.: Nåvel, det vi har snakket om så langt er i virkeligheten kjerndataene for det som i beste fall er den kortsiktige bruken av disse medisinene. Det er helt klart bedrageri, det er vinklet og partisk, det er utilstrekkelig, det er hele pakka. Selv på dette begrensede området av psykiatrien er de sårbare. Hvis vi nå tenker over til langtidseffekter, som har en helt annen type database, finner vi igjen samme sak. Du følger mennesker gjennom lange tidsperioder på mange områder av livene deres. Ta Martin Harrows studie. Den gruppen som lydig tar sine medisiner hele tiden gjør det ikke særlig bra. Så har vi den andre gruppen som faktisk har sluttet med medisiner. Her snakker jeg om s.k. schizofrene og psykotiske mennesker som i

er resultater, evidens fra det virkelige liv. Og det interessante er at dette materialet forteller en helt annen historie enn den som handler om antipsykotika. Så jeg bruker deres historier, og de motsier fullstendig det som fortelles i offentlige kanaler. De tilbakeviser helt deres praksis. Og hva har de å stille opp som svar? De sier, vel, dette er ikke randomiserte kliniske studier. De akter å fortsette å bruke sine korrupte data. Og her, Bob, har du grunnen til at de må angripe budbæreren. Dette er hvorfor de må prøve å knuse meg eller knuse Gøtzsche personlig. Det er fordi de faktisk ikke har noen data. De har ikke en god vitenskapelig historie som de kan peke på. Og tenk på hva som står på spill. Tros-systemer står på spill, penger står på spill, karrierer står på spill. Så i fravær av solid vitenskap som kan tilbakevise kritikerne, er de tvunget til å angripe budbæreren. Det er ikke vanskelig å forstå, det skjer igjen

om dette spørsmålet. Ingenting, i mine øyne, avslører bedre den politiske kjernen i dette spillet.

R.W.: Det er som om medisinen og spesielt psykiatrien har et blindt punkt. Og det var det denne britiske artikkelen gjorde narr av. Hvis det ikke kommer fra en randomisert klinisk test, så vet vi ingenting. Det spiller ingen rolle hva som er rett foran øynene på oss. Kan vi ikke bevise det, så er det ikke evidens. Ingen evidensbase for at det er tryggere å hoppe ut av et fly med fallskjerm enn å hoppe uten. Det artikkelen viser er hvilke skylapper medisinen utstyres seg med ved å opphøye den randomiserte kliniske testen til noe uangripelig, noe som er mer gyldig enn alt annet. Randomiserte kliniske tester kan gjøre visse ting bra, men å late som at det er den eneste formen for klinisk evidens, er tullprat.

Hva hvis de som kommer ut av elektroshokk ikke kan huske hva de heter de neste seks ukene? Er det noe problem forbundet med det? Det er det så absolutt! Hvis de kunne huske navnet sitt før de underla seg elektroshokk, og de ikke kan det etterpå, så er det opplagt at rent klinisk forteller det dem at behandlingen fikk dem til å glemme hva de heter, at behandlingen ga dem problemer med hukommelsen. Det trenger du ingen klinisk test for å konstatere. Som lege trenger du

bare å åpne øynene og observere pasientene. Men idag heter det seg at hvis du ikke gjennomfører et klinisk forsøk eller noe i den stilen, noe som innebærer at du gir én person elektroshokk og en annen person placebo eller noe sånt... ærlig talt, det er den rene dumhet. Denne bekjennelsen til den randomiserte kliniske testen som den eneste formen for holdbar evidens, det blir en måte å iføre seg skylapper på. Og det begrenser på en grunnleggende måte hva du kan vite om verden.

B.F.: Jeg har et forslag. Jeg har ikke lansert det offentlig ennå, for det hersker et stort tabu her, liksom i USA, hva gjelder å virkelig undersøke forbindelsen mellom psykoaktive medisiner og voldshandlinger.

R.W.: Det stemmer.

B.F.: Jeg mener: legg skylden på sykdommen, ikke på medisinen – det er mantraet. Og min idé er at du tar en gruppe mennesker med depresjons-diagnose og randomiserer dem i to grupper, deretter gir du halvparten en av de sterkeste antidepressivene og den andre halvparten en sukkerpille. Så gir du hver og en av dem en pistol, en ladd pistol, og sender dem ut i samfunnet for å se hva resultatet blir. Er ikke det en randomisert test?

R.W. (ler seg nesten skakk).

B.F.: Jeg sier ikke dette i fullt

alvor, men jeg mener et slikt eksperiment ville være like sinnssvakt som mye av det andre som foregår i psykiatrien nå.

R.W.: Det kan man si. Hør her, samfunnet er helt i tåkeheimen når det gjelder hva disse medisinene kan stille til. Det er helt enormt. Hvis vi prøver å få en vitenskapelig forståelse av hvordan medisinene påvirker både samfunnet i stort og individuelle liv, så ser vi at det hele er et eneste gigantisk eksperiment. Drevet av en reklamekampanje. Vi er forsøksdyrene. Og vi finner oss i det..

Medisinfrie tilbud – hvor blir de av ?

Behovet for medisinfrie behandlingsforløp har vært stort lenge, men fortsatt kan vi ikke se at det er en reell mulighet for de aller fleste som er innfor det tradisjonelle psykiske helsevernet.

av Mette Ellingsdalen, WSOs representant i Fellesaksjonen



I 2010 kom det første pålegget fra sentrale myndigheter om at helseforetakene skulle opprette medisinfrie tilbud, og i 2011 startet "Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp", som er brukerorganisasjonenes felles initiativ for å følge opp dette.

Hvilke resultater har vi så oppnådd så langt, og hva er utfordringene fremover?

Enkelt kan det sies slik;

Vi har lyktes med å bringe saken frem hos myndighetene, i deler av helsevesenet og i organisasjonene.

Vi har foreløpig ikke lyktes i å faktisk få medisinfrie behandlingstilbud.

Fellesaksjonen har lyktes i å få satt søkelys på behovet for medisinfrie tilbud hos myndighetene, i helseforetakene og i egne organisasjoner. Vi fikk løftet det høyt i helsedepartementet og hos den forrige helseministeren, og det ble tatt frem som et prioritert område i flere sammenhenger. Det som ikke har skjedd, er at det ligger

penger bak løftene. Den nåværende helseministeren, Bent Høie, har ikke vært konkret i forhold til denne saken, men har snakket mye om pasienten i fokus, valgfrihet og brukermedvirkning. Fellesaksjonen må jobbe videre for at medisinfrie behandlingsforløp, som svært mange brukere etterspør, skal bli konsekvensen av disse fine ordene og at det skal legges penger på bordet, som er et viktig virkemiddel for myndighetene når noe nytt skal bygges opp.

Det har også blitt et økt fokus i helseforetakene, men der er det mye motstand å finne. Saken diskuteres i forskjellige fora, men vi kan ikke se entydig verken vilje eller handling til å faktisk realisere det.

Bevisstheten og kritikken rundt medikamentbruk er økende i samfunnet, og fellesaksjonens mål burde være en gyllen mulighet til å svare på dette, både for myndigheter og helsevesen. Men vi kan nok trygt si at arbeidet langt fra er over, og at behovet for en fellesaksjon til å løfte medisinfrie tilbud politisk fortsatt er til stede.

Flere lurer på om fellesaksjonen har som mål og jobber med å selv starte er slikt behandlingstilbud. Dette har vært diskutert ganske mye i aksjonsgruppa, og det siste året har også mye arbeid gått med til nettopp dette. Men vi har kommet frem til at

fellesaksjonens oppgave først og fremst er å jobbe politisk og ved bevisstgjøring og informasjon for å åpne dørene for andre som ønsker og har kompetanse til å jobbe med konkrete prosjekter. Aksjonen er et konsensusorientert samarbeid mellom fem organisasjoner, som alle skal ivareta sin plattform og ståsted, og det at vi står sammen er helt sentralt for å oppnå gjennomslagskraft ovenfor myndighetene. I arbeidet med å bygge opp et behandlingstilbud er dette derimot ikke den enkleste arbeidsformen.

Dette er selvfølgelig ikke til hinder for at de enkelte organisasjonene kan jobbe med konkrete behandlingstilbud, arbeidet som Fellesaksjonen står for er jo kun en del av alt som foregår i de forskjellige organisasjonene.

Fellesaksjonen jobber videre for å åpne dørene og legge press på myndigheter og helsevesen for at gode medisinfrie tilbud skal bygges opp, og bli en reell og etablert valgmulighet for alle som ønsker det.

Følg med på Fellesaksjonens hjemmeside www.medisinfrietilbud.no for oppdateringer om hva som skjer.

Ja, vi elsker frihet.

WSO krever at myndighetene forbyr tvangsmedisinering med ekstremt farlige medikamenter!

av Berit Bryn Jensen, leder for WSO

Tre ord henger på fasaden og baksiden av Historisk museum i Oslo, på lange banner prydet med røde hjerter. Ja. Vi. Frihet.

Elsker er et godt ord å si. Røde hjerter er blikkfang. Resten av ordene henger ikke på veggen på Historisk museum – ikke enda. Men de bør komme dit, når mennesker samles og drøfter hva frihet er og for hvem. For frihet er ikke for alle, heller ikke i Norge.

Bøkene av vitenskapsjournalisten og forfatteren Robert Whitaker har vakt oppsikt og vunnet priser. Whitaker er blitt en ettertraktet foredragsholder. I "Mad in America" dokumenterer han de historiske røttene til den pågående mishandlingen av mennesker med psykiske lidelser, absurde, uetiske og uvitenskapelige påfunn kalt behandling, som aller oftest rammer fattige, marginaliserte mennesker, fargede, fengslede, flyktninger, krigsveteraner, enslige og hjemløse. Men den farmasøytiske industrien har alle i kikkerten.

Rimelige tiltak, boliger og omsorgstjenester uten tvang, er blitt nedlagt flere steder. De kunne true levebrødet til «maddoctors», pleiere, voktere, forskere, byråkrater og hurtig voksende industrielle og akademiske interessene som invaderer og okkuperer menneskers mest private arena, hjemmet, kroppen og livet.

Pasienter har fortalt forskere at å bli tvangsmedisinert er å leve under permanent unntakstilstand. (Borch, Terkelsen og Larsen, 2012)

Før i tiden het det kolonisering og slaveri. I dag har vi medisinske termer. Språkbruken tilslører at industrielle og profesjonelle interesser også er big business. Språkbruken til koloniserende erobrere ivaretar deres særinteresser. Lokalbefolkningen, vi innfødte, våre menneskelige behov er underordnet kolonimaktens businessmodell.

”Anatomy of an Epidemic” dokumenterer at økningen i den globale epidemien av kroniske psykiske lidelser, ødelagte liv og tidlig død følger økningen i salget og bruken av industriproduktene vi kaller legemidler. Leger skriver ut piller til stadig flere, i alle aldre, til stadig utvidede indikasjoner. I USA og Europa er hvert tredje dødsfall forårsaket av godkjente medikamenter. Psykiatrien er industriens gullgruve. Våre myndigheter er ikke på sporet. Den astronomiske regningen betaler den enkelte som skades og dør, de etterlatte og samfunnet.

Derfor er boka oversatt til norsk, av Selin Kibar, nestleder i WSO. Derfor kommer Robert Whitaker til lanseringen 25. november i Oslo. Derfor kommer også Peter Gøtzsche, dansk lege, forsker, professor, forfatter av ”Dødelig medicin og organisert kriminalitet. Hvordan medicinalindustrien har korrumpert sundhetsvesenet”.

Gøtzsche er skarp og glødende kritiker av en industri hvis mål er å tjene penger, en industri som ikke skyr mafiaens metoder for å nå målet, med det forbehold at mafiaen har drept langt færre mennesker, og tjent langt mindre penger enn den globaliserte farmasøytiske industrien. Gøtzsches bok inneholder et vell av forskningsresultater som underbygger kritikken av et kostnadsdrivende, helse- og miljøfiendtlig, samfunnskadelig system.

Årets feiring av Grunnloven 1814 -2014 har fortalt oss, med flagg og bannere, store ord og mye festivitas, at vi bor i et godt land.

Få politikere vil inn på at også i ”verdens beste land” er det urett og ufrihet og menneskerettskrenkelser begått av offentlige myndigheter.

Man lever godt og vender det døve øret til. Ledere lar det skure for å unngå å utfordre de sterke motkreftene. Poeten Jan Erik Vold sier det (omtrent) slik:

Si meg, hva bruker han det døve øret til?

Det døve øret? Ja, det døve øret.

Nåå, det døøøve øret.

Det bruker han til å høre med.

Det er ikke nytt. Bare manges iherdige kamp mot urett har gitt oss den graden av frihet mange i dag tar for gitt. Men når vi taper vår frihet, ”nettopp i denne timen vet vi hva frihet er”, skrev Nordahl Grieg under andre verdenskrig. ”Vi er så få her i landet. Hver fallen er bror og venn. Vi har de døde med oss, den dagen vi kommer igjen.”

WSO vet at den internasjonale farmasøytiske industrien påfører oss varige skader og tidlig død. Derfor står WSO sammen med våkne borgere og helsearbeidere mot nasjonale og globale krefter som tjener mest når flest er fratatt sin frihet, når mange er blitt avhengige, når mange blir tvangsmedisinert. WSO krever at våre myndigheter forbyr tvangsmedisinering!

En psykiatrisk epidemi.

Illusjonene om de psykiatriske legemidlene

Av Robert Whitaker.

Endelig blir det mulig å lese Robert Whitakers bok "Anatomy of an epidemic" på norsk.

Abstrakt forlag utgir en oppdatert norsk utgave av boka, og arrangerer sammen med WSO

seminar og boklansering 25. November 2014

Robert Whitaker og Peter Gøtzsche vil delta på seminaret, og vil der utfordre norske fagmiljøer og myndigheter.

Peter Gøtzsche er forfatter av boka "Dødelig medicin og organisert kriminalitet – hvordan medicinalindustrien har korrumpert sundhetsvæsenet". Abstrakt forlag utgir i forbindelse med seminaret også en "norsk" utgave av denne boka med dansk tekst.

I boka dokumenterer Gøtzsche hvordan legemiddelindustrien har korrumpert helsevesenet, og skapt omfattende overdiagnostisering og overmedisinering. Han fokuserer spesielt på psykiatri, hvor diagnose med svak vitenskapelig dokumentasjon har gitt legemiddelindustrien et særlig stort spillerom.

Gøtzsche er professor i medisin ved Universitetet i København, og overlege og direktør ved det anerkjente "Nordiske Cochrane-Center" ved Rikshospitalet i København. Hans kronikk "Psykiatri på afveje" i den danske avisen Politiken i fjor, hvor han imøtegår ti psykiatriske myter, utløste stor debatt i danske medier.

Robert Whitaker er allerede godt presentert i dette nummeret av Søkelyset.

Følg med på www.wso.no og www.abstrakt.no for nærmere informasjon om tidspunkt og sted.



Landsforeningen We Shall Overcome

en bruker- og interesseorganisasjon for
menneskerettigheter, selvbestemmelse og
verdighet innen psykisk helse

Lise Bangsbo: Når myndighetene gir faen? (Kolofon Forlag 2011)

Av Joar Tranøy, Psykolog og forsker



Boka handler om et menneskets kamp mot psykiatri og rettsvesen. Flere uheldige hendelser førte til at forfatteren Lise Bangsbo fikk hodeskader og symptomer som overflatisk sett kunne forveksles med symptomer på psykiatrisk lidelse. Følgevirkninger av hodeskadene ble verken diagnostisert eller behandlet. I stedet ble hun mistenkeliggjort og betraktet som et psykiatrisk tilfelle. Fallet på glattisen ble først registrert som lett hjernerystelse av Bærum sykehus. Da hun ikke ble bedre tok hun kontakt med privatpraktiserende leger. Av en almenpraktiker fikk hun diagnosen manisk depressiv sinnslidelse og forordning om litiumbehandling og Haldol. Det som skjedde deretter var økning av medisinerings og økning av plagsomme bivirkninger. Det hun trengte var ro, hvile og rekreasjon. I stedet ble det tvangsinnleggelse på Blakstad psykiatriske sykehus. Bangsbo var for svak til å gjøre motstand. Hun trodde i sin naivitet at politiet ville hjelpe henne.

Tvangsoppholdet på Blakstad sykehuset er sterk lesning. Forfatteren beskriver nøye og skarpt fram hvordan hun reagerte på

krenkelser. Beskrivelsene er meget innsiktsfulle. Det går klart fram at forfatterens reaksjon på krenkelsene var et forsøk på å bevare seg selv. Det lukkede psykiatriske avdelingssystem er et avindividualisert miljø. Skillet mellom rett og galt er nesten utvisket.

For å si det med filosofen Hannah Arendt så hadde ikke lengder samvittigheten i et slik miljø grunnlag i det enkelte individ. Årsaken til samvittighetsløsheten er systemets totalitære karakter. Bangsbo belyser hvordan medmenneskelig samvittighet var fraværende i et totalitært system.

Lise Bangsbos opposisjon ble oppfattet som "lite troverdig": "Hun er ikke til å stole på, for hun er gal(psykotisk)."

Forfatteren utleverer sin familie og privatliv, men ikke på en utilbørlig måte. Hennes tidligere ektemann var tutor til tvangsinnleggelsen og samarbeidet med psykiaterne. Hans rolle var viktig og kan ikke forties.

Framstillingen av dokumentasjonen i kapittel 2 –(Hvordan kan noe gå galt?) er noe knapp. Doku-

mentasjonen er delvis fragmentarisk. Blant annet opplyses at Kirkens familierådgivings psykolog makulerte samtlige journaler om Bangsbo uten nærmere kildehenvisning.

En del av boka omhandler ulike former for tvangsmedisinering.

Bangsbo beskriver inngående det gifthelvete som neuroleptikas virkninger ("bivirkninger") gir.

Kanskje det mest slående eksempelet er den såkalt frivillige medisinerings. Blakstads sjefpsykolog manipulerte forfatteren til medisinerings. Sjefpsykologen forkynte at hun kunne reise hjem - men ikke uten vilkår: Du kan ikke reise hjem uten at du tar dine medisiner.

Bangsbo ble ydmyket med sinnsykediagnose, krenket med tvang, frihetsberøvelse, mistenkeliggjort og betraktet som en ikke anstendig person. Hun var devaluert som person og uten kontroll over egen situasjon (total avmakt). Hun ble behandlet som et vesen uten personlighet, identitet og en gjenstand uten individuelle interesser og behov.

Hva med rettsvesenet? Ville ikke jussen yte den krenkede og feilbehandlede kvinnen rettferdighet?

Den omfattende dommen i Bærum Herredsrett ga ikke

Bangsbo medhold på et eneste punkt.

I dommen ble det vist til de to sakkyndige, overlege Trygve Holst og psykiater Pål Abrahamsen, som konkluderte med at de plager Bangsbo hadde slitt med bare i liten utstrekning skyldtes medisinerings.

Retten erkjente at det var endel tvil om Bangsbo faktisk har en organisk hodeskade, om riktig diagnose noensinne ble stillet og om vilkårene for tvangsinnleggelse var til stede da hun siste gang ble innlagt på Blakstad. Men retten finner på den annen side at hverken fylkeskommunen eller staten har gjort seg skyldig i noe rettsstridig overgrep. Den behandling Lise Bangsbo har fått og registreringen i psykoseregisteret var heller ikke i strid med den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, ifølge Bærum herredsrett.

Etter nederlag i herredsretten ble saken anket til Lagmannsretten.

Igjen tapte hun. Bangsbo omtaler dommen som tortur.

Lise Bangsbo har skrevet en sterk bok. Den fortjener å bli lest.

Deler av boka burde være pensum på helsefag i høyskole. Bangsbos dokumentasjon viser et system som utelukker bruker-

medvirkning når det virkelig gjelder beskyttelse mot overgrep og rettssikkerhet.

DRØM I VÅKEN TILSTAND

Av Bob Foss

Denne anmeldelsen hadde jeg ikke tenkt å skrive selv. Grunnen burde være åpenbar. Dette er tekster skrevet av kvinner som hver på sin måte har gått igjennom det vi kaller psykotiske prosesser og som har tolket og beskrevet sine opplevelser med ord som er deres egne, ikke ord lånt fra akademiske disipliner. Boken burde derfor vurderes av noen som selv har befunnet seg i samme situasjon, altså noen som tidligere har vært, eller fremdeles er, "brukere" av psykiatriske tjenester. Tre forskjellige personer er blitt forelagt oppgaven, og alle tre valgte å trekke seg. Det har overrasket meg, og jeg må erkjenne at jeg ikke finner noen forklaring på det. Men der står jeg altså: enten anmelder jeg boken selv, eller så blir den ikke anmeldt i det hele tatt. Siste alternativ er utelukket, ettersom dette er en av de viktigste bøker som er skrevet i Norge under senere år.

Boken er resultatet av et skriveprosjekt i Asker som sattes i

gang av forfatterne selv. Gunn Helen Kristiansen beskriver bakgrunnen slik: "På skriveverkestedet har vi bevisst utfordret sykdomsteorien og oppmuntret deltakerne til å betrakte sine psykotiske reaksjoner som en mestringsstrategi og et talent med sensitivitet og reaksjonsevne." Altså et i bunn og grunn positivt utgangspunkt, som ikke i første hand ser på psykosen som et sammenbrudd, men snarere som en mulighet for, ja kanskje til og med som en forutsetning for, et gjennombrudd. "Det behandlerne ikke forstår oppfatter de ofte som hallusinasjoner og vrangforestillinger, mens det i stedet kan være et varselskrik som burde kartlegges og analyseres i en større sosial sammenheng." (GHK) Sagt på en annen måte: psykotiske opplevelser er ikke uttrykk for en maskinfeil i den biologiske hjernen, men er meningsbærende (om enn ofte forkledde og forvirrende) mestringsprosesser som arbeider seg frem mot egen sannhet, egen identitet. Igjen sier GHK det bedre enn jeg kan: "Vi avdekket ... at psykoseopplevelsene hadde hatt både mål og mening for den enkelte. Det hadde vært som om vi "drømte i våken tilstand", at i de fleste av psykosene våre hadde underbevisstheten forsøkt å komme med kreative løsningsforslag på sterke livskriseproblemer. Psykosene var derfor ikke bare en virkelighetsflukt,

men også et forsøk på å finne løsninger." Forfatterne av denne boken viser at det er en prosess med mange snubletråder, der det største hinderet for en vellykket utgang veldig ofte er den offisielle behandlingsideologien innen helsevesenet.

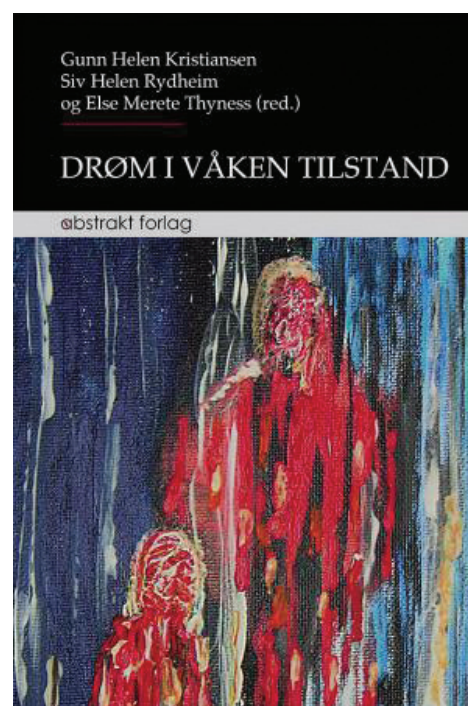
Jeg tror ikke at det kan understrekes sterkt nok: at psykoseopplevelser aldri kan forstås utenfra, ved hjelp av kvantifiserbare, symptombaserte vurderings-skalaer som gir seg ut for å være objektive beskrivelser av noe upersonlig som herjer i hodet på mennesker. Diagnoser eksisterer bare ett sted: i hodet på den som diagnostiserer.

Samtlige av tekstene i boken viser at psykoseerfaringer best kan forstås – og settes ord på – av den som selv har vært eller er psykoseutsatt. Mange vil trenge hjelp under en så kritisk livsfase. Men de kan best bemøtes av mennesker som prøver å forstå, uten å manipulere.

Noen av bidragsyterne i boken vil være velkjente for Søkelysets lesere, f.eks. Inger Emilie Nitter og Siv Helen Rydheim. Samtlige har viktige historier å fortelle – egne innsikter, formidlet med egne ord. Vi gjør klokt i å lytte.

Jeg gir siste ord til Olaug Heldig Sævereid: "Er det vanskelig for psykiatrien å innrømme at de kanskje ikke er så store "ekspert-

er" på vårt indre som de tror? Er de ikke bevisst hvor mye mer upløyd mark vi har foran oss enn bak oss? Hvor er ydmykheten for våre utforskede sider? Hvor er aksepten for at menneskesinnet fortsatt er en gåte og for at det er lettvisst å avfeie som sykt det de anser som avvik? Hvor er aksepten for at vi har vårt indre immunforsvar eller "stemmer" som er verdt å forstå, fremfor å sykeliggjøres?"



Gunn Helen Kristiansen, Siv Helen Rydheim og Else Merete Thyness (red.):

DRØM I VÅKEN TILSTAND
(Abstrakt forlag AS 2013)

INTERVJU MED LARS KROSSØY – AKUPUNKTØR OG SYKEPLEIER

av Mari-Ann Nordlien

Jeg begynte som pasient hos Lars høsten 2011, da jeg slet med en svært tung depresjon. Jeg har prøvd andre akupunktører tidligere, og opplevde Lars sin behandling og omsorg som unik; og viktig for min vei tilbake til livsglede og balanse. Lars kjenner til psykiatrien og dens bruk av medikamenter med dertil følgende skadevirkninger, fra jobben på akuttmottaket. Jeg var hos Lars ved Schous plass to ganger i uken den første tiden, så når jeg ble bedre en gang i uken. Jeg opplevde alltid bedring etter å ha ligget på benken hos Lars, og jeg trappet ned på medikamentene og sluttet uten at jeg opplevde abstinenser. Det var vidunderlig når depresjonen slapp taket på mitt sinn, og nå er jeg hos Lars ca. en gang hver måned for å velikeholde den gode balansen. Jeg gleder meg over livet hver eneste dag, det føles som jeg har fått livet i gave.

Lars forteller selv:

“Jeg ser ofte at medikamenter har bivirkninger som skaper symptomer som er svært like de problemer de skulle løse. Det er viktig at pasienter som bruker psykoaktiv medisin, ikke holder opp med å ta medisin fordi de har begynt med akupunktur.”

Medisinen behandler symptomer som kan være voldsomme, og det er først når akupunkturbehandlingen har begynt å rette opp ubalansene at det kan være klokt å begynne nedtrappingen av medikamentene. Akupunktur kan være et godt redskap i denne perioden for å lindre noen av de verste abstinensene; og akupunktur virker beroligende. Det er viktig at nedtrapping skjer i samarbeid med lege.

Ved akupunktur blir pasientens grunnleggende livs-

refter frigjort, og de energier som er blokkert eller ubalansert av sentralstimulerende midler blir igjen aktivisert og utløser helbredelsesprosesser i kropp og sinn. – en ubalanse vil alltid manifestere seg på alle plan; både de fysiske og psykiske.

Jeg erfarer at mange har i flere år gått i samtalerapi og forskjellige former for medisinsk behandling uten at dette har løst problemet. Akupunktørens styrke er at den påvirker kroppen og psyken på et energetisk nivå. Ved å regulere organene ser jeg at det skapes harmoni på det følelsesmessige planet. Jeg løser opp stagnasjoner og styrker svake områder som manifesterer seg som emosjonelle problemer.

Jeg har aldri opplevd at det blir for overveldende; snarere får pasienten øynene opp for det som forstyrrer; de føler seg sterkere fordi de er mer balanserte og deretter blir bedre i stand til å handle og endre ubalanser i livet. Blodforstyrrelser kan skape hektiske og ukontrollerte reaksjoner.

- alt bør være i balanse for at følelsene skal kunne falle til ro
- alle følelsesmessige påvirkninger påvirker organene, derfor er det viktig at organer og blod er i balanse
- Lars observerte i sin praksis at ubalanse i organer kan gi emosjonelle problemer og vice versa; konklusjon: Kinesisk medisin gir forklaringsmodeller, dybde og helhetsforståelse av plagene.

Jeg kan sterkt anbefale alle som sliter psykisk, eller ønsker å redusere medikamentbruken; Lars sin akupunkturbehandling.

SYK AV SORG

av Sigrun Dagrundottir Granås

Jeg har mista mange av mine nærmeste – naturlig nok i min alder. I løpet av flere tiår er mange gått bort. Det gjelder både slekt og venner. Når et menneske dør etter et langt liv, kommer døden som en befrier – Savnet blir større enn sorga. Noen ganger kommer dødsbudskapet som et sjokk, meningsløst og smertefullt.

Det fins så mange ulike varianter av sorg, kanskje like mange som det fins mennesker. Vi sørger forskjellig. Sorg, savn og traumatiske opplevelser er ikke målbare og kan ikke helbredes med medikamenter. Det er for mange helt nødvendig at det offentlige hjelpeapparatet straks stiller opp og at pårørende og venner i tillegg rekker ut ei hand når tragedien rammer. Kanskje om få år kan også sorg bli en diagnose – For meg føles det riktig, men de lærde strides! Mange politikere og ”bedrevitere” innen helse og omsorg hevder at en slik diagnose vil øke presset på et sprengt helsevesen? (Vi bor i verdens rikeste land ---) Sørgende mennesker som ikke klarer å jobbe, har ikke rett til sykemelding. Legen må skrive en godkjent diagnose! NAV’s regler er mer innsnevra enn noen gang. Her gis det ikke ved dørene når det gjelder sjelesorg.

Sorg og savn er en personlig og høyst individuell opplevelse. ”Tida leger alle sår” er et gammelt ordtak. Det har jeg og mange flere en annen erfaring med. Det er riktig for noen, andre ikke. Såret forblir åpent og betent. Livet går i verste fall ikke videre ---

Enkelte velger det bort når håpet drukner – ofte etter lang indre kamp. Jeg vil presisere: Når sorga blir langvarig, komplisert og uhåndterlig må noen hjelpe!

Nå er året 2013 snart fortid. Fortsatt blir ikke pårørende og etterlatte hørt og møtt med forståelse. Det ser dessverre ut til at det er en lang vei å gå, sjøl om mye nybrottsarbeid er gjort. Pårørende er frustrerte, ofte redde og kan fort bli oppfatta som sinte. På grunn av tabuer som henger som ei mørk sky over psykiatrien, er det mange som vegrer seg for å ta kontakt med leger og spesialister. Tabuer fins det flere av, private som offentlige, dessverre. Taushetsplikt er et tveegga ord som i noen tilfeller er rett og i andre brukes til å dekke over uverdigg oppførsel og skjule små og grove lovbrudd. Jeg har erfaring med at psykiatriske avdelinger ennå holder liv i tabuer og bruk av taushetsplikt, uten grunn.

Vi har nettopp fått ei regjering samt to samarbeidspartier som før og etter valget har stått fram i media og lovt at mennesker i alle aldre innen psykisk helse nå skal få mer bistand. Denne gruppen øker alarmerende! En får håpe at det ikke bare blir fagre løfter og tomme ord --- Det er maktpåliggende at kommunene ikke bruker overførte midler fra Staten til andre formål, noe flere kommuner har juksa med helt fra slutten av 1900-tallet – Tida vil vise om brukere innen denne delen av det Norske Helsevesen får det bedre.

FROGNER BYDEL IRETTESETT AV FYLKESMANNEN

av Hege Guerch

I Aftenpostens Oslo-bilag 8. november 2013 hadde jeg et innlegg med overskriften "Kutt for psykisk syke på Frogner". Om hvordan bydelen kutter i tilbudet om hjemmebesøk av psykisk helsearbeider - den viktigste og mest grunnleggende tjenesten bydelen har for psykisk syke, og en tjeneste som når alle, også de som er for syke til å klare å møte opp til en avtale et annet sted.

I mellomtiden har min gode venn, som er psykoseutsatt og har sosial angst, påklaget bydelens vedtak. Brev har gått fram og tilbake i lang tid, og vi ble også innkalt til et møte med to psykiske helsearbeidere. I løpet av dette møtet nevnte en av dem at Frogner bydel nå har sluttet å gjennomføre hjemmebesøk for psykisk syke - brukeren må komme til deres kontor. Likevel ble vi forespeilet en løsning hvor han kunne få individuell samtale med psykisk helsearbeider en time annenhver uke, og at annenhver gang kunne være hjemme hos ham.

Det tilbudet han fikk, var en time hver tredje uke. Og det har vist seg umulig å få den psykiske helsearbeideren til å komme hjem til ham. Hun sier bare at hun ikke har tid.

Dette syntes vi var en for dårlig løsning, og opprettholdt klagen. Til slutt gikk saken videre til Fylkesmannen. Og der fikk min venn medhold!

Fylkesmannen har bestemt at min venn skal ha en times individuell oppfølging av

psykisk helsearbeider annenhver uke, og at denne skal komme hjem til ham minst annenhver gang.

Er det rart at vi jubler?

Dette bør få positive konsekvenser også for andre brukere av den psykiske helsetjenesten i bydel Frogner.

At bydelen plutselig bestemmer at det skal være slutt på hjemmebesøk, er en sjokkerende nyhet. Stikk i strid med alle undersøkelser, som viser at det er hjemmebesøk som fungerer best. Andre bydeler satser for tiden mer på hjemmebesøk, og bygger opp ACT- og FACT-team. Det forutsettes også at den psykiske helsearbeideren er fleksibel og ved behov møter/følger brukeren til andre steder, for eksempel til et krevende møte eller et vanskelig ærend. Følger ikke Frogner bydel med på hva som skjer i andre bydeler?

Min venn har mottatt et langt brev fra Fylkesmannen, hvor han irrettesetter bydel Frogner på en rekke områder.

Fylkesmannen fastslår at tilbud om plass i sosial gruppe ikke kan erstatte individuell oppfølging, men at det kan være et supplement.

Fylkesmannen understreker også at "det må utvises forsiktighet med å stille standardiserte krav til hvordan en pasient skal bruke timene hos psykisk helsearbeider". Og at det er pasienten selv som vet best om han har nytte av timene eller ikke.

Fylkesmannen mener også at en vedtaksperiode på tre måneder er for kort i dette tilfellet (ved langvarig lidelse), og presiserer at brukere har behov for og rett på et forutsigbart hjelpetilbud.

Fylkesmannen bemerker også at vedtak om støttekontakt i utgangspunktet skal iverksettes umiddelbart. (Min venn har vedtak om støttekontakt, men har ikke fått noen.)

Fylkesmannen avslutter med at hjelpebehovet må vurderes fortløpende og ekstra timer innvilges ved behov.

Nå er det på tide at Bydel Frogner revurderer sin praksis overfor alle psykisk syke i bydelen!

BIVIRKNINGER

av Hege Guerch

Jeg ble noe forundret da jeg fikk høre av en hyggelig ekspeditør på apoteket at denne tablettene noen ganger kan gi munterhet. Hvis jeg opplever det, må jeg bare ta kontakt, så kan de gi meg råd. Vel, tenkte jeg og smilte for meg selv, hvis jeg opplever det, så skal jeg jammen nyte det til fulle! - Så gikk det opp for meg hva det var han hadde sagt: Munntørrhet!

STIGMATISERENDE DIAGNOSE

av Hege Guerch, Forfatter av boka "Psykoseutsatt"

Jeg vet jo at det finnes gale mordere med samme diagnose som meg, nemlig paranoid schizofren. Likevel ble jeg noe skuffet og betenkt over at en av dem dukker opp i Jo Nesbøs siste roman "Politi". - Etersom schizofrene er en så uensartet og mangfoldig gruppe, burde man slutte å bruke det misvisende begrepet "schizofren". Kall oss heller "PSYKOSEUTSATT", for det er det vi er. Mer mystisk eller spesielt trenger det ikke å være.

Mange tror at schizofreni er det samme som spaltet personlighet - at man er flere personer. Dette er helt feil. Det er en annen diagnose. Schizofreni innebærer ikke noe annet eller mer enn at man er mer utsatt for å bli psykotisk enn folk flest. Ellers

kan man godt være helt vanlig.

I dagligtalen brukes ordet schizofren i betydningen "spaltet, splittet". Det skjærer meg i ørene hver gang jeg hører det. Det er så feil!

La meg få presisere at et fåtall av oss schizofrene er farlige. De aller fleste med denne diagnosen er absolutt ikke voldelige, og er ikke til fare for andre.

Nei, bort med diagnosen "schizofren"! Fram med ordet "PSYKOSEUTSATT"!

PROBLEMATISKE LEGER

av Hege Guerch

Alle medisiner har bivirkninger. Medisinene som benyttes i psykiatrien har spesielt alvorlige bivirkninger og bør derfor foreskrives med forsiktighet. Dessverre tar ikke alle leger dette så alvorlig. Noen kan endatil finne på å overtale og insistere på at pasienten tar en medisin. Man kan lure på hvorfor og spørre seg om de egentlig vil pasientens beste.

En god venn av meg kom til sin allmenn-lege med alvorlige søvnproblemer. Jeg vil for ordens skyld nevne at han ikke er psykotisk eller psykoseutsatt. Og legen foreskrev Seroquel. Uten å opplyse om at det var en anti-psykotisk medisin, og uten å informere om de vanligste bivirkningene. Dette fant vennen min ut selv. Blant de vanligste bivirkningene er trøtthet, vektøkning og økt risiko for diabetes. Min venn er allerede overvektig og står i fare for å få diabetes. Nei, denne medisinen ville han ikke ta, og formidlet det til legen. Det falt ikke i god jord. Legen mente at pasienten stilte spørsmålsteget ved hennes fagkompetanse og trakk inn på hennes enemerker. Om pasienten ikke ville ta Seroquel, måtte det bli Zyprexa. Og resept fulgte. Zyprexa er også en anti-psykotisk medisin. Det er dessuten den anti-psykotiske medisinen som gir mest vektøkning. Min venn vil selvfølgelig ikke ta denne medisinen heller og orker ikke å gå tilbake til den samme legen.

Denne legen har tidligere påtalt min venns overvekt og ment at han burde begynne å trene. Ja, det er lett å si for en som selv er slank og som ikke tar medisiner som gir vektøkning. Så gjør hun selv sitt beste for å

bidra til pasientens vektøkning. Det skulle ikke vært lov.

At legen ikke tåler at min venn søker informasjon om medisinene og diskuterer dette med henne - at han blir beskyldt for å trå inn på legens fagfelt - vitner om at denne legen er meget utrygg faglig.

En annen venn av meg har sosial angst. Sist han var hos fastlegen sin, fikk han en angstdempende medisin. Men terapi og eksponeringstrening, som er det han egentlig trenger, får han ikke.

Jeg skulle ønske alle leger hadde vært som min fastlege, som jeg ikke kan få rost nok. Hun har to gode mottoer: "Så mye medisin som nødvendig, men så lite som mulig." og "Prøv først andre løsninger før man velger en medisin." Jeg er en godt informert pasient, og det setter legen pris på. Sammen diskuterer vi virkninger og bivirkninger og prøver å finne en best mulig løsning.

Leger burde ha plikt til å opplyse om hva slags medisin som blir foreskrevet og om mulige bivirkninger, slik at pasienten det gjelder er klar over situasjonen og føler seg mest mulig trygg.

Jeg er et oliventre

Ganske gammel og likevel fersk i livet
Erfaringene har gitt meg angst for rare smaksopplevelser.
Viktig næring for mine disponible muligheter til å bli viktig for mange andre.

Oliventrær gir frukter kun etter ca. 40 - 70 år.
Planta av foreldre til sine barnebarn.
Herda av vind, varme og lite vann gir den en sær, spesiell smak for etterkommere.
Som et kaktustre
Likevel oppdratt som i en lekegrind
Noen trær gir frukt alt etter noen få år
Det ligger i arvemateriale

Jeg er fornøyd med å være et oliventre
Selv om jeg ikke gir vekk den smaken jeg kanskje vil gi om enda noen år.
Få var de som trodde på meg og selv de beste vennene mine mista trua på meg.
Splitta mellom egen familie og nye venner, ga jeg aldri opp
Mista mine beste venner

Jeg hadde kun en usynlig gnist igjen for å vokse.
Havna i ørkenen.
Ikke noe å få næring fra

Jeg er et sta lite oliventre oppvokst i ørkenen.
Jeg skjulte mine egenskaper som oliventre og min respekt og støtte til vennene mine

Før var det masse vann i ørkenen.
Det virka på meg som en kilde til rolig utvikling mot å bli et oliventre.
I dag bærer jeg noen få frukter.

Jeg utvikler meg forttere nå.
Jeg har begynt å like min egen måte å gi andre en smaksopplevelse av meg på.

Rundt meg har jeg nå noen trær som ligner på oliventrær.
Som ikke var der før
Oppstått fra ingen ting finner vi hverandre
Alle er forskjellige, men felles for oss er at vi ikke liker verden.

Vi er ikke ute etter å drikke mest mulig vann,

Men er ute etter næring som lager våre rare frukter.

Verden er rar
Den gir næring til kaktuser og oliventrær
Som skaper ideer til en god verden
For alle.

Også druer, jordbær, blåbær, tyttebær og alle andre som selv ikke et oliventre kjenner til.

Jeg er et oliventre
som lenge trodde det kun var et vanlig grantre
uten frukter
men kun brennbart bålmateriale til den vanlige maskina.

- Lasse Larsen

Plei din angst i fred

Når du er ferdig med psykiatrien
så kan du pleie din angst i fred
angst det har vi alle
bare hjemme får du fred

Psykiatrien bruker pasientene
som angst-avledere
for og på den måten
sin angst helbrede

Flere av dem
er psykopater
det hører du
på måten de prater

Er du av de heldige
som overlevde dem
så takk din egen Gud
da kan du nå frem

- Sten Erling Mikkola

I SORGAS ENSOMME ROM

Savn, sorg og tap vil alltid være der.
Mørkets frykt er hos oss,
men håpet om ei lettere framtid
vil en gang overstråles av lyset.
La drømmen åpne seg – La lengselen åpne seg
slik at lyset seirer i kjærlighetens nærvær.

Må rettferdighet og sannhet
vinne over ondskap og kynisme.
La nåden vise oss samholdets styrke
og respekt for enkeltmenneskets verdighet.
Traumer og fortvilelse bryter ned.
Det er vanskelig å gjenvinne styrken og finne fred.

Avmakten og ensomheten tærer.
Beskytt vår sårbarhet i troen på
at kjærligheten er sterkere enn døden.
Vær nær når tungsinnet kommer
og la lyset vinne over harme og redsel.
La oss rekke å se strålene fra morgenrøden.

Til minne om alle dem som forlot livet på en unormal måte.

- *Sigrun Dagrundottir Granås*

ROSA LYS

Mennesker har farger i seg. Rød, gul, blå, turkis...lilla. Mennesker har ovale ansikter og firkantede kropper.
Mennesker med ulike farger, former...

Mennesker i et rosa lys. Passerer hverandre. Enser ikke hverandre. Alle er på sin egen vei og alle er forskjellige.. bortsett fra at de alle har ovale ansikter og utstråler ulike farger.

Jeg snur meg vekk fra den virkeligheten de fleste menneskene deler og ser.

Jeg studerer solen..og forstår at jeg må være på Planeten Plutiony, det er en planet langt utenfor vår galaxe der mennesker med ovale ansikter og firkantede kropper som nå ser ut til å bli flytende lever og bor.

Jeg får en sterk opplevelse av at jeg forstår den store sammenhengen. Jeg har urmenneskelige instinkter i meg. Jeg har eksistert siden tidenes morgen og jeg vil eksistere i evig tid...som en engel. Tårene mine blir til et hav og nå omslynger havet meg i det jeg ser deg dø i mine armer. Det regner blod fordi Gud gråter.

Jeg vil at du skal komme til bake...ber alle vindene om å blåse liv i deg igjen....

Trærne dør...blir tørre og mister sine blader...gresset dør og dekkes av leire. Jorden sprekker. Mørket brer seg over jorden. Ut fra jordens indre spruter lava...glødende. Jorden dekkes av svart stivnet lava og toksiske gasser brer seg usynlig utover.

Fra lavaen og asken reiser det seg et menneske...vindene kommer og blåser de giftige gassene vekk. Så mennesket kan puste.....puste...puste.

Lava mennesket beveger seg med tunge skritt mot lyset som kan skimtes bak de mørke skyene...lyset blender lavamenneskets øyne.

lyset er så sterkt og solen farger lyset rosa....fortsatt i live???

Nå setter lavamennesket seg ned på huk. Gråter og klorer i den harde lavaen på bakken. Klorer til leiren kommer til syne....så gråter mennesket og de salte tårene renner ned i leiren.

Da var frøet sådd...og opp av lavaen vokser en liten spire som blir en stor plante som blir et tre.

Treet har lavamannens ansikt og røttene blir til hår. Håret slår røtter i bakken.

Nå er mennesket i det evige kretsløpet med fødsel og død. Liv og død. Død og liv.

- Maria Totlandsdal

LIVET GÅR OPP OG NED

Den ene dagen vil jeg være alene
Har ingen ting å si til andre

Den andre dagen begynner bra
Litt kaffe
Litt røyk

Noen viktige hyggelige tanker

Ut i samfunnet
Finner jeg noen å prate med.

- *Lasse Larsen*

