

Gøtzsches letkøbte kritik af depressionsmedicin

mordsforsøg. Dette sker særligt hyppigt i de første måneder af terapien. Det er endog også beskrevet, at patienter er blevet psykotiske af terapien: 'falling apart on the couch'.

Ingen kunne dog, pga. disse velkendte bivirkninger, drømme om at argumentere for, at psykoterapi ikke burde benyttes.

Men behandleren skal kende risiciene og følge patienten tæt, særligt i starten af behandlingen, uanset hvilken behandling der vælges. Alligevel sker det, at tilstanden forværres, så patienten må indlægges for at afværge akut fare.

Alle, der har været terapeut for dårlige deprimerede patienter, har oplevet dette. Nogle af os har endog oplevet fuldbyrdet selvmord hos vores patienter. Det er noget, man aldrig kommer sig over, man vil for altid være naget af tvivl: Gjorde jeg det godt nok?

ALLE, DER HAR haft berøring med depressionsramte, ved, at de ofte får tanker om selvmord. Det kan skyldes, at de har det så dårligt, så selvmord vil være en lindring, eller at de føler, at de slet ikke fortjener at leve mere pga. ting, de bebrejder sig selv.

Dette er beskrevet som vigtige symptomer på depression – i øvrigt længe før man opfandt de moderne antidepressive præparater i 1980'erne. F.eks. viste en undersøgelse fra 1964 en ca. 30 gange forhøjet risiko for selvmord ved depression, men heldigvis viser nyere undersøgelser noget lavere tal. Hertil kommer, at ubehandlet depression øger risikoen for en række legemlige sygdomme bl.a. dødelig hjertesygdom.

Når nu svær depression er sådan en far-



Bare ét selvmord er ét for meget

lig sygdom, kunne man tro, at patienterne altid modtager antidepressiv behandling, specielt jo fordi undersøgelser viser, at ca. 75 procent af alle selvmordere har konsulteret deres egen læge i månederne før selvmordet.

En stor retsmedicinsk undersøgelse af mere end 15.000 selvmordere viste imidlertid, at kun 13 procent af dem var i behandling med antidepressiva på dødstidspunktet. Tilsvarende er fundet flere forskellige steder i verden.

Selvfølgelig kan det være en fejlkilde, at nogle af patienterne i virkeligheden havde været i behandling, men havde stoppet den og derved fået forværring af deres situation og efterfølgende begået selvmord. Men det må være relativt sjældent.

Måske nogle har fået psykoterapi, men har alligevel begået selvmord. En forsigtig fortolkning af disse undersøgelser er, at mindst halvdelen af svære depressioner underbehandles, med meget alvorlige konsekvenser. Det understøttes af andre typer undersøgelser, f.eks. en stor dansk befolkningsundersøgelse.

SPØRGSMÅLET, som Gøtzsche rejser, er, om medicinsk antidepressiv behandling også kan medføre nyopståede selvmordstanker. Dette er undersøgt i en række studier.

En undersøgelse i det ansete fagtidsskrift BMJ af næsten 100.000 mennesker, som deltog i forsøg med afprøvning af antidepressiva, viste, at der for børn og

unge var en let øget risiko for selvmordstanker og -handlinger, men ikke for fuldbyrdede selvmord.

Hos voksne over 25 år sås derimod en beskyttende effekt, som blev kraftigere, jo ældre man var.

En dansk undersøgelse belyser problematikken fra en anden vinkel. I perioden 1995-1999 var der 2.569 unge mellem 10-17 år, som var sat i behandling med et SSRI-antidepressivt stof. Dette fremgår af receptregistret, som indeholder alle recepter udskrevet til danskerne.

I samme periode forekom 42 selvmord i aldersgruppen, hvilket må siges at være chokerende mange og ufatteligt tragisk.

Det vigtige er i imidlertid i denne sammenhæng, at ingen af de afdøde unge havde modtaget en recept på SSRI. Så selvmord blandt unge, der modtager antidepressiva, må trods alt være meget sjældent, når man ikke konstaterede et eneste tilfælde ud af de 2.569 unge, som modtog medicinen.

Men uanset dette mener jeg alligevel, at vi hele tiden skal være opmærksomme på selv en nok så lille risiko, når vi starter antidepressiva eller psykoterapi. For bare ét selvmord er ét for meget.

Vi kan naturligvis ikke leve med, at vores patienter dør, hvis vi kunne have forhindret det. Tragedien for de pårørende er kolossal.

Det er disse forhold, der har ført til advarslerne i bl.a. Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende antidepressiva. Her til kommer, at det erfaringsmæssigt er svært at stille diagnosen depression hos en ung eller et barn, fordi symptomerne er anderledes end hos voksne. Så derfor er det en opgave for en børne-ungdoms-



Vælger man at bruge medicin, skal lægen følge patienten tæt med samtaler

med en kombination af disse behandlinger. I 1980'erne begik 1.600 mennesker selvmord om året i Danmark. Tallet er nu faldet til ca. 600, men det er stadig 3 gange så mange, som der dør i trafikken.

TÆNK PÅ, hvad vi ofrer af penge på at forbedre trafikikkerheden – men når det kommer til selvmordsforebyggelse, er vi anderledes nærige.

Vi behøver dog ikke at leve med, at ca. 600 danskere begår selvmord om året. Dette er dokumenteret flere gange, f.eks. i den såkaldte Nürnberg-intervention, hvor et uddannelsesprogram for praktiserende læger om depression og let tilgængelig psykiatrisk rådgivning og behandling i konkrete tilfælde reducerede raten af selvmordsforsøg og selvmord med 33 procent i løbet af en 4-årig periode.

I kontrolbyen Würzburg, hvor der ingen intervention fandt sted, var denne rate stort set uændret.

Det kan således gøre en meget stor forskel, at mennesker med depression får den fornødne behandling.

Men det kræver psykiatrisk assistance til de praktiserende læger, så de har nogen at spørge til råds i svære tilfælde,

psykiater. Den mest effektive måde at forebygge selvmordstanker og -handlinger på er således at behandle en eventuel bagvedliggende depression psykoterapeutisk eller medicinsk eller

samt et let tilgængeligt behandlingstilbud. Og det halter i dagens Danmark! Hvorfor går Gøtzsche ikke ind i den debat, hvis han virkelig bekymrer sig om psykisk syge?

Gøtzsche skriver også om afhængighed af antidepressive piller. Han antyder, at psykiatere i virkeligheden foretrækker at fastholde deres patienter i en virningsløs behandling, som kun giver forfærdelige bivirkninger, og som de bliver så afhængige af, at de ikke kan komme af med dem igen.

SELVE DETTE synspunkt skal jeg ikke karakterisere nøjere her.

Men jeg kan til hans utvivlsomme undren oplyse, at jeg har trappet rigtigt mange patienter ud af antidepressiv medicin og derfor har betydelig klinisk erfaring med dette.

Det, der er allervigtigst, er, at man tilrettelægger et aftrappingsprogram individuelt. Ikke ud fra nogle teoretiske antagelser fra PET skanningsundersøgelser. Gøtzsche kan ikke vide det, men jeg har været ude for rigtigt mange mennesker, som selv (og nogle gange mod givet råd) ophørte brat med deres behandling – fuldstændig uden problemer.

Men jeg har sandelig også været ude for mennesker, der fik rigtigt ubehagelige symptomer, således at vi måtte trappe ud over adskillige måneder.

Dette er dog heldigvis relativt sjældent. Når Gøtzsche tror, at det er så hyppigt, skyldes det formentlig, at hans viden ikke stammer fra praktiske erfaringer med patienterne, men bl.a. fra internetbaserede surveys, som jo har mange fejlkilder. Et af problemerne er, at uden at patient-

ten er grundigt undersøgt af en psykiater, kan man ikke sikkert konstatere, om symptomerne skyldes ophør med behandlingen eller tilbagefald af den oprindelige sygdom.

Depressionssygdommen har nemlig ubehandlet en meget høj risiko for tilbagefald, hvilket ses af 'naturhistorien', fra før antidepressiv medicin blev opfundet. Helt konkret betyder det, at får en patient ubehag pga. ophør med medicinen, vil dette indtræffe meget hurtigt, det vil sige inden for timer til dage.

Kommer der derimod symptomer efter et frit interval på uger til måneder, må man mistænke tilbagefald af depressionen.

Det er således evident, at uden klinisk erfaring er det umuligt at fortolke resultaterne af diverse undersøgelser meningsfuldt.

Gøtzsche omtaler da heller ikke de talrige metodologiske problemer, der er ved klinisk forskning, f.eks. korrekt diagnostik og eksklusion af store grupper af patienter, som vi møder i den daglige klinik, ej heller de store begrænsninger og fejlkilder, som er ved meta-analyser.

Randomiserede kliniske forsøg er vigtige, men kan ikke være eneste beslutningsgrundlag, som det fremgår af det ovenstående.

Som den verdensberømte læge og forsker William Osler sagde: »He who studies medicine without books sails an uncharted sea, but he who studies medicine without patients does not go to sea at all.