



¿Es la psiquiatría un crimen contra la humanidad?

Peter C. Gøtzsche
Institute for Scientific Freedom

Peter C Gøtzsche

¿Es la psiquiatría un crimen contra la humanidad?

Institute for Scientific Freedom

Equipo de traducción (por orden alfabético):

Daniel Àlvarez
Marta Gutiérrez Valencia
Leire Leache
Luis Carlos Saiz

¿Es la psiquiatría un crimen contra la humanidad?

© Peter C. Gøtzsche 2024

Portada: El autor

ISBN: 978-87-85273-04-8

1. Edición, 1. Impresión

Impreso en Dinamarca, 2024

Todos los derechos reservados. El copyright pertenece al autor.

Este libro no deberá prestarse, venderse, revenderse,
alquilarse o difundirse, con fines comerciales o de
otro tipo, sin el consentimiento previo del autor.

Institute for Scientific Freedom

Copenhagen

www.scientificfreedom.dk

Cómo citar este libro:

Gøtzsche PC. ¿Es la psiquiatría un crimen contra la humanidad?

Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2024

¿Es la psiquiatría un crimen contra la humanidad?

Contenido

Abreviaturas	3
Agradecimientos.....	3
1 La psiquiatría está en crisis.....	4
Mi consejo más importante para los pacientes.....	5
Por qué me interesé en la psiquiatría.....	6
Los diagnósticos psiquiátricos no son fiables	11
La perniciosa mentira de tener un desequilibrio químico	14
2 Depresión	19
Recompensar a las empresas que más engañaron.....	25
El estudio STAR*D. Un fraude de 35 millones de dólares del NIHM.....	29
La revisión Cochrane de los fármacos para la depresión en niños: basura peligrosa	31
Conducir a los niños al suicidio con pastillas para la felicidad.....	32
Los expertos en prevención del suicidio contribuyen al crimen contra la humanidad	39
Fraude en los dos ensayos pivotaes de fluoxetina en niños con depresión.....	47
Más fraude y desinformación que conducen a los niños al suicidio	49
Más mentiras y negligencias médicas.....	52
Cómo perjudicar a las personas desde su nacimiento con una pastilla para la depresión...	55
Negación y abuso de poder en Australia	56
3 Ansiedad.....	60
4 TDAH.....	64
Narcóticos con receta.....	68
Se ignoran los graves daños de los fármacos para el TDAH	72
5 Psicosis	78
Cochrane protege a los psiquiatras y a la industria farmacéutica	78
Los libros de texto de psiquiatría son gravemente deshonestos	80
El secreto mejor guardado de la psiquiatría: los neurolepticos son altamente letales	81
Diagnosticando psiquiatría	87
Las intervenciones psicosociales son mucho mejores que los fármacos	88
Litio y antiepilépticos.....	90
6 Demencia.....	92
7 Electroshock	95

8 Intervenciones psicosociales.....	98
9 Tratamiento forzoso: licencia para matar	103
10 Retirada de psicofármacos	110
Cómo hacerlo y cómo no hacerlo.....	115
Proteger a los psiquiatras y sacrificar a los pacientes	119
Cochrane incurre en mala praxis editorial y protege a psiquiatras y a la industria	125
11 Censura, negación y mentiras: Cómo los psiquiatras protegen sus falsedades.....	131
La falsa narrativa de los medios de comunicación acerca de la psiquiatría	139
Los diez mitos de la psiquiatría que perjudican a los pacientes.....	141
Censura en Cochrane, protección de la psiquiatría y la industria, y mi expulsión	144
Psiquiatría que mata y denegación organizada	148
No hay esperanza para la psiquiatría biológica: Hay que detenerla.....	153
Thomas Insel y el NIMH: una traición total a la confianza pública	159
Más sobre no escuchar a la gente	165
¿Están más locos los psiquiatras que sus pacientes?	168
12 Esperanzas para una psiquiatría mejor.....	176
Red de Psiquiatría Crítica	177
Otros psiquiatras progresistas	178
La psiquiatría necesita un nuevo paradigma	181
Reirse el último de la psiquiatría.....	184
Documentales y entrevistas filmadas	184
Sobre el autor.....	186
Bibliografía.....	188

Abreviaturas

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU.

IC: Intervalo de confianza

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

FDA: Food and Drug Administration de EE.UU.

GSK: GlaxoSmithKline

NHS: Servicio Nacional de Salud del Reino Unido

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU.

NNH: Número necesario a tratar para dañar a un paciente

NNT: Número necesario a tratar para beneficiar a un paciente

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

OMS: Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Agradezco la generosa ayuda que recibí de Gabriel Symonds, Jim Wright, Yaakov Ophir, Will Hall, Ben Furman, Evgeny Legedin, y un revisor que prefiere ser anónimo que hizo comentarios y revisiones lingüísticas. También quiero dar las gracias a Yaffa ShirRaz, Maria Kelly, Lee Combrinck-Graham, Redmond O'Hanlon y David A Ward por sus comentarios, y a la Red de Psiquiatría Crítica, que me aceptó como miembro en 2013 y tiene un foro de debate por correo electrónico muy activo.

1 La psiquiatría está en crisis

Tenemos una crisis de salud mental. Los enfoques actuales centrados en los medicamentos no funcionan. En el Reino Unido, la discapacidad mental casi se ha triplicado en las últimas décadas, y la diferencia de esperanza de vida entre las personas con problemas graves de salud mental y la población general se ha duplicado.¹ Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas han pedido recientemente una reforma sistemática de la salud mental que haga hincapié en las intervenciones psicosociales.²

En 2019, un estudio noruego reveló que 52 de cada 100 pacientes ingresados consecutivamente en un hospital psiquiátrico habrían deseado una alternativa sin fármacos si hubiera existido.³ Como demostraré en este libro, las intervenciones psicosociales son claramente mejores que los fármacos. Entonces, ¿por qué la gente no lo entiende?

Según la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, no es ético someter a los pacientes a un tratamiento forzoso.⁴ Existe un alto riesgo de que el tratamiento forzoso se utilice en beneficio del personal para hacer su trabajo menos estresante. En Europa, la supervisión entra dentro de la convención que prohíbe la tortura, y un comité ha señalado que aún se producen malos tratos deliberados a pacientes en instituciones psiquiátricas.⁵ Además, los componentes fundamentales del tratamiento de rehabilitación psicosocial están poco desarrollados o no existen, y el tratamiento consiste esencialmente en fármacos.

He estudiado psiquiatría en profundidad durante 17 años. He publicado muchos artículos científicos y varios libros.⁶ He pronunciado numerosas conferencias y entrevistas, y he sido perito en casos judiciales sobre tratamientos forzados o daños causados por psicofármacos en Brasil, Canadá, EEUU, Irlanda, Dinamarca, Noruega, Suecia, Holanda, Australia y Nueva Zelanda.

Este libro resume lo que he escrito antes y contiene también mucho material nuevo. Incluyo numerosos debates que he mantenido con psiquiatras para ayudar al historiador y cineasta Janus Bang, que quiere escribir una biografía sobre mí, y creo que estas aportaciones adicionales serán de interés general, ya que los psiquiatras razonan del mismo modo en todas partes.

Sin duda, algunos encontrarán provocador el título del libro pero, si lo leen, podrán decidir por sí mismos si están de acuerdo en que la psiquiatría es un crimen contra la humanidad.

Según el artículo 7 del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, los crímenes de lesa humanidad se refieren a crímenes específicos cometidos en el contexto de un ataque a gran escala contra civiles, independientemente de su nacionalidad.⁷

Los crímenes de lesa humanidad se han cometido a menudo como parte de políticas de Estado. Entre los actos prohibidos figuran el asesinato, el encarcelamiento, la tortura, la persecución contra un grupo identificable y los actos inhumanos que causan intencionadamente graves sufrimientos mentales o graves lesiones corporales.

Las políticas estatales pueden conducir a la persecución de pacientes psiquiátricos. Estos pacientes han descrito a menudo el tratamiento forzado como encarcelamiento y tortura, y han denunciado que los malos tratos que sufren son a veces deliberados. También es un hecho que las políticas estatales, en forma de guías clínicas, pueden provocar muchas pérdidas de vidas humanas.

He demostrado que los psicofármacos son la tercera causa de muerte.⁸ Los fármacos para la depresión son la principal causa de muerte, lo que se debe a que muchos ancianos los toman. Las pastillas duplican el riesgo de caídas y fracturas de cadera siguiendo una relación dosis-

dependiente,⁹ y en el plazo de un año tras una fractura de cadera, aproximadamente una quinta parte de los pacientes habrá muerto.

Los médicos y las autoridades reguladoras de medicamentos se muestran sorprendentemente despreocupados por todas estas muertes. Cuando los pacientes mueren, los médicos suelen culpar a su enfermedad y no al fármaco o a su propia incompetencia, o simplemente no saben que se trata de una muerte causada por un fármaco (por ejemplo, si un paciente se marea, se cae, se rompe la cadera y muere a consecuencia de ello). En cambio, los pilotos de líneas aéreas se preocupan mucho por nuestra seguridad, porque si nosotros caemos, ellos también.¹⁰

En mi libro hay muchos ejemplos de fraude y delito en el campo de la psiquiatría. Fraude es cualquier actividad basada en el engaño para obtener un beneficio.¹¹ En EEUU puedes ser condenado por fraude al consumidor, lo cual son prácticas engañosas que provocan pérdidas económicas o de otro tipo a los consumidores en el curso de transacciones comerciales aparentemente legítimas. El fraude se convierte en delito cuando se produce una "tergiversación voluntaria de la verdad u ocultación de un hecho material para inducir a otro a actuar en su perjuicio" (Black's Law Dictionary).

Mi consejo más importante para los pacientes

Habitualmente sólo unas pocas personas mantienen opiniones extremas pero, en psiquiatría, la gran mayoría cree en una especialidad construida sobre mitos, mentiras e investigaciones erróneas. Esto es muy perjudicial para los pacientes. Aprenderás más sobre esto en los siguientes capítulos.

Por lo tanto, aunque hay excepciones, por precaución, si tienes un problema de salud mental, no debes ir al psiquiatra. Es peligroso y puede convertirse en el mayor error de tu vida.¹² Cualquier contacto con la psiquiatría es probable que conduzca a un tratamiento con uno o más psicofármacos que te perjudicarán.

He escuchado numerosas historias de pacientes con un tema común. No tenían ni idea de lo peligroso que era convertirse en paciente psiquiátrico y confiaban en sus médicos, hasta que descubrieron muchos años después que sus vidas habían quedado arruinadas.

También desaconsejaré acudir a un médico de familia. Como los médicos están formados para usar fármacos, lo más probable es que te perjudiquen. Es mejor encontrar a alguien competente en terapia de conversación, por ejemplo, un psicólogo o psicoterapeuta y, si hay una larga lista de espera, suele ser mejor no hacer nada.

Puesto que no puedes fiarte de lo que te dicen los médicos sobre los problemas de salud mental y los psicofármacos, quizá quieras buscar las pruebas por ti mismo. Es mucho más fácil de lo que crees.¹³ Si un médico te receta un medicamento psiquiátrico, no vayas a la farmacia. Ve a Internet y busca el prospecto oficial aprobado, por ejemplo, escribiendo *Prozac FDA package insert*. Si lo lees, probablemente sabrás más sobre el fármaco que tu médico. No estoy bromeando. Si los médicos supieran lo que está escrito en los prospectos, no recetarían tantos medicamentos.

Cuando hayas leído el prospecto, es posible que decidas no tomar el fármaco. Los psicofármacos rara vez son necesarios y, si lo son, sólo en situaciones agudas, nunca a largo plazo. También se puede encontrar mucha información útil en Internet, pero se requiere un buen conocimiento de la metodología de investigación para poder juzgar si lo que se encuentra es fiable.

Por qué me interesé en la psiquiatría

Los lectores querrán saber por qué me interesé en la psiquiatría. Soy especialista en Medicina Interna y no tenía ningún interés particular en la psiquiatría cuando Margrethe Nielsen, del Consejo Danés del Consumidor, se puso en contacto conmigo en 2007. Quería comparar las benzodiacepinas (fármacos contra la ansiedad y los problemas de sueño) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, fármacos contra la depresión) para ver si la historia se repetía.

Pagué su doctorado con mi presupuesto. Descubrimos que los síntomas de abstinencia eran muy similares para las dos clases de fármacos, pero sólo se describían como dependencia en el caso de las benzodiazepinas.¹⁴ Utilizar nombres diferentes para el mismo problema es irracional, pero el laboratorio danés Lundbeck, uno de los principales vendedores de fármacos para la depresión, calificó de "disparate" que la gente pudiera convertirse en dependientes de ellas.¹⁵

Esta negación sistemática sigue siendo frecuente. En 2020, Maryanne Demasi y yo demostramos que, aunque 28 de 39 sitios web populares advertían a los pacientes sobre los efectos de la abstinencia, 22 afirmaban que los ISRS no son adictivos, y sólo uno afirmaba que las personas "pueden tener síntomas de abstinencia."¹⁶ El peor argumento, que he oído de muchos psiquiatras, es que los pacientes no son dependientes porque no ansían dosis más altas. Si esto fuera cierto, los fumadores no serían dependientes de la nicotina porque no aumentan su consumo diario de cigarrillos. Los profanos son más racionales que los psiquiatras y consideran que las pastillas crean adicción.¹⁷ Muchos pacientes no pueden dejar de tomar el fármaco porque al dejar de tomarlo se sienten muy mal, a menudo peor de lo que se sentían antes de empezar a tomarlo.¹⁸ El fármaco puede tomar el control de su vida. Eso es lo que significa *adictivo* para la mayoría de la gente.

Margrethe presentó tres buenos estudios, pero sus conclusiones no fueron bien recibidas por dos de sus examinadores, que tenían territorios que defender: Steffen Thistrup, de la Agencia Danesa de Medicamentos, y el médico generalista John Sahl Andersen. Rechazaron su tesis. El tercer examinador, el psiquiatra David Healy, no estuvo de acuerdo. Esto causó un delicado problema a la universidad y un funcionario me llamó por teléfono. Resolvimos el problema manejando los rechazos, que eran muy poco convincentes, como si hubieran sido revisiones por pares. Margrethe respondió a los comentarios y defendió su tesis con éxito.

Margrethe mostró que, cuando disminuyó el uso de benzodiacepinas, se compensó con un aumento similar en el uso de ISRS.¹⁹ Mucho más tarde, Olivia Dinnage y yo demostramos que se ha producido una explosión de indicaciones dudosas para los ISRS similar a la que vimos para las benzodiacepinas y, antes de eso, para los barbitúricos. Además de la depresión y la ansiedad, descubrimos que se habían investigado más de 200 diagnósticos en ensayos controlados con placebo.²⁰

Si hemos de creer a las empresas farmacéuticas, nadie puede llevar una vida normal sin experimentar uno o más diagnósticos psiquiátricos. Por ejemplo, los fármacos de Lundbeck se han probado para el trastorno de compra compulsiva y los sofocos de la menopausia.²¹ Llegamos a la conclusión de que los fármacos para la depresión son la versión moderna de la píldora soma de Aldous Huxley, destinada a mantener feliz a la gente en *Un mundo feliz*.

He tenido siete estudiantes de doctorado en psiquiatría y todos ellos han producido resultados de investigación únicos de gran beneficio para los pacientes. Los líderes psiquiátricos deberían haber acogido con satisfacción nuestros resultados, pero ellos, y otros médicos atrapados en la mitología de la psiquiatría, aunque estaban profundamente

disconformes, no tenían contraargumentos válidos. En su lugar, recurrieron a ataques *ad hominem* y a menudo tergiversaron lo que habíamos hecho hasta tal punto que resultaba falso, como se verá a continuación. Todo esto también ilustra que la psiquiatría está en crisis.

Hay una persona que me ha inspirado más que nadie: el periodista científico Robert Whitaker, de Boston. Conocí a Bob por primera vez en Copenhague en 2012, cuando explicó en su conferencia por qué los antipsicóticos (que yo prefiero llamar neurolépticos) hacen más daño que bien. Yo era escéptico porque iba en contra de mi formación. Yo sabía mucho de farmacología clínica y neuroreceptores, y saqué la nota más alta en el examen cuando estudié medicina.

Pero cuando leí los dos excelentes libros de Bob, *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*,²² y *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*,²³ y muchos más, supe que tenía razón.

Rápidamente nos hicimos amigos. Para Bob significaba mucho que yo hubiera aprobado su trabajo, dada mi reputación científica. Como muchas grandes personas, Bob es amable, honesto y generoso. Siempre responde con prontitud a los correos electrónicos, por muy ocupado que esté. Es mucho más capaz que la mayoría de los profesores de psiquiatría a la hora de diseccionar una investigación y concluir, correctamente, si es verdadera o falsa. También es mucho mejor conferenciante que casi todos los demás a los que he escuchado, y nadie puede engañar a Bob: es demasiado listo para eso.

Llegué a publicar muchos artículos en su sitio web, Mad in America, puesto en marcha en 2012. Tiene seis millones de visitas únicas cada año,²⁴ y hay organizaciones afiliadas en muchos países, por ejemplo, Mad in Brazil y Mad in Denmark. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia del liderazgo de Bob. Muchos pacientes me han escrito que los libros y artículos que Bob y yo hemos publicado les han ayudado a tener el valor de abandonar su periplo en la psiquiatría y a reducir gradualmente sus fármacos, descubriendo que una vida sin fármacos es mucho mejor. Hay muchos otros libros que han inspirado a los pacientes a tomar las riendas de su propia vida.²⁵

En 2013, Bob me invitó a dar una conferencia en el Centro Safra de Ética de la Universidad de Harvard, al que pertenece. Conocí a la anterior redactora jefe del *New England Journal of Medicine*, Marcia Angell, quien señaló en el artículo *Las ilusiones de la psiquiatría*²⁶ que los psiquiatras deberían tener en cuenta que otros especialistas médicos, a diferencia de los psiquiatras, serían muy reacios a ofrecer un tratamiento sintomático a largo plazo sin saber qué hay detrás de los síntomas, por ejemplo cuando un paciente sufre dolor de cabeza.

Angell también ha señalado lo profundamente corrupta que está la psiquiatría estadounidense.²⁷ Unos documentos judiciales revelaron que Charles Nemeroff y Alan Schatzberg publicaron en 1999 un libro de texto de psiquiatría escrito realmente por GlaxoSmithKline.²⁸ En 2000, fueron coautores de un informe sobre un ensayo de fármacos para la depresión en el que los autores tenían tantos vínculos con empresas farmacéuticas que no había espacio para ellos en la versión impresa de su revista (ocupaban 1067 palabras en la web y Nemeroff y Schatzberg declararon 17 vínculos con la industria cada uno).²⁹ Esto llevó a Angell a publicar el editorial: *¿Está en venta la medicina académica?*³⁰ Explicó que había sido difícil encontrar a un psiquiatra que escribiera un editorial sin conflictos de intereses.

He pronunciado conferencias con Bob en Estados Unidos, Dinamarca, Noruega, Suecia, Australia y Nueva Zelanda. En todas las ocasiones, había psiquiatras entre el público que estaban de acuerdo con nosotros en que la forma en que utilizamos los psicofármacos causa

muchos más daños que beneficios.

En 2014, dimos una conferencia en Los Ángeles en el congreso anual de la Sociedad Internacional de Psiquiatría y Psicología Ética. El título de la reunión fue *Transformando la ciencia loca y re-imaginando la atención a la salud mental*. El comunicado de prensa anunciaba que los ponentes compartían la creencia de que el modelo médico de atención, la idea de que la angustia y el mal comportamiento tienen causas físicas que se tratan mejor con fármacos, está causando más daño que bien.

Fue una reunión fascinante que dejó claro que necesitamos una revolución en la psiquiatría. Debemos conseguir que sea aceptable no utilizar fármacos, aunque la psiquiatría dominante considere el enfoque sin fármacos irresponsable, peligroso y potencialmente mortal. Y debemos explicar lo oprimidos y perjudicados que están los pacientes por la mentalidad de la solución rápida. Las conferencias están disponibles para quien lo desee.³¹

El organizador, el psicólogo David Cohen, me concedió el premio de la Sociedad por "Honestidad intelectual y valentía al enfrentarse al complejo biomédico-industrial". Dijo que las autoridades de salud mental han reconocido que la investigación biológica o genética no ha mejorado la atención a los pacientes y que 50 años de tratamientos cada vez más sofisticados no han reducido la carga de los trastornos mentales, sino que la han aumentado sustancialmente.

Entre los ponentes figuraban destacados psiquiatras como Allen Frances y David Healy, psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales, neurocientíficos y una antigua paciente, Laura Delano, que se autodenomina superviviente psiquiátrica. Este término lo dice todo. En ninguna otra especialidad médica los pacientes se autodenominan supervivientes en el sentido de que han sobrevivido a *pesar de* estar expuestos a esa especialidad. En otras especialidades médicas, los pacientes agradecen haber sobrevivido gracias a los tratamientos que les aplicaron sus médicos. Si has sobrevivido a un infarto, no harás lo contrario de lo que te diga tu médico. Sin embargo, en psiquiatría, podrías morir si sigues el consejo de tu médico.

Muchos supervivientes han descrito la psiquiatría como un encierro, un lugar en la que hay una puerta de entrada pero ninguna de salida. Laura describió cómo pequeños grupos de personas se apoyan mutuamente para abandonar los psicofármacos, desmontándose a sí mismos el modelo biológico de la enfermedad mental. Cuando leyó el segundo libro de Bob, se dio cuenta de que podía recuperar su humanidad y liberarse de la prisión de los "cuidados" psiquiátricos.

La psiquiatría había deshumanizado a Laura y la llamaban resistente al tratamiento; tomaba cinco fármacos. Incluso su aumento de peso inducido por los fármacos recibió un diagnóstico psiquiátrico: atracón. El libro de Bob la salvó y la ayudó a vivir con su dolor más tranquilamente hasta que tuvo la suficiente fe en sí misma para curarse, dándose cuenta de que no debía creer todo lo que le decía su mente, que seguía bajo la influencia de los medicamentos.

Después de dejar los medicamentos, su estado pasó a ser completamente normal.

Laura conecta con muchos médicos que poco a poco van comprendiendo la ineficacia y el daño de sus tratamientos, pero se sienten impotentes y tienen miedo de hacer algo diferente, temiendo perder su licencia, enfrentarse a una demanda, ser despedidos o no ser ascendidos.

Laura y yo hablamos en una reunión en el Congreso Mundial de Psiquiatría en Berlín en 2017, organizada por Peter Lehmann, un reformista alemán. Cuando hablé sobre la retirada de psicotrópicos había una audiencia de alrededor de 150 psiquiatras y el ambiente era hostil. Varias personas hicieron preguntas irrelevantes, como por ejemplo si yo no creía que el litio funcionaba. No habíamos hablado en absoluto de este fármaco.

Quince minutos después, di una charla sobre por qué los psicofármacos son la tercera causa de muerte. Asistieron tres psiquiatras de los más de 10.000 participantes en el congreso, los cuales se negaron a conceder entrevistas y evitaron cuidadosamente ser filmados por un equipo de documentalistas que me seguía, ¡como si fueran a ver una película porno!

Mi mujer Helle Krogh Johansen, profesora de microbiología clínica, y yo acudimos a la celebración de la boda de Laura al norte de Gotemburgo en junio de 2022. Fue la primera vez durante la pandemia de COVID-19 que nos comportamos como antes de la pandemia, abrazando a la gente y besando a la hermosa novia, como dicen en América: "You may now kiss the bride". Como muchos otros invitados volvimos a casa con el virus made in China,³² aunque nos habíamos vacunado dos veces.

Algunos psiquiatras se están dando cuenta poco a poco de la tragedia que han creado, y algunas de las principales revistas, como el *British Journal of Psychiatry*, publican ahora artículos críticos con el modelo biológico de la psiquiatría, que asume que la enfermedad mental es el resultado de un mal funcionamiento del cuerpo y no de factores psicosociales, que es lo que la mayoría de los pacientes creen que ocurre. En esencia, es la diferencia entre decir: "Hay algo malo en ti" y "Hay algo malo en tu vida, en la forma en que te tratas o has sido tratado por los demás".

Los psiquiatras no han sido capaces de explicar qué entienden exactamente por modelo biológico.³³ En un artículo de la revista mencionada se afirmaba que la investigación de los supuestos mecanismos biológicos de los trastornos mentales no había aportado nada de valor a los clínicos y que era muy poco probable que lo hiciera en el futuro.³⁴ Otro artículo predecía que el modelo basado en la biología sería ruinoso para la profesión debido a su constante incapacidad para ofrecer resultados.³⁵ Estas realistas afirmaciones llegan después de que se hayan malgastado muchos miles de millones en falsas pistas sobre la psiquiatría biológica.

Los nombres de los medicamentos también son engañosos.³⁶ Tiene sentido hablar de antibióticos, ya que pueden curar infecciones. La cura química de las enfermedades mentales no existe. Los antipsicóticos no curan la psicosis, los antidepresivos no curan la depresión y los ansiolíticos no curan la ansiedad. De hecho, estos fármacos pueden *causar* psicosis, depresión y ansiedad, sobre todo si se usan a largo plazo y cuando la gente intenta dejarlos.

Los fármacos psicotrópicos se han desarrollado a partir de experimentos con ratas y se han seleccionado cuando alteran el funcionamiento normal del cerebro de la rata.³⁷ Causan una amplia gama de efectos en las personas, al igual que las drogas callejeras y el alcohol. Y no están dirigidos de ninguna manera. Por ejemplo, no hay nada selectivo en los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, otro nombre engañoso. Hay receptores de serotonina en todo el cuerpo, y los fármacos tienen muchos otros efectos además del mero aumento de la serotonina.

Los psicofármacos actúan del mismo modo en pacientes, voluntarios sanos y animales. Los efectos más comunes son el adormecimiento de los sentimientos, embotamiento emocional, somnolencia, falta de control sobre los propios pensamientos, preocuparse menos por uno mismo y por los demás, y la reducción o ausencia de capacidad para tener relaciones sexuales o enamorarse.

Una persona respondió a uno de mis tuits señalando que estos fármacos no son "medicamentos" (utilizados para tratar auténticas enfermedades físicas), sino neurotoxinas (utilizadas para suprimir el funcionamiento normal del cerebro) y que, para refutar los mitos psiquiátricos, debemos empezar por rechazar el lenguaje erróneo.

El director del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, Thomas Insel, ha señalado que no hay pruebas de que los nuevos fármacos desarrollados en los últimos 20 años hayan reducido la morbilidad o la mortalidad de ninguna enfermedad mental y que hay pocas pruebas de que las perspectivas de recuperación hayan cambiado en el último siglo.³⁸ Como ha señalado, esto contrasta notablemente con el descenso constante de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, ictus y cáncer.

Pero el público ha oído hablar de todo lo contrario: reformas, revoluciones, progreso, innovaciones y cambios de paradigma.

Las mentiras han sido brutales. Bob Whitaker ha demostrado que la tasa de pensiones de invalidez se correlaciona estrechamente con las tasas de uso de fármacos para la depresión y que, tras la aparición de los ISRS en el mercado, en sólo 20 años se multiplicó por 35 el número de niños con enfermedades mentales discapacitados en Estados Unidos.³⁹

Como pretendo demostrar a continuación, la psiquiatría no ofrece lo que los pacientes desean y lo que es más eficaz, es decir, psicoterapia y otras intervenciones psicosociales. Si la psiquiatría hubiera sido un negocio, habría quebrado hace décadas. La razón por la que ha sobrevivido tanto tiempo, con su enfoque inapropiado en las explicaciones biomédicas y los fármacos, es que los psiquiatras más reputados han mentido sobre lo que consigue su especialidad.

Esto puede sonar duro, pero se comprobará que es correcto. Existe una enorme brecha entre la narrativa psiquiátrica y lo que muestra la ciencia. Por lo tanto, es necesario el adoctrinamiento para que la gente crea en todas las falsedades. Los estudiantes de medicina, psicología y psiquiatría, y las profesiones sanitarias afines, aprenden sobre psiquiatría leyendo libros de texto de psiquiatría. Aquí es donde empieza el adoctrinamiento.

En 2022 leí los cinco libros de texto más utilizados en Dinamarca⁴⁰ para ver qué se enseña a los estudiantes en nuestras universidades. Describo lo que está mal en estos libros en mi *libro de texto Psiquiatría crítica* (disponible gratuitamente en mi sitio web⁴¹ y en una versión serializada en Mad in America⁴²). Está siendo traducido al español por una psiquiatra... ¡que teme que la despidan cuando empiece a utilizarlo para dar clases a los estudiantes en Argentina!

En una reseña del libro en *Psychosis*, el trabajador social Tom Federn escribió que es "un libro excelente, extremadamente bien documentado y escrito con claridad pero, debido a su contenido, leerlo puede ser una experiencia muy molesta."⁴³ Bueno, la verdad sobre la psiquiatría siempre parece ser molesta. Federn también dice:

"El autor afirma que mientras la psiquiatría del establishment crea que la investigación de los mecanismos biológicos de la actividad mental y conductual puede ser valiosa, no podrá ser de ninguna ayuda real a los llamados enfermos mentales, más allá de sedarlos al terrible precio de exponerlos a efectos secundarios potencialmente letales o incapacitantes. Predice que tarde o temprano esta situación llevará a la ruina de la profesión [...] el autor señala que el último documento de orientación psicosocial elaborado por el Instituto Nacional de Salud Mental se publicó en 1961 [...] Me gustaría concluir esta reseña con una nota personal parafraseando al famoso cantante folk Bob Dylan. ¿Cómo es posible que las vidas de estos pacientes puedan estar en manos aparentemente tan insensatas? Verlos tan maltratados no podía sino hacerme sentir avergonzado de formar parte de una profesión que implica el grosero maltrato de los llamados pacientes psiquiátricos".

Entre los autores de los libros de texto que critiqué figuran algunos de los más destacados profesores daneses de psiquiatría, pero descubrí una letanía de afirmaciones engañosas y

erróneas sobre las causas de los trastornos mentales: Si son genéticos, si pueden detectarse en un escáner cerebral, si están causados por un desequilibrio químico, si los diagnósticos psiquiátricos son fiables, y cuáles son los beneficios y perjuicios de los psicofármacos o los electroshocks.

Gran parte de lo que se afirma equivale a deshonestidad científica; varios grupos de autores proporcionan a veces mensajes contradictorios dentro del mismo libro y tuve la impresión de que, cuanto más inverosímiles eran las afirmaciones, menos probable era que se apoyaran en referencias. El pensamiento lógico no abundaba en estos libros, asemejándose más a testimonios religiosos que a ciencia en la descripción de muchas maravillas inexistentes.

Un libro de texto calificó de revolución psicofarmacológica que podamos aliviar o curar al 80-90% de las personas con depresión grave y que los pacientes con esquizofrenia también puedan curarse. Bueno, si esperamos lo suficiente, la mayoría de los pacientes mejorarán, pero esto no es un efecto del fármaco.

En un capítulo sobre psicofarmacología, tres profesores de psiquiatría, Anders Fink-Jensen, Poul Videbech y Erik Simonsen, glorificaron los fármacos.⁴⁴ Afirmaron que el conocimiento de las funciones cerebrales ha aumentado drásticamente en el último medio siglo; que se ha reforzado nuestra comprensión de los mecanismos de los efectos de los fármacos; que se han desarrollado nuevos fármacos con menos daños y mejores efectos; que no hay duda de que esto ha contribuido decisivamente a mejorar el tratamiento psiquiátrico en beneficio de los pacientes y sus familiares; y que es la falta de cumplimiento en los pacientes psicóticos lo que conduce a la recaída y los reingresos. Todas estas afirmaciones son tan manifiestamente falsas que es justo calificarlas de mentiras.

Otro libro de texto, que editó Videbech, afirmaba que los fármacos son muy a menudo necesarios para prevenir recaídas, tanto en la fase aguda como a largo plazo; que los tratamientos farmacológicos específicos se conocen desde hace unos 65 años; que los fármacos son generalmente eficaces y seguros; y que los nuevos psicofármacos son muy beneficiosos.⁴⁵ La verdad es que ningún fármaco psiquiátrico tiene efectos específicos; los fármacos rara vez tienen efectos clínicamente relevantes y, por lo tanto, rara vez se necesitan; no se ha demostrado un efecto sobre la recaída; y los fármacos no son seguros.

La negación de los hechos es lo que caracteriza a la profesión psiquiátrica. Los principales psiquiatras no tienen ningún problema en afirmar lo contrario de lo que demuestra la ciencia. Lo hacen constantemente. Esto les convierte, perdón por la franqueza, en mentirosos habituales.

Empecemos por el billete de entrada al periplo de la psiquiatría: el diagnóstico.

Los diagnósticos psiquiátricos no son fiables

Crear muchos diagnósticos significa un gran negocio, fama y poder.⁴⁶ Los criterios para hacer un diagnóstico se rebajan continuamente, lo que significa más clientes. En 1990-92, el 12% de la población estadounidense de entre 18 y 54 años recibía tratamiento por problemas emocionales; en 2001-2003, era el 20%.⁴⁷ En 2012, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informaron de que el 25% de los estadounidenses padecen una enfermedad mental.⁴⁸

Las definiciones de los trastornos psiquiátricos son vagas y poco fiables,⁴⁹ pero los psiquiatras no transmiten esta información. Había muy poco en los cinco libros de texto que siquiera insinuara el hecho de que los diagnósticos psiquiátricos se basan en criterios arbitrarios; que existe una gran variación entre observadores cuando varios psiquiatras

evalúan a los mismos pacientes de forma independiente; o que la mayoría de las personas sanas pueden ser diagnosticadas de una o más enfermedades mentales si se les hace la prueba.⁵⁰

A menudo hay tautologías, pruebas circulares, en los textos sobre diagnósticos. Un libro de texto señalaba que el diagnóstico se confirma o rechaza en función de los resultados del tratamiento. Pero si diagnosticamos esquizofrenia a todo el mundo y algunos mejoran, esto no puede probar el diagnóstico.

La Asociación Americana de Psiquiatría ha proclamado que el trastorno depresivo mayor afecta negativamente a cómo te sientes, a cómo piensas y a cómo actúas.⁵¹ Esto también es erróneo. La Asociación insufló vida a algo que no es más que un nombre, una descripción de un conjunto de síntomas y que, por tanto, no puede causar nada. Si un paciente se siente decaído y el psiquiatra le responde que es porque tiene depresión, se trata de una tautología, o una falacia lógica. Una clasificación sólo sirve para *describir*, no para *explicar*, y una descripción no puede explicarse por sí misma. Bajo estado de ánimo y depresión son sinónimos.⁵²

Sin embargo, una revisión de 30 páginas web de importantes organizaciones sanitarias mostró que 16 de ellas describían explícitamente la depresión como responsable causal de los síntomas o utilizaban un lenguaje a la vez descriptivo y causal.⁵³ Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaraba que la depresión "puede hacer que la persona afectada sufra mucho y funcione mal en el trabajo, la escuela y la familia".

El término "trastorno depresivo mayor" es temible y contradictorio, ya que incluye casos de depresión leve que no son ni mayores, ni depresión, ni siquiera un trastorno.⁵⁴ Pero la propaganda funciona. ¿Quién rechazaría ayuda profesional si sufriera un trastorno cardíaco mayor?

Las tautologías también son frecuentes en los medios de comunicación. Incluso los sitios web críticos con el sobrediagnóstico pueden transmitir información como: "Los trastornos mentales son las principales causas de mala salud y discapacidad en todo el mundo."⁵⁵ No es así. Las personas que sufren privaciones, pobreza, desempleo y malos tratos padecen mala salud y discapacidad; no las ataca un monstruo psiquiátrico, por ejemplo, una enfermedad imaginaria llamada depresión.⁵⁶ Se deprimen porque viven vidas deprimentes.

En 2023, la OMS señaló que "la salud mental y el bienestar están estrechamente relacionados con el entorno social, económico y físico, así como con la pobreza, la violencia y la discriminación. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud mental se centran en el diagnóstico, la medicación y los síntomas. Las violaciones generalizadas de los derechos humanos y los daños causados por los sistemas de salud mental han generado un legado traumático que afecta a muchas personas y comunidades y se extiende a lo largo de generaciones".⁵⁷

Pocos médicos saben que la precisión de una prueba depende de la prevalencia de la enfermedad.⁵⁸ Cuanto más rara sea una enfermedad, más falsos positivos habrá. Por eso el cribado de problemas de salud mental es una mala idea. La prueba de detección de la depresión recomendada por la OMS era tan pobre que por cada 100 personas sanas examinadas, 36 recibieran un diagnóstico de depresión falso.⁵⁹ Imagínese que se examinara a personas sanas para detectar un cáncer con una prueba que diera un diagnóstico erróneo a un tercio de ellas. No lo permitiríamos.

Poul Videbech afirmó que me equivoqué al decir que el diagnóstico de depresión se basaba en una simple prueba, y argumentó que eran necesarias más conversaciones.⁶⁰ Sin embargo, me culpó de sus propios errores.⁶¹ Anteriormente, Videbech, en nombre del Consejo Danés de

Salud, había recomendado realizar un cribado a más de un millón de daneses, los cuales deberían rellenar un cuestionario con su médico de cabecera: "Y si el cuestionario muestra signos de depresión, el médico puede empezar el tratamiento", afirmó Videbech.⁶² Muchos pacientes han declarado que no hubo más pruebas y que obtuvieron un diagnóstico y una receta en unos diez minutos.⁶³

Curiosamente, después de que una revisión Cochrane desaconsejara el cribado de la depresión,⁶⁴ el Consejo Danés de Salud recomendó el cribado de un gran número de "grupos de riesgo" mal definidos.⁶⁵ Cuando señalé, como ponente invitado en grandes reuniones científicas para psiquiatras, que esto llevaría a tratar a muchas personas sanas con fármacos para la depresión, no prestaron la menor atención y, en una ocasión, el profesor de psiquiatría Lars Kessing replicó que no importaba que tratáramos a algunos que están sanos, ¡porque los ISRS no tienen efectos secundarios!⁶⁶ También dijo: "El cribado no puede hacer daño".

Cuatro de los cinco libros de texto no mencionaban ni un solo resultado de los estudios de variabilidad del observador, en los que dos o más psiquiatras sugieren un diagnóstico para los mismos pacientes. Daban la impresión errónea de que los diagnósticos psiquiátricos son válidos y fiables. Los decepcionantes resultados de los estudios de variabilidad del observador han quedado enterrados en una retórica positiva en artículos sorprendentemente breves, dada la importancia del tema. Esta documentación es muy difícil de encontrar, pero dos investigadores la hallaron.⁶⁷ El estudio más amplio, de 592 personas, mostró resultados muy decepcionantes a pesar de que los investigadores pusieron mucho cuidado en la formación de los evaluadores.⁶⁸ Para la depresión mayor y la esquizofrenia, por ejemplo, dos de los diagnósticos más importantes, los valores kappa fueron sólo de 0,64 y 0,65, respectivamente. Este nivel de acuerdo entre dos observadores es muy bajo. Un valor de 0,64 significa que la diferencia entre el acuerdo observado y el acuerdo casual es sólo el 64% de la diferencia entre el acuerdo perfecto y el acuerdo casual.⁶⁹

Un libro de texto señalaba que el número de pacientes diagnosticados de esquizofrenia se había cuadruplicado en 40 años. Los autores no comentaron este sorprendente hallazgo, a pesar de que demostraba que no se puede confiar en el diagnóstico. Un psiquiatra me escribió que tuvo una crisis muy importante a los veintitantos años, pero que se resistió a todas las etiquetas psiquiátricas y tratamientos médicos. Mirando hacia atrás, se dio cuenta de lo fácil que podría haber sido etiquetado como esquizofrénico, ya que oía voces y tenía delirios y ansiedad grave.

Cuando un médico conoce a un nuevo paciente, su primera impresión y su experiencia previa pueden sugerirle muy rápidamente un diagnóstico concreto, y esa impresión inicial se convierte con demasiada facilidad en una profecía autocumplida. Existe un riesgo considerable de que, a partir del momento en que se le ocurre un diagnóstico concreto, el médico formule preguntas capciosas que den lugar al número necesario de respuestas positivas y confirmen así el diagnóstico esperado.

Hay mucho solapamiento en los criterios de las distintas categorías diagnósticas, lo que a menudo da lugar a una etiqueta de "comorbilidad", aunque el paciente no tenga varias "enfermedades". Esto no se aceptaría en ninguna otra rama de la medicina. De hecho, destacados psiquiatras, entre ellos el director del NIMH, Thomas Insel, su predecesor Steven Hyman, y Allen Frances, presidente del manual de diagnóstico DSM-IV, han reconocido que los trastornos psiquiátricos nunca se han validado como enfermedades diferenciadas, y que las categorías diagnósticas son construcciones.⁷⁰ Hyman ha llegado a admitir que los diagnósticos son "una pesadilla científica absoluta. Muchas personas que reciben un diagnóstico acaban recibiendo cinco diagnósticos, pero no tienen cinco enfermedades: tienen un trastorno

subyacente".⁷¹

Hablamos de diagnósticos en el encuentro *Too much Medicine*, celebrado en Helsinki en 2018, y utilicé un chiste para explicar que tener un diagnóstico no es lo mismo que padecerlo: "¿Sufre Donald Trump algún trastorno mental?". "No, él lo disfruta, ¡pero todos los demás sufren!".

Allen Frances también dio una conferencia en aquel encuentro y difundió mi chiste a todo el mundo en Twitter.

Los diagnósticos psiquiátricos pueden llevar a la estigmatización y la miseria, y pueden dificultar la educación, el trabajo, los seguros, ciertas pensiones, la aprobación para la adopción, la custodia de los hijos o incluso el simple hecho de conservar el carné de conducir.⁷²

Me he reunido con el psiquiatra australiano Niall McLaren, que ha escrito un instructivo libro en el que nos cuenta que la ansiedad es un síntoma clave en psiquiatría.⁷³ Si los médicos no hacen una historia cuidadosa, pueden pasar por alto que el episodio actual de angustia, que diagnostican como depresión, empezó como ansiedad muchos años antes, cuando el paciente era adolescente. Como explicaré más adelante en este libro, estos pacientes deben ser tratados con psicoterapia, no con fármacos para la depresión.

Niall explica por qué la psiquiatría biológica es tan popular entre los psiquiatras: "No es necesario hablar con un paciente más allá de hacerle unas cuantas preguntas estándar para averiguar qué enfermedad padece, y eso lo puede hacer fácilmente una enfermera armada con un cuestionario. Así se obtiene un diagnóstico que determina los fármacos que debe tomar".

La psiquiatría se ha deshumanizado e industrializado. Encontrar equis "defectos" en el paciente, eso es todo. No hay que perder el tiempo hablando con los pacientes para averiguar qué les ha pasado y cuál es la mejor manera de ayudarles. Pronto, la Inteligencia Artificial podría sustituir a la interacción humana con los pacientes, y acabaríamos con una cadena de montaje de diagnósticos y prescripciones de medicamentos, ahorrando el valioso tiempo de los médicos y haciéndoles ganar más dinero.

Siguiendo el espíritu del DSM, he inventado un diagnóstico para las personas sanas: Trastorno por Déficit de Síntomas en Adultos (TDPSA).⁷⁴ Me inspiré para ello en una viñeta de Randy Glasbergen en la que un médico le dice a un paciente: "Está usted perfectamente, así que vamos a tratarle por Trastorno por Déficit de Síntomas". Hay 10 preguntas y no importa la puntuación que obtengas entre 10 y 30, siempre hay una opción de tratamiento.

La perniciosa mentira de tener un desequilibrio químico

Para motivar a los pacientes a tomar fármacos que no les gustan debido a sus efectos adversos, o a los que tienen miedo, los psiquiatras han inventado la mentira de que el trastorno de los pacientes está causado por un desequilibrio químico en su cerebro, y que un fármaco lo solucionará.

Según la mitología, la depresión se debe a un bajo nivel de serotonina, la esquizofrenia a un alto nivel de dopamina y el TDAH a un bajo nivel de dopamina; y el tratamiento con psicofármacos se dirige a la causa de la enfermedad de la misma forma que cuando administramos insulina para la diabetes.⁷⁵

La investigación nunca ha demostrado que un desequilibrio químico sea la causa de la depresión⁷⁶ ni de ningún otro trastorno mental. La depresión no es el resultado de un cerebro defectuoso, sino de un cerebro normal que responde al estrés o a la adversidad.⁷⁷ Hay muchos

ejemplos que contradicen la idea de que la depresión está causada por un déficit de serotonina.⁷⁸ Por ejemplo, la tianeptina, comercializada para el tratamiento de la depresión, disminuye la serotonina, y la mirtazapina, también comercializada para la depresión, no afecta a la serotonina. Además, los ratones genéticamente desprovistos de serotonina cerebral se comportan como los demás ratones, y los niveles de monoaminas en el cerebro aumentan en 1-2 días tras el inicio del tratamiento en un momento en el que no hay diferencia entre el fármaco y el placebo en las puntuaciones de depresión, la cual llega mucho más tarde y es muy pequeña.

La fuerte creencia en esta hipótesis errónea quedó demostrada por una encuesta que mostraba que el 80% de los pacientes con trastorno depresivo o bipolar estaban de acuerdo con la afirmación de que "los antidepresivos corrigen los cambios que se producen en mi cerebro debido al estrés o los problemas".⁷⁹ Otra encuesta reveló que el 92% de los estudiantes universitarios estadounidenses habían visto, sobre todo en la televisión, o escuchado, que la depresión está causada por un desequilibrio químico.⁸⁰

La mayoría de los psiquiatras más destacados mienten incluso sobre sus mentiras. El profesor estadounidense de psiquiatría Ronald Pies describió el desequilibrio químico como una "leyenda urbana, una teoría nunca propuesta seriamente por psiquiatras bien informados", pero la Asociación Americana de Psiquiatría ha propagado la leyenda numerosas veces: "Los antidepresivos pueden recetarse para corregir desequilibrios en los niveles de sustancias químicas en el cerebro".⁸¹ Pies fue tan deshonesto que culpó de la leyenda a los "opositores a la psiquiatría", que la atribuyeron "falsamente" a los psiquiatras.

Thomas Middelboe, presidente de la Asociación Danesa de Psiquiatría, describió el desequilibrio químico como una metáfora que se podría utilizar porque "se trata de procesos neurobiológicos alterados".⁸² Pero los trastornos psiquiátricos no empiezan con una neurobiología alterada. Si alguien demuestra que hay una diferencia en los niveles de dopamina entre los pacientes con esquizofrenia y las personas sanas, esto no puede decirnos nada sobre lo que inició la psicosis. Si una casa se incendia y encontramos cenizas, no significa que las cenizas prendieran fuego a la casa.

Si nos ataca un león, nos asustamos y producimos hormonas del estrés, pero no fueron las hormonas del estrés las que nos asustaron. Las personas con psicosis a menudo han sufrido experiencias traumáticas en el pasado,⁸³ por lo que, si tienen algún "desequilibrio químico", es más probable que sea el resultado de la psicosis que su causa.⁸⁴

Destacados psiquiatras suelen contradecirse para salir del paso. En 2013, Videbech dijo que aconsejar a la gente que dejara de tomar su antidepresivo era como aconsejar a los pacientes con diabetes que dejaran la insulina.⁸⁵

En 2014, Videbech dijo que los trastornos psiquiátricos no están causados por un desequilibrio en el cerebro,⁸⁶ pero ocho meses después dijo otra cosa en una gran reunión pública organizada por estudiantes de medicina. Después de que yo explicara por qué demasiadas personas son tratadas con fármacos para la depresión y sugiriera que las reduyéramos, Videbech dijo: "¿Quién le quitaría la insulina a un diabético?".

En 2015, cuando salió mi primer libro de psiquiatría, Videbech dijo en una entrevista en el periódico *Politiken* sobre mí:⁸⁷ "Frente a un mejor conocimiento, atribuye a su oponente todo tipo de motivos injustos. Por ejemplo, desde hace 20 años sabemos que la teoría del desequilibrio químico en el cerebro para la depresión es demasiado simple. Llevo muchos años escribiendo sobre ello en mis libros de texto. Por lo tanto, está totalmente fuera de lugar que a mí y a otros se nos atribuyan tales opiniones".

Obviamente, la mentira sobre el desequilibrio químico sólo es cosa del pasado cuando se

pone en duda. La profesora de psiquiatría Birte Glenthøj también fue entrevistada y confirmó la mentira: "Sabemos por investigaciones que los pacientes que padecen esquizofrenia tienen por término medio una mayor formación y liberación de dopamina, y que esto está relacionado con el desarrollo de los síntomas psicóticos." En esta misma revista, *Politiken*, señalé lo equivocados que estaban dichos profesores.⁸⁸

En 2015, *Psiquiatría en la Región Capital* celebró una gran reunión en mi hospital con el título *Falsedades y verdades sobre los psicofármacos*.⁸⁹ La ocasión siguió a un prolongado debate sobre los psicofármacos que yo había iniciado un año antes, y el presidente comenzó la reunión con una larga introducción que cubría los diez mitos que yo había descrito (ver página 141)⁹⁰ pero sin mencionar mi nombre. Un antiguo paciente preguntó por qué la persona que había iniciado el debate no era un ponente invitado, y Kessing respondió que la gente no podría seguir un debate científico entre profesores. Pero si el público podía seguir las presentaciones de tres profesores, probablemente también podría seguir un debate entre cuatro profesores.

Oficialmente, el objetivo de la reunión era proporcionar "una evaluación neutral y sobria de los medicamentos", pero su verdadero propósito era proteger el statu quo.

La profesora Merete Nordentoft pronunció dos terribles falsedades: que los pacientes con esquizofrenia viven más tiempo cuando toman antipsicóticos y que sólo el 3% recayó durante el primer año con fármacos, mientras que el 77% recayó cuando se suspendió la medicación (véase el capítulo 5 sobre psicosis). Sólo dos de los estudios a los que se refirió tenían un grupo placebo, y uno de estos dos estudios sólo tenía 7-8 pacientes en cada grupo.

Kessing transmitió muchas falsedades sobre los fármacos para la depresión: que previenen la depresión (al igual que la forma de argumentar de Nordentoft, esta idea también se basa en estudios en los que los pacientes de un grupo han sido expuestos a un abandono abrupto (cold turkey)); que no aumentan el riesgo de suicidio en personas sanas; que se pueden utilizar en jóvenes porque no aumentan el riesgo de suicidio; y que los pacientes no se vuelven dependientes de ellos (a pesar de que su propio estudio de las experiencias de los pacientes había demostrado exactamente esto...⁹¹) (Véase también el capítulo 2 sobre la depresión).

Las falsedades de la profesora Kerstin Plessen incluían la afirmación de que podíamos ver cambios en los escáneres cerebrales de los niños con TDAH; que el TDAH tiene un carácter fuertemente hereditario (con una concordancia del 80% entre gemelos idénticos); y que los fármacos para el TDAH mejoran el funcionamiento social, reducen el riesgo de delincuencia y posiblemente también reducen el abuso de sustancias (véase el capítulo 4 sobre el TDAH).

Así que, ironías del destino, los tres profesores hicieron de la reunión un encuentro de falsedades, y el que podía contar los hechos al público no estaba invitado.

La psicóloga Olga Runciman señaló que la historia del desequilibrio químico estaba muerta en otros países y preguntó si no lo estaba también en Dinamarca. Ninguno de los profesores contestó y el moderador no les pidió cuentas, ni siquiera después de que yo dijera, dos veces, que no habían contestado.

Jens Peter Dam Eckardt Jensen, analista jefe de la asociación de pacientes *Better Psychiatry*, contó una historia muy diferente. Mencionó un estudio de 2013 sobre la opinión de los familiares sobre los psicofármacos:

Sólo uno de cada cinco confía en que los enfermos mentales sean tratados con la medicación correcta y en que el personal sanitario reaccione a tiempo si el paciente experimenta efectos secundarios de la medicación.

Tres de cada cuatro están preocupados por el estado de salud del paciente a causa de la medicación.

Una de cada dos personas ha experimentado que el paciente ha recibido una combinación/dosis de medicamento equivocada.

Más de cuatro de cada cinco han experimentado que el paciente ha tenido efectos secundarios de la medicación.

Cuatro de cada cinco creen que se recurre demasiado al tratamiento médico en comparación con otras formas de tratamiento (terapia, actividad física y similares).

A uno de cada cinco le ha preocupado en algún momento que el tratamiento médico haya puesto en peligro la vida del paciente.

Esta última afirmación fue demoledora para el cuento de hadas que los profesores proporcionaban sobre la psiquiatría.

Ocho meses después, subrayé en una entrevista que muchos pacientes acaban tomando fármacos el resto de su vida porque les han engañado con la mentira del desequilibrio químico o les han dicho que sufrirán daños cerebrales si no toman los medicamentos.⁹²

El psiquiatra Lars Søndergård dijo que no conocía a ningún psiquiatra que atribuyera las enfermedades mentales a un desequilibrio químico,⁹³ a lo que otro psiquiatra, Julius Nissen, respondió: "He pasado mis muchos años en psiquiatría hablando con muchas personas que han recibido exactamente esta explicación y la comparación con la insulina, que es una sustancia que necesitan. Esta convicción hace que sea muy difícil motivarles para que abandonen el fármaco. Precisamente porque, durante la abstinencia, experimentan de facto un "desequilibrio químico", ahora que el cerebro está acostumbrado a la sustancia. Por lo tanto, se sienten confirmados de que la hipótesis es cierta porque están enfermos, aunque son los efectos secundarios los que deben ser superar".

El hecho de que los pacientes no tienen un desequilibrio químico sino que sus medicamentos crean uno, ya fue reconocido en 1996 por Steven Hyman, exdirector del NIMH.⁹⁴

En 2017, Videbech volvió a postular que las personas deprimidas tienen un desequilibrio en el cerebro, en la página web de la Fundación de Psiquiatría.⁹⁵ Y tanto él como Kessing afirmaron lo mismo en dos artículos publicados en el Manual para Pacientes, que tiene carácter oficial en Dinamarca.⁹⁶ Me quejé al editor cuatro veces⁹⁷ pero no conseguí nada. Cambiaron algunas cosas menores e introdujeron nuevas afirmaciones que empeoraron aún más sus artículos. Ahora escribieron, sin referencias, que los antidepresivos estimulan el cerebro a fabricar nuevas células nerviosas. De ser cierto, sólo significaría que las pastillas dañan el cerebro, ya que éste fabrica nuevas células en respuesta a una lesión cerebral.⁹⁸

Volví a quejarme, y de nuevo en vano, y la mentira sobre el desequilibrio químico continuó.

¿Se imagina que un cardiólogo le dijera: "Tiene un desequilibrio químico en el corazón, así que tiene que tomar este medicamento el resto de su vida", sin tener ni idea de lo que está hablando? Es probable que esta mentira nunca desaparezca. En 2019, Maryanne Demasi y yo recopilamos información sobre la depresión en 39 sitios web populares de 10 países. Descubrimos que el 74% de los sitios web atribuían la depresión a un desequilibrio químico o afirmaban que los fármacos podían corregir dicho desequilibrio.⁹⁹

Incluso en 2022, la psiquiatría hospitalaria de una de las cinco regiones de Dinamarca mencionaba en su página web el desequilibrio químico en relación con la esquizofrenia, la depresión, los trastornos afectivos y el ADHD,¹⁰⁰ y el sitio web oficial de salud, sundhed.dk, lo mencionaba en relación con la depresión.¹⁰¹

Las mentiras y la negación de los hechos y de las propias fechorías de la psiquiatría son asombrosas. Siempre que he dicho en mis conferencias para psiquiatras que a muchos pacientes se les ha dicho que tienen un desequilibrio químico, he recibido respuestas airadas

exigiéndome que documentara mis alegaciones. Cuando me he referido a lo que me habían contado pacientes, profesionales sanitarios y otras personas, y a sitios web donde los pacientes han compartido sus experiencias, me han dicho que no sabía de lo que estaba hablando, como si no tuviera ningún valor escuchar a la gente.

Cuando he argumentado que la documentación de Internet es convincente porque los pacientes tienen sistemáticamente las mismas experiencias, se me ha dicho que no eran más que anécdotas que, además, no habían sido publicadas en una revista revisada por pares, como si eso supusiera alguna diferencia. Este es uno de los muchos indicios de que la psiquiatría es más una religión que una ciencia. Sin la bendición del clero psiquiátrico, nada cuenta.

En 2003, el engaño fue demasiado para seis supervivientes psiquiátricos. Escribieron a la Asociación Americana de Psiquiatría diciendo que iniciarían una huelga de hambre a menos que se aportaran pruebas científicamente válidas de que las principales enfermedades mentales son enfermedades cerebrales de base biológica y que cualquier fármaco psiquiátrico puede corregir un desequilibrio químico.¹⁰²

La Asociación respondió que "las respuestas a sus preguntas están ampliamente disponibles en la literatura científica". En su libro *El arte de tener siempre razón*, el filósofo Arthur Schopenhauer llama a este deplorable truco "Postular lo que hay que demostrar".¹⁰³

La huelga de hambre terminó cuando la gente empezó a tener problemas de salud. La Asociación declaró que "no se dejará distraer por quienes niegan que los trastornos mentales graves son enfermedades médicas reales que pueden diagnosticarse con precisión y tratarse eficazmente". Hablar de repente de otra cosa, como si tuviera alguna relación con el asunto, es una clásica distracción de Schopenhauer. Los líderes religiosos no podrían haber inventado un farol mejor si la gente hubiera exigido pruebas de que Dios existe: "No nos distraerán quienes nieguen que Dios existe y conoce los problemas de la gente y puede tratarlos eficazmente".

Nada cambió. Los libros de texto no utilizaban directamente el término desequilibrio químico, pero se hacían muchas afirmaciones sobre fármacos que corregían lo que se afirmaba que era una producción excesiva o insuficiente de neurotransmisores químicos en el cerebro, que es lo mismo.

Un artículo de 2022 demostró hasta qué punto los psiquiatras siguen propagando la mentira de los desequilibrios químicos.¹⁰⁴ Los seis influyentes libros de texto de EEUU y el Reino Unido publicados entre 1990 y 2010 que los autores examinaron defienden la hipótesis, al menos en algunas secciones, y le dedican una cobertura sustancial. De entre 30 revisiones muy citadas sobre la etiología de la depresión la mayoría la apoyan, al igual que la mayoría de 30 trabajos de investigación sobre el sistema de la serotonina.

2 Depresión

Los fármacos para la depresión son los psicofármacos más utilizados. Observarás que no utilizo el término antidepresivos, porque no curan la depresión. En Estados Unidos, el 13% de los adultos las toman.¹⁰⁵ Esto es relevante porque a la gente no le gustan y preferiría la psicoterapia.

Lo que la gente obtiene no lo decide lo que ella quiere o lo que funciona, sino la corrupción institucional generalizada.¹⁰⁶ Justo antes de que la fluoxetina (Prozac) llegara al mercado en 1988, el NIMH realizó una encuesta entre el público y sólo el 12% quería tomar una pastilla para tratar la depresión.¹⁰⁷ Esto hizo que el NIMH lanzara una campaña de concienciación pública alegando una diferencia de efecto del 45% entre el fármaco y el placebo, mientras que la Food and Drug Administration de EEUU (FDA) sólo encontró un 10%.¹⁰⁸ Ni siquiera este pequeño efecto es correcto (véase más abajo).

El NIHM también afirmó que las pastillas reducen la mortalidad, cuando la verdad es que la aumentan.¹⁰⁹ Estas mentiras tuvieron un éxito inmenso, y los medios de comunicación alabaron el Prozac como el nuevo medicamento milagroso. Sin embargo, no tardó en convertirse en el fármaco del que más se quejaban los estadounidenses, con cientos de suicidios y homicidios fuera del patrón habitual.¹¹⁰

En 1992, el Royal College of Psychiatrists y el Royal College of General Practitioners del Reino Unido lanzaron la campaña *Defeat depression (Derrota a la depresión)*, de cinco años de duración¹¹¹, que también consistía en enseñar a la gente las maravillas de las pastillas contra la depresión. Pero, una vez más, los profanos lo veían de otra manera: En una encuesta, el 91% opinaba que había que ofrecer asesoramiento a las personas deprimidas; sólo el 16% aconsejaba fármacos para la depresión.

El comentario de los psiquiatras al respecto fue que necesitaban educar al público sobre los fármacos para la depresión y decirles que la dependencia no era un problema. Entiendo perfectamente por qué la encuesta también reveló que "la palabra psiquiatra conlleva connotaciones de estigma e incluso miedo".

El principal efecto de los fármacos para la depresión es arruinar la vida sexual de las personas. La mitad de los pacientes que antes tenían una vida sexual normal la verán perturbada o imposibilitada.¹¹² Y, sin embargo, en el mundo al revés de la psiquiatría, las píldoras que destruyen la vida sexual se llaman píldoras de la felicidad. Yo las llamé píldoras infelices en un artículo sobre nuestra epidemia dañina de píldoras felices.¹¹³

Este daño puede llegar a ser permanente y, cuando los pacientes descubren que nunca más podrán mantener relaciones sexuales, por ejemplo, debido a la impotencia, algunos se suicidan.¹¹⁴ Las ratas pueden sufrir trastornos sexuales permanentes tras haber estado expuestas a los ISRS en los primeros años de vida,¹¹⁵ lo que confirmamos en una revisión sistemática de estudios con animales.¹¹⁶

También se intentaron estudiar los daños que persisten en los seres humanos tras la interrupción de los ISRS, pero sólo se pudieron incluir 12 ensayos. Todos los autores concluyeron que los fármacos no eran beneficiosos a largo plazo, pero no pudimos cuantificar los daños farmacológicos.¹¹⁷

Cuando pronuncié una conferencia para médicos australianos en 2015, un psiquiatra infantil dijo que conocía a tres chicos que tomaban fármacos para la depresión y que habían intentado suicidarse porque no consiguieron una erección la primera vez que intentaron mantener una relación sexual. ¡Es tan cruel!

En la mayoría de los ensayos sobre depresión se utiliza la Escala de depresión de Hamilton. Es tan poco específica que incluso estimulantes como la cocaína, el éxtasis, la anfetamina y otros fármacos para el TDAH podrían considerarse fármacos para la depresión. Casi todo podría serlo. Muchos fármacos que no se consideran antidepresivos muestran efectos comparables, como los somníferos, los opiáceos, los estimulantes y algunos fármacos para la psicosis.¹¹⁸

Por extraño que parezca, y a pesar de su nombre, los antidepresivos no funcionan contra la depresión. En ensayos controlados con placebo, patrocinados por la industria, la diferencia entre el efecto de los fármacos y el del placebo fue sólo de 2 en la escala de Hamilton,¹¹⁹ siendo 5-6 el efecto más pequeño que se puede percibir en esta escala.¹²⁰ Esto significa que los fármacos no funcionan.

Este claro mensaje no fue bien recibido. Eskild Colding-Sørensen, de la Agencia Danesa de Medicamentos, afirmó que un metanálisis danés de 2017,¹²¹ el mejor jamás realizado, bordeaba la irresponsabilidad. Olvidó decir que tuvo un cargo directivo en Lundbeck de 2010 a 2015.¹²² La agencia publicó un informe en el que concluía que el metanálisis no aportaba nuevos conocimientos y que no había motivos para cambiar las recomendaciones o la información sobre los fármacos. Esto nos hizo publicar un artículo en el periódico, titulado *¿La Agencia del Medicamento trabaja para los pacientes?*¹²³ Si no había nuevos conocimientos, ¿por qué había aprobado la agencia los medicamentos?

Colding-Sørensen dirigió la investigación de la agencia, y no consideraron un problema que hubiera trabajado para Lundbeck porque no había trabajado con fármacos para la depresión. Llamamos la atención de que esta decisión se correspondería con el hecho de que las autoridades emplearan a un dirigente de Volkswagen para investigar el escándalo de las mediciones fraudulentas de los gases de escape del gasóleo, argumentando que no era un problema porque había trabajado en la empresa con vehículos de gasolina. El director de la agencia, Thomas Senderovitz, que procedía de Grünenthal, la empresa que vendía talidomida, anunció meses antes de la investigación cuál sería la conclusión, ya que dijo que el metanálisis concluía algo que los datos no podían sostener, lo que era totalmente falso.

Otras personas también se comportaron como "idiotas útiles" de la industria. La ministra de Sanidad, Ellen Trane Nørby, instó a los investigadores a pensar detenidamente antes de lanzarse a publicar un mensaje que podría perjudicar a personas vulnerables.

Esto dio lugar a una pregunta en el Parlamento iniciada por Stine Brix.¹²⁴ Pidió a la Ministra que explicara qué quería decir con "pensar cuidadosamente". ¿Significa que "la Ministra anima a los investigadores a no responder a las preguntas de la prensa, o que, como investigador, debes mantener ocultos al público los resultados de la investigación si son controvertidos?"

La Ministra se desdijo. Ahora reconocía plenamente "el derecho de los investigadores a expresarse sobre sus investigaciones o sobre cualquier otra cosa en el marco de nuestra libertad constitucional de expresión".

El presidente de la Sociedad Danesa de Medicina General, Anders Beich, opinó que los investigadores habían publicado sus resultados de forma selectiva, lo cual era absurdo, ya que habían realizado una revisión sistemática de todos los ensayos. También afirmó que las conclusiones carecían de fundamento, una afirmación totalmente vacía.¹²⁵

El director del Consejo de Salud, Søren Brostrøm, habló de la falta de matices, que había preocupado a los pacientes. Seguramente deberían estarlo si tomaran esos medicamentos.

En una revista financiada por la industria, el psiquiatra Maj Vinberg caracterizó el metanálisis como "una campaña de desprestigio contra los fármacos antidepresivos [...] dudosas discusiones populistas [...] gimnasia de sillón [...] realizada por un grupo de médicos,

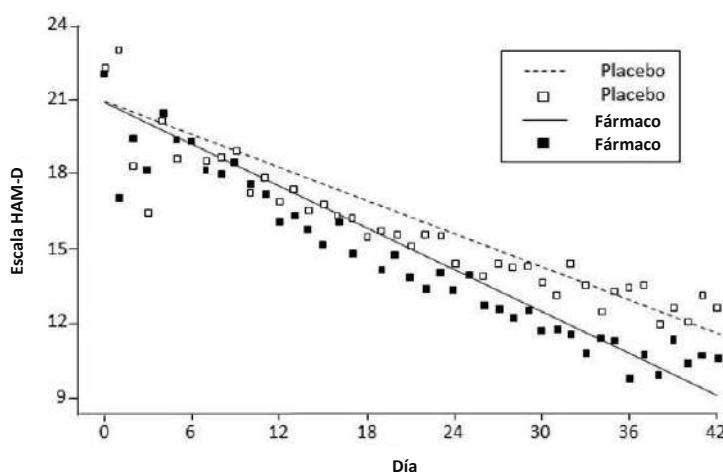
estadísticos y estudiantes de medicina sin conocimientos especiales sobre psiquiatría y trastornos depresivos". Algunos de los autores estaban altamente cualificados y eran empleados míos. Respondí a los desvaríos de Vinberg en la misma revista¹²⁶ alertando a los lectores de mi artículo *La reunión fue patrocinada por mercaderes de la muerte*,¹²⁷ que incluía a AstraZeneca, uno de los benefactores de Vinberg.

El efecto pequeño e irrelevante de las pastillas se hace aún más pequeño si el placebo está mejor cegado al contener atropina, que tiene efectos secundarios similares a los de las pastillas.¹²⁸ Y el efecto mínimo clínicamente relevante es, por supuesto, mayor que el mínimo de 5-6 que puede ser percibido. Si te están enterrando bajo una tonelada de ladrillos no te ayuda mucho quitar un solo ladrillo, y tu depresión no desaparece solo porque tu psiquiatra haya notado un pequeño cambio en una puntuación.

Algunos metanálisis han encontrado que el efecto es mayor en la depresión severa, pero los efectos reportados son también irrelevantes para la depresión muy severa, sólo 2,7.¹²⁹ Además, es probable que el hecho de que el efecto parezca ser ligeramente mayor en la depresión grave sea solo un artefacto matemático.¹³⁰ Dado que las puntuaciones de referencia son mayores en la depresión grave que en la leve, cualquier sesgo influirá más en el resultado medido en los pacientes con depresión grave.

Es difícil deshacerse de este mito. En una carta de 2023 en la que se pedía al gobierno del Reino Unido que se comprometiera a revertir el creciente uso de fármacos para la depresión, los autores afirmaban de forma engañosa que "múltiples metanálisis han demostrado que los antidepresivos no tienen ningún efecto clínicamente significativo, excepto para los que padecen la depresión más grave".¹³¹

Los libros de texto de psiquiatría son deshonestos sobre el efecto de los fármacos para la depresión, y no exagero; lo son de verdad. Un libro afirmaba que ya se puede notar una mejoría con la fluoxetina a los pocos días.¹³² Sin embargo, tanto si se trata a los pacientes con una pastilla como con un placebo, pasan unas 3 semanas antes de que se pueda notar algo (lo que corresponde al efecto mínimo clínicamente detectable de 5-6 en la escala de Hamilton, véase la figura).¹³³



Gravedad de la depresión a lo largo del tiempo en 37 ensayos de fluoxetina o venlafaxina frente a placebo. Gráfico redibujado.

Los libros de texto mencionan efectos enormes, por ejemplo, que el 60-80% de los pacientes mejoran después de 6-10 semanas, pero no dicen que no se trata de un efecto del fármaco,

sino de la remisión espontánea de la depresión. Además, decir a los pacientes que los fármacos para la depresión tardan varias semanas en hacer efecto hace que sigan tomándolos aunque no se sientan mejor con ellos, sino peor. Cuando hayan pasado esas semanas y sigan sintiéndose mal, es posible que se sientan aún peor si intentan dejar el fármaco porque tendrán síntomas de abstinencia.

Esta información falsa apareció en todas partes, también en un periódico y en nuestra revista médica, después de que yo dijera en televisión que los fármacos ayudan al 10-20% de los pacientes.¹³⁴ Fui demasiado generoso, ya que los fármacos no funcionan en absoluto, pero mi información fue calificada de "engañosa" y el programa de televisión fue criticado por haber hablado conmigo y no con un psiquiatra.

Ya expliqué en 2011 lo deshonestos que son los psiquiatras:¹³⁵ "En *Weekendavisen* del 15 de abril, Poul Videbech, Raben Rosenberg y Lars Kessing critican a DR (Radio Danesa) por haber mencionado que el efecto de los ISRS es del 20%. Incluso lo califican de desinformación, pero la crítica es injustificada. En primer lugar, DR ha respondido que la información procede de la Agencia del Medicamento. En segundo lugar, los propios psiquiatras escriben que la diferencia entre placebo y principio activo es precisamente del 20%".

Los psiquiatras llegan a sus elevadas cifras haciendo caso omiso de la mejoría en el grupo placebo. Pero, como señaló un médico de familia, esto demuestra que no saben interpretar las pruebas.¹³⁶ Utilizando su forma de pensar, se podría argumentar que los fármacos pueden curar al 100% de los pacientes con un resfriado común.

En 2011, Videbech señaló que había recibido dinero de prácticamente todas las compañías farmacéuticas de Dinamarca, pero cuando un periodista le preguntó por un manual para pacientes con depresión que había escrito para una web patrocinada por Eli Lilly, se enfadó tanto que colgó.¹³⁷

Cuando los psiquiatras, raramente, reconocen que el efecto de las pastillas es pequeño, suelen añadir que no es importante porque los pacientes se beneficiarán del gran efecto placebo. Se trata de un error muy común. Los médicos suelen pensar que el efecto placebo es la diferencia antes-después en un grupo de pacientes tratados con placebo, y no es así, ya que se incluye la mejoría espontánea. Los efectos placebo son pequeños, si es que existen.¹³⁸

Un libro de texto afirmaba que la velocidad psicomotora, el patrón de sueño, el apetito y el estado de ánimo se normalizan, y que desaparecen los pensamientos depresivos sobre la culpa, la inferioridad y el suicidio. El tratamiento con pastillas no normaliza absolutamente nada.

Cuando en 2011 mencioné en televisión que los fármacos para la depresión pueden cambiar la personalidad del paciente, Jeanett Bauer, presidenta de la Asociación Danesa de Psiquiatría, y otro psiquiatra, Jesper Karle, replicaron que era engañoso centrarse en un efecto secundario que asusta tanto a los pacientes y que es extremadamente raro.¹³⁹

No es raro, y también critiqué a Bauer y Karle por su información engañosa sobre los fármacos. Afirmaban que funcionaban en dos tercios de los pacientes y que los efectos secundarios eran leves y pasajeros.¹⁴⁰ Seis años antes, los psiquiatras daneses informaron de que la mitad de los pacientes estaban de acuerdo en que el tratamiento podía alterar su personalidad y que tenían menos control sobre sus pensamientos y sentimientos.¹⁴¹ Los psiquiatras se negaron rotundamente a creer lo que les habían dicho los pacientes, les llamaron ignorantes y consideraron que necesitaban "psicoeducación". Sin embargo, los familiares de los pacientes tenían la misma opinión que ellos.

Estas pastillas han convertido un trastorno episódico en crónico. El libro de texto de psiquiatría

de la Asociación Americana de Psiquiatría, en 1999, afirmaba que antes la mayoría de los pacientes se recuperaba de un episodio de depresión grave, mientras que ahora "la depresión es un trastorno muy recurrente y pernicioso".¹⁴² No hay mayor ciego que el que no quiere ver. En un estudio de 172 pacientes con depresión recurrente que habían estado en remisión durante al menos 10 semanas,¹⁴³ el 60% de los que siguieron tomando fármacos recayeron en dos años, mientras que solo el 8% de los que no tomaron fármacos y recibieron psicoterapia recayeron. Las diferencias en la gravedad de la enfermedad no pudieron explicar estos resultados.

Los estudios de escáner cerebral desempeñan un papel fundamental cuando los psiquiatras intentan convencer a la gente de que sus fármacos son necesarios. Los libros de texto están llenos de afirmaciones extraordinarias sobre lo que los fármacos para la depresión pueden conseguir en el cerebro.¹⁴⁴ Pero no hay referencias, y lo que se afirma es muy poco probable que sea cierto. Por ejemplo, que las pastillas estimulan el crecimiento de las células nerviosas, disminuyen el daño cerebral, son neuroprotectoras y previenen la muerte de las células nerviosas.

Los estudios de imagen cerebral son muy poco fiables.¹⁴⁵ En 2022, los neurocientíficos comentaron los estudios de neuroimagen publicados durante los últimos 30 años y concluyeron que, "todavía carecemos de un relato neurobiológico para los trastornos psiquiátricos [...] la neuroimagen funcional no desempeña ningún papel en la toma de decisiones clínicas."¹⁴⁶

Además, teniendo en cuenta que los fármacos para la depresión no tienen efectos clínicamente relevantes sobre la depresión y son perjudiciales (véase más abajo), es irrelevante lo que muestren o no muestren los estudios de imagen.

Videbech afirmó en 2014 que sus estudios y los de otros autores habían demostrado que la depresión no tratada conducía a la atrofia del hipocampo y los lóbulos frontales, y que los estudios habían demostrado que los antidepresivos podían revertir estos cambios, tanto en animales como en humanos.¹⁴⁷

También opina que la depresión duplica el riesgo de demencia,¹⁴⁸ y en *The British Medical Journal (BMJ)*, rebató otra afirmación que se hizo, sin referencias, de que la depresión y la ansiedad son factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer.¹⁴⁹ Sin embargo, el metanálisis que citaba Videbech no mencionaba ni una palabra sobre qué tratamientos habían recibido los pacientes.¹⁵⁰ Otros estudios indican que son los fármacos los que provocan la demencia.¹⁵¹ Sin embargo, Jesper Andreasen, doctor en psicofarmacología, también opina que es la enfermedad la que provoca la demencia. Me criticó por no ser psiquiatra ni experto en psicofármacos.¹⁵² Bien, yo he aprendido a leer y a entender lo que leo, cosa que Andreasen no ha hecho porque cree que los trastornos psiquiátricos están causados por desequilibrios químicos.

Dado que los fármacos para la depresión sólo tienen pequeños efectos sintomáticos y muchos perjuicios, es pertinente averiguar qué opinan los pacientes sobre ellas cuando sopesan los beneficios frente a los perjuicios. Lo hacen cuando deciden si continuar en un ensayo hasta el final o abandonarlo.

Fue laborioso hacer un estudio al respecto. Incluimos 71 informes de estudios clínicos (18.426 pacientes) que habíamos obtenido de los organismos reguladores de medicamentos. Nadie ajeno a mi grupo de investigación había leído antes las 67.319 páginas sobre estos ensayos; sumaban una pila de 7 m de altura.

Descubrimos que un 12% más de pacientes abandonaban mientras tomaban el fármaco que mientras tomaban el placebo.¹⁵³ Se trata de un resultado muy importante. Los psiquiatras opinan que los fármacos para la depresión son más beneficiosas que perjudiciales, pero los pacientes opinan lo contrario. Preferían el placebo a pesar de que algunos de ellos se habían visto perjudicados por los efectos del síndrome de abstinencia, al ser aleatorizados a un placebo cuando ya estaban tomando un fármaco. Esto significa que los fármacos son incluso peores de lo que hemos descubierto.

También nos fijamos en la calidad de vida, que esperábamos fuera peor con las pastillas que con placebo. Sin embargo, en este momento nos habíamos acercado demasiado a los secretos de los fármacos para la depresión. Los informes sobre calidad de vida eran prácticamente inexistentes.¹⁵⁴ En los informes de los estudios clínicos faltaba una gran cantidad de datos y era frecuente la notificación selectiva de los resultados que resultaban positivos. A pesar de este sesgo, sólo encontramos pequeñas diferencias entre el fármaco y el placebo.

Nos preguntamos por qué los reguladores farmacéuticos no habían pedido a las empresas los datos que faltaban, como era su obligación. Teniendo en cuenta el gigantesco encubrimiento, el resultado de la tasa de abandono y todos los daños habituales de los medicamentos, no me cabe duda de que las pastillas empeoran la calidad de vida.

En 2017, Stine Brix preguntó a la ministra de Sanidad si era una conclusión fiable el que la Agencia Danesa del Medicamento destacara que en algunos de los estudios se había encontrado un efecto sobre la calidad de vida, cuando solo tres de los 131 estudios disponibles habían publicado datos sobre calidad de vida.¹⁵⁵ En su respuesta, la ministra se refirió a la agencia del medicamento que decía que había un efecto sobre la calidad de vida en los estudios en los que se había medido. Esto era ultracómico. La calidad de vida se midió en muchos más estudios de los que informaron de sus resultados.

Los libros de texto recomendaban aumentar la dosis para obtener mejores efectos y uno de ellos señalaba que el escitalopram era una posible excepción al hecho de que la relación dosis-respuesta está poco dilucidada para los ISRS. El prospecto de la FDA para el escitalopram contradice directamente esta afirmación:

" Inicial: 10 mg una vez al día. Recomendado: 10 mg una vez al día. Máximo: 20 mg una vez al día [...] No se observan beneficios adicionales con la dosis de 20 mg/día".¹⁵⁶

La verdad es que hay muchos estudios de dosis-respuesta de fármacos para la depresión y no han demostrado un aumento del efecto con dosis mayores.¹⁵⁷ Lo que consiguen los médicos aumentando la dosis es malgastar el dinero de los contribuyentes y aumentar el riesgo de matar a sus pacientes.¹⁵⁸

En el caso de la fluoxetina, la ocupación del receptor es muy similar para 20 mg, 40 mg y 60 mg.¹⁵⁹ No obstante, el organismo regulador de medicamentos del Reino Unido aconseja a los médicos duplicar o triplicar la dosis si la respuesta es insuficiente.¹⁶⁰ Este consejo puede ser letal. Más muertes para un efecto nulo. Es horrendo que un organismo regulador de medicamentos, que se supone debe dar instrucciones basadas en datos sólidos, diga que "la experiencia clínica indica que el aumento de la dosis puede ser beneficioso para algunos pacientes". Los psiquiatras valoran su experiencia clínica sin darse cuenta de lo engañosa que puede llegar a ser, pero los reguladores de medicamentos no deberían apoyarlos en esta ilusión.

El sueño de una solución rápida para la depresión no cesa. La última moda es la esketamina, el enantiómero S o imagen especular de la ketamina, un alucinógeno disociativo utilizado

como anestésico general durante más de 50 años. En 2019, dos psiquiatras elogiaron la esketamina para la depresión resistente al tratamiento en el *BMJ*.¹⁶¹ Respondí con algunos colegas que no es posible que un medicamento tenga un efecto drástico sobre la depresión en el primer día de tratamiento a menos que algo esté terriblemente mal.¹⁶²

La psiquiatría es un mundo surrealista. A pesar de todas las advertencias y muertes, Lykos Pharmaceuticals está intentando que se apruebe el éxtasis, un psicodélico, para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT). En junio de 2024, el panel asesor de la FDA se negó a recomendar su aprobación, y afirmaron que los estudios estaban viciados por incoherencias, un diseño deficiente de los estudios y acusaciones de mala conducta.¹⁶³ El tiempo demostrará si hay algo de cordura en la FDA. Los psicodélicos no deberían usarse en psiquiatría, pero con mi conocimiento de la FDA, me parece probable que el fármaco se apruebe.

La psiquiatría repite la historia y comete los mismos errores una y otra vez, ya que en realidad no hay nada nuevo. Se ha vuelto a poner de moda recomendar otros alucinógenos, por ejemplo, la psilocibina, producida por hongos, e incluso se está desempolvando el LSD (dietilamida del ácido lisérgico). En 2020, los autores de una revisión sistemática informaron de resultados positivos y concluyeron que el LSD es "un agente terapéutico potencial en psiquiatría."¹⁶⁴ La psiquiatría es un *perpetuum mobile* de errores.

Puede ser útil conocer a cuántos pacientes hay que tratar para beneficiar a uno de ellos. Los psiquiatras suelen referirse a esto cuando afirman que sus fármacos son muy eficaces, pero el número necesario a tratar (NNT) con un fármaco psiquiátrico para beneficiar a un paciente es en gran medida una ilusión.¹⁶⁵ La razón más importante es que hay más pacientes perjudicados que beneficiados.

Los daños y los beneficios rara vez se miden en la misma escala, pero cuando los pacientes de un ensayo controlado con placebo deciden si merece la pena continuar en el ensayo, juzgan si los beneficios que perciben superan a los daños. Como ya se ha señalado, descubrimos que un 12% más de pacientes abandonaron el estudio con un fármaco contra la depresión que con placebo, lo que se traduce en un número necesario para dañar (NNH) de 25.¹⁶⁶

En psiquiatría, el NNT es tan engañoso que debería abandonarse. En su lugar podríamos utilizar el NNH. Dado que los fármacos para la depresión dañan la vida sexual en la mitad de los pacientes,¹⁶⁷ el NNH es solo dos. Así, al *no* utilizar fármacos para la depresión, preservaremos la vida sexual normal en uno de cada dos pacientes que *no* tratemos.

Lo que acabo de exponer sobre que el NNT es una ilusión, se aplica a todos los psicofármacos.

El ejercicio funciona contra la depresión. En un amplio ensayo con 156 pacientes, solo el 30% de los pacientes del grupo de ejercicio estaban deprimidos, en comparación con el 52% del grupo de sertralina, seis meses después del periodo de intervención de cuatro meses.¹⁶⁸ Y una revisión sistemática de 2024 descubrió que los efectos eran proporcionales a la intensidad del ejercicio, con efectos sustanciales sobre la depresión de caminar o correr (tamaño del efecto 0,62), yoga (0,55), entrenamiento de fuerza (0,49), ejercicios aeróbicos mixtos (0,43) y tai chi o qigong (0,42).¹⁶⁹

Recompensar a las empresas que más engañaron

Un metanálisis en red de 2018 publicado en *The Lancet* por Cipriani y sus colegas¹⁷⁰ acaparó una enorme atención en los medios de comunicación a pesar de que el efecto farmacológico era el mismo que en metanálisis anteriores.¹⁷¹ Como señalamos, no había nada nuevo, pero los

investigadores pidieron que los antidepresivos se prescribieran más ampliamente.¹⁷²

El metanálisis ignoró por completo los datos sobre daños, y era tan defectuoso que escribí el artículo *Recompensar a las empresas que más engañaron en los ensayos de antidepresivos*.¹⁷³

Los autores incluyeron 522 ensayos que comparaban los fármacos entre sí o con placebo, y la mayoría de los datos procedían de informes publicados. Clasificaron los fármacos según su efecto, lo cual era absurdo ya que ninguno de ellos es eficaz, y los abandonos de la medicación por cualquier motivo. Afirmaban que la agomelatina, el escitalopram y la vortioxetina eran más eficaces que otros fármacos y también mejor tolerados. Como esto es extremadamente improbable, analicé con mayor detenimiento los tres fármacos.

Sorprendentemente, una revisión de la agomelatina, de la que Cipriani fue coautor, no encontró ningún efecto en la escala de Hamilton, a pesar de que no se había publicado ninguno de los ensayos negativos.¹⁷⁴ Así pues, se supone que debemos creer que un fármaco ineficaz es más eficaz que otros fármacos ineficaces. En el mundo mágico de la psiquiatría todo es posible...

También es descabellado creer que el escitalopram pueda ser mejor que el citalopram. El principio activo es el mismo que el citalopram, del cual es un estereoisómero. Los estereoisómeros constan de dos mitades, imágenes especulares la una de la otra, pero sólo una de ellas es activa. Cuando son estudiados por Lundbeck en ensayos directos y metanalizados bajo el control de Lundbeck, la molécula activa es mejor que ella misma.¹⁷⁵ Los tres autores trabajaban para Forest, socio estadounidense de Lundbeck, y el trabajo se publicó en un suplemento pagado a una revista, de la cual el primer autor del artículo era editor.

Cuatro revisiones independientes, incluida la de la FDA, concluyeron que el escitalopram no es mejor que su molécula madre.¹⁷⁶ Unos investigadores independientes descubrieron que la eficacia parecía ser mejor para el escitalopram que para el citalopram en ensayos comparativos directos, pero cuando hicieron una comparación indirecta de los dos fármacos basada en 10 ensayos controlados con placebo de citalopram y 12 de escitalopram, la eficacia era la misma.¹⁷⁷ La industria farmacéutica distorsiona tanto sus investigaciones que las comparaciones indirectas son a veces las más fiables.

Lundbeck lanzó el escitalopram cuando caducó la patente del citalopram y ganó mucho dinero con él mediante un enorme esquema fraudulento que incluía sobornos y en el que los resultados positivos de los ensayos ¡ya estaban escritos antes de que comenzaran!¹⁷⁸

Cuando comprobé los precios en 2009, el rejuvenecido medicamento "me too" costaba 19 veces más para una dosis diaria que el medicamento original. Esta enorme diferencia de precio debería haber disuadido a los médicos de usar escitalopram, pero no fue así. Se vendió por un coste seis veces mayor que el fármaco madre. Si todos los pacientes hubieran recibido el citalopram más barato en lugar de escitalopram u otros ISRS, los contribuyentes daneses podrían haber ahorrado unos 30 millones de euros al año, es decir, el 87% del gasto total en ISRS.

La revisión Cochrane del escitalopram, cuyo primer autor es Cipriani, es vergonzosa. Afirma que el escitalopram es significativamente más eficaz que el citalopram.¹⁷⁹ Cochrane premia a las empresas que más engañan.

La tarea oficial del Instituto de Farmacoterapia Racional, financiado por el gobierno, es informar a los médicos daneses sobre los medicamentos basándose en pruebas científicas. En 2002, el Instituto señaló que el escitalopram no tenía ventajas claras sobre su fármaco madre.¹⁸⁰ Lundbeck se quejó enérgicamente en la prensa y dijo que no era competencia del Instituto hacer declaraciones que pudieran perjudicar a las exportaciones danesas de medicamentos.¹⁸¹ No era así, pero el Instituto fue reprendido por el Ministro de Sanidad, Lars Løkke Rasmussen. Nuestro

elogiado Instituto sólo podía decir la verdad sobre los medicamentos importados, no sobre los que exportamos.

Dos años más tarde, el Instituto anunció que el escitalopram era mejor que el citalopram.¹⁸² Me reí mucho cuando vi las cuatro referencias que apoyaban las afirmaciones positivas.¹⁸³ Volví a reírme cuando una empleada del Instituto, Karin Friis Bach, fue entrevistada en televisión. El periodista le preguntó si no podría imaginar alguna situación en la que pudiera ser una ventaja que el fármaco funcionara más rápido. Ella respondió: "Sí, ¡si una paciente está a punto de tirarse por la ventana!". Esto era doblemente irónico, ya que los ISRS duplican el riesgo de suicidio (véase más abajo).

En 2003, Lundbeck infringió el código de la industria británica al anunciar que Cipralex (escitalopram) era significativamente más eficaz que Cipramil (citalopram).¹⁸⁴ Lundbeck también atribuyó daños al citalopram en su literatura sobre el escitalopram que no se mencionaban en su material promocional del citalopram. Es sorprendente lo rápido que un buen medicamento se convierte en uno malo cuando expira la patente.

La Comisión Europea impuso enormes multas a Lundbeck y a los productores de citalopram genérico pues, a cambio de dinero, habían acordado con Lundbeck retrasar la entrada en el mercado del citalopram genérico, infringiendo las normas antimonopolio de la UE.¹⁸⁵ Lundbeck también había comprado acciones de los genéricos con el único fin de destruirlas.

La vortioxetina parece ser un fármaco excepcionalmente deficiente. Todos los autores de los ensayos a corto plazo tenían vínculos comerciales con Lundbeck, pero unos investigadores independientes descubrieron que la duloxetina y la venlafaxina eran significativamente más eficaces que la vortioxetina en tres de los cuatro niveles de dosis probados.¹⁸⁶ Bastante "interesante", dado que ninguno de los fármacos para la depresión tiene efectos clínicamente relevantes.

Cipriani exageró su metanálisis en red hasta el extremo, por ejemplo, en *BBC News*,¹⁸⁷ donde él y el Real Colegio de Psiquiatras lo calificaron de respuesta definitiva a la antigua controversia sobre si las pastillas funcionan para la depresión. Había "grandes diferencias en la eficacia de cada fármaco" (ninguno es eficaz), y "al menos un millón de personas más en el Reino Unido se beneficiarían" de su uso.

El artículo de Cipriani se promocionó hasta el extremo en la portada de una página web de una de las regiones danesas, que destacó con titulares el caro medicamento *me-too* de Lundbeck, Cipralex.¹⁸⁸ Videbech, un icono nacional de la depresión, actuó como uno de los idiotas útiles de Lundbeck, afirmando que el metanálisis de Cipriani era "mucho más creíble" que el metanálisis danés publicado un año antes. Incluso afirmó que Cipriani había tenido en cuenta las fuentes de error de las que los investigadores daneses no habían sido conscientes.

Como tantas otras veces, lo que también queda claro en el libro de texto que editó,¹⁸⁹ Videbech resultó ser un gran manipulador.

En primer lugar, la revisión de Cipriani era de muy baja calidad, mientras que la revisión danesa era ejemplar y rigurosa. Esto es extraño, pues dos de los coautores de Cipriani son investigadores con los que he publicado directrices para la adecuada presentación de informes de metanálisis en red,¹⁹⁰ y un tercer autor es el estadístico Julian Higgins, editor del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Cochrane Handbook of Systematic Reviews of Interventions), que describe en 659 páginas cómo hacer revisiones Cochrane.

En segundo lugar, al contrario de lo que dijo Videbech, los daneses sí encontraron un efecto significativo del fármaco, pero señalaron que "todos los ensayos presentaban un alto riesgo de sesgo y la significación clínica parece cuestionable".

En tercer lugar, no había errores en la revisión danesa, y Videbech y Cipriani no habían

encontrado ninguno. Cipriani no citó la revisión danesa a pesar de que se publicó 12 meses antes que la suya.

En cuarto lugar, la revisión de Cipriani era *mucho menos* creíble que la danesa, que sólo incluía comparaciones con placebo. Como se señaló en el caso del escitalopram, las comparaciones directas de fármacos son muy poco fiables.¹⁹¹ Otro ejemplo: Un número significativamente mayor de pacientes mejoró con fluoxetina cuando esta era el fármaco de interés que en los ensayos donde la fluoxetina era el fármaco comparador.¹⁹² Curiosamente, siendo Cipriani coautor de este estudio, *sabía* que lo que publicaba en *The Lancet* no era de fiar.

En quinto lugar, el tamaño del efecto en la revisión danesa fue aproximadamente el mismo que en la revisión de Cipriani, 0,26 frente a 0,30.

La principal diferencia radicaba en cómo interpretaban los investigadores sus resultados. Los daneses concluyeron que "los pequeños efectos beneficiosos potenciales parecen ser superados por los efectos perjudiciales". Cipriani concluyó: "Todos los antidepresivos fueron más eficaces que el placebo", sin advertencias sobre el riesgo de sesgo a pesar de que dijeron que "evaluaron el riesgo de sesgo de los estudios" de acuerdo con el Manual Cochrane.

Mi grupo de investigación demostró que los datos de resultados de la revisión de Cipriani diferían de los informes de los estudios clínicos en el 63% de los ensayos; que el efecto de los fármacos era mayor en los ensayos publicados que en los no publicados; y confirmó que existía un alto riesgo de sesgo en los ensayos.¹⁹³ Cuando su artículo fue aceptado para su publicación, el editor escribió a Cipriani pidiéndole que respondiera. No consideró necesario defender su investigación o, más probablemente, se abstuvo porque no podía defenderla.

Lo absurdo de todo esto puede verse comparando dos artículos de *The Guardian*. Prozac no funcionaba en 2008 (tamaño del efecto 0,32),¹⁹⁴ pero diez años después, *todos los* fármacos funcionaban (tamaño del efecto 0,30).

The Guardian 26th Feb 2008

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

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



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

The Guardian 21st Feb 2018

The drugs do work: antidepressants are effective, study shows

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



It's likely that in the UK alone 1 million more people a year should have access to either drugs or psychotherapy for depression, say experts. Photograph: Samuel Gurney/PA

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

Todo este asunto fue enormemente sonrojante para Cipriani *et al*, Cochrane, *The Lancet* y Videbech. También hay que desconfiar de prácticamente todas las revisiones Cochrane y de otro metaanálisis en red que hizo Cipriani sobre fármacos para la depresión en niños y adolescentes¹⁹⁵. Esto queda claro si comparamos los resultados obtenidos en estas revisiones con los datos de los informes de los estudios clínicos que las empresas farmacéuticas han presentado a los organismos reguladores de medicamentos, los cuales son mucho más

fiables.¹⁹⁶

El psiquiatra danés Ole Bjørn Skausig contribuyó al absurdo cuando publicó un comentario en nuestra revista médica en 2011 con el titular: *¿Hay que recetar lo mejor o lo más barato?*¹⁹⁷ Argumentaba que, "A nivel internacional, el escitalopram está reconocido como claramente el mejor ISRS [...] la experiencia también cuenta [...] los metanálisis suelen ser de poca utilidad, aunque estén actualmente de moda." Aconsejó doblar o triplicar la dosis; dijo que es más barato para la sociedad si los pacientes se curan; y señaló que a menudo utilizaba antiepilépticos, litio y antipsicóticos atípicos para pacientes con depresión.

Es raro que la gente admita tan claramente lo tonta que es. El escitalopram no es mejor que otros fármacos para la depresión; la experiencia clínica es muy engañosa; los metanálisis de ensayos aleatorios son las pruebas más fiables que tenemos; los fármacos que no funcionan, no funcionan mejor si triplicas la dosis, lo cual aumentará el riesgo de muerte; ningún fármaco puede curar la depresión; y más adelante aprenderás que la depresión debe tratarse con psicoterapia, no con fármacos tóxicos. Skausig negó que las compañías farmacéuticas hubieran ocultado los casos de suicidio en sus fármacos para la depresión y afirmó que yo había engañado al público cuando lo dije. No dijo a sus lectores que es psiquiatra y que había recibido honorarios de Lundbeck y Novartis.¹⁹⁸

El estudio STAR*D. Un fraude de 35 millones de dólares del NIH

El estudio STAR*D, un enorme ensayo financiado por el NIMH con un coste de 35 millones de dólares, es una notable historia de fraude.¹⁹⁹ Se trataba de un estudio de "pacientes del mundo real" y, con 4.041 pacientes incluidos, fue el mayor estudio de eficacia jamás realizado sobre fármacos para la depresión. Me pregunto para qué utilizaron los investigadores la enorme subvención, y dado que se trataba de un estudio sencillo y pragmático, podría haberse realizado prácticamente sin coste alguno.

Los investigadores anunciaron audazmente que el estudio produciría resultados de "gran importancia científica y para la salud pública".²⁰⁰ Sin duda lo hizo, pero no de la forma que habían imaginado.

No hubo grupo placebo. Todos los pacientes empezaron a tomar citalopram, fabricado por Lundbeck. Esto fue motivado por las afirmaciones erróneas de que el citalopram no presentaba síntomas de discontinuación y que su uso era seguro en pacientes ancianos. Una razón más plausible es la corrupción: Diez de los autores del estudio STAR*D declararon haber recibido dinero de Forest, el socio americano de Lundbeck.

Cuando terminó el estudio, el NIMH anunció que "alrededor del 70% de los que no se retiraron del estudio quedaron libres de síntomas". Los investigadores también hicieron numerosas afirmaciones falsas, por ejemplo, que los pacientes en remisión tenían "ausencia total de síntomas depresivos" y habían "quedado libres de síntomas". Sin embargo, un paciente "en remisión" podía tener un Hamilton con puntuación de 7. La única pregunta sobre suicidio de la escala Hamilton, "siente que la vida no merece la pena", se puntuaba con 1, y otros síntomas puntuados con 1 incluyen "siente que ha defraudado a la gente" y "se siente incapaz, apático, menos eficiente". Ningún profesional honesto describiría a estos pacientes como libres de síntomas.

Los investigadores señalaron en su resumen que "la tasa de remisión acumulada global fue del 67%". Sin embargo, en el texto principal admitían que se trataba de una tasa de remisión "teórica", suponiendo que los que abandonaban el estudio tenían las mismas tasas de remisión que los demás pacientes. Esto es falso, y numerosos estudios han demostrado que hay más

fracasos terapéuticos entre los que abandonan que entre los que continúan.

Los investigadores escogieron con cuidado los datos que usaron. Y cambiaron la escala de medición, lo que llamamos el fraude del francotirador de Texas. Disparas un arma hacia un objetivo, pero fallas. Después, borras el blanco y dibujas uno nuevo alrededor del agujero de bala y lo presentas al público. También incluyeron a pacientes que deberían haber sido excluidos según el protocolo.

La presentación de los datos era confusa. Resulta extremadamente difícil averiguar qué ocurrió y corregir todos los errores. Afortunadamente, Ed Pigott *et al.* hicieron el trabajo duro. Resultó que sólo el 3% de los pacientes que entraron en el ensayo remitieron, se recuperaron y permanecieron en el ensayo durante el seguimiento de un año.²⁰¹ Cuando un periodista entrevistó a uno de los investigadores, Maurizio Fava, este reconoció que la tasa de éxito del 3% era exacta y que los investigadores lo sabían desde el principio.²⁰²

Los investigadores bombardearon a los médicos y al público con el falso mensaje de que los fármacos para la depresión permiten la recuperación del 70% de los pacientes. Los fármacos eran "mucho más eficaces" que el placebo, lo cual es una afirmación ridícula, ya que no había ningún grupo placebo en el estudio, y cualquiera que fuera la verdadera tasa de recuperación, se debía principalmente a la remisión espontánea.

Los numerosos artículos del estudio STAR*D, más de 100 en 2011, muestran una información muy selectiva de los resultados, numerosas afirmaciones falsas, declaraciones contradictorias e incluso pura ficción. Además, 11 resultados preespecificados aún no se habían comunicado.²⁰³ El resumen de un artículo afirmaba que la ideación suicida sólo se observó en el 0,7% de los pacientes, lo que llevó a los autores a desestimar las preocupaciones sobre la suicidalidad causada por los fármacos. Sin embargo, algunos de los mismos autores declararon una tasa de suicidio diez veces mayor en otros artículos. La psiquiatría está llena de sorpresas...

Ed Pigott afirma que todos los errores que identificó durante sus más de cinco años de investigación tuvieron el efecto de hacer que la eficacia de los medicamentos pareciera mejor de lo que era.²⁰⁴

El estudio STAR*D es tan fraudulento que todas las publicaciones deberían retractarse.²⁰⁵ Pero cuando Bob Whitaker escribió a Ned Kalin, editor del *American Journal of Psychiatry*, notificándole una petición firmada por más de 1.800 personas pidiendo la retractación del primer artículo fraudulento,²⁰⁶ Kalin ni siquiera respondió.²⁰⁷ En su lugar, algunos de los investigadores del estudio STAR*D redoblaron el fraude en la revista, sin mencionar la petición. Fueron tan arrogantes que mintieron, acusando a los análisis de Pigott de ser defectuosos y basarse en criterios post-hoc, aunque Pigott utilizó su propio protocolo.

Así que la respuesta de la revista fue publicar aún más mentiras. El propietario, la Asociación Americana de Psiquiatría, tampoco hizo nada. Como explica Bob, esto demuestra que el fraude deliberativo en la investigación en este campo de la medicina es una práctica aceptable, que en este caso ha causado un daño extraordinario.²⁰⁸ El estudio STAR*D sigue siendo muy citado en los libros de texto de psiquiatría y en otros lugares,²⁰⁹ y sus resultados fraudulentos no son cuestionados.

Los principales medios de comunicación han incumplido sus obligaciones periodísticas. Los periódicos estadounidenses han permanecido mudos, a pesar de que Pigott y sus colegas se han puesto en contacto con reporteros de *The New York Times* y otros periódicos importantes, instándoles a aclarar las cosas.²¹⁰ Se ha instado repetidamente al Times a que escriba sobre este escándalo, pero el periódico no sólo se ha negado, sino que incluso ha vuelto a publicar la falsa afirmación del efecto del 70% en un artículo de 2024 que elogiaba los fármacos.²¹¹

Pigott *et al.* demostraron que si los investigadores del STAR*D se hubieran ceñido a su protocolo, habrían informado de una tasa de remisión de sólo la mitad, es decir, el 35%.

¿Por qué el *Times* repitió el fraude y alabó fármacos que no funcionan y causan suicidio?
¿Se hundió el Times "hasta un nuevo mínimo en su cobertura de los psicofármacos" porque está desesperado por no perder ingresos publicitarios?²¹²

La revisión Cochrane de los fármacos para la depresión en niños: basura peligrosa

Una revisión Cochrane de 2021 sobre los fármacos para la depresión en niños²¹³ demuestra el dicho "si entra basura, sale basura".²¹⁴

El propio título demuestra que Cochrane está demasiado en deuda con la industria: *Antidepresivos de nueva generación para la depresión en niños y adolescentes: un metanálisis en red*. Los fármacos de nueva generación (o de segunda o tercera generación) son términos de marketing cuyo objetivo es dar a los lectores la impresión de que estos fármacos son mejores que los antiguos. Los términos no tienen relevancia ni significado. La primera autora es Sarah Hetrick, editora del grupo Cochrane de Trastornos Mentales que publicó la revisión; debería haberlo sabido.

El resumen está lleno de tonterías. Dice que "Existe una asociación entre el trastorno depresivo mayor y la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio. La medicación antidepresiva se utiliza en la depresión moderada a grave". Esto da a los lectores la impresión de que las pastillas protegen contra el suicidio. El resumen debería haber advertido de que las pastillas pueden *provocar el* suicidio.

Se nos dice que "la evidencia es muy incierta" para los resultados relacionados con el suicidio en el caso de seis fármacos mencionados. Esta información es engañosa y peligrosa. Sabemos desde hace 20 años que los fármacos para la depresión aumentan el riesgo de suicidio en niños y adolescentes (véase más abajo). Los autores de Cochrane se pierden el bosque al mirar los árboles, y la cosa empeora:

"Hay pruebas de baja certeza de que el escitalopram puede reducir "al menos ligeramente" la probabilidad de resultados relacionados con el suicidio en comparación con el placebo (OR 0,89; IC del 95%: 0,43; 1,84)". El intervalo de confianza va de 0,43 a 1,84. Esto no demuestra que el fármaco reduzca el riesgo de suicidio. El intervalo de confianza incluye la posibilidad de que el escitalopram duplique el riesgo de suicidio, que es exactamente lo que hace.

Del mismo modo, decir que cuatro medicamentos pueden aumentar "al menos ligeramente" las probabilidades de suicidio es una tontería peligrosa que resta importancia a este daño. Y "ligeramente" es un término subjetivo que no tiene cabida en un artículo científico. La gente no se pondrá de acuerdo sobre lo que significa "ligeramente", y ¿cuándo deja de ser ligeramente para convertirse en moderadamente o sustancialmente?

El sinsentido continúa en el resumen. "Hay pruebas de certeza moderada" (¿qué es eso?) de que la venlafaxina "probablemente" produzca un aumento "al menos leve" de la probabilidad de resultados relacionados con el suicidio en comparación con la desvenlafaxina. En este caso, la diferencia fue estadísticamente significativa, así que ¿por qué hablar de "probablemente" y "al menos ligeramente"? El principal problema es que la desvenlafaxina es el producto "me-too" de la molécula madre, la venlafaxina, la cual es un estereoisómero. ¿Cuál es la probabilidad de que un fármaco pueda ser mejor que sí mismo? Cochrane no se inmutó, sino que se comportó como el portavoz de Pfizer, el fabricante.

Los autores de Cochrane deberían haber tomado nota de las críticas demoledoras que se hicieron contra la revisión de Cipriani, pero no aprendieron nada.

Yo tuve acceso a los informes de los estudios clínicos de Eli Lilly y, por tanto, sabía que Graham Emslie había omitido dos intentos de suicidio entre 48 niños que tomaban fluoxetina en la publicación de su primer ensayo sobre la fluoxetina.²¹⁵ Intenté averiguar si Hetrick *et al.* habían incluido estos dos sucesos en su metanálisis, pero fue imposible. Parte del texto era un galimatías: "Se buscaron datos adicionales, que fueron proporcionados por los autores. Los datos del MA para las poblaciones de niños, adolescentes y población total se tomaron de la publicación en papel y estos datos adicionales Datos de niños y adolescentes del autor. MHRA # X065 MHRA contactada para datos adicionales algunos de los cuales fueron proporcionados".

Después de leer el resumen, me di cuenta de que sería una pérdida de tiempo leer las 225 páginas de la revisión, el cual podría haberse escrito en cinco páginas. Las pruebas demuestran claramente que estos fármacos no deben utilizarse en niños ni adolescentes. Sin embargo, las conclusiones de los autores eran absurdas:

"Nuestros hallazgos reflejan los efectos medios de los antidepresivos y, dado que la depresión es una enfermedad heterogénea, algunos individuos pueden experimentar una mayor respuesta. Por lo tanto, los responsables de la elaboración de directrices y otras personas que formulen recomendaciones podrían considerar si está justificado recomendar el uso de antidepresivos de nueva generación para algunos individuos en determinadas circunstancias."

Al parecer, los autores no saben lo que es la variación estadística. Utilizamos efectos medios para sacar conclusiones, pero los autores presentaron ilusiones y se comportaron como los idiotas útiles de la industria farmacéutica. Su argumento puede utilizarse con todos los tratamientos ineficaces, también con tratamientos falsos como la homeopatía. Algunos individuos pueden experimentar una respuesta mayor que otros, ¿verdad? Esta es la peor versión de Cochrane.

Conducir a los niños al suicidio con píldoras para la felicidad

Nada ilustra mejor el poder letal del marketing farmacéutico, la corrupción de los médicos y el fraude, que el hecho de que se haya conseguido convencer a los médicos para que receten medicamentos contra la depresión a los niños, a pesar de que no funcionan y duplican su riesgo de suicidio (véase más abajo).

El fraude de las compañías farmacéuticas es grave. Han ocultado suicidios e intentos de suicidio en sus ensayos o los han añadido al brazo placebo, aunque no pertenecieran a él.²¹⁶

La FDA es cómplice de este fraude. Cuando analizaron el riesgo de suicidio en 2006, para todas las edades,²¹⁷ pidieron a las compañías que les enviaran los acontecimientos adversos relacionados con el suicidio sabiendo perfectamente que no eran de fiar. Anteriormente, cuando los revisores de la FDA e investigadores independientes habían descubierto que las compañías farmacéuticas habían ocultado casos de pensamientos y actos suicidas etiquetándolos como "labilidad emocional", los jefes de la FDA suprimieron esta información.²¹⁸ Cuando el responsable de seguridad de la FDA, Andrew Mosholder, llegó a la conclusión de que los ISRS aumentan el riesgo de suicidio entre los adolescentes, la FDA le impidió presentar sus conclusiones en una reunión consultiva y suprimió su informe. Cuando se filtró el informe, la reacción de la FDA fue abrir una investigación penal sobre la filtración.²¹⁹

Como las compañías sabían que la FDA no revisaría su trabajo, les resultó fácil hacer trampas también en esta ocasión. He demostrado que, en los ensayos de algunos medicamentos hubo más suicidios que en todo el análisis de la FDA de todos los

medicamentos.²²⁰

Thomas Laughren fue el responsable del metanálisis de la FDA de 2006. Publicó un artículo cinco años antes con datos de la FDA, en el que informaba de 10 veces más suicidios por cada 10.000 pacientes aleatorizados a recibir fármacos para la depresión²²¹ que en su análisis de 2006. Es increíble que pueda ser tan subjetivo si alguien murió o no, pero recuerden: Esto es psiquiatría.

La FDA informó en 2006 de que los fármacos para la depresión duplican el riesgo de suicidio, intentos de suicidio o preparación para el suicidio en personas menores de 25 años.²²² La tasa de eventos suicidas era escandalosamente alta: 2 de cada 100 jóvenes lo experimentaron durante algunas semanas de tratamiento. Muchos niños que no sufrían ningún trastorno psiquiátrico se han suicidado por los daños insoportables de los fármacos, los cuales ellos no reconocían pues pensaban que se habían vuelto locos.²²³

Las empresas farmacéuticas sabían lo peligrosos que eran sus medicamentos antes de comercializarlos. Eli Lilly sabía que la fluoxetina podía provocar un estado mental extraño y agitado, con rabia insoportable, delirios y disociación, o un impulso irrefrenable de suicidarse o asesinar.²²⁴

El suicidio, la violencia y el homicidio con fármacos para la depresión y otros psicofármacos están muy asociados a la acatisia,²²⁵ que es un estado de extrema inquietud y agitación interior. Significa literalmente que no puedes quedarte quieto. Es posible que sientas el impulso de golpearte los dedos, moverte nerviosamente, sacudir las piernas o pasear sin parar arriba y abajo. La acatisia no tiene por qué ser visible, pero puede provocar un tormento interior con una ansiedad extrema.

Aunque la acatisia es uno de los síntomas más peligrosos que existen, los psiquiatras suelen pasarlo por alto o desestimarlos. Un libro de texto llamaba a los síntomas clave de la acatisia "depresión agitada".²²⁶

En 2011, el director de Lundbeck, Ulf Wiinberg, afirmó en un programa de radio danés que los medicamentos para la depresión reducen los suicidios en niños. Al mismo tiempo, Forest, socio estadounidense de Lundbeck, negociaba indemnizaciones con 54 familias cuyos hijos se habían suicidado o habían intentado hacerlo mientras tomaban fármacos para la depresión de Lundbeck.

El periodista y el experto invitado de la Agencia Danesa de Medicamentos se quedaron atónitos, y yo publiqué una carta abierta a Lundbeck en una web científica.²²⁷ El director de investigación de Lundbeck, el médico Anders Gersel Pedersen, respondió de forma muy condescendiente.²²⁸

"Hemos leído, con pesar, la carta abierta de Peter Gøtzsche, que desgraciadamente parece caracterizarse por una visión profesional limitada de la complicada y extremadamente importante cuestión del suicidio y el comportamiento suicida asociado a la depresión en niños y adolescentes, y un posible aumento del riesgo de suicidio en relación con el tratamiento de la depresión con antidepresivos [...] En nuestra opinión, cualquier diálogo sobre este importante tema debería basarse en pruebas y no limitarse a una polémica superficial sobre una base insuficiente."

El artículo de Pedersen nos dice mucho sobre cómo piensa la gente en las empresas farmacéuticas. Para los directores de investigación de las empresas farmacéuticas, la ciencia no es más que un escaparate. He explicado extensamente²²⁹ por qué sus siete referencias son engañosas.

Pedersen argumentó que no existe una relación clara entre el comportamiento suicida, los

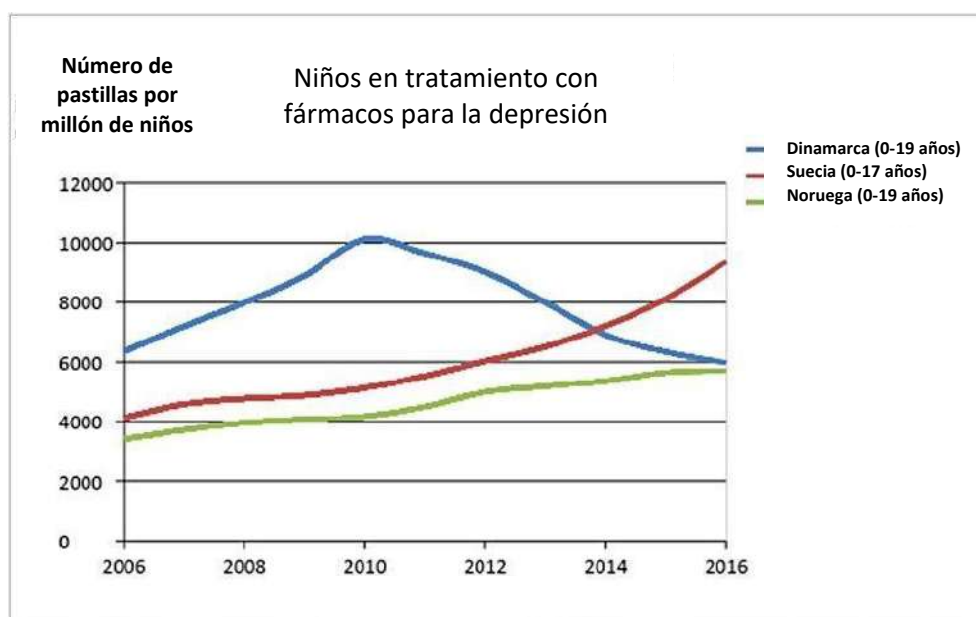
intentos de suicidio y el suicidio. Esto no es correcto. Las personas que muestran conductas suicidas corren un riesgo mucho mayor de suicidarse que las que no lo hacen.

Pedersen citó un estudio de suicidios en niños daneses²³⁰ realizado por Kessing, que trabajaba para Lundbeck. Los suicidios eran 19 veces más frecuentes cuando los niños habían sido tratados con un ISRS. El estudio fue financiado por la Fundación Lundbeck y el resultado no fue bueno para Lundbeck. Los autores presentaron otro análisis en el que lo habían ajustado en función del contacto con hospitales psiquiátricos. El riesgo seguía aumentando 4,5 veces, pero "ya no era tan significativo". Es un error ajustar por el contacto con hospitales psiquiátricos, el cual aumenta 44 veces el riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos.²³¹ Un ajuste por un factor en la cadena causal atenuará o eliminará espuriamente una relación verdadera.

Kessing descubrió que los ISRS aumentan drásticamente el riesgo de suicidio en niños, pero concluyó lo contrario: "No tratar a los niños y adolescentes gravemente deprimidos con ISRS puede ser inadecuado o incluso fatal".

Lo fatal es que tenemos profesores de psiquiatría como Kessing y Videbech que han citado este estudio acríticamente muchas veces como "prueba" de que los medicamentos para la depresión no causan suicidio, por ejemplo, en *Politiken* en 2020.²³² Para asegurarse de que nadie se despistara, Videbech utilizó un título declarativo, "No, Peter Gøtzsche: La medicación para la depresión no es una locura. En realidad, es extremadamente útil". Videbech afirmó que es "evidente que sin experiencia clínica es imposible interpretar con sentido los resultados de diversos estudios". Esto no tiene sentido. Yo diría que, sin un conocimiento rudimentario de la metodología de la investigación, es imposible interpretar con sentido los resultados de diversos estudios. Videbech se encuentra en esa situación.

La horrenda mentira de Lundbeck hizo que yo empezara a advertir seriamente sobre el riesgo de suicidio de los fármacos para la depresión en radio, televisión y en artículos, libros y conferencias. En 2011, el Consejo de Salud danés recordó a los médicos de familia que no debían recetar fármacos para la depresión a los niños, era tarea de los psiquiatras. Como ya lo habían hecho antes con escasos resultados, estoy convencido de que el enorme descenso del consumo que observamos se debió a mi tenacidad (véase la figura).²³³



Aunque los profesores de psiquiatría de los tres países siguieron propagando la mentira de que los fármacos para la depresión protegen a los niños contra el suicidio, el número de niños en tratamiento disminuyó un 41% en Dinamarca, mientras que aumentó un 40% en Noruega y un 82% en Suecia.

Considerando todas las edades, el consumo de fármacos para la depresión aumentó un 37% entre 2010 y 2020 en 24 países europeos.²³⁴ Dinamarca fue el único país donde el consumo disminuyó (un 4%).

En 2013, debatí con Kessing en televisión en el programa Evening Show sobre los suicidios causados por los fármacos para la depresión. He subido a internet el debate²³⁵ y fragmentos de él aparecen en la película *Diagnosticando Psiquiatría*.²³⁶ Kessing negó totalmente la ciencia y las advertencias de las agencias de medicamentos, diciendo que sabemos con gran certeza que los ISRS *protegen* contra el suicidio. Añadió que el riesgo de suicidio es grande cuando la gente deja de tomar ISRS, pero no mencionó que esto se debe a los efectos nocivos de la abstinencia de las pastillas cuando los pacientes las dejan de golpe.

Poco después, Kessing me acusó de ser poco profesional y de hacer campaña contra los antidepresivos, afirmando que no hay un solo estudio en el mundo que haya demostrado que aumentan el riesgo de "suicidio consumado".²³⁷ Le contesté que sus afirmaciones erróneas difícilmente aumentaban la confianza en los profesores de la especialidad y que otro profesor, Videbech, en un debate que mantuvimos en radio y televisión dos semanas antes, estuvo de acuerdo conmigo en que los ISRS pueden causar suicidio.²³⁸

Tres días después, participé en otro debate televisivo con Kessing, esta vez sobre cómo podríamos reducir el consumo de fármacos para la depresión. Kessing afirmaba que no son peligrosas. El director de investigación de Lundbeck, Anders Gersel Pedersen, dijo que lo más peligroso es *no* tratar a los pacientes y afirmó que no se vuelven adictos, sino que sufren una recaída cuando dejan de tomar las pastillas. Kessing afirmó que sólo el 10% de los que visitan a su médico de cabecera no reciben ayuda, ¡todo un comentario sobre medicamentos que no funcionan!

Cuando el entrevistador preguntó a Kessing cómo podía reducirse el consumo de pastillas, no respondió a la pregunta. Dijo que sabíamos con certeza que se había producido un aumento de la incidencia de la depresión moderada a grave en los últimos 50 años. Esto no es cierto.²³⁹ Expliqué que los criterios para diagnosticar la depresión se habían rebajado sustancialmente durante estos 50 años, y que la prevalencia de la depresión grave no ha aumentado. La mayoría de los pacientes a los que se diagnostica depresión llevan una vida deprimente. Por ejemplo, están casados con la persona equivocada, tienen un jefe acosador, un trabajo tedioso, no tienen trabajo o padecen una enfermedad crónica. No es tarea de los médicos intentar sacarles de este aprieto, y una pastilla no les ayudará. Un médico que vio a un deprimido desempleado y le sugirió medicación, obtuvo esta indignada respuesta: "No necesito medicación; necesito un trabajo".²⁴⁰ El desempleo, la pobreza, los traumas y otros factores psicosociales son importantes factores de riesgo de depresión.²⁴¹

He sido acosado continuamente por profesores de psiquiatría.²⁴² Kessing opinó en 2016 que nuestros metanálisis que documentaban el riesgo de suicidio eran inusualmente poco científicos y publicados en revistas de escaso prestigio científico. Ya veo. Usar los mejores métodos disponibles y publicar en revistas de gran reputación, como *el BMJ*, *el Journal of the Royal Society of Medicine* y *el Canadian Medical Association Journal*,²⁴³ equivale aparentemente a mala ciencia.

Los desvaríos de Raben Rosenberg sobre mí incluían "un tono chillón con interpretaciones

altamente subjetivas", "forma monomaniaca y sabelotodo que refleja un desprecio por la profesión psiquiátrica", "cruzada ideológica, éticamente muy problemática" y "campañas antipsiquiátricas, cuyo trasfondo es el principio de simplificación grosera".

Si no tienes argumentos, parece que levantas la voz, dices tonterías, o ambas cosas.

En Suecia, las cosas también fueron mal. En 2017, los responsables de la Junta de Salud y de la Agencia del Medicamento y cuatro "expertos" escribieron en el *Swedish Medical Journal* que la fluoxetina debería usarse a veces en jóvenes: "No hay pruebas de que el tratamiento con antidepresivos aumente el riesgo de suicidio. Más bien, las pruebas apuntan en la dirección contraria". ¿Puede ser peor que esto? Autoridades oficiales diciendo lo contrario de lo que es cierto. Respondí y expliqué por qué no se deben utilizar estos fármacos.²⁴⁴

En 2019, dos investigadores europeos pusieron punto y final, por fin, al cuento de hadas letal de los psiquiatras. Volvieron a analizar los datos de los ensayos de la FDA e incluyeron los sucesos ocurridos durante el seguimiento.²⁴⁵ Esto es lo correcto porque en la práctica clínica la gente también deja de tomar los fármacos en algún momento. Incluyeron todas las edades y encontraron el doble de suicidios en los grupos activos que en los grupos placebo.

En nuestra revisión sistemática de 2016 publicada en el *BMJ* con información de los informes de estudios clínicos, descubrimos que los fármacos para la depresión duplican la suicidalidad en niños y adolescentes y aumentan la agresividad entre 2 y 3 veces.²⁴⁶ Tuvimos acceso a listados individuales de pacientes en apéndices para 32 de nuestros 70 ensayos y fueron reveladores. Considerando todas las edades, cuatro muertes se notificaron erróneamente favoreciendo al fármaco activo; 27 de 62 intentos de suicidio se codificaron como labilidad emocional o empeoramiento de la depresión; y los relatos de los pacientes enumeraban amenaza homicida, ideación homicida, agresión, acoso sexual, amenaza de llevar un arma al colegio, daños a la propiedad, puñetazos a objetos domésticos, asalto agresivo, amenazas verbalmente abusivas y agresivas, y beligerancia.

Aunque a veces la acatisia se codificó erróneamente como hipercinesia, o no se codificó en absoluto, descubrimos que se producía con el doble de frecuencia con las pastillas que con el placebo.

Nuestros hallazgos son importantes, teniendo en cuenta los numerosos tiroteos en escuelas y otros asesinatos en masa en los que los asesinos consumían este tipo de medicamentos.²⁴⁷ Las autoridades lo ocultan sistemáticamente para no suscitar preocupación por las pastillas, pero sabemos que el piloto de Germanwings que se suicidó en los Alpes con un avión lleno de pasajeros, y el conductor de autobús belga que mató a muchos niños estrellando su autobús contra el muro de una montaña, tomaban una pastilla para la depresión.

La estupidez profesional es escandalosa. Cuando se descubrió que uno de los tiradores adolescentes de la masacre del instituto de Columbine había tomado una pastilla para la depresión, la Asociación Americana de Psiquiatría denunció la idea de que pudiera haber una relación causal y añadió que las enfermedades mentales no diagnosticadas ni tratadas se cobran un alto precio entre quienes las padecen.²⁴⁸ Se trata de un lenguaje de marketing repugnante, copiado del libro de tácticas de la industria. El otro asesino también había tomado fármacos para la depresión.

Cuando publicamos nuestra revisión en el *BMJ*, la psiquiatra de adolescentes Bernadka Dubicka nos acusó de perjudicar a los jóvenes porque señalábamos que los fármacos para la depresión aumentaban su riesgo de suicidio. Opinó que la depresión en los jóvenes estaba infratratada, que nuestro artículo tenía defectos fundamentales de presentación y lógica, que

los resultados habían sido malinterpretados por *el BMJ* en su comunicado de prensa y muchas otras cosas, las cuales también eran tonterías peligrosas.²⁴⁹ Marc Stone, de la FDA, nos acusó de haber tergiversado un estudio de la FDA, cosa que no habíamos hecho e, irónicamente, tergiversó gravemente no solo su propio trabajo, sino también un artículo de uno de sus colegas de la FDA.²⁵⁰ Respondimos a estos ataques infundados.²⁵¹

El profesor de psiquiatría Lars Mehlum, de Oslo, dijo que era un problema que hubiéramos definido la suicidalidad de forma muy amplia y que no había un aumento significativo de la incidencia de suicidios o intentos de suicidio.²⁵² Afirmó que nos equivocamos al concluir que los fármacos aumentan el riesgo de suicidio en niños y jóvenes.

Otros críticos fueron igualmente poco razonables.²⁵³ El médico de familia Sheraz Yasin consideró insignificante que hubiéramos demostrado que los antidepresivos duplican la tasa de activación u otros acontecimientos precursores de la agresividad y el suicidio cuando se administran a voluntarios humanos adultos en comparación con placebo.²⁵⁴ Y muchos psiquiatras siguieron pensando que podían utilizar los fármacos de forma segura en niños y adolescentes. Por ejemplo, Detlev Degner mencionó los tratamientos individualizados o el análisis equilibrado de riesgos y beneficios en su segunda respuesta rápida en el *BMJ*. Calificó de "ideología unidimensional y peligrosa" que sugiriéramos prohibir el uso de fármacos para la depresión en niños y jóvenes. No es ideología, sino medicina basada en la evidencia, pedir que se prohíba el uso de fármacos que no funcionan y causan graves daños, incluido el suicidio. Como es imposible predecir qué niños se verán abocados al suicidio por los efectos adversos de los fármacos, no se pueden practicar tratamientos individualizados con seguridad, y es peligroso sugerir esta falsa solución.

Los psiquiatras suelen negar que los fármacos que perturban la función cerebral pueden causar violencia y homicidios. Sin embargo, un análisis de 1.937 casos de violencia presentados a la FDA, 387 de los cuales eran homicidios, mostró que la violencia se notificaba con especial frecuencia en el caso de los fármacos para la depresión, sedantes/hipnóticos, fármacos para el TDAH y un medicamento para dejar de fumar que también afecta a la función cerebral.²⁵⁵

En 2018 describí un trágico suicidio por fármacos para la depresión en un periódico, *el Jyllands-Posten*.²⁵⁶ Los padres de Rasmus Burchardt se pusieron en contacto conmigo después de que su hijo de 19 años se ahorcara en su cuarto de baño 18 días después de que el médico de familia le recetara mirtazapina por problemas de sueño y fatiga escolar. Ni ellos ni Rasmus habían sido advertidos de que los fármacos para la depresión pueden conducir al suicidio y querían que escribiera sobre ello para advertir a otros. Les resultaba incomprensible cómo había podido ocurrir, porque Rasmus nunca había tenido pensamientos suicidas ni había sufrido depresión.

La novia de Rasmus estaba preocupada por un mensaje que había enviado ese mismo día: "Estas putas pastillas hacen que los pensamientos sean imposibles de parar, y ahora mismo quiero que todo pare". Fue a la casa con una amiga y lo encontró muerto.

Explicué que la historia de Rasmus era típica de los suicidios causados por fármacos para la depresión. Suelen producirse sin previo aviso y el método suele ser violento, por ejemplo, ahorcarse, dispararse o saltar delante de un tren, lo que prácticamente garantiza que el intento de suicidio tendrá éxito. Lo más habitual es tomar una sobredosis de pastillas, lo que suele ser un grito de auxilio.

Mi artículo suscitó un gran debate. Dos destacados profesores de psiquiatría, Poul Videbech y Per Hove Thomsen, y el psiquiatra Poul Erik Buchholtz, afirmaron que las pastillas *protegen* contra el suicidio.²⁵⁷ Buchholtz también afirmó que la psicoterapia no era una opción, a pesar de que mi hija mayor Pernille y yo habíamos demostrado que la psicoterapia para

pacientes que han intentado suicidarse reduce a la mitad el riesgo de otro intento de suicidio.²⁵⁸

El presidente de la Sociedad Danesa de Medicina General, Anders Beich, opina que el largo tiempo de espera para ser visto por un psiquiatra puede ser desastroso, ya que es peligroso padecer una depresión que puede conducir al suicidio.²⁵⁹ Sin embargo, solo puede ser una ventaja tener largas listas de espera en el caso de psiquiatras que recetan pastillas que duplican las tasas de suicidio.

En 2018-19, informé a las Juntas de Salud de los países nórdicos, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda de que la consecuencia de la negación colectiva y profesional era que niños y adultos seguían suicidándose por culpa de unas pastillas que pensaban que evitarían el suicidio.²⁶⁰ Insté a las Juntas a actuar y les dije que mis advertencias habían hecho que el uso de fármacos para la depresión en niños se redujera casi a la mitad en Dinamarca, mientras que había aumentado en los demás países nórdicos.

Me topé con la indiferencia. No recibí respuestas o las recibí tarde, absurdas o negando rotundamente la evidencia.²⁶¹ El Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad finlandés tardó cinco meses en admitir que "el aumento de los pensamientos suicidas se ha relacionado con los ISRS en algunos estudios". Si se tienen en cuenta *todos los* estudios, está claro que los fármacos para la depresión no sólo aumentan los pensamientos suicidas, sino también el comportamiento suicida, los intentos de suicidio y los suicidios, incluso en adultos.

La Agencia Sueca de Medicamentos respondió tras un retraso de seis meses. Se trataba de procesos y recomendaciones de tratamiento que la agencia había emitido en 2016, y que yo consulté.²⁶² En el apartado de efectos secundarios, no se mencionaba en absoluto la suicidalidad. Más abajo, el documento señalaba que las pastillas aumentan ligeramente el riesgo de suicidalidad, pero "no aumentan el riesgo de suicidio, y hay algunas pruebas de que el riesgo disminuye."

Esto es mentira. El prospecto sueco de la fluoxetina, que la agencia ha aprobado, menciona que el comportamiento relacionado con el suicidio (pensamientos suicidas e intentos de suicidio), la hostilidad y la manía son efectos secundarios comunes en los niños. Algunos de los expertos a los que recurrió la agencia, por ejemplo, Håkan Jarbin, tenían vínculos financieros con los fabricantes de fármacos para la depresión. No obstante, nada de esto se declaró en el informe de la agencia del medicamento.

En 2020, volví a escribir a las Juntas, esta vez adjuntando mi documento sobre su inacción.²⁶³ La Dirección de Salud de Islandia respondió que habían pedido a los psiquiatras encargados de la psiquiatría infantil y adolescente que dieran su opinión nueve meses antes, con un recordatorio, pero que no habían tenido tiempo de responder. Les contesté: "Deberían avergonzarse de sí mismos. Los niños se suicidan por culpa de las pastillas y ellos no tienen tiempo para preocuparse por esto. ¿Qué clase de personas son? ¿Por qué se hicieron psiquiatras? ¡Qué tragedia para los niños a los que se supone que deben ayudar!".

Informé de ello a Bob Whitaker, y me respondió que la inacción de la profesión médica respecto a la prescripción de psicofármacos a niños y adolescentes es una forma de abuso y negligencia infantil, y una traición institucional.

No recibí ninguna respuesta del Reino Unido ni de Australia. Una carta sin fecha del Ministerio de Sanidad de Nueva Zelanda decía que el organismo regulador de medicamentos no había aprobado el uso de fluoxetina para menores de 18 años. Sin embargo, esto no es impedimento para el uso, que aumentó un 78% para los medicamentos contra la depresión entre 2008 y 2016,²⁶⁴ y un informe de UNICEF de 2017 reveló que Nueva Zelanda tenía la tasa

de suicidio más alta del mundo entre los adolescentes.²⁶⁵

Lundbeck ha tenido mucho éxito en llevar a los niños al suicidio. En 2023, la FDA rebajó de 12 a 7 años la edad a la que se puede utilizar el escitalopram (Lexapro), basándose en un ensayo sobre el trastorno de ansiedad generalizada.²⁶⁶ Como es habitual en Lundbeck, se trataba de marketing disfrazado de ciencia.²⁶⁷ Diez de los 11 autores tenían conflicto de intereses financiero y el manuscrito fue elaborado por un escritor fantasma ("ghostwriter"). El documento concluía que el fármaco funcionaba y era bien tolerado, y ambas cosas eran erróneas. Se produjeron acontecimientos adversos en 76 del total de 137 niños que tomaron el fármaco y en 51 de los 136 que tomaron placebo ($P = 0,004$, cálculo mío, no había valores P para daños en el artículo), y más niños tuvieron ideación suicida con el escitalopram (13 frente a 2, $P = 0,006$), "con la ideación más común en la categoría menos grave ("Deseo estar muerto"; 9 frente a 1, $P = 0,02$)".

Los lectores podrían preguntarse cómo, según Lundbeck, "Deseo estar muerto" puede ser la categoría de ideación suicida menos grave.

Tras el periodo de prueba de 8 semanas, 43 niños que tomaban el fármaco pasaron al placebo de golpe. Esto no fue ético y violó las directrices internacionales. No es de extrañar que algunos niños experimentaran ideas o comportamientos suicidas o que desearan la muerte (según el material suplementario).

El efecto fue menor y estadísticamente significativo solo para una de las tres escalas de valoración de observadores utilizadas. No se preguntó a los niños cómo se sentían.

Probablemente habrían considerado el fármaco ineficaz, como ocurrió en los dos ensayos de fluoxetina en la depresión que revisamos.²⁶⁸

El prospecto de la FDA para Lexapro señala que "No se ha establecido la seguridad y eficacia de Lexapro en pacientes pediátricos menores de [...] 7 años de edad". Por supuesto, pero se ha establecido para niños mayores que Lexapro es peligroso. El prospecto menciona que, para todos los antidepresivos, en pacientes menores de 18 años, 14 pacientes adicionales por cada 1000 experimentarán pensamientos y comportamientos suicidas con el fármaco en comparación con el placebo. Se trata de un daño inaceptable para medicamentos que no funcionan en niños.

En *Incidencia de reacciones adversas* se enumeran algunos efectos adversos menores que son más frecuentes con Lexapro que con placebo. No hay datos sobre el aumento estadísticamente significativo del riesgo de suicidio en el ensayo del trastorno de ansiedad generalizada (véase más arriba), aunque el prospecto ofrece otros datos de este estudio, pero sólo para la eficacia y sólo para la escala en la que el resultado fue estadísticamente significativo.

He descrito detalladamente la corrupción de la FDA en dos de mis libros.²⁶⁹ El fracaso en la regulación de los medicamentos hace que algunos niños se suiciden, lo que convierte a la FDA en cómplice de este crimen contra la humanidad (véase más abajo). La única medida decente es prohibir el uso de medicamentos contra la depresión en los niños.

Los expertos en prevención del suicidio contribuyen al crimen contra la humanidad

Los llamados expertos en prevención del suicidio contribuyen al crimen contra la humanidad. Se inclinan por el consumo de drogas y seleccionan los estudios que citan incluso cuando llaman "sistemáticas" a sus revisiones.²⁷⁰ Las estrategias de prevención del suicidio parecen incorporar siempre pastillas contra la depresión, por ejemplo, en un programa para veteranos

de guerra estadounidenses.²⁷¹

En 2017, investigadores noruegos señalaron que es un mito que los trastornos mentales desempeñen un papel significativo en al menos el 90% de los suicidios.²⁷² En la mayoría de los casos, no existe un trastorno mental preexistente, sino que se asigna un diagnóstico de depresión a posteriori mediante una "autopsia psicológica". Es imposible diagnosticar depresión en un paciente fallecido, ya que muchas de las preguntas de diagnóstico se refieren a cómo siente y piensa el paciente, lo que implica hablar con los familiares, que pueden no estar dispuestos a revelar problemas que les culpen a ellos mismos.

El artículo de los noruegos es convincente, pero fue difícil de publicar. Recibieron críticas positivas y el editor invitó a volver a presentarlo, pero un nuevo editor lo rechazó, señalando que los hallazgos "no avanzan lo suficiente en relación a los conocimientos actuales y no son suficientemente persuasivos como para respaldar sus importantes afirmaciones".

Esto es lo que el filósofo Harry Franklin llama "bullshit", que considera poco menos que mentira.²⁷³ El nuevo editor tenía un conflicto de intereses y había afirmado en sus propias publicaciones que los trastornos mentales desempeñan un papel importante en el 95% de los suicidios.

Los investigadores emprendieron una odisea con muchos envíos, rechazos y discusiones con los editores, y surgió un patrón interesante. Los revisores que coincidían con su mensaje o acogían con agrado los artículos que cuestionaban las verdades establecidas hacían reseñas breves. Otros no debatían la ciencia, sino que utilizaban la deplorable táctica descrita en *El arte de tener siempre razón*, del filósofo Arthur Schopenhauer, de intimidar a tu oponente eligiendo metáforas favorables a tu posición.²⁷⁴ A los investigadores noruegos se les acusó de adoptar una postura extrema, de no ser neutrales, de no estar formados como psiquiatras, de polemizar, de limitarse a expresar opiniones o de ser como los negacionistas del cambio climático.

Cuando finalmente se publicó el artículo y el editor invitó a hacer comentarios críticos, no recibió ninguno. Esto también es típico. Si no puedes ganar, es mejor callar.

En 2017, 29 expertos en prevención del suicidio de 17 países publicaron un informe con el respetable título, *Grupo de trabajo nacional de prevención del suicidio basado en la evidencia en Europa: Un documento de posición consensuado*,²⁷⁵ en el que se citaba una "revisión sistemática" realizada por 18 expertos. Sin embargo, la revisión no era sistemática. No incluía los numerosos estudios o revisiones que iban en contra de la peligrosa recomendación de los autores sobre usar farmacoterapia como prevención del suicidio.

A los investigadores noruegos les resultó extremadamente difícil publicar una crítica del informe.²⁷⁶ Su artículo fue rechazado por seis revistas por motivos políticos.

En 2020, publicaron un artículo en línea con entrevistas a profesionales sobre sus experiencias de trabajo con la aplicación de los planes de acción y guías clínicas noruegas para la prevención del suicidio.²⁷⁷ Los profesionales se mostraron muy críticos con la monopolización de "la verdad" dentro de la comunidad de prevención del suicidio. Un mes después de la publicación del artículo, los investigadores recibieron una carta de los editores en la que se les comunicaba que habían recibido una queja por contenido difamatorio. Querían volver a publicar el artículo, pero antes darían a los investigadores la oportunidad de retirarlo.

Esto era una trampa, a la que yo también he estado expuesto. NUNCA se debe aceptar una "oferta" de este tipo de un editor que, sin duda, aprovechará la oportunidad para rechazar su artículo tras una revisión adicional por pares.

Era fácil adivinar que la denuncia procedía del Centro Nacional de Investigación y Prevención del Suicidio. Los autores se negaron a retirar el artículo, lo que dio lugar a una

batalla de cinco meses en la que necesitaron asistencia jurídica de su universidad y de Alemania, donde se encontraba el editor. El abogado alemán concluyó que no había nada difamatorio en el contenido. De hecho, el contenido estaba protegido por la legislación sobre libertad de expresión.

Pero el teatro del absurdo continuó. Los editores querían ahora investigar si había alguna base en los datos para lo que llamaron "fuertes acusaciones" y exigieron que se les entregaran las transcripciones de las entrevistas. Esto habría supuesto una grave violación de la confidencialidad, y los investigadores se negaron a acceder. En su lugar, enviaron a la redacción material que demostraba que el centro nacional de suicidios había confirmado públicamente sus conclusiones en varias revistas profesionales.

A continuación, los editores pidieron a la universidad que investigara a los autores por falta de rigor científico. La universidad cedió a esta petición injustificada y su investigación respaldó plenamente a los investigadores. Sólo entonces los editores aceptaron que el artículo permaneciera en la revista.

Mantuve correspondencia con la autora principal, la profesora Heidi Hjelmeland, sobre esta saga, lo que me llevó a buscar en Internet qué opinan hoy los "expertos" sobre el uso de fármacos para la prevención del suicidio. Una revisión sistemática de 2021 publicada en la revista insignia de los psiquiatras, *American Journal of Psychiatry*, titulada *Improving suicide prevention through evidence-based strategies (Mejora de la prevención del suicidio mediante estrategias basadas en pruebas)* resultaba chocante.²⁷⁸ El resumen afirmaba que "Los meta-análisis encuentran que los antidepresivos previenen los intentos de suicidio". Los psiquiatras incluso tuvieron la osadía de llamar a sus letales consejos "estrategias basadas en la evidencia".

Como ya se ha señalado, en los ensayos aleatorios, los fármacos para la depresión no sólo duplican el *riesgo* de suicidio, sino que también duplican los suicidios, sin límite de edad.²⁷⁹

Las personas que se consideran expertas en suicidio suelen ser todo lo contrario. Una "revisión del estado del arte" de 2015 de Bolton et al. en el *BMJ*²⁸⁰ sobre evaluación e intervención en el riesgo de suicidio es una revisión narrativa con una curiosa mezcla de ensayos aleatorios, estudios observacionales, estudios transversales, análisis retrospectivos y conclusiones basadas en datos erróneos.²⁸¹ Afirman que algunos fármacos pueden disminuir el riesgo de suicidio, pero sus referencias no lo corroboran.

Su primera referencia es una revisión narrativa y no sistemática de Griffiths et al. donde, para los antidepresivos, un ensayo decía esto y otro ensayo decía aquello, y había un análisis *post hoc* y jerga vacía como "hay algunas pruebas". Griffiths et al. dicen que la clozapina es el único fármaco aprobado por la FDA para reducir el riesgo de comportamiento suicida.

Pero la FDA nos engañó una vez más. No existen ensayos controlados con placebo que documenten que la clozapina reduzca el riesgo de suicidio. Curiosamente, esta afirmación proviene de un enorme ensayo con olanzapina, otro neuroléptico, como comparador.²⁸² Se aleatorizaron 980 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con alto riesgo de suicidio. Las diferencias apenas fueron estadísticamente significativas, $P = 0,03$, tanto para el comportamiento suicida como para el intento de suicidio. Obviamente, no podemos excluir la posibilidad de que ambos fármacos aumenten los suicidios, haciéndolo la clozapina en un grado ligeramente menor que la olanzapina. A la FDA no le importó. Además, $P = 0,03$ podría ser un hallazgo casual o el resultado de torturar tus datos hasta que confiesen.²⁸³ En realidad, el ensayo descubrió que había *más* suicidios con clozapina que con olanzapina (cinco frente a tres). Novartis, el fabricante de clozapina, estaba detrás del ensayo y 6 de los 13 autores presentaban conflicto de intereses.

Bolton et al. afirman que el litio reduce los suicidios, refiriéndose a una revisión narrativa que en su resumen habla de "estudios clínicos naturalistas a gran escala, retrospectivos y prospectivos a largo plazo". Una revisión sistemática en *BMJ* de ensayos aleatorizados sobre el litio es mucho más cautelosa,²⁸⁴ y el grupo placebo podría tener un riesgo de suicidio artificialmente mayor debido a los síntomas de abstinencia, ya que los pacientes ya tomaban litio antes de ser aleatorizados.

En 2017, unos expertos en suicidios escribieron en el *Swedish Medical Journal* que los antidepresivos, el litio y la clozapina previenen los suicidios. Sin embargo, varias de sus referencias eran manifiestamente engañosas y señalé que no hay pruebas fiables de que ningún fármaco prevenga el suicidio.²⁸⁵

En mi libro sobre el crimen organizado en la industria farmacéutica, uno de los capítulos se titula "*Empujar a los niños al suicidio con píldoras de la felicidad*".²⁸⁶ ¿Puede haber algo peor que esto en la sanidad? ¿Decir a los niños y a sus padres que las pastillas son útiles cuando no funcionan y conducen a algunos niños al suicidio? ¿No es esto un crimen contra la humanidad?

El NIMH tiene una página web sobre la prevención del suicidio que menciona nueve factores de riesgo.²⁸⁷ Los fármacos para la depresión no figuran entre ellos, y la información es muy engañosa en otros aspectos. Dice que "algunas personas con riesgo de suicidio podrían beneficiarse de la medicación" y que la clozapina, un neuroléptico especialmente peligroso, está aprobada por la FDA "para reducir el riesgo de conductas suicidas recurrentes en pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos".

Un seminario de *Lancet* de 2022 resultó ser una prueba más de que la psiquiatría ha degenerado hasta un punto sin retorno. El seminario, *Suicide and self-harm*,²⁸⁸ tenía 14 páginas. *Lancet* se considera una revista prestigiosa, lo que no es. Una revista que no acepta cartas para su publicación si tienen más de 250 palabras y si no llegan en las dos semanas siguientes al artículo original, no invita a la crítica ni al debate científico. Muchas personas no sabrán que se ha publicado un artículo antes de que sea demasiado tarde para criticarlo.

El seminario es uno de los peores artículos sobre el suicidio que he visto y lo expliqué en el sitio web Mad in America.²⁸⁹ Los autores escribieron que existen "asociaciones entre el comportamiento suicida y la desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y la transmisión neuronal serotoninérgica". Intentaron resucitar el mito de que un desequilibrio químico en el cerebro es la causa de los trastornos psiquiátricos,²⁹⁰ pero las dos referencias que citaban eran un galimatías, aludiendo a la modificación epigenética de los genes, alteraciones en los sistemas neurotransmisores clave, cambios inflamatorios, disfunción glial, disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y predisposición genética.

Entre los factores de riesgo de suicidio mencionaron el consumo de sustancias, pero no los fármacos para la depresión, los antiepilépticos (que duplican el riesgo de suicidio²⁹¹), o la propia profesión psiquiátrica.²⁹² Estos son tabúes para los investigadores del suicidio. También fue deshonesto afirmar que "El uso de la medicación para prevenir el suicidio es controvertida" y que existe la "posibilidad de exacerbar los pensamientos suicidas, sobre todo en los jóvenes". *Sabemos* que los fármacos para la depresión duplican las tasas de suicidio.

Había 142 referencias, pero ni una sola a ninguno de los muchos metanálisis de ensayos controlados con placebo que demuestran que los fármacos para la depresión aumentan el riesgo de suicidio. En su lugar, citaron un libro escrito por el último autor del seminario y por Robert D Goldney, el cual ha publicado una revisión que es un ejemplo clásico de cómo no se debe hacer una revisión.²⁹³ Escogió estudios observacionales que apoyaban su idea de que los fármacos para la depresión protegen contra el suicidio, por ejemplo, estudios realizados en los

países nórdicos que son científicamente deshonestos.²⁹⁴ Otros investigadores nórdicos han demostrado que no existe ninguna relación entre el aumento de las ventas de ISRS y el descenso de las tasas de suicidio, que en Dinamarca y Suecia precedieron a la introducción de los ISRS en diez años o más.²⁹⁵ Goldney había "recibido honorarios y becas de investigación de varias empresas farmacéuticas". No es ninguna sorpresa.

Los autores del seminario afirmaron, sin referencias, que el tratamiento farmacológico podía reducir el riesgo de suicidio. ¿Cuáles son los milagrosos medicamentos que pueden hacer esto? Parece que sólo existen en el delirante mundo de los psiquiatras.

Un poco más tarde los autores hablaron de estudios observacionales sugiriendo que los antidepresivos podrían reducir el riesgo de suicidio. Este es el truco de los ovnis: si se utiliza una foto borrosa para "demostrar" que has visto un ovni, cuando una foto tomada con un objetivo potente, ha demostrado claramente que el objeto es un avión, eres un tramposo. Afirmaron que los ensayos aleatorios tenían poca potencia, lo que no es cierto si los combinamos en metanálisis.

Dichos autores escribieron que *algunas* investigaciones habían encontrado una *asociación* con un mayor riesgo de resultados relacionados con el suicidio en los jóvenes. Esto también es deshonesto. Cuando la FDA examinó *todos los* ensayos aleatorios, encontró una relación causal y no sólo una "asociación".

Afirmaron que la base de pruebas era incompleta, ya que muchos ensayos excluyeron a personas con alto riesgo de suicidio. Esto no tiene sentido. Tenemos todos los datos necesarios para concluir que los fármacos para la depresión duplican las tasas de suicidio.

Sobre la última moda en psiquiatría, las drogas alucinógenas, escribieron que "la ketamina se ha mostrado prometedora". No es así (véase la página 24).

The Lancet es el brazo ampliado de marketing de la industria farmacéutica,²⁹⁶ al igual que el *New England Journal of Medicine*, que también ha publicado artículos negando que los fármacos para la depresión causen suicidio.²⁹⁷

En 2023, los "expertos" volvieron a fallarnos gravemente. En un largo artículo (6.425 palabras) en *BMJ*, *Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention*, Hughes et al. mencionan algunos factores de riesgo, por ejemplo, vivir en un hogar con armas de fuego.²⁹⁸ No mencionan el tratamiento con fármacos para la depresión. Más adelante, dicen que los fármacos podrían aumentar la ideación y el comportamiento suicidas, pero aun así los recomiendan para los jóvenes, con "una mayor supervisión por parte del médico que los prescribe". Sabemos que esto es una falsa solución, ya que la gente puede suicidarse de forma repentina e inesperada, al igual que no funciona advertir contra las armas de fuego en los hogares.²⁹⁹

Hughes et al. creen que una diferencia de riesgo del 0,7% de ideación suicida o intento de suicidio entre el fármaco y el placebo es pequeña, e inmediatamente la descartan diciendo que "los datos más recientes de ensayos pediátricos de antidepresivos no han mostrado diferencias entre el fármaco y el placebo". La revisión que citan no puede utilizarse para tal efecto. Y cuando se estudian eventos raros, es inaceptable perder poder estadístico incluyendo solo ensayos "recientes". Además, la revisión sólo incluyó informes de ensayos publicados, que han omitido muchos intentos de suicidio y suicidios consumados.

Es una irresponsabilidad por parte del *BMJ* publicar semejante disparate peligroso.

En septiembre de 2023 volví a investigar el tema del suicidio.³⁰⁰ Hice una búsqueda en Google en danés sobre "suicidio y antidepresivos", que confirmó que el público está siendo masiva y

sistemáticamente mal informado. Aquí están las 10 primeras entradas:

1) El primero fue un informe del Centro Danés para la Investigación del Suicidio, mostrando que los antidepresivos aumentan en un 50% el riesgo de intentos repetidos de suicidio.³⁰¹ Sin embargo, después de que los investigadores ajustaran sus análisis en función de muchos factores, como el contacto psiquiátrico y el consumo de diversos psicofármacos, llegaron a la conclusión de que las pastillas no aumentan el riesgo de volver a realizar otro intento de suicidio. La investigación contó con el apoyo de Lundbeck. Sin sorpresas.

Como ya se ha señalado, es erróneo ajustar por algo que forma parte de la cadena causal, lo que puede eliminar cualquier relación verdadera. Las enfermedades mentales graves pueden provocar contactos psiquiátricos, uso de psicofármacos e intentos de suicidio.

2) El número dos era un mensaje dirigido a los ciudadanos daneses procedente de Psiquiatría de la Región Capital: *El riesgo de suicidio y violencia no se ve afectado por la terapia antidepresiva.*³⁰² Se referían a un estudio de registro danés, pero tales estudios están sesgados de numerosas maneras y no pueden invalidar los resultados obtenidos en ensayos controlados con placebo.

3) El número tres era de la misma institución: *Los antidepresivos no aumentan el riesgo de suicidio. La fluoxetina y la venlafaxina no aumentan el riesgo de suicidio entre los jóvenes. En adultos y ancianos, los fármacos protegen contra el suicidio.*³⁰³ Hicieron referencia a un metanálisis de Gibbons de 2012. Gibbons utiliza modelos estadísticos y sus estudios son tan deshonestos que no se trata de errores, sino de engaño deliberado.³⁰⁴

4) El número cuatro era un artículo³⁰⁵ de una revista financiada por la industria sobre nuestro estudio que descubrió que, en voluntarios adultos sanos, los fármacos para la depresión duplican el riesgo de suicidio y violencia en comparación con el placebo.³⁰⁶ Esto se indicaba en el artículo como un riesgo del 15,2% frente al 10,3% (un riesgo relativo de sólo 1,5). Estas cifras no aparecen en nuestro artículo y no pueden deducirse de él.

5) El número cinco era una redacción acordada por la Agencia Danesa del Medicamento para el texto de los prospectos de los antidepresivos:³⁰⁷ "Dado que la mejoría de la depresión puede no observarse hasta pasadas varias semanas de tratamiento, el paciente debe ser objeto de un estrecho seguimiento hasta que se observe una mejoría. La experiencia clínica general muestra que el riesgo de suicidio puede aumentar en las primeras fases de la recuperación."

Es profundamente irresponsable dar a la gente la impresión de que los antidepresivos reducen el riesgo de suicidio. Además, la "experiencia clínica general" no es fiable. La agencia debería haber dicho que los ensayos controlados con placebo demuestran que el riesgo de suicidio aumenta, no solo al inicio del tratamiento sino en cualquier momento, y especialmente tras los cambios de dosis.

6) El número seis era un artículo publicado en la *Revista de la Asociación Médica Danesa* por la psiquiatra Marianne Breds Geoffroy:³⁰⁸ *Suicidio juvenil y antidepresivos: Peter Gøtzsche afirma que los antidepresivos han llevado a los jóvenes al suicidio. ¿Pero cómo puede saberlo? Pues muy fácil. Cuando un fármaco aumenta el riesgo de suicidio, algunos lo consumen.*

Geoffroy comienza su artículo de esta manera: "Peter Gøtzsche escribe que son los antidepresivos los que han 'llevado a los jóvenes al suicidio'. Si eso es cierto, ¿por qué no se suicidan todos los niños y jóvenes que sufren depresión y reciben antidepresivos?". Bueno, algunas personas mueren en accidentes de tráfico, pero no todos morimos. Geoffroy había recibido honorarios de Lundbeck, Eli Lilly y Novartis.

Cuando salió mi primer libro de psiquiatría, Geoffroy escribió en una revista apoyada por la industria que yo utilizaba fondos públicos (lo que no era cierto) para publicar libros privados, no científicos, que ella comparaba con los libros de la Cienciología.³⁰⁹ Se dirigió a la Ministra

de Sanidad y le preguntó en el titular: *¿Qué oficina detiene a los profesores descarriados?* alegando que yo asustaba a los pacientes para que no recibieran el tratamiento pertinente. Obviamente, intentó que me despidieran.³¹⁰ Me quejé de su desinformación difamatoria. Un tribunal concluyó que ella había infringido las directrices éticas y las directrices colegiales de la Asociación Médica Danesa y que había utilizado un lenguaje que rebasaba totalmente los límites de un debate decente sobre cuestiones sanitarias.³¹¹

Un mes más tarde, en el artículo *"Nadie por encima de Gøtzsche"*, volvió a cuestionar mi financiación gubernamental.³¹² Calificó de extraño hacer lo que yo hacía, "extrapolar de los pocos casos desafortunados a los muchos [...] Así de mal pueden ir las cosas cuando un estadístico abandona el escritorio y se adentra en la vida real". Lo extraño es que la mayoría de los pacientes están descontentos con la "ayuda" que reciben de la psiquiatría, pero ella afirma que son muy pocos. También llamó a mi libro sobre el crimen organizado en la industria del medicamento, "El primer libro oscuro".

Un año después, Geoffroy volvió a ponerse en pie de guerra.³¹³ Afirmaba que era una ideología y un conflicto de intereses que hubiéramos sugerido desmedicalizar a la población debido a que los psicofármacos eran la tercera causa de muerte.³¹⁴ Yo pensaba que todos los médicos estaban interesados en ayudar a sus pacientes a sobrevivir y escribí que, como no había sustancia en su crítica, aparentemente buscaba otra cosa por la que criticarme. Se quejó de mí a mi dirección, a mi jefe en la universidad, al Consejo de Salud, al Ministro y al comité de la universidad que se ocupa de los presuntos casos de mala conducta científica. He observado que cualquiera puede denunciar a su vecino a la policía, pero a veces el problema es el denunciante y no el denunciado.

7) El número siete fue una mención en *el Journal of the Danish Medical Association* de la tesis doctoral del psiquiatra Lars Søndergård.³¹⁵ Se basó en registros daneses y halló "un menor riesgo de suicidio asociado al tratamiento continuado para todos los grupos de antidepresivos", lo contrario de lo que han demostrado los ensayos aleatorizados.

8) El número ocho fue un comentario que hice en 2015 en el sitio web del Consejo de Salud.³¹⁶ Poul Videbech había afirmado en la revista de la Junta, *Rational Pharmacotherapy*, que el infratratamiento de antidepresivos es peligroso debido al riesgo de suicidio. Yo señalé que esto no puede ser correcto porque los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio, y señalé otros errores en el artículo de Videbech.

9) El número nueve fue una mención en una web científica³¹⁷ del metanálisis de mi grupo de investigación, que demostró que la duloxetina aumenta 4-5 veces el riesgo de suicidio y violencia en mujeres de mediana edad con incontinencia urinaria, según los eventos precursores definidos por la FDA.³¹⁸ Además, el doble de mujeres experimentó un acontecimiento psicótico esencial o potencial. Los psiquiatras han criticado nuestro uso de eventos precursores para el suicidio y la violencia, pero esto es similar al uso de factores pronósticos para las enfermedades cardíacas. Dado que el tabaquismo y la inactividad aumentan el riesgo de infarto, recomendamos dejar de fumar y empezar a hacer ejercicio.

10) El número diez fue mi artículo sobre el suicidio de Rasmus Burchardt, que he descrito anteriormente.³¹⁹

En las búsquedas de Google influyen las búsquedas anteriores del buscador, pero está claro que muchos psiquiatras destacados han faltado a su responsabilidad ante el público al afirmar que los fármacos para la depresión protegen contra el suicidio. No conozco ninguna otra especialidad médica cuyos profesionales mientan sistemáticamente al público en cuestiones de vida o muerte. Varios psiquiatras me han dicho que sus líderes sufren de disonancia cognitiva, ya que lo que ven y oyen no les influye.

En abril de 2024, Katinka Blackford Newman lanzó una petición a los *Samaritanos*, un servicio de prevención del suicidio: "Que los servicios de prevención del suicidio pregunten a quienes llaman si están tomando medicamentos que causan suicidio".³²⁰ Consiguió más de 25.000 firmas en sólo dos meses.³²¹ Lo hizo porque los expertos con los que había hablado habían sugerido que los profesionales médicos y el personal de las líneas de ayuda preguntaran a las personas con pensamientos suicidas: "¿Has tenido pensamientos suicidas desde que tomas, has cambiado de dosis o has dejado de tomar un fármaco que menciona los pensamientos suicidas como posible efecto secundario?".³²²

Cuando se puso en contacto con los *Samaritanos*, un portavoz le dijo: "Nuestros voluntarios no tienen formación médica y no aconsejan sobre la prescripción de medicamentos. Las opciones de tratamiento, incluidos los posibles efectos secundarios, deben consultarse con un médico de familia u otro profesional sanitario cualificado".

En opinión del profesor David Healy, aunque no se puede esperar que los servicios de prevención del suicidio ofrezcan asesoramiento médico, "podrían plantear a las personas que llaman la posibilidad de que sus problemas puedan estar causados por la medicación y que, si existe riesgo, deberían volver a su médico o buscar consejo médico".

Seguramente podrían, y deben hacerlo y abandonar el tabú de que el suicidio puede estar causado por los fármacos. Este tabú mata a la gente.

Los líderes de la psiquiatría han renunciado al pensamiento racional por los beneficios que les reporta apoyar un sistema enfermo. Un ejemplo de ello fue cuando se publicó en danés el aclamado libro de Bob Whitaker, *Anatomía de una epidemia*.³²³ Ganó el premio Investigative Reporters and Editors book award al mejor periodismo de investigación en 2010, pero Poul Videbech escribió sobre el libro que la tesis que Bob quiere demostrar es que los tratamientos psiquiátricos enferman a la gente, lo que hace de tal manera que todos los estudios que hablan a favor son referenciados y todos los que hablan en contra son sistemáticamente ignorados: "El autor, que es periodista, no puede por supuesto familiarizarse más de cerca con la literatura científica original".³²⁴ La arrogancia de Videbech se manifiesta incluso en el título: *El niño no tiene ropa*, parafraseando a *El traje nuevo del emperador*.

El enfoque de Bob era sistemático. Se propuso investigar lo que los psicofármacos hacen a las personas, no demostrar una tesis preconcebida, y tiene una magnífica capacidad para analizar la investigación y comprender si es fiable o no, en claro contraste con Videbech. Además, Bob ha buscado meticulosamente cualquier estudio que demostrara que los psicofármacos mejoran los resultados a largo plazo. No hay ninguno. Todos los estudios a largo plazo que existen hablan de graves daños causados por los fármacos (véanse las páginas 159-164).

Bajo el título *Es el emperador el que está desnudo*, el médico generalista Herluf Dalhof hizo una crítica aplastante de la reseña despectiva de Videbech sobre el libro de Bob, que calificó de innovador.³²⁵ Videbech resta importancia al explosivo desarrollo del número de pacientes psiquiátricos que han quedado discapacitados por su tratamiento médico utilizando datos antiguos de 1955 a 1987. Afirma que "no hay muchas referencias a estudios científicos", pero hay 320 referencias a artículos de revistas científicas, así como numerosas referencias a revisiones del NIMH y otras instituciones oficiales. Videbech también afirma que "las notas son de los años 60-80 con algunas más recientes, lo que también falta a la verdad, ya que Bob mantuvo el material actualizado hasta poco antes de la publicación del libro".

Dalhof señaló que es una espina clavada en la carne de Videbech que sea un periodista científico quien haya documentado el escándalo de que los psiquiatras hayan seguido tratando

—de forma descerebrada— a los enfermos mentales con sustancias químicas tóxicas, a pesar de que las pruebas de que estas sustancias químicas a largo plazo enferman más a los pacientes existen desde hace más de 30 años.

Se sorprendió de que Videbech no pueda ver lo evidente: Que el tratamiento de nuestros enfermos mentales se ha desviado tanto que hasta un periodista puede verlo. Termina diciendo que el libro de Bob debería dar lugar a un serio examen de conciencia entre los psiquiatras sobre su supuesto tratamiento de nuestros enfermos mentales.

Fraude en los dos ensayos pivotaes de fluoxetina en niños con depresión

Como la fluoxetina (Prozac) de Eli Lilly fue el primer ISRS aprobado para la depresión en niños y adolescentes, decidí analizar los dos ensayos controlados con placebo que condujeron a su aprobación. En este trabajo conté con la participación del psiquiatra David Healy, que evaluó los efectos adversos.

La fluoxetina se aprobó a pesar de que el revisor estadístico de la FDA señaló que no había un beneficio estadísticamente significativo del fármaco en el resultado primario en ninguno de los ensayos.³²⁶

Examiné las 3.557 páginas de informes de estudios clínicos que Eli Lilly había presentado a los organismos reguladores de medicamentos y llegamos a la conclusión de que la fluoxetina es insegura e ineficaz. Faltaba información esencial; había incoherencias numéricas inexplicables; nuevos resultados que no estaban preespecificadas en el protocolo del ensayo (la falacia del francotirador de Texas); se modificaron las escalas de valoración y los análisis; y se violaron los protocolos del ensayo de otras maneras.

Los resultados de eficacia estuvieron sesgados por los abandonos diferenciales y los datos perdidos pero, aun así, el efecto fue sólo del 4% de la puntuación inicial, lo que no es clínicamente relevante, y las valoraciones de los pacientes no consideraron que la fluoxetina fuera eficaz en absoluto.

Faltaban acontecimientos suicidas en los informes internos del estudio y se omitieron dos intentos de suicidio en la publicación de uno de los dos informes del ensayo. Los precursores de las tendencias suicidas o la violencia se produjeron con más frecuencia con fluoxetina que con placebo, y en el mayor de los ensayos, el número necesario para causar daño fue sólo de 6 para los acontecimientos del sistema nervioso (una categoría utilizada por Eli Lilly) y de 10 para los daños graves. Aunque los ensayos sólo duraron algunas semanas, la fluoxetina redujo la estatura y el peso en 1,0 cm y 1,1 kg, respectivamente, y prolongó el intervalo QT en el ECG (lo que aumenta el riesgo de muerte súbita). Muchos niños desarrollaron síntomas compatibles con acatisia.

Extrañamente, una publicación posterior del personal de Lilly presentaba otras cifras de acontecimientos suicidas que las de los informes de los estudios de Lilly,³²⁷ y un metaanálisis de Lilly de 2007 sobre sucesos violentos en sus ensayos informaba de que *menos* niños y adolescentes mostraban agresividad o sucesos relacionados con la hostilidad con fluoxetina (2,1%) que con placebo (3,1%),³²⁸ lo contrario de lo que es correcto.

Los halagüeños resultados de Lilly fueron contradichos por nuestros hallazgos y por la evaluación de la FDA de la solicitud de Lilly. La FDA incluyó un ensayo sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y halló 14 frente a 3 interrupciones ($P = 0,02$, cálculo propio) por motivos relacionados con el suicidio y la violencia, y 6 frente a cero niños desarrollaron manía o hipomanía ($P = 0,03$).³²⁹ Una revisión sistemática de todos los fármacos mostró que el 8% de los niños tratados con pastillas desarrollaron manía o hipomanía frente a sólo el 0,2% con

placebo.³³⁰ Una revisión sistemática que incluyó todas las edades también halló una tasa del 8%.³³¹

La fluoxetina es un medicamento horrible que nunca debería haberse aprobado. Pero Lilly tenía problemas financieros y convirtió su fármaco, que había querido archivar, en un éxito de ventas.

Los fraudes de Lilly no tienen parangón, pero otras empresas farmacéuticas también se entregaron al fraude y a la delincuencia organizada, y los reguladores farmacéuticos fueron cómplices de ello.³³²

David Healy esperaba una tormenta de críticas cuando publicamos nuestra reseña, pero el silencio fue total. La única persona que lo ha citado en una revista médica soy yo.³³³ Nadie se interesó por nuestras impactantes revelaciones, lo que demuestra lo corrupta que está la psiquiatría.

Las dos prestigiosas revistas que publicaron los dos ensayos con fluoxetina también son corruptas. En agosto de 2023, escribí a los editores y pedí la retractación de tres informes fraudulentos de ensayos controlados con placebo de fármacos para la depresión en niños y adolescentes, incluido un estudio sobre la paroxetina (conocido como estudio 329 de GSK).³³⁴ Fueron cofirmantes diez personas que perdieron a un hijo o cónyuge por suicidio como consecuencia de que se les recetara un fármaco para la depresión por una afección no psiquiátrica, problemas que todos podemos experimentar.

Los informes de los tres ensayos subestimaron gravemente el riesgo de suicidio y ofrecieron falsas afirmaciones sobre la eficacia de los fármacos.

Les dijimos a los editores de *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* y *JAMA Psychiatry* (anteriormente *Archives of General Psychiatry*) que, "Al retractarse de los informes de ensayos fraudulentos y explicar por qué en los editoriales adjuntos, prestarán un servicio muy necesario a la comunidad científica y a los ciudadanos del mundo, lo que reducirá el riesgo de nuevos suicidios sin sentido en niños y jóvenes. Si no actúan, no sólo mancillarán la reputación de sus revistas. También serán vistos como cómplices en futuros suicidios causados por antidepresivos como un daño directo de estos fármacos".

Anette Flanagin, Directora Ejecutiva, Vicepresidenta de Operaciones Editoriales, *JAMA* y *JAMA Network*, respondió que había compartido nuestra carta con el autor y que "él no identifica nuevas preocupaciones. Del mismo modo, no encontramos nuevas pruebas que apoyen su petición de retractar este artículo".³³⁵

Así pues, *JAMA* y Graham Emslie, que omitió mencionar dos intentos de suicidio con fluoxetina en el informe de su ensayo y que cometió otros numerosos errores, creen que no hay por qué preocuparse. Flanagin preguntó al responsable del fraude sobre sus opiniones y las aceptó. Me pregunto si recomendaría este método a la policía cuando investiga un asesinato. Basta con preguntar al sospechoso si lo hizo, creer lo que dice e ignorar toda prueba en contra.

Pedimos a Flanagin, en interés del público, que reconsiderara su decisión y, si seguía sin querer retractarse del artículo, que publicara una fe de erratas. También le pedimos que nos enviara la respuesta de Emslie y nos diera la oportunidad de publicar una relación de los numerosos errores de su artículo, pidiéndole que respondiera en el mismo número.

Flanagin no respondió. Y cuando me puse en contacto con Elsevier, el propietario de la revista, no hicieron más que me dirigirme de nuevo a la revista.

Douglas K. Novins, redactor jefe del *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, respondió: "Siguiendo las directrices desarrolladas por el Comité de Ética de

Publicaciones (COPE), grupos independientes formados por miembros del equipo editorial *de la JAACAP* han revisado a fondo su crítica, así como las respuestas proporcionadas por los autores de los artículos. Estamos convencidos de que las críticas a los artículos no merecen que se haga una retractación".

Envié a Novins un mensaje similar a mi llamamiento a Flanagin, pero no respondió. Es difícil creer que siguiera las directrices de la COPE, ya que los dos informes del ensayo, de Emslie y Martin Keller, son claramente fraudulentos.

Ha habido un ensayo aleatorizado independiente de fluoxetina en adolescentes, el Treatment of Adolescent Depression Study (TADS) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EE.UU., publicado en 2004.³³⁶ Este ensayo fue muy amplio e influyente.

Los autores del TADS afirmaron la eficacia y seguridad de la fluoxetina, el mantra habitual de los ensayos de la industria farmacéutica, pero ambas afirmaciones son erróneas. El efecto no fue clínicamente relevante, y hubo el doble de episodios suicidas con fluoxetina que con placebo.³³⁷

A pesar de las más de 30 publicaciones, los daños siguen sin notificarse. Dos investigadores obtuvieron acceso a los datos resumidos a través de los NIH, que mostraban 12 frente a 2 intentos de suicidio.³³⁸ Cuando intentaron acceder a los formularios de registro de casos y a las narrativas de acontecimientos adversos graves, la Universidad de Duke, donde se alojaban los datos del ensayo, se negó a entregarlos a pesar de haber firmado un acuerdo al respecto.

Los investigadores también intentaron obtener los datos que faltaban de Lilly, que proporcionó la fluoxetina para el ensayo y había recibido todos los informes de acontecimientos adversos graves de los investigadores, pero Lilly se negó a facilitar los datos o a que se publicara la correspondencia.

Cuando los investigadores intentaron obtener los datos de la FDA, les dijeron que tardarían al menos dos años en aparecer en la cola.

Un libro de texto de psiquiatría mencionaba un metaanálisis y afirmaba que la fluoxetina es el único fármaco con un efecto significativo en niños y adolescentes y también el mejor tolerado.³³⁹ Tales afirmaciones pertenecen al reino de la ciencia ficción. Es imposible –y nunca he visto un ejemplo de ello– que un fármaco pueda ser más eficaz y mejor tolerado que otros fármacos de la misma clase. No había ninguna referencia, pero la fuente solo puede ser el poco fiable metaanálisis en red de 2016 de Andrea Cipriani y sus colegas (véase la página 25).

Otro libro de texto reconocía que la fluoxetina aumenta el riesgo de suicidio en niños, ¡pero recomendaba aumentar la dosis en niños con tendencias suicidas! Esto es como decir que, si conducir a 100 km por hora aumenta el riesgo de morir, será más seguro conducir a 200 km por hora. No es de extrañar que los psiquiatras críticos lo pasen mal en este sistema demencial.

Más fraude y desinformación que conducen a los niños al suicidio

Un caso judicial reveló que, tras autorizar la fluoxetina para niños, la FDA emitió una carta de aprobación en 2002 para la paroxetina de GlaxoSmithKline:³⁴⁰ "Estamos de acuerdo [con GSK] en que... los resultados de los estudios 329, 377 y 701 no lograron demostrar la eficacia de Paxil en pacientes pediátricos [...] Dado el hecho de que los ensayos negativos se observan con frecuencia, incluso para los fármacos antidepresivos que sabemos que son eficaces, estamos de acuerdo en que no sería útil describir estos ensayos negativos en el etiquetado".

Esta es una de las declaraciones más horribles que he visto hacer a un regulador de medicamentos. El medicamento no funcionó, pero sabemos que funciona, así que lo aprobaremos. Así es como argumentan los practicantes de la homeopatía o la medicina china

y otros charlatanes.

En la publicación del estudio 329, GSK afirmó que la paroxetina era segura y eficaz.³⁴¹ Pero sabían que ambas afirmaciones eran erróneas. El estudio fue negativo para los ocho resultados especificados en el protocolo y positivo para el daño, pero GSK torturó los datos hasta que confesaron,³⁴² y el documento no dejó ningún rastro de la tortura.

Afirmaba falsamente que los nuevos resultados se habían declarado *a priori*: la falacia del francotirador de Texas (véase la página 29).

El Fiscal General del Estado de Nueva York interpuso una demanda por fraude contra GSK en 2004, lo que permitió acceder a los datos reales. Siete niños que tomaron paroxetina frente a uno que tomó placebo mostraron conductas suicidas o autolesivas.³⁴³ Pero en el documento publicado, cinco casos de tendencias suicidas se denominaron "labilidad emocional" y otros tres, "hospitalizaciones".³⁴⁴ Cuando la FDA exigió a la empresa que revisara de nuevo los datos, había cuatro casos más de autolesiones intencionadas, ideación suicida o intentos de suicidio, todos ellos con paroxetina.

El primer autor del fraude, Martin Keller, facturó dos veces sus gastos de viaje; le ofrecieron 25.000 dólares por cada adolescente vulnerable; recibió cientos de miles de dólares para financiar investigaciones que no se estaban llevando a cabo y cantidades similares de las compañías farmacéuticas cada año, que no reveló; dio conferencias para pacientes y sus familiares con dinero de las compañías farmacéuticas, que no reveló; y sus honorarios fueron encubiertos.

Las numerosas fechorías de Keller no perjudicaron su carrera, probablemente porque su departamento había recibido 50 millones de dólares en fondos de investigación. Un portavoz de la Facultad de Medicina de la Universidad de Brown dijo que "la investigación del Dr. Keller sobre el Paxil cumplía con los estándares de investigación de Brown."

El *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, que publicó el artículo de Keller, fue cómplice del fraude. A los editores de la revista se les mostraron pruebas de que el artículo tergiversaba la ciencia, pero se negaron a transmitir esta información a la comunidad médica o a retractarse del artículo.³⁴⁵ La explicación de esta mala conducta editorial probablemente se encuentre siguiendo el rastro del dinero que va a parar al propietario de la revista.

Como descubrimos con la fluoxetina, la paroxetina parecía atrofiar el crecimiento, y la FDA pidió a GSK que realizara estudios en animales para evaluarlo, cosa que GSK ignoró, y la FDA no insistió en ello.

En 2004, la FDA emitió una advertencia (Black Box warning) sobre las pastillas para la depresión porque duplican el riesgo de suicidio en los jóvenes. Sin embargo, cuando la FDA publicó esto en una revista médica, lo llamaron un "riesgo modestamente aumentado".³⁴⁶ Uno de cada 50 niños que se suicidan con las pastillas no es un modesto aumento del riesgo. Es una catástrofe. En 2009, dos de mis colegas, Leemon McHenry y Jon Jureidini, escribieron al entonces editor de *JAACAP*, el Dr. Andrés Martín, y le pidieron que se retractara del estudio 329, ya que violaba las propias normas de la revista sobre mala conducta científica en múltiples aspectos, que incluían la fabricación y falsificación de datos.

En 2011, Leemon y Jon informaron del fraude a los 22 autores del estudio y les pidieron que escribieran a *JAACAP* para que retiraran su artículo o, al menos, sus nombres. Con muchos cofirmantes, también escribieron a la presidenta Ruth J. Simmons de la Universidad de Brown, donde trabajaba Keller, alertándola de la grave infracción de las propias normas de la universidad, y pidiéndole que escribiera a *JAACAP* en apoyo de su solicitud de retractación.

Tres años después, en 2012, Andrés Martín, escribió a Jon que el equipo editorial de la

revista había llevado a cabo una evaluación exhaustiva del artículo porque GSK se había declarado culpable de delitos relacionados con la paroxetina.³⁴⁷ Los editores habían revisado el acuerdo legal y los materiales relacionados y habían pedido a los autores del artículo que respondieran a las preguntas y preocupaciones planteadas por el acuerdo. No encontraron motivos para retractarse ni para tomar ninguna otra medida editorial, y se negaron a publicar una carta que Leemon y Jon habían enviado a la revista.

En 2013, el Comité Ejecutivo de la Organización Regional de Psiquiatría Infantil y del Adolescente del Norte de California escribió una carta al Comité de Ética de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, propietaria *del JAACAP*. Señalaron que la Revisión Clínica de la FDA del estudio 329 lo consideró un ensayo fallido, en el sentido de que ninguno de los grupos de tratamiento activo mostró superioridad sobre el placebo.

Pero públicamente, el estudio 329 fue calificado de "investigación puntera". GSK mintió a su equipo de ventas, diciéndoles que mostraba una "Eficacia y Seguridad REMARCABLES,"³⁴⁸ mientras que la compañía admitió en documentos internos que el estudio no mostraba que el fármaco fuera eficaz.

El Comité observó que era preocupante que la revista no se hubiera retractado del "artículo fraudulento" y que a tres de sus miembros se les hubiera comunicado que el Comité de Ética había recibido instrucciones de no investigar el artículo. Pidieron al Comité que llevara a cabo una investigación completa, de acuerdo con la misión de la Academia: "Promover el desarrollo saludable de niños, adolescentes y familias a través de la investigación, la formación, la defensa, la prevención, el diagnóstico integral y el tratamiento".

Su iniciativa no dio resultado. Se les dio la excusa de la independencia editorial y se les despidió con condescendencia: El director les aseguró que no había motivo de preocupación.

En 2004, Karen Wagner et al. publicaron un informe de ensayo fraudulento en *American Journal of Psychiatry* en el que afirmaban que el citalopram mejoraba significativamente los síntomas depresivos en comparación con el placebo en niños y adolescentes. Pero el fármaco no era mejor que el placebo. Las manipulaciones de los datos fueron reveladas en una demanda colectiva y publicadas por Jay Amsterdam, Jon y Leemon en 2016.³⁴⁹

El fraude fue mayúsculo y los documentos internos mostraron que el personal de la empresa era consciente de los problemas. En contra del protocolo del estudio, se incluyó en los análisis a niños que deberían haber sido excluidos para obtener significación estadística; se afirmó un tamaño del efecto inverosímilmente grande, que posteriormente se demostró erróneo; se introdujeron resultados *post hoc* positivos mientras que no se informó de los resultados primarios y secundarios negativos; y se ocultó una agitación sustancial en el grupo de citalopram, que podría ser acatisia.

El socio de Lundbeck, Forest, engañó intencionadamente a la FDA sobre las violaciones del protocolo del estudio que invalidaban la afirmación de que el estudio era positivo.

En 2016, Amsterdam, Jon y Leemon pidieron a Wagner que escribiera al editor y le solicitara que se retractara del artículo, o al menos que retirara su propio nombre del artículo. Ella no respondió.

También pidieron al editor actual, Robert Freedman, que se retractara del artículo.

Cuando se negó, pidieron a la editora que aceptó el trabajo, Nancy Andreasen, que apoyara la retractación del artículo, pero tampoco respondió.

Informaron a María A. Oquendo, Presidenta de la Asociación Americana de Psiquiatría, sobre la mala conducta científica en la revista de su asociación y le pidieron que tomara medidas. Ella no respondió y no se hizo nada. Ninguno de los muchos autores de los informes de los ensayos fraudulentos pidió que se retirara su nombre.

Es triste que prestigiosas revistas de psiquiatría, destacados psiquiatras, universidades, organizaciones profesionales y la FDA sean imprudentes. Aparentemente no les importa que sus actividades les hagan cómplices de suicidios entre los niños y de perjudicarles de muchas otras maneras.

Las revistas de psiquiatría constituyen lo que tres psiquiatras estadounidenses especializados en niños y adolescentes, horrorizados por la omnipresente corrupción, llamaron en un correo electrónico interno "El club de los mentirosos".

Sabemos con certeza que las pastillas para la depresión no funcionan para la depresión en los jóvenes.

Un metaanálisis de 2022 halló un tamaño del efecto de 0,12 utilizando la Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R),³⁵⁰ que es tan pequeño que no tiene relevancia clínica. Y si se pregunta a los niños lo que piensan, no hay ningún efecto en absoluto.³⁵¹

Es una amenaza para el gremio psiquiátrico que las pastillas para la depresión, los fármacos más utilizados en psiquiatría, aumenten los suicidios y la violencia, y que los libros de texto no fueran de fiar.³⁵²

Dos libros que hacían referencia al riesgo de suicidio en jóvenes no advertían de que cualquier cambio de dosis aumenta el riesgo de suicidio. Un libro señalaba que la acatisia *puede* provocar pensamientos o acciones suicidas (es un hecho, no una posibilidad), y otro que las pastillas *tienden a* aumentar el riesgo de suicidio en los jóvenes, en relación con el inicio del tratamiento (es un hecho que lo hacen, y no sólo al inicio del tratamiento).

En dos libros se afirma que la inhibición psicomotriz suele desaparecer antes de que aumente el estado de ánimo, lo que puede dar la energía necesaria para suicidarse. Nunca se ha documentado que las pastillas aumenten el riesgo de suicidio porque eliminan las inhibiciones. Este folclore psiquiátrico es una forma inteligente de convertir el daño de una droga en algo positivo: Es señal de que el fármaco funciona, dicen.

Otro libro mencionaba que la depresión no tratada puede ser perjudicial y causar suicidio, y recomendaba los ISRS. En un capítulo de 20 páginas sobre la prevención de suicidios, los autores afirmaban que los ISRS parecen reducir el alcance de los pensamientos suicidas. No proporcionaron ninguna referencia a esta afirmación descaradamente falsa. En este libro de texto, los "expertos en suicidios" afirmaron que no se ha demostrado ningún efecto de las pastillas para la depresión o los fármacos estabilizadores del estado de ánimo sobre la conducta suicida o el suicidio. Sí que se ha demostrado un efecto, aunque perjudicial, ya que tanto las pastillas para la depresión como los antiepilépticos³⁵³ duplican el riesgo de suicidio.

Dos libros afirmaban que el aumento del uso de pastillas para la depresión había *disminuido* los suicidios. Existe una gran cantidad de estudios engañosos de este tipo. Todos son poco fiables y de mala calidad, y algunos son fraudulentos, como he demostrado.³⁵⁴

Las páginas web también son engañosas. Demostramos que 25 de las 39 páginas web más populares de 10 países afirmaban que las pastillas para la depresión pueden causar ideas suicidas, pero 23 de ellas contenían información incorrecta y a veces peligrosa.³⁵⁵ Sólo dos sitios web señalaban que las pastillas aumentan el riesgo de suicidio en personas de todas las edades.

Más mentiras y negligencias médicas

El organismo regulador de medicamentos del Reino Unido describió las reacciones de abstinencia como poco frecuentes y leves, pero las calificó de moderadas en el 60% de los

casos y de graves en el 20%.³⁵⁶

En 2003, GlaxoSmithKline (GSK) revisó discretamente y en letra pequeña su estimación previa del riesgo de reacciones de abstinencia para la paroxetina (Seroxat o Paxil) en las instrucciones de prescripción del 0,2% al 25%,³⁵⁷ un aumento de 100 veces.

A partir de 2002, la *BBC* presentó cuatro excelentes documentales realizados por Shelley Joffe sobre los ISRS en su serie Panorama, el primero de ellos titulado *Secretos del Seroxat*. El portavoz de GSK, Alastair Benbow, mintió. Negó que la paroxetina pudiera causar suicidio o autolesiones, mientras que un mes después envió datos al organismo regulador de medicamentos que mostraban exactamente esto, lo que llevó a prohibir el uso del fármaco en niños. El organismo regulador de medicamentos del Reino Unido afirmó que esta información era completamente nueva para GSK, pero la empresa la conocía desde hacía diez años. El director de GSK también mintió, afirmando que era la enfermedad, y no el fármaco, lo que provocaba los episodios suicidas.

Las pastillas para la depresión pueden causar homicidios, y los principales desencadenantes son la acatisia, el embotamiento emocional y la psicosis. Muchas personas que han cometido homicidios mientras tomaban pastillas para la depresión eran normales antes de empezar a tomarlas, desarrollaron acatisia al tomarlas y volvieron a su personalidad normal cuando dejaron de tomar el fármaco causante.³⁵⁸

En muchos casos, los psiquiatras fueron culpables de negligencia médica y, por tanto, contribuyeron al homicidio.

Cuando fui perito en un caso de doble homicidio en Holanda en 2016,³⁵⁹ hice hincapié en que la negligencia profesional grave desempeñó un papel crucial. Aurélie Versluis había matado a sus dos hijos mientras presentaba síntomas indiscutibles de acatisia con paroxetina, pero sus peticiones de ayuda fueron ignoradas. Cuando empezó a tener tendencias suicidas, en lugar de retirarle el fármaco, su psiquiatra le aconsejó que siguiera tomándolo.

Versluis contó a dos personas pesadillas en las que degollaba a sus hijos (cosa que finalmente hizo, y también intentó suicidarse). Dos días antes de los homicidios, comunicó a su supervisor y a otras personas que estaba enferma y no se encontraba bien. Visitó a su médico de cabecera (que le había recetado paroxetina) y al médico de su empresa con sus quejas, ambos la desestimaron, y se puso en contacto con su psicólogo, que no tenía tiempo para ella.

Es una historia truculenta. No era ella misma, lo que confirmó un psiquiatra forense tres días después de los homicidios, pero sus médicos siguieron perjudicándola. Le suspendieron la paroxetina de golpe cuando estaba en el psiquiátrico penitenciario, causándole graves daños que persistieron durante cinco meses. Fue condenada a una larga pena de cárcel, pero en el Parlamento se planteó si el sistema judicial era demasiado duro. En efecto. Debería haber sido puesta en libertad por enajenación mental inducida por fármacos.

El perito de la acusación, Anton Loonen, no tenía argumentos contra mi testimonio, que incluía una crítica de su propio informe al tribunal. En medio del proceso, entregó de repente al tribunal un documento que había escrito en neerlandés. Sospechaba que yo sufría un trastorno mental que me desinhibía gravemente y aconsejaba que me examinara un médico para protegerme de mí mismo. Era la tercera vez que me "diagnosticaba" alguien con formación psiquiátrica que no me conocía y no me había examinado, sino que me guardaba algún rencor.

Más tarde me quejé de la conducta poco ética de Loonen a las instituciones en las que trabajaba y a la Asociación Médica Holandesa, que me rechazó con la excusa de que no era un médico holandés. En todos los casos me dijeron que no era asunto suyo o que me fuera a otro

sitio. La Universidad de Groningen me ignoró durante dos años. Tardaron seis correos electrónicos en reaccionar. Me informaron de que, durante una reunión que había organizado el decano, se le dijo a Loonen que su conducta era inapropiada y que debía evitar que la universidad sufriera posibles perjuicios por su comportamiento.

El fiscal pidió una pena de 14 años de cárcel para Versluis y una orden de ingreso hospitalario para tratamiento obligatorio. Respondí al abogado de Versluis que nada funcionaría en su caso salvo mantenerla alejada de los psicofármacos.

Loonen se dio cuenta de que estaba en apuros y me envió una curiosa carta un mes después del proceso. Escribió que Versluis había sido condenado a 9 años de cárcel seguidos de prisión preventiva. Mencionaba malentendidos en el tribunal y afirmaba que su nota difamatoria sobre mí –que había distribuido abiertamente en el tribunal– era confidencial. No estaba de acuerdo sobre la acatisia y se consideraba un experto en la materia. Terminó su carta diciendo que estaba ansioso por saber por qué yo llamaba pseudociencia a la psiquiatría y que le gustaría invitarme a cenar para discutir el trasfondo de mis "ideas y sentimientos". La carta empezaba con "Querido Peter" y terminaba con "saludos cordiales". El ambiente entre nosotros no era cálido; era frío como el hielo. Había prestado un apoyo injustificable a la acusación, lo que me parece imperdonable.

Cuatro meses después del proceso, fui a Holanda a dar una conferencia sobre psiquiatría en una reunión internacional en Leiden.³⁶⁰ Loonen intentó impedirme que hablara. Escribió al organizador refiriéndose al proceso judicial y alegó que yo, por motivos personales, había violado el requisito de confidencialidad como perito al hacer públicos sus informes al tribunal. Esto no era cierto. Había enseñado su nota difamatoria a un periodista, lo que tenía derecho a hacer porque no había nada confidencial en ella, y necesitaba que alguien me la tradujera durante una pausa en el proceso. Curiosamente para mí, otro orador, Allen Frances –considerado en su día como el psiquiatra más poderoso de Estados Unidos– dijo durante su charla en Leiden que yo había prestado un enorme servicio a la psiquiatría.

El caso fue recurrido ante el Tribunal Supremo holandés. El abogado de Versluis quería que yo participara, pero el tribunal lo rechazó argumentando que no podía aportar una investigación imparcial del caso porque ya había expuesto mis puntos de vista. ¿Qué lógica tiene esto? Aunque hagas todo lo posible por ser imparcial, ¡el mero hecho de participar te descalifica!

El caso de Versluis constituye un grave error judicial. Conseguí ponerme en contacto con ella en 2024. Ha salido de la cárcel, tiene trabajo y novio, y se desenvuelve bien. Debe de ser una persona muy fuerte.

Otro horrible caso de negligencia médica fue el de la galardonada documentalista británica Katinka Blackford Newman. Mientras se divorciaba en 2012, le recetaron escitalopram (Cipralex o Lexapro, de Lundbeck) a pesar de que no estaba deprimida, solo angustiada.

Katinka me invitó a la presentación de su libro, *La pastilla que roba vidas*,³⁶¹ en 2016. Dijo al público que tenía mucha suerte de estar viva y no cumpliendo cadena perpetua si hubiera matado a sus dos hijos después de que las pastillas la volvieran psicótica.³⁶² Ha hecho un video muy conmovedor de 8 minutos³⁶³ sobre su historia y tiene una página web³⁶⁴ con enlaces a documentales e historias de personas que se suicidaron, mataron a otras o sufrieron daños graves de otro tipo.

Katinka acabó en el hospital psiquiátrico privado Florence Nightingale, en el centro de Londres. Los psiquiatras no se dieron cuenta de que era la pastilla lo que la había puesto enferma. Le diagnosticaron depresión psicótica y la obligaron a quedarse y a tomar un peligroso cóctel de medicamentos. Pero Oscar, su hijo de 11 años, sabía que eran las pastillas.

Lo que la salvó fue que se le acabó el seguro privado.

Como introducción a su libro, escribió: "Este libro describe con vívido detalle cómo la gente corriente puede convertirse en asesina si toma fármacos antidepresivos y cómo la psiquiatría puede destruir a las personas. Es un atractivo testimonio personal sobre lo que está mal en la psiquiatría, su idilio con diagnósticos sin base científica y fármacos dañinos, y su ceguera ante el hecho de que lo que parecen enfermedades psiquiátricas son a menudo efectos secundarios de los psicofármacos."

Un tercer ejemplo de negligencia médica es el de una mujer de 26 años que intentó matar a sus dos hijos en dos ocasiones.³⁶⁵ Se le recetó paroxetina para el estrés, pero sufrió un episodio de ira, intentó suicidarse y dejó de tomar el fármaco. A pesar de ello, se le volvió a recetar paroxetina dos años después y se le tranquilizó sobre su seguridad. Esta vez desarrolló acatisia. Sufrió una sobredosis e ingresó en el hospital, donde le aumentaron la dosis de paroxetina. Cuando volvió a intentar suicidarse, le diagnosticaron "trastorno de adaptación". Le cambiaron a venlafaxina, volvió a desarrollar acatisia y volvió a intentar matar a sus hijos y suicidarse!

En 2001, un jurado declaró a una empresa farmacéutica responsable de las muertes causadas por una pastilla para la depresión.³⁶⁶ Donald Schell, de 60 años, llevaba sólo dos días tomando paroxetina cuando disparó y mató a su mujer, su hija, su nieta y se suicidó. Documentos confidenciales de la empresa mostraban que los voluntarios habían experimentado ansiedad, pesadillas, alucinaciones y otros daños a los dos días de tomar el fármaco, y hubo dos intentos de suicidio. Sin embargo, GSK, que adquirió SmithKline Beecham, mintió como de costumbre. Incluso diez años después del veredicto, GSK negó que la paroxetina pueda causar homicidio o suicidio, y que pueda haber problemas de abstinencia.³⁶⁷

Cómo perjudicar a las personas desde su nacimiento con una pastilla para la depresión

Las pastillas para la depresión deben evitarse durante el embarazo, ya que pueden provocar abortos, defectos congénitos y anomalías de comportamiento en el recién nacido,³⁶⁸ así como otros daños graves en la descendencia.³⁶⁹

Los libros de texto eran incoherentes, confusos y engañosos; tendían a culpar a la enfermedad, no a las pastillas.³⁷⁰ Dos libros advertían de que la depresión podía aumentar diversos problemas, como las malformaciones cardíacas y las complicaciones neonatales, pero lo que describían eran los efectos de los fármacos. Un libro señalaba que el Consejo de Salud recomendaba considerar siempre la psicoterapia para las mujeres embarazadas que estuvieran deprimidas, pero aconsejaba que las mujeres embarazadas que hubieran estado deprimidas anteriormente recibieran un tratamiento *profiláctico* con un fármaco para la depresión para reducir el riesgo de recaída de alrededor del 70% a alrededor del 25%. Es imposible justificar esta recomendación, y el efecto milagroso no existe.

El Consejo de Salud parecía haberse vuelto loco.³⁷¹ Recomendaron el cribado rutinario de la depresión en mujeres embarazadas y el posterior tratamiento con fármacos, a pesar de que las pruebas iban en contra. Reconocieron que los ISRS aumentan la incidencia de abortos espontáneos, reducen el peso al nacer, aumentan probablemente la incidencia de defectos congénitos, quintuplican el riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar (que es un daño letal que se estima que ocurre en 6-12 recién nacidos por cada 1.000) y aumentan las complicaciones neonatales como irritabilidad, temblores, hipertonía y dificultad para dormir o amamantar. Un artículo al respecto lo denominó apropiadamente síndrome de abstinencia neonatal.³⁷²

Un estudio de cohortes danés de medio millón de niños demostró que los ISRS duplican el riesgo de defecto del tabique cardíaco,³⁷³ lo que significa que el 1% de los fetos tratados tendrán un defecto del tabique. Los defectos cardíacos de nacimiento son lo que cabría esperar porque la serotonina desempeña un papel importante en el funcionamiento del corazón. Algunas personas que tomaron pastillas dietéticas que aumentan la serotonina, como hacen los ISRS, desarrollaron defectos valvulares mortales e hipertensión pulmonar, y estos fármacos han sido retirados del mercado.³⁷⁴

La recomendación del Consejo de examinar a las embarazadas y tratar a las que den positivo con una pastilla para la depresión es tan absurdamente dañina que escribí un pequeño sketch sobre ella.³⁷⁵ La psicóloga Olga Runciman y yo lo representamos espontáneamente como introducción a mi conferencia sobre psiquiatría en 2013 leyéndolo en voz alta desde mi ordenador. Puede verse en la web, con subtítulos en inglés.³⁷⁶

Un libro de texto afirmaba que los riesgos de depresión y trastornos de conducta aumentan en los hijos de 18 años de madres que no reciben tratamiento para la depresión durante el embarazo. Como esto no puede ser cierto para fármacos que no funcionan, busqué las pruebas citadas. Se trataba de una guía clínica para el uso de psicofármacos durante el embarazo elaborada por la Asociación Danesa de Psiquiatría, la Sociedad Danesa de Obstetricia y Ginecología, la Sociedad Danesa de Pediatría y la Sociedad Danesa de Farmacología Clínica.³⁷⁷ Con tantos expertos implicados, cabría esperar que la directriz fuera útil, pero era deshonestas.

La directriz citaba dos estudios. Uno mostraba que, si una mujer está deprimida, aumenta el riesgo de que su descendencia lo esté, pero sólo en el caso de las madres con bajo nivel educativo.³⁷⁸ Esto no tiene nada que ver con tratar o no la depresión. Con unas condiciones de vida deprimentes, las personas tienden a deprimirse, en este caso, tanto la madre como el hijo. Además, el artículo no dice nada sobre si las mujeres fueron tratadas o no.

El otro artículo no documentaba que la depresión no tratada en la madre aumentaba el riesgo de trastornos de conducta en el niño,³⁷⁹ pero a los autores del estudio no les gustó su resultado negativo y se pusieron a pescar en los datos hasta que encontraron una bota vieja que presentaron como si fuera un pez. Obviamente, esto no está permitido en investigación.

En Dinamarca, la información sobre medicamentos se facilitaba en un pequeño manual, publicado por la Asociación Médica Danesa, que todos los médicos llevaban consigo. Era de gran calidad y a menudo recomendaba medicamentos baratos que estaban fuera de patente. A todos nos encantaba "el pequeño verde", mientras que la industria farmacéutica lo odiaba. En 2003, la industria consiguió eliminarlo y, a partir de entonces, los zorros de la industria vigilaban el gallinero.

Se trataba de un problema enorme, que los medicamentos contra la depresión ponían de manifiesto.³⁸⁰ Varios casos de muertes infantiles y malformaciones congénitas podrían haberse evitado si el sitio web medicin.dk hubiera actualizado su texto sobre daños. A pesar de que varios resultados de investigaciones realizadas entre 2005 y 2010 mostraron que existe una asociación entre el uso de fármacos para la depresión y los defectos de nacimiento, los editores optaron hasta abril de 2011 por recomendar que los fármacos "pueden ser utilizados por mujeres embarazadas." En 2010 y 2011, la Agencia Danesa del Medicamento advirtió varias veces sobre el peligro de malformaciones, sin que medicin.dk cambiara el texto. Un periodista reveló que el editor, el médico Court Pedersen, tenía acciones en Lundbeck.

Negación y abuso de poder en Australia

En febrero de 2014, recibí un correo electrónico de Bill Thomson, un agricultor australiano

cuyo único hijo, James, se quitó la vida a los 19 años mientras tomaba venlafaxina. Quería informar a la gente sobre lo peligrosos que son los fármacos para la depresión y me preguntó si estaría dispuesto a participar en una gira de conferencias, que él se ofreció a organizar. Había leído más de 20 libros sobre la mala praxis de la Big Pharma y dijo que mi libro sobre el crimen organizado³⁸¹ "arrojaba la mayor luz sobre estos temas".

Bill deseaba tanto que fuera que me visitó en Dinamarca para asegurarse de que no me echaría atrás. Fue un magnífico organizador y dedicó todo un año a organizar la gira. En febrero de 2015, di 17 conferencias sobre diferentes temas en solo 11 días en lugares públicos, hospitales y universidades, y fui entrevistado por radio, televisión y periódicos en la que fue descrita por el Centro Cochrane de Australasia como una visita relámpago a Australia.³⁸² Bill me envió después una lista que mostraba que mi visita había sido cubierta por 85 medios de comunicación diferentes.

Poco antes de mi llegada, dos psiquiatras australianos especializados en niños y adolescentes, Jon Jureidini y Peter Parry, y yo publicamos el artículo *Sueños de una solución rápida que salieron mal*, sobre la gira en la que señalamos lo que iba mal en la psiquiatría, que estaba impulsada por la medicina basada en el marketing, no en la medicina basada en la evidencia.³⁸³

La estructura de poder de la psiquiatría australiana me pareció inquietante y escuché muchas historias sobre cómo los de arriba habían impedido un debate abierto sobre cuestiones de crucial importancia. Destacaron dos profesores de psiquiatría: Ian Hickie y Patrick McGorry. Este último fue en su día "Australiano del Año", y ambos tienen una enorme influencia en las políticas nacionales.

En 2011, la epidemióloga psiquiátrica Melissa Raven, Jon Jureidini, dos especialistas en ética y otras personas presentaron una queja a la Universidad de Sídney sobre un ensayo clínico dirigido por Hickie. Tenían serias dudas sobre la ética y la metodología del ensayo, que investigaba si la sertralina podía prevenir la depresión en personas mayores que no estaban deprimidas. La universidad recurrió a dos expertos y afirmó que había resuelto los problemas, pero se negó a compartir el informe de los revisores y otros documentos pertinentes, con la excusa poco convincente de que había un interés público superior que desaconsejaba su divulgación.

Raven recurrió a un organismo externo que no dio la razón a la universidad. Cuando la universidad siguió negándose a entregar los documentos, el asunto se trasladó al sistema judicial.

Hubo problemas importantes. Se suspendió bruscamente la sertralina, ¡y se justificó como práctica habitual!

McGorry encabezó ensayos igualmente absurdos sobre el uso de antipsicóticos para evitar que personas que nunca habían sido psicóticas desarrollaran psicosis, a pesar de que es bien sabido que estos fármacos pueden causar psicosis a largo plazo y cuando las personas intentan dejarlos.

McGorry publicó uno de esos ensayos,³⁸⁴ mientras que otro ensayo, de quetiapina en niños de tan solo 15 años "en riesgo" de psicosis, se detuvo tras las protestas internacionales.³⁸⁵

McGorry y Hickie tenían numerosos conflictos de intereses en relación con la industria farmacéutica, y en Australia no son bienvenidas opiniones distintas a las suyas.

En 2014, Maryanne Demasi, de la *Australian Broadcasting Corporation (ABC)*, trabajó en un documental sobre los antidepresivos y nos entrevistó a David Healy y a mí.

Empleamos mucho tiempo refutando los argumentos de Hickie y explicando a Maryanne por qué estaba equivocado.

Hickie se asoció con McGorry y su poder era tan grande que cuando se negaron a aparecer en cámara, la dirección de ABC canceló el documental. Esta no es una razón válida para abandonar un programa de gran relevancia. Los periodistas pueden limitarse a decir que rehúsan hacer comentarios.

Demasi había trabajado duro para que los hechos científicos fueran correctos, y vi muchos de los correos electrónicos de Hickie. Su negación de los hechos fue extraordinaria. Negó que los fármacos para la depresión aumentaran el riesgo de suicidio en los niños y recomendó a Demasi que leyera el trabajo de Gibbons (que, como ya se ha señalado, es científicamente deshonesto);³⁸⁶ afirmó que la advertencia de la FDA sobre el riesgo de suicidio no estaba justificada y podría haber causado daños; dijo que los pensamientos suicidas no son lo mismo que los suicidios consumados; afirmó que los antidepresivos no causan un desequilibrio químico; rechazó el hecho de que los médicos de cabecera no tengan tiempo para realizar historiales y seguimientos completos de salud mental (un estudio estadounidense demostró que más de la mitad de los médicos recetaron después de hablar de la depresión con los pacientes durante tres minutos o menos³⁸⁷); afirmó que existía una amplia bibliografía que demostraba que los fármacos pueden prevenir las recaídas; y opinó que la razón por la que no existía un amplio debate sobre psiquiatría era que las críticas procedían de grupos marginales.

Hickie mantiene a los australianos en la oscuridad, pero algunas de mis charlas fueron filmadas y están disponibles, p. ej. *Salud mental: sobrediagnosticada y sobremedicada*.³⁸⁸

Al negarse a aparecer en el programa de televisión, Hickie se libró de otro asunto. Sabía que Demasi le preguntaría por sus conflictos de intereses en relación con una revisión defectuosa que publicó en *The Lancet*.³⁸⁹ Se trataba de fármacos contra la depresión basados en la melatonina, pero "en particular, destacamos la agomelatina", que obtuvo cuatro páginas, mientras que otros cuatro fármacos sólo obtuvieron una página en total. Ambos autores tenían numerosos vínculos con Servier, que vende agomelatina. Afirmaban que con agomelatina recaían menos pacientes (24%) que con placebo (50%), pero una revisión sistemática realizada por otros psiquiatras no encontró ningún efecto sobre la prevención de recaídas, ningún efecto sobre los síntomas, y ninguno de los ensayos negativos había sido publicado.³⁹⁰ Tres páginas de cartas –lo cual es extraordinario– en *Lancet* señalaron los numerosos defectos de la revisión de Hickie.

Describí estas cuestiones en mi primer libro de psiquiatría, y también se mencionaron en el artículo, *Cochrane co-founder savages Aussie psychiatrists (El cofundador de Cochrane arremete contra los psiquiatras australianos)*.³⁹¹ Se pidió a Hickie y McGorry que hicieran comentarios, pero se negaron. Jane Roberts escribió en el sitio web que "todo el enfoque australiano de la 'enfermedad mental' se ha vuelto loco. Ahora es un motivo de orgullo estar en el cesto de 'tengo un problema de salud mental' –'no puedo trabajar', 'no soy responsable de mis actos'– 'por favor, denme una pensión de invalidez de por vida'. El dermatólogo Samuel Zagarella, que me había organizado una charla en Sidney para sus colegas, escribió que es imposible aprender los hechos asistiendo a conferencias dirigidas por psiquiatras conflictivos y compañías farmacéuticas y que todo estudiante de medicina y médico en ejercicio debería leer mis dos libros, *Medicamentos que matan y crimen organizado* y *Psiquiatría mortal y negación organizada*.

En 2024, Hickie dijo a ABC que cuando aumenta el uso de antidepresivos, disminuyen los suicidios y los intentos de suicidio en la población; que la depresión es una enfermedad biológica que conduce a problemas sociales, y no al revés; y que los fármacos para la depresión y la terapia electroconvulsiva son "tratamientos maravillosos".³⁹²

El psiquiatra australiano Niall McLaren me dijo que su especialidad tiene todos los rasgos

de una secta lucrativa basada en la ideología y no en la ciencia. Así es también como la gente describe la Cienciología. Para los medios de comunicación es tabú cuestionar las creencias de la secta. Una periodista que lo hizo dijo que no volvería a hacerlo y fue amenazada con el despido. ¿Por qué? Porque las compañías farmacéuticas y los lobbies médicos se ponen inmediatamente al teléfono del Ministro de Sanidad y se quejan a gritos diciendo que perjudicará a los pacientes sugerir que los medicamentos pueden perjudicarles. Esta es una de las muchas señales de que la psiquiatría es una secta.

Los australianos de a pie son más listos que Hickie. En una amplia encuesta, la gente pensaba que los antidepresivos, los antipsicóticos, los electroshocks y el ingreso en un centro psiquiátrico eran más a menudo perjudiciales que beneficiosos.³⁹³ Esto concuerda con la mejor evidencia que tenemos, pero los psiquiatras sociales que hicieron la encuesta no estaban satisfechos con las respuestas y argumentaron que la gente debería ser entrenada para llegar a la "opinión correcta". ¿Cómo? ¿Con más lavados de cerebro a cargo de psiquiatras como Hickie?

Cuando los "clientes" no están de acuerdo con los vendedores, los proveedores suelen apresurarse a cambiar sus productos o servicios. Esto no ocurre en la psiquiatría con su monopolio sobre tratar a pacientes con problemas de salud mental, o con médicos de familia, como el complaciente personal de ventas de primera línea que no hace preguntas incómodas sobre lo que está vendiendo.

3 Ansiedad

En mi primer libro de psiquiatría,³⁹⁴ describo ocho trágicos suicidios sobre los que los familiares querían que escribiera para advertir a otros de los peligros de los fármacos para la depresión. Ninguno de los pacientes estaba deprimido. Las pastillas se las recetaron por ansiedad relacionada con el trabajo o los estudios (3 personas), por una ruptura de pareja (2), por problemas para dormir (2) y por no sentirse bien psicológicamente (1). Por tanto, todos sufrían algún tipo de ansiedad. Desgraciadamente, las pastillas se han aprobado también para la ansiedad.

En uno de los casos, el médico de familia danés añadió información falsa a la historia clínica después de que el paciente se ahorcara mientras tomaba sertralina. He oído hablar mucho de este tipo de delitos –obstrucción a la justicia–, en los que los médicos cambian hechos que quedarían mal en un juicio.

Cuando presenté el libro en una reunión internacional en Copenhague en 2015, cinco de las ocho mujeres se enteraron de su existencia y vinieron por su cuenta a hablar de sus pérdidas. Hubo un silencio total mientras relataban sus estremecedoras historias, que he subido a la red.³⁹⁵

Aunque los libros de texto solían aconsejar psicoterapia para los trastornos de ansiedad, también recomendaban habitualmente fármacos para la depresión, sobre todo si el trastorno era grave, incluso para los niños. Este es el guion estándar de la psiquiatría. Los más afectados, ya sea por depresión, ansiedad o psicosis, reciben pastillas.

La timidez no debería tratarse con fármacos, pero cuando las compañías farmacéuticas la bautizaron como "trastorno de ansiedad social", que suena como una "enfermedad" real, el número de pacientes pasó del 2% al 13% –una de cada ocho personas–, muy bien ayudadas por los insensatos criterios diagnósticos que se ampliaron con el tiempo, y por empresas de relaciones públicas y psiquiatras y organizaciones de pacientes corruptos.³⁹⁶ Un libro señalaba que las benzodiacepinas no deberían utilizarse a largo plazo debido a la dependencia y porque los síntomas de abstinencia pueden ser difíciles de distinguir de los síntomas primarios de ansiedad. Desgraciadamente, ninguno de los libros de texto decía lo mismo sobre las pastillas para la depresión, a pesar de que causan los mismos problemas que las benzodiacepinas.

Otro libro señalaba que los ISRS y la terapia cognitivo-conductual debían combinarse para obtener los mejores resultados en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y que la mayoría de los estudios habían mostrado una remisión en el 60% de los pacientes, una afirmación sin sentido, ya que no se nos dice cuál fue el efecto en el grupo placebo. Un tercer libro lo contradecía, señalando que, según el Consejo de Salud,³⁹⁷ el efecto no aumenta añadiendo pastillas a la psicoterapia.

La ansiedad debe tratarse con psicoterapia. Un gran ensayo con pacientes con fobia social demostró que la exposición gradual a los síntomas temidos superó al grupo que recibió sertralina.³⁹⁸ Era de esperar. Las personas que toman fármacos no aprenden nada sobre cómo afrontar su ansiedad. Tomar un fármaco es como aliviar la tensión con alcohol. A diferencia de los fármacos, la psicoterapia tiene efectos duraderos sobre los trastornos psiquiátricos.³⁹⁹

Es probable que los resultados a corto plazo sean engañosos. La psicoterapia tarda tiempo en funcionar.

También hay que tener en cuenta que los ensayos no han sido efectivamente ciegos, ni para la psicoterapia ni para los fármacos. Es de esperar que la creencia predominante en el modelo biomédico de los trastornos mentales sesgue las evaluaciones de los resultados a favor de los fármacos, y en los grandes ensayos es probable que algunos psiquiatras no sepan cómo

proporcionar una psicoterapia óptima.

Una revisión Cochrane de ensayos en niños y adolescentes con ansiedad mostró grandes efectos para la terapia cognitivo-conductual.⁴⁰⁰ Los resultados se evaluaron a ciegas en 32 de los 41 ensayos. La odds ratio para la remisión, en comparación con los controles en lista de espera, fue de 8, y la reducción de los síntomas de ansiedad tuvo un tamaño del efecto de 0,98. Otras terapias psicológicas tuvieron una eficacia similar.

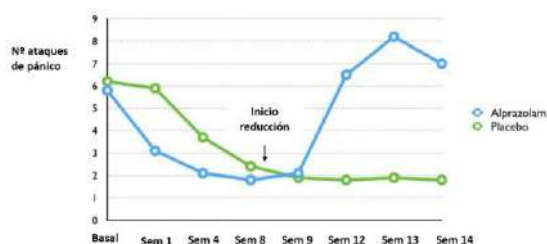
Una revisión Cochrane sobre cualquier tipo de tratamiento psicológico para la ansiedad y los trastornos depresivos informó de resultados similares para los paraprofesionales que para los profesionales (psiquiatras o psicoterapeutas).⁴⁰¹ Estos resultados coinciden con los de otros muchos estudios.⁴⁰² Los pacientes también pueden ayudarse a sí mismos. Una revisión Cochrane de autoayuda en la que se utilizaron materiales impresos, grabaciones de audio o vídeo, ordenadores o Internet para enseñar a pacientes adultos terapia conductual o cognitivo-conductual para la ansiedad, encontró un efecto considerable en comparación con ninguna intervención (tamaño del efecto 0,67).⁴⁰³

En el caso del TOC, las pruebas a favor de la psicoterapia también son sólidas. Una revisión Cochrane de ensayos en adultos descubrió que la psicoterapia producía muchos menos síntomas que si los pacientes hubieran recibido el tratamiento habitual (tamaño del efecto 1,24).⁴⁰⁴ El efecto de los ISRS en otra revisión Cochrane fue mucho menor (tamaño del efecto 0,46, según cálculos propios).⁴⁰⁵ Hubo pocas comparaciones directas, pero una revisión Cochrane halló que la psicoterapia era mejor que los fármacos para la depresión (tamaño del efecto 0,36, según cálculos propios).⁴⁰⁶

Tres libros de texto eran peligrosos para los pacientes. En uno,⁴⁰⁷ los autores afirmaban lo siguiente: aproximadamente la mitad de los pacientes con TOC conseguirán la remisión con fármacos para la depresión; existen numerosas pruebas del efecto de los ISRS; deberíamos probar con otro fármaco o aumentar la dosis más allá del máximo si el efecto es insuficiente; y también podríamos añadir una pequeña dosis de un fármaco para la psicosis, que se afirmaba que era eficaz "según la experiencia clínica". Curiosamente, los autores señalaron que el Consejo de Salud había declarado que no se había demostrado ningún efecto clínicamente relevante; que había riesgo de daños; y que, en algunos casos, los fármacos para la psicosis pueden causar o empeorar el TOC.⁴⁰⁸ Así pues, estos autores consideraron que la experiencia clínica es más importante que la recomendación del Consejo de Salud.

Otro libro recomendaba los ISRS en casos graves de TOC y afirmaba que también se podían utilizar fármacos para la psicosis.⁴⁰⁹ También ofrecía consejos horribles sobre las benzodiacepinas. Señalaba que un estudio había encontrado un efecto después de años de tratamiento, especialmente con alprazolam y clonazepam, pero que generalmente sólo se recomiendan unas pocas semanas de tratamiento cuando se inicia el tratamiento con un fármaco para la depresión.

El estudio de Xanax para el trastorno de pánico



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

(cortesía de Robert Whitaker)

El alprazolam es una benzodiacepina especialmente nociva. Al cabo de unas semanas, muchas personas se vuelven dependientes, y el efecto rebote cuando se deja de tomar es tan pronunciado que los pacientes acaban peor que cuando empezaron a tomar este fármaco (véase la figura).⁴¹⁰

El tercer libro también era engañoso.⁴¹¹ Los autores recomendaban el uso prolongado de benzodiacepinas para la ansiedad y los ataques de pánico cuando la terapia cognitivo-conductual o los fármacos para la depresión no surtían suficiente efecto.

El primer libro hacía las mismas recomendaciones y, al igual que el segundo, también recomendaba la pregabalina, argumentando que los efectos secundarios son relativamente leves.⁴¹² Es mala medicina utilizar antiepilépticos para la ansiedad. Según el prospecto de la pregabalina (Lyrica),⁴¹³ duplican el riesgo de suicidio y tienen muchos otros efectos nocivos graves, como inflamación de la garganta potencialmente mortal, reacciones de hipersensibilidad, aumento de peso, mareos, somnolencia, visión borrosa, pensamiento anormal (principalmente dificultades de atención y concentración) y convulsiones si se interrumpe el tratamiento rápidamente.

En 2014, la presidenta de la asociación danesa de TOC, Bettina Broni, argumentó que los pacientes debían tomar antidepresivos e ignorar las trágicas historias de personas que se habían suicidado tomando ISRS.⁴¹⁴ Afirmó que los fármacos protegen contra el suicidio, incluso en niños, y argumentó falsamente que pedir a un paciente con TOC que no tome un ISRS sería lo mismo que pedir a un paciente con diabetes que no tome insulina.

Su artículo parecía escrito por Lundbeck. Me permitieron comentar en su revista, y expliqué por qué los fármacos para la depresión deben evitarse en niños y jóvenes.⁴¹⁵

Mis comentarios indujeron a una antigua paciente a escribir su historia, que es típica.⁴¹⁶ A los 16 años, con un TOC grave, su psiquiatra le dio una pastilla diciendo que estabilizaría la serotonina en el cerebro. Seis meses después, tuvo pensamientos suicidas. Seis años después, seguía drogada, pero sus psiquiatras sólo estaban interesados en renovarles las recetas. Sin embargo, convenció a su cuarto psiquiatra para que le redujera la medicación y entonces, por primera vez en años, se dio cuenta de la belleza y la alegría del canto de los pájaros. La felicidad que sintió fue indescriptible. No había hecho ningún progreso hasta que dejó las pastillas y le declaró la guerra al TOC, ayudada por su psicólogo. Otro psicólogo me dijo que habían borrado su nombre de la lista de terapeutas de la asociación de TOC; sospechaba que era porque estaba en contra de los fármacos.

Si padece ansiedad, no debe acudir al psiquiatra. La ansiedad suele ser el billete de entrada a la psiquiatría, con los consiguientes diagnósticos adicionales, polifarmacia, una vida arruinada y la muerte para algunos pacientes. Una doctora, que sufrió una crisis emocional y perdió siete años por la psiquiatría a causa de una grave negligencia médica cometida por su psiquiatra, escribió: "Un día, me di cuenta y me reí a carcajadas cuando comprendí que me habían recetado medicación para tratar las ansiedades de mis psiquiatras. Deberían haber sido ellos los que tomaran mis pastillas".⁴¹⁷

En 2023, publiqué el artículo *La psiquiatría mató a Tuva Andersson, cuyo problema era la ansiedad*.⁴¹⁸ Su madre se puso en contacto conmigo, porque sentía que no se había hecho justicia. Es una historia desgarradora. Tuva fue víctima de una mala praxis derivada de la incompetencia profesional y de una grave negligencia médica. Se sintió estigmatizada por una serie de diagnósticos cambiantes e inespecíficos, y se vio expuesta a un tratamiento forzado. Entre otras cosas, le inyectaron un neuroléptico de liberación prolongada que no podía retirarse. Durante el último año de vida de Tuva, sus psiquiatras le quitaron toda esperanza de

recuperación.

Sólo tenía 37 años cuando se suicidó con dos de los fármacos que le habían recetado, amitriptilina y zopiclona.⁴¹⁹ Un periódico local, Hudiksvall Tidning, declaró: "El desastre personal que sufrió esta familia implica tantos errores en la cadena de atención que resulta alucinante. Cómo es posible, piensa uno al leer la historia de Tuva. Todo el mundo puede tomar la decisión equivocada en algún momento. Pero no siempre".

Por desgracia, en psiquiatría, la gente toma decisiones equivocadas todo el tiempo.

Dos de mis amigos, Steven Woloshin y Lisa Schwartz (fallecida en 2019) de Dartmouth en EEUU demostraron que, si a los pacientes se les cuentan los hechos, son mucho mejores a la hora de elegir un buen fármaco o ningún fármaco y en saber cuáles son los beneficios y los perjuicios.⁴²⁰

Si la gente supiera que el efecto de los somníferos es hacer que se duerman 15 minutos más rápido,⁴²¹ y que al día siguiente estén mareados y somnolientos, quizá estarían menos interesados en tomarlos, y si supieran también que el efecto desaparece en dos semanas si los toman todas las noches, poca gente se volvería adicta a ellos.

Steve y Lisa convencieron al Comité Asesor de Comunicación de Riesgos de la FDA de que la agencia debía adoptar sus sugerencias. Sin embargo, después de pensárselo durante un año, el Departamento de Salud y Servicios Humanos anunció que necesitaba al menos tres años más para tomar una decisión.⁴²² Una iniciativa que indiscutiblemente ayuda a los pacientes a elegir racionalmente entre los fármacos, o incluso a decir no a los medicamentos, parece verse casi como un ataque al Estado. Podría suponer una pérdida de ingresos para la industria farmacéutica y las numerosas personas a las que corrompe.

Hace ahora 13 años que el gobierno necesitó otros tres años para pensar en esta excelente iniciativa, y la FDA se estancó. No pasó nada. No es de extrañar que algunos la llamen la Foot Dragging Agency (Agencia que arrastra los pies).

4 TDAH

He cubierto dos áreas de desastre en cuanto a los diagnósticos, la investigación clínica y los daños infligidos a muchos millones de personas sanas y aquí hay una tercera área de desastre: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Los pacientes y sus familiares suelen referirse a los fármacos para el TDAH y para la depresión como "el kit de iniciación de la psiquiatría". Muchas personas comienzan su periplo psiquiátrico consultando a su médico de cabecera por algún problema que muchos de nosotros tenemos de vez en cuando y reciben una receta, lo que inicia un curso crónico con múltiples diagnósticos y fármacos y deterioro.

El TDAH se inventó en Estados Unidos. Joseph Biederman, que formaba parte del comité del DSM-IV, hizo mucho por promover el diagnóstico y conseguir que se incluyera en el manual.⁴²³ Más tarde se supo que, en sólo cinco años, Biederman recibió honorarios de más de 24 compañías farmacéuticas, y sólo Janssen le dio más de un millón de dólares.

Nadie sabe qué es el TDAH,⁴²⁴ y hay una buena razón para ello. No existe como algo concreto, sino que es sólo un nombre para las personas situadas en un extremo de un espectro de comportamiento normal que son más enérgicas e irritantes que otras.

Evidentemente, no todos podemos mostrar un comportamiento medio. En un extremo, tenemos a las personas más activas que reciben un diagnóstico de TDAH. En el otro extremo, tenemos a los que son más tranquilos que la media, a los que se les diagnostica un Trastorno por Déficit de Atención (TDA). Tal vez algún día veamos también un diagnóstico para los que se encuentran en el medio: Trastorno de Actividad Normal (TNA), y seguramente estas personas también necesiten tratamiento farmacológico.

Hay un vídeo muy divertido que se burla de la pseudociencia del TDAH y muestra lo absurdo que es todo.⁴²⁵ Empieza así:

ADVERTENCIA DE CONTENIDO: Si está seguro de que las anfetaminas son un tratamiento seguro y eficaz para que los niños dejen de serlo, NO LO VEA

El metilfenidato (Ritalin) es la versión moderna de la vara. Ya no se nos permite pegar a los niños ruidosos, pero sí alterar sus cerebros con un narcótico por prescripción facultativa (la mayoría de los fármacos para el TDAH son anfetaminas o sustancias afines). Medicalizamos los inevitables conflictos y dificultades que surgen entre los niños y sus padres u otros adultos y los achacamos a un trastorno del neurodesarrollo o a una enfermedad cerebral, aunque nadie ha demostrado que el cerebro de las personas así etiquetadas sea diferente al de los demás,⁴²⁶ algo que la última revisión del manual de diagnóstico, DSM-5-TR, reconoce explícitamente.

Postular que cientos de millones de personas tienen cerebros equivocados no puede ser más escandaloso. Es un abuso flagrante de un modelo de enfermedad defectuoso.⁴²⁷ Busqué en Google "qué causa el TDAH" y encontré esta información errónea del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido:⁴²⁸

"El TDAH tiende a ser hereditario y, en la mayoría de los casos, se cree que los genes que se heredan de los padres son un factor significativo en el desarrollo de la enfermedad... Las investigaciones han identificado una serie de posibles diferencias en los cerebros de las personas con TDAH con respecto a las que no padecen la enfermedad... Otros estudios han sugerido que las personas con TDAH pueden tener un desequilibrio en el nivel de

neurotransmisores en el cerebro". *Todo* esto es sencillamente falso.

He oído a muchos profesores de psiquiatría decir que los factores genéticos son las causas más importantes del TDAH. Per Hove Thomsen señaló que los genes pueden explicar el 80%,⁴²⁹ y Kerstin Plessen dijo que hay un 80% de coincidencia en gemelos idénticos.⁴³⁰

Por lo tanto, las personas que son idénticas son prácticamente idénticas también en lo que se refiere al comportamiento. Sorpresa, sorpresa. Pero si buscamos anomalías genéticas, no encontramos nada. En un estudio, que afirmaba que el TDAH estaba relacionado con esto, la combinación de dos tablas muestra que el 99,7% de los pacientes no tienen anomalías genéticas.⁴³¹

Muchos niños cumplen los requisitos para el diagnóstico porque tienen talento y no pueden quedarse quietos en aulas poco disciplinadas y aburridas, o porque tienen problemas emocionales generados en casa. Un médico de familia me contó que una directora de escuela había enviado a la mayoría de sus alumnos a reconocimiento por sospecha de TDAH. Estaba claro que el problema era ella, pero en cuanto se tacha a los niños de TDAH, se libera a todo el mundo de cualquier responsabilidad o incentivo para corregir el desorden que han creado, ya sea en la escuela o en casa. También aumenta la desigualdad. Los medicamentos para el TDAH se recetan mucho más si los padres tienen trabajos poco cualificados.⁴³²

Un estudio canadiense sobre un millón de escolares demostró que la prevalencia de niños en tratamiento por fármacos en la misma clase aumentaba de forma lineal a lo largo de los meses naturales,⁴³³ y un 50% más de los nacidos en diciembre se medicaban que los nacidos en enero. Así pues, si dejamos que los niños crezcan y maduren, serán menos los que reciban diagnósticos y fármacos.

El psiquiatra finlandés Ben Furman ha desarrollado un programa fascinante, Kids'Skills,⁴³⁴ que consiste en enseñar a niños con dificultades diversas habilidades para gestionar mejor sus emociones y su comportamiento y hacer que se sientan orgullosos de sus logros.

Cuando doy conferencias, la gente a veces dice que tiene TDAH. Yo les respondo que pueden tener un perro o un coche, pero no TDAH, que no es más que un nombre. Cuando damos un nombre a un determinado comportamiento, no podemos decir que una persona se comporta así *porque* tiene TDAH. Es una evidencia circular. Por desgracia, los psiquiatras hablan de su constructo social como si existiera en la naturaleza y pudiera atacar a las personas como lo hacen las bacterias. Por ejemplo, los autores de la lista de verificación del TDAH en adultos señalaron que el TDAH en adultos puede tener un impacto significativo en las relaciones, las carreras y la seguridad de los pacientes que lo padecen.⁴³⁵ En 2024, un periódico aplaudió que cada vez más personas de mediana edad y mayores fueran diagnosticadas y señaló que tienen que "vivir con el TDAH".⁴³⁶ Se puede vivir

con un cáncer, que realmente existe, pero "vivir con TDAH" sólo significa vivir con uno mismo, cosa que todos hacemos, por lo que se trata de una afirmación vacía.⁴³⁷ El artículo señalaba que el diagnóstico proporciona una explicación a las personas, lo cual es imposible, ya que sólo es un nombre.

Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa al profesional para discutirla en la sesión de hoy.	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar sus citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?					
5. ¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?					

Durante mis conferencias, a menudo he pedido a los asistentes que se pongan a prueba con los criterios diagnósticos del TDAH en adultos, que son tan ridículos que entre el 25 y el 50% dan positivo. En una ocasión, 21 de 27 terapeutas dieron positivo y 10 tenían un completo (seis de los seis criterios; sólo se necesitan cuatro para el diagnóstico). Les dije que no se preocuparan porque algunas de las personas más talentosas y maravillosas que he conocido son así. Mi mujer y yo y nuestra hija menor también dimos positivo, al igual que su novio, que es muy tranquilo. Quizá quieras hacerte la prueba tonta a ti mismo. Si caes cuatro veces en la zona gris (véase la tabla anterior), "tienes" TDAH.

En 2004, el programa de TDAH para adultos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York ofreció una jornada de detección gratuita en un hotel y descubrió que el 85% de los adultos daba positivo.⁴³⁸ Cuando sólo la mitad de ellos había contactado posteriormente con un médico, el director del programa dijo que los datos demostraban que "las personas con TDAH necesitan ayuda para conseguir ayuda." La estupidez no tiene límites.

La estigmatización y la pérdida de autoestima, que suelen seguir a un diagnóstico psiquiátrico, son especialmente ominosas en los niños que aún no han forjado su personalidad. Pueden aprender a verse a sí mismos como discapacitados, con una autodeterminación mermada y mayores sentimientos de impotencia.⁴³⁹

Uno de mis colegas, el psiquiatra británico de niños y adolescentes Sami Timimi, pregunta a los padres que creen que un fármaco para el TDAH ayudará a su hijo qué cambios esperan ver y cuáles son sus preocupaciones, por ejemplo, el comportamiento en casa, las relaciones con los compañeros, el rendimiento académico en la escuela o la falta de sensación de peligro. A continuación, podría decir que ningún fármaco puede alterar estas cosas en su hijo. Los fármacos no toman decisiones, no tienen sueños ni ambiciones, ni realizan acciones.

De este modo, Sami desvía el interés de los padres de los fármacos hacia el desarrollo de habilidades de gestión parental para niños que son más "intensos" que la mayoría. Un documental del Reino Unido mostraba a niños tan difíciles de tratar que incluso los psiquiatras críticos podrían pensar que los fármacos para el TDAH son necesarios. "No podemos tener niños colgados de las cortinas", como me dijo un psiquiatra infantil en una audiencia en el

Parlamento. Sin embargo, las familias recibieron ayuda de psicólogos y se enteraron de que los niños estaban perturbados, razón por la cual estaban perturbando. A una madre que siempre reprendía a su hija "imposible" le enseñaron a elogiarla en su lugar, y se convirtió en una niña muy agradable que ya no era hostil hacia su madre.

El diagnóstico de TDAH no debería ser un prerrequisito para obtener ayuda adicional o dinero para las escuelas, ya que aumenta la prevalencia del diagnóstico. Pero hacer lo correcto en psiquiatría es difícil. Un psiquiatra infantil irlandés me dijo que le habían suspendido por no administrar psicofármacos a los niños. En lugar de cambiar el cerebro de los niños, deberíamos cambiar su entorno.

Los abusos sexuales a menores son terriblemente frecuentes. Según publicaciones en Internet, aproximadamente uno de cada diez niños sufre abusos sexuales. Aproximadamente la mitad de las mujeres ingresadas en hospitales psiquiátricos han sufrido abusos sexuales de niñas o adolescentes y, en la mayoría de los casos, el personal del hospital lo ignora.⁴⁴⁰

Si un niño se comporta mal, es provocador y desafiante, esto puede llevar a un diagnóstico de TDAH o trastorno límite de la personalidad, aunque podría ser una reacción a un abuso horrible del que el niño no se atreve a hablar. Ni siquiera cuando los pacientes hablan de ello se lo toman siempre en serio. Una joven me contó que le comentó a su psiquiatra que había sufrido abusos sexuales de niña. Él le respondió que eso no venía al caso. Lo único que le importaba eran los cuestionarios que utilizaba para hacer diagnósticos. Muchos pacientes me han contado que tardaron muchos años en encontrar un psiquiatra que se interesara por los graves traumas que habían sufrido.

El adoctrinamiento de los psiquiatras es efectivo. En 2022, uno de mis colegas dio una conferencia sobre pensamiento crítico para residentes de psiquiatría. Les pidió que revisaran tres estudios que afirmaban que los niños con un diagnóstico de TDAH tenían anomalías genéticas o cerebros más pequeños que otros niños.⁴⁴¹

Los residentes subrayaron que las diferencias genéticas eran muy significativas y afirmaron que el estudio del volumen cerebral sugería que el TDAH era una enfermedad del neurodesarrollo.

Mi colega se quedó atónito. Cuando les explicó que sus opiniones no estaban respaldadas por los estudios que acababan de leer, se volvieron hostiles. ¿Acaso no entendía que el TDAH y otros trastornos psiquiátricos eran trastornos biológicos, como la diabetes o el cáncer?

Se trataba de la locura más desesperante en psiquiatría que jamás había experimentado.

Resulta aterrador que se suponga que estas personas deben atender a los pacientes psiquiátricos basándose en la evidencia. Son incapaces de hacerlo, ya que requiere una mínima comprensión de la ciencia.

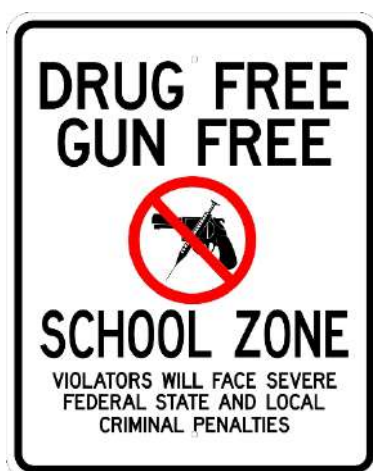
El estudio que afirma que los niños con diagnóstico de TDAH tienen cerebros pequeños ha sido ampliamente denunciado. Los investigadores escribieron que su estudio envía un "mensaje claro para que los clínicos lo transmitan a padres y pacientes, lo que puede ayudar a reducir el estigma de que el TDAH es sólo una etiqueta para niños difíciles y causada por una crianza incompetente".⁴⁴² Esta tontería es desgarradora. Decir a la gente que tiene un cerebro pequeño *no* reduce el estigma. *Lancet Psychiatry* dedicó un número entero a criticar el estudio, y un nuevo análisis de los datos no encontró diferencias cerebrales.⁴⁴³

Como es habitual en la psiquiatría, los estadounidenses son los peores. [La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente](#) escribe en su página web que el TDAH es un trastorno cerebral y que los científicos han demostrado que algunas estructuras del cerebro de los niños con TDAH pueden ser más pequeñas que esas áreas del cerebro de los niños sin TDAH.⁴⁴⁴

Narcóticos con receta

En 2011, mi mujer y yo nos enfadamos mucho cuando un autobús del TDAH visitó el colegio de nuestra hija menor y repartió folletos para "concienciar sobre el trastorno del TDAH en los niños." Todo consistía en vender medicamentos. El autobús pertenecía a la Asociación Danesa de TDAH, que recibía apoyo financiero de las empresas que vendían los fármacos y producían los folletos. La directora de la Asociación de TDAH fue contratada por su "orientación comercial", centrada en establecer "asociaciones con empresas privadas".⁴⁴⁵ Absolutamente repugnante.

En EE.UU., puede encontrarse con esta advertencia:



Pero no hay escuelas libres de fármacos en Estados Unidos, donde más del 10% "tiene" TDAH y consume speed.⁴⁴⁶ Resulta paradójico que los profesores actúen como traficantes de drogas más eficaces que los de la calle. Sobre todo porque los maestros de escuela han observado que el ejercicio hace que los niños estén más tranquilos y atentos. Los efectos son enormes. Una revisión de los ensayos encontró un tamaño del efecto de 0,92 para la mejora de la falta de atención, 0,82 para el control inhibitorio y 0,52 para la flexibilidad cognitiva en jóvenes con diagnóstico de TDAH.⁴⁴⁷

El beneficio a corto plazo de los fármacos es que los niños pueden permanecer sentados en clase, pero el efecto desaparece rápidamente, y los daños incluyen tics, espasmos, reducción de la actividad mental y conductual espontánea, disminución del interés social, apatía, indiferencia y depresión y comportamientos compulsivos y sin sentido, que los estudios con animales han confirmado.⁴⁴⁸ A menudo, el comportamiento compulsivo se interpreta erróneamente como un beneficio, aunque el niño sólo copie obsesivamente todo lo que se muestra en la pizarra.

No parece que los fármacos para el TDAH aporten beneficios a largo plazo. En 1999, el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. (NIMH) publicó los resultados a 14 meses del primer ensayo a largo plazo, el estudio MTA, en el que 579 niños fueron asignados aleatoriamente a metilfenidato, terapia conductual, ambos o atención comunitaria habitual.⁴⁴⁹ Aunque se utilizaron muchas escalas y resultados, con 19 resultados primarios, el único efecto del fármaco fue que los niños eran menos hiperactivos o impulsivos y prestaban más atención.

Los autores consideraban el TDAH un trastorno crónico (lo que contradecían en su

siguiente publicación) y abogaban por un tratamiento continuado, lo que concordaba mal con sus resultados. Las diferencias en las puntuaciones no se traducían en nada importante, pero los psiquiatras no estaban ansiosos por revelarlo. Pasaron otros *ocho años* antes de que publicaran los datos a tres años, que no mostraban diferencias.⁴⁵⁰ Un documento complementario era difícil de interpretar, ya que los resultados estaban ahogados en complicadas estadísticas. Esta vez, los investigadores revelaron sus conflictos de intereses financieros, que eran excesivos: de media, aparecían 13 compañías farmacéuticas por autor, un grupo de personas poco creíble. Los escasos datos relevantes que había mostraban una *mayor* tasa de abuso de sustancias en el grupo de metilfenidato que en el de terapia conductual.⁴⁵¹

Esto era de esperar, ya que los narcóticos aumentan el riesgo de abuso de sustancias. Pero no se publicó un estudio único que lo confirmaba. La investigadora principal, Nadine Lambert, murió en un accidente de coche en 2006⁴⁵² y quizá a sus colegas no les gustaron sus resultados. Lambert hizo un estudio de 26 años con 492 niños, la mitad de los cuales tenían un diagnóstico de TDAH.⁴⁵³ Sólo el 2% de los que nunca habían fumado ni tomado estimulantes eran dependientes de la cocaína en la edad adulta, frente al 40% de los que fumaban y eran tratados con estimulantes. No se trataba de un ensayo aleatorio, pero sus resultados fueron tan amenazadores para el establishment que, tras presentarlos en 1998, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas dejó de financiar su trabajo.⁴⁵⁴

Los resultados a seis y ocho años del estudio MTA también fueron desalentadores.⁴⁵⁵ No hubo diferencias en las calificaciones escolares, las detenciones, las hospitalizaciones psiquiátricas u otros resultados relevantes. El consumo del fármaco del estudio había disminuido un 62%, pero el ajuste no modificó los resultados.

Tengo una amplia formación en estadística. Cuando hice mi tesis, leí dos grandes libros⁴⁵⁶ y me aseguré de entenderlo todo. Recaliculé todos los ejemplos en una calculadora de bolsillo (no tuve ordenador antes de 1987). Incluso he hecho análisis de varianza de tres vías en mi calculadora de bolsillo.⁴⁵⁷ Por lo tanto, puedo afirmar con gran seguridad que los documentos de seguimiento parecían una ofuscación deliberada que utilizaba estadísticas innecesariamente complicadas. Habría sido mucho más fácil describir honestamente los decepcionantes resultados, pero ninguno de los más de 100 artículos científicos que generó el estudio MTA lo hizo.

Uno de los investigadores rompió filas y declaró en una entrevista:⁴⁵⁸ "Los niños sufrieron una disminución sustancial de su ritmo de crecimiento... no hubo efectos beneficiosos, ninguno... esa información debería quedar muy clara para los padres".

No fue así. Al igual que en todos los demás ámbitos de la psiquiatría, se engañó, sedujo y mintió al público.⁴⁵⁹ Un comunicado de prensa emitido por el NIMH presentaba una gran mentira: *la mejoría tras el tratamiento del TDAH se mantenía en la mayoría de los niños*.

Uno de los autores, Peter Jensen, dijo: "Nos sorprendió la notable mejoría de los síntomas y el funcionamiento en todos los grupos de tratamiento...". Y en lugar de decir que el crecimiento de los niños en tratamiento farmacológico se atrofiaba, el comunicado de prensa decía que los niños que *no* tomaban medicación "crecían algo más."

La industria farmacéutica engaña a la gente de la misma manera. Cuando Merck descubrió que su medicamento para la artritis, el rofecoxib (Vioxx), era mortal y provocaba más trombos que el naproxeno, inventó el bulo de que el naproxeno era protector en lugar de que el Vioxx fuera perjudicial, un disparate que el *New England Journal of Medicine* permitió publicar a Merck, una empresa estadounidense.⁴⁶⁰

El retraso del crecimiento causado por los fármacos para el TDAH fue enorme. Al cabo de

16 años, los que tomaban sistemáticamente sus pastillas eran 5 cm más bajos que los que las tomaban muy poco, y había muchos otros perjuicios.⁴⁶¹

Teniendo en cuenta lo que sabemos sobre otras sustancias activas del cerebro,⁴⁶² y el hecho de que los fármacos para el TDAH reducen la actividad mental y la interacción con otras personas, que son importantes para el desarrollo del cerebro, parece probable que los fármacos para el TDAH puedan dañar el cerebro de forma permanente.

La psiquiatra danesa de niños y adolescentes Lisbeth Kortegaard y el psiquiatra estadounidense Peter Breggin han retirado gradualmente los fármacos para el TDAH a todos los niños que se han cruzado en su camino y ambos han experimentado que mejora el estado del niño siempre que los padres estén de acuerdo y trabajen para mejorar sus habilidades parentales. Lisbeth ha retirado los psicofármacos a muchos niños y nunca ha visto a ninguno que empeorara.⁴⁶³ Conozco a ambas y Breggin, con quien he dado varias conferencias, cree que deberíamos prohibir dar psicofármacos a los niños, igual que hemos prohibido el abuso físico y sexual.⁴⁶⁴ Estoy de acuerdo en que hay que prohibir dar fármacos a los niños, con muy raras excepciones.

Los psiquiatras mienten profusamente sobre los fármacos para el TDAH. Escriben y dicen que el metilfenidato protege contra la criminalidad, la delincuencia y el abuso de sustancias.

Incluso lo dijeron en una audiencia en el Parlamento el 27 de mayo de 2013, que yo rechacé. Estaban muy descontentos de que yo, como único orador y sin ser psiquiatra, hubiera sido requerido por el político que organizó la reunión, para dar dos charlas. Lisbeth también dio una conferencia. Conseguimos que otra psiquiatra de niños y adolescentes, Tine Houmann, se enfadara mucho porque no se salió con la suya con sus mentiras.

La OMS se ha negado a conceder al metilfenidato el estatus de medicamento esencial.

En 2023, algunos clínicos y científicos se hicieron eco del lenguaje de las compañías farmacéuticas cuando escribieron en *Lancet Psychiatry* que se trataba de una decisión equivocada argumentando que el fármaco tiene un historial probado de eficacia y seguridad.⁴⁶⁵ Explicamos por qué estaban equivocados y la OMS tenía razón,⁴⁶⁶ y mi grupo de investigación ha demostrado que la aprobación por parte de la FDA del metilfenidato de liberación controlada de la compañía Purdue para el TDAH en adultos fue inapropiada, ya que el fármaco no produjo ningún beneficio clínico significativo.⁴⁶⁷

Los libros de texto de psiquiatría advertían terriblemente de las consecuencias si el TDAH no se trataba con fármacos y estaban llenos de afirmaciones falsas de que los fármacos para el TDAH mejoran los resultados educativos y laborales y reducen el riesgo de accidentes, visitas a urgencias, delincuencia y abuso de drogas.⁴⁶⁸

Un libro afirmaba que no hay pruebas de que la psicoterapia funcione sobre los "síntomas principales condicionados neurológicamente" y que los pocos estudios de gran tamaño sobre psicoterapia tienen todos problemas metodológicos, citando un libro de la psiquiatra Marianne Geoffroy cuya negación de los hechos y falta de pensamiento lógico describí en el capítulo sobre la depresión. Esto es falso. Una revisión Cochrane de 14 ensayos de psicoterapia mostró un efecto sobre los síntomas principales.⁴⁶⁹

Un libro señalaba que una revisión Cochrane planteaba dudas sobre el efecto del metilfenidato, pero añadía que muchos médicos y pacientes dicen haber experimentado que el metilfenidato funciona, lo cual es indiscutible. Estupendo, entonces ¿para qué molestarse en hacer ensayos aleatorios si podemos preguntar simplemente qué creen los psiquiatras?

Las afirmaciones de que los estudios controlados con placebo han demostrado un efecto de los estimulantes en el 70-80% de los niños son idiotas, ya que ignoran la mejoría espontánea

en el grupo placebo que se habría producido sin ningún tipo de tratamiento. También se afirmaron tamaños de efecto enormes en adultos. Una revisión Cochrane –que tardó nueve años en elaborarse tras la publicación del protocolo– mostraba algunos efectos positivos, pero los resultados variaban tan enormemente que era erróneo metaanalizarlos, y los autores no podían determinar si no se producían efectos adversos o si no se habían recogido los datos. La revisión era tan mala que nuestras críticas⁴⁷⁰ y las de otros llevaron a retirarla de la *Biblioteca Cochrane*.

Dos revisiones Cochrane realizadas por mis empleados descubrieron que todos y cada uno de los ensayos realizados sobre el metilfenidato presentaban un alto riesgo de sesgo.⁴⁷¹ Cuando se administraba a adultos, el fármaco no tenía ningún efecto sobre los días perdidos en el trabajo, al contrario de lo que se afirmaba en los libros de texto.

Muchos de los estudios estaban amañados, bien descartando a todos los niños que mejoran con el placebo antes de empezar el ensayo, bien lo contrario, estudiando sólo a los niños que han tolerado el fármaco antes de ser asignados aleatoriamente al fármaco o al placebo, o a ambos.⁴⁷² La industria lo llama "diseño enriquecido". Yo lo llamo un diseño que enriquece a la industria.

Los organismos reguladores de medicamentos son notablemente crédulos y acríticos. Demostramos que faltaban ensayos en 7 de 13 solicitudes de aprobación de metilfenidato de liberación prolongada para su uso en adultos con TDAH, a pesar de que los reguladores exigen que todos los ensayos se incluyan en las solicitudes de nuevos medicamentos, y la proporción media de participantes en ensayos que faltaba era del 45%.⁴⁷³

Un libro de texto hablaba de efectos rápidos y espectaculares de los fármacos y señalaba que los estudios basados en registros sugerían un efecto a largo plazo sobre el aprendizaje, las notas y la escolarización. Había 19 referencias pero ninguna discusión sobre el ensayo MTA que anulaba los pensamientos ilusorios. También aconsejaba continuar con los fármacos mientras hubiera efecto clínico y se toleraran los daños. Es imposible juzgar si hay algún beneficio en un caso individual, y los ensayos hablan en contra de tratar a la gente durante años, pero el ensayo MTA no estaba entre las 11 referencias.

Otro libro afirmaba que los fármacos mejoran la interacción social, alivian la agresividad, tienen un efecto de moderado a grande y reducen el riesgo de abuso de drogas. Los autores citaban el estudio MTA, pero sólo en una figura sobre la comorbilidad. El artículo del MTA de su lista de bibliografía tenía 20 años y sólo informaba de los engañosos resultados a 14 meses.

Los autores proporcionaron tres referencias más, a investigaciones totalmente poco fiables.

Uno de ellos fue un metaanálisis de 28 ensayos controlados con placebo en el que los autores utilizaron una puntuación de calidad casera para evaluar la calidad de los ensayos,⁴⁷⁴ un método firmemente desaconsejado.⁴⁷⁵ Informaron de un enorme efecto sobre la agresividad, un tamaño del efecto de 0,84, lo cual es asombroso, ¡ya que sabemos que los estimulantes *causan* agresividad!⁴⁷⁶

La segunda referencia era a un editorial en el que se afirmaba que los fármacos para el TDAH reducen el riesgo de abuso de sustancias.⁴⁷⁷ Los numerosos conflictos de intereses financieros del autor fueron desestimados por el editor que "no encontró pruebas de influencia de estas relaciones." Es curioso cómo la gente siempre niega el hecho de que el dinero de las compañías farmacéuticas corrompe. El autor comentó un estudio de una base de aseguradoras de asistencia sanitaria de 3 millones de personas, lo que no es una prueba fiable. Señaló que un metaanálisis de 2003 encontró una reducción a la mitad en el riesgo de abuso de sustancias, pero no proporcionó una referencia a este resultado obviamente

erróneo. Fui incapaz de encontrarlo, aunque busqué en cientos de registros. Y, por supuesto, no citó el ensayo de la MTA.

La tercera referencia era a un metaanálisis excepcionalmente defectuoso incluso para los estándares psiquiátricos.⁴⁷⁸ Los autores incluyeron sólo 12 de los numerosos ensayos existentes e informaron de enormes tamaños del efecto, 0,96 y 0,73, sin explicar de qué resultados procedían. Transfirieron estos efectos a datos binarios e informaron de que el número necesario a tratar para beneficiar a un paciente era de 2-3, lo cual es imposible. No se puede dicotomizar las variables continuas.⁴⁷⁹ El primer autor tenía "conflictos de intereses potenciales" relacionados con empresas que venden fármacos para el TDAH. Los conflictos de intereses no son potenciales; son reales.

En psiquiatría es popular culpar a la víctima. Un libro de texto señalaba que, en dosis *elevadas*, los fármacos pueden desencadenar o agravar síntomas depresivos y psicóticos si el paciente está *predispuesto*. Tales síntomas pueden aparecer con dosis habituales y sin predisposición alguna.

El autor, el psiquiatra de niños y adolescentes Søren Dalsgaard, proporcionó dos referencias a sus propios estudios observacionales, y no eran esclarecedoras. Uno señalaba que los niños con TDAH tenían condenas penales en la edad adulta cinco veces más a menudo que la población general.⁴⁸⁰ ¿Qué podemos deducir de esto? No podemos reducir la delincuencia utilizando fármacos. Dalsgaard no mencionó el ensayo MTA, y su otro estudio era aún peor.

Observó que por cada año que se posponía el tratamiento farmacológico en los niños, el riesgo de drogadicción se multiplicaba por 1,5.⁴⁸¹ Así pues, el riesgo de drogadicción es 130 veces mayor (1,5¹²) si un niño inicia el tratamiento a los 18 años en lugar de a los 6 años. He calculado a partir del artículo que la tasa basal en la población es del 0,69%. Por lo tanto, 0,69% x 130 = 90% de todos los niños con un diagnóstico de TDAH a partir de los 6 años se convertirán en drogadictos si no reciben tratamiento antes de los 18 años. El artículo no especificaba el intervalo de edad que proporcionaba los datos para el aumento de riesgo anual de 1,5 veces, y puede que yo haya extrapolado demasiado liberalmente, pero el estudio es absurdo. Debe haber habido una gran confusión. Los niños que inician tarde el tratamiento farmacológico son muy diferentes a los demás niños.

Se ignoran los graves daños de los fármacos para el TDAH

Hemos demostrado que los fármacos para el TDAH afectan a la reproducción de los animales incluso después de dejar de tomarlos.⁴⁸² No sabemos si esto también afecta a los humanos, pero sí sabemos que la fecundidad está disminuyendo.

Descubrimos que la notificación de daños en los ensayos de metilfenidato es muy poco fiable.⁴⁸³ Hubo enormes diferencias entre los ensayos que eran imposibles de explicar, por ejemplo, la disminución de la libido fue experimentada por el 11% en un ensayo frente a sólo el 1% en un análisis agrupado de otros tres ensayos. Como la calidad de vida se midió en 11 ensayos, pero sólo se informó en 5, en los que se encontró un efecto mínimo, es probable que la calidad de vida empeore con los fármacos para el TDAH, que es también lo que los niños experimentan. Si se les pregunta cuando sus padres no están presentes, dicen que no les gustan los fármacos. Esto no es sorprendente. Entre los daños, los libros de texto enumeran dolor de cabeza, sequedad de boca, náuseas, dolor de estómago, tics, irritabilidad, tristeza, depresión, cambios de humor, nerviosismo, empeoramiento de los síntomas de ansiedad, sedación, aumento de la tensión arterial, insomnio, anorexia y pérdida de peso.

Un estudio de 218 adultos jóvenes israelíes diagnosticados de TDAH y que tomaban estimulantes reveló que el 28% había intentado resistirse a tomar los fármacos cuando eran niños y sus cuidadores se lo habían ordenado.⁴⁸⁴ Se observaron cambios de humor en el 66%, mientras que la tasa era de sólo uno de cada 10.000 usuarios en el prospecto de Ritalin; el 39% sentía que no era él mismo; y el 3% había tenido pensamientos suicidas. El estudio utilizó preguntas cerradas y no hubo grupo de control. Una revisión Cochrane que contaba con grupos de control comparables informó de que el metilfenidato aumentaba el riesgo de acontecimientos adversos graves (cociente de riesgos 1,36), cualquier trastorno psicótico (RR 1,36), arritmia (RR 1,61), insomnio y problemas de sueño (RR 2,58) y disminución del apetito (RR 15,06).⁴⁸⁵

Los libros de texto prestaron poca o ninguna atención a los daños más graves de los fármacos. La única mención a los síntomas de abstinencia fue en un libro que señalaba que los síntomas pueden provocar una disminución de la capacidad para conducir, utilizar máquinas y trabajar. Por el contrario, una revisión Cochrane señaló que las personas dependientes de la anfetamina pueden experimentar graves síntomas de abstinencia que pueden durar semanas y que incluyen disforia, irritabilidad, melancolía, ansiedad, hipersomnia, fatiga acusada, deseo intenso de consumir el fármaco y paranoia.⁴⁸⁶

Los estimulantes tienen propiedades alucinógenas,⁴⁸⁷ y algunos niños desarrollan manía u otras psicosis.⁴⁸⁸ En una reunión consultiva de la FDA, se estimó que los síntomas de psicosis o manía "se producen a un ritmo de 2 a 5 por cada cien personas-año (observado 1,6 por cada 100 pacientes-año)".⁴⁸⁹ Cuando el personal de la FDA analizó tres años después los datos de 49 ensayos aleatorizados de estimulantes, se produjeron 11 acontecimientos adversos de psicosis/manía durante 743 personas-año de tratamiento doble ciego con estos fármacos, y ninguno durante 420 personas-año de exposición al placebo.

Las alucinaciones con sensaciones visuales o táctiles de insectos, serpientes o gusanos fueron frecuentes en los casos infantiles.⁴⁹⁰

En la información de prescripción de la FDA para el metilfenidato de liberación prolongada, se afirma que el riesgo es sólo del 0,1%,⁴⁹¹ mientras que, en la revisión de la agencia británica del medicamento, se produjo psicosis o manía en el 3% de los pacientes con metilfenidato (frente al 1% con placebo),⁴⁹² lo que es 30 veces superior.

Los daños psiquiátricos conducen a menudo a diagnósticos adicionales, por ejemplo depresión, trastorno obsesivo compulsivo o bipolar, y a fármacos adicionales y cronicidad. Los fármacos también provocan violencia, incluidos homicidios.⁴⁹³

Andrew Thibault, cofundador de Padres contra el Abuso Farmacéutico, ha descrito suicidios por ahorcamiento en niños de acogida con diagnóstico de TDAH y en tratamiento con lisdexanfetamina (Vyvanse).⁴⁹⁴ Estos niños fueron utilizados como cobayas en ensayos farmacológicos contra la normativa y sufrieron sobredosis masivas. Cuando un estudio canadiense descubrió que los jóvenes que tomaban fármacos para el TDAH tenían 13 veces más probabilidades de que se les recetaran antipsicóticos y casi 4 veces más probabilidades de que se les recetaran antidepresivos que a otros niños, los autores argumentaron que los niños con TDAH tienen más comorbilidades psiquiátricas que los niños sin TDAH, ignorando el hecho obvio de que la psicosis y la depresión están etiquetadas como efectos secundarios de los fármacos para el TDAH en los prospectos.

Un libro de texto señalaba que los fármacos pueden causar manía y desestabilizar el trastorno bipolar, pero no que el trastorno bipolar suele diagnosticarse erróneamente debido a los daños de los fármacos. En 2015, la organización psiquiátrica de la región me invitó a dar una conferencia en el Hospital de Aalborg y Rasmus Licht, profesor de psiquiatría, dio una

conferencia después de mí. Es especialista en trastorno bipolar, y le pregunté cómo podía saber, cuando hizo el diagnóstico en un paciente que recibió un fármaco para el TDAH, que no eran solo los daños del fármaco lo que veía, porque son muy similares a los síntomas que los médicos utilizan cuando diagnostican bipolaridad. Me quedé atónito cuando dijo que un psiquiatra era capaz de distinguir entre estas dos posibilidades. Rasmus en el país de las maravillas...

Los psiquiatras suelen ignorar este problema fundamental e incluso pueden afirmar que el tratamiento farmacológico ha "desenmascarado" el nuevo trastorno. Esta es una de las razones por las que el contacto con el sistema psiquiátrico a menudo conduce a varios diagnósticos y a la polifarmacia y por las que los problemas temporales de salud mental a menudo se convierten en crónicos. Yo llamo a esto el papel atrapamoscas de la psiquiatría. Cuanto más ruido generan los pacientes al batir sus «alas», más atascados se quedan en diagnósticos y fármacos.

Muchos pacientes se abstienen de contar ciertas cosas a su psiquiatra para evitar aún más diagnósticos y fármacos. Cuando se les pregunta si han mejorado, pueden confirmarlo incluso cuando lo cierto es lo contrario. Aprenden rápidamente a comportarse para protegerse.

Al final, nadie puede recordar cómo empezó todo y cómo era la vida antes de que el paciente recibiera el diagnóstico. Los pacientes se convierten en productos artificiales inducidos químicamente, con cerebros y personalidades que ya no son los mismos. Y el consumo de fármacos se convierte en parte de su identidad, al igual que ocurre con los drogadictos.

Debería estar prohibido hacer nuevos diagnósticos en pacientes que toman psicofármacos. Si la gente ingresa en el hospital en estado psicótico porque ha tomado cocaína, LSD o marihuana, no deberíamos decir: "¡Genial, la droga ha desenmascarado tu esquizofrenia!".⁴⁹⁵ Desgraciadamente, muchos psiquiatras piensan así.

Un libro de texto mencionaba que las reacciones de abstinencia tras la interrupción brusca de un fármaco para el TDAH pueden incluir depresión pero, aunque los autores afirmaban que la depresión podía aparecer de repente y causar un gran riesgo de suicidio, daban el consejo mortal de tratar la depresión con fármacos para la depresión, aumentando aún más el riesgo de suicidio. El enfoque correcto es reintroducir el fármaco para el TDAH y reducirlo lentamente.

Los fármacos para el TDAH se consiguen fácilmente en el mercado negro, y la OMS ha advertido sobre el abuso de drogas de tipo anfetamínico, incluidos el metilfenidato y el MDMA (éxtasis), y ha dicho que la situación "merece atención inmediata".⁴⁹⁶ Pero no advirtieron de que el creciente consumo de estimulantes con receta es también un problema enorme. Esto es tabú a pesar de que en 2017 se produjeron 10.333 muertes por sobredosis de drogas en Estados Unidos relacionadas con estimulantes, frente a solo 1.378 en 2007.⁴⁹⁷

Los organismos reguladores de los medicamentos también son incoherentes. La metanfetamina no está aprobada en Europa, donde se considera una droga peligrosa e ilegal como la cocaína.⁴⁹⁸ En Estados Unidos está aprobada para el TDAH, pero la FDA advierte de que tiene un alto potencial de abuso.⁴⁹⁹ En 2023, la FDA advirtió de que los estimulantes pueden provocar el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias y adicción incluso cuando se recetan para tratar un trastorno indicado, y que esto puede provocar sobredosis y muerte.⁵⁰⁰

Adderall –una mezcla de sales de anfetamina– era un medicamento para adelgazar llamado Obetrol, que era tan adictivo que fue retirado del mercado.⁵⁰¹ Adderall se utiliza ahora en EE.UU. para el TDAH, pero se retiró en Canadá en 2005 después de que 14 niños murieran

repentinamente y dos sufrieran derrames cerebrales.⁵⁰² La FDA no hizo nada, aparte de intentar convencer a sus colegas canadienses de que no retiraran el fármaco.

La muerte, el daño más grave, nunca se mencionó en los libros de texto, a pesar de que las arritmias cardíacas, el infarto de miocardio, el ictus y la muerte súbita figuran en el prospecto de la FDA para el metilfenidato.⁵⁰³ Los estimulantes duplican el riesgo de eventos cardiovasculares,⁵⁰⁴ y los niños han caído muertos repentinamente.⁵⁰⁵ Que los fármacos para el TDAH pueden causar violencia, suicidio, homicidio y muerte por otras razones⁵⁰⁶ tampoco ha recibido mucha atención. Los psiquiatras no creen que los daños mortales de sus fármacos sean información importante que transmitir en sus libros de texto a los futuros psiquiatras.

En 2014, participé como perito en un caso judicial muy publicitado en el que Graham Bishop, un inglés, casi mata a puñaladas a sus dos hijas en el Rigshospitalet, donde yo trabajaba. Fue condenado a 11 años de prisión y expulsión permanente de Dinamarca, pero el caso fue recurrido.

El comité forense reconoció que el metilfenidato podría provocar un "aumento de la irritabilidad e inestabilidad emocional" y que no podían excluir la posibilidad de que el fármaco hubiera podido influir en su estado psicológico cuando cometió el acto. Pero lo consideraron improbable, argumentando que anteriormente había tomado dosis similares sin problemas.

Señalé a la abogada de Bishop, Karoline Normann, que nunca antes había tomado una dosis tan alta como la que tomó justo antes del delito, y que incluso si no hubiera aumentado la dosis, podría haber reaccionado de forma fuera de lo normal bajo la influencia del fármaco porque los acontecimientos que condujeron al delito fueron muy estresantes. Además, como los daños de metilfenidato son mucho peores que la nota eufemística del comité sobre "mayor irritabilidad e inestabilidad emocional", quise ver la evaluación mental del comité sobre Bishop. El fiscal se negó, lo que me pareció injusto, ya que mi función era apoyar a la defensa.

A través de Normann, pregunté al comité forense si consideraban que era el estándar de atención que el psiquiatra de Bishop le hubiera dicho a Bishop que podía aumentar la dosis sin problemas y sin límite superior. El comité hizo caso omiso de esta pregunta y de otras que planteé, y su respuesta a mi pregunta: "¿Cree el comité forense que la ingesta de metilfenidato puede aumentar el riesgo de violencia, incluido el homicidio?" fue: "La pregunta es de carácter general".

Sí, pero era relevante para el caso. Me sentí muy incómodo por no obtener respuestas y por el hecho de que el comité se encontrara en una posición en la que esencialmente se le pedía que evaluara su propio juicio anterior. Se trata de un conflicto de intereses inaceptable, ya que pocas personas están dispuestas a admitir sus errores y anularse a sí mismas.

Nadie sabe si Bishop habría cometido su horrendo crimen de no haber tomado metilfenidato. Normann me dijo hace poco que hoy es completamente normal y que su hija superviviente lo ve (la menor murió; padecía una grave enfermedad).

No es la única vez que he visto a nuestro comité forense comportarse de forma inadecuada. En 2014, cuando escribimos preguntas al comité, seis de los diez miembros eran psiquiatras, entre ellos Poul Videbech que, como expliqué en el capítulo sobre la depresión, es impredecible, arrogante e incapaz de interpretar correctamente la ciencia.

El veredicto del comité está grabado en piedra, como si fueran el Oráculo de Delfos; ningún juez se atreve a cuestionarlo; y no se puede apelar. Esto es muy problemático, teniendo en cuenta que los psiquiatras niegan sistemáticamente los daños más peligrosos de los psicofármacos, en particular el suicidio y el homicidio.

Des Spence, médico de familia de Glasgow, ha explicado cómo la psiquiatría ha llegado a ser la mina de oro de las grandes farmacéuticas y cómo explotan a los niños con fármacos para

el TDAH.⁵⁰⁷

Se busca un pequeño grupo de especialistas de una institución prestigiosa (Harvard). Las grandes farmacéuticas se convierten en el creador de reyes, financiando la investigación de estos especialistas. Se informa sobre el infradiagnóstico y el infratratamiento, nunca lo contrario.

Se controlan todos los datos y se hace que la duración del estudio sea corta. Se utilizan los medios de comunicación, se plantan noticias y se financian grupos de apoyo a los pacientes. Se paga a sus especialistas grandes honorarios de asesoramiento. Se presione al gobierno. Se consigue que sus especialistas asesoren al gobierno. Ahora la visión del mundo está dominada por un pequeño grupo de especialistas con intereses creados. Se utiliza el apoyo de famosos para aplicar la magia del marketing emocional. Se amplía el mercado promocionando cuestionarios en línea que relajen aún más los criterios de diagnóstico. Hacer legítimo lo ilegítimo. Un pequeño grupo de Harvard admitió haber recibido pagos personales no declarados de empresas farmacéuticas por un total de 4,2 millones de dólares. Joseph Biederman y sus colegas de Harvard infranotificaron sus ganancias a los funcionarios de la universidad; cada uno de ellos había ganado más de un millón de dólares de las compañías farmacéuticas durante sólo ocho años. Y la industria farmacéutica representó alrededor del 30% de los 63 millones de dólares de financiación de la Asociación Americana de Psiquiatría en 2006.⁵⁰⁸

Para un europeo, 63 millones de dólares para financiar una organización especializada en un solo año es como vivir en otro planeta. ¿En qué emplean todo ese dinero?

Una revisión de 43 ensayos de fármacos en niños confirma el cuento del creador de reyes de Spence.⁵⁰⁹ Muy pocas reacciones a fármacos se calificaron de graves, aunque muchos niños abandonaron los estudios debido a reacciones adversas graves a fármacos. Además, las reacciones adversas a los fármacos sólo se notificaban si su incidencia superaba el 2% o el 5%. He calculado cuánta endogamia había: 21 artículos (49%) procedían de la Facultad de Medicina de Harvard o del Hospital General de Massachusetts en Boston, a sólo tres millas de la facultad, y Biederman era coautor de 13 de ellos.

Biederman extorsionaba a las empresas farmacéuticas. Correos electrónicos internos revelaron que se enfureció después de que Johnson & Johnson rechazara su petición de recibir una subvención para investigación de 280.000 dólares.⁵¹⁰ Un portavoz de la empresa dijo que nunca había visto a alguien tan furioso, y sus negocios pasaron a ser inexistentes dentro del área de control de Biederman.

Biederman fue generosamente recompensado por su corrupción de la ciencia. Fue uno de los psiquiatras infantiles más influyentes del mundo, uno de los más citados, fue incluido en el Salón de la Fama de CHADD (Niños y Adultos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), recibió el Premio Medalla de Oro de la Federación Mundial de TDAH 2021 por su contribución de por vida al campo del TDAH⁵¹¹ y recibió más de 15 millones de dólares en subvenciones de los Institutos Nacionales de Salud.

Biederman desempeñó un papel destacado en la destrucción de los niños. Él y sus colaboradores hicieron un diagnóstico de bipolaridad en el 23% de 128 niños con TDAH e informaron de ello en el artículo *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y manía juvenil: ¿una comorbilidad pasada por alto?*⁵¹² No hay ninguna comorbilidad pasada por alto, sólo daños pasados por alto de los fármacos para el TDAH que dieron lugar a un diagnóstico erróneo de bipolaridad en aproximadamente una cuarta parte de los niños examinados. La bipolaridad infantil se multiplicó por 35 en sólo 17 años en Estados Unidos,⁵¹³ lo que se debe a la laxitud de los criterios diagnósticos y al aumento del uso de fármacos para el TDAH⁵¹⁴ y

fármacos para la depresión,⁵¹⁵ que pueden causar manía, lo que lleva a diagnosticar trastorno bipolar a uno de cada diez jóvenes tratados con un fármaco para la depresión.⁵¹⁶ El hecho de que en Estados Unidos los médicos hagan este diagnóstico en niños 100 veces más a menudo que en el Reino Unido⁵¹⁷ ilustra que se trata de un diagnóstico falso en casi todos los casos y hasta qué punto está corrompida la psiquiatría estadounidense.

La invención de Biederman del trastorno bipolar juvenil hizo que un gran número de niños fueran tratados con fármacos para la psicosis. El trastorno bipolar infantil era prácticamente desconocido antes de que Biederman empezara a impulsar el diagnóstico y los fármacos. Un libro lo llamaba en su título "Ciencia loca".⁵¹⁸

El psiquiatra James Deutsch preguntó a Biederman en 1998 en una conferencia qué proporción de sus niños "bipolares" tenía antecedentes traumáticos. Respondió sin vacilar: "Ninguna". Deutsch le preguntó entonces en qué lugar del mundo encontraba a esos pacientes. Biederman respondió que sus pacientes estaban limpios de traumas, pero tenían un comportamiento "horrendo". Su colega más joven dijo que menos de tres fármacos simultáneos no tendrían ningún impacto en sus pacientes. Deutch lamenta no haber hecho más para frenar esta locura.

Así es la cima de la profesión psiquiátrica. Inmensamente gratificante para los que más perjudican a los pacientes.

Un psiquiatra del Reino Unido me contó que un chico de 18 años había estado tomando lisdexanfetamina y guanfacina durante 11 años sin ninguna interrupción del tratamiento. En una ocasión, cuando hubo problemas con su suministro de fármacos, desarrolló una psicosis tras saltarse varias dosis de lisdexanfetamina y fue ingresado en el hospital. Al cabo de nueve meses, seguía hospitalizado, pero ahora también recibía un neuroléptico, un medicamento para la depresión y benzodiacepinas. Este cóctel de fármacos es una locura, peligroso e ilógico. Los neurolépticos disminuyen la dopamina, mientras que la lisdexanfetamina la aumenta. Por desgracia, este tipo de prescripción de fármacos antagonistas es habitual en psiquiatría.

Las conclusiones son claras: el diagnóstico de TDAH es falso y debería prohibirse; los fármacos para el TDAH son narcóticos sujetos a prescripción médica y deberían retirarse del mercado; las personas con síntomas que reúnen los requisitos para un diagnóstico de TDAH deberían recibir intervenciones psicosociales; deberían abordarse los factores desencadenantes, como una mala crianza o unos malos profesores; y deberían abordarse las estructuras sociales que impiden a padres y profesores actuar mejor y disponer del tiempo y la libertad para hacerlo.

Es una batalla cuesta arriba porque el adoctrinamiento es muy efectivo. Leí en mi periódico en mayo de 2024 en la sección de deportes que un jugador de fútbol "tenía" TDAH y explicaba que era un trastorno neuropsiquiátrico.⁵¹⁹ Si buscas trastornos neurológicos en Internet, encontrarás enfermedades aterradoras como tumores cerebrales, epilepsia, esclerosis múltiple y demencia.

Así que lo diré de nuevo, en negrita: **El TDAH no es un trastorno neuropsiquiátrico.** Es sólo un nombre para ciertos comportamientos. La invención de esta no-cosa es tan dañina que resulta increíble.

5 Psicosis

La clorpromazina fue el primer gran tranquilizante. Cuando apareció en 1954, se consideró una lobotomía química, ya que producía muchos de los mismos efectos, o una camisa de fuerza química, ya que mantenía a los pacientes bajo control.

Los psiquiatras observaron que no tenía propiedades antipsicóticas específicas. Los pacientes seguían teniendo delirios y alucinaciones, pero eran menos perturbadores, lo que fue la razón principal de la popularidad inmediata de los fármacos para la psicosis. Los efectos predominantes que señalan los pacientes cuando toman las pastillas son sedación, somnolencia, sensación de cansancio, deterioro cognitivo, aplanamiento o entumecimiento emocional, indiferencia, pérdida de motivación, pensamientos lentos y tendencias suicidas.⁵²⁰ Lo que más echan de menos son a sí mismos.

Desafiando a la razón, el presidente de la Sociedad Estadounidense de Psiquiatría Biológica, Harold Himwich, lanzó en 1955 la absurda idea de que los antipsicóticos funcionan como la insulina para la diabetes.⁵²¹

Estos fármacos ni siquiera funcionan para la psicosis aunque se llamen antipsicóticos.

Los resultados obtenidos en los ensayos patrocinados por la industria están muy por debajo de la diferencia mínimamente relevante desde el punto de vista clínico con respecto al placebo⁵²² aunque es fácil que las puntuaciones en una escala de clasificación mejoren bastante si las personas están tranquilizadas y expresan sus ideas anormales con menos frecuencia.

Hace unos 20 años, se llevó a cabo un ensayo muy prestigioso e influyente financiado por el NIMH, el ensayo CATIE.⁵²³ Encontré 191 registros en PubMed sobre el mismo. En él se aleatorizó a 1493 "pacientes del mundo real" con esquizofrenia a olanzapina, quetiapina, risperidona o ziprasidona, o a un fármaco muy antiguo, la perfenazina, comercializado en 1957.

El resultado primario fue muy razonable, el tiempo hasta la interrupción por cualquier motivo, que refleja tanto los beneficios como los perjuicios de los fármacos. Tras 18 meses, sólo el 26% de los pacientes seguían tomando el fármaco, y la perfenazina no era peor que los "atípicos" y no producía más daños extrapiramidales que los alabados fármacos "modernos" contra la psicosis,⁵²⁴ que eran enormemente más caras que un viejo fármaco sin patente.

Los autores hablaron de niveles comparables de eficacia de los cinco fármacos, pero deberían haber hablado de niveles comparables de *ineficacia*, ya que todos los fármacos fracasaron según el resultado primario.

Cochrane protege a los psiquiatras y a la industria farmacéutica

Los pacientes pueden querer estar sedados cuando tienen psicosis aguda, pero una revisión Cochrane demostró que esto se puede conseguir mejor con una benzodiacepina,⁵²⁵ que es lo que todos los pacientes han querido cuando les he preguntado durante mis conferencias.

Pero ninguno lo consiguió. Los pacientes son tratados habitualmente con neurolépticos, incluso contra su voluntad explícita.

En otra revisión Cochrane, *Benzodiacepinas para la agresión o agitación inducida por psicosis*,⁵²⁶ los autores escribieron en el resumen que, "comparado con el haloperidol, no se observó ningún efecto de las benzodiacepinas para la sedación a las 16 horas". Se trataba de una denigración muy engañosa de las benzodiacepinas. Suponiendo que el haloperidol funcione, parece que las benzodiacepinas también funcionaron. No se puede decir que las

benzodiacepinas no tengan ningún efecto a menos que el comparador sea un placebo, y sabemos que las benzodiacepinas pueden calmar a la gente.

Me puse en contacto con Cochrane al respecto, pero tuvieron que pasar cuatro años y mucha insistencia por mi parte antes de que Cochrane lo cambiara.⁵²⁷

Al principio, en junio de 2018, escribí al autor principal, Hadar Zaman, y le pedí que corrigiera el resumen. No lo hizo, pero remitió mis comentarios al Grupo Cochrane de Esquizofrenia y dijo que volverían con orientaciones.

No lo hicieron. Tres meses después, volví a escribir a Zaman, con copia a la editora jefe del Grupo Cochrane de Esquizofrenia, Claire Irving. Dije que, como no había recibido respuesta, había enviado mi crítica a través de la función Comentarios de la *Biblioteca Cochrane*.

También señalé que Zaman podría haber hecho fácilmente las pequeñas correcciones a la revisión que yo había pedido, sin involucrar primero al editor.

Una vez más, me ignoraron. Irving respondió que el grupo respondería "tan pronto como fuera posible", pero tres años más tarde seguía sin tener noticias del grupo, a pesar de que Cochrane está obligada a publicar sin demora los comentarios pertinentes junto con la revisión.

Volví a enviar mi comentario al grupo, repitiendo que me preguntaba por qué los autores no habían citado una revisión Cochrane similar que mostraba que la sedación deseada se producía con mucha más frecuencia con las benzodiacepinas que con los antipsicóticos.⁵²⁸

Pasó más de un año y seguía sin tener noticias del editor del grupo. Por ello envié una queja a la redactora jefe de Cochrane, Karla Soares-Weiser. Me respondió que me avisaría cuando se publicara mi comentario.

No lo hizo. Tres meses después, revisé la reseña y vi que mi comentario había sido publicado. Pero no había ninguna respuesta al mismo en la reseña, y no se había cambiado nada en el resumen gravemente engañoso. Lo consideré una falta de ética editorial.

En marzo de 2023, volví a ponerme en contacto con Soares-Weiser, y en mayo, John Hilton, Jefe de Publicación de Contenidos y Políticas, Ejecutivo Central Cochrane, me escribió para comunicarme que la revisión había sido modificada (el resumen decía ahora que no había diferencias entre el haloperidol y las benzodiacepinas), y se publicó una respuesta.

La única vez que tuve noticias del Grupo Cochrane de Esquizofrenia fue cuatro años antes, cuando me contestaron que responderían "lo antes posible". He comprobado varias veces que, en Cochrane, esto puede significar muchos años. Los autores tampoco respondieron nunca, aunque era su obligación. En su lugar, hubo una respuesta de la "base editorial Cochrane Schizophrenia" dentro de la revisión, lo cual era problemático. Los editores rebajaron su error diciendo que "a veces la frase puede malinterpretarse". No, tal y como está escrita, *siempre* será malinterpretada.

Los editores no consideraron pertinente comentar la revisión Cochrane que halló una sedación más rápida con las benzodiacepinas que con los neurolépticos, argumentando que sólo evaluaba el efecto agudo. Esto no tenía sentido. La revisión que critiqué trataba sobre los tratamientos para la agresión o la agitación inducidas por la psicosis, que son afecciones agudas.

Mi comentario ahora forma parte de la revisión Cochrane,⁵²⁹ pero, por desgracia, el resumen de PubMed sigue siendo el engañoso de 2017.

Esta saga ejemplifica que los grupos Cochrane de salud mental están tan interesados en proteger las falsas ideas que tienen sobre los fármacos que están dispuestos a sacrificar la honestidad científica y a los pacientes para proteger al gremio psiquiátrico. El logotipo de Cochrane es "Pruebas fiables". Ya he explicado por qué hay que desconfiar de las revisiones

Los libros de texto de psiquiatría son gravemente deshonestos

También hay que desconfiar de los libros de texto de psiquiatría.⁵³¹ Son gravemente deshonestos y nos dicen, por ejemplo, que, antes de la llegada de los antipsicóticos, muchos pacientes necesitaban vivir el resto de sus vidas en instituciones; su descubrimiento fue una revolución; muchos pacientes mejoraron claramente su calidad de vida permitiendo su reinserción en la sociedad; los pacientes que antes eran torturados por su enfermedad y eran agresivos ahora podían vivir solos o en viviendas protegidas; y el número de camas hospitalarias disminuyó.

Todo esto es falso. No había referencias para las extravagantes afirmaciones, pero se ha documentado exhaustivamente que los fármacos no tuvieron nada que ver con el vaciado de los manicomios, que empezó antes y estuvo impulsado por consideraciones económicas.⁵³² Los fármacos que no tienen efectos clínicamente relevantes (véase la página 78) no pueden producir resultados tan espectaculares.

Además, en un ensayo con 127 pacientes con un primer episodio esquizofrenia se observó que el número de pacientes que reingresaron en un plazo de tres años con clorpromazina era entre 2 y 3 veces mayor que con placebo.⁵³³

Cuatro de los cinco libros de texto afirmaban que las pastillas funcionan también para los síntomas negativos. Entre ellos se incluyen el aplanamiento afectivo, la pobreza del habla, la asocialidad, la falta de motivación, la incapacidad para realizar tareas o actividades con un objetivo final y la disminución de la capacidad para experimentar emociones agradables.⁵³⁴ Dos libros de texto incluso afirmaban que los fármacos para la psicosis tienen un efecto sobre los síntomas cognitivos. Esta información es falsa. Se sabe desde hace 70 años que las pastillas *empeoran* los síntomas negativos y la cognición.

Bob Whitaker ha descrito lo absurdo que es todo esto.⁵³⁵ Imaginemos que de repente aparece un virus que hace que la gente duerma entre 12 y 14 horas al día, se mueva lentamente y se desentienda emocionalmente. Algunos ganan 30 kg de peso, les sube el azúcar en sangre y el colesterol, y algunos desarrollan diabetes. Las personas infectadas mueren mucho antes que las demás, algunas se suicidan, y los padres entran en pánico ante la idea de que sus hijos también puedan contraer esta horrible enfermedad. Se conceden cientos de millones de dólares a los científicos para que descifren el funcionamiento del virus y descubren que bloquea multitud de receptores cerebrales –dopaminérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos, adrenérgicos e histaminérgicos– que comprometen la función cerebral. Los estudios de resonancia magnética revelan que el virus encoge la corteza cerebral, lo que está relacionado con el deterioro cognitivo. Un público aterrorizado clama por una cura.

Esta enfermedad ha afectado a millones de niños y adultos. Pero no se trata de un virus. Lo que Bob describió son los efectos del neuroléptico más vendido de Eli Lilly, la olanzapina (Zyprexa). Como es un fármaco, aceptamos estos daños. Los psicofármacos son tabú.

Los psiquiatras no saben detectar los daños graves de sus fármacos. La psiquiatría tardó 20 años en reconocer la discinesia tardía (un terrible trastorno del movimiento causado por daños cerebrales, a menudo irreversibles pero enmascarados por el tratamiento en curso) como una enfermedad iatrogénica (causada por los médicos),⁵³⁶ a pesar de que es uno de los peores daños de los fármacos para la psicosis y afecta a alrededor del 4-5% de los pacientes al año.⁵³⁷ Esto significa que la mayoría de los pacientes en tratamiento a largo plazo la desarrollarán. Sin embargo, en 1987, el presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría dijo en un

programa de Oprah Winfrey que la discinesia tardía no era un problema grave ni frecuente.⁵³⁸

En un estudio, los neurólogos encontraron 10 pacientes con discinesia tardía, mientras que los psiquiatras sólo encontraron uno, y se diagnosticó acatisia en 27 frente a 7 pacientes, respectivamente.⁵³⁹ Hay vídeos de niños y adultos con acatisia y discinesia tardía que muestran lo horribles que pueden ser estos daños cerebrales.⁵⁴⁰

Dos libros afirmaban que los daños irreversibles, como la discinesia tardía, causados por los fármacos de primera generación pueden evitarse utilizando fármacos de segunda generación,⁵⁴¹ pero este mensaje de marketing es falso. Los nuevos fármacos no son mejores que los antiguos en cuanto a su efecto clínico,⁵⁴² lo que admitió el ex director del NIMH, Thomas Insel, diciendo que la idea de que eran «medicamentos innovadores» era errónea.⁵⁴³

Los libros de texto consideraban la clozapina (Leponex) el fármaco más eficaz para la esquizofrenia; algunos afirmaban que no causa síntomas extrapiramidales; y otros que reduce la mortalidad o los suicidios, o ambos.

Nada de esto es correcto.⁵⁴⁴ Las afirmaciones de efectos altamente inverosímiles deberían ir acompañadas de referencias, pero no había ninguna. En un estudio, 4 de 104 pacientes tratados con clozapina desarrollaron discinesia tardía.⁵⁴⁵ Nunca se ha documentado en investigaciones fiables que ningún fármaco para la psicosis reduzca la mortalidad, pero sí se ha documentado en ensayos aleatorios que estas pastillas aumentan la mortalidad de forma sustancial (véase más adelante). La supuesta superioridad de la clozapina también es muy cuestionable. Hay metaanálisis mediocres que lo sugieren, pero una revisión Cochrane de buena calidad no lo hizo.⁵⁴⁶

He aconsejado a los pacientes que hagan todo lo posible para evitar ser tratados con un fármaco para la psicosis, y también para asegurarse de que pueden documentar que avisaron al médico, por ejemplo, grabando la conversación, llevando a un periodista a la reunión o exigiendo una nota escrita del médico en el acto, no más tarde. Si los médicos se meten en problemas, suelen negar lo sucedido e incluso pueden cambiar los registros.⁵⁴⁷

En los prospectos, la FDA advierte contra el uso de estos fármacos durante el embarazo, ya que los neonatos pueden desarrollar síntomas extrapiramidales y de abstinencia, como agitación, hipertensión, hipotensión, somnolencia, temblores, trastornos de la alimentación y dificultad respiratoria, que en ocasiones requieren apoyo en la unidad de cuidados intensivos y una hospitalización prolongada.

Sin embargo, un libro de texto recomendaba tratar a las mujeres embarazadas con esquizofrenia porque la psicosis no tratada puede poner en peligro la vida de la madre y del niño,⁵⁴⁸ aunque las pastillas *aumenten* este riesgo. Los autores señalaron que la advertencia de la FDA *sugería* que los fármacos afectan al cerebro tanto del niño como de la madre. Esto es ridículo. Hace 70 años que *sabemos* que los fármacos dificultan las funciones cerebrales normales, y por eso se utilizan, pero según profesores daneses de psiquiatría, sólo es una *posibilidad* que los fármacos para la psicosis puedan afectar al cerebro. Así que, si te pilla la policía después de haber bebido demasiado, diles que es sólo una *posibilidad* que el alcohol afecte al cerebro.

El secreto mejor guardado de la psiquiatría: los neurolépticos son altamente letales

Es difícil averiguar cuántos pacientes matan los médicos con neurolépticos. Se han realizado miles de ensayos, pero cuando mi grupo de investigación buscó en 2019 ensayos controlados con placebo en psicosis que solo incluyeran pacientes que no hubieran recibido antes un fármaco de este tipo, solo encontramos un ensayo.⁵⁴⁹ Era de China y parecía fraudulento.

Como los datos comunicados eran imposibles de conseguir, parecían haber sido fabricados. En 2020, apareció otro ensayo de este tipo, y no encontró ningún efecto de los fármacos para la psicosis en pacientes con un primer episodio de psicosis.⁵⁵⁰

Los ensayos en esquizofrenia son inútiles porque prácticamente todos los pacientes ya están en tratamiento antes de ser asignados al azar, y los que son cambiados a placebo están expuestos a los efectos del síndrome de abstinencia, que aumentan la mortalidad.⁵⁵¹ Además, aproximadamente la mitad de las muertes y la mitad de los suicidios en los ensayos de psicofármacos se han omitido en los informes de los ensayos publicados.⁵⁵²

Por lo tanto, me centré en los pacientes ancianos y con demencia, asumiendo que pocos de ellos estaban en tratamiento antes de ser aleatorizados.

Me quedé de piedra. Un metaanálisis de ensayos controlados con placebo en pacientes con demencia demostró que los antipsicóticos matan a un paciente por cada 100 tratados durante unas diez semanas.⁵⁵³

La FDA encontró el doble de muertes basadas en los mismos ensayos, dos por cada 100.⁵⁵⁴ Estos fármacos son algunos de los más tóxicos jamás inventados y no deberían ser utilizados por nadie.

Los psiquiatras son plenamente conscientes de que la esperanza de vida de los pacientes con esquizofrenia es unos 15 años más corta que la de otras personas, pero no culpan a sus fármacos ni a sí mismos, sino a los pacientes y a su enfermedad. Muy a menudo utilizan dosis elevadas o varios neurolépticos al mismo tiempo, lo que constituye una grave negligencia médica, ya que aumenta el riesgo de muerte sin aumentar ningún efecto beneficioso específico sobre la psicosis, puesto que éstos no existen.

Los ensayos han demostrado que no existe una relación dosis-respuesta para los neurolépticos.⁵⁵⁵ Pero los clínicos lo ignoran por completo. Un comentario típico en conferencias en unidades de psiquiatría es: "Al paciente le va bien tras dos semanas con Zyprexa, así que dupliqué la dosis".

En Dinamarca, los psiquiatras se remitieron a un informe del Consejo de Salud elaborado por ellos mismos cuando afirmaron que el uso simultáneo de varios antipsicóticos no aumenta el riesgo de muerte.⁵⁵⁶ Esto no puede ser correcto, y resultó que el método estadístico utilizado en el informe es totalmente incorrecto.⁵⁵⁷ El informe mostraba que los que recibían cuatro antipsicóticos tenían una mortalidad mayor que los que recibían menos fármacos.

El informe danés también mostraba que la mitad de los pacientes estaban en tratamiento con más de un antipsicótico simultáneamente, aunque no hay datos científicos que lo avalen y a pesar de que tanto las directrices nacionales como las internacionales lo desaconsejan. El récord del que tengo noticia era de siete antipsicóticos simultáneamente.

Los psiquiatras daneses también publicaron un estudio que concluía que "el riesgo de muerte natural no aumentaba con el número de agentes antipsicóticos utilizados simultáneamente en comparación con la monoterapia antipsicótica".⁵⁵⁸ No es una "muerte natural" morir por un antipsicótico. Y la mortalidad se duplicaba cuando los pacientes psicóticos recibían tres o más antipsicóticos simultáneamente en lugar de uno. Los autores eliminaron este desagradable resultado ajustando por comedición somática, lo cual es un error enorme.⁵⁵⁹ La tasa de mortalidad se disparaban cuantos más fármacos para enfermedades somáticas recibían los pacientes (27 veces si recibían al menos 10), y el uso de, por ejemplo, fármacos cardiovasculares fue del 37% y el 16% entre los que murieron y los que sobrevivieron (controles), respectivamente. El uso de fármacos para la diabetes fue del 12% y el 6%, respectivamente.

Dado que el aumento de las dosis y el uso de varios antipsicóticos aumentan

simultáneamente la incidencia de enfermedades somáticas, es erróneo ajustar por el uso de medicación somática, ya que ésta forma parte de la cadena causal que va de la psicosis a la muerte.

Estudios mejores han demostrado que la polifarmacia con antipsicóticos aumenta las muertes, como era de esperar. Algunos de estos estudios se mencionan en la sección de Discusión del estudio.

Se han inventado innumerables estudios para apoyar la mentira de que los fármacos para la psicosis *reducen* la mortalidad por trastornos psicóticos, como afirmaban dos libros de texto,⁵⁶⁰ pero todos los estudios tienen graves defectos.⁵⁶¹ Sobre todo, los pacientes que se comparan –los que toman pastillas y los que no– no son comparables. Los artículos sobre el "estado del arte" de las revistas médicas no son mejores.⁵⁶²

Bob me escribió una vez que se requiere una extraordinaria gimnasia mental por parte de los psiquiatras para concluir que estos fármacos, que provocan obesidad, disfunción metabólica, diabetes, discinesia tardía, arritmias cardíacas letales, etc., protegen contra la muerte. Cuando intenté averiguar por qué mueren los jóvenes con esquizofrenia, me encontré con un obstáculo, cuidadosamente custodiado por el gremio psiquiátrico. Es uno de los secretos mejor guardados de la psiquiatría que muchos pacientes mueren con fármacos para la psicosis. Describí mis experiencias en 2017⁵⁶³ pero los acontecimientos posteriores fueron aún peores.

En 2012, Wenche ten Velden Hegelstad y sus colegas publicaron datos de seguimiento a 10 años de 281 pacientes con un primer episodio de psicosis (el estudio TIPS).⁵⁶⁴ Aunque su edad media era de solo 29 años, el 12% falleció en menos de 10 años, pero el artículo detallado de los autores versaba sobre la recuperación y las puntuaciones de los síntomas. No se interesaron por todas estas muertes, que aparecían en un diagrama de flujo de pacientes perdidos durante el seguimiento y no se comentaban en ninguna parte.

La mayoría de los pacientes seguían en tratamiento 10 años después de empezar, lo cual es aterrador, ya que alrededor de la mitad de ellos habrían desarrollado discinesia tardía y porque muchos, si no todos, habrían desarrollado daños cerebrales permanentes en ese momento.⁵⁶⁵

Pregunté a Hegelstad por las causas de la muerte y le envié dos recordatorios. Me contestó que estaban preparando un manuscrito con la información que les pedí. Pero cuando su artículo salió a la luz, el número de muertes había cambiado y la información que yo necesitaba no estaba allí. Dos meses más tarde, Bob Whitaker y yo escribimos al editor de *World Psychiatry*, el profesor Mario Maj, pidiéndole ayuda para obtener una visión única de por qué tantos pacientes habían muerto tan jóvenes en el estudio de Hegelstad, lo que sería "un gran servicio para la psiquiatría, los pacientes y todos los demás interesados en este tema de vital importancia."

Pedimos a Maj que publicara nuestra breve carta de 346 palabras y se asegurara de obtener una respuesta de los investigadores. En concreto, queríamos saber por qué ocho pacientes murieron de enfermedades físicas no especificadas. Ocho días después, Maj nos contestó: "Desgraciadamente, aunque es un artículo interesante, no compite con éxito por uno de los huecos que tenemos disponibles en la revista para cartas". Seis años después, recibí la misma nota robótica de rechazo cuando envié una carta sobre otro tema a Maj.⁵⁶⁶

Qué tontos fuimos al pensar que los psiquiatras convencionales tienen algún interés en ayudar a los jóvenes a sobrevivir averiguando qué los mata. Apelé la decisión de Maj:

"Las personas con las que he hablado en varios países sobre las muertes de jóvenes con esquizofrenia –psiquiatras, expertos forenses y pacientes– han coincidido en que necesitamos

desesperadamente el tipo de información que le pedimos que nos proporcione de la valiosa cohorte de pacientes sobre la que Melle et al. informaron en su revista. Existe la sospecha generalizada y bien fundamentada de que la razón por la que no hemos visto una relación detallada de las causas de muerte en cohortes como la del estudio TIPS... es que los psiquiatras dan prioridad a proteger los intereses de su gremio en lugar de proteger a los pacientes. Al negarse a publicar nuestra carta y sacar a la luz los datos que Melle et al. tienen en sus archivos, usted contribuye a esa sospecha... Por lo tanto, le pedimos que se asegure de que estos datos salgan a la luz, en beneficio de los pacientes. Creemos que es su deber profesional y ético, como director de una revista y como médico, hacer que esto ocurra. No se trata de los espacios disponibles en la revista para las cartas. Es una cuestión de prioridades".

No volvimos a saber nada de Maj. A menudo me he preguntado por qué es infructuoso apelar a la brújula moral interior de los psiquiatras. Supongo que muchos no la tienen y que por eso se hicieron psiquiatras, ya que no tendrán que rendir cuentas en esta especialidad.

Hay excepciones. La catedrática de Psiquiatría Merete Nordentoft se mostró comunicativa cuando le pregunté por las causas de muerte de 33 pacientes tras 10 años de seguimiento en el estudio OPUS de pacientes con un primer episodio de psicosis.⁵⁶⁷ Mencioné que los suicidios, los accidentes y las muertes súbitas inexplicables podían estar relacionados con los fármacos. Nordentoft envió una lista de las muertes y escribió que las muertes cardíacas no estaban en la lista, pero que había visto en los certificados de defunción que algunos pacientes simplemente habían caído muertos, uno de ellos mientras estaba sentado en una silla.

Pregunté a Hegelstad por las cifras contradictorias de muertes y por las causas de la muerte, pero no volví a saber de ella.

TIPS recibió subvenciones de 15 financiadores, entre ellos el Consejo Noruego de Investigación, el NIMH y tres empresas farmacéuticas. Solicité información detallada sobre las muertes, haciendo hincapié en que los financiadores tienen la obligación ética de garantizar que se publique la información de gran importancia para la salud pública recopilada en un estudio financiado.

El silencio fue desalentador. Janssen-Cilag respondió que ellos encontraban los datos publicados en *World Psychiatry* plenamente satisfactorios, y tanto ellos como Eli Lilly nos animaron a ponernos en contacto con los autores, lo cual era absurdo, ya que yo había explicado que los autores se habían negado a compartir sus datos. Lundbeck no respondió.

En diciembre de 2017, el Consejo Noruego de Investigación publicó una nueva política que no dejaba lugar a dudas de que los datos de investigación debían ser accesibles para otros investigadores, sin demora. Pero pasaron cinco meses desde que escribí al Consejo hasta que recibí una carta de Ingrid Melle, a quien el Consejo había pedido que me respondiera.

Me dijeron que había interpretado mal una figura del artículo original en la que contaba 49 muertes, pero la figura era muy engañosa. Melle me envió una tabla, que tampoco era útil, y su correo electrónico suscitó nuevas preguntas. ¿Por qué se suicidaron 16 jóvenes (el 6%) en solo 10 años? ¿Y por qué esta información de vital importancia no fue explorada por los investigadores?

No podemos concluir que fue su esquizofrenia lo que les llevó al suicidio. Lo que faltaba totalmente en los libros de texto eran los daños psicológicos que los psiquiatras infligen a sus pacientes al quitarles la esperanza de volver a estar sanos, por ejemplo, diciéndoles que su enfermedad es genética, o que puede verse en un escáner cerebral, o que es para toda la vida, o que requiere un tratamiento de por vida con fármacos para la psicosis, todo lo cual se decía en los libros de texto.⁵⁶⁸

Es comprensible que esto aumente considerablemente el riesgo de suicidio. Un estudio

basado en un registro danés de 2.429 suicidios mostró una relación dosis-respuesta muy marcada: Cuanto más estrecho era el contacto con el personal psiquiátrico, mayor era el riesgo de suicidio.⁵⁶⁹ Por supuesto, se esperaría que los pacientes ingresados en el hospital tuvieran un mayor riesgo de suicidio porque están más enfermos que los demás (confusión por indicación), pero los resultados fueron sólidos y la mayoría de los sesgos potenciales favorecieron la hipótesis nula de que no había relación. En un editorial adjunto se señalaba que es totalmente plausible que el estigma y el trauma inherentes al tratamiento psiquiátrico –sobre todo si es involuntario– puedan ser causa de suicidio.⁵⁷⁰

Un libro de texto mencionaba 10 factores de riesgo de suicidio, pero el ingreso en una unidad de psiquiatría no figuraba entre ellos a pesar de que parece ser el mayor riesgo de todos. No es de extrañar que los pacientes se suiciden cuando están expuestos a fármacos de forma forzosa, a otros tratamientos forzados, a ingresos involuntarios, a la humillación, a la estigmatización y a la pérdida de esperanza. Además, cuando los psiquiatras les quitan a los pacientes la esperanza de vivir algún día una vida normal, ¿por qué deberían entonces preocuparse por tener un estilo de vida saludable? Si la vida nunca merecerá la pena, ¿por qué iban a abstenerse de fumar y beber?

Hubo ocho muertes por "causas naturales" en el estudio TIPS, pero no es natural que muera una persona joven.

Volví a escribir al Consejo Noruego de Investigación, señalando que Melle me había dicho que existía información completa sobre las causas de la muerte. Pedí que me la enviaran en un formato anónimo. También señalé que Melle me había preguntado: "Puesto que escribe con el membrete del Centro Cochrane Nórdico, tengo curiosidad por saber si Cochrane tiene planes de hacer algo en este ámbito" y le dije que no entendía la relevancia de esta pregunta. ¿Por qué *no* iba a utilizar el membrete de mi propio centro?

No supe nada más. Pero el comentario inapropiado de Melle sobre el membrete parece haber formado parte de un esfuerzo concertado destinado a destituirme de mi puesto de director del centro Cochrane.⁵⁷¹

En mi carta a los financiadores del estudio TIPS, en la que les explicaba que tenían la obligación ética de ayudarnos a obtener los datos que faltaban, señalaba que "estamos convencidos de que los pacientes con trastornos psicóticos están de acuerdo con nosotros (soy Protector de la Red *Escuchando Voces* en Dinamarca)".

Uno de los financiadores, el Instituto de Investigación Médica Stanley de EE.UU., no respondió, pero el psiquiatra Edwin Fuller Torrey, director asociado de investigación del instituto, se quejó de mí en dos cartas dirigidas al director general de la Colaboración Cochrane, el periodista Mark Wilson. Torrey es un personaje malicioso. Entre otras cosas, escribió:

"La credibilidad de la Colaboración Cochrane se basa en la asunción de objetividad...

Dicha objetividad parece estar muy en entredicho para el Dr. Peter C. Gøtzsche, que se identifica a sí mismo como Director del Centro Cochrane Nórdico y como Protector de la Red *Escuchando Voces* de Dinamarca. Esta organización promueve la creencia de que las alucinaciones auditivas no son más que un extremo de un espectro conductual normal, poniendo así en duda que la esquizofrenia exista realmente como enfermedad, y que oír voces esté causado por traumas en la infancia, de lo que no existen pruebas sólidas. Dada esta clara falta de objetividad, personalmente no consideraría creíble ninguna publicación de Cochrane sobre enfermedades mentales."

Torrey también escribió que la Red *Escuchando Voces* anima a las personas con esquizofrenia a dejar de tomar su medicación, y que "es muy difícil imaginar cómo alguien con

estos puntos de vista podría ser objetivo respecto a un estudio Cochrane sobre antipsicóticos, impugnando así su credibilidad, que es su activo más importante."

Esto era extraño y pura maldad. ¿Cómo puede estar "muy en duda" mi objetividad cuando me limito a indagar sobre las muertes y sus causas? Además, contrariamente a las afirmaciones de Torrey, hay pruebas sólidas de que la psicosis está relacionada con los traumas infantiles, con una clara relación dosis-respuesta.⁵⁷²

Torrey también sacó la conclusión lógicamente falsa de que porque yo sea protector de la Red *Escuchando Voces*, ninguna publicación de Cochrane sobre enfermedades mentales es creíble.

La Red me envió un correo electrónico que remití a la dirección de Cochrane cuando les sugerí cómo debían responder a Torrey. La Red señaló que se sentía honrada de que yo fuera su protector y que los comentarios de Torrey a Wilson rozaban el ridículo cuando intentaba desacreditar a toda la Colaboración Cochrane. Querían que Torrey dejara de utilizar la Red como plataforma para insultar a un respetado profesor junto con la Colaboración Cochrane y le sugirieron que se disculpara por sus comentarios irrespetuosos sobre las personas que oyen voces.

Mis críticas al crimen organizado de la industria farmacéutica, a los ensayos con psicofármacos y al uso excesivo de medicamentos psiquiátricos nunca fueron del agrado de Wilson, que transformó un movimiento de base idealista en un negocio centrado en la marca y las ventas, y rápidamente empezó a acosarme después de haber sido contratado. En esta ocasión, en lugar de desestimar la queja de Torrey, me escribió diciendo que yo había infringido la Política de Portavoces de Cochrane al utilizar el membrete de mi centro y mi título y que esto llevaría razonablemente a cualquier lector a suponer que la solicitud procedía del Centro Cochrane Nórdico y que las opiniones expresadas eran las del centro.

Wilson quería disculparse con Torrey por "cualquier confusión al respecto". Bastante interesante, que un matón quiera disculparse con el otro matón cuando la persona entre los matones no ha hecho nada malo.

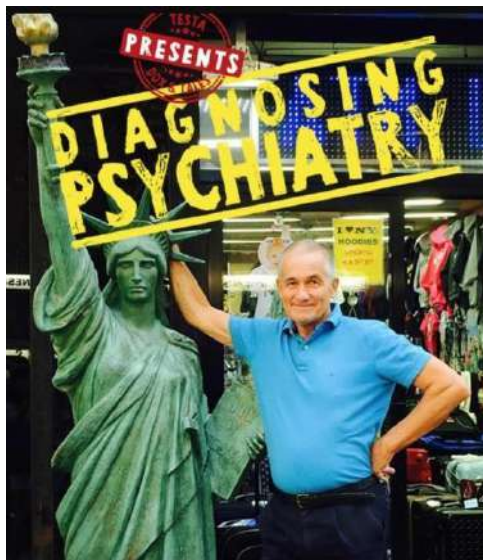
El montaje era ridículo. El propio abogado de Cochrane no encontró que yo hubiera roto la Política de Portavoces,⁵⁷³ pero esas nimiedades no importan a los matones. Wilson inventó un problema falso. Estaba claro que la petición procedía del centro y que yo, como director, estaba autorizado a hablar en nombre de mi centro. Mis opiniones eran incluso compartidas por mi personal. Además, mi carta no era un anuncio público, sino una carta a un financiador. Nadie podía "confundirse".

El abogado estadounidense Ryan Horath describió la farsa de esta manera:⁵⁷⁴ "Los líderes de Cochrane se obsesionaron con que Gøtzsche utilizara el membrete del Centro Cochrane Nórdico para enviar esta solicitud. Y un gran número de personas parecen estar de acuerdo con la obsesión de la junta... DIOS MÍO, ¿QUÉ LES PASA? Un investigador está haciendo averiguaciones sobre la supresión de información relativa a niños que murieron en un ensayo clínico y ¿todo el mundo está preocupado por qué membrete pone?... Peor aún, está claro que la indignación por el uso del membrete de Cochrane es una indignación fingida, ya que se trataba de una carta privada.

¿Estaba Fuller Torrey confuso sobre si la carta representaba las opiniones de Cochrane? Aparentemente no... En su lugar, Torrey argumentó que Gøtzsche no era 'objetivo' y que esto dañaba la reputación de Cochrane - algo totalmente diferente... Por lo tanto, el uso de esta queja por parte de la dirección de Cochrane en su caso fue engañoso. La denuncia trata de una cosa, y la utilizaron como prueba de otra (acusación falsa). Así es como funcionan los tribunales irregulares".

Diagnosticando psiquiatría

La cineasta danesa Anahi Testa Pedersen dirigió una película en 2017, *Diagnosing Psychiatry*, sobre lo que quiero lograr:⁵⁷⁵



Sugerí este título porque la película muestra que la psiquiatría es como una enfermedad que puede infectar a personas sanas, lo que también le ocurrió a Anahí. Le diagnosticaron esquizotipia en 2009, cuando se sintió gravemente angustiada por un divorcio difícil. Ella bromea sobre el diagnóstico en la película, y es obvio que nunca debería haber tenido un diagnóstico psiquiátrico ni haber sido tratada con fármacos.

Sin embargo, en el hospital Bispebjerg le dieron quetiapina (Seroquel), un fármaco para la psicosis, y escitalopram (Lexapro), un fármaco para la depresión. Anahí se quedó muy sorprendida al saber que, aunque había acudido voluntariamente al psiquiátrico, las puertas estaban cerradas tras ella.

Cuando cuestionó su diagnóstico al ser dada de alta, le dijeron: "¡Aquí hacemos diagnósticos!".⁵⁷⁶ Los fármacos la doparon y la volvieron indiferente, y los dejó.

Ocho años más tarde, recibió una carta de Psiquiatría de la Región Capital. Querían examinar a su hija creyendo que los trastornos psiquiátricos son hereditarios. Como es lógico, Anahí se enfadó. La carta la estigmatizaba tanto a ella como a su hija, que se desenvolvía bien, era feliz, estaba sana y tenía muchos amigos. La citación llegó sin que se le preguntara por su evolución tras el alta, ni por la situación y bienestar de su hija.

Anahí telefoneó a un psiquiatra del departamento donde había estado pero, aunque su médico de cabecera le había asegurado que se encontraba bien y dudaba de que su diagnóstico fuera correcto, le dijeron, cuando solicitó un nuevo examen: "¡El sistema no hace eso!".

La condenaron de por vida, pero erróneamente. Esto no habría ocurrido si hubiera sido condenada erróneamente por un delito, pero en psiquiatría, esto es perfectamente "normal".

Tras muchos años de intentos, finalmente fue desdiagnosticada, en 2024, ya que las nuevas directrices diagnósticas (CIE-11) lo permiten.

No tenía ni idea de qué se suponía que era el monstruo de Anahí, así que lo busqué en Internet y encontré un test para el trastorno esquizotípico de la personalidad. El test era una

farsa y, como ya he explicado,⁵⁷⁷ ¡muchos psiquiatras, quizá la mayoría, darían positivo!

Además, el test puede conducir a pruebas circulares. Personas sanas podrían dar positivo cuando han sido tratadas de forma inhumana por psiquiatras, incluso siendo tratadas a la fuerza con fármacos para la psicosis.

Este diagnóstico, y la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos, deberían descartarse.

Deberíamos centrarnos en los problemas de los pacientes, y no en un sistema de diagnóstico que es arbitrario, poco fiable y carente de base científica.⁵⁷⁸

Las intervenciones psicosociales son mucho mejores que los fármacos

Irónicamente, a los pacientes con psicosis les va mucho mejor si no se les trata con los llamados antipsicóticos.⁵⁷⁹ El psiquiatra Loren Mosher no estaba en contra de los fármacos, pero en 1971 abrió una casa Soteria de 12 habitaciones, porque quería tratar a los psicóticos agudos de forma humanista, con empatía y cariño. No había cerraduras en las puertas y los pacientes eran tratados con respeto. Los empleados no eran profesionales de la salud mental, sino personas que tenían habilidades sociales y empatía y escuchaban las historias de los pacientes, que a menudo revelaban traumas con abusos y un fracaso social extremo.⁵⁸⁰

Mosher allanó el camino para el enfoque del Diálogo Abierto en Laponia. Una comparación con Estocolmo muestra la diferencia entre un enfoque empático y obligar inmediatamente a tomar fármacos a los pacientes con un primer episodio de psicosis.⁵⁸¹ Los pacientes eran muy comparables, pero en Estocolmo, el 93% fueron tratados con fármacos para la psicosis frente a sólo el 33% en Laponia, y cinco años después, el uso continuado era del 75% frente al 17%. Al cabo de cinco años, el 62% frente al 19% recibía subsidios por incapacidad o baja laboral, y el uso de camas hospitalarias también había sido mucho mayor en Estocolmo, 110 frente a 31 días, de media. No fue un estudio aleatorio, pero los resultados son tan sorprendentes que sería irresponsable descartarlos, y muchos otros estudios apoyan un enfoque no farmacológico de la psicosis aguda.⁵⁸²

Los buenos resultados obtenidos por Mosher, también en un ensayo aleatorizado, resultaron muy amenazadores para otros psiquiatras.⁵⁸³ Sus pacientes tenían menos recaídas y se desenvolvían mejor en la sociedad en cuanto a mantener un empleo y asistir a la escuela que los que tomaban fármacos. También resultaba ofensivo para otros psiquiatras sugerir que la gente corriente podía ayudar a los locos más que los psiquiatras con sus fármacos.

Mosher era el jefe del Centro de Estudios de la Esquizofrenia del NIMH, así que no estaba claro cómo se le podía detener. El comité de proyectos clínicos del NIMH planteó dudas sobre el rigor de su investigación y redujo tanto la financiación que fue un beso de la muerte.

Mosher intentó obtener financiación de otra división del NIMH y el comité de revisión se mostró muy entusiasmado. Sin embargo, el comité de proyectos clínicos acabó con su proyecto con comentarios despectivos sobre los supuestos "graves defectos" del estudio y dijo que sólo habría más financiación si Mosher renunciaba para que el comité pudiera rediseñar el proyecto con otro investigador.

Se trata de una de las maniobras más feas que he visto jamás contra un investigador muy respetado que era un tesoro para los pacientes. Más tarde, Mosher fue expulsado del NIMH, y dijo amargamente: "Si estábamos obteniendo resultados tan buenos, entonces yo no debía ser un científico honesto". Otros en Estados Unidos que cuestionaron los méritos de fármacos para la psicosis aprendieron rápidamente que eso no haría avanzar su carrera, y el NIMH no asignó más fondos a proyectos tan herejes.⁵⁸⁴

La negación organizada es abrumadora, y sigue con nosotros. En 2016, Jan Ivar Røssberg,

profesor y jefe de enseñanza de psiquiatría de la Universidad de Oslo, afirmó en un artículo periodístico que el tratamiento de la psicosis sin fármacos carece de base científico.⁵⁸⁵ En 2017, él y sus colegas afirmaron en el *Norwegian Medical Journal* que los neurolépticos funcionan para la mayoría de las personas; reducen la mortalidad y aumentan su capacidad funcional y calidad de vida. En ambos medios insinué que Røssberg mentía sin decirlo directamente.⁵⁸⁶ En su respuesta, Røssberg mencionó que yo seguía con mi cruzada antipsiquiátrica.⁵⁸⁷

El presidente de la Asociación Noruega de Psiquiatría, Ulrik Fredrik Malt, afirmó en un periódico que mis afirmaciones de que los antipsicóticos matan a muchos pacientes y les impiden volver a una vida normal eran falsas.⁵⁸⁸ Opinó que los fármacos pueden ayudar a algunos a volver a una vida relativamente normal.

Sin embargo, bajo el título, *Los profesores difunden miedo, medias verdades y mentiras*, una organización de pacientes me apoyó y criticó a Røssberg y Malt por tener muy poco respeto por los usuarios.⁵⁸⁹ Señalaron que era mentira que la mayoría de los pacientes tomaran antipsicóticos voluntariamente porque a muchos se les amenazaba con que, si no lo hacían, se les aplicaría la fuerza.

Una revisión sistemática demostró que la terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia mejora los resultados clínicos sin coste adicional, y la modelización económica sugirió que incluso podría suponer un ahorro de costes debido al menor número de ingresos hospitalarios.⁵⁹⁰

Los psiquiatras tienden a ignorar esta información, pero hace poco descubrieron que, si hablan más con sus pacientes, hay menos necesidad de forzar el tratamiento. Merete Nordentoft contó esta experiencia en un debate televisivo conmigo. Me pregunté por qué era algo que los psiquiatras debían descubrir. ¿No deberían haberlo sabido siempre?

Afortunadamente, había muchos comentarios en los libros de texto sobre los efectos positivos de la implicación familiar, la divulgación, el tratamiento asertivo comunitario en términos de pacientes, los equipos multidisciplinarios, la terapia cognitivo-conductual y el entrenamiento neurocognitivo.⁵⁹¹ El estudio OPUS en Dinamarca y el estudio AESOP en Inglaterra mostraron que más de la mitad de los pacientes ya no tenían síntomas psicóticos después de 10 años, y los estudios mostraron una reducción de los reingresos, menos días de hospitalización, una reducción a la mitad del riesgo de recaída y un efecto sobre los síntomas psicóticos, el abuso de drogas e incluso los síntomas negativos.

Un libro señalaba que el empleo con apoyo hacía tres veces más probable que los pacientes encontraran trabajo, con referencia a una revisión Cochrane.⁵⁹² La revisión señalaba que las pruebas eran de muy baja calidad, principalmente porque ninguno de los 14 estudios estaba cegado. Es lamentable que los investigadores Cochrane sigan servilmente el enfoque del recetario de cocina de Cochrane y rebajen los resultados de las intervenciones psicosociales porque no pueden ser cegadas, ya que son claramente superiores a los fármacos. Además, los efectos objetivos de la intervención familiar, la psicoeducación y el mindfulness en términos de empleo e ingresos hospitalarios,⁵⁹³ no pueden explicarse por el sesgo causado por la falta de cegamiento.⁵⁹⁴

Otro problema de la cocina Cochrane es que las revisiones Cochrane son demasiado farragosas. Una revisión sobre la toma de decisiones compartida sólo incluía dos estudios, pero los autores escribieron 45 páginas sobre ellos aunque no pudieran concluir nada.⁵⁹⁵

No necesitamos estudiar la toma de decisiones compartida en ensayos aleatorios. Es un imperativo ético que respetemos a los pacientes y les impliquemos en nuestras decisiones. Este principio no puede suspenderse porque los pacientes sean psicóticos, según la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,⁵⁹⁶

que ha sido ratificada por prácticamente todos los países excepto Estados Unidos.

Litio y antiepilépticos

La psiquiatría hospitalaria de una de las regiones danesas menciona en su página web que "Los fármacos para el trastorno bipolar –fármacos estabilizadores del estado de ánimo– pueden prevenir y curar la depresión, la manía y los estados mixtos en la mayoría de las personas".⁵⁹⁷ Esto es falso. Los psicofármacos tienen efectos sintomáticos. No pueden prevenir ni curar nada.

El litio es un metal muy tóxico que se utiliza para la psicosis bipolar. Sedan a las personas y las vuelven inactivas, pero los psiquiatras alaban mucho el fármaco, dicen que funciona y previene el suicidio. Un psiquiatra sueco en formación, Joakim Börjesson, se quedó conmigo tres meses en 2017 para investigar este tema. Joakim es mucho más brillante que el psiquiatra medio, y se planteó dejar la psiquiatría después de darse cuenta, leyendo libros de Bob Whitaker y míos, de que le habían engañado totalmente durante sus estudios de medicina. Le habían dicho que los psicofármacos estaban específicamente dirigidos a actuar sobre el origen biológico de un trastorno, lo que le pareció tan fascinante que decidió hacerse psiquiatra.

Excluimos los ensayos de síndrome de abstinencia y nos quedamos sólo con cuatro ensayos. Hubo tres suicidios con placebo y ninguno con litio, y nueve muertes frente a dos, pero como la mitad de las muertes faltan en los ensayos de psicofármacos, no sacamos ninguna conclusión firme.⁵⁹⁸ No sabemos si el litio ayuda porque los ensayos tuvieron resultados muy subjetivos y deben haber estado mal cegados debido a los pronunciados efectos adversos del litio. No es un fármaco que recomendaría a nadie.

En general, la información sobre el litio en los libros de texto era incorrecta. Un libro, editado por Poul Videbech, afirmaba que el litio tiene un efecto profiláctico en los trastornos esquizoafectivos y puede amortiguar la agresividad,⁵⁹⁹ sin ninguna referencia. Sin embargo, una revisión sistemática de 2015 de 22 ensayos de litio para la esquizofrenia no encontró pruebas fiables de que el litio funcione.⁶⁰⁰ Actualicé la búsqueda en abril de 2022 buscando *litio esquizo** en el campo del título en PubMed y no encontré ningún ensayo adicional.

Un libro afirmaba que el litio previene el comportamiento suicida en los niños,⁶⁰¹ pero no hay pruebas de que esto sea correcto. Tres libros afirmaban que el litio es neuroprotector, y dos de ellos que el fármaco previene la demencia, sin que exista documentación alguna que avale estos pensamientos ilusorios.

Los antiepilépticos también se utilizan para la psicosis bipolar, y para muchas otras cosas. Los psiquiatras lo han justificado llamándolos "estabilizadores del estado de ánimo", pero nunca han definido realmente lo que significa.

Su principal efecto es suprimir la capacidad de respuesta emocional adormeciendo y sedando a las personas, o estimulándolas, y duplican el riesgo de suicidio.⁶⁰²

¿Cómo llegaron a describirse fármacos con tales efectos con el término positivo de "estabilizador del estado de ánimo"? No estabilizan nada. Destruyen a las personas, por ejemplo, uno de cada 14 pacientes que toma gabapentina (Neurontin) desarrolla ataxia (véase el prospecto), que es una falta de coordinación voluntaria de los movimientos musculares. Y los ensayos clínicos se caracterizan por el fraude masivo.⁶⁰³ A menudo me he encontrado con pacientes que tomaban lamotrigina. Sólo se publicaron dos ensayos positivos para este fármaco, mientras que siete grandes ensayos negativos no se publicaron.⁶⁰⁴ Pero la FDA consideró los otros como ensayos fallidos y aprobó el fármaco fallido.

Otro fármaco de uso común es la pregabalina, cuyo seductor nombre comercial es Lyrica.

No hay nada lírico en quedar sedado o eufórico y que se duplique el riesgo de suicidio.

El libro de texto editado por Videbech afirmaba que algunos antiepilépticos pueden utilizarse para la profilaxis del trastorno bipolar.⁶⁰⁵ No había referencias, pero las revisiones sistemáticas no apoyan esta afirmación. Dos libros afirmaban que los electroshocks son eficaces en el 60-80% de los pacientes, afirmaciones que carecen de sentido, ya que no hay ningún grupo de control.

No recomendaría estos fármacos para pacientes psiquiátricos.

6 Demencia

Empecemos con un poco de sentido común. ¿Qué probabilidad hay de que un fármaco ralentice los procesos degenerativos del cerebro? Muy cercana a cero. ¿Qué probabilidad hay de que los ensayos clínicos estén sesgados? Alrededor del 100%. ¿Qué probabilidad hay entonces de que los efectos triviales medidos en alguna escala de valoración en los ensayos de fármacos que no están efectivamente cegados sean reales e importantes?

Aproximadamente cero.

En una reunión en mi hospital, un farmacólogo clínico reconoció que el efecto del fármaco es tan pequeño que es irrelevante. Sin embargo, dijo que los fármacos podían probarse de todos modos porque algunos pacientes responden mejor que otros. Con este argumento, podríamos utilizar cualquier cosa que no funcionara, incluso la homeopatía. Le hablé un poco de la variación estadística. Si el ensayo se repite en los mismos pacientes, otros pacientes parecerán responder falsamente.

Imagina que tu viejo coche da problemas y tu mecánico te dice que su arreglo no funciona, pero que espera que funcione para tu coche. ¿Por qué es tan difícil que los médicos se den cuenta de que, tal y como usan los medicamentos, nunca querrían que su mecánico les copiara?

Los médicos ignoran o no saben que su experiencia clínica es muy engañosa. Empiezan a administrar a los pacientes fármacos ineficaces y ven cómo les va. A diferencia de los coches, muchos pacientes mejoran con el tiempo, y entonces sacan la falsa conclusión de que el fármaco funcionó.

Las autoridades farmacéuticas son igual de poco razonables. Numerosos prospectos recomiendan probar un medicamento y ver cómo va.

¿Y los libros de texto? Por desgracia, todos son muy engañosos.⁶⁰⁶ *Todas las afirmaciones sobre los efectos positivos de los fármacos eran erróneas, y no había ni una sola referencia a ensayos controlados con placebo o metaanálisis. Los libros hablaban de efectos milagrosos: los inhibidores de la acetilcolinesterasa pueden mejorar las funciones cognitivas, la apatía, las alucinaciones, los delirios y otros síntomas neuropsíquicos y psicológicos; pueden inhibir la progresión de la enfermedad durante meses o algunos años; pueden reducir el deterioro del nivel funcional y del comportamiento; y pueden conducir a la reanudación de actividades previas.*

En 2022, unos periodistas escribieron en un periódico que los fármacos "pueden ralentizar el desarrollo de la demencia hasta unos pocos años en muchas personas". Me permitieron rebatirlo.⁶⁰⁷ Obviamente, los profesionales a los que entrevistaron les mintieron.

Una revisión Cochrane de 2006 sobre donepezilo, galantamina y rivastigmina no prestó atención al problema del sesgo y concluyó que los inhibidores de la colinesterasa son eficaces.⁶⁰⁸ Sin embargo, la mejora de la función cognitiva fue de 2,7 puntos, en el rango medio de una escala de 70 puntos, e inferior a los 4 puntos que la FDA considera el cambio mínimo clínicamente relevante.⁶⁰⁹ El autor escribió que "el donepezilo no parece tener efectos secundarios graves o comunes", lo cual es tan atrozmente falso que Pfizer difícilmente se habría atrevido a afirmarlo en sus anuncios del fármaco.

Los daños son comunes y graves, como demostró la propia autora, ya que el 29% de los pacientes abandonaron el tratamiento con el fármaco, frente a sólo el 18% con placebo.

Los daños más comunes enumerados en el prospecto son náuseas, diarrea, insomnio, vómitos, calambres musculares, fatiga y anorexia,⁶¹⁰ que no es exactamente lo que queríamos

para una persona mayor que ya podría tener algunos de estos problemas.

La lista de daños frecuentes es muy larga. La hipotensión y el síncope se producen en más del 1% y cuando los ancianos se caen y se rompen la cadera, alrededor del 20% morirá en el plazo de un año. Un estudio canadiense demostró que las personas que tomaban fármacos para la demencia casi duplicaban el riesgo de ingreso hospitalario, se rompían la cadera y se les colocaba un marcapasos con más frecuencia.⁶¹¹ Sorprendentemente, más de la mitad de los pacientes que ingresaron en el hospital con un pulso demasiado bajo estaban tratados con el mismo tipo de fármaco tras el alta. Una prueba más de que los médicos no pueden manejar los psicofármacos con seguridad.

Un estudio de 2014 sobre 5.406 residentes en residencias de ancianos de Estados Unidos con demencia avanzada descubrió que un tercio recibía inhibidores de la colinesterasa y un cuarto memantina, otro fármaco para la demencia.⁶¹²

No se han encontrado beneficios para la sociedad,⁶¹³ lo cual es interesante ya que oímos hablar tan a menudo de la carga económica de la demencia y de lo importante que es intervenir con fármacos, sobre todo por parte de los políticos cuando se acercan las elecciones generales.

Un ensayo a largo plazo de 565 pacientes con enfermedad de Alzheimer que comparó el donepezilo con el placebo no encontró efectos significativos, y los autores concluyeron que el fármaco no es rentable, con beneficios por debajo de los umbrales mínimamente relevantes.⁶¹⁴

A diferencia de los otros ensayos, este fue financiado con fondos públicos. Se excluyó de la revisión Cochrane con las excusas no válidas de que no se informó por separado de dos grupos de diferente dosis y de que "el diseño complejo y el elevado número de abandonos dificultaron el análisis y la interpretación". Al tratarse de un ensayo a largo plazo, era de esperar una alta tasa de abandonos. El resultado después de tres años fue similar en el fármaco y el placebo para la institucionalización, la progresión de la discapacidad y los síntomas conductuales y psicológicos.

Muy pocos ensayos en psiquiatría duran años, pero esos ensayos son exactamente los que necesitamos en lugar de los miles de ensayos a corto plazo bastante inútiles que tenemos.

Seis años después de la publicación del ensayo, los anuncios televisivos de Aricept de Pfizer insinuaban que el funcionamiento cognitivo y cotidiano, la atención, la concentración, la orientación, la comunicación, la interacción social y el compromiso de los pacientes volverían a la normalidad.; "No espere, hable con su médico sobre Aricept".⁶¹⁵ Yo le diría: "No espere, hable con su abogado sobre Pfizer". La FDA le dijo a la empresa que - con sus enormes mentiras - había infringido la ley.

No debe hablar con su médico porque, como demuestran claramente los libros de texto, es muy probable que le engañe y le perjudique.

Con la revisión Cochrane de 2006 se publicaron tres comentarios críticos, incluido el mío. Lamentablemente, en contra de la buena práctica científica, no tienen fecha. La autora se disculpó por un error, que dijo sería corregido en la siguiente versión, y me contestó que otro error "también había sido corregido ahora". No se corrigió. En 2015, me dijeron que "Se está preparando una actualización de la reseña...". La reseña no se ha actualizado. Se yergue como una lápida sobre Cochrane, antaño una magnífica organización, hoy en caída libre.⁶¹⁶

Otras revisiones Cochrane de fármacos para la demencia tampoco son alentadoras, por ejemplo, una sobre demencia vascular concluyó que el donepezilo y la galantamina tienen un pequeño efecto sobre la cognición que probablemente no sea clínicamente importante.⁶¹⁷

A menudo se trata a las personas con demencia con fármacos para la psicosis, no porque sean útiles, sino porque hacen que los pacientes sean menos molestos. Sin embargo, dos médicos que trabajan con estos pacientes afirmaron en un libro de texto que los neurolépticos tienen un efecto documentado en la demencia. Esto demostró una vez más una cuestión general: Los clínicos se dejan llevar por su "experiencia clínica". Un capítulo sobre psicofarmacología en el mismo libro desaconsejaba los neurolépticos debido a la falta de evidencia de un efecto sobre la demencia, una mayor sensibilidad a los daños y un mayor riesgo de ictus.

Como no puede ser cierto que los psicofármacos funcionen para la demencia, busqué ensayos que afirmaran haber encontrado esto, pero no encontré ninguno. Encontré un ensayo de olanzapina,⁶¹⁸ pero se trataba de calmar a pacientes de Alzheimer perturbadores con un tranquilizante importante. Los pacientes se volvieron somnolientos y desarrollaron trastornos de la marcha.

Es inútil buscar medicamentos que funcionen para la demencia. Al contrario. Probablemente todos los psicofármacos pueden causar daños cerebrales, y un signo de ello es el deterioro de la función cognitiva.⁶¹⁹ El Estudio Framingham del Corazón descubrió que el uso de fármacos para la depresión aumenta el riesgo de desarrollar demencia en un 50% aproximadamente,⁶²⁰ y las benzodiacepinas parecen duplicar el riesgo de demencia.⁶²¹

Deberíamos evitar medicar a las personas con demencia y deberíamos, en cambio, cuidar de ellas. Una revisión sistemática de ensayos sobre personas con demencia y agitación mostró los muchos beneficios de los cuidados, por ejemplo, enseñar habilidades comunicativas, actividades, la música, el tacto, el masaje y hablar con la gente.⁶²²

Quizá haya demasiados médicos en el mundo occidental. No he conocido a un solo geriatra que no utilizara fármacos para la demencia. Recetar fármacos proporciona a los médicos prestigio, autoridad y un propósito, y una vez iniciado el tratamiento, les da algo de qué hablar con los pacientes o sus familiares. Al igual que los niños, los médicos no pueden mantener las manos apartadas de los juguetes peligrosos, por lo que deberíamos retirar del mercado todos los psicofármacos ineficaces y peligrosos.

Los llamados artículos "de vanguardia" de las revistas médicas son, a pesar de su pomposo nombre, algunos de los artículos más capciosos que existen, y la demencia no es una excepción. En un tal artículo, Peter Høgh, del Centro Regional de Conocimiento sobre la Demencia, escribió que varias revisiones Cochrane han demostrado que los inhibidores de la acetilcolinesterasa son eficaces para el Alzheimer. También afirmó que los fármacos tienen beneficios sobre la cognición, las actividades de la vida diaria y los síntomas neuropsiquiátricos, y que el deterioro funcional se pospone durante un período mínimo de 6 a 12 meses. En nuestra revista médica expliqué que nada de esto es correcto.⁶²³

No hay ninguna buena razón para usar fármacos contra la demencia, pero sí muchas buenas razones para no hacerlo.⁶²⁴

7 Electroshock

El electroshock, también llamado terapia electroconvulsiva (TEC), "funciona" dañando el cerebro.⁶²⁵ Desde el comienzo, los psiquiatras observaron que los pacientes perdían la memoria, que es lo que nos define como humanos, y les causaba confusión. Tardaban semanas en recuperarse, y a menudo seguían sintiéndose fatigados, intelectualmente perjudicados y desorientados, y actuaban de forma sumisa y con indefensión.

El "efecto" se disipaba con bastante rapidez y la enfermedad reaparecía. Por lo tanto, se debería haber abandonado el tratamiento, pero en su lugar se inventó una idea perversa: repetir las descargas varias veces.

La habilidad de los psiquiatras para dar la vuelta a los hechos y así mantener sus prácticas perjudiciales no tiene parangón. Describen estos efectos como positivos. Vale la pena recordar que también describieron la lobotomía y las muchas otras barbaridades que cometieron en el pasado en términos positivos.

Algunos psiquiatras no se dejaron engañar. Declararon que el electroshock producía cambios en el cerebro similares a los traumatismos físicos, con hemorragias, tanto en animales como en personas, sobre todo en el córtex, lo cual en algunos casos provocaba disfunción permanente de la capacidad de aprendizaje, la percepción de la realidad, la creatividad, la intuición y la imaginación.⁶²⁶

Las descripciones de la TEC que he leído en los libros son muy deshonestas. Tres de ellos señalaban que la TEC estimula la formación de nuevas neuronas y lo presentaban como algo positivo. Olvidaron decir que el cerebro reacciona al daño cerebral fabricando nuevas neuronas, a pesar de que ya en los años 40 se había demostrado que la TEC causa daño cerebral con necrosis en estudios de autopsias.⁶²⁷

Por desgracia, en psiquiatría es habitual loar un efecto perjudicial como si fuera beneficioso. No había referencias en los libros y dos de ellas eran mendaces, pues afirmaban que no había sido posible detectar daños cerebrales.

El electroshock es muy elogiado en los manuales, sobre todo para la depresión resistente al tratamiento, y la negación de sus perjuicios es asombrosa.⁶²⁸ Varios autores afirman, después de desestimar lo que los pacientes les dijeron, que es difícil saber si la pérdida de memoria es causada por la TEC o por la enfermedad; la receta estándar de los psiquiatras: culpar a la víctima, no a los tratamientos. Además, se trivializa la pérdida de memoria. Por ejemplo, un libro señala que algunos estudios sugieren una ligera pérdida de memoria al cabo de un año de la TEC, mientras que otros estudios no. Otro libro afirma que experimentar "dificultades" de forma prolongada es extremadamente raro, y otros libros desdeñan los hechos aún más calificando dichas dificultades de "subjetivas", como si no existieran en absoluto.

La realidad es que los problemas de memoria han sido verificados por numerosos estudios, y son graves. La TEC causa pérdida de memoria en la mayoría de pacientes, pérdida de memoria permanente en algunos, y mata a algunos de los pacientes.⁶²⁹ Cuando los pacientes hablan de pérdida de memoria se refieren a la amnesia retrógrada (olvido de cosas que sucedieron en el pasado), y es irrecusable. Siguiendo una definición estricta de pérdida de memoria, entre el 29% y el 55% de los pacientes se ven afectados. Con criterios menos estrictos, el porcentaje oscila entre el 51% y el 79%.⁶³⁰

Muchos psiquiatras creen que la TEC puede salvar vidas, pero no hay datos fiables que lo demuestren,⁶³¹ mientras que sabemos con certeza que la TEC puede ser letal. Una revisión sistemática encontró una tasa de mortalidad de alrededor del 1 por 1000,⁶³² que es 10 veces

más de lo que dice la Asociación Americana de Psiquiatría. En abril de 2024, entrevisté al primer autor de esta revisión, el profesor de psicología John Read, para nuestro podcast Broken Medical Science. John me contó que de joven fue testigo de la muerte de un paciente por TEC y que dicha muerte fue posteriormente encubierta. Esto despertó su interés por la TEC.

Cuando en 2015 di una conferencia en Brisbane, una mujer me contó que los psiquiatras mataron a su hijo con TEC, pero que luego lo reanimaron. Cuando despertó tenía quemaduras graves, y durante los dos o tres meses siguientes no pudo decir nada que la gente pudiera entender. Sufre daños cerebrales permanentes y sus habilidades sociales son muy escasas; no puede vivir solo.

Un libro menciona que la TEC es extremadamente eficaz contra la depresión grave, hecho que concuerda mal con la propia información del libro de que normalmente se administran entre 8 y 16 descargas. El libro también afirma que la TEC puede salvar vidas y que el 80% de los pacientes con trastornos afectivos responden a la TEC, lo cual es una afirmación sin sentido, pues no hay ningún grupo de control (y tampoco ninguna referencia).

Las revisiones sistemáticas no han encontrado beneficios más allá del periodo de tratamiento, tanto para la depresión como para la esquizofrenia.⁶³³ Dado que todos los ensayos de TEC simulada están repletos de errores,⁶³⁴ no sorprende que una revisión de 2003 encontrara que la TEC es más efectiva para la depresión que la TEC simulada, tamaño del efecto 0,91, correspondiente a una diferencia en la escala de Hamilton de 10.⁶³⁵ Se trata de un efecto a corto plazo; la calidad de los ensayos era mediocre; la mayoría de los ensayos eran pequeños; los ensayos rara vez utilizaban resultados relevantes para la práctica clínica; y los datos sugieren que la TEC causó atrofia cortical en el cerebro. Los autores aconsejaban que se tuviera en cuenta el equilibrio entre la eficacia óptima de la TEC en términos de mejora de los síntomas depresivos y la limitación del deterioro cognitivo. Deberían haber dicho que es incierto saber si la TEC es más beneficiosa que perjudicial en el tratamiento de la depresión. No hay una revisión Cochrane de la TEC para la depresión, pero algunos de mis antiguos empleados publicaron un protocolo en enero de 2022.⁶³⁶

Para la esquizofrenia, una revisión Cochrane de 2005 encontró que más personas mejoraron con TEC que con placebo o TEC simulada, cociente de riesgo 0,76. Sin embargo, este resultado no es fiable.⁶³⁷ Apenas es estadísticamente significativo; los ensayos eran pequeños y cuanto mayor era el ensayo, más pequeño era el efecto; y los autores aceptaron ensayos en los que hasta el 50% de los pacientes se perdieron durante el seguimiento. Utilizando la Escala Breve de Calificación Psiquiátrica, la TEC fue mejor que la TEC simulada, pero sólo había 52 pacientes en el análisis, y la diferencia fue de sólo 6 en una escala que llega hasta 126. Este efecto no puede considerarse clínicamente relevante, y la TEC fue considerablemente *menos* eficaz que los fármacos para la psicosis, que sabemos que no funcionan.

En 2003, la hoja informativa del Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido decía que más del 80% de los pacientes deprimidos responden bien a la TEC.⁶³⁸ Es nauseabundo que los psiquiatras utilicen tan a menudo datos sin un grupo de control, pues es como argumentan los charlatanes. La hoja informativa también afirmaba que la pérdida de memoria no tiene importancia clínica, pero los pacientes no estaban de acuerdo y los niveles más bajos de satisfacción se obtuvieron en estudios dirigidos por pacientes y no por psiquiatras.

Hagamos uso aquí de un poco de ironía: la pérdida de memoria de los psiquiatras es sustancial y clínicamente importante para sus pacientes. Si queremos saber la verdad sobre la TEC y los psicofármacos, deberíamos escuchar a los pacientes y no a los psiquiatras. Una

paciente danesa ni siquiera podía recordar el nombre de la capital danesa, después de que le aplicaran electroshock.⁶³⁹ La terapia electroconvulsiva le causó daños cerebrales permanentes, pero le dijeron que se debía a su "enfermedad" y no a las descargas. Además, nunca debería haber recibido terapia electroconvulsiva. Su problema era que habían abusado sexualmente de ella de niña. No sufría ningún trastorno psiquiátrico.

No es honesto afirmar, como hicieron los psiquiatras autores de una revisión Cochrane sobre ancianos deprimidos,⁶⁴⁰ que "actualmente no hay pruebas que sugieran que la TEC cause ningún tipo de daño cerebral, aunque con frecuencia se informa de deterioro cognitivo temporal" y que "la TEC parece ser un procedimiento seguro". Permítanme preguntar: si el deterioro cognitivo no fue causado por el daño cerebral inducido por la TEC, ¿qué lo causó?

La guía oficial de 2010 para médicos generalistas en Dinamarca sobre la depresión afirmaba que "muchos tienen un miedo infundado al tratamiento con TEC, aunque no hay pruebas de que el tratamiento cause daño cerebral; de hecho, hay pruebas sólidas de que se forman nuevas células nerviosas en respuesta al tratamiento."⁶⁴¹

La TEC en la práctica clínica es mucho peor de lo que sugieren los resultados de ensayos aleatorizados cuidadosamente realizados. Repetidas auditorías del Real Colegio de Psiquiatras han demostrado que muchos hospitales no cumplen las normas del colegio; una auditoría descubrió que sólo un tercio de las clínicas de TEC cumplían las normas; y hay enormes variaciones en la práctica clínica y en las tasas de uso.⁶⁴² En Dinamarca, el tratamiento forzoso con TEC se cuadruplicó en sólo siete años en la década de 1990. Y ello a pesar de que es inmensamente desagradable; asusta a los pacientes; a menudo suscita una amargura y una ira colosales; y los pacientes lo perciben como un grave abuso de confianza.⁶⁴³

He oído muchas historias sobre efectos milagrosos y pacientes agradecidos. Una vez me preguntaron en una reunión cuál era mi opinión sobre una mujer que estaba tan deprimida que apenas era posible relacionarse con ella, pero que pidió un vaso de agua después de un electroshock. Dije que, puesto que se trataba de una anécdota, respondería con otra anécdota. Una vez examiné a un hombre recién ingresado, un alcohólico inconsciente, y como necesitaba descartar una meningitis, intenté introducirle una aguja en la espalda para extraer líquido cefalorraquídeo para microscopía y cultivo. Fue muy difícil introducirla y le di varias veces en el hueso. De repente, el borracho exclamó en voz alta: "¡Maldita sea, deja de pincharme en la espalda!". ¿Había provocado un milagro con mi aguja y curado al tipo? No. En la sanidad ocurren cosas raras todo el tiempo. ¿Habré despertado a la mujer deprimida con mi aguja? ¿Quién sabe?

Hay un documental muy conmovedor sobre Mette Askov, una enfermera danesa que oía voces desde los 8 años y perdió 15 años de su vida en manos de la psiquiatría.⁶⁴⁴ Se le diagnosticó esquizofrenia paranoide y recibió grandes cantidades de medicamentos, 150 electrochoques y un subsidio por discapacidad. Estaba estigmatizada y rodeada de prejuicios, pero cuando dejó la psiquiatría y recuperó su vida, alcanzó algunos de sus mayores objetivos. Su historia ilustra muy bien a qué puede conducir el abuso de los tratamientos forzados por parte de los psiquiatras. Incluso cuando es evidente que no funcionan, los psiquiatras siguen utilizándolos.

Algunos psiquiatras que he conocido nunca han utilizado el electroshock y algunos países no lo utilizan en absoluto, por ejemplo Eslovenia. Este tratamiento bárbaro debería ilegalizarse, al igual que las lobotomías. Como mínimo, nadie debería ser obligado a recibir TEC contra su voluntad.

8 Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales, que incluyen la psicoterapia, deberían ser el tratamiento de elección para ayudar a los pacientes que sufren problemas de salud mental. Interesarse por el paciente y su familia puede ser más importante que cualquier otra cosa. El proceso puede cambiar la forma en que las personas se ven a sí mismas, su entorno, su pasado y su futuro, y cómo interactúan con otras personas.

Los psicofármacos cambian el cerebro. Crean un tercer estado artificial –un territorio desconocido– que no es ni normal ni es el estado de mal funcionamiento del que procedía el paciente.⁶⁴⁵ Esto es problemático porque no se puede volver del tercer estado inducido químicamente a la normalidad a menos que se reduzcan los fármacos, e incluso entonces, no siempre será posible, ya que los fármacos podrían haber causado daños cerebrales irreversibles.

Yo no abogaré por la terapia combinada. Hacer una psicoterapia eficaz puede ser difícil cuando el cerebro de los pacientes está influido por sustancias psicoactivas, que pueden incapacitarlos para pensar con claridad o evaluarse a sí mismos. La falta de percepción de los sentimientos, pensamientos y comportamientos se denomina hechizo por la medicación.⁶⁴⁶ Hace que los pacientes infravaloren los daños de los fármacos y sobrevaloren sus beneficios.

Los estudios con seguimiento a largo plazo demuestran que la psicoterapia tiene un efecto duradero que supera al tratamiento farmacológico.⁶⁴⁷ Y un enorme metanálisis en red (81 ensayos y 13.722 pacientes),⁶⁴⁸ constató que los fármacos no añaden nada al efecto de la psicoterapia en pacientes con depresión.

Pero los autores extrajeron conclusiones muy engañosas.⁶⁴⁹ Intentaron defender la creencia predominante entre los psiquiatras de que los fármacos para la depresión son buenos para las personas. Incluso insinuaron, a pesar de sus resultados negativos, que una combinación de fármacos y psicoterapia tiene utilidad, y no informaron a sus lectores de que el tratamiento con fármacos puede ser letal. Como se señala en el capítulo sobre la depresión, los fármacos para la depresión duplican el riesgo de suicidio,⁶⁵⁰ mientras que la psicoterapia lo reduce a la mitad.⁶⁵¹

Los resultados del tratamiento dependen más de la calidad de la alianza terapéutica entre el médico y el paciente que de si el tratamiento utilizado es psicoterapia o farmacoterapia.⁶⁵² Cuanto más de acuerdo estén el médico y el paciente sobre lo que es importante, mejores serán los resultados en cuanto a afecto positivo, reducción de la ansiedad y relaciones sociales.⁶⁵³

He conocido psiquiatras de varios países que no utilizan psicofármacos ni electrochoques. Muchos de ellos tratan incluso a pacientes gravemente perturbados con empatía, psicoterapia y paciencia.⁶⁵⁴

El dolor físico y el emocional son similares. Necesitamos el dolor físico para evitar el peligro, y el emocional para guiarnos en la vida. Åsa Nilsson, catedrática sueca de Psiquiatría del Karolinska Institutet, no utiliza fármacos. Sostiene que el tratamiento sin fármacos permite a los pacientes aprender cosas importantes a través del proceso de curación que pueden aumentar su autoestima y ser útiles si vuelven a tener problemas.⁶⁵⁵ También ha señalado que los médicos pueden pensar que no necesitan comprometerse tanto cuando un paciente toma fármacos, ya que creen que el fármaco hará el trabajo por ellos. En 2016, cuando mi primer libro sobre psiquiatría se tradujo al sueco, mi editor organizó dos reuniones públicas en Estocolmo, presididas por Åsa. Estuvieron muy concurridas. Hubo algunos psiquiatras muy agresivos entre el público que perdieron el debate. No pudieron rebatir los argumentos

presentados en mi libro y expusieron los argumentos habituales a favor del uso de psicofármacos –incluido que protegen contra el suicidio– que yo había refutado en el libro.

La primera reunión se anunció con estas declaraciones: La forma en que utilizamos los psicofármacos hace mucho más daño que bien; en EE.UU. y Europa, los psicofármacos son la tercera causa de muerte; su uso debería reducirse en un 98%;⁶⁵⁶ la psiquiatría biológica, que prescribe fármacos contra casi cualquier problema de salud mental, es un fracaso desastroso.

La mayoría de los problemas a los que se enfrentan los pacientes están causados por una regulación afectiva desadaptativa, y los psicofármacos empeoran las cosas, pues sus efectos constituyen una regulación afectiva desadaptativa. En cambio, la psicoterapia pretende enseñar a los pacientes a manejar mejor sus sentimientos, pensamientos y conductas, lo que constituye una regulación afectiva adaptativa. Puede cambiar a los pacientes para mejor de forma permanente y hacerles más fuertes a la hora de enfrentarse a los desafíos vitales.

No entraré en detalles sobre la psicoterapia. Hay muchas escuelas y métodos, y lo más importante es que el terapeuta sepa escuchar y sepa adaptarse a las circunstancias del paciente, como nos aconsejaba el filósofo danés Søren Kierkegaard hace dos siglos.

La psicoterapia es la mejor intervención que tenemos, y ya he explicado en otro lugar⁶⁵⁷ que es útil para la mayoría de los trastornos psiquiátricos, también las psicosis. No funciona para todo el mundo, pero como en otras áreas de la asistencia sanitaria, tenemos que aceptar que a algunas personas no se les puede ayudar hagamos lo que hagamos. Por ejemplo, no siempre funciona que los pacientes prueben con otro terapeuta.

A finales de la década de 1970, la psiquiatría estadounidense estaba preocupada por su supervivencia; el público consideraba que sus terapias eran poco eficaces y las ventas de psicofármacos estaban en declive.⁶⁵⁸ Por desgracia, los psiquiatras ganaron la batalla a los psicólogos. En 1980 la Psiquiatría se rebautizó a sí misma con el manual de diagnóstico DSM-III e inventó un montón de trastornos mentales dudosos con criterios arbitrarios parecidos a: encuentra cinco defectos en un paciente de un total de nueve y ya tienes un diagnóstico. Los psiquiatras empezaron a dar al público la impresión de que estos constructos eran enfermedades reales, como la diabetes y el cáncer, y que los fármacos que recetaban para estas supuestas enfermedades corregían un desequilibrio químico, del mismo modo que la insulina lo hace en la diabetes.

Los libros de psiquiatría mostraban que los psiquiatras tienen el poder absoluto sobre todo lo relacionado con la salud mental, y que los psicólogos y otros profesionales habían quedado al margen. No se mencionaba mucho el papel independiente de los psicólogos. La psicoterapia aparecía a menudo como una opción, pero casi siempre en un contexto que también incluía fármacos, y se entendía implícitamente que la psicoterapia era responsabilidad de los psiquiatras.

Cuando se mencionaba a los psicólogos, su papel se limitaba a realizar pruebas psicológicas, incluidas pruebas proyectivas de personalidad como el test de Rorschach, que consiste en mostrar a los pacientes una serie de manchas de tinta y pedirles que expliquen lo que ven en esas figuras.

Curiosamente, este despliegue de poder era especialmente evidente en el libro de psiquiatría infantojuvenil,⁶⁵⁹ a pesar de que la psicoterapia y otras intervenciones psicosociales tienen más peso en niños que en adultos.

Lo que es importante a la hora de tratar a los niños, es ayudarles y apoyarles en el aprendizaje de habilidades sociales y emocionales esenciales que mejoren su capacidad de adaptación al entorno (véase Kids' Skills, en el capítulo 4 sobre el TDAH).

Pero todos los editores de este libro eran psiquiatras, y protegían con cautela a su gremio.

No se decía nada acerca de cómo los psicólogos podían ayudar a los niños, y los consejos contenían un pleonismo: si una persona tiene un trastorno mental, hay psicopatología que sugiere que se necesita un psiquiatra; pero es sólo otro nombre para lo mismo.

Fue decepcionante que la mayoría de los psicólogos estuvieran de acuerdo con la opinión de los psiquiatras, y que a veces fueran incluso más radicales y acríticos que ellos, por ejemplo en su alabanza de lo que los estudios de imágenes cerebrales pueden decirnos sobre los trastornos psiquiátricos y los fármacos. La causa de ello quizás sea que, en un grupo radicalizado, los recién llegados tienden a ser incluso más radicales que sus líderes, para ser aceptados como sus iguales. Por tanto, los grupos marginales tienden a radicalizarse con el tiempo. Además, a menudo apoyados por sus asociaciones científicas, algunos psicólogos quieren obtener permiso para recetar fármacos. No lo conseguirán si se les considera críticos de la psiquiatría ortodoxa.

El libro *Neuropsicología clínica*, que cuenta con tres psicólogos como editores, ilustra este hecho.⁶⁶⁰ Tres de sus páginas describen estudios de imagen en depresión, con muchas referencias, lo que transmite a los estudiantes el falso mensaje de que sabemos muchas cosas sobre el cerebro, basándonos en estudios fiables. La verdad es que no sabemos casi nada.⁶⁶¹

Los libros recomendaban la psicoterapia para la depresión leve o moderada, mientras que la depresión grave debía tratarse con fármacos y electrochoques.⁶⁶² No por estar ya familiarizados con ello deja de ser absurdo. Cuanto peor sea la enfermedad, más perjudiciales serán los tratamientos para los pacientes. Un libro se centraba totalmente en los fármacos, para todos los tipos de depresión, y la psicoterapia era considerada sólo un medio para mantener a los pacientes medicados.

La falta de respeto a los pacientes es enorme. Cuando se pregunta a los legos qué tipo de tratamiento preferirían, seis veces más personas escogen la psicoterapia a los fármacos,⁶⁶³ pero una encuesta realizada en 2002 entre psiquiatras infantojuveniles estadounidenses mostró que sólo el 9% de los pacientes recibe psicoterapia sin fármacos.⁶⁶⁴ Un psiquiatra estadounidense afirmó: "Cuando me formé en los años 80, recibíamos un 50% de formación en psicoterapia y un 50% en medicación y biología. Hoy en día, el residente medio de psiquiatría no recibe ninguna formación en psicoterapia. Así que lo único que pueden ofrecer es una pastilla".⁶⁶⁵ En Suecia, el Consejo de Salud recomienda que se ofrezca psicoterapia a todos los adultos con depresión de leve a moderadamente grave, pero sólo el 1% la recibe.⁶⁶⁶

Un libro afirmaba que el efecto preventivo de los fármacos es superior a la psicoterapia, pero esto es falso y es desmentido por otro libro que señalaba que el efecto de la psicoterapia dura más que el de los fármacos.

No obstante, en un libro se afirmaba que el efecto de la combinación de un fármaco con psicoterapia era mayor que el del fármaco o la psicoterapia por sí solos en la depresión crónica. Esta afirmación carece de sentido. ¿Qué es la depresión crónica y por qué tal combinación iba a funcionar para la depresión crónica cuando no funciona para la depresión?

Dos libros afirmaban que la psicoeducación puede reducir a la mitad el riesgo de nuevas depresiones o estados maníacos en pacientes bipolares y reducir los ingresos hospitalarios, pero añadían que esto se debía probablemente a un mejor cumplimiento del tratamiento con fármacos. La referencia a esta afirmación era un ensayo aleatorizado sobre psicoeducación,⁶⁶⁷ que demostraba que la afirmación era falsa: "En comparación con los pacientes de control, los pacientes psicoeducados tenían niveles de litio más altos en el seguimiento de 2 años, lo que puede sugerir un efecto de la psicoeducación sobre el cumplimiento de la farmacoterapia". Esta especulación es ridícula, y los niveles de litio eran prácticamente los mismos, 0,76 frente a 0,68 mEq/L.

Un capítulo sobre psicoterapia escrito por la profesora de psicología Nicole Rosenberg estaba excepcionalmente bien documentado. Decía que la terapia cognitivo-conductual tiene poco beneficio en la esquizofrenia; es eficaz contra la depresión, también en la prevención de recaídas y en la reincorporación al trabajo; y funciona para la ansiedad, con grandes beneficios para la ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno de estrés postraumático (TEPT).⁶⁶⁸

Que la psicoterapia puede conseguir que las personas deprimidas vuelvan a trabajar es un dato muy importante. Los fármacos para la depresión tienen el efecto contrario. La tasa de pensiones de invalidez es correlativa con las tasas de uso de fármacos para la depresión.⁶⁶⁹

La psiquiatría es un negocio perverso. No ayuda a los pacientes como ellos quieren ser ayudados, sino que se ayuda a sí misma, con un elevado coste para la sociedad. Un libro señalaba que la psicoterapia es en muchos casos más rentable que los fármacos. Sí, pero no sólo en muchos casos. La psicoterapia es más rentable.⁶⁷⁰

En 2022, durante la defensa de un doctorado en Copenhague,⁶⁷¹ uno de los examinadores, el psicólogo Ole Jakob Storebø, insistió mucho en que la psicoterapia no es mejor que los fármacos en el tratamiento la depresión. Cuando una vez terminada la defensa, se me permitió hacer un comentario, señalé que no es apropiado referirse a los resultados a corto plazo registrados en la escala de Hamilton. Ello no tiene en cuenta que la psicoterapia no provoca síndrome de abstinencia ni destruye la vida sexual de las personas; que los fármacos no pueden enseñar nada a los pacientes, al contrario que la psicoterapia; y que los fármacos duplican el riesgo de suicidio, mientras que la psicoterapia lo reduce a la mitad.

Cuando mi hija mayor, la psicóloga Pernille Krogh Gøtzsche, y yo quisimos estudiar el efecto de la psicoterapia en la prevención del suicidio, nos centramos en la terapia cognitivo-conductual porque la mayoría de los ensayos habían utilizado este método.

Descubrimos que la psicoterapia reduce a la mitad el riesgo de un nuevo intento de suicidio en personas ingresadas de urgencia tras un intento de suicidio.⁶⁷²

Storebø no replicó, pero el otro examinador, un psiquiatra, señaló que la psicoterapia no siempre funciona y que cuando los pacientes acuden a él, ya lo han intentado en vano. Tal vez sea así, pero esto no justifica el uso de fármacos que no tienen efectos clínicamente relevantes y duplican el riesgo de suicidio.

Entonces, ¿qué recomiendan los psiquiatras cuando hay riesgo de suicidio? Como ya se ha visto en el capítulo sobre la depresión, el demencial mundo de la psiquiatría recomienda fármacos contra la depresión. Un libro de texto incluso afirmaba, sin referencias, ¡que el efecto preventivo de la psicoterapia no es tan marcado como el de los fármacos!⁶⁷³

La psiquiatría es una especialidad en ruinas que deja tras de sí un rastro de pacientes muertos mientras quienes la ejercen se pasan todo el tiempo alardeando de grandes progresos. Los psiquiatras están totalmente absorbidos por el paradigma centrado en los fármacos. En 2015, participé en el panel de una conferencia con cientos de pacientes en el auditorio. Después de que yo defendiera la psicoterapia en lugar de los fármacos, también para pacientes con esquizofrenia, la psiquiatra del panel, la profesora Merete Nordentoft, especialista en esquizofrenia, comentó que los fármacos no siempre son suficientes. Le di la vuelta al argumento y dije que todo el mundo debería hacer psicoterapia, y que ésta no siempre es suficiente. El público aplaudió mi comentario. Muchos pacientes odian los fármacos para la psicosis, pero se ven obligados a tomarlos.

Con su permiso, contaré la historia de una joven psiquiatra, Maria Grazia Turri. Tras haber experimentado los beneficios de la implicación familiar, creó con otro psiquiatra una Clínica

de Evaluación Sistémica (SAC) en la que pedían a los pacientes derivados que trajeran consigo a cualquier persona que consideraran significativa en sus vidas.⁶⁷⁴ Así les resultaba más fácil averiguar cuáles eran los problemas de los pacientes, y tanto éstos como sus cuidadores quedaban muy satisfechos con el proceso.

Sin embargo, sus numerosos intentos de conseguir el apoyo o la aprobación del SAC por parte del NHS Trust local fracasaron. Les dijeron que no estaba basado en evidencias y les animaron a solicitar una subvención. Reunieron a un equipo de ocho expertos y emplearon un año en redactar una solicitud de subvención de 56 páginas, que fue rechazada.

A continuación, compararon los resultados de 22 pacientes del SAC con 22 pacientes similares evaluados de forma estándar durante el mismo periodo. Al cabo de tres años, sólo un paciente del grupo SAC volvió a ser derivado, frente a nueve del grupo de control. Entablar conversaciones profundas con las personas permitió desarrollar un plan orientado a la recuperación, mientras que el enfoque estándar tendía a convertir a los pacientes en enfermos crónicos.

En 2016, Turri envió un artículo al *Bulletin*, publicado por el Real Colegio de Psiquiatras, que fue rechazado sin revisión por pares. Apeló, y un miembro del consejo editorial respondió con entusiasmo que el artículo debía enviarse a revisión por pares. Los revisores dieron el visto bueno y sugirieron algunas correcciones. Volvió a enviarlo y los revisores le dijeron que ahora sí podría publicarse. Sin embargo, el editor se negó a aceptarlo. Dijo que no creía en la validez de los datos, lo cual es una excusa terrible para rechazar un artículo importante.

Turri se puso entonces en contacto con el Presidente del Real Colegio de Psiquiatras, quien le respondió que el criterio del editor debía mantenerse y le aconsejó que no perdiera más tiempo y energía con el asunto.

Turri opina que la mayor parte de las evidencias en el campo de la investigación psiquiátrica reposan sobre arenas movedizas. En efecto, y por desgracia, su historia es lo habitual. El paradigma psiquiátrico es tan perjudicial para los pacientes que los psiquiatras más importantes necesitan proteger su especialidad censurando los datos no deseados. Pasaron cinco años desde la primera presentación hasta que el estudio de Turri vio la luz.⁶⁷⁵

9 Tratamiento forzoso: licencia para matar

Sólo uno de cinco libros daneses decía algo sustancial sobre esta cuestión tan importante.⁶⁷⁶ En él se argumentaba que los ensayos aleatorizados no son factibles por razones éticas. Esto es incorrecto. Puesto que es dudoso que la fuerza haga más bien que mal, es éticamente aceptable realizar ensayos.

El libro señalaba que la agresividad de los pacientes puede ser una reacción a conflictos con el personal, y que un estudio había señalado que el aumento de la autonomía del paciente puede reducir el comportamiento violento y el uso de la coerción.

Este respeto por los pacientes sólo duró una página. A continuación, se nos aconsejaba que no utilizar psicofármacos en pacientes agitados, agresivos o violentos sólo debería ocurrir excepcionalmente, y los autores sugerían el uso de fármacos contra la psicosis, la depresión y la ansiedad, así como antiepilépticos y terapia electroconvulsiva. Este "bombardeo de saturación" con tratamientos psiquiátricos equivale a una licencia para matar o para convertir a los pacientes en zombis. El argumento defendido en el libro de que los enfermos mentales puede que carezcan de la capacidad para consentir o para dar un consentimiento razonablemente informado ha sido rechazado por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. No es ético someter a los pacientes a tratamientos forzosos.⁶⁷⁷

Los autores mencionaban que las benzodiacepinas, las anfetaminas, los esteroides anabólicos y la testosterona pueden causar inquietud motora y aumentar la agresividad. Es imperdonable que no mencionaran que los fármacos para la depresión, el metilfenidato y los fármacos para la psicosis también pueden causar esos síntomas, ni que tampoco mencionaron la acatisia.

Tiene que haber un equilibrio de poder en las relaciones humanas, pero los pacientes ingresados involuntariamente están indefensos y nada temen más que un tratamiento forzoso. Es una receta para el desastre. Algunos psiquiatras han llegado a aplicar electrochoques a pacientes que les caían mal, y los médicos han prescrito regularmente electrochoques a pacientes agresivos, inquietos, ruidosos, beligerantes y obstinados.⁶⁷⁸

Las leyes sobre el tratamiento forzoso son problemáticas. En muchos países, una persona considerada loca, o en una condición similar, puede ser ingresada involuntariamente si la perspectiva de curación o mejora sustancial de la condición se viera de otro modo significativamente mermada.

Es un delirio decir que los fármacos y la terapia electroconvulsiva pueden lograr la curación o una mejoría sustancial, y esta cláusula debería ser eliminada del derecho en todas las naciones, ya que su premisa es falsa.

Otro motivo para usar la fuerza es si los pacientes representan un peligro sustancial para sí mismos o para los demás. Este argumento tampoco es válido. Los psicofármacos pueden *causar* suicidio y violencia; no pueden proteger contra la violencia a menos que los pacientes estén medicados hasta convertirse en zombis.⁶⁷⁹ Si las personas son peligrosas, es asunto de la policía, que es lo que se hace en Islandia.

Los psiquiatras suelen decir que sería imposible ejercer con seguridad sin tener la opción de medicar a la fuerza, la sujeción con cinturones o correas y la reclusión. Esto también es falso. Los estudios han demostrado que, con un liderazgo adecuado y la formación del personal en técnicas de desescalada, es posible ejercer la psiquiatría sin utilizar la fuerza.⁶⁸⁰

Los casos excepcionales, como la alimentación forzosa en la anorexia potencialmente

mortal, ya están recogidos en otra legislación. Y en los casos graves de manía, como cuando el paciente se dedica a dilapidar todo su patrimonio, pueden gestionarse mediante una cláusula de emergencia que anule el derecho a tomar decisiones financieras. Además, unos cuantos casos difíciles no pueden justificar que se inflija un daño masivo –incluidas muchas muertes– a todos los demás pacientes, lo que además dificulta la contratación de buenas personas en el ámbito psiquiátrico. La coerción destruye la confianza del paciente en el personal, tan importante para la curación y en el ambiente de trabajo.

Algunos pacientes han aprendido a no explicar ciertas cosas a su psiquiatra porque podría dar lugar a diagnósticos adicionales y más medicación. Ésta no es una relación terapéutica saludable. Nos recuerda las condiciones de vida en los campos de concentración, donde era importante no provocar nunca a los guardias, porque podía ser mortal.⁶⁸¹ Cuando la Asociación Médica Polaca celebró su primera reunión sobre experimentos médicos en los campos de Cracovia en 2018, me invitaron a participar. Hablé con una mujer que había sobrevivido milagrosamente a los experimentos en Ravensbrück, y con una de las chicas de Oscar Schindler. Se organizó una visita a Auschwitz-Birkenau, que ya había visitado en 1981. Son experiencias que nunca se olvidan, y las atrocidades nunca deberían olvidarse.

Si un paciente dice algo para que le reduzcan la dosis, es posible que se la aumenten o que le den un fármaco adicional, con el argumento de que no conoce bien su enfermedad. Muchos de los cerca de mil correos electrónicos que he recibido de pacientes y familiares describen este callejón sin salida. Entiendo perfectamente por qué algunos pacientes dicen que preferirían estar en la cárcel que en un psiquiátrico. En ambos casos, lo que dices o haces puede ser utilizado en tu contra, pero en psiquiatría el castigo pueden ser inyecciones de fármacos letales que no puedes escupir.

Un colega me dijo que la diferencia entre un psiquiatra y un terrorista es que con un terrorista se puede negociar. Una paciente comparó el tratamiento forzoso con una violación y dijo que no existen las violaciones buenas. Cuando sólo tenía nueve años fue violada por un hombre de su familia y quedó aterrada cuando el personal la sometió a un tratamiento forzoso.

Muchos pacientes muy descontentos me han contado que les han amenazado con quitarles el subsidio de enfermedad u otras prestaciones sociales si se negaban a tomar los psicofármacos recetados.⁶⁸² En Dinamarca, esto es ilegal.

Como en todas las intervenciones sanitarias, la cuestión primordial es si el tratamiento involuntario hace más bien que mal. No me cabe duda de que es muy perjudicial. La contención mecánica y la terapia electroconvulsiva pueden ser mortales; y, como ya se ha explicado, los psicofármacos y el contacto con un pabellón psiquiátrico, que a menudo implica el uso de la fuerza, matan a una enorme cantidad de personas. Por lo tanto, los psiquiatras mienten cuando dicen que, de no haber sido por el tratamiento forzoso, el paciente podría haber muerto. El tratamiento involuntario mata.

Una de las modas desafortunadas de la psiquiatría son las órdenes de tratamiento comunitario (tratamiento ambulatorio asistido), que hacen obligatorio el tratamiento ambulatorio. Una revisión Cochrane no encontró beneficio alguno, en comparación con la atención voluntaria o el alta breve supervisada.⁶⁸³ En la práctica clínica, esta iniciativa también ha fracasado. Tras su introducción en el Reino Unido, aumentaron los ingresos hospitalarios,⁶⁸⁴ y en algunas zonas se dio de alta al 45% de los pacientes con órdenes de tratamiento, y en otras a ninguno.

La organización benéfica británica *Mind*, dedicada a la salud mental, ha expresado su profunda preocupación.⁶⁸⁵ Las órdenes implican que muchas personas que no desean tomar

fármacos durante el resto de sus vidas ya no pueden tomar esa decisión. No hay escapatoria a esta situación. Si el paciente se encuentra bien, se considera que los fármacos están funcionando, y si no, a menudo se incrementa la medicación forzosa, causando aún más sufrimiento y más muertes. Muchas personas consultadas por *Mind* tenían la impresión que los profesionales actuaban como "policías de la Ley de Salud Mental".

Si uno ha sido policía y ha utilizado la fuerza, puede ser difícil cambiar ese papel por el de terapeuta y defensor del paciente. Por eso los psiquiatras no deberían actuar como policías. Otra razón es que la violencia engendra violencia.

Cuando en 2015 di una conferencia en Australia, me dijeron que solo el 3-5% de los pacientes se saltan las órdenes de tratamiento. Me reuní con un médico que había estado sometido a una orden de este tipo de forma intermitente durante 20 años. Me dio una copia de una evaluación realizada por un psiquiatra que le consideró falto de comprensión (porque había alertado a la comunidad sobre el efecto dañino para el cerebro de los fármacos para la psicosis! Otra persona que conocí era una psiquiatra a quien sus colegas consideraban loca. También había denunciado los daños de los psicofármacos. Intentaron internarla involuntariamente, pero no lo consiguieron.

El abogado Jim Gottstein convenció en 2003 al Tribunal Supremo de Alaska para que dictaminara que el gobierno no puede medicar a nadie contra su voluntad sin demostrar antes, con pruebas claras y convincentes, que es lo mejor para sus intereses y que no existe ninguna alternativa menos intervencionista. Jim utilizó datos científicos para demostrar que no es beneficioso tratar a los pacientes por la fuerza.⁶⁸⁶

Dado que el tratamiento forzoso no está basado en la evidencia, sino que es una cuestión cultural, no es de extrañar que las prácticas varíen enormemente de un país a otro. Los ingresos hospitalarios involuntarios en Europa oscilan entre los 12 por 100.000 de Italia y los 233 por 100.000 de Finlandia.⁶⁸⁷ En Austria, la contención mecánica se utiliza 45 veces más que en Holanda, donde también se recurre muy poco a la medicación forzosa.⁶⁸⁸

Las personas que defienden el tratamiento forzoso y la institucionalización involuntaria deberían leer el libro *Querida Luise*,⁶⁸⁹ que he resumido en otro libro.⁶⁹⁰ Fue escrito por Dorrit Cato Christensen, la madre de Luise Christensen que murió en 2005 a los 32 años a causa de un neuroléptico en el Centro Psiquiátrico Amager. Luise tenía rasgos autistas pero funcionaba demasiado bien para ser autista.

En su prólogo, que lleva el revelador título de "*Hay que ser fuerte para ser vulnerable*", el ex Primer Ministro danés Poul Nyrup Rasmussen califica el libro de desgarrador. Y lo es. Si los médicos que se plantean ser psiquiatras pueden leerlo sin llorar, deberían buscarse otro trabajo. El prólogo de Rasmussen empieza así: "Mamá, ¿no le dirás al mundo cómo nos tratan?". Esta fue la última petición de Luise antes de morir.

La mejor amiga de Luise, que se alojaba en la habitación de al lado, un día de repente cayó al suelo desplomada y murió a los pocos minutos. Luise estaba destrozada y lo único que le dijo a su madre fue: "Yo seré la siguiente", lo cual se hizo realidad seis meses después. Sabía que los psiquiatras la matarían. Sobrevivió un tiempo porque toleraba tan mal las dosis excesivamente elevadas de neurolépticos que los vomitaba casi todos. Al final, quebrantaron sus defensas con una inyección letal de un fármaco depot.

Luise y Dorrit habían protestado muchas veces contra la dosis demasiado elevada, pero el nivel de ignorancia, incompetencia y falta de respeto hacia las personas que conocían tan bien estos fármacos fue enorme. Dorrit hizo todo lo que pudo para evitar que Luise sufriera una sobredosis. Era una metabolizadora lenta y Dorrit había suplicado a los psiquiatras que nunca

utilizaran una inyección depot. No le hicieron caso.

Todos los años, en el aniversario de la muerte de Luise, hay una manifestación frente al Centro Psiquiátrico Amager organizada por la organización *Muerte en Psiquiatría*, que Dorrit fundó. A veces acuden unos 20 familiares de pacientes psiquiátricos asesinados de la misma forma.

El libro de Dorrit sobre su hija es una larga historia de terror acerca de las fechorías de la psiquiatría. Ni siquiera tras la muerte de Luise hubo justicia. La arrogancia del sistema, tanto antes como después de su muerte, fue increíble. Cuando Dorrit se quejó a las autoridades, éstas le contestaron que Luise había recibido el tratamiento especializado de más alto nivel, mientras se felicitaban por su homicidio en primer grado y lo calificaban de "muerte natural".

El libro de Dorrit cuenta prácticamente todo lo que está mal en psiquiatría, incluyendo el realizar diagnósticos incorrectos que provocan la muerte. Cada vez que lo abro, me abruma la tristeza. Conozco personalmente a Dorrit y sé que muchos pacientes sufren malos tratos y mueren en circunstancias similares a las de Luise.

Recibir un trato humano es difícil. Si entras en pánico y acudes a una sala de urgencias psiquiátricas, probablemente te digan que necesitas un fármaco, y si lo rechazas y dices que sólo necesitas descansar para reponerte, es posible que te digan que la sala no es un hotel.⁶⁹¹

Esto es mala medicina. Las psicosis inminentes a veces pueden evitarse si proporcionamos a los pacientes el refugio y el descanso que necesitan. Debería haber centros de apoyo 24 horas sin coerciones, para que los pacientes con crisis agudas puedan evitar los peligros de la psiquiatría convencional.⁶⁹²

La psiquiatría parece ser el único ámbito de la sociedad en el que, a nivel mundial, se viola la ley sistemáticamente; incluso se ignoran las decisiones de los Tribunales Supremos y del Defensor del Pueblo, por ejemplo en Alaska y Noruega.⁶⁹³

Tuve acceso a 30 casos consecutivos de la Junta de Apelaciones Psiquiátricas de Dinamarca y descubrí que se había infringido la ley en todos y cada uno de los casos.⁶⁹⁴ Los 30 pacientes fueron obligados a tomar fármacos para la psicosis sin su consentimiento, a pesar de que se podrían haber utilizado alternativas menos peligrosas, por ejemplo, benzodiacepinas.⁶⁹⁵ Los psiquiatras no respetaron las experiencias ni opiniones de los pacientes. En los 21 casos en los que había información sobre los efectos anteriores de los fármacos para la psicosis, los psiquiatras afirmaban que el efecto había sido positivo, mientras que ninguno de los pacientes compartía tal opinión.

Los perjuicios de la medicación anterior tampoco desempeñaron ningún papel en la toma de decisiones del psiquiatra, ni siquiera cuando habían sido graves. Sospechamos o detectamos acatisia o discinesia tardía en siete pacientes, y cinco expresaron temor a morir a causa del tratamiento forzoso. Un experto confirmó nuestra sospecha de que un paciente había desarrollado acatisia con aripiprazol (Abilify), pero en la misma página, el experto –un miembro de alto rango de la junta de la Asociación Danesa de Psiquiatría– recomendaba el tratamiento forzoso con este fármaco a pesar de haberse suspendido a causa de la acatisia.

El desequilibrio de poder es enorme. Dudamos de los diagnósticos de delirio por parte de los psiquiatras en nueve casos, y cuando un psiquiatra y un paciente no están de acuerdo se llega a un callejón sin salida. Según el psiquiatra, eso demuestra que el paciente no comprende la enfermedad, lo cual es un síntoma de enfermedad mental.

Los abusos consistían en que los psiquiatras utilizaban diagnósticos o términos despectivos para referirse a cosas que no les gustaban o que no entendían; los pacientes se sentían incomprendidos y ninguneados; su protección jurídica era una farsa; y el daño causado era

inmenso.

Se culpaba a los pacientes o a sus enfermedades de prácticamente todo lo malo que ocurría. A los psiquiatras no les interesaban los traumas, ni los anteriores ni los causados por ellos mismos o por su personal. Las reacciones de abstinencia no fueron tomadas en serio, ni siquiera vimos que se utilizara este término, aunque muchos pacientes las sufrieron.

Jim Gottstein y yo quisimos hacer un estudio similar de 30 peticiones consecutivas de Anchorage, pero nos encontramos con tantos obstáculos que pasaron más de cuatro años de litigios antes de que Jim obtuviera acceso a los registros censurados. Junto a la psiquiatra estadounidense Gail Tasch, publiqué nuestros hallazgos en 2023. Se solicitaron órdenes de medicación involuntaria para los 30 pacientes, y descubrimos que es más correcto hablar de farsa en lugar de procedimiento legal allí donde los pacientes están indefensos.⁶⁹⁶

Violando sentencias previas del Tribunal Supremo, se ignoraron las experiencias, temores y deseos de los pacientes en 26 de los casos, incluso cuando éstos temían que los neurolépticos podrían matarlos o cuando habían experimentado daños graves, como discinesia tardía. Varios psiquiatras obtuvieron órdenes judiciales para administrar fármacos y dosis peligrosas. Se ignoró el imperativo ético y legal de ofrecer un tratamiento menos agresivo, por ejemplo, no se ofrecieron benzodiazepinas. Y los psiquiatras afirmaron, en contra de la evidencia, que la psicoterapia no funciona. Nunca ofrecieron psicoterapia ni terapia familiar.

Es una transgresión grave de la ley y de la ética profesional que los psiquiatras exageren los síntomas de los pacientes y trivialicen los daños de los fármacos con tal de mantener la coerción, pero es lo que a menudo sucede, y los expedientes de los pacientes pueden ser engañosos o erróneos, o cambiarse después de un suicidio inducido por fármacos.⁶⁹⁷ De este modo, se puede decir que los psiquiatras actúan a la vez como investigadores y jueces en un juicio amañado, y mienten constantemente a los tribunales sobre las evidencias.⁶⁹⁸

Cuando los pacientes se quejan de este trato injusto, el cual no es tolerado en ningún otro ámbito de la sociedad, son las pruebas y sentencias de esos mismos jueces (o de sus amigos que no les llevan la contraria) las que sirven de base para los veredictos de las salas de apelación. Lo que digan los pacientes no importa lo más mínimo. Como han sido declarados locos, nadie considera necesario escucharlos. Es un sistema tan abominable que parece surrealista, pero es la realidad en todo el mundo.

La mayoría de los pacientes que toman fármacos para la psicosis quieren dejarlos, pero como muchos se ven obligados a tomarlos, en el peor de los casos en forma de inyecciones depot para que no hagan "trampa" escupiendo los comprimidos cuando el personal se ha ido, es muy difícil que lo logren.

El derecho humano fundamental a la igualdad de reconocimiento ante la ley es de aplicación para todo el mundo, incluidas las personas con trastornos mentales. Así se desprende claramente de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que han sido ratificados por prácticamente todos los países.

En 2014, la Convención de la ONU especificó que los Estados miembros deben desarrollar inmediatamente leyes y políticas para cambiar los sistemas de sustitución de toma de decisiones por la toma de decisiones con apoyo, donde se respeten la autonomía, la voluntad y las preferencias de las personas. Esto significa que la falta de lucidez mental y otros calificativos discriminatorios no son razones legítimas para denegar la capacidad jurídica. Y el Relator Especial de Naciones Unidas, Dainius Pūras, psiquiatra lituano, hizo un llamamiento a todas las naciones para ilegalizar el tratamiento forzoso, pero ni un solo país ha hecho nada al

respecto en estos diez años.

Recientemente, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos calificó el trabajo de Pūras de "revolucionario", pero las principales organizaciones psiquiátricas han mostrado hostilidad y desdén. Una estrategia habitual es la de considerar al relator especial y, por asociación, a las Naciones Unidas, como tendenciosos y carentes de rigor científico, mientras se presenta la práctica actual de la psiquiatría como intrínsecamente científica y ética.

Un instructivo artículo analizó las reacciones de las organizaciones psiquiátricas al informe de Pūras.⁶⁹⁹ Incluían las falsedades habituales, por ejemplo, que los antipsicóticos vaciaron los manicomios e hicieron posible que la gente llevara una vida normal, que "se ha demostrado que los tratamientos farmacológicos reducen el riesgo de suicidio" (evitando mencionar exactamente qué fármacos, aunque no existe ninguno), y sin citar referencias, sólo afirmaciones vagas como "un amplio corpus de datos". La afirmación correcta que la psiquiatría es culpable de violar los derechos humanos fue calificada de "absolutamente calumniosa, pues ataca a toda una comunidad profesional sin hacer distinción y además no está en absoluto basada en las evidencias".

¿Hasta cuándo permitiremos que los psiquiatras sigan con sus mentiras, sus errores fatales, su negación corporativa, sus distorsiones cognitivas y su ineptitud? Es nuestro deber librar a los ciudadanos de las mortíferas violaciones de los derechos humanos. Más recientemente, en octubre de 2023, la OMS unió esfuerzos con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y publicó el texto *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica*.⁷⁰⁰

El psiquiatra Niall McLaren escribió: "Sabemos que al menor indicio de amenaza el eje psiquiatría/empresas-farmacéuticas saldrá corriendo entre aullidos a pedir ayuda a sus amigos del gobierno para que suelten un buen mazazo a los engreídos [...]. No hay duda de que a la psiquiatría ortodoxa internacional le dará un buen ataque colectivo cuando vean qué les tienen preparado los que no están en su club [...]. Podemos estar seguros de una cosa: dado su historial, la psiquiatría institucional no cederá de buena gana. Fíjense en los editores de las revistas: no quieren siquiera saber que la OMS o la OACDH existen. No se dan cuenta de que la Guía, tal y como se ha publicado recientemente, es una pistola que apunta a la cabeza colectiva de la psiquiatría. No es un comienzo alentador".⁷⁰¹

Silas Dam se suicidó en 2023, con sólo 24 años.⁷⁰² Pero en su corta vida hizo una contribución que beneficiaría a muchos pacientes psiquiátricos de Dinamarca. Consideró que la contención mecánica que había sufrido no estaba justificada y, aunque fue aprobada tanto por el Tribunal de Distrito como por el Tribunal Superior, llevó su caso al Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo, con la ayuda de un abogado. El resultado fue un acuerdo con el Ministerio de Sanidad que obligaba al gobierno a modificar la Ley de Psiquiatría para mejorar los derechos de los pacientes psiquiátricos sujetos a contención mecánica. Su nota de suicidio decía: "La psiquiatría me mató, la sujeción mecánica me mató, la medicación forzosa me mató". Y añadió: "Contad mi historia".

Si el lector todavía no se ha convencido, debería leer *The Zyprexa Papers*, de Jim Gottstein.⁷⁰³ Es un libro sobre cómo la medicación ilegal y forzosa ha destruido a pacientes. Psiquiatras, abogados y Eli Lilly mintieron descaradamente y a los jueces no les importó. Lo viví de primera mano como perito de Jim cuando le visité en Anchorage en 2016. Tuvo que acudir al Tribunal Supremo de Alaska antes de que se le hiciera justicia, y corrió un gran riesgo personal al sacar a la luz documentos que se suponía que eran secretos.

He argumentado extensamente en libros, artículos y conferencias por qué el tratamiento forzoso en psiquiatría es indefendible, sea por razones éticas, legales o científicas,⁷⁰⁴ y fui coautor con Jim y otros de un informe condenatorio en 2023.⁷⁰⁵

Pero los psiquiatras que lideran la especialidad siguen ignorando o distorsionando los hechos. El presidente de la Asociación Noruega de Psiquiatría, Ulrik Fredrik Malt, afirmó en un periódico en 2019 que el riesgo de morir es seis veces mayor si un paciente con esquizofrenia no toma neurolépticos.⁷⁰⁶ Le respondí que lo sentía por los pacientes noruegos que deben consultar a psiquiatras como él.⁷⁰⁷

10 Retirada de psicofármacos

Los médicos han hecho que cientos de millones de pacientes desarrollen dependencia a los psicofármacos. Estos fármacos no deberían recetarse sin un plan de reducción progresiva, pero no he oído hablar de un solo paciente al que se le haya recetado un psicofármaco que hubiera recibido información adecuada sobre sus efectos nocivos, incluidos los síntomas de abstinencia, y con un plan de reducción progresiva. Una encuesta reciente mostró que sólo al 1% de los neozelandeses que tomaban fármacos para la depresión se les había informado sobre los efectos de la abstinencia o la adicción.⁷⁰⁸

Los médicos no han aprendido a suspender la medicación de forma segura, pero sí han aprendido mucho sobre cómo iniciar el tratamiento y cómo ignorar los problemas que causan culpando a la enfermedad y al paciente.

Es un testimonio de tal absurdidad el hecho que los psiquiatras hayan llevado a cabo decenas de miles de ensayos con fármacos y tan sólo un puñado de estudios se ocupen de la retirada segura. No sólo ha habido escasez de investigaciones de calidad durante más de 150 años sobre cómo dejar los fármacos adictivos de la mejor manera posible –incluyendo el opio, los bromuros y los barbitúricos–, sino que, en todos estos años, los médicos han ignorado a sus pacientes cuando se quejaban de dificultades para dejar los fármacos.

Luego está el dinero. Es mucho más sencillo renovar una receta que dejar un medicamento adictivo, y genera muchos más ingresos. Y puede que los médicos sientan que se les falta al respeto cuando los pacientes les piden dejar los fármacos que han recetado. Una anotación habitual en los historiales de los hospitales es: "El paciente no quiere fármacos. Dado de alta". Es casi como: "¿Así que no te gustan mis medicamentos? Entonces es que yo tampoco te caigo bien. ¡Adiós!"

Una paciente me contó que le recetaron píldoras de la felicidad tras un suceso traumático sin informarle adecuadamente de los efectos secundarios –como eufemísticamente se denomina a los daños de los fármacos–, y cuando quiso dejarlas un año después, porque sentía que no le ayudaban, su psiquiatra la convenció de que necesitaba una dosis mayor y le advirtió de que dejar el fármaco podría causarle una depresión crónica.⁷⁰⁹ Cada vez estaba más aletargada y mostraba mayor indiferencia hacia todo, y cuando su psiquiatra tuvo una baja por enfermedad de larga duración, logró el apoyo de un psicólogo para dejar el fármaco, el cual llevaba tomando tres años y medio. Cuando la psiquiatra volvió, se sintió insultada por el hecho de que su paciente se sintiera mucho mejor sin el fármaco y manifestó que no podía ayudarla si no quería fármacos. Dicha psiquiatra tenía una estrecha relación con un fabricante de píldoras de la felicidad.

Los pacientes mayormente tienen que arreglárselas solos, pero pocos lo logran. Por eso comparten sus experiencias en Internet, por ejemplo en *theinnercompass.org*, creado por Laura Delano, y en las redes sociales.

Lo que más necesitamos en psiquiatría son clínicas de desintoxicación, con acceso fácil, rápido y gratuito, y educación sobre los efectos nocivos de los psicofármacos, cómo dejarlos y cómo evitar empezar a tomarlos. La inversión pública en este tipo de clínicas se traduciría en menos pensiones por invalidez, muchas menos muertes, ciudadanos mucho más sanos y menos delitos graves.

A menudo se les ha enseñado a enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, profesores y otras personas que no recetan medicamentos que su tarea es instar a la gente a que se les diagnostique y cumplan con la medicación prescrita. Se les debería enseñar a ayudar a los ciudadanos a evitar los diagnósticos psiquiátricos y los psicofármacos.

Los mayores obstáculos para la dejar la medicación son la ignorancia, las falsas creencias, el miedo, la presión de los familiares y los profesionales sanitarios, y cuestiones prácticas como la falta de medicamentos en dosis adecuadamente pequeñas.

La mayoría de los consejos en los manuales de psiquiatría sobre cómo retirar los psicofármacos a los pacientes son malos y, a menudo, directamente peligrosos. En las largas listas de síntomas de abstinencia faltan los daños más graves: acatisia, suicidio y violencia. Y aunque los síntomas de abstinencia son muy parecidos para los fármacos para la depresión y las benzodiacepinas,⁷¹⁰ no eran denominados síntomas de abstinencia en el caso de los antidepresivos.

Ninguno de los libros explicaba que las curvas de afinidad de los fármacos psiquiátricos son hiperbólicas y que, por tanto, la reducción debe ser exponencial, con reducciones de dosis muy pequeñas al final.⁷¹¹ La principal razón por la que los intentos de retirada suelen fracasar es que los médicos reducen la dosis demasiado rápido y de forma lineal. Además, pocos médicos comprenden que los síntomas de abstinencia y los de la enfermedad suelen ser los mismos. Cuando los pacientes se deterioran durante la abstinencia, los psiquiatras, otros médicos, los trabajadores sociales y los familiares suelen decirles que sus síntomas demuestran que todavía necesitan el fármaco.

Yo inventé el término "depresión de abstinencia" para los síntomas de abstinencia que imitan una depresión. Se trata de una depresión que se produce en un paciente que en ese momento no está deprimido pero cuyo fármaco se suspende de forma brusca o a lo largo de unas semanas. Su rasgo distintivo es que los síntomas de depresión aparecen rápidamente (dependiendo de la vida media del fármaco o de sus metabolitos activos) y desaparecen en cuestión de horas cuando se reanuda la dosis completa. Por lo tanto, la reintroducción del fármaco puede considerarse como una prueba diagnóstica que distingue una depresión por abstinencia de una depresión verdadera, la cual no responde rápidamente a un comprimido antidepresivo.

Un ensayo sobre "síndrome de abstinencia" mostró la diferencia muy claramente.⁷¹² Los pacientes que estaban bien pasaron repentinamente del tratamiento de mantenimiento a recibir un placebo (doble ciego) durante 5-8 días en un momento desconocido para ellos y sus médicos. Los criterios de depresión de los autores se cumplieron en 25 de los 122 pacientes que tomaban sertralina o paroxetina. Calculé que el número esperado de pacientes que recaen en un intervalo de tiempo tan corto es cero,⁷¹³ lo que sugiere que ninguno de los 25 pacientes habría "recaído" si no se les hubiera expuesto a un "síndrome de abstinencia". Me basé en un estudio de 362 estudiantes de secundaria que habían sufrido uno o más episodios de depresión.⁷¹⁴ De los pacientes que se recuperaron, el 5% recayó en 6 meses y el 12% al cabo de un año, lo que sugiere una tasa de recaída bastante constante en el tiempo. Con estos datos, calculé el número esperado de pacientes con recaída. Es $122 \times 12\% \times 6,5/365 = 0,03$.

Las absurdidades que hay en los libros son interminables y demuestran que los psiquiatras confunden los síntomas de abstinencia con la recaída. Dos libros afirmaban que los pacientes no se vuelven dependientes a los fármacos para la depresión, y uno de ellos señalaba que, por este motivo, la recaída no debe malinterpretarse como síndrome de abstinencia! Así es cómo argumentan también la mayoría de los psiquiatras en la práctica clínica y en sus artículos científicos.

Dos libros de texto afirmaban que, si el fármaco se suspende demasiado pronto, aumenta el riesgo de recaída, y esta idea errónea llevaba a recomendaciones perjudiciales de tratamiento a largo plazo. En los libros se aconsejaba una fase de prolongación de 6 a 12 meses tras la remisión de la depresión, y cuanto más tiempo, mejor, por ejemplo en caso de

depresión grave con riesgo inminente de suicidio. Este consejo es mortal.

Si un paciente había sufrido dos depresiones en un plazo de 5 años, el médico debía considerar la posibilidad de continuar con el fármaco durante un año más; si había sufrido tres depresiones, durante 5-10 años o de por vida; si el inicio se producía después de los 50-60 años de edad, el tratamiento también debía ser de por vida, ya que se afirmaba que el riesgo de recurrencia era casi del 100%. También se afirmaba que se logra un excelente efecto preventivo contra la depresión. Es imposible que esto ocurra porque los fármacos no funcionan (véase el capítulo 2 sobre la depresión).

Un libro recomendaba continuar con el fármaco durante el mismo número de años que el número de episodios depresivos. Aunque efectivamente tuviéramos un fármaco que funcionara, resulta extraño. Implica que cuanto menor sea el beneficio, incluso la ausencia del mismo, más tiempo deberá el paciente tomar el fármaco. Si hubiera siete episodios depresivos, el paciente sería "condenado" a siete años más con medicación.

Un libro recomendaba la prolongación del tratamiento después de un único episodio maníaco, durante 2-10 años o de por vida. La norma en la práctica clínica es el tratamiento de por vida.

Un gran error de los libros de texto es que enumeran intervalos de tiempo cortos en los que pueden producirse síntomas de abstinencia. Pueden aparecer en cualquier momento, por ejemplo, si el paciente se estresa, y una revisión demostró que cuanto más tiempo se toman los fármacos, mayor es la probabilidad de que se produzcan efectos de abstinencia cuando se dejan.⁷¹⁵ Esta revisión descubrió que la tasa total de efectos de abstinencia era del 56%, y que el 25% de los pacientes experimentaban un síndrome de abstinencia grave.

En 2024, *The Guardian* publicó que sólo en el 15% de los casos se desarrollan síntomas de abstinencia y que sólo el 3% experimenta síntomas graves,⁷¹⁶ refiriéndose a un estudio publicado en *Lancet Psychiatry*.⁷¹⁷ El psiquiatra Carmine Pariante declaraba triunfante en su titular que "El mito de que los antidepresivos son adictivos ha sido desmentido: son una herramienta esencial en psiquiatría."⁷¹⁸

El problema de esta afirmación es que es incorrecta. Y Pariante dijo otras falsedades, por ejemplo: "Para aquellos a quienes ayudan, los antidepresivos indudablemente mejoran la depresión y reducen el riesgo de suicidio". También afirmó que, a lo largo de 33 años de práctica clínica, podía contar "con los dedos de una mano" a quienes habían tenido dificultades para dejarlos. Pues no hay peor ciego que el QUE NO QUIERE VER.

El estudio no era fiable, principalmente porque lo que se revisó fueron ensayos a corto plazo controlados con placebo financiados por la industria.⁷¹⁹ A la industria no le interesa encontrar daños graves en sus estudios, los ignoran, y evaluar los efectos de retirada rara vez es un objetivo en los ensayos de la industria.

En 2014, terminé siendo cofundador del Consejo de Psiquiatría Basada en la Evidencia en el Reino Unido,⁷²⁰ creado por el cineasta y empresario Luke Montagu, heredero del conde de Sandwich, que sufrió durante muchos años terribles síntomas de abstinencia tras dejar de tomar sus psicofármacos.

Di una conferencia durante la reunión inaugural en la Cámara de los Lores explicando por qué el uso de psicofármacos es más perjudicial que beneficioso. Tuvimos mucha cobertura en la prensa y, tres meses después, fui atacado por los "espaldas plateadas" de la psiquiatría británica en *Lancet Psychiatry*.

El artículo está repleto de ataques *ad hominem* e información falsa sobre los efectos milagrosos de los fármacos, incluidas las letanías habituales de que los fármacos para la

depresión protegen contra el suicidio y que las personas que critican la psiquiatría son "antipsiquiatría".⁷²¹ Era de lo más burdo, y recalqué sus errores y la ausencia de argumentos válidos.⁷²²

Estas personas, estando en la cima de su profesión, sostienen opiniones que contradicen directamente la ciencia. Afirman que los ISRS son unos de los fármacos más seguros que se han fabricado; que sus efectos adversos rara vez son graves y que deberíamos ignorar las "malas experiencias con fármacos", que ellos desestiman como anécdotas que podrían estar distorsionadas por el "incentivo de litigios". Además, afirman que los fármacos son muy eficaces y que tienen un beneficio sorprendente sobre la recurrencia, con un número necesario a tratar para beneficiar a un paciente (NNT) de alrededor de tres. No entienden que los ensayos no evalúan la recurrencia, sino las depresiones por abstinencia del grupo placebo. Como sólo se necesitan dos pacientes para conseguir uno con síntomas de abstinencia cuando se deja de tomar un fármaco,⁷²³ no puede existir un NNT para prevenir la recurrencia, sólo un número necesario para dañar (NND), que es dos.

Mencioné a Luke en 2015, en un artículo que escribí como invitado para el *Daily Mail*. En él señalé que los psicofármacos son la tercera causa de muerte.⁷²⁴ El Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido reaccionó el mismo día: "Lamentablemente, este tipo de artículos pueden hacer más daño que bien, pues existe el riesgo real de que disuadan a la población de iniciar o continuar un tratamiento. Esto es peligroso, ya que la depresión no tratada tiene aproximadamente el mismo efecto sobre la mortalidad que el tabaquismo, y puede conducir al suicidio".⁷²⁵ Me instaron a publicar mis datos en revistas especializadas para que las afirmaciones pudieran ser examinadas de forma independiente. ¿Qué hay de malo en publicar los datos, que proceden de la literatura publicada, en un libro y realizar cálculos con ellos?

El editor hizo muchos cambios en mi artículo e insistió en que añadiera esta declaración: "Como investigador de la Colaboración Cochrane –organismo internacional independiente que evalúa la investigación médica–, mi función es examinar de forma experta las evidencias de los tratamientos."

Aunque mi artículo vio la luz dos semanas después de haber publicado mi primer libro sobre psiquiatría, en el que estaban todas las pruebas, mi investigación fue desdeñada públicamente por los líderes de Cochrane, que escribieron una declaración que todavía es pública.⁷²⁶ Dijeron que mis afirmaciones sobre los psicofármacos y su uso por parte de los médicos británicos podían malinterpretarse como si yo estuviera realizando mi trabajo en nombre de Cochrane. También dijeron que mis opiniones sobre los beneficios y perjuicios de los psicofármacos no eran las de la organización.

Ahora estaba en una lucha interna con mi propia organización. Cochrane tiene tres grupos de salud mental y han publicado cientos de revisiones engañosas sobre fármacos psiquiátricos porque los autores no han prestado suficiente atención a los defectos de los ensayos.⁷²⁷ Las dos cuestiones más importantes son éstas:

El material original se compone principalmente de informes de ensayos respaldados por la industria publicados en revistas médicas, que son excepcionalmente capciosos en comparación con los informes de estudios clínicos que las empresas han presentado ante los organismos reguladores de medicamentos,⁷²⁸ con análisis sesgados de los beneficios y omisión de daños graves. Incluso se omiten la mitad de las muertes.⁷²⁹

Los autores de la Cochrane ignoran que casi todos los ensayos controlados con placebo son sesgados porque los pacientes ya estaban en tratamiento con un fármaco similar antes de la aleatorización y, por tanto, están expuestos a los efectos del síndrome de abstinencia.

Obviamente, Cochrane, como organización, no puede tener "opiniones" sobre los

psicofármacos que tengan más peso que aquellas del investigador que ha estudiado la literatura en detalle. Pero su táctica de desautorizar mis conclusiones, basadas en la evidencia, funcionó, por supuesto. La eminencia siempre vence a la evidencia. Cinco días después de que publicaran su declaración, el *BMJ* publicó un artículo, *Cochrane se distancia de opiniones polémicas sobre psicofármacos*.⁷³⁰ Hicieron un muy mal uso del término "polémico". No es polémico que los científicos informen al público de lo que han visto, de hecho, se espera que hagan exactamente eso, sin censura.

Tanto entonces como en adelante, Cochrane prefirió defender al gremio de psiquiatras y a la industria farmacéutica antes que la honestidad científica, y de ello los psiquiatras sacaron mucho provecho. En febrero de 2018, David Nutt, uno de los "espaldas plateadas", dijo durante una conferencia en Nueva Zelanda que me habían echado de Cochrane. Se adelantó siete meses.⁷³¹ Nutt había sido el principal asesor farmacológico del Gobierno del Reino Unido, pero fue despedido por afirmar que el éxtasis –una droga recreativa también llamada MDMA, un derivado de la anfetamina– no es más peligroso que montar a caballo. Yo le llamo David Nuts. [N.T.: *Juego de palabras; 'nuts' en inglés significa chiflado*]

Luke habló de su propio "periplo" psiquiátrico en el artículo del *Daily Mail*. Sus síntomas eran de tal naturaleza y gravedad que al principio me costó creerle. Nunca había tenido noticia de nada remotamente parecido a su tormento, ni mientras estudiaba medicina, ni después.

Otro de mis colegas, el psiquiatra Mark Horowitz, probablemente tampoco se habría creído los muchos y horribles síntomas de abstinencia que le describían sus pacientes, si él mismo no hubiera experimentado horrores similares tras pasar años intentando dejar un antidepresivo.⁷³² Mark se dirigió a los miembros de la Red de Psiquiatría Crítica: "La duloxetine, la paroxetina y la venlafaxina son fármacos endiablados cuando se trata de dejarlos, y he presenciado todo tipo de horrores al respecto, incluyendo acatisia, espasmos musculares y suicidio. He visto personas que han tardado entre 3 y 5 años en dejar cada uno de estos fármacos".

Luke no tenía ningún trastorno psiquiátrico cuando cayó en la trampa invisible de los psicofármacos. Fue operado de sinusitis y probablemente tuvo una mala reacción a la anestesia, pero su médico de cabecera le dijo que tenía un desequilibrio químico en el cerebro y le recetó varios fármacos para la depresión, que no le ayudaron. Ninguno de los médicos y psiquiatras hacía caso de Luke cuando les contaba que todo había empezado con la operación de sinusitis.

Como suele ocurrir, Luke concluyó a regañadientes que algo le pasaba, pues cada vez que intentaba dejar la medicación, se sentía tan mal que volvía a tomarla y pensaba que la necesitaba. Después de que un psiquiatra le diera cuatro nuevos fármacos, incluido un somnífero, no se percató de que estaba "tan enganchado como un yonqui a la heroína".

Luke fue víctima de mala praxis médica grave. En una clínica de desintoxicación, su psiquiatra le aconsejó que dejara el somnífero de inmediato y pasados tres días le sobrevino un tsunami de síntomas terribles. Fue el comienzo de casi siete años de infierno. Era como si le hubieran borrado partes del cerebro. Cuando se recuperó, seguía teniendo una sensación de quemazón en todo el cuerpo, fuertes acúfenos y una sensación de intensa agitación. La última vez que me reuní con Luke, en junio de 2019, seguía sufriendo síntomas de abstinencia.

Luke fundó el Grupo Parlamentario Transversal sobre Adicción a los Medicamentos (APPG, por sus siglas en inglés), que presionó con éxito al Gobierno británico para que reconociera el problema y también consiguió el apoyo de la Asociación Médica Británica y el Real Colegio de Psiquiatras. En 2019, el APPG y el Consejo de Psiquiatría Basada en la Evidencia publicaron una

guía detallada sobre la retirada de psicofármacos.⁷³³

Cómo hacerlo y cómo no hacerlo

En 2014 puse en marcha una red informal de psiquiatría crítica en Dinamarca, con el psicólogo Allan Holmgren, con el objetivo de abordar el problema de la abstinencia, al que nadie da importancia. Cuatro de nosotros redactamos una guía breve para ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos, con una tabla para registrar los síntomas diarios y consejos sobre cómo fabricar las dosis pequeñas necesarias. También hice una lista de personas de todo el mundo que están dispuestas a ayudar en el proceso.⁷³⁴ Algunos de nosotros hemos intentado ayudar a los pacientes de varias maneras; publicamos, por ejemplo, un artículo en un periódico en el que se le decía a la gente que los psicofármacos no son la solución a sus problemas,⁷³⁵ el cual traducimos al inglés.⁷³⁶

En 2016, fundé junto a otros el Instituto Internacional de Abstinencia de Psicofármacos⁷³⁷ en Gotemburgo, y en 2020 publiqué el libro *Kit de supervivencia para la salud mental y retirada de psicofármacos*,⁷³⁸ para ayudar a los pacientes a dejar los fármacos de forma segura. Está disponible en nueve idiomas y se publicó por entregas en Mad in America, donde se puede leer gratuitamente.⁷³⁹ Su traducción al español, francés y portugués fue realizada por voluntarios, al considerarlo éstos un libro de mucha utilidad, y yo lo ofrezco gratuitamente en estos idiomas en la página web de mi instituto.⁷⁴⁰ También ha sido traducido al danés, sueco, neerlandés e italiano.

En 2024, Mark Horowitz y David M. Taylor publicaron un detallado libro-guía sobre retirada.⁷⁴¹

Como los médicos rara vez ayudan, suelen ser los psicólogos, otros terapeutas, farmacéuticos, amigos y familiares los que ayudan a los pacientes a dejar los fármacos.

Es de gran ayuda que el paciente disponga de una persona que haya superado con éxito la abstinencia –un mentor de recuperación– y que le haga partícipe de la misma. Dado que un mentor de recuperación rara vez estará disponible a diario, es necesario el apoyo de otras personas. La sensación de seguridad y de tener a alguien que se preocupa puede tener un fuerte efecto curativo.

Aquellos psicólogos que no hayan aceptado los mitos de la psiquiatría biológica también pueden ser de gran ayuda. Puede ser abrumador gestionar las emociones que vuelven después de ser reprimidas durante tanto tiempo, y puede ser crucial obtener apoyo psicológico para manejar la transición de vivir emocionalmente anestesiado/a a vivir una vida plena.

Durante el difícil proceso de abstinencia, el cerebro de los pacientes se encuentra en un estado de crisis inducido por los psicofármacos, y es más cierto que nunca que les cuesta creer lo que su mente les dice. Sin embargo, a menudo sentirán que se trata de ellos e intentarán justificar su extraño comportamiento si se les confronta –negando que se han vuelto irritables, inquietos, hostiles o difíciles de tratar– y reaccionarán con ira ante tales "acusaciones".⁷⁴²

Por eso es esencial que los pacientes no estén solos y que los parientes cercanos o amigos los observen atentamente. Cuando los pacientes han dejado notas de suicidio, sólo en muy raras ocasiones hay indicios de que el fármaco fuera el problema; los pacientes no lo saben y creen que se han vuelto locos. Por lo tanto, puede ser peligroso que se acepten las falsas explicaciones del paciente, y éste debe permitir que sus amigos y familiares se pongan en contacto con el terapeuta si están preocupados.

A menudo son necesarias una gran determinación y paciencia para dejar los psicofármacos. Generalmente puede lograrse en unos meses, pero el psiquiatra Jens Frydenlund tiene el

récord de ocho años para un ISRS. Lleva décadas trabajando con drogadictos y, igual que otros psiquiatras, afirma que es mucho más fácil dejar la heroína que una benzodiacepina o un ISRS, porque los síntomas de abstinencia con la heroína desaparecen con bastante rapidez. No es de extrañar que algunos pacientes digan que el síndrome de abstinencia es peor que su depresión.⁷⁴³

A menudo requiere un esfuerzo enorme ayudar a un paciente a superar el síndrome de abstinencia, y no acaba ahí. La persona de apoyo debe compendiar el proceso y los síntomas más importantes junto con el paciente, a quien se le debe ofrecer un apoyo continuado. Existe el riesgo de volver a caer en la trampa de los fármacos si una situación deviene estresante, lo que puede hacer que reaparezcan algunos de los síntomas de abstinencia, incluso mucho después de una retirada exitosa. Pueden pasar años antes de que el cerebro vuelva a la normalidad y, a veces, no pasará nunca, porque el cerebro ha sufrido daños irreversibles.

También hay una cuestión de equidad. Los pacientes con más recursos tienen más libertad para ausentarse del trabajo, pagar a los terapeutas que les ayudan a dejar los fármacos y mantener la estabilidad económica durante el proceso. Así, la psiquiatría perjudica más a los pobres que a los ricos.

No se debe tratar de reducir la dosis de un paciente que realmente no desea dejar los fármacos. Es poco probable que funcione. Pero esto no debe servir de excusa para no hacer nada. Debemos explicar a los pacientes que el tratamiento a largo plazo es muy perjudicial e intentar convencerlos de que inicien un proceso de retirada. Por desgracia, existe un problema con los pacientes que quieren medicarse y que han sido convencidos por la propaganda farmacéutica para que lo hagan, y muchos prescriptores se escudan en la "autonomía del paciente" y siguen perjudicando a sus pacientes.

En Holanda, el expaciente Peter Groot y el profesor de psiquiatría Jim van Os han tomado una iniciativa extraordinaria. Una farmacia de Ámsterdam fabrica 'tiras de reducción', con dosis cada vez más pequeñas del fármaco, lo que facilita su retirada. Los médicos de cualquier país pueden pedir las tiras en el sitio web *taperingstrip.org*.

Sus resultados son impresionantes. En un grupo de pacientes que tomaba fármacos para la depresión, el 62% había anteriormente intentado dejarlos sin éxito, pero tras una media de sólo 56 días, el 71% de los 895 pacientes había dejado el fármaco.⁷⁴⁴

En 2023, escribí sobre esto en Mad in America, y expliqué cómo se pueden fabricar dosis pequeñas que no están disponibles comercialmente sin pedir tiras de reducción.⁷⁴⁵

Es importante empezar con buen pie. A menudo es mejor dejar el fármaco que se ha empezado a tomar más recientemente,⁷⁴⁶ pues la retirada se hace más difícil cuanto más tiempo lleva el paciente tomando el fármaco. El litio y los fármacos para la psicosis deben retirarse pronto, ya que causan muchos daños. Dado que el síndrome de abstinencia puede causar problemas de sueño, es conveniente retirar los somníferos en último lugar.

Salvo contadas excepciones, no es aconsejable retirar más de un fármaco a la vez, ya que dificulta averiguar qué fármaco está causando los síntomas de abstinencia.

Rara vez es buena idea sustituir un fármaco por otro, incluso si el nuevo fármaco tiene una vida media más larga en el organismo. El cambio puede dar lugar a problemas de abstinencia adicionales, porque los dos fármacos pueden no dirigirse a los mismos receptores, o a sobredosis, ya que es difícil saber qué dosis deben utilizarse en la fase de transición. Pero puede ser necesario si no se puede partir un comprimido o una cápsula.

En general, no es aconsejable introducir un nuevo fármaco, por ejemplo un somnífero, si los síntomas de abstinencia dificultan el sueño. Es mejor aumentar un poco la dosis temporalmente.

El último y pequeño paso puede ser el peor, no sólo por cuestiones físicas, sino por razones psicológicas. El paciente puede preguntarse: "He tomado esta píldora durante tanto tiempo, ¿me atrevo ahora a dar el último paso? ¿Quién seré cuando ya no tome la pastilla?". Puede que el médico se ría y diga que es imposible tener síntomas de abstinencia cuando la dosis es tan baja.⁷⁴⁷ Si semejante "sabelotodo" está involucrado en el síndrome de abstinencia, el paciente debería buscarse otro médico.

La historia de Stine Toft, una danesa de 27 años, es tan devastadora, y a la vez tan habitual, que la publiqué en *Mad in America*.⁷⁴⁸ Nunca había sufrido manía, excepto cuando le recetaron un fármaco para la depresión, y sin embargo recibió el diagnóstico de bipolar. Se vio gravemente perjudicada. Le dijeron que su enfermedad duraría el resto de su vida; tomó fármacos para la depresión, antiepilépticos y un fármaco para la psicosis; engordó 50 kg; perdió unos 14 años de su vida por culpa de la psiquiatría; perdió a su marido; estuvo a punto de suicidarse; y acabó cobrando una pensión de invalidez.

El siguiente marido de Stine la salvó. Le preguntó cuál era su enfermedad, porque él no la veía. Pero ahora sufría el 'hechizo por la medicación'. Pasó un año y medio hasta que se rindió y accedió a dejar la medicación, y fue una experiencia atroz, porque no recibió la orientación necesaria. Tardó dos años y medio. Después descubrió dos de mis libros y se dio cuenta de que todo lo que había vivido era bien conocido y perfectamente normal. Fue chocante para ella leer que es práctica habitual ser expuesto al infierno por el que había pasado, pero también liberador descubrir que no estaba enferma y que no le pasaba nada.

Hoy, Stine está bien. Se ha convertido en formadora y psicoterapeuta y ha ayudado a muchos pacientes a dejar los fármacos para la depresión. Ya no ve a su familia. Siguen diciendo que está enferma y que debe tomar la medicación.

Stine da conferencias, pero le resulta difícil transmitir el mensaje. Ha dado conferencias para psiquiatras en la Región Capital sobre ser bipolar, lo cual fue fácil. A la gente le gusta ver a una persona enferma y escuchar su historia. Pero la historia de éxito de una superviviente que cuestiona todo el sistema psiquiátrico no resulta interesante, o mejor dicho, resulta una amenaza para la profesión.

En 2019, Stine propuso a la organización de pacientes "Better Psychiatry" de su ciudad natal que me invitaran a dar una conferencia. El presidente no me conocía y presentó la reunión diciendo que la psiquiatría necesitaba más dinero. Dije que no estaba seguro de que ésa fuera una buena idea. Si se invertía más dinero, se diagnosticaría todavía más, se utilizarían todavía más fármacos y más personas acabarían recibiendo una pensión de invalidez.⁷⁴⁹

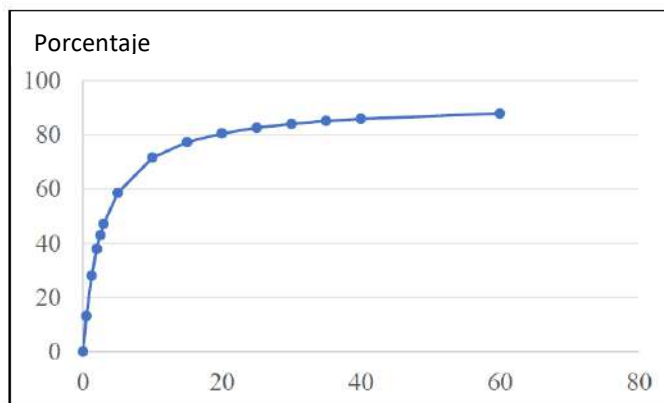
Valió la pena escribir el libro sobre retirada de psicofármacos. El primer capítulo se titula *Este libro puede salvarte la vida*, y he recibido muchos correos electrónicos diciéndome que le había salvado la vida a alguien.

La mayoría de los médicos apenas saben nada de los síntomas de la abstinencia y de cómo retirar fármacos de forma relativamente segura, con los menores daños posibles,⁷⁵⁰ y si lo hacen, lo hacen demasiado rápido. En esto, cuentan con el apoyo de las autoridades. En 2019, el Consejo Danés de Salud emitió una guía sobre fármacos para la depresión dirigida a los médicos de familia. El remitente era *Rational Pharmacotherapy*, pero no era nada racional y era peligrosa. Como sabía por experiencias anteriores que no se llega a ninguna parte quejándose a las autoridades, advertí a la gente contra la guía en un periódico.⁷⁵¹

Al Consejo de Salud se le dio la oportunidad de responder, pero rehusó: una muestra de la arrogancia que hay en las cúpulas de nuestras instituciones. Un psiquiatra y un farmacólogo clínico habían realizado contribuciones a la guía, pero parece que desconocían que las curvas

de afinidad de los fármacos a los receptores son hiperbólicas. La curva es muy pronunciada al principio, cuando la dosis es baja, y se aplanan y se vuelve casi horizontal en la parte superior (véase la figura, los números en el eje x son dosis de citalopram).

Se recomienda utilizar citalopram en dosis de 20 o 40 mg al día, pero incluso con una dosis tan baja como 0,4 mg sigue ocupando el 10% de los receptores de serotonina.⁷⁵² Esto significa que los pacientes pueden experimentar síntomas de abstinencia cuando pasan de esa pequeña dosis a nada.



(Cortesía de Mark Horowitz)

La Junta recomendaba reducir la dosis a la mitad cada dos semanas, lo cual es arriesgado. Dado que prácticamente todos los pacientes están sobremedicados, podrían permanecer en la parte plana de la curva de afinidad tras la primera reducción de dosis y no experimentar síntomas de abstinencia. Pero incluso esto podría ser problemático porque los psicofármacos estimulan varios receptores y no conocemos las curvas de afinidad de todos ellos.

Al realizar la siguiente reducción, pasando del 50% de la dosis inicial al 25%, las cosas pueden ir mal, y si no hay síntomas de abstinencia entonces, es casi seguro que aparecerán con la dosis del 12,5%. También es demasiado rápido cambiar la dosis cada dos semanas. La dependencia física de las pastillas puede ser tan intensa que se necesiten meses o años para dejarlas por completo.

Un proceso de retirada debe respetar la forma de la curva de afinidad y, por lo tanto, debe hacerse más despacio que reduciendo la dosis a la mitad en cada paso. Esto puede conseguirse retirando un determinado porcentaje de la dosis anterior, por ejemplo, un 10%. Entonces, el primer escalón es el 90%, y a partir del 50%, no se reduce al 25%, sino sólo al 45%. Si reduce un 10% dos veces al mes, se tardará 11 meses en llegar al 10% de la dosis inicial de modo que, si uno toma cuatro medicamentos, puede tardar cuatro años en dejarlos si no intenta ir más rápido de lo aquí recomendado.

Estos principios se conocen desde hace décadas y mis colegas y yo hemos escrito reiteradas veces al respecto en periódicos daneses y en otros lugares desde 2017.⁷⁵³ Y en 2019, ocho meses antes de que el Consejo de Salud danés publicara su guía, fueron explicados en un didáctico artículo de *Lancet Psychiatry*.⁷⁵⁴

En 2021, cuando los psiquiatras Christoffer C. Lundsgaard y Poul Videbech aconsejaron, a pesar de todo, reducir las dosis a la mitad cada dos semanas en un artículo “de vanguardia” publicado en la *Revista de la Asociación Médica Danesa*, volví a aclarar que es un consejo peligroso.⁷⁵⁵ En su respuesta, cambiaron de tema y señalaron que yo organizaba cursos “caros” (eran baratos) sobre retirada de psicofármacos y que vendía libros (sólo escribí uno) sobre este tema.⁷⁵⁶

Proteger a los psiquiatras y sacrificar a los pacientes

Los psicofármacos son el santo grial de los psiquiatras. Por ello, el gremio psiquiátrico y sus aliados se oponen enérgicamente a que se cuente la verdad sobre los fármacos y se explique cómo dejarlos de forma segura y así llevar una vida mejor.

Durante más de diez años he presionado políticamente a los portavoces del Parlamento Danés y siempre han acogido bien mis explicaciones de por qué son necesarios cambios importantes en psiquiatría, con un menor uso de fármacos y con iniciativas de retirada. Pero nunca se han atrevido a desafiar a los psiquiatras, quienes se apresuraban a decirles que la psiquiatría estaba fuera de su ámbito de competencia. A los políticos también les conviene que haya una profesión que se ocupe de las personas más perturbadas de nuestras sociedades y ejerza un férreo control social sobre ellos.

En 2016, hubo una audiencia en el Parlamento sobre por qué la retirada de psicofármacos es tan importante y cómo debería hacerse, que fue el título de mi charla. No hubo ni un solo psiquiatra con experiencia en retirada dentro del programa. El único psiquiatra fue Bjørn Epdrup, quien explicó por qué los fármacos para la psicosis son necesarios a la vez que afirmó ser capaz de observar la esquizofrenia en un escáner cerebral, lo cual es mentira.⁷⁵⁷ Epdrup abandonó la reunión antes de que nadie pudiera poner en duda sus afirmaciones. Lo único que puede observarse en un escáner cerebral es el encogimiento del cerebro que han provocado los fármacos para la psicosis.⁷⁵⁸

En 2017, di una charla como invitado acerca de sobrediagnóstico y sobretratamiento en psiquiatría en una reunión celebrada en Sherbrooke, Canadá. Aunque la mayoría de los asistentes eran psiquiatras, 74 de los 84 participantes afirmaron al terminar que mi presentación había respondido a sus necesidades. No me lo esperaba, sobre todo después del debate, que fue tenso.

Sentí que se avecinaba un cambio. Dos meses después, Allan Holmgren y un partido político organizaron una conferencia en el Parlamento: *Una psiquiatría sin fármacos*. Bob Whitaker disertó sobre la epidemia de psicofármacos y yo fui igualmente franco: *El mito de la psiquiatría biológica; el uso de psicofármacos hace mucho más daño que bien*.

Pero quedé decepcionado. Las malas prácticas continuaron.

En 2017, impartí un curso de un día completo sobre retirada de psicofármacos en Copenhague. Fue demasiado para los creyentes en la psiquiatría biológica. *MIND*, la revista de la influyente organización para pacientes psiquiátricos de Dinamarca, se negó a publicar un anuncio del curso a pesar de que iba dirigido tanto a profesionales como a pacientes y sus familiares.⁷⁵⁹

Llamé al periodista de *MIND* Henrik Harring Jørgensen, responsable de la sección de anuncios. Estaba muy incómodo y dijo que no debía involucrarse en debates sobre psicofármacos. Le expliqué que independientemente de lo que uno pensara sobre los psicofármacos, muchos pacientes querían dejarlos, pero no recibían ningún tipo de apoyo, y por eso ofrecíamos el curso.

Jørgensen necesitaba el visto bueno de más arriba, y yo sabía que el presidente de *MIND*, Knud Kristensen, era un defensor de los fármacos, a los que siempre alababa ante los medios de comunicación cuando yo los criticaba. En un debate radiofónico, argumentó que algunos de sus miembros habían dicho que los fármacos para la depresión les habían salvado la vida. Le respondí que no era justo usar ese argumento, porque todos aquellos a los que los fármacos habían matado no podían levantarse de sus tumbas y decir que las pastillas les habían matado.

Cuando un año antes di una conferencia para *MIND* en Copenhague, Kristensen había

viajado desde el otro extremo del país para presidir el encuentro y hacer preguntas. Era evidente que yo le caía mal y sus preguntas fueron poco amistosas. Sin embargo, los pacientes dijeron que lo que yo había contado era cierto, y ellos mismos habían experimentado lo difícil que es dejar los psicofármacos.

Envié mi anuncio a Jørgensen, pero la sede central de *MIND* me ignoró. Envié varios correos electrónicos a los que no respondieron, llamé varias veces y la secretaria me pasó con Jørgensen tras decirme que estaba en su despacho, pero no cogió el teléfono.

Cuando faltaban pocos días para que venciera el plazo del anuncio, fui a la sede central de *MIND* para que me dieran una respuesta. El realizador de documentales Janus Bang llevaba dos años siguiendo mi trabajo, así que me los llevé a él y a su equipo para grabar el suceso y poder utilizarlo más adelante. Por supuesto, no anunciamos nuestra visita con antelación.

El director de *MIND*, Ole Riisgaard, me trató de forma muy grosera y condescendiente, como un maestro de escuela reprendiendo a un alumno travieso en los años cincuenta. Sabía de mi anuncio, pero necesitaba la aprobación de Kristensen.

Al día siguiente, escribió que sí publicarían mi anuncio. Pero añadió: "Teniendo en cuenta el pésimo y totalmente inaceptable comportamiento de ayer, cuando se presentó sin permiso ni previo acuerdo, y con las cámaras encendidas filmando al personal de *MIND*, varios de los cuales son psicológicamente vulnerables y están empleados con arreglo a disposiciones especiales, la condición para publicar el anuncio es que usted, antes de la fecha límite, me envíe una garantía por escrito (firmada) de que ninguno de los empleados de *MIND* participará en ningún tipo de emisión sin consentimiento escrito."

Las cámaras no estaban encendidas y estuvimos tranquilos y fuimos educados. Las únicas personas que se comportaron mal fueron Riisgaard y Jørgensen, a los que grabamos con un micrófono oculto, pues nos parece importante documentar la intimidación y otros abusos de poder en asuntos de importancia para la salud y supervivencia de los pacientes. Janus escribió a Riisgaard que su gente llevaba algún tiempo siguiéndome y, por tanto, también a *MIND*, y que había pedido permiso para filmar, el cual le había sido concedido. En cuanto éste fue denegado en otro piso, la filmación se detuvo. La única persona a la que filmaron fui yo.

Escribí a Riisgaard que, dado que Jørgensen no había contestado, no tuvimos otra opción que visitar la sede central del *MIND*. Puse en tela de juicio su explicación de que no había habido respuesta porque en *MIND* estaban demasiado ocupados. Señalé que Jørgensen habría tardado unos segundos en responder 'vale' cuando le envié el anuncio. También me pregunté por qué *MIND* no echaba una mano a los muchos de sus miembros que querían dejar los psicofármacos y que no habían recibido ayuda de sus médicos.

El día anterior a nuestra visita a *MIND*, Riisgaard había recibido un correo electrónico de una sucursal local (con copia a mí) explicando que habían hablado de mi correspondencia con Jørgensen acerca de un anuncio para un curso de retirada. "Según esto, parece que se está ejerciendo algún tipo de censura. Tenemos la impresión de que muchos de nuestros miembros están interesados en el trabajo de Peter Gøtzsche. No entendemos esta actitud".

Por tanto, ¿qué hacen los líderes cuando no quieren admitir que los miembros de su asociación les importan un bledo? No responden o mienten. Riisgaard mintió descaradamente: "A Gøtske [sic] no se le ha negado la oportunidad de publicar el anuncio. Si transmite otra impresión, es sólo para hacerse el interesante".

En 2016, algunos miembros de la rama local habían querido invitarme a dar una conferencia sobre psicofármacos, pero la propuesta fue rechazada. Dije que me parecía triste y señalé: "Una asociación de pacientes debe tener una mentalidad abierta y no debe cerrar la puerta a aquellos investigadores que han llegado a conclusiones diferentes sobre los fármacos

de las que se escuchan en los mensajes de publicidad. También me sorprende que tantos trabajadores del sistema sanitario, incluidas las asociaciones de pacientes, sean tan increíblemente paternalistas y condescendientes, y no crean que los pacientes estén capacitados para evaluar su propia situación, ni que tampoco les vean capaces de discernir con sensatez cuando oyen versiones encontradas de los hechos. La verdad es que me da miedo. Al mismo tiempo, oímos por todas partes que el paciente es la figura central. Le envió mi libro con la esperanza de que aún pueda sentir la tentación de entender cómo puede ser que yo haya llegado a conclusiones sobre los psicofármacos tan distintas de la narrativa imperante".

Y nunca más se supo. La organización de pacientes psiquiátricos más influyente de Dinamarca está más interesada en quedar bien con los psiquiatras y la industria farmacéutica que en ayudar a sus pacientes.

El gremio de psiquiatras tampoco quiere ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos. Había informado a los psiquiatras de la Región Capital de nuestro curso, explicando que había colaborado con psiquiatras, psicólogos y farmacéuticos expertos de varios países, y con muchos pacientes con amplia experiencia en retirada. Entre los conferenciantes se contaban un psiquiatra infantojuvenil, un psicólogo y dos farmacéuticos, uno de los cuales era también un superviviente psiquiátrico, todos ellos expertos en el tema.

Tres días después, Poul Videbech se quejó a la Autoridad para la Seguridad del Paciente (ASP): "Un tal Peter Gøtzsche, especialista en medicina interna, ha organizado un curso para pacientes y otras personas. Por supuesto, creo que asume una responsabilidad colosal para la que carece de conocimientos. ¿Pueden los médicos hacer este tipo de cosas sin tener los conocimientos fácticos necesarios? Además, se trata de una empresa privada, que hace mal uso del nombre Cochrane".⁷⁶⁰

La arrogancia de Videbech es evidente. "Un tal Peter Gøtzsche" sugiere que soy un don nadie, pero soy muy conocido, también para Videbech y la ASP. Escribí a Videbech que debería haberse alegrado, en lugar de denunciarme a la Junta: "Por fin hay alguien que ha decidido hacerlo. Aunque cientos de miles de personas en Dinamarca son adictos a los psicofármacos, los psiquiatras nunca han asistido a un curso de este tipo. Han fracasado en su responsabilidad profesional. Ni siquiera les preocupa cuál es el mejor método para dejarlos".

La ASP no se tomó la queja en serio. Al cabo de cuatro meses me preguntaron qué cualificaciones o experiencia tenía con la retirada individual de fármacos para la psicosis, y les contesté que eso no era relevante porque el objetivo del curso era que aprendiéramos los unos de los otros, incluso escuchando las experiencias de los pacientes.

También me preguntaron qué papel había desempeñado el Centro Nórdico Cochrane en la organización del curso. Como el anuncio no mencionaba al Centro, no respondí a esta pregunta, que además era irrelevante y escapaba a las funciones de control de la ASP. Más adelante, solicitaron información que ya les había mandado, y cuatro días después de que se realizara el curso declararon que no tomarían ninguna medida.

Publiqué en internet vídeos de nuestras conferencias y otras informaciones.⁷⁶¹ Celebramos otras reuniones para el público y di muchas conferencias sobre retirada, en varios países.

En 2017, el psiquiatra Jan Vestergaard intentó incluir un simposio de dos horas sobre las benzodiacepinas en el programa del encuentro anual de la Asociación Danesa de Psiquiatría. Aunque el encuentro duraba cuatro días, con sesiones paralelas, la junta declaró que no había espacio para el simposio. El tema era la dependencia y el síndrome de abstinencia, y yo tenía previsto hablar sobre el síndrome de abstinencia en general, no limitado a las

benzodiacepinas.

Llamé al hotel de conferencias de Nyborg, reservé una habitación para el 16 de marzo de 2018 y organicé un simposio de dos horas para los psiquiatras por la mañana, que repetimos por la tarde, sin entrada.

Pero el catedrático de microbiología clínica, Niels Høiby, interfirió en nuestra altruista iniciativa, lo cual es extraño, pues las bacterias nada tienen que ver con la retirada de psicofármacos. Es una persona malvada que acusó a Helle, mi mujer, de mala conducta científica cuando fue escogida para una cátedra en lugar de su propio protegido. La acusación, infundada y ridícula, reflejaba su ego desmesurado. Helle había presentado un póster en un congreso y Høiby se quejó de que en él no se citaban ninguna de sus investigaciones. Pero su investigación era irrelevante y Helle recibió el ascenso.

Høiby fue elegido para un partido político conservador de la región. Planteó una supuesta cuestión política mencionando que yo había escrito un libro sobre el uso de psicofármacos e impartido cursos para que los pacientes redujeran el consumo de los mismos.⁷⁶² Høiby preguntó si la junta directiva de mi hospital, de la Región Capital, y el Consejo de Salud en Psiquiatría habían preguntado a los psiquiatras y médicos de familia de la región si apoyaban o en cambio se distanciaban de las actividades del director del Centro Cochrane en relación al uso de psicofármacos.

Høiby tiene la costumbre de tomar como ejemplo a otras personas para sus desvaríos, pero no tomó como ejemplo a nuestra Reina ni a nuestro Primer Ministro. La respuesta es tan interesante como la maligna pregunta de Høiby. Los psiquiatras de la Región Capital declararon que habían informado a todos sus centros de las actividades mencionada por él, que criticaban mi ofrecimiento y que habían pedido que se prestara atención a los pacientes que pudieran aceptarla. Además, señalaron que varios jefes de departamento y profesores habían expresado públicamente su desacuerdo conmigo y mis actividades, por ejemplo durante el evento *El arte de suspender un fármaco*, organizado por la Región Capital, y en un debate público sobre psicofármacos organizado por psiquiatras de la Región Capital: "En ambos eventos participó el propio Peter Gøtzsche".

¡Cielo santo!, ¿os lo podéis creer? ¡El mismísimo se presentó en nuestros queridos eventos e incluso se atrevió a hacer preguntas! Evidentemente, para el *establishment* es inaceptable que yo intente responder a las necesidades de los pacientes cuando los psiquiatras no quieren hacerlo, a pesar de que el *establishment* habla constantemente de situar al paciente en el centro de sus actividades.

Hice publicidad de los simposios en nuestra revista médica y mi estudiante de doctorado Anders Sørensen también dio una charla. Más tarde, cuando paseábamos por los pasillos, nos enteramos de que los psiquiatras jóvenes habían tenido miedo de asistir porque sus jefes los verían como herejes y podrían tomar represalias. Sólo siete de los 60 participantes se identificaron como psiquiatras, pero probablemente hubo al menos ocho más que no se atrevieron a informar de sus estudios cuando entraron en la sala.

Otros profesionales de la salud me han contado historias similares sobre cómo sus superiores les advertían de que, si asistían a mis cursos o conferencias, no serían bien recibidos en su departamento.

Esto asusta, y permite hacer diagnóstico de una especialidad enferma, que se comporta más como una secta religiosa que como una disciplina científica. En ciencia, nos gusta prestar atención a los resultados de las nuevas investigaciones y a los distintos puntos de vista, pues nos hacen más sabios.

Los simposios fueron todo un éxito. El psiquiatra con más experiencia de la sala le dijo a

uno de sus colegas universitarios que yo eclipsaba a los psiquiatras más destacados. Por eso no querían que sus estudiantes universitarios me escucharan. Podría resultar demasiado incómodo para ellos que éstos empezaran a hacer preguntas. Hay un vídeo resumen de nuestras conferencias.⁷⁶³

Tres meses después de nuestros dos simposios, celebramos un seminario de investigación en Copenhague. Laura Delano, de EE.UU., presentó protocolos de retirada con reducción de riesgo y el farmacéutico Bertel Rüdinger, de Copenhague, también dio una conferencia. La psiquiatría les había quitado 14 y 10 años de sus vidas, respectivamente, y los llevó al borde del suicidio.

Bertel murió repentinamente en 2021, con sólo 47 años, de una trombosis. Los fármacos para la psicosis le habían hecho engordar mucho y tras dejarlos fue incapaz de perder peso. Es probable que la psiquiatría le matara y le quitara 30 años de vida.

"Tú también, Bertel", dijimos.

El 24 de febrero de 2018, Wendy Burn, presidenta del Real Colegio de Psiquiatras, y David Baldwin, presidente de su Comité de Psicofarmacología, escribieron lo siguiente en *The Times*: "Sabemos que en la gran mayoría de los pacientes, cualquier síntoma desagradable experimentado al suspender los antidepresivos se ha resuelto en las dos semanas posteriores a la interrupción del tratamiento."

Nueve médicos y académicos, entre los que me incluyo, escribimos a Burn y Baldwin para decirles que sus afirmaciones eran incorrectas y que habían engañado a la población en una importante cuestión de seguridad pública. Señalamos que el propio sondeo del Colegio realizado a más de 800 pacientes, *Dejando los antidepresivos*, había revelado que el 63% de ellos experimentaba síntomas de abstinencia y que una cuarta parte declaró sufrir ansiedad durante más de 12 semanas. Añadimos que a las 48 horas de publicar sus engañosas declaraciones en *The Times*, el Colegio había retirado dicho documento de su página web.

Así que, en cuanto les enviamos una queja, el Colegio retiró un sondeo incriminatorio que contradecía totalmente lo que postulaban. Cuando el Colegio se negó a corregir el error, hicimos pública nuestra queja, y el programa *Today* de Radio 4 de la BBC se hizo eco de ella el 3 de octubre de 2018. El Colegio rehusó participar en el programa.

Más tarde, la Real Sociedad de Medicina lanzó una serie de podcasts cuyo tema de estreno fueron los fármacos para la depresión y el síndrome de abstinencia. El psiquiatra Sir Simon Wessely, presidente de la Real Sociedad de Medicina (y reciente presidente del Colegio) rechazó cualquier relación entre los fármacos y el suicidio y afirmó categóricamente que los fármacos "no son adictivos".

Como la gente no nos hacía caso, publicamos una carta de lo más condenatoria en el *BMJ*, en mayo de 2019.⁷⁶⁴ Cuando el Colegio afirmó que los efectos de la retirada duraban solo dos semanas, hicieron referencia a las directrices del Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención (NICE, por sus siglas en inglés) que afirmaban que los síntomas de abstinencia son "generalmente leves, mejoran espontáneamente y duran aproximadamente una semana."

Enviamos una solicitud de Libertad de Información pidiendo las pruebas. El NICE sólo facilitó dos breves artículos de revisión, ninguno de los cuales respaldaba la afirmación de una semana, y ambos citaban numerosas fuentes que la contradecían.

El bochorno era ahora tan grande que el Colegio tuvo que cambiar de actitud. En 2019, Salud Pública de Inglaterra publicó una revisión de las evidencias de 152 páginas con importantes recomendaciones, incluida una línea nacional de ayuda 24 horas y servicios de apoyo a la retirada.⁷⁶⁵ Al mes siguiente, el NICE actualizó sus directrices de acuerdo con los datos

disponibles.⁷⁶⁶

Sin embargo, a pesar de ello, los avances fueron escasos. Por eso, en 2023, algunos de nosotros publicamos una carta abierta en el *BMJ* afirmando que el Gobierno tenía el deber moral de ayudar a los perjudicados por los medicamentos que crean dependencia, y que consumen una cuarta parte de la población.⁷⁶⁷ Nos frustraba que, en lugar de ayudar a paliar este enorme problema, muy costoso para la sociedad, el Gobierno había hecho empeorar la situación.

Anders Sørensen y yo decidimos que debía orientar a 30 pacientes consecutivos que acudieron a nosotros en busca de ayuda con el síndrome de abstinencia, independientemente de los fármacos que tomaban, y escribir sobre ello porque no había ni un solo artículo de este tipo en la literatura.

Pensamos que era mejor manejar este asunto "herético" con sumo cuidado y presentamos un protocolo al comité de ética en investigación. No queríamos hacer un ensayo aleatorizado porque la abstinencia es un proceso muy individual, pero nos encontramos con un obstáculo formidable. El comité respondió que, aunque dos psiquiatras con experiencia participaban en nuestro proyecto, Anders era psicólogo y no había una descripción clara de quién era el responsable de la retirada del fármaco, el cual, por razones de seguridad del paciente, debe ser un psiquiatra.

Una observación interesante, teniendo en cuenta que uno de los miembros del comité era un psiquiatra que trabajaba en el Centro Psiquiátrico de Amager, donde dos pacientes murieron por incompetencia a causa de los antipsicóticos en un breve intervalo de tiempo (véase el capítulo 9 sobre tratamientos forzados).

No veíamos, por tanto, el motivo por el que, por razones de seguridad del paciente, un psiquiatra debía ser el responsable de la retirada del fármaco. Además, no es un requisito legal.

Para evaluar si nuestro estudio era seguro para los pacientes, el comité nos pidió que hiciéramos una revisión bibliográfica sobre el riesgo de suicidio en estos pacientes. También fue una observación interesante teniendo en cuenta que los fármacos *aumentan* el riesgo de suicidio.

Nos preguntaron cómo podíamos asegurar que en el estudio sólo se retiraría los fármacos a los pacientes que toleraran la abstinencia. Esto nos puso en una encrucijada que acabó con nuestro proyecto. Nadie, ni siquiera los psiquiatras, podían garantizar tal cosa.

Las demás exigencias tampoco eran razonables. Tendríamos que utilizar criterios de inclusión y exclusión más específicos, explicar qué criterios de valoración utilizaríamos, si nuestros cuestionarios estaban validados y si permitían extraer conclusiones fiables.

Nuestro criterio de valoración era si el paciente dejaba los medicamentos, lo cual ¡no requiere cuestionarios validados! También tuvimos que añadir muchas cosas a la información del paciente. Piénsenlo. Si un comité de ética en investigación cree que es tan peligroso ayudar a los pacientes a dejar los fármacos, entonces ¿por qué se aprobaron los fármacos en primer lugar? ¿No son demasiado peligrosos? Esta es la conclusión lógica, pero la Sanidad no es una cuestión de lógica, sino de poder.

Después de que el comité pusiera fin a nuestro proyecto, llamé a una abogada del comité y le dije que podíamos retirar los fármacos a los pacientes como estaba previsto, sin llamarlo investigación. No dio buenos argumentos en contra, así que seguimos adelante.

Todavía se llevan a cabo muchos ensayos que aleatorizan a los pacientes a un síndrome de abstinencia. Tales ensayos carecen de ética. Cuando consulté *clinicaltrials.gov* y realicé una

búsqueda sobre depresión y retirada, el primer ensayo que encontré, NCT02661828, comparaba una reducción de dos semanas con una de una semana. Este ensayo carecía de ética para *todos* los pacientes. Estaba patrocinado por la Universidad de Emory, famosa por un gran escándalo de corrupción. Cuando los delatores informaron a la universidad de que millones de dólares de la industria farmacéutica habían cambiado de manos en secreto durante más de una década, por lo menos 15 de los delatores fueron sometidos a evaluaciones psiquiátricas por parte de los psiquiatras de Emory, incluyendo a uno de los perpetradores, Charles Nemeroff, que redactó evaluaciones sin examinar a los médicos señalados ni reunir pruebas objetivas, tras lo cual varios de ellos fueron despedidos.⁷⁶⁸

Cochrane incurre en mala praxis editorial y protege a psiquiatras y a la industria

Más de 100 millones de personas en todo el mundo toman fármacos para tratar la depresión. Aproximadamente 50 millones de ellas sufrirán síndrome de abstinencia cuando intenten dejarlos, y para 25 millones de ellas los síntomas serán graves.⁷⁶⁹ Una encuesta realizada a 580 personas informó de que en el 16% de los pacientes los síntomas de abstinencia se prolongaron durante más de tres años.

Es por tanto muy importante saber cuál puede ser la mejor forma de ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos. Pero cuando nos dispusimos a averiguarlo, Cochrane nos encomendó una misión imposible de cumplir para proteger los intereses del gremio psiquiátrico y de la industria farmacéutica.⁷⁷⁰

He descrito el calvario con Cochrane en varios artículos.⁷⁷¹ Me puse en contacto con la psiquiatra Rachel Churchill, editora del grupo Cochrane sobre depresión, durante una reunión en Oxford en 2016, y mostró gran interés en mi propuesta de hacer una revisión Cochrane sobre la retirada de antidepresivos. Contraté a Anders Sørensen para el trabajo, pero cuando presentamos el protocolo no fue bien recibido.

El proceso Cochrane duró dos años, tras los cuales rechazaron nuestro protocolo.

Cochrane elevó sus exigencias sobre la marcha hasta niveles absurdos, con muchos requisitos irrelevantes, entre ellos que añadiéramos mensajes que publicitaran las maravillas que pueden lograr los fármacos para la depresión, según el dogma Cochrane.

Aunque nuestro proyecto y protocolo eran muy sencillos (4 páginas y 15 referencias), tardamos nueve meses en recibir noticias. Respondimos prontamente a los comentarios y presentamos un protocolo revisado. Siete semanas más tarde, nos dijeron que era necesario realizar mejoras.

Presentamos una tercera versión y nos dijeron que tendríamos noticias del grupo "en breve". "En breve" se convirtió en tres meses, y cuando pedimos una actualización, nos dijeron que recibiríamos noticias del grupo "a finales de semana".

El "a finales de semana" se convirtió en otro mes. Volvimos a preguntar. La directora editorial nos dijo que había dado prioridad a nuestro proyecto y que había hecho todo lo posible por acelerar el proceso. Ahora sospechábamos que sus superiores habían obstaculizado el proceso para desgastarnos, lograr así que nosotros mismos retiráramos la revisión y a la vez no diera la sensación que el grupo no cooperaba.

Como habían pasado más de 18 meses, volvimos a ponernos en contacto con Churchill. Siete semanas más tarde, nos contestó que habían recibido los comentarios de los revisores a excepción de uno, que debía presentarse más adelante, y nos adjuntó un documento de 30 páginas con 86 puntos.

Cuatro editores y tres revisores habían aportado comentarios, y el documento ocupaba

12.044 palabras, siete veces más que nuestro protocolo. Anders me escribió que nuestra revisión era bastante sencilla y que sólo queríamos ayudar a las personas que deseaban dejar los psicofármacos y que lo tenían prohibido: "¿Qué clase de mundo es éste?"

Churchill envió la octava revisión cinco semanas después, pero su invitación del mes anterior a abordar los comentarios se había transformado ahora en un rechazo rotundo: "Lamento que no podamos seguir adelante con este protocolo. Espero que todos los comentarios sobre la revisión por pares que os hemos enviado os sean útiles en caso de que deseéis presentarlo en otro lugar".

La 8ª y última revisión por pares fue una excusa para deshacerse de nosotros y sirvió para proteger los intereses del gremio de psiquiatras y de la industria farmacéutica. Es una de las peores revisiones que he visto. Tenía 1830 palabras y, a diferencia de las otras revisiones, era anónima. Pedimos la identidad del revisor, pero ésta era secreta. Apelamos contra la negativa de Churchill, respondimos a los comentarios de todos los revisores y presentamos una cuarta versión de nuestro protocolo.

Hicieron falta muy pocos cambios en el protocolo. Sin embargo, el 8º revisor obvió una larga sucesión de hechos científicos y utilizó argumentos falaces y subterfugios acusándonos de cosas que nunca habíamos afirmado. Los principales problemas eran los siguientes:

Se nos acusó de "pintar un panorama" sobre cómo evitar el uso de antidepresivos, que no representaba el consenso científico. Nuestra revisión no sería un informe ceñido al consenso ni abordaría los beneficios de los fármacos. La cuestión era ayudar a las personas a dejar de forma segura los fármacos que no querían tomar.

Habíamos escrito que "algunos pacientes aluden a la desacreditada hipótesis de que un desequilibrio químico en el cerebro es la causa de su trastorno y, por lo tanto, también la razón por la que no se atreven a dejarlos". El revisor consideró que desestimábamos así muchas décadas de evidencias relacionadas con los cambios neuroquímicos observados en la depresión y quería que documentáramos que las teorías neuroquímicas de la depresión eran incorrectas. Respondimos que nuestra revisión no era el lugar para tales discusiones y que la hipótesis de que la falta de serotonina es la causa de la depresión había sido refutada por muchos estudios fiables.

Como el revisor creía en el disparate del desequilibrio químico e incluso mencionó las enfermedades tiroideas y la insulina, le explicamos que los antidepresivos no pueden compararse con los fármacos utilizados para tratar dichas enfermedades. Las personas con mixedema y diabetes carecen de hormonas tiroideas e insulina, respectivamente, mientras que las personas con depresión no carecen de serotonina.

En relación con esto, el revisor nos acusó de haber sugerido sin pruebas que los médicos perpetúan falsedades para justificar la prescripción de fármacos. Hay muchas pruebas de ello y los pacientes no inventaron el mito del desequilibrio químico, sino los psiquiatras. Sin embargo, la redactora Sarah Hetrick nos pidió que escribiéramos: "Las personas que toman antidepresivos pueden creer que ello es necesario porque tienen la creencia de que las dificultades que experimentan se deben a un desequilibrio químico en el cerebro". ¡Venga ya! Los pacientes tienen una creencia... ¡no la tenían antes de que los psiquiatras se la metieran en la cabeza!

El 8º revisor quería que "comenzáramos con una declaración de por qué la comunidad científica considera que los antidepresivos son beneficiosos [...] para tratar un amplio abanico de problemas de salud mental muy incapacitantes y debilitantes". Replicamos que nuestra revisión no era lugar para publicitar psicofármacos y que no era relevante discutir su beneficio en una revisión sobre cómo dejar de tomarlos.

Se nos pidió que explicáramos el concepto de tratamiento antidepresivo profiláctico continuado, "una estrategia clínica bien aceptada". Esto estaba fuera del alcance de nuestra revisión, y los ensayos que comparan la terapia de mantenimiento con la retirada están muy mal diseñados porque los daños se introducen en el grupo placebo.

El revisor afirmó que confundimos la reaparición de la enfermedad con los síntomas de abstinencia. A diferencia de él, no lo hicimos.

El revisor argumentó que no es una definición aceptable de dependencia que un fármaco eficaz deje de serlo cuando se deja de tomar. Jamás hemos postulado semejante estupidez.

El revisor argumentó que la mayoría de las personas que han tomado antidepresivos durante periodos prolongados pueden dejarlos de forma segura. Habíamos documentado y referenciado en nuestro protocolo que esta idea es totalmente falsa.

El revisor nos acusó de haber insinuado muy claramente (no habíamos dicho nada en este sentido) que los antidepresivos son "medicamentos malos" que hay que evitar, "especialmente porque no se mencionan en absoluto sus efectos beneficiosos [...]. Encuentro este argumento poco científico e inaceptable en el contexto de la base empírica actual".

El revisor quería que elimináramos esta frase: "el estado de los pacientes se describe mejor como drogodependencia" argumentando, en referencia a los criterios de drogodependencia del DSM-IV, que es una apropiación indebida e irrazonable de un término. Respondimos que ansiar dosis cada vez mayores como criterio de dependencia es absurdo, pues implica que nadie que fume 20 cigarrillos al día es adicto al tabaco. No obstante, psiquiatras importantes, como la presidenta de la Asociación Danesa de Psiquiatría, Jeanett Bauer, afirman que no hay dependencia si no se ansían dosis cada vez mayores.⁷⁷²

Terminamos nuestra carta a Churchill señalando que la Colaboración Cochrane se basa en la colaboración y el apoyo mutuo.

Nos ignoró. Tras dos meses y medio esperando una respuesta, nos quejamos a la directora editorial de Cochrane, Karla Soares-Weiser, psiquiatra, por el inapropiado rechazo de nuestro protocolo.

Nos respondió que debíamos apelar a Chris Eccleston, director editorial de la Red de Salud Mental y Neurociencia. Antes de hacerlo, apelamos de nuevo a Churchill, que respondió con una mentira. Nos dijo que nuestro protocolo ya había sido rechazado antes de que recibiera la 8ª revisión por pares y que sólo nos había mandado la última revisión por pares para ayudarnos.

La sospecha que teníamos desde hacía tiempo de que a Cochrane no le interesa ayudar a los pacientes a dejar los psicofármacos se convirtió así en una certeza.

Nuestra apelación a Churchill no fue evaluada por ella, sino por Rebecca Fortescue, editora del grupo Cochrane Vías Respiratorias, que mantuvo la decisión de rechazo. Entonces apelamos a Eccleston. Fue un embrollo. Aunque Fortescue había proporcionado una lista de 11 documentos que había recibido del grupo de revisión, no se podía saber qué decían. Y estaba claro que no había recibido nuestra réplica al octavo revisor ni nuestro protocolo revisado, pues ya habíamos acatado muchas de las cuestiones que planteaba en su evaluación de 2,5 páginas.

Según Fortescue, "al lector le pueden quedar pocas dudas acerca de la opinión de los autores de la revisión sobre los daños y beneficios relativos de los psicofármacos, la cual no refleja plenamente el consenso internacional actual y podría causar alarma entre los lectores de revisiones que confían en la imparcialidad de Cochrane". Ante tal dislate, cortésmente señalamos que "estamos un poco sorprendidos por este comentario". Cochrane no se basa en consensos, sino en hacer buena ciencia. Además, evaluar los daños y beneficios de los

fármacos quedaba fuera del alcance de nuestra revisión, y tampoco expresamos "opinión" alguna. Otras críticas de Fortescue también fueron injustas.

Me pareció que a nuestros adversarios de Cochrane les habían lavado tanto el cerebro con ideas falsas sobre la psiquiatría que eran incapaces de pensar con claridad. Fortescue, los editores y los revisores no entendían que el "tipo de participantes" eran personas que tomaban fármacos y querían dejarlos, a pesar de que lo habíamos señalado reiteradamente. Como los síntomas de abstinencia son similares para cualquier tipo de paciente, enfermedad o fármaco para la depresión, era absurdo que Fortescue quisiera obtener una descripción más clara de la población, la intervención y los comparadores, por ejemplo, si íbamos a incluir ensayos sobre profilaxis para la migraña, dolor crónico o incontinencia urinaria. Además, un editor pidió detalles sobre qué edades, sexos, condiciones, diagnósticos de depresión y tipos de antidepresivos incluiríamos, como si tuviéramos planeado realizar un ensayo aleatorizado.

Eran estúpidos. Incluimos *todo*, como quedó claro en nuestro protocolo, y nuestro enfoque amplio era el correcto, lo cual yo ya había explicado antes en un artículo del *BMJ*.⁷⁷³

Un editor nos pidió que describiéramos cómo funcionan los fármacos (no funcionan) y cuáles son las diferencias entre ellos, y un revisor nos pidió que explicáramos cuándo es apropiado e inapropiado utilizarlos; pero no estábamos escribiendo un libro de texto de farmacología clínica.

Aunque es cierto que "algunas personas sufren terribles síntomas de abstinencia", un revisor quiso que trivializáramos este daño escribiendo que "algunas personas sufren síntomas de abstinencia que pueden repercutir negativamente en la calidad de vida del paciente". Éste debe ser uno de los mejores eufemismos británicos. Cambiamos "terribles" por "graves".

Otra exigencia absurda fue cuando los editores de Cochrane nos pidieron que mencionáramos que "algunos antidepresivos pueden ser más eficaces que otros", en referencia al nada fiable metaanálisis en red de Cipriani y colaboradores, publicado en *Lancet* en 2018⁷⁷⁴ (ver página 25).

Eccleston rechazó sumariamente nuestro recurso sin hacer un solo comentario relevante.

Apelamos a Soares-Weiser, cuya respuesta puede interpretarse como: ¡Culpable! En tan solo unas pocas líneas, afirmó haberlo examinado todo detenidamente: "Los comentarios obtenidos en el proceso abierto de revisión por pares indicaban una falta constante de claridad en cuanto a los métodos de revisión propuestos y, a pesar de poder corregirlo en más de una ocasión, el protocolo no mostró evidencias suficientes de tal progreso [...] habiendo considerado toda la información, mi decisión final es mantener la negativa al protocolo".

No fue un "proceso abierto de revisión por pares". El 8º revisor era anónimo, y ni siquiera podíamos comprobar si nuestro verdugo tenía conflictos de interés inaceptables.

Fue una tragedia que demostró que Cochrane, antaño una organización idealista y de gran confianza, ha caído en la mayor bajeza ética y científica, y que su lema, "Evidencias de fiar", es un chiste. Es un monstruo que se sirve a sí mismo y a cuyos líderes no les importa la carga de trabajo cada vez mayor que crean para los voluntarios no remunerados que producen toda la riqueza que Cochrane tiene.⁷⁷⁵ Como mi mujer ha señalado en repetidas ocasiones, es el paraíso de los aficionados.

En marzo de 2023, envié una queja a Karla Soares-Weiser por mala conducta editorial en una carta abierta.⁷⁷⁶ También me quejé a la directora general de Cochrane, Catherine Spencer, ya que Soares-Weiser tenía un conflicto en relación con mi queja. Formulé algunas preguntas sencillas, que se negaron a responder, y no sometieron mi queja a un debido proceso. He descrito las extrañas interacciones que tuve con la dirección de Cochrane en este asunto en otro lugar.⁷⁷⁷ En pocas palabras, se hicieron el sueco, como hace la industria farmacéutica

cuando tiene un problema.

Resultó que Cochrane no dispone de ningún mecanismo para tratar de forma imparcial las acusaciones de mala conducta editorial, algo que sí tienen todas las revistas de prestigio. Mi traducción del mensaje que recibí de la directora general de Cochrane es: "Nos importa un bledo. Somos irreprochables".

Me quejé a Wiley, propietaria de la *Biblioteca Cochrane*. Me respondieron que "no creemos que los editores responsables actuaran de mala fe. Además, nuestra investigación nos confirmó que el editor siguió una política editorial acorde a la política de Cochrane".

También descubrí que, mientras se obstaculizaba la realización de nuestra revisión de retirada para Cochrane, otro grupo había presentado un protocolo similar y se le había dado luz verde para seguir adelante; y en 2021 Cochrane lo publicó.⁷⁷⁸ La revisión se restringió a adultos con depresión o ansiedad, lo cual es irracional. Además, la revisión no incluyó ensayos que compararan diferentes estrategias de retirada, cosa que nosotros hicimos, mientras que incluyó muchos estudios defectuosos que comparaban la interrupción brusca (síndrome de abstinencia) con el mantenimiento, que no tienen ningún interés.

La revisión Cochrane tiene 209 páginas, la extensión de un libro completo, 23 veces más que nuestra revisión de 9 páginas.⁷⁷⁹

El apartado de Antecedentes, de 4.239 palabras, era más largo que la mayoría de artículos científicos y estaba lleno de propaganda irrelevante y afirmaciones engañosas, lo cual señalé en mi queja a Cochrane. Para "demostrar" que los fármacos funcionaban, los autores citaban la revisión totalmente errónea de Cipriani et al., que no encontró ningún beneficio clínicamente relevante (véase la página 25).

La revisión Cochrane está sesgada. Ofrece estimaciones precisas pero engañosas del beneficio en forma de NNT, pero no ofrece estimaciones similares para los daños más graves. Esto va en contra de los valores de Cochrane, que son centrarse de forma similar en los beneficios y los daños de las intervenciones. La revisión Cochrane menciona la tendencia al suicidio en muchos lugares, pero no dice que los fármacos para la depresión duplican el riesgo de suicidio, tanto en niños como en adultos.

La revisión Cochrane declaró que prolongar el tratamiento antidepresivo reduce el riesgo de recaída y recurrencia entre un 50% y un 70%. Este tipo de desinformación es terrible.

Uno de los principales objetivos al crear la Colaboración Cochrane en 1993 era ayudar a *los pacientes* en su toma de decisiones. Sin embargo, la sección de Antecedentes se ocupa de lo que piensan *los médicos*, y la revisión es muy paternalista. No se menciona que muchos pacientes desean dejar los fármacos, lo cual debería haber sido la motivación clave para que los autores realizaran la revisión.

En el apartado de Antecedentes no se menciona que la reducción deba ser hiperbólica, mientras que los autores citan una directriz del NICE de 2009 que recomienda una reducción rápida y no hiperbólica, que no critican. Cuando iniciamos Cochrane en 1993, estábamos dispuestos a criticar a las autoridades. La dirección actual quiere complacer a las autoridades y a la industria farmacéutica, como demuestra esta revisión Cochrane.

El resumen de la revisión Cochrane tiene 915 palabras, pero afirma: "No podemos extraer conclusiones firmes sobre los efectos y la seguridad de los enfoques estudiados hasta la fecha".

¿En serio? Llegamos a conclusiones firmes y útiles en nuestra revisión, la cual publiqué en una revista cuyos editores no son moralmente corruptos y tienen como prioridad los intereses de los pacientes.⁷⁸⁰ Como media, el 50% de los pacientes lograron dejar su fármaco para la depresión, y la duración de la reducción fue altamente predictiva de la tasa de éxito ($p = 0,00001$). Todos los estudios confundieron los síntomas de abstinencia con la recaída; no

utilizaron una reducción hiperbólica; retiraron el fármaco para la depresión demasiado rápido y de forma lineal; y lo suspendieron por completo cuando la ocupación del receptor seguía siendo alta. Por lo tanto, la proporción real de pacientes que toman fármacos para la depresión y que pueden suspenderlos de forma segura debe ser considerablemente superior al 50%.

Maryanne Demasi y yo explicamos las implicaciones de nuestra revisión en una página web.⁷⁸¹ Cuando la publicamos por primera vez en un sitio web de artículos pendientes de revisión, señalamos un problema interno que yo había encontrado,⁷⁸² y publiqué un comentario en el sitio web de Mad in America.⁷⁸³

Nota de los autores

Inicialmente, los dos investigadores eran Peter C Gøtzsche y el estudiante de doctorado que había contratado, el psicólogo Anders Sørensen. Enviamos la revisión a una revista, que mostró mucho interés pero pidió una revisión. Sørensen prometió revisar el manuscrito, pero no hizo nada.

No respondía a los correos electrónicos, nunca cogía el teléfono cuando veía que era Gøtzsche quien llamaba e ignoraba los mensajes telefónicos. Al cabo de un año, Gøtzsche perdió la paciencia y actualizó la búsqueda bibliográfica, añadió un nuevo ensayo, respondió a los comentarios de la revisión por pares y se lo envió todo a Sørensen.

Cuando Sørensen siguió ignorando a Gøtzsche, pidió consejo a la revista. El editor le sugirió que quitara a Sørensen y añadiera un nuevo autor, ya que había un nuevo ensayo que considerar.

Gøtzsche presentó la revisión junto con Maryanne Demasi. A continuación, el director de la revista consiguió ponerse en contacto con Sørensen, quien propuso sus propios cambios, pero los envió directamente al director, sin copia a Gøtzsche ni a Demasi.

Gøtzsche volvió a añadir el nombre de Sørensen al artículo, aceptó la mayoría de las sugerencias y volvió a enviarlo a la revista. Una vez más, Sørensen hizo caso omiso de todos los correos electrónicos de la revista, por lo que se nos ordenó publicarlo sin él, ya que las normas estipulan que un autor debe aprobar la versión final.

El director editorial pidió a Gøtzsche que obtuviera la firma de Sørensen confirmando que estaba de acuerdo con no ser autor. Fue una tarea imposible, ya que Sørensen no respondía ni a Gøtzsche ni a la revista. Intentamos asegurarnos de que Sørensen se encontraba bien, y finalmente comprobamos que había estado activo en otros proyectos.

El director editorial se echó atrás y preguntó al equipo deontológico de la revista. Después de esto, nos dijeron no podían publicar el trabajo.

El artículo es muy importante para los pacientes psiquiátricos y para quienes quieren ayudarles a dejar los fármacos, lo que forma parte de la práctica clínica de Sørensen.

Es inaceptable que se permita a un investigador bloquear la publicación de una investigación importante para el interés general. Dado que la norma es que los investigadores son libres de publicar de forma independiente si no se ponen de acuerdo, hemos decidido publicar nosotros mismos la revisión. Se incluirá un comentario sobre nuestro estudio y un enlace al mismo en el sitio web de Mad in America, que obviamente es el lugar al que acudir para quienes buscan información de fiar sobre los fármacos para la depresión.

11 Censura, negación y mentiras: Cómo los psiquiatras protegen sus falsedades

He proporcionado numerosos ejemplos en los capítulos anteriores, y daré más a continuación, de cómo el gremio de psiquiatras protege sus ideas falsas sobre lo que la psiquiatría puede hacer por las personas con problemas de salud mental. Estos ejemplos constituyen algunas de las prácticas de censura, encubrimiento y omisión más turbias descritas en la literatura médica para cualquier especialidad. Incluyen tácticas utilizadas para crear falsos "consensos" en torno a una narrativa que presenta las enfermedades mentales como hereditarias, causadas por anomalías cerebrales, peligrosas o que empeoran si no se tratan con fármacos o electroshock, que son descritos como seguros y eficaces. Las tácticas de consenso incluyen:

- a. redactar guías engañosas y a veces peligrosas
- b. difundir falsedades sobre la psiquiatría en revistas científicas
- c. exigir que se incluya publicidad de medicamentos en las revisiones Cochrane
- d. ignorar sesgos flagrantes en las revisiones Cochrane y promover conclusiones equivocadas
- e. adoctrinar a los alumnos mediante libros de texto llenos de afirmaciones falsas
- f. difundir falsedades sobre la psiquiatría a la población a través de los medios de comunicación
- g. mentir sobre los oponentes en los medios de comunicación y en las revistas científicas
- h. difundir falsedades en reuniones públicas

Las tácticas de censura utilizadas para silenciar cualquier información que pueda contradecir la narrativa falsa incluyen:

- a. impedir que investigaciones importantes se publiquen en revistas científicas
- b. impedir la publicación de cartas al director importantes en revistas científicas
- c. retrasar durante años la publicación de cartas al director importantes
- d. rechazar revisiones Cochrane si sus autores no están dispuestos a elogiar los fármacos
- e. censurar los anuncios de seminarios sobre retirada en las revistas para afiliados
- f. impedir que los críticos intervengan en las reuniones
- g. impedir que los críticos incluyan sesiones críticas en el programa científico oficial
- h. bloquear la afiliación de los críticos a las asociaciones profesionales
- i. despedir o amenazar con despedir a compañeros que utilicen menos o ninguna medicación o menos o ninguna fuerza y coerción

La psiquiatría sigue sobreviviendo gracias a sus profusas mentiras. Se pone a la defensiva con habilidad cuando se ve atacada, y grazna "antipsiquiatría".

Por lo tanto, no es de extrañar que sea muy difícil conseguir publicar algo en una revista de psiquiatría que el gremio de psiquiatras perciba como una amenaza para su negocio. Los editores de las revistas suelen estar en nómina de la industria farmacéutica y los propietarios de las revistas suelen tener relaciones demasiado estrechas con la industria farmacéutica, la cual puede retirar su apoyo si las revistas no promueven sus estrategias de marketing.

Cuando en 2019 Bob Whitaker dio una charla en el simposio inaugural de mi Instituto para la Libertad Científica, *Censura científica en psiquiatría*, presentó dos temas de gran

importancia para la salud pública: "¿Los antidepresivos empeoran los resultados a largo plazo?" y "¿Qué sabemos sobre la disfunción sexual post ISRS?".⁷⁸⁴ Ninguno de los 13 y 14 estudios cruciales, respectivamente, sobre estos temas habían sido publicados en las cinco principales revistas psiquiátricas; de hecho, al parecer, las revistas más importantes nunca se habían ocupado de estos temas.

Bob ha aportado una lista de estudios importantes y de gran envergadura cuyos resultados amenazan el relato de la psiquiatría y que no han sido mencionados en ningún periódico estadounidense.⁷⁸⁵ Y cuando los periódicos sí escriben al respecto, la historia suele ser capciosa. Un ejemplo es un estudio iniciado por la OMS en 1969, que demostró que a los pacientes con esquizofrenia les iba mucho mejor en los países pobres –India, Nigeria y Colombia– que en Estados Unidos y otros cuatro países desarrollados.⁷⁸⁶ Pasados cinco años, cerca del 64% de los pacientes de los países pobres eran asintomáticos y funcionaban correctamente, frente a sólo el 18% en los países ricos.

Los psiquiatras occidentales desestimaron los resultados con el argumento de que los pacientes de los países pobres posiblemente sufrían una enfermedad más leve. Por ello, la OMS realizó otro estudio, centrado en primeros episodios de esquizofrenia, con los mismos criterios diagnósticos en diez países. Aproximadamente dos tercios estaban bien al cabo de dos años en los países pobres, frente a sólo un tercio en los países ricos.

Los investigadores de la OMS intentaron justificar esta gran diferencia por diversos factores psicosociales y culturales, pero no lo lograron. La explicación más obvia resultaba tan amenazante para la medicina occidental que quedó sin explorar. Los pacientes y los sistemas sanitarios de los países pobres no se podían permitir los fármacos para la psicosis, por lo que sólo el 16% de los pacientes los tomaban con regularidad, frente al 61% en los países ricos.

Cuando el *New York Times* trató el tema muchos años después, escribió que "los esquizofrénicos generalmente responden mejor al tratamiento en los países menos desarrollados". Esto es enormemente engañoso porque los tratamientos en los países pobres y los desarrollados son diferentes, y omite que los fármacos para la psicosis son perjudiciales, a la vez que sugiere que son beneficiosos (véase el capítulo 5 sobre la psicosis).

Aparte de evitar los efectos nocivos de los fármacos, hay otras razones por las que a los enfermos de esquizofrenia les va tan bien en los países pobres.⁷⁸⁷ La enfermedad suele verse como el resultado de fuerzas externas, por ejemplo espíritus malignos, y la gente es mucho más propensa a mantener al enfermo en la familia y a mostrar amabilidad, con la expectativa de una recuperación total, lo que ayuda a los pacientes a recuperarse y a volver a participar en la vida social.

Al profesor de psiquiatría Giovanni Fava, al que conocí en una reunión en Dinamarca en la que ambos dimos conferencias, le era tan difícil lograr que se publicaran los resultados que no gustaban a sus colegas, que fundó su propia revista, *Psicoterapia y Psicosomática*. Otro psiquiatra italiano, Giovanni Fioriti, que ha publicado cinco de mis libros en italiano y que una vez me invitó a cenar a su casa, fundó una revista de acceso libre sin cuota de autor, *Clinical Neuropsychiatry*.

La censura en los medios de comunicación también es enorme. Cuando en 2016 mi primer libro sobre psiquiatría fue publicado en sueco, la editorial me invitó a dar una conferencia en Estocolmo. Me entrevistaron dos periodistas de los dos principales periódicos, que mostraron mucho interés; pero no se publicó nada. Inger Atterstam, de *Svenska Dagbladet*, no respondió a mis correos electrónicos preguntando por qué, mientras que Amina Manzoor, de *Dagens Nyheter*, dijo que su editor pensó que sería demasiado peligroso explicar a los lectores suecos que los fármacos para la depresión son perjudiciales y pueden causar suicidio, ¡porque saber

esto sería de alguna manera peligroso en sí mismo!

Sin embargo, se abrió una grieta en la censura sueca, pues un tercer periódico, *Afton-bladet*, me permitió publicar un artículo que ocupaba toda la contraportada en el que explicaba que los psicofármacos hacen más daño que bien.⁷⁸⁸

La *Revista Médica Finlandesa (Suomen Lääkärilehti)* también actuó como censor en 2016. Había publicado un artículo en *Mad in America* donde explicaba que nuestras dos revisiones sistemáticas del mismo año mostraban que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio y violencia en todas las edades, y no solo en niños y adolescentes; que la psicoterapia disminuye el riesgo de suicidio; y que el beneficio clínico de los antidepresivos es dudoso.⁷⁸⁹ Llegué a la conclusión de que estos fármacos no deberían utilizarse y que las personas deprimidas deberían recibir psicoterapia y apoyo psicosocial.

Presenté una traducción al finés de mi artículo, que fue aceptada. Un mes después, sin embargo, el director editorial, Pekka Nykänen, la rechazó sin una razón válida.⁷⁹⁰ Nykänen, periodista económico, infringió las directrices del Comité Ético de Publicaciones (COPE): "Los editores no deben revocar las decisiones de aceptar entregas a menos que se identifiquen problemas graves con la entrega". Apelé, pero fue en vano.

Apelé luego al propietario de la revista, la Asociación Médica Finlandesa, y argumenté que la mala conducta editorial puede ser igual de grave que la mala conducta científica y no debe tolerarse. Recibí un breve correo de su director general, Heikki Pälve, que no tuvo en cuenta mis quejas ni la ausencia de réplica por parte de Nykänen a mis preguntas, que eran muy pertinentes. En su lugar, Pälve respondió que respetaba "la libertad editorial de la revista". Pamplinas. No es libertad violar directrices internacionalmente aceptadas; es mala conducta editorial.

En 2017, Bob publicó un artículo con el bíblico título *No criticarás nuestros fármacos*,⁷⁹¹ sobre una revisión terriblemente capciosa de los efectos a largo plazo de los neurolépticos. Los autores afirmaban que no hay evidencias de calidad de que los antipsicóticos empeoren los resultados a largo plazo, al tiempo que afirmaban que hay buenas evidencias que respaldan su uso a largo plazo. Seleccionaron convenientemente los estudios y desestimaron los que hablaban de daños a largo plazo hasta tal punto que su revisión puede servir como ejemplo de corrupción institucional. Dos grupos de psiquiatras enviaron cartas muy relevantes criticando la revisión a la revista *American Journal of Psychiatry*, propiedad de la Asociación Americana de Psiquiatría, una organización totalmente corrompida por el dinero de la industria. El editor rechazó ambas cartas.

Una de las afirmaciones absurdas de la revisión decía: "Es posible que los antipsicóticos tengan efectos deletéreos sobre el cerebro normal, pero tienen efectos protectores cuando hay neuropatología relacionada con la esquizofrenia". Los críticos señalaron: "Esta explicación ignora la similitud de los cambios cerebrales inducidos en animales con los observados en pacientes tras un uso prolongado de antipsicóticos [...]. Además, evoca la insólita suposición de que existe una 'neuropatología relacionada con la esquizofrenia' que responde al bloqueo dopaminérgico D2 de forma opuesta a como lo hacen los cerebros del resto de la humanidad".

Cuando mi libro sobre el crimen organizado y la industria farmacéutica se publicó en castellano en 2014, me entrevistó un periodista del principal periódico de Barcelona, *La Vanguardia*. Estaba previsto que la entrevista ocuparía la contraportada, que a los lectores les resulta más atractiva que la portada. Nunca apareció, a pesar de que la periodista estaba muy entusiasmada con ello. Me enteré de que existían relaciones financieras malsanas entre el periódico y la industria farmacéutica.

También es muy difícil lograr que documentales críticos se emitan en las televisiones

nacionales. Si lo consigues, las mejores partes son eliminadas para evitar recibir demasiadas quejas del gremio de psiquiatras, la industria farmacéutica o el ministro. Sé que es así porque he aparecido en muchos documentales y he hablado de ello con muchos directores frustrados. Incluso después de que eliminaran las partes más críticas para quedar bien con los productores, había voces en off que decían al público, por ejemplo, que "los antidepresivos ayudan a muchas personas". Si es así, ¿dónde están esas personas?

También puede resultar difícil publicar libros de gran relevancia sobre los horrores de la psiquiatría. La noruega Silje Marie Strandberg sufrió acoso escolar desde los 12 años y a los 16 ingresó en un psiquiátrico. Le diagnosticaron una depresión moderada y le recetaron fluoxetina (Prozac), y la dosis se duplicó al cabo de tres semanas, lo que, como ya he explicado antes, es una locura, pues ello no aumenta el beneficio, sólo los daños, incluido el riesgo de muerte.

Silje empezó a cortarse, se volvió agresiva, oía una voz interior y tuvo pensamientos suicidas. Le recetaron clorprotixeno, un fármaco para la psicosis, y tres días después vio a un hombre con túnica y capucha negras que le dijo que estaba a punto de morir y le ordenó que se ahogara en un río. Ella luchó y lloró cuando él le habló, dijo que no quería morir, pero él le dijo que no merecía vivir. Se metió en el río mientras gritaba que no lo haría, y afortunadamente volvió a salir. Estos delirios fueron inducidos por las drogas y cesaron cuando dejó de tomarlas.

La psiquiatría le robó diez años de vida, con graves autolesiones y muchos intentos de suicidio. La inmovilizaron 195 veces, le diagnosticaron trastorno esquizoafectivo, le aplicaron electrochoques y la recluyeron.

Tras siete años de tormento, conoció a un cuidador que vio a la niña detrás del diagnóstico y se ocupó de ella. Este esfuerzo humano es la razón por la que Silje está hoy viva y sana.

En 2016, Silje y su director, Inger Lene Stordrange, vinieron a Copenhague a grabarme para un documental sobre su vida.⁷⁹² El documental es de libre acceso. Es muy bueno, informativo y profundamente conmovedor.

Silje había llegado previamente a un acuerdo con una editorial, Psyk Opp, sobre lo que ambos percibían como una de las historias de éxito de la psiquiatría. Le dije que había sido gravemente perjudicada por la psiquiatría, cosa que ella aceptó, pero cuando su "periplo" psiquiátrico dejó de ser una historia de éxito para convertirse en un escándalo, no fue posible publicar su libro. No se le permitió contar al mundo que los fármacos que había tomado la habían puesto terriblemente enferma, al borde del suicidio.

Silje fue medicada por 95 médicos distintos y recibió 21 fármacos diferentes durante su "periplo" psiquiátrico: nueve fármacos para la psicosis, cinco para la depresión, cuatro sedantes/hipnóticos, dos antiepilépticos y litio.

Otra historia sobre censura implicó a la danesa Lundbeck, que vende varios fármacos para la depresión y la psicosis. Una película noruega muy conmovedora, *Causa de la muerte: desconocida*, hizo su estreno mundial en el festival de cine documental de Copenhague, CPH:DOC, el más grande del mundo, en 2017.⁷⁹³ Trata de la hermana de la cineasta, que fue asesinada por su psiquiatra. Le causó una sobredosis de olanzapina (Zyprexa) tras haberla convertido primero en un zombi. Era tan escandalosamente ignorante que ni siquiera sabía que la olanzapina puede causar muerte súbita.

Aparezco en la película y la directora, Anniken Hoel, pidió a los organizadores que me incluyeran en la mesa redonda. Mi nombre era el único que figuraba en el anuncio:

¿Medicina o manipulación? Película y debate sobre la industria de los psicofármacos con

Peter Gøtzsche.

Siete días antes de la proyección de la película, me echaron de la mesa con el pretexto de que los organizadores no encontraban un psiquiatra dispuesto a debatir conmigo. Ésta no era la verdadera razón. Resultó que la Fundación Lundbeck, cuyo objetivo es apoyar las actividades empresariales de Lundbeck, había concedido una importante subvención al festival.

CPH:DOC nunca se puso en contacto conmigo al respecto, a pesar de que podría haber proporcionado varios nombres de psiquiatras dispuestos a debatir conmigo.

El panel incluía a Nikolai Brun, recién contratado como jefe de personal de la Agencia Danesa del Medicamento tras una larga carrera en la industria farmacéutica que terminó justo antes del festival de cine; y a la psiquiatra Maj Vinberg, entre cuyos patrocinadores se encontraban Lundbeck y AstraZeneca. Había publicado barbaridades sobre cómo la depresión es hereditaria y observable en los escáneres cerebrales y era muy aficionada a los psicofármacos, de los que parecía saber muy poco.

El debate del panel fue bochornoso. Después de 25 aburridos minutos, exceptuando las contribuciones del director, sólo quedaban cinco minutos. Un antiguo paciente interrumpió a Brun, que había hablado sin parar, gritando: "¡Preguntas!" Muchas personas del público habían perdido a seres queridos, asesinados por los psicofármacos, y se enfadaban cada vez más porque los ponentes sólo discutían entre ellos y no querían implicar al público. Sólo hubo tiempo para tres preguntas.

Una mujer preguntó por qué los antipsicóticos, que matan a la gente no se habían retirado del mercado. Brun respondió que no era experto en psicofármacos y se embarcó en otra charla interminable, sobre medicamentos contra el cáncer.

Entonces grité: "¡Preguntas del público!" Un joven dijo que había intentado dejar sus fármacos para la depresión varias veces sin éxito y sin ninguna ayuda de los médicos. Más tarde, uno de mis empleados le ayudó a dejarlos.

La última pregunta la formuló Anahi Testa Pedersen, cuya película sobre mí y sus propias experiencias como paciente psiquiátrica hizo su estreno mundial en el mismo cine siete meses después.⁷⁹⁴ Preguntó por qué me habían retirado de la mesa, ya que podría haber hecho una buena contribución e incluso haber aparecido en la película. Un portavoz del festival respondió que habían preguntado a "mucha gente", pero que nadie quería debatir conmigo. Anahí interrumpió y nombró a un psiquiatra al que le habría gustado venir. El portavoz cambió de táctica y ahora dijo que, como la película era crítica, no me necesitaban a mí; necesitaban a alguien que disputara los mensajes de la película. Una sandez de pies a cabeza.

En medio de las excusas interminables y capciosas, alguien del público gritó: "¡No hay debate!". El portavoz respondió que me invitarían al "debate de mañana", a lo que me negué, ya que me habían echado del estreno mundial de la película.

Segundos antes de que se acabara el tiempo, me levanté y grité (porque dudaba de que me dieran el micrófono): "Estoy aquí. Debato con psiquiatras de todo el mundo, pero no me dejan hacerlo en mi ciudad". Hubo grandes risas y aplausos, pero el público estaba enfadado. Les resultaba profundamente insultante que se proyectara una película sobre una joven muerta por una dosis excesiva de Zyprexa sin permitir que ninguno de los que habían perdido a un familiar de la misma manera dijera nada. Fue un rechazo brutal y una postración total ante el poder de Lundbeck.

Anahí escribió sobre el escándalo en una revista para periodistas.⁷⁹⁵ Señaló que, antes de mi expulsión, los organizadores habían anunciado que se centraría la atención en el consumo excesivo de psicofármacos y en si los medicamentos eran el mejor tratamiento para los trastornos psiquiátricos. Después de mi expulsión, la atención se centró en las relaciones entre

médicos, pacientes y la industria, lo que no podía ser una razón para expulsarme, ya que éste era el tema de mi galardonado libro de 2013.⁷⁹⁶

CPH:DOC dice en su página web: "Tenemos muchos años de experiencia en acuerdos de patrocinio que benefician tanto a empresas individuales como al festival. Todas las colaboraciones se crean en estrecho diálogo con estas empresas individuales y se basan en visiones, retos y oportunidades comunes."

En respuesta al artículo de Anahí, Vinberg escribió en la revista que era una pena que un debate que supuestamente iba a tratar sobre la mejora del tratamiento futuro de las personas que sufren un trastorno mental grave, la esquizofrenia, acabara en un debate más bien insulso sobre individuos (yo). Su capciosa afirmación quedó desmentida por sus respuestas evasivas durante el propio debate.

Otro caso de censura fue el de la televisión pública danesa. El director independiente Janus Bang y su equipo me habían seguido durante cuatro años y querían que tuviera un papel central en sus documentales sobre lo horrible y mortal que es la psiquiatría. Janus se topó con un gran obstáculo y tuvo que transigir mucho para poder emitir algo por televisión. A pesar de ello, emitió tres interesantes programas en 2019, *El dilema de la psiquiatría*,⁷⁹⁷ que fueron estremecedores. Por ejemplo, siguió a un joven al que los psiquiatras estuvieron a punto de matar con sus fármacos.

Pero el debate público que tanto deseaba para que se introdujeran reformas importantes estuvo totalmente ausente. El firme control de la psiquiatría sobre la sociedad lo impidió.

No se me permitía aparecer en absoluto a menos que una voz en off dijera que soy alguien polémico. Janus se negó a aceptarlo, y yo estuve de acuerdo con su decisión. "Polémico" es un término despectivo que garantiza que los espectadores no hagan caso de lo que uno diga, pensando que uno no es de fiar.

La exportación de fármacos es la mayor fuente de ingresos de Dinamarca, y se emitieron locuciones vergonzosas totalmente falsas en las que se rendía pleitesía a Lundbeck y a los psiquiatras; por ejemplo, que los psicofármacos habían revolucionado el tratamiento; que puede ser necesario utilizar una mezcla potencialmente peligrosa de psicofármacos para tratar las enfermedades mentales; y que no hay duda de que los antidepresivos funcionan.⁷⁹⁸

Los periodistas me han dicho que la razón por la que la televisión pública danesa no se atreve a desafiar a la psiquiatría o los intereses comerciales de Lundbeck se debe a la reacción de rechazo que suscitaron dos programas de abril de 2013.

En uno de ellos, *Dinamarca consume fármacos*, me entrevistó el cómico y periodista Anders Stjernholm. En la introducción del programa se mencionaba a un paciente con graves efectos secundarios por los antidepresivos; a otro, que perdió el apetito sexual; y a un tercero al que un psiquiatra que nunca lo había conocido diagnosticó TDAH.⁷⁹⁹

El mensaje general era que las píldoras de la felicidad son peligrosas y se recetan con demasiada frecuencia. Pero el imperio psiquiátrico contraatacó de inmediato. En una carta abierta al consejo de administración de la cadena de televisión,⁸⁰⁰ 92 especialistas dijeron que les parecía "profundamente problemático que un canal de servicio público haya considerado que su tarea es combatir el uso de una medicación que es de crucial importancia para la salud de muchas personas". También señalaron que los programas estaban "basados en declaraciones y opiniones individuales de supuestos expertos, el más recurrido de los cuales es un especialista en medicina interna [yo] y, por tanto, no tiene experiencia en el tratamiento de enfermos psiquiátricos [...]. Las emisiones son una clara desautorización de los miles de médicos que tratan diariamente a pacientes con antidepresivos. Deben parecer

completamente indignos de confianza cuando, desde hace décadas, prescriben fármacos que, según algunos “expertos”, son ineficaces en el mejor de los casos, peligrosos en el peor”.

En respuesta, el jefe de la cadena,⁸⁰¹ Michael Thouber, señaló que unos 450.000 daneses consumen antidepresivos; que el presidente de los médicos de familia, Henrik Dibern, había dado la voz de alarma sobre esta “cifra espantosamente alta”; que el psiquiatra Poul Videbech había dicho en una entrevista televisada que había tan pocas personas con una depresión que requiriera tratamiento que podía suponerse que entre 350.000 y 400.000 daneses consumían antidepresivos sin que fuera el tratamiento adecuado; que la OCDE había señalado que Dinamarca ocupa un lamentable segundo lugar en el consumo de fármacos antidepresivos en una comparación entre 19 países europeos; que, a finales de 2012, tanto médicos como psiquiatras y el ministro de Sanidad manifestaron públicamente que esto les parecía alarmante; y que, al parecer, algunos médicos corren demasiado a la hora de recetar fármacos, sin informar adecuadamente sobre los efectos secundarios y otras formas de tratamiento.

Los psiquiatras infantojuveniles se quejaron de que los programas podían perjudicar a los niños con TDAH y mencionaron que algunos padres habían interrumpido un tratamiento que funcionaba bien, lo cual, según ellos, “puede conducir a un empeoramiento de los síntomas y causar problemas importantes a la hora de jugar y socializar, participar y beneficiarse de la educación escolar, y causar conductas de riesgo”.⁸⁰² Me tildaron de catedrático populista a pesar de que lo que había dicho era correcto, en contraste con sus propias opiniones sobre lo que puede lograrse con los fármacos, que son equivocadas (véase el capítulo 4 sobre el TDAH).

En una revista para periodistas, Videbech dijo que los programas eran una ‘campaña de miedo’, que podría costar la vida a personas, y añadió que conocía varios casos de suicidio después de que amigos y familiares aconsejaban al paciente que abandonara la medicación antidepresiva.⁸⁰³ Lo comparó con aconsejar a los pacientes diabéticos que dejaran la insulina, aunque, al mismo tiempo, negó ferozmente creer en la mentira del desequilibrio químico (véase la página 14). Como ya se ha dicho, Videbech opina que los antidepresivos protegen a los niños contra el suicidio, aunque lo cierto sea lo contrario.

Una de las razones por las que Videbech comete tantos errores es que es incapaz de interpretar correctamente la literatura científica.⁸⁰⁴ Ha afirmado, por ejemplo, que el citalopram puede reparar la destrucción de tejido cerebral que provoca la depresión,⁸⁰⁵ haciendo referencia a un estudio para nada fiable en el que 32 personas deprimidas recibieron el fármaco durante 8 semanas.⁸⁰⁶

Videbech se enfadó porque le habían dejado fuera de los programas y se quejó de ello en Facebook y a la televisión danesa: “Quedó claro [...] que no querían información real sobre estos problemas –algo de lo que los telespectadores podrían realmente beneficiarse–, sino que habían elegido de antemano los puntos de vista que pretendían confirmar”.

Videbech describió cómo el periodista reiteradamente le hizo preguntas siguiendo sus prejuicios, que eran que “los antidepresivos no funcionan”; “si funcionan, causan suicidio”; y que “cuando los dejas, causan terribles síntomas de abstinencia”.

Videbech es considerado una figura de primer orden en el ámbito de la depresión, un icono nacional, y es a menudo entrevistado. Esto le confiere un estatus de oráculo, que utiliza para influir en la agenda pública y dar forma a lo que la gente piensa sobre la depresión y los fármacos para la depresión.

Documenté para Stjernholm –que hizo los programas *Dinamarca consume fármacos*– que los fármacos para la depresión no funcionan; que aumentan el riesgo de suicidio; y que los pacientes pueden sufrir terribles síntomas de abstinencia cuando intentan dejarlos.

Hubo muchos comentarios al artículo de Videbech en la revista. Uno de ellos decía que yo

tenía razón en que los medios de comunicación no cuestionaban los hechos y que muchas personas habían intentado advertir contra los psicofármacos, pero habían sido silenciadas o despedidas. Por supuesto, esto también me había ocurrido a mí; escribí un libro sobre ello,⁸⁰⁷ que luego actualicé,⁸⁰⁸ porque Janus y yo estamos haciendo un documental sobre el asunto, *El catedrático honesto y la caída del imperio Cochrane*, que estamos financiando mediante micromecenazgo.⁸⁰⁹

Otro comentario consideraba increíblemente manipulador que Videbech afirmara que la gente se había suicidado tras dejar de tomar la medicación y que lo comparara con los diabéticos que necesitan insulina.

Otro señalaba que en psiquiatría prácticamente no existen programas de reducción progresiva y que depende exclusivamente de la opinión del médico qué hacer, lo que se traduce en medicación de por vida para muchas personas.

Otro decía ser miembro de un numeroso grupo de apoyo que ayudaba a personas perjudicadas por los psicofármacos, y que cada vez que intentaban abrir un debate sobre este tema, se les acusaba de no pensar en quienes se benefician de los medicamentos y se les decía que su información podía tener consecuencias fatales.

Uno de ellos se preguntaba por qué los psiquiatras nunca hablan de los suicidios e intentos de suicidio provocados por los fármacos: "Porque se descarta como algo que no ocurre. Sin embargo, aparece en la lista de efectos secundarios del prospecto de la medicación que recibí. Y sentí el impulso en mi propio cuerpo. PERO me dijeron que era mi depresión la que desencadenaba los pensamientos y planes de suicidio. Lo extraño de todo esto es que el impulso surgió poco después de empezar a tomar el medicamento... Pero la conclusión del médico y de otras personas involucradas era que debía aumentar la dosis, a lo que afortunadamente me negué y decidí dejar el fármaco por mi cuenta. Que las personas cambian totalmente de personalidad –se vuelvan agresivas, impulsivas, paranoicas, etc.– es algo que también se desdeña".

Solo cuatro días después de los documentales de Stjernholm, también en 2013, el periodista Poul Erik Heilbuth emitió por televisión un fabuloso documental, *El lado oscuro de los fármacos*.⁸¹⁰ En él documentaba con detalle cómo Eli Lilly, GlaxoSmithKline y Pfizer ocultaron que sus fármacos contra la depresión provocan que algunas personas se suiciden o cometan asesinatos, o que personas completamente normales y pacíficas inicien de repente una racha de robos violentos en tiendas y gasolineras que después no podían explicar y que les desconcertaba. Las pastillas cambiaron totalmente su personalidad. Heilbuth contó las historias de varias personas que se habían suicidado o habían matado a otras.

El material de referencia (que ya no está disponible) señalaba que el profesor Tim Kendall –jefe del organismo gubernamental que asesora a los médicos de toda Inglaterra– calificó la teoría del desequilibrio químico de sandez y disparate. El profesor Bruno Müller-Oerlinghausen, que presidió la Comisión Farmacológica de los médicos alemanes durante 10 años, calificó la teoría de locura. Ambos profesores afirmaron que la teoría era una mera estrategia de marketing de las compañías farmacéuticas. Heilbuth señaló además que la página web oficial de la Sanidad danesa (redactada por profesores de psiquiatría daneses) difundía el dislate del desequilibrio químico.

Heilbuth contó en su película con el denunciante Blair Hamrick, un representante estadounidense que decía que la letanía publicitaria usada para vender el fármaco de GlaxoSmithKline paroxetina (Paxil o Seroxat) era que es el fármaco de la felicidad, la calentura y la delgadez. Decían a los médicos que les haría más felices, que perderían peso, que les haría

dejar de fumar, que aumentaría su libido (hace lo contrario) y que todo el mundo debería estar tomándolo.

Las reacciones a una de las películas más honestas sobre psicofármacos jamás realizadas fueron feroces. Un editorial del periódico *Politiken* condenó el documental de forma muy hostil, y Heilbuth respondió.⁸¹¹ *Politiken* calificó la película de "inmensamente manipuladora", de "sensacionalismo", de "mero intento de confirmar o verificar la tesis que el programa había concebido como premisa", y calificaron a Müller-Oerlinghausen de "pensador embrollado".

Me dio la impresión que el editorial de *Politiken* había sido escrito por Lundbeck. Ese "pensador embrollado" daba conferencias por todo el mundo, incluso en un simposio organizado medio año antes por el Grupo Antidepresivo de la Universidad Danesa. Estuvo muy despejado y argumentó bien durante toda la película, y lo que dijo era absolutamente correcto. David Healy también fue una de las principales fuentes de la película.

En 2016, Videbech volvió a atacar a la televisión danesa, con su habitual arrogancia, tras el documental *Los pacientes sanos*. Acusó al programa de estigmatizar a las personas con depresión y de no realizar una investigación periodística adecuada,⁸¹² lo cual era incorrecto y fue rechazado por el director del programa.⁸¹³

La falsa narrativa de los medios de comunicación acerca de la psiquiatría

Con pocas excepciones, los medios de comunicación se comportan como los tontos útiles de la industria farmacéutica, difundiendo de manera acrítica prácticamente cualquier falsedad que se le ocurra a los psiquiatras.

Tras décadas de decepción por cómo los medios de comunicación tratan los problemas psiquiátricos, acabé hartándome y escribí un artículo donde analizaba las razones subyacentes a la falsa narrativa.⁸¹⁴

En primer lugar, muchos periodistas aprenden en la facultad de periodismo que deben ser imparciales. Pero la información "imparcial" a menudo confunde al público. Cuando se da la misma importancia a ambas partes, la gente puede llegar a la conclusión de que el jurado sigue deliberando aunque el caso se haya resuelto. La información "imparcial" hace a la gente más tonta de lo que debería ser.

En segundo lugar, muchos periodistas toman psicofármacos y creen que funcionan, o tienen amigos o familiares que toman fármacos, trabajan para una empresa farmacéutica o son psiquiatras. Esto puede hacer que los periodistas reaccionen violentamente y se pongan directamente en contra de las evidencias científicas y las advertencias de las autoridades. He sufrido innumerables ataques vitriólicos por este motivo. Una periodista triunfó en un periódico sensacionalista con el titular: *Tomo píldoras de la felicidad, ¿si no estaría muerta!*⁸¹⁵ Me calificó de alguien que es una amenaza para la vida de las personas, que delira, que no está en completo equilibrio consigo mismo, que necesitaría ver a un psiquiatra, y que debería avergonzarme y deberían privarme de mi cátedra: "Mi deseo es que alguien detenga al profesor loco".

En tercer lugar, las experiencias negativas rara vez ven la luz, ni siquiera cuando el periodista está ansioso por publicarlas. Esto se debe a que muchos medios de comunicación son corruptos. Los editores no quieren perder ingresos publicitarios y a menudo tienen sus propios conflictos de interés económicos con la industria farmacéutica.

En cuarto lugar, los editores saben que su vida podría convertirse en un infierno si publican artículos o documentales críticos sobre los daños de los fármacos. Podrían enfrentarse a una tormenta de protestas por parte de los principales líderes de opinión y podrían plantearse

preguntas en el parlamento, a menudo mediante personas financiadas en secreto por la industria farmacéutica. Los editores temen ofender el consenso y se tragan el falso argumento de que cualquier mala publicidad sobre los psicofármacos puede costar vidas, por lo que la ciencia se edita en favor de las anécdotas personales, que son más convincentes para los lectores que la ciencia pura y dura.

En quinto lugar, aunque los periodistas comprueban a menudo la veracidad de las declaraciones de los políticos, se muestran sorprendentemente acríticos ante las declaraciones de la gente con poder dentro de la sanidad. No se dan cuenta de que la mayoría de los psiquiatras importantes tienen concepciones gravemente erróneas sobre su especialidad y de que muchos mienten descaradamente sobre los hechos.

En sexto lugar, puede haber presiones importantes por parte de los pacientes. Algunos son famosos o periodistas que presentan programas de televisión, y pueden ofenderse fácilmente si no se reconoce su enfermedad o si se cuestiona que consuman fármacos.

Muchos periodistas se sentirán obligados a complacer a estas personas y a presentar sus historias, a menudo con el apoyo de sus psiquiatras. También pueden temer que se les considere poco compasivos y no tienen una respuesta preparada para cuál podría ser la alternativa. Podrían remediarlo entrevistando a críticos de la psiquiatría, por ejemplo de los movimientos de supervivientes, pero a menudo no lo hacen.

Cuando los medios de comunicación –raramente– informan de un daño grave por un psicofármaco, siguen el guion establecido, que consiste en que también deben alabar el fármaco. Esto da lugar a declaraciones publicitarias capciosas y sin sentido, como que "a pesar de sus efectos secundarios, merece la pena tomar los fármacos" o "han ayudado a muchas personas".

Un ejemplo reciente y típico de corrupción mediática fue un reportaje de 2023 de *BBC Escocia* sobre Dylan Stallan, quien nunca había tenido pensamientos suicidas antes de iniciar un tratamiento para la ansiedad con sertralina, pero que se suicidó a los 18 años.⁸¹⁶

La *BBC* engañó al público diciendo que la eficacia de los antidepresivos en menores de 18 años no se conoce del todo y que hay "alguna" evidencia de ensayos clínicos que "sugiere" que los fármacos aumentan el riesgo de suicidio en los jóvenes. No es así. *Toda* la evidencia, los ensayos controlados con placebo, *demuestran* que aumentan el riesgo de suicidio.

La profesora de psiquiatría infantil y adolescente Bernadka Dubicka comentó a la *BBC* de un aumento de pensamientos suicidas y autolesiones en las primeras semanas, y Anton Ferrie, de la *BBC*, escribió que entre los efectos adversos más graves se encontraban los "pensamientos suicidas".

Esto es terriblemente engañoso. Los pensamientos suicidas y las autolesiones son acontecimientos relativamente leves, pero los fármacos duplican el número de suicidios (véase el capítulo sobre la depresión). Además, el riesgo de suicidio no se limita a las primeras semanas de tratamiento. Las personas pueden suicidarse en cualquier momento, sobre todo después de un cambio de dosis.

El Dr. Ben Davis, médico de familia y experto en medicina sexual, afirma que los antidepresivos han salvado la vida de algunas personas. Pero estos fármacos no salvan vidas, sino que las quitan. Matan a la gente hasta tal punto que los antidepresivos pueden ser el principal asesino entre todos los fármacos.⁸¹⁷

Me pregunto por qué los medios de comunicación nunca mencionan que la psicoterapia reduce a la mitad el riesgo de suicidio.⁸¹⁸ La razón obvia es que los psicoterapeutas no corrompen con su dinero a los medios de comunicación, los psiquiatras o los políticos, cosa

que sí hace la industria farmacéutica.

La BBC habló con más de 100 personas y todas ellas informaron de algún tipo de efecto adverso.

¿Por qué se utilizan entonces estos fármacos? El experto en medicina sexual dijo que una de cada dos personas tendrá alguna dificultad con el sexo, y *la BBC* describió a un hombre que perdió su deseo sexual en 24 horas y ahora es asexual, con entumecimiento de los genitales, que aún persistía 12 meses después de dejar de tomar antidepresivos. Padece Disfunción Sexual Post-ISRS (PSSD, por sus siglas en inglés) y es una de las más de 1.000 personas que forman parte de la Red PSSD que conciencia sobre esta enfermedad, que actualmente no está reconocida por el Servicio Nacional de Salud.

Se tocó fondo en el periodismo cuando la ex Primera Dama, Rosalynn Carter, creó la Guía para el Periodismo sobre Salud Mental del Centro Carter de Estados Unidos, la primera de este tipo. El Centro Carter educa a los periodistas para que escriban artículos sesgados, repitiendo acríticamente las narrativas engañosas creadas por la industria farmacéutica y los psiquiatras, y para que nunca cuestionen los diagnósticos psiquiátricos.⁸¹⁹

Algunos de los "hechos" que se insta a los periodistas a incluir son: "Los trastornos por consumo de sustancias son enfermedades del cerebro", y la guía explica que "aunque la ciencia no ha encontrado una causa específica para muchos trastornos mentales, una compleja interacción de factores genéticos, neurobiológicos, conductuales y ambientales contribuyen a menudo a estos trastornos". Esta palabrería es engañosa. Sabemos que las condiciones de vida de las personas son más importantes que cualquier otra cosa.

Es difícil ver muchas esperanzas para Estados Unidos. Cuando el Centro Carter dice a los periodistas que ignoren a los pacientes y escuchen sólo a los psiquiatras, es como decir a los periodistas chinos que, si quieren saber lo que es vivir bajo una dictadura, no pregunten al pueblo sino a los dirigentes chinos.

Los diez mitos de la psiquiatría que perjudican a los pacientes

En enero de 2014, publiqué un artículo en el periódico *Politiken*, *Psychiatry gone astray*,⁸²⁰ que también apareció en inglés,⁸²¹ en el que describía diez mitos de la psiquiatría que son perjudiciales para los pacientes:

Mito 1: Su enfermedad está causada por un desequilibrio químico en el cerebro.

Mito 2: No hay problema en interrumpir el tratamiento con antidepresivos.

Mito 3: Los psicofármacos para las enfermedades mentales son como la insulina para la diabetes.

Mito 4: Los psicofármacos reducen el número de enfermos crónicos. Mito 5: Las píldoras de la felicidad no provocan suicidios en niños y adolescentes.

Mito 6: Las píldoras de la felicidad no tienen efectos adversos.

Mito 7: Las píldoras de la felicidad no crean adicción.

Mito 8: La prevalencia de la depresión ha aumentado mucho.

Mito 9: El principal problema no es el sobreatamiento, sino el infratratamiento.

Mito 10: Los antipsicóticos previenen el daño cerebral.

Terminé mi artículo así:

"Los psicofármacos pueden ser útiles a veces para algunos pacientes, sobre todo a corto plazo, en situaciones agudas. Pero tras mis estudios en este campo, he llegado a una conclusión muy incómoda: Nuestros ciudadanos estarían mucho mejor si retirásemos del

mercado todos los psicofármacos, ya que los médicos son incapaces de manejarlos. Es ineludible que su disponibilidad causa más perjuicios que beneficios. Los médicos no pueden manejar la paradoja de que fármacos que pueden ser útiles en tratamientos a corto plazo son muy perjudiciales cuando se utilizan durante años y crean esas enfermedades que debían aliviar e incluso enfermedades peores. Por lo tanto, en los próximos años, la psiquiatría deberá hacer todo lo posible para tratar lo menos posible, en el menor tiempo posible, o no tratar en absoluto, con psicofármacos".

Mi artículo causó indignación, encabezada por la industria farmacéutica y sus aliados a sueldo entre los médicos y los medios de comunicación. Pero también dio lugar al mayor debate jamás celebrado en Dinamarca sobre los psicofármacos. Durante más de un mes, no hubo un solo día en que no se hablara de estos temas en la radio, la televisión, los periódicos o los departamentos de psiquiatría.

Esto me sorprendió. Medio año antes, escribí algo parecido en mi libro sobre el crimen organizado en la industria farmacéutica, en el capítulo "*Empujar a los niños al suicidio con píldoras de la felicidad*", pero esto no dio lugar a ningún debate sobre los psicofármacos.⁸²²

"¿Cómo es que hemos permitido que las compañías farmacéuticas mientan tanto, cometan delitos habitualmente y maten a cientos de miles de pacientes, y sin embargo no hacemos nada? ¿Por qué no metemos a los responsables en la cárcel? ¿Por qué mucha gente sigue estando en contra de permitir que los ciudadanos tengan acceso a todos los datos brutos de todos los ensayos clínicos y por qué están en contra de acabar con todo el sistema y permitir sólo a los académicos contratados públicamente que prueben fármacos en pacientes, independientemente de la industria farmacéutica?"

En mi libro, escribí exactamente la misma frase sobre que los ciudadanos estarían mucho mejor si elimináramos todos los fármacos psicotrópicos del mercado. Pero esta vez, la gente reaccionó. El mismo día que apareció mi artículo, Thomas Middelboe, presidente de la Asociación Danesa de Psiquiatría, mintió sin rodeos en el mismo periódico, en su página web:⁸²³ *Los fármacos antidepresivos protegen contra el suicidio.*

Tuve a toda la clase dirigente danesa encima, incluida la Directora del Consejo de Salud, Else Smith,⁸²⁴ (quien, sin embargo, me dio las gracias el mismo día en la radio por haber planteado un debate importante),⁸²⁵ la Sociedad Danesa contra el Cáncer y la Organización de Sociedades Médicas Danesas. El presidente de la Asociación de Médicos Generalistas, Henrik Dibern, me apoyó: "Peter no es un gran diplomático. Pero también es necesario gritar fuerte en este ámbito. Incluso cuando aportaba abundante documentación, a menudo se le ignoraba".⁸²⁶ La Ministra de Sanidad, Astrid Krag, calificó mi artículo de vulgar, estúpido y peligroso,⁸²⁷ y la mayor organización de pacientes opinó que yo desvié el debate.⁸²⁸ Sin embargo, lo único que había hecho era decirle a la gente la verdad,⁸²⁹ pero esto no se tolera cuando el tema es la psiquiatría.

Un doctor en psicofarmacología, Jesper Tabias Andreasen, escribió que yo era antipsiquiátrico y que asustaba a los pacientes para que no tomaran sus fármacos. Su titular era satírico, que podríamos eliminar todos los fármacos -no solo los psicofármacos- y evitar todos los efectos adversos.⁸³⁰

Al igual que Andreasen, la prensa también se desbocó y tergiversó lo que yo había escrito hasta tal punto que tuve que declarar que nunca había defendido que todos los psicofármacos debieran retirarse del mercado.⁸³¹

Kristian Villesen, editor del periódico *Information*, fue uno de los pocos periodistas que comprendió el asunto.⁸³² Escribió que mi artículo había provocado tanto a los médicos de familia y a los psiquiatras que deliberadamente no leyeron bien el texto, por lo que "se me

exhibió como defensor de que no se deben administrar psicofármacos a nadie. Ninguna persona cuerda piensa eso, ni siquiera Gøtzsche. Su aguda retórica era obviamente un

intento de hacer reflexionar a los médicos sobre la cantidad de medicamentos que prescriben. Se trataba de que los médicos mejoraran, no de retirar los medicamentos del mercado. Las personas con una formación médica especializada a sus espaldas deberían ser capaces de ver a través de esto - y por supuesto que pueden."

El editor de *Politiken*, Christoffer Emil Bruun, también vio a través de todo el humo y los espejos.⁸³³ Bajo el titular "*¿Hay algún danés normal?*", escribió que la explosión del consumo de fármacos que, según la ministra de Sanidad, Astrid Krag, había llamado la atención del Parlamento en *Politiken* en 2012, no llamó la atención de todo el país antes de que yo escribiera sobre ello. Criticó a los psiquiatras por no haber abordado lo que yo escribí, por ejemplo, sobre la influencia de la industria farmacéutica y que los diagnósticos no son fiables. En cambio, los psiquiatras habían afirmado que hay más pacientes que necesitan antidepresivos y no los toman, que pacientes que los toman pero no los necesitan.

En su boletín informativo a la Asociación Danesa de Psiquiatría, Middelboe repitió la falsa afirmación de que yo quería retirar del mercado todos los psicofármacos, lo que, según él, ponía en peligro la vida.⁸³⁴

El punto más bajo lo protagonizaron Lars Kessing, Merete Nordentoft y Thomas Middelboe, quienes, en nombre de todos los profesores de psiquiatría y psiquiatría infantil y juvenil, y de la Asociación Danesa de Psiquiatría, declararon -sin mencionar mi nombre, igual que se supone que no se debe mencionar el nombre del malvado Lord Voldemort en Harry Potter- que:⁸³⁵

- no existe un sobreatamiento de la depresión
- los antidepresivos funcionan y previenen nuevos episodios
- los antidepresivos reducen el riesgo de suicidio en los niños
- los antidepresivos no provocan dependencia
- los antipsicóticos funcionan y reducen el riesgo de muerte
- El diálogo abierto no funciona (para las psicosis)
- el ejercicio no tiene ningún efecto sobre los trastornos psiquiátricos.

Middelboe dijo que escribieron el artículo porque hay muchos mitos e información errónea sobre los psicofármacos en Dinamarca. Que luego propagaron ellos mismos, ya que todas sus afirmaciones eran erróneas. Obviamente no captaron la ironía cuando me llamaron extremista y poco fiable.

Le dije a *Politiken* que necesitaba escribir otro artículo porque habían cometido muchos errores. Respondí a los comentarios falsos del artículo "*Los psiquiatras líderes siguen yendo por mal camino*".⁸³⁶

Un editorial de una revista financiada por la industria afirmaba que "es imposible no admirar el coraje del que hace gala Peter Gøtzsche. El Director de Cochrane es tan popular en la sanidad como Voldemort en Harry Potter".⁸³⁷ Mis oponentes suelen utilizar mi nombre en los títulos de sus artículos, lo que constituye una especie de acoso. También ocurrió esta vez. La revista publicó un artículo de 7 páginas, *Peter, el lobo: Gøtzsche contra Gøtzsche*, que parecía un intento de difamación.⁸³⁸ Dos páginas enteras eran una foto de uno de mis ojos:



La psiquiatra de niños y adolescentes Lisbeth Kortegaard hizo una crítica demoledora del artículo.⁸³⁹ Calificó de mezquino y de giro de la peor clase compararme con un depredador y señaló que había observado cómo se me elogiaba en la convención Selling Sickness en Washington DC y en la convención Preventing Overdiagnosis en Dartmouth en 2013.

Dos meses después, Lisbeth se preguntaba por qué los psiquiatras continuaban su caza de brujas contra mí, señalando que deberían pensar por qué uno de cada 500 daneses consideraba importante mi artículo.⁸⁴⁰

En febrero de 2014, 16 profesores daneses de psiquiatría respondieron a mi artículo.⁸⁴¹ Entre otras cosas, repitieron la mentira de que el tratamiento con neurolépticos aumenta la longevidad, en comparación con la ausencia de tratamiento.

Censura en Cochrane, protección de la psiquiatría y la industria, y mi expulsión

En marzo de 2014, el intento de la Asociación Danesa de Psiquiatría de difamarme casi triunfa. Escribieron a los dos grupos Cochrane centrados en la esquizofrenia y la depresión, quejándose de mi artículo sobre los diez mitos perjudiciales de la psiquiatría.⁸⁴² Mencionaron que me habían criticado el Ministro de Sanidad, el director del Consejo de Sanidad, el director de la Asociación Danesa de Pacientes, el presidente de la Sociedad contra el Cáncer, el presidente de la Asociación Danesa de Psiquiatría y el presidente de la Organización de Sociedades Médicas Danesas.

Terminaban su carta preguntando: "¿Cómo evalúa usted, con los conocimientos específicos que tiene sobre los antipsicóticos y los antidepresivos, respectivamente, las afirmaciones de Peter Gøtzsche presentadas en su artículo? Estaríamos muy complacidos si usted asumiera la tarea de hacer tal evaluación".

No era tarea de Cochrane evaluar lo que yo había escrito. Pero su director general, su director general adjunto y otras dos personas de la dirección de Cochrane respondieron. Escribieron: "Cochrane está tratando muy seriamente los puntos que usted plantea en relación con los comentarios realizados por el profesor Gøtzsche sobre el uso de medicación psicotrópica. Quiero manifestar [el uso inadvertido del "yo" muestra que el director general de Cochrane, el periodista Mark Wilson, fue el autor de la carta] explícitamente que estos no son las opiniones de la Colaboración Cochrane sobre esta cuestión y no las respaldamos". La carta señalaba que yo hablaba en nombre propio, lo cual era correcto, y como "parte de la labor promocional" que llevaba a cabo en torno a la publicación de mi libro sobre el crimen

organizado, lo cual no era correcto.

No me consultaron su respuesta y ni siquiera sabía lo que estaba ocurriendo. Estaba en una selva de Panamá con mi mujer cuando ocurrió esto, rodeado de pájaros, tarántulas, caimanes, monos, mariposas y perezosos, sin apenas contacto con el mundo exterior.



No tenía ninguna posibilidad de defenderme. La noticia de que mi propia organización me había denunciado corrió como la pólvora por los medios de comunicación daneses, y los psiquiatras celebraron su asesinato leyendo en voz alta la carta de Cochrane en la reunión anual de la Asociación Danesa de Psiquiatría.

Mi artículo periodístico empieza así "Llevo varios años investigando sobre los antidepresivos y hace tiempo que me pregunto por qué destacados psiquiatras daneses, entre ellos varios catedráticos, basan su práctica en una serie de mitos erróneos, que carecen de fundamento. Estos mitos son perjudiciales para los pacientes, sobre todo porque la psiquiatría danesa está extremadamente controlada desde arriba. Muchos psiquiatras son muy conscientes de que los mitos no se sostienen y me lo han dicho, pero no se atreven a desviarse de las posiciones oficiales por cuestiones de carrera. Como soy especialista en medicina interna, no me arriesgo a arruinar mi carrera provocando la ira de los profesores e intentaré aquí acudir al rescate de los muchos psiquiatras y pacientes concienciados pero oprimidos, enumerando los peores mitos y explicando por qué son perjudiciales."

En mi artículo hacía referencia a mi libro sobre crimen organizado.⁸⁴³ Wilson afirmaba que "las opiniones contenidas en este libro tampoco son las opiniones de Cochrane". Esto demostraba que Cochrane estaba en deuda con la industria farmacéutica. El comentario era ridículo. ¿Cómo podía el director general de Cochrane tener otras opiniones que las mías sobre los bien documentados crímenes organizados de la industria farmacéutica, de los que sabía muy poco? Además, los psiquiatras no se habían referido a mi libro, así que ¿por qué lo mencionó? Obviamente porque quería deshacerse de mí, cosa que consiguió cuatro años después.

Otra frase de la carta de Wilson tampoco respondía a una cuestión planteada por los psiquiatras: "Pediremos al profesor Gøtzsche que comparta con los compañeros de Cochrane cualquier dato no publicado que aún no esté disponible públicamente, para que pueda

incorporarse objetivamente a revisiones sistemáticas Cochrane nuevas o existentes, según proceda; y luego ser visto y evaluado por ustedes [los psiquiatras daneses] y otros especialistas en la materia".

Wilson socavó totalmente mi posición como científico independiente y respetado. No me sorprendió que un periodista de *Politiken* interpretara esto como que ahora yo había pasado a estar bajo la censura de Cochrane y que no se me permitiría publicar nada a menos que hubiese sido aprobado por la sede central de Cochrane.⁸⁴⁴

La carta de Wilson era una amenaza para lo que yo había construido durante 30 años, incluido mi centro, que recibía financiación del gobierno. El Ministro de Sanidad había declarado públicamente en enero que mi persona y el centro no eran lo mismo,⁸⁴⁵ lo que yo y mis investigadores senior interpretamos como que podían despedirme. Muy extraño, por cierto, ya que yo simplemente había señalado lo que está bien documentado y lo que muchos otros habían señalado antes que yo.

Cuando volví de la selva para participar en las reuniones de Cochrane en Ciudad de Panamá, uno de los cuatro que firmaron la carta me pidió disculpas. Pero Wilson se limitó a mirarme con sus ojos fríos y malignos.

El periodista Ole Toft, de *Altinget*, el periódico que publicó la noticia, malinterpretó la carta de Wilson.⁸⁴⁶ El subtítulo afirmaba que yo no había apoyado "una serie de afirmaciones controvertidas sobre la industria farmacéutica y el uso de medicamentos psiquiátricos", que otros periodistas repitieron acríticamente, de forma decepcionante incluso en la revista de la Asociación Médica Danesa,⁸⁴⁷ y que la gente interpretó como una absolución de los crímenes de la industria farmacéutica y un veredicto negativo sobre mi libro. Toft llegó a fabular que "la organización tampoco está de acuerdo con los puntos de vista que Peter Gøtzsche describe en su libro, donde compara el modelo de negocio de las compañías farmacéuticas con las organizaciones criminales". Esto era fantasía gratuita, y yo documenté en mi libro que Pfizer había sido condenada por crimen organizado y que otras empresas hacían negocios de la misma manera. Daba miedo ver hasta qué punto los periodistas distorsionan sus historias cuando huelen sangre.

Después de esta experiencia me sentí como el senador de la antigua Roma que decía que la gente no conseguiría apuñalarle por la espalda, pues ya tenía tantas cicatrices que el cuchillo no lo atravesaría.

Algunos dirigentes de Cochrane se arrepintieron y enviaron una carta a *Altinget* explicando que había habido "malentendidos".⁸⁴⁸ Era demasiado tarde. El daño ya estaba hecho y ni un solo periodista admitió haber tergiversado la carta de Wilson, a pesar de que parte de lo que habían escrito era manifiestamente falso.

Publiqué varias réplicas, incluido un artículo con un título similar al de una de las famosas historias de H. C. Andersen, *La pluma Cochrane que se convirtió en 5 gallinas*,⁸⁴⁹ que trata de cómo los rumores se convierten en verdades establecidas cuando se repiten con suficiente frecuencia.

Fuera de los círculos de poder, mi artículo sobre los diez mitos fue muy apreciado.⁸⁵⁰ Se tradujo al inglés, español, noruego y finlandés, y le siguieron muchos artículos, algunos escritos por psiquiatras que estaban de acuerdo conmigo. Personas de Noruega y Suecia me dieron las gracias por haber iniciado un debate que era imposible en su país, y recibí cientos de correos electrónicos de pacientes que confirmaban con sus propias historias que lo que yo había escrito era cierto.

Un paciente escribió que ingresó con un primer episodio de manía y, aunque pidió que no le trataran con fármacos, le obligaron a tomar olanzapina. Intentó portarse bien, temiendo

que de lo contrario no le dieran el alta. Al ser dado de alta, un psiquiatra lo declaró curado e insistió en que debía seguir con el fármaco. No se atrevió a decirle que había escupido la mayoría de las pastillas en el lavabo, pero le preguntó, para guardar las apariencias, durante cuánto tiempo debía tomar el fármaco. Por el resto de su vida, le contestó, porque tenía una enfermedad crónica, con un gran riesgo de recaída, y no debía temer los daños de los fármacos. La razón por la que no tomó el fármaco fue que había leído mi artículo. Desde entonces se encuentra bien, sin fármacos.

La psiquiatría seguía como siempre, pero mucha gente me decía que mis libros y artículos salvaban vidas. Dieron a los pacientes el valor necesario para dejar de tomar sus fármacos en contra del consejo de su médico.

Diez meses después de mi artículo, *BMJ* publicó un artículo con puntos de vista muy similares a los míos,⁸⁵¹ pero los autores no se convirtieron en chivos expiatorios del fracaso de la psiquiatría.

No duró mucho hasta que Cochrane volvió a ir a por mí, y una vez más ignoraron la ciencia y protegieron los intereses gremiales y las falsas creencias de la psiquiatría y la industria farmacéutica. En mayo de 2015, di una charla en el debate Maudsley de Londres y expliqué, también en un artículo en *BMJ*, por qué el uso a largo plazo de psicofármacos causa más daños que beneficios.⁸⁵² Había informado con antelación a mis compañeros de Cochrane sobre mi artículo por cortesía, pero mi amabilidad no fue correspondida. El mismo día que apareció mi artículo, el editor jefe de Cochrane, David Tovey, y los tres editores responsables de los tres grupos Cochrane de salud mental, atacaron mi credibilidad científica en la web de *BMJ*.⁸⁵³

"En resumen, nos preocupa que el cuadro pintado por el profesor Gøtzsche pueda ser parcial, y que las recomendaciones extremas que hace basadas en su interpretación de la investigación publicada sean inapropiadas, e insuficientemente justificadas por la literatura científica presentada, para guiar la toma de decisiones en la práctica o la política sanitaria."

Mis colegas me apuñalaron por la espalda en lugar de preguntarme por las cuestiones que les preocupaban, todas ellas ampliamente documentadas en mi libro, que apareció cuatro meses después.⁸⁵⁴ Varios editores de otros grupos Cochrane me dijeron que estaban consternados porque los cuatro editores habían denigrado mi investigación y mi prestigio profesional apelando a la autoridad. Un canal de noticias dio en el clavo: "Incapaces de rebatir los argumentos de Gøtzsche de forma racional o científica, la psiquiatría organizada y, por desgracia, los propios miembros de la Colaboración Cochrane, se han deshonrado a sí mismos con denigraciones sospechosamente rápidas y mendaces de su trabajo."⁸⁵⁵

La rápida respuesta de los editores de Cochrane apareció en *el BMJ* incluso antes de que terminara el debate del Maudsley, y el profesor de psiquiatría Allan Young la utilizó en sus comentarios finales durante el debate, que fue grabado,⁸⁵⁶ pero el presidente no me permitió responder. Young afirmó que mi artículo en *el BMJ* había sido refutado por los editores de Cochrane, lo que no era el caso, y no podía serlo, ya que mi posición se basaba sólidamente en evidencia científica sólida, mientras que la respuesta rápida de los editores de Cochrane carecía de evidencia y se basaba en opiniones, lo que yo expliqué en mi respuesta.⁸⁵⁷ También alerté a los editores *del BMJ* del hecho de que Young, que defendía los psicofármacos en el debate, no había declarado sus conflictos de intereses en relación con la industria farmacéutica. Normalmente, las revistas médicas suelen publicar una corrección en la que alertan a los lectores de que un autor no ha declarado sus conflictos de intereses, pero esto no ocurrió. En su lugar, protegieron a Young insertando los conflictos que faltaban en el texto del artículo.

Mi crítica a los psicofármacos fue la razón por la que Wilson me consideró de mala

reputación, como se dice en los círculos de gánster. Tres años después del debate de Maudsley, se aseguró de que me expulsaran de la Junta de Gobierno de Cochrane, para la que había sido elegido con el mayor número de votos de los 11 candidatos, y me expulsaron también de la Colaboración Cochrane. Incluso consiguió que me despidieran de mi puesto como director del Centro Cochrane Nórdico.⁸⁵⁸

Las acciones de Cochrane contra mí fueron ampliamente condenadas, por ejemplo en *Science*, *Nature*, *Lancet* y *BMJ*.⁸⁵⁹ Mi primer libro sobre el juicio amañado de Cochrane contra mí fue revisado por el psiquiatra de niños y adolescentes Sami Timimi.⁸⁶⁰

"Este libro es la crónica de cómo se crea un mundo al revés cuando el marketing triunfa sobre la ciencia; donde el verdadero objetivo de una campaña de acoso de años es etiquetado como la parte culpable ... El libro es un estudio detallado de cómo las organizaciones se corrompen ... la institución más importante en la que se podía confiar en lo que se refiere a la ciencia médica ha desaparecido ... De hecho, fue porque el profesor Gøtzsche estaba dispuesto a denunciar la degradación de los estándares científicos en Cochrane, por lo que la jerarquía se sintió obligada a planear su desaparición.

Gøtzsche ... creó muchas de las herramientas metodológicas utilizadas por las revisiones Cochrane y nunca ha rehusado dejar que los datos hablen por sí mismos, por muy impopulares que puedan ser los resultados ... Gøtzsche fue, y es, una inspiración para aquellos de nosotros que queremos que la práctica médica sea lo más objetiva, libre de prejuicios y segura posible; pero una amenaza para aquellos que ponen los asuntos comerciales, la comercialización y la imagen como su principal preocupación.

La brillantez de Gøtzsche y su enfoque intrépido le granjearon muchos enemigos. Es uno de los investigadores daneses más conocidos... Su trabajo sobre los psicofármacos, que demuestra que todos ellos son deficientes a la hora de mejorar la vida de quienes los toman, al mismo tiempo que causan enormes daños a millones de personas, le ha valido la ira de la clase dirigente de la psiquiatría en general, incluidos algunos grupos Cochrane...

En lugar de felicitar a Gøtzsche por garantizar la integridad de la ciencia producida por Cochrane, iniciaron un desafío a este buscador de la verdad por estar 'fuera de mensaje'. Este libro relata minuciosamente este oscuro periodo de la ciencia médica, en el que una institución en la que antes se confiaba llevó a cabo una de las peores farsas judiciales jamás realizadas en el mundo académico. El director general y sus colaboradores llevaron a cabo su tarea de una manera que refleja cómo opera la industria farmacéutica ...

Tras su expulsión de Cochrane... cuatro miembros del consejo abandonaron la organización en señal de protesta. Destacados científicos médicos de todo el mundo expresaron su solidaridad con Gøtzsche y su indignación por lo que Cochrane había hecho. Elogiaron universalmente a Gøtzsche como defensor incansable de la excelencia investigadora, crítico intrépido de la mala conducta científica y poderoso opositor a la corrupción de la investigación por los intereses de la industria, y criticaron las acciones insolidarias de Cochrane. La historia contará esto como la muerte de Cochrane y no como la del denunciante".

Psiquiatría que mata y denegación organizada

El 31 de agosto de 2015 publiqué mi primer libro de psiquiatría, *Psicofármacos que matan y denegación organizada*.⁸⁶¹ Cuando salió, se publicaron dos artículos en *Politiken*,⁸⁶² y me entrevistaron en las dos cadenas de televisión danesas. Dos semanas después, era el segundo libro de no ficción más vendido en Dinamarca.

El libro se ha publicado en nueve idiomas y ha sido elogiado por psicólogos, otras personas

de profesiones asistenciales, legos, pacientes y periodistas.⁸⁶³ Cuando me entrevistaron de un portal científico, incluyeron un dibujo que mi hija Pernille, de 10 años, había hecho sobre Pippi Calzaslargas llevando un caballo. La idea era que, cuando ella pudiera hacerlo, yo también podría cambiar la ciencia, que era el título del artículo.⁸⁶⁴



Los lectores del periódico *Berlingske* me nominaron para "Danés del Año" en 2015, donde acabé entre los diez primeros. Me invitaron a la ceremonia de entrega del premio, donde me reuní con el Primer Ministro, Lars Løkke Rasmussen, quien dijo que apreciaba mi trabajo sobre fármacos. Eske Willerslev, nuestro mundialmente famoso investigador del ADN, que ha documentado muchas migraciones históricas de personas, entre ellas que los indios americanos procedían de Siberia y que los daneses procedían del Cáucaso, también apreció lo que hice. Se ofreció a dar una conferencia en mi centro, y así lo hizo.

Bajo el titular "*Llamo a las cosas por su nombre*", un periodista explicó por qué me habían nominado:⁸⁶⁵

"En particular, ha llamado la atención sobre los métodos de tratamiento nocivos de la psiquiatría con su libro '*Psicofármacos que matan y denegación organizada*'. De este modo ha hecho una contribución muy significativa a la educación pública y a un debate, que era muy necesario ... El profesor Peter C. Gøtzsche libra una lucha incansable para que los medicamentos se utilicen correctamente ... Como nadie, ha iniciado un debate vital sobre la sobremedicación".

Mi trabajo en favor de los pacientes fue tan apreciado que al año siguiente me convertí en Protector de la Red Danesa *Escuchando Voces*.

Un paciente tituló muy acertadamente su artículo *Psiquiatría: Médicos sin fronteras*.⁸⁶⁶ Otra persona escribió que yo pasaría a la historia por atreverme a mostrar que el Emperador estaba desnudo, y que, en el mejor de los mundos, un libro como el mío conduciría a cambios grandes y comprensivos; otro más esperaba una atención más humana con una medicina menos dogmática, pero dudaba de que eso ocurriera.⁸⁶⁷

El psicólogo Svend Brinkmann señaló que, si yo estaba en lo cierto, la psiquiatría debía cambiar radicalmente y sin demora.⁸⁶⁸

El doctor en filosofía Ivar Myrsterud escribió que mi libro es probablemente el más importante de los que critican la psiquiatría.⁸⁶⁹ Le gustó mi estilo directo y señaló que, si

queremos revolucionar la psiquiatría, no podemos tratar a las personas con guantes de seda verbales. Descubrió que cuando los psiquiatras tradicionales habían intentado rechazar mis críticas por erróneas, yo había presentado sus argumentos y los había aplastado mediante análisis incisivos.

El psicólogo Hans Peder From escribió que una de sus clientas estaba tan medicada que dormía todo el tiempo, era incapaz de cuidar de su hijo y sólo quería cobrar una pensión de invalidez.⁸⁷⁰ Peder From la convenció para que dejara la medicación y se convirtió en una madre competente con un trabajo a jornada completa.

Su mujer también estaba sobremedicada y no podía hacer nada. Le costó convencerla de que dejara los fármacos porque su psiquiatra estaba muy en contra. Cuando su mujer le pidió literatura sobre recuperación, resultó que el psiquiatra nunca había oído hablar sobre ello. Y cuando investigaron si tenía sentido intentar cambiar de psiquiatra, les dijeron que era la más moderna y progresista de la plantilla.

El tratamiento fue muy duro, con pesadillas violentas y discusiones recurrentes con su mujer. ¿Tenía razón el psiquiatra en que siempre estaría enferma? ¿O tenía razón en que podía mejorar mucho?

Su mujer todavía puede volverse psicótica en situaciones estresantes o de gran carga emocional, pero esto también ocurría cuando estaba medicada, y ahora está mucho mejor. Como él dice, en la psiquiatría biológica no existe la ambición de que la gente esté sana. Pretenden pacientes bien medicados o bien regulados, que no es más que una forma bonita de decir que has creado otro paciente crónico.

Una clienta le habló de su hermano: Su psiquiatra le había dicho que era esquizofrénico y que tenía que medicarse el resto de su vida. Fue la última conversación que tuvo con su hermano antes de que se suicidara. From dice que las personas con enfermedades mentales pueden recuperarse total o parcialmente, pero no cuando el sistema de tratamiento les roba toda esperanza.

Como era de esperar, mi libro fue duramente atacado por la clase dirigente. Allan Flyvbjerg, decano de la Universidad de Aarhus, opinó que es francamente perjudicial para los pacientes psiquiátricos que un investigador de alto perfil como yo presente "ataques sesgados y rígidos contra el uso de fármacos en psiquiatría".⁸⁷¹ En su opinión, el camino hacia una psiquiatría mejor estaba claro: psicofármacos nuevos y más dirigidos, y alabó a la Fundación Lundbeck por una gran subvención que superaba los 240 millones de coronas danesas.

En mi respuesta al artículo de Flyvbjerg, señalé que, dado que era endocrinólogo, debería haberse preocupado por el hecho de que muchos pacientes tratados con neurolépticos se vuelven obesos y desarrollan diabetes y enfermedades cardiovasculares.⁸⁷²

Los mejores psiquiatras denigraron mi libro y mintieron sistemáticamente sobre lo que yo había escrito. Torsten Bjørn Jacobsen, presidente de la Asociación Danesa de Psiquiatría, publicó una crítica patética y falsa en nuestra revista médica.⁸⁷³ Afirmaba que yo creía que el suicidio y las psicosis no ocurrirían si no fuera por el abuso en psiquiatría; opinaba que yo no tenía experiencia en psiquiatría; que citaba selectivamente; y que mi estilo era implacable.⁸⁷⁴

Bueno, si quieres conseguir cambios en la psiquiatría, tienes que ser claro con lo que dices. Y no ser psiquiatra (el argumento de "no eres uno de los nuestros") no es un argumento válido. No hace falta ser banquero para tener una opinión cualificada sobre la crisis financiera de 2009. Y cuando documento lo inefectivos y dañinos que son los tratamientos psiquiátricos, uso investigaciones hechas por psiquiatras y las complemento con mis propias investigaciones.

Poul Videbech estaba detrás de un titular en *Politiken* que decía: "He tenido pacientes

hospitalizados que dejaron de tomar la medicación e intentaron suicidarse a causa del debate que se estaba produciendo".⁸⁷⁵ Calificó de poco ético no tratar la depresión grave con antidepresivos porque no tratar aumenta el riesgo de suicidio y el riesgo de que la depresión se vuelva crónica e imposible de curar. La verdad es lo contrario. Las pastillas para la depresión duplican los suicidios y convierten la depresión en una patología crónica.⁸⁷⁶ (véase también la página 163).

Raben Rosenberg lo calificó de cruzada antipsiquiátrica, monomaníaca y poco ética contra los pacientes psiquiátricos, y opinó que yo era incapaz de interpretar la literatura científica.⁸⁷⁷

Pernille Lundqvist afirmó en Facebook que mis artículos y libros carecían de evidencia, lo que, en su opinión, era la razón por la que los debates habían descarrilado.

En un artículo titulado *Peter Gøtzsche como cruzado de hoy*, Mads A Meldgaard Madsen afirmaba que los fármacos son un requisito imprescindible para las conversaciones, los cuidados, la ayuda profesional y la recuperación, en contra de lo que demuestra la evidencia.⁸⁷⁸

El psiquiatra Henrik Day Poulsen afirmó que yo era el líder de un movimiento antipsiquiátrico y que los fármacos previenen el suicidio y la violencia y aumentan sustancialmente la calidad de vida. ¡Le parecía peligroso mantener un debate académico e ignorar la experiencia clínica!⁸⁷⁹

John Hagel Mikkelsen afirmó que yo desconocía totalmente los trastornos psiquiátricos y su tratamiento, y que su experiencia clínica de 25 años le decía que los pacientes gravemente enfermos con psicosis o depresión vuelven a la vida con la ayuda de antipsicóticos o antidepresivos.⁸⁸⁰

Un psiquiatra finlandés tituló su reseña *Antipsiquiatría 2.0* en el *Finnish Medical Journal*.⁸⁸¹

El profesor sueco de psiquiatría Mikael Landén escribió una reseña de libro extremadamente mendaz en el *Swedish Medical Journal* titulada *El libro de Gøtzsche es lo contrario de la honestidad científica*.⁸⁸² Las afirmaciones de Landén son fantasía gratuita, y los comentarios de los lectores a su reseña son interesantes.⁸⁸³

Nunca he dicho eso:

- los psicofármacos no tienen ningún efecto positivo
- "regularmente" llevan a la gente al asesinato y al suicidio
- es dudoso que existan enfermedades mentales
- las alucinaciones verbales son normales
- si se liberara a los pacientes de la red psiquiátrica, desaparecerían las enfermedades mentales
- es un mito que el Alzheimer sea una enfermedad cerebral

Las mentiras de Landén fueron brutales: "Su única explicación para el hecho de que los psicofármacos hayan demostrado tener efectos en estudios, y se utilicen, es la corrupción y las conspiraciones". También es mentira que no aporte referencias cuando concluyo que algunos psiquiatras son corruptos. Doy muchas referencias y menciono nombres, por ejemplo Anders Forsman de Suecia y Joseph Biederman, con referencias a la corrupción.

Landén afirmó que yo no había documentado que aproximadamente la mitad de los psiquiatras mienten a sus pacientes. Pero escribo en la página 8 del libro: "Una señal de que la psiquiatría está en profunda crisis es que más de la mitad de los pacientes creen que su trastorno mental está causado por un desequilibrio químico en el cerebro. Tienen esta percepción errónea a través de sus médicos, lo que significa que más de la mitad de los

psiquiatras mienten a sus pacientes."

Landén afirmó que no siento compasión por quienes padecen enfermedades mentales y que, como caballero antipsiquiátrico, no me interesan el sufrimiento y la discapacidad que las enfermedades mentales provocan en la vida cotidiana de muchos congéneres.

Landén se mostró encantado de debatir, pero sólo con "personas que tengan al menos conocimientos rudimentarios de psiquiatría y un poco de compasión por los afectados".

Landén dijo que no aprendió nada leyendo mi libro. Lo considero imposible.

Varios psiquiatras consideraron que Landén había escrito una excelente reseña del libro y coincidieron en que yo era "antipsiquiatra", mientras que el psiquiatra infantil y adolescente Sven Román escribió que, si sólo una fracción de lo que yo había escrito era correcto, la psiquiatría era un escándalo gigantesco.

Este fue un momento decisivo en el que la psiquiatría sueca se reveló.

Algunos psiquiatras no se engañaron a sí mismos. Jens R Bang señaló que sus colegas no habían sido capaces de rebatir mis argumentos con referencia a investigaciones concretas y pidió un debate académico: *Tratamiento psiquiátrico basado en la evidencia, ¿qué más?*⁸⁸⁴

El psiquiatra jubilado Frits Schjøtt escribió que mi libro no era una lectura alentadora, pero que si pretendíamos apartar a los pobres con problemas psicológicos de la psiquiatría biológica y de las garras mafiosas de la industria farmacéutica, no había otro camino.⁸⁸⁵ Deseaba haber sabido lo que mi libro le había enseñado hace 40 años, que habría sido bueno para sus pacientes y para su autoestima en su jubilación, pero "necesitábamos un investigador en el nuevo milenio para abrirnos los ojos".

Stuart Shipko, de California, escribió en *Mad in America*⁸⁸⁶ que mi libro "plantea una cuestión importante y compleja. ¿Cómo es que los psiquiatras se levantan por la mañana y dañan a la gente durante todo el día mientras fingen ayudarles? El libro está elegantemente referenciado - y animo a todos los que practican la psiquiatría reflexiva a que lo lean, porque hay que estar mucho mejor educado para practicar una salud mental de alta calidad que para actuar como una máquina dispensadora. Gøtzsche tiene toda la razón; a todos los niveles los psiquiatras niegan el daño que están haciendo a los pacientes ...

Incluso teniendo en cuenta la disonancia cognitiva, los psiquiatras seguramente pueden ver lo que tienen delante de los ojos. Recuerdo hace años cuando Risperdal - el nuevo antipsicótico milagroso - salió al mercado. El primer paciente al que se lo di engordó unos 18 kilos en sólo seis semanas... Nunca he recetado Ritalin ni otros estimulantes a los niños...

¿Cómo puede un médico no darse cuenta de que un retraso en el crecimiento hace que un niño de 12 años parezca un niño de 9 años? ¿Cómo puede un médico no darse cuenta de todos los tics y espasmos? ...

Los pacientes se quejaban todo el tiempo de que la disfunción sexual continuaba mucho después de dejar los ISRS. Los farmacéuticos conocen este problema. Los pacientes son conscientes de este problema.

Recuerdo a un abogado que tenía una depresión leve relacionada con dificultades financieras. Se le dieron muestras de Paxil durante uno o dos meses, hasta que se me acabaron las muestras. No podía permitirse la receta. Tres días después intentó suicidarse. A una paciente mía que tomaba terapia para ataques de pánico sin depresión, su hija la convenció para que su médico de familia le recetara un ISRS. Se colgó de una escalera de su casa unos días después...

Cuando veo a pacientes para segundas opiniones sobre lo que suele ser un cóctel innecesario de fármacos para un diagnóstico de trastorno bipolar, a pesar de que el paciente nunca tuvo un episodio maníaco o hipomaníaco, suelo hacer una pregunta socrática. Les pido

que visualicen a su psicofarmacólogo y se pregunten si le comprarían un coche usado a esta persona.

La mayoría de los pacientes se ríen y dicen que no lo harían. Entonces, ¿por qué confiar tu vida a esta persona?".

No hay esperanza para la psiquiatría biológica: Hay que detenerla

En 2005, Steven Sharfstein, presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría, escribió que "Las empresas farmacéuticas han desarrollado y comercializado medicamentos que han transformado la vida de millones de pacientes psiquiátricos".⁸⁸⁷ Claro, pero no para mejor. Incluso afirmó, en contra de la evidencia, que "Big Pharma ha ayudado a reducir el estigma asociado con el tratamiento psiquiátrico y con los psiquiatras."

En 2011, destacados psiquiatras escribieron:⁸⁸⁸ "La depresión persistente y no tratada produce un tipo de trastorno neurodegenerativo, asociado a cambios sinápticos ... De forma similar al mal control del azúcar en sangre en los diabéticos, el mal control de los síntomas en la Depresión Mayor se asocia con un peor resultado a largo plazo y una mayor discapacidad general ... los antidepresivos previenen las recaídas ... el 53% de los pacientes tratados con placebo recayeron, mientras que sólo el 27% de los pacientes tratados con fármacos recayeron ... Después de que la FDA emitiera una advertencia contra los antidepresivos ... se ha producido un aumento concomitante de los suicidios actuales ... Ha habido preocupación sobre si ciertos antidepresivos pueden causar suicidios. Ahora sabemos que se trata de un mito alimentado en gran medida por los medios de comunicación ... Estudios más recientes en niños no confirman un aumento de la ideación suicida ... Los estudios naturalistas muestran que la incidencia de la tasa de suicidios tiende a disminuir a medida que aumenta la incidencia del tratamiento antidepresivo."

Todo esto es una tontería perjudicial, y es extraño que Stefan Leucht, que ha publicado muchas buenas investigaciones y es editor en el Grupo Cochrane de Esquizofrenia, sea coautor de esto. Demuestra que incluso los mejores psiquiatras pueden sufrir delirios colectivos y negación.

Un artículo periodístico de 2012 escrito por cuatro destacados psiquiatras daneses titulado *Detrás de los mitos sobre los antipsicóticos* era igualmente trágico.⁸⁸⁹ Escribían que la mayoría de los pacientes que padecen esquizofrenia tienen alteraciones en el sistema dopaminérgico; que los genes son, con diferencia, la causa más importante (alrededor del 70-80%); que grandes estudios de registros internacionales demuestran que los pacientes que no reciben tratamiento con fármacos para la psicosis tienen más riesgo de morir prematuramente que los que sí los reciben; que numerosos estudios han documentado que el riesgo de nuevos episodios psicóticos y un curso más grave de la enfermedad aumenta si los pacientes dejan de tomar los fármacos; que no había indicios de que la polifarmacia con fármacos para la psicosis aumentara la mortalidad en su propio estudio; y que grandes estudios basados en registros en Dinamarca y Finlandia muestran que el tratamiento concomitante con varios fármacos no aumenta la mortalidad.

Una vez más, todas las afirmaciones de psiquiatras destacados eran totalmente erróneas.

En 2020, la Asociación Danesa de Psiquiatría publicó un folleto de 21 páginas, *Make psychiatry healthy*. La Asociación quería más dinero y más de lo mismo, lo que sólo haría que la psiquiatría enfermara más de lo que ya está.⁸⁹⁰ El folleto señalaba que el número de pacientes había aumentado de 110.000 a 151.000 en sólo ocho años. No se decía nada del sobrediagnóstico ni de que una de las principales razones por las que los enfermos graves

viven mucho menos que los demás es el tratamiento que les administran los psiquiatras, a menudo en contra de su voluntad. Afirmaron que el 74% de los pacientes psiquiátricos forenses recibieron un tratamiento psiquiátrico inadecuado en el periodo anterior a cometer el delito y que los delitos pueden reducirse con un mejor tratamiento. Ningún fármaco puede reducir los delitos, a menos que se convierta a los pacientes en zombis con neurolépticos. Los psicofármacos *aumentan* el riesgo de violencia.⁸⁹¹

En relación con un trágico caso en el que un enfermo mental mató a su psiquiatra con un cuchillo, el presidente de la Fundación Danesa de Psiquiatría, Torsten Bjørn Jacobsen, declaró en un periódico que cuando las personas con enfermedades mentales cometen delitos, incluyendo el asesinato, en la gran mayoría de los casos es debido a un tratamiento insuficiente. Le expliqué que eso no era cierto.⁸⁹²

Los autores de libros de texto de psiquiatría se preocupan por decir a los estudiantes que los trastornos psiquiátricos son hereditarios. Obviamente, esto da prestigio a la especialidad. Hace que parezca más científico afirmar que los trastornos están en los genes y que pueden verse en un escáner cerebral o en la química del cerebro. Había muchos detalles sobre la investigación genética en los libros de texto, pero ninguno de ellos era correcto.⁸⁹³ Los numerosos estudios sobre gemelos han sido desacreditados pero, aunque fuesen ciertos, no hubiesen tenido consecuencias clínicas, ya que no podemos cambiar nuestros genes.

Cuando yo era joven, se decía que el 10% de los niños que tenían un progenitor con esquizofrenia se volverían esquizofrénicos, y la gente estaba comprensiblemente preocupada de que ellos pudieran ser los siguientes. Incluso hoy en día, las páginas web afirman que el riesgo es del 10-15%,⁸⁹⁴ y la desinformación puede ser mucho peor. Un artículo publicado en 2022 en *Nature* por el Grupo de Trabajo sobre Esquizofrenia del Consorcio de Genómica Psiquiátrica mencionaba, como primera frase de su resumen, que "la esquizofrenia tiene una heredabilidad del 60-80%, gran parte de la cual es atribuible a alelos de riesgo comunes."⁸⁹⁵ Sin embargo, en otro artículo de este grupo, muy difícil de comprender, los genes parecían explicar sólo alrededor del 2% del riesgo de que una persona sea diagnosticada de esquizofrenia.⁸⁹⁶ Por lo tanto, el 98% del riesgo debe deberse a algo más, sobre todo a un traumatismo, donde existe una clara relación dosis-respuesta.⁸⁹⁷

Sin embargo, el NIMH ha malgastado miles de millones de dólares en encontrar genes que predispongan a las enfermedades psiquiátricas y sus causas biológicas. A pesar de que los muchos estudios de genes no han concluido nada,⁸⁹⁸ la loca caza del monstruo del Lago Ness continúa. Desde 1996, los directores del NIMH, Steven Hyman y Thomas Insel, han transferido fondos de investigación clínica a proyectos de investigación básica, especialmente estudios genéticos, de modo que ahora se realizan muy pocos ensayos clínicos.⁸⁹⁹ El actual director, Joshua A. Gordon, afirma que una inversión fuerte en investigación básica conducirá en última instancia a mejores tratamientos. Sabemos que esto no es cierto.

Es perjudicial decir a los pacientes que su trastorno es hereditario, ya que les quita la esperanza de volver a ser normales. Si, en cambio, los psiquiatras se centraran en el entorno en el que viven los pacientes y en los traumas que han sufrido, habría esperanza de recuperación, ya que el entorno puede cambiarse y los traumas pueden tratarse con psicoterapia.

En contraste con los líderes psiquiátricos, el público está convencido de que la locura se debe más a que ocurren cosas malas que a la genética o a desequilibrios químicos en el cerebro.⁹⁰⁰ El gasto de enormes cantidades de dinero -en gran parte por parte de las compañías farmacéuticas- para enseñar al público a pensar como los psiquiatras de orientación biológica ha provocado más discriminación, más fármacos, más daños, más

muerter, más personas con pensión de invalidez y mayores costes para la sociedad.

Un factor de riesgo importante para deprimirse es llevar una vida deprimente de la que uno siente que no puede escapar. Sin embargo, en los libros de texto había muy poca información sobre la importancia que pueden tener para la salud mental los factores ambientales, los traumas, otros factores psicosociales, la pobreza, la discriminación y otras malas condiciones de vida. Cuando examiné las afirmaciones de que los trastornos psiquiátricos están causados por anomalías cerebrales, descubrí que las investigaciones que las apoyaban no eran fiables.⁹⁰¹

Lamentablemente, uno de los estudios más importantes con los que me he topado en toda mi carrera es prácticamente desconocido. Los estudios de personas que no han sido aleatorizadas, sino que han elegido por sí mismas qué hacer, por ejemplo, hacer ejercicio o no, se denominan estudios observacionales. Estas personas difieren en muchos otros aspectos, por lo que es habitual ajustar las diferencias basales con métodos estadísticos. Sin embargo, el estadístico Jon Deeks demostró que no es posible ajustar de forma fiable las diferencias basales. De forma ingeniosa, utilizó datos brutos de dos ensayos clínicos multicéntricos aleatorizados como base de estudios observacionales que podrían haberse llevado a cabo. Descubrió que cuantas más variables basales incluyamos en una regresión logística, más nos alejaremos de la verdad.⁹⁰² También descubrió que, en ocasiones, las comparaciones pueden estar *más* sesgadas cuando los grupos parecen comparables que cuando no lo son. Advirtió que ningún estudio empírico ha demostrado que el ajuste, en término medio, reduzca el sesgo.

Muchas afirmaciones falsas en psiquiatría proceden de estudios observacionales, por eso es importante conocer el estudio de Deek.

Otro problema general de los libros de texto era que los psiquiatras protegían sus intereses gremiales y a los benefactores de su industria al no mencionar que los fármacos que utilizan pueden causar los trastornos que intentan tratar, otros trastornos o daños graves.

Por ejemplo, evitaron comentar los conocidos estudios que descubrieron que las pastillas para la psicosis encogen el cerebro de forma relacionada con la dosis y que la enfermedad no puede explicar estos cambios.⁹⁰³ Algunos autores afirmaron que la psicosis no tratada aumenta la pérdida de volumen cerebral; que es probable que las pastillas para la psicosis puedan ofrecer cierta protección; y que la depresión prolongada no tratada puede causar atrofia cerebral. No existe ninguna investigación fiable que apoye estas fantasías.

Curiosamente, el TDAH, uno de los diagnósticos más controvertidos de la medicina, se consideraba uno de los trastornos psiquiátricos con mayores indicios de una etiología neurobiológica, con aberraciones en los escáneres cerebrales (lo que no es cierto, véase el capítulo sobre el TDAH). Incluso se afirmaba que los trastornos de ansiedad eran visibles en los escáneres cerebrales, que se normalizaban con el éxito del tratamiento. Esto es una tautología como: Mañana lloverá o no lloverá. Si el escáner cerebral no se normaliza, el tratamiento no es efectivo.

El hecho es que los estudios de escáner cerebral son extremadamente poco fiables. Se puede obtener cualquier resultado que se desee. Un investigador descubrió que había 6.912 formas únicas de analizar los datos, y la mala conducta científica es habitual.⁹⁰⁴ Cuando el editor jefe de *Molecular Brain* pidió ver los datos brutos de 41 de los 180 manuscritos que había manejado, sólo sobrevivió uno; 21 manuscritos fueron retirados por los autores, y rechazó otros 19 "por insuficiencia de datos brutos".⁹⁰⁵

El psiquiatra de niños y adolescentes Sami Timimi explica en su libro *Insane medicine* que la psiquiatría ignora gran parte de la ciencia genuina y, en su lugar, apoya y perpetúa conceptos y tratamientos que tienen poca base científica.⁹⁰⁶ A esto lo llama científicismo. A la psiquiatría

le gusta hablar en el lenguaje de la ciencia y lo considera más importante que la ciencia real, que es exactamente lo que hacen los practicantes de la medicina alternativa.

En los debates de Sami con sus colegas psiquiatras sobre la evidencia, hay tres defensas comunes. La primera es el uso de la anécdota: tal o cual paciente mejoró con tal o cual tratamiento, por lo tanto, este tratamiento funciona. La segunda es un llamamiento a adoptar una perspectiva "equilibrada". Pero nuestras ideas sobre lo que es equilibrado provienen de lo que es culturalmente dominante, no de lo que nos dice la ciencia. La tercera es que cuando la genética molecular ha fracasado sistemáticamente en producir algo sobre diagnósticos relacionados con genes específicos, se nos dice que el área es "compleja".

Según el filósofo Harry Franklin, esto es mentira.⁹⁰⁷

A los humanos no nos gusta la incertidumbre, lo cual está en nuestros genes, ya que la indecisión disminuye nuestras posibilidades de supervivencia. Es un rasgo curioso de la psicología humana que una vez que uno se ha decidido, incluso cuando tenía serias dudas, defenderá enérgicamente su postura cuando alguien demuestre que la otra opción era la correcta.⁹⁰⁸ Por lo tanto, las personas que difunden información errónea pueden propagar sus ideas falsas incluso con más fuerza y sin concesiones cuando se enfrentan a pruebas irrefutables de que están equivocadas. Los psiquiatras también necesitan aferrarse a sus falsas ideas sobre el diagnóstico y el tratamiento para preservar su forma de ejercer. Como dijo Upton Sinclair: "Es difícil conseguir que un hombre entienda algo, cuando su salario depende de que no lo entienda".

Les he dicho a los estudiantes⁹⁰⁹ que si hacen preguntas a sus profesores basándose en mi libro de texto de Psiquiatría Crítica,⁹¹⁰ es posible que se les dé largas con respuestas como: "¿Gøtzsche? Nunca he oído hablar de él" (aunque saben quién soy), "No pierdas el tiempo con él", "¿Es psiquiatra el profesor Gøtzsche? ¿Ha tratado alguna vez a pacientes psiquiátricos? ¿Cómo puede juzgar lo que hacemos? O dirán que soy un antipsiquiatra, lo cual es una tontería. Nunca hemos oído hablar de un anticardiólogo, y no se es antimecánico por criticar las malas reparaciones de su coche.

Los estudiantes no deben aceptar este tipo de respuestas, sino pedir siempre la evidencia.

Escribí mi libro de texto de Psiquiatría Crítica con la esperanza de poder influir en los estudiantes de psiquiatría antes de que sea demasiado tarde, y hayan aceptado la falsa narrativa.

Las numerosas afirmaciones erróneas y engañosas que encontré no pueden explicarse por la llegada de nuevos e importantes conocimientos, ya que las fechas de publicación de los libros de texto son recientes, de 2016 a 2021.

Los autores de los libros de texto estaban muy influenciados por la industria farmacéutica. Por ejemplo, nunca hablaban de los daños de los fármacos, sólo de "efectos secundarios", que es un eufemismo. Todos los libros de texto utilizaban la jerga de la industria y hablaban de pastillas de primera, segunda e incluso tercera generación; algunos neurolépticos se denominaban atípicos y otros modernos, sugiriendo que uno es un estafalario si prefiere fármacos más antiguos. Como los fármacos *de* estas clases arbitrarias son muy diferentes en sus efectos, no tiene sentido dividirlos de esta forma. No había ni una sola observación en los libros de texto sobre la conveniencia de preferir los medicamentos no patentados porque son mucho más baratos y no son peores que los patentados. Era como si la economía de la salud fuera algo que sólo se pudiera encontrar en la Luna o en excavaciones.

Es un poco curioso que los psiquiatras digan que los pacientes psiquiátricos no tienen conocimiento de su enfermedad cuando ellos mismos no tienen conocimiento de lo que su especialidad hace a la gente. He experimentado que muy pocos psiquiatras entienden los

fundamentos de la investigación clínica. Por lo tanto, no pueden evaluar lo que leen de forma crítica, sino que hacen lo que sus líderes les dicen que hagan, que es lo que la industria quiere que hagan.

Una de las razones por las que la psiquiatría es tan dañina es que casi todos los ensayos controlados con placebo de psicofármacos están sesgados, y la mayoría de las revisiones Cochrane y otras revisiones sistemáticas de dichos ensayos también están sesgadas, ya que no son lo suficientemente críticas.⁹¹¹ Además, cuando los ensayos de depresión y otros ensayos tienen un resultado primario no significativo estadísticamente, a menudo se da un giro a los resultados, lo que da a los lectores la impresión de que los fármacos fueron eficaces a pesar de todo.⁹¹²

Otra razón es que los resultados se evalúan en escalas de valoración sin sentido en las que la gente confía a pies juntillas, en lugar de preguntar por los resultados que importan, como la vuelta a una vida normal. Afirmar que la reducción de los síntomas de dolor emocional en una escala de valoración es una prueba de eficacia es como afirmar que la aspirina puede curar una pierna rota porque reduce el dolor físico.

El manual de enfermedades de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-5, establece que existe depresión mayor cuando el paciente presenta al menos 5 de 9 síntomas que "causan angustia o deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento". Dada la definición del trastorno, no tiene sentido que los ensayos clínicos no utilicen estos resultados. Se han realizado más de mil ensayos controlados con placebo, pero no he visto ninguno que informara de si los pacientes deprimidos volvían a tener una vida productiva normal. Lo mismo ocurre con otros fármacos psicoactivos.

Una puntuación en una escala de valoración no puede decirnos si el paciente está bien. La popular escala de depresión de Hamilton contiene ítems que no son específicos de la depresión, por ejemplo, dificultades para dormir, ansiedad, agitación y quejas somáticas. Es probable que estos síntomas respondan a los efectos sedantes de muchas sustancias, como el alcohol, los opiáceos, las pastillas para la psicosis y las benzodiazepinas, pero no las llamamos antidepresivos. Utilizando esta escala, incluso los estimulantes como la cocaína, el éxtasis, la anfetamina y otros fármacos para el TDAH podrían denominarse antidepresivos. Casi todo podría.⁹¹³

Otra razón por la que los efectos de los fármacos se han exagerado mucho es que, en la mayoría de los ensayos, los pacientes ya tomaban un fármaco como el que se estaba probando. Cuando se les asigna al azar un placebo, algunos de ellos desarrollan síntomas de abstinencia que a menudo imitan los síntomas de la enfermedad. Así, el nuevo fármaco supera al placebo en los pacientes que han sido perjudicados.

La falta de cegamiento también es importante. Debido a los llamativos efectos secundarios de los psicofármacos, algunos pacientes y sus médicos saben quién toma el fármaco y quién el placebo, y las pequeñas diferencias registradas en una escala de valoración pueden explicarse por este sesgo.⁹¹⁴

Debido a estos sesgos, las compañías farmacéuticas pueden demostrar que sus medicamentos "funcionan" para prácticamente todo, y los investigadores pueden informar de efectos positivos que sólo existen en su imaginación.

Esto ocurrió en un famoso ensayo de 344 pacientes con esquizofrenia recién ingresados financiado por el NIMH en 1964,⁹¹⁵ que todavía se cita ampliamente como evidencia de que los fármacos para la psicosis son eficaces. Los investigadores informaron, sin ofrecer ningún dato numérico, que las fenotiazinas reducían la apatía y hacían que los movimientos fueran menos retardados, exactamente lo contrario de lo que estos fármacos hacen a las personas,

algo que los psiquiatras habían admitido una década antes.⁹¹⁶ En opinión de los investigadores, estos medicamentos ya no deberían llamarse tranquilizantes -que es lo que son- sino fármacos antiesquizofrénicos.

La verdadera razón por la que los fármacos para la psicosis fueron aclamadas como un gran avance fue porque mantenían a los pacientes dóciles y tranquilos, lo que era muy popular entre el personal de las unidades psiquiátricas.⁹¹⁷ Era un enorme conflicto de interés que el mismo personal evaluara si los pacientes habían mejorado o no, lo que enturbia la práctica y la investigación psiquiátrica incluso hoy en día.

Las agencias de medicamentos no deberían haber aprobado psicofármacos basados en evidencia sesgada. Pero no les importa. Hemos documentado que sus directrices para los ensayos de psicofármacos son deficientes.⁹¹⁸ Los diseños recomendados son para ensayos de corta duración; con poblaciones de ensayo restringidas; permitiendo la exposición previa al fármaco; y a menudo recomendando resultados de eficacia basados en escala de valoración.

Para averiguar durante cuánto tiempo se debe recomendar a los pacientes que sigan tomando sus fármacos, se han llevado a cabo los llamados estudios de mantenimiento, también llamados estudios de retirada. Son muy engañosos debido a los efectos del síndrome de abstinencia. Un metanálisis de 65 ensayos controlados con placebo descubrió que sólo era necesario tratar a tres pacientes con fármacos para la psicosis para evitar una recaída al cabo de un año, pero el beneficio aparente del tratamiento continuado con fármacos para la psicosis disminuía con el tiempo y era casi nulo al cabo de tres años.⁹¹⁹

Cuando el seguimiento es más prolongado, resulta que lo mejor es suspender los fármacos para la psicosis. No obstante, dos libros de texto de psiquiatría señalan que algunos o la mayoría de los pacientes con esquizofrenia necesitarán tratamiento de por vida.⁹²⁰ Es realmente mala medicina mantener a los pacientes con sus fármacos tóxicos durante años o toda la vida basándose en la falsa creencia de que esto mejora su pronóstico. Sólo existe un ensayo de mantenimiento a largo plazo adecuadamente planificado y realizado, holandés.⁹²¹ A los pacientes a los que se les redujo o suspendió la dosis les fue mucho mejor que a los que siguieron tomando fármacos: El 40% frente al 18% ($P = 0,02$) se había recuperado de su primer episodio de esquizofrenia tras siete años de seguimiento.

Un reciente ensayo de retirada de Hong Kong fue totalmente engañoso.⁹²² No había nada sobre su esquema de disminución progresiva, pero una publicación anterior afirmaba que no habían disminuido en absoluto; todos los pacientes con placebo fueron expuestos a un síndrome de abstinencia. Los investigadores intentaron explicar lo que habían descubierto de una forma asombrosa. Sugirieron que podría haber una ventana temporal entre el segundo y el tercer año en la que era importante que el paciente no recayera. La plausibilidad de la existencia de tal ventana temporal es nula, ya que es muy variable cuándo o si un paciente recae. Al cabo de diez años, el 69% de los que seguían tomando el fármaco trabajaban frente al 71% en el grupo que presentó síndrome de abstinencia, lo cual es notable teniendo en cuenta que los psiquiatras habían perjudicado a este último grupo.

Piense también en esto: ¿Por qué unos fármacos que no tienen efectos clínicamente relevantes cuando se utilizan para la psicosis aguda (véase el capítulo 5 sobre psicosis) de repente tienen efectos drásticos sobre la recaída cuando se retiran? No tiene sentido.

En el mejor de los casos, los psicofármacos pueden proporcionar cierto alivio en situaciones agudas. A largo plazo, son muy perjudiciales. Todos ellos alteran las funciones cerebrales superiores, que es lo que nos hace humanos: nuestra capacidad de pensar, sentir, funcionar, recordar, amar, sentir empatía y cuidar de nosotros mismos y de los demás.

Muchos fármacos pueden causar daños cerebrales permanentes, pérdida de la función

sexual y horribles síntomas de abstinencia cuando los pacientes intentan dejarlos.⁹²³

Cuando analizamos el daño cerebral permanente en animales, incluimos 33 estudios en ratones, ratas, hámsters, gatos y monos. No pudimos publicar nuestros resultados, ni siquiera en revistas médicas que publican revisiones sistemáticas de la investigación con animales. Nos dijeron que los estudios eran de mala calidad. Es cierto, pero nuestra revisión es útil para los investigadores que planean hacer estudios similares, y por eso la publicamos en mi página web.⁹²⁴

Algunos de los fármacos más utilizados son también algunos de los más perjudiciales, como la olanzapina, la fluoxetina, la paroxetina y el alprazolam.

Esto se debe a que la mayoría de los principales psiquiatras son corruptos.⁹²⁵ Los psiquiatras cobran más dinero de los fabricantes de medicamentos que los médicos de cualquier otra especialidad; los que más cobran tienden a recetar psicofármacos a los niños con más frecuencia; y también se "educan" con la hospitalidad de la industria con mayor frecuencia que cualquier otra especialidad.⁹²⁶

La corrupción es colosal. Un estudio de 2007 sobre los jefes de departamento de medicina y psiquiatría de EE.UU. indicaba que el 67% de ellos había recibido "fondos discrecionales" de la industria en el último año,⁹²⁷ que es dinero que pueden utilizar a su antojo. Es probable que se trate de una subestimación, ya que la encuesta no era anónima. Yo los llamaría "fondos discrecionales", ya que a menudo no se declaran, en contra de las normas.⁹²⁸

Un psiquiatra danés describió vívidamente "Un supuesto viaje de putas" en nuestra revista médica.⁹²⁹ Cuando Lundbeck lanzó el escitalopram en 2002, la mayoría de los psiquiatras daneses fueron invitados a una agradable reunión en París con "costosos conferenciantes - por supuesto de la propia Lundbeck -, hotel de lujo y comida gourmet ... ¿Bajo influencia? ... un médico no se deja influenciar, ¿verdad?"

Thomas Insel y el NIMH: una traición total a la confianza pública

El director del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. de 2002 a 2015 fue Thomas Insel, llamado "el psiquiatra de América". En 2022 publicó el libro *Curación: nuestro camino desde la enfermedad mental a la salud mental*.⁹³⁰

En su libro, Insel adopta el papel de un vendedor de medicamentos, vendiendo al público las maravillas de los psicofármacos, pero es engañoso y deshonesto. Ya empieza con el título. Los psicofármacos no pueden curar los trastornos mentales, y el camino que han tomado los psiquiatras no va desde la enfermedad mental a la salud mental, sino de mal en peor. Si lees el libro con los ojos abiertos y ves a través de todo el escaparate, se hace evidente que aboga involuntariamente por la abolición de la psiquiatría a pesar de que Insel trata de apoyarla.

El NIMH es la institución más prestigiosa del mundo en salud mental. Por ello, Bob Whitaker ha analizado detenidamente el libro.⁹³¹ Refleja el pensamiento de los líderes psiquiátricos de todo el mundo y resume cómo la psiquiatría ha traicionado sistemáticamente la confianza pública y ha desinformado al público, y que nunca dirá al público la verdad sobre los psicofármacos. Bob llega a la conclusión de que la verdadera causa de los malos resultados de la salud mental en EE.UU. es el *establishment* de la psiquiatría, incluido el NIMH, que -a pesar de ser una agencia gubernamental- no es de fiar.

Como antiguo director del NIMH, Insel tenía la evidente obligación ética de informar a sus lectores sobre los malos resultados a largo plazo del tratamiento con psicofármacos, tal y como se documenta en las costosas y prestigiosas investigaciones financiadas por el NIMH, por ejemplo, el ensayo STAR*D en depresión, el ensayo MTA en TDAH y el ensayo CATIE en

esquizofrenia (véanse los capítulos anteriores). No lo hizo, a pesar de que el NIMH era la única institución del mundo que financiaba los grandes ensayos farmacológicos a largo plazo, que las compañías farmacéuticas nunca financiaron porque no lo necesitaban y probablemente también porque preveían que los resultados no serían positivos.

Por eso es aún más deplorable que Insel evitara comentarlos. El público espera que una especialidad médica sea un proveedor honesto de resultados científicos sobre los beneficios y perjuicios de sus intervenciones, y si los resultados de los ensayos hablan de tratamientos que *empeoran* los resultados a largo plazo, entonces la especialidad médica debe informar al público sobre ello y replantearse sus prácticas.

Durante 70 años, la psiquiatría no lo ha hecho. Insel podría haber remediado esta traición a la confianza pública con su libro y haber puesto a la psiquiatría en un nuevo camino, pero como siempre hacen los líderes psiquiátricos, sacrificó a los pacientes y protegió al gremio de la psiquiatría manteniendo ocultos los estudios a largo plazo financiados por su propio instituto. La traición no puede ser peor. Todos los ensayos farmacológicos realmente grandes en psiquiatría han sido negativos, lo que debe haber agonizado a los principales líderes de opinión en psiquiatría, pero los hechos no les han llevado a cambiar sus falsos anuncios públicos ni sus directrices perjudiciales.

Antes de que Bob escribiera su libro sobre el asombroso aumento de las enfermedades mentales en América,⁹³² escarbó en la literatura de investigación. Con cada clase de fármacos, intentó averiguar cuál era el curso clínico antes y después de la introducción de los fármacos, y si los pacientes medicados o no medicados tenían mejores resultados a largo plazo en los estudios clínicos. Descubrió que los fármacos para la depresión, los fármacos para la psicosis y las benzodiacepinas empeoran los resultados a largo plazo, y que el trastorno bipolar, que se trata habitualmente con polifarmacia, tiene un curso mucho más crónico que el trastorno maniaco depresivo -el precursor diagnóstico del trastorno bipolar-.

Esto encaja muy bien con la información de Insel de que el número de adultos en EE.UU. que reciben un pago de la seguridad social debido a un trastorno mental pasó de alrededor de 1,3 millones en 1987 a unos 6 millones en la actualidad. Esto no es un "camino desde la enfermedad mental a la salud mental".

El libro de Bob es muy convincente. Por supuesto, cuando salió a la luz, los psiquiatras más reconocidos se opusieron a él, pero cuando un cineasta entrevistó a Insel cinco años después y le preguntó por el libro, éste respondió que había que tomarse muy en serio las observaciones de Bob y señaló que, en otros campos de la medicina, si se aumenta varias veces el uso de la medicación, se observa una reducción de la morbilidad y la mortalidad.⁹³³

Este breve atisbo de cordura y perspicacia en la psiquiatría desapareció rápidamente.

En el primer capítulo de su libro, Insel se preguntaba por qué un mayor tratamiento se asociaba a más muertes y discapacidad. Pero, de la forma más atroz, descartó cualquier preocupación de que los psicofármacos pudieran ser la causa de los malos resultados. Utilizó la táctica que el filósofo Arthur Schopenhauer en *El arte de tener siempre razón* denomina desviar la atención.⁹³⁴ Cambió repentinamente de tema. Escribió que Bob sostiene que los fármacos contra la depresión y la psicosis crean una "supersensibilidad" que hace a los pacientes dependientes y crónicamente incapacitados. Esto es una maniobra de distracción. Si la supersensibilidad ocurre o no (que lo hace, ver más abajo) es irrelevante para los hallazgos de Bob.

Insel afirmó que Bob escribe que el estamento de la psiquiatría, en colaboración con la industria farmacéutica, ha conspirado para sobremedicar y sobretratar a niños y adultos con resultados desastrosos, y que no todo el mundo compra esta teoría de la conspiración.

Insel es malvado y mendaz. La única vez que Bob utilizó el término conspiración en su libro fue cuando citó a un paciente con esquizofrenia que hablaba de conspiraciones. Insel volvió a utilizar el truco de la distracción y otro de los trucos de Schopenhauer: "Postular lo que hay que demostrar". Insel es bueno en el arte de tener siempre razón.

Insel convirtió la arena en oro con una tercera desviación espantosa. Afirmó que los tratamientos actuales son necesarios pero no suficientes para curar trastornos cerebrales complejos. Esta tontería no tiene absolutamente nada que ver con el caso. Citó a su predecesor Steven Hyman, quien dijo que necesitamos saber mucho más sobre la biología de las enfermedades mentales antes de poder iluminar un camino a través de un terreno científico muy difícil y desarrollar medicamentos que sean tan efectivos como la insulina o los antibióticos.

Insel encubrió el hecho de que la psiquiatría biológica ha sido un fracaso total. Además, sus fantasías infundadas sobre un futuro mejor no eliminan el inmenso daño que su especialidad inflige a cientos de millones de personas.

Insel se adentró aún más en el país de las maravillas. Cree que los clínicos son más efectivos hoy que hace 25 años. Pues sí. ¡Están perjudicando a sus pacientes más que nunca!

Las desviaciones y la falta de honradez de Insel se multiplicaron. Señaló que la mayoría de los enfermos mentales no reciben tratamiento, que muchos de los que reciben fármacos no los toman y que los pacientes reciben poco más que fármacos. Culpó hábilmente de los malos resultados a la sociedad, por no invertir en los apoyos sociales necesarios, y a los pacientes, por no tomar los fármacos ni seguir el tratamiento.

Este es el guion estándar de los psiquiatras. El desastre que han creado no es culpa suya. La culpa es de otros, incluidos los pacientes y la sociedad. Insel ignora convenientemente que, si más pacientes tomaran sus medicamentos, el desastre sería aún peor.

Insel se describe a sí mismo como un periodista que explora los apoyos humanísticos necesarios para complementar los fármacos y promover una recuperación duradera. Es una posición en la que todos ganan. Cualquiera agradece el apoyo social, e Insel se posiciona como promotor de esta respuesta social. Esto es manipulación al más alto nivel.

Nada en la narración de Insel perjudica los intereses gremiales de la psiquiatría ni los intereses de la industria farmacéutica. En lugar de criticar los fármacos, los alaba. Afirmar que los psicofármacos, la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcraneal funcionan y que los fármacos para la depresión tienen un tamaño de efecto que suele ser superior al de los medicamentos utilizados en otras áreas de la medicina. Una afirmación notable sobre fármacos que no tienen efectos clínicamente relevantes.

Mi opinión sobre este tipo de argumentos es que un aparcamiento ilegal no convierte en legal el siguiente aparcamiento ilegal. Hay muchos medicamentos ineficaces que no deberían usarse.

Insel no cita ni un solo estudio que hable de psicofármacos que proporcionen beneficios a largo plazo, quizá porque no existen. Su libro es un magnífico ejemplo *del traje nuevo del emperador*. El Emperador está desnudo, pero tan bien vestido que pocos lectores se darán cuenta.



El traje nuevo del emperador

El psicólogo Bruce Levine escribió en 2024 que "los individuos entusiastas que hacen caso omiso de la realidad consensuada por la sociedad son diagnosticados rutinariamente por los psiquiatras de trastorno bipolar; sin embargo, entre los propios psiquiatras, el entusiasmo acerca de la psiquiatría que no tiene en cuenta la realidad de los repetidos fracasos científicos de la psiquiatría lo convierte a uno en un psiquiatra destacado."⁹³⁵

Bruce dice que, en el siglo 21 no ha habido psiquiatra de más alto nivel que Thomas Insel, que es un excelente ejemplo de psiquiatra estusiasta. Impulsó la neurociencia y la genética y consiguió que se publicaran artículos a un coste de unos 20.000 millones de dólares, y aunque esto no resultó en nada útil para los pacientes, no se arrepiente de que el NIMH financiara todo esto. Además, Insel escribió en su libro que "la idea de la enfermedad mental como un 'desequilibrio químico' ha dado paso ahora a las enfermedades mentales como 'conectivas' o alteraciones de circuitos cerebrales." Esto es un disparate, sin evidencia que lo respalde.

En su reseña del libro, Bob ofreció un resumen muy revelador de los estudios que Insel no se atrevió a mencionar. A continuación, presento algunos ejemplos.

Tras la introducción de los fármacos para la psicosis a mediados de la década de 1950, los clínicos empezaron a hablar del "síndrome de la puerta giratoria" que aparecía ahora en la medicina de los manicomios. Los pacientes con un primer episodio recibían el alta y luego volvían en masa, lo que llevó al NIMH, durante la década de 1970, a financiar cuatro estudios para evaluar si los fármacos para la psicosis estaban aumentando la cronicidad de los trastornos psicóticos.

Bockoven⁹³⁶ informó de que la tasa de rehospitalización era mayor en los pacientes tratados tras la llegada de los fármacos para la psicosis y que los pacientes medicados eran también más dependientes socialmente que los tratados antes de 1955. Carpenter,⁹³⁷ Mosher,⁹³⁸ y Rappaport⁹³⁹ informaron de resultados superiores para los pacientes no medicados después de 1 a 3 años, lo que llevó a Carpenter a sugerir que la medicación antipsicótica podría hacer que algunos pacientes esquizofrénicos fueran más vulnerables a futuras recaídas. Por aquel entonces, otros investigadores escribieron sobre los cambios cerebrales adaptativos provocados por los fármacos para la psicosis y concluyeron que la supersensibilidad dopaminérgica inducida por los fármacos conduce a síntomas discinéticos y psicóticos y a una mayor tendencia a las recaídas.⁹⁴⁰

Nancy Andreasen, financiada por el NIMH, informó en un amplio estudio de resonancia magnética de pacientes con esquizofrenia que los fármacos para la psicosis encogen el cerebro, lo que se asocia con un empeoramiento de los síntomas negativos, un mayor deterioro funcional y un declive cognitivo.⁹⁴¹

A finales de la década de 1970, con financiación del NIMH, Martin Harrow y Thomas Jobe pusieron en marcha un estudio a largo plazo de 200 pacientes, la mayoría de los cuales estaban experimentando un primer o segundo episodio de psicosis. En el segundo año, los resultados de los que dejaron los fármacos para la psicosis empezaron a diferir drásticamente de los de los que siguieron con ellos, y al cabo de 15 años, la tasa de recuperación de los pacientes que habían abandonado la medicación era ocho veces superior a la de los que la tomaban (40% frente a 5%).⁹⁴²

En las dos últimas décadas, se han llevado a cabo estudios a largo plazo de pacientes psicóticos en Holanda (un ensayo aleatorizado de interrupción del fármaco, véase la página 158),⁹⁴³ Finlandia,⁹⁴⁴ Australia,⁹⁴⁵ Dinamarca,⁹⁴⁶ y Alemania⁹⁴⁷ todos hablaban de tasas de recuperación más elevadas entre los que dejaban los fármacos. Una revisión sistemática de estudios cualitativos corroboró esta afirmación: Los pacientes cuentan cómo los fármacos comprometen la recuperación funcional.⁹⁴⁸

La historia de la depresión es muy parecida. Los estudios de pacientes hospitalizados demostraron que, antes de la introducción de los fármacos para la depresión, la depresión era un trastorno episódico, y alrededor de la mitad de los pacientes que sufrían un primer episodio no volvían a ser hospitalizados. Tras la introducción de los fármacos para la depresión, varios estudios revelaron altas tasas de recaída, y un grupo de expertos del NIMH concluyó que, a diferencia de los estudios anteriores, los nuevos estudios habían demostrado la naturaleza recurrente y crónica de la depresión.⁹⁴⁹ El “elefante en la habitación” fue ignorado.

Dos estudios del NIMH en pacientes reales tratados en centros ambulatorios confirmaron que la cronicidad era el curso a largo plazo de los pacientes medicados. El ensayo STAR*D,⁹⁵⁰ con una tasa de recuperación del 3% al cabo de un año de seguimiento con fármacos para la depresión, contrastaba fuertemente con otro ensayo financiado por el NIMH que estudiaba los resultados a largo plazo de la depresión no tratada. En ese estudio, el 85% de los 84 pacientes incluidos se habían recuperado al cabo de un año.⁹⁵¹ Los investigadores concluyeron que "sería extremadamente difícil para cualquier intervención demostrar un resultado superior a éste".

Muchos estudios realizados en los últimos 40 años han comparado los resultados de pacientes medicados y no medicados durante períodos de tiempo más largos.

En un estudio del NIMH en el que se asignó aleatoriamente a 250 pacientes a imipramina o a psicoterapia o placebo, la tasa de permanencia fue más alta en el caso de la terapia cognitiva (30%) y más baja en el de la imipramina (19%) y el placebo (20%) después de 18 meses.⁹⁵²

En un estudio del NIMH sobre 547 pacientes, los pacientes tratados tenían tres veces más probabilidades que los que evitaron el tratamiento médico de sufrir el cese de su principal función social, y casi siete veces más probabilidades de quedar incapacitados al cabo de seis años.⁹⁵³

Un estudio de la OMS sobre 640 pacientes con depresión descubrió que los tratados con medicación tenían peor salud general y más probabilidades de seguir enfermos mentales que los no tratados al cabo de un año.⁹⁵⁴

Un estudio canadiense sobre 1.281 personas que recibieron una incapacidad de corta duración por un episodio depresivo reveló que el 19% de los que tomaron un fármaco para la depresión pasaron a una incapacidad de larga duración, frente al 9% de los que nunca tomaron esa medicación.⁹⁵⁵

En un estudio de cinco años sobre 9508 pacientes con depresión en Canadá, los pacientes medicados estaban deprimidos una media de 19 semanas al año, frente a las 11 semanas de

los que no tomaban fármacos.⁹⁵⁶

Dos revisiones de pacientes diagnosticados de depresión hallaron que el uso de un fármaco para la depresión se asociaba a peores resultados a los nueve años⁹⁵⁷ y a los 30 años.⁹⁵⁸ A medida que se han ido acumulando estos hallazgos, los investigadores -dirigidos por el psiquiatra italiano Giovanni Fava- han apuntado a los cambios farmacológicos inducidos por los fármacos para la depresión como probable explicación del "sombrio resultado a largo plazo de la depresión... el uso de fármacos antidepresivos puede impulsar la enfermedad hacia un curso más maligno y sin respuesta al tratamiento".⁹⁵⁹

El psiquiatra estadounidense Rif El-Mallakh observó que el 40% de los pacientes tratados con un fármaco para la depresión acababan en un estado de depresión crónica "resistente al tratamiento".⁹⁶⁰ Escribió que el tratamiento farmacológico puede inducir procesos que "causan un empeoramiento de la enfermedad, continúan durante un periodo de tiempo tras la interrupción de la medicación, y pueden no ser reversibles".

Teniendo en cuenta esta literatura, no es de extrañar que la depresión sea ahora la principal causa de discapacidad en EE.UU. en personas de 15 a 44 años, y que en un país tras otro que ha adoptado el uso generalizado de los ISRS, el número de personas con discapacidad debido a un trastorno del estado de ánimo ha aumentado en paralelo con el aumento del uso de estos fármacos.⁹⁶¹

Estudios a largo plazo sobre el TDAH en Australia⁹⁶² y Quebec⁹⁶³ también hallaron peores resultados en los jóvenes medicados que en los tratados sin estimulantes.

Como ha señalado Bob, la ciencia demuestra que los fármacos para la psicosis y la depresión aumentan la cronicidad de los trastornos, y lo mismo ocurre con los estimulantes, las benzodiacepinas y los fármacos utilizados para el trastorno bipolar. Hay una lista de más de 100 artículos que hablan de estos resultados en las páginas de recursos de Mad in America.

Nada de lo anterior se encuentra en el libro de Insel ni en la página web del NIMH. Una búsqueda de Martin Harrow en la página web no muestra nada a pesar de que se le consideraba uno de los expertos en esquizofrenia del NIMH. Una búsqueda de STAR*D muestra el comunicado de prensa sobre los resultados a corto plazo que habla de "resultados particularmente buenos" con los fármacos para la depresión.⁹⁶⁴ Y la información de la página web sobre el TDAH⁹⁶⁵ no informa a los padres de que en el estudio MTA, el uso de medicación era un marcador de deterioro al final del tercer año, y que los que tomaban estimulantes tenían peores síntomas de TDAH y presentaban un mayor deterioro funcional al final de los seis años.

En 2015, Bob y su esposa Lisa Cosgrove publicaron *Psiquiatría bajo la influencia*,⁹⁶⁶ un libro que surgió de su época como becarios del Centro Safra de Ética de la Universidad de Harvard, dedicado a estudiar la corrupción institucional.

Esperamos que las instituciones que sirven a un interés público -y esto es especialmente cierto en el caso de las disciplinas médicas- se adhieran a normas éticas tales como estar por encima de las influencias financieras; sean objetivas y precisas a la hora de diseñar, analizar, interpretar y comunicar los resultados de los estudios; y antepongan los intereses de los pacientes. Por ello, Daniel Wikler, catedrático de ética de la Escuela de Salud Pública de Harvard, escribió que una disciplina médica que no cumpla estas normas no merece conservar su lugar privilegiado en la sociedad.⁹⁶⁷

La erosión de los principios éticos básicos es total para la psiquiatría. Si la profesión psiquiátrica dijera la verdad al público, la psiquiatría se derrumbaría. La profesión necesita mantener la verdad fuera de la vista, incluso para sí misma, y no se presenta en los libros de texto de psiquiatría, en las conferencias o en los debates públicos. El libro de Insel es una lápida

para la psiquiatría. Es una obra de propaganda de un sistema enfermo, que elogia tratamientos perjudiciales como si fueran beneficiosos.

Más sobre no escuchar a la gente

En 2013, durante una gira de conferencias por Norteamérica, me perdí en un gran hospital de Baltimore.⁹⁶⁸ No encontraba el auditorio y la organizadora no contestaba al teléfono. Di vueltas desesperado mientras se acercaba la hora de mi conferencia. Como último recurso, me salté una gran cola de pacientes en la recepción del hospital, ya que tenía prisa, y expliqué a la recepcionista que no era un paciente, sino un médico que tenía programada una conferencia para dentro de unos minutos.

"Por favor, vaya al final de la cola", me contestó con cara de piedra. Le repetí que era un médico y le pedí ayuda para encontrar a mi colega que trabajaba en el hospital. "Por favor, vaya al final de la cola", respondió el robot. Le daba igual cuánto le rogara que me ayudara. Como no me dijo que el mostrador de información del hospital estaba cerca, podría haber pensado que yo era un caso psiquiátrico con la ilusión de que era médico.

Después de preguntar en el pasillo a una amable persona dónde estaba el mostrador de información del hospital, llegué al auditorio en el último momento. Puede que me traumatizara, ya que aún tengo pesadillas cuando me llaman al estrado sin haber preparado mis diapositivas, y a veces incluso sin llevarlas conmigo.

Cuando llegué al Hospital McMaster de Hamilton, volví a perderme. Mi colega, Gordon Guyatt, me había dado algunas instrucciones, pero era muy difícil encontrar su despacho. Le dije a la recepcionista que era médico y que tenía una cita con un colega. Tras muchos problemas e incredulidad, hizo la conexión de mala gana y Gordon bajó a recogerme.

Estaba de guardia, y cuando su busca aulló un poco más tarde, le dije bromeando que era la recepcionista quien le diría que su paciente -yo- había llegado. Y así fue. Me había convertido en paciente una vez más, y mi título de médico volvía a ser descreído.

Con estas actitudes hacia los colegas, es fácil entender por qué los pacientes psiquiátricos pueden sentirse muy frustrados cuando se desconfía de ellos y por qué a veces se desencadena la violencia por el comportamiento irrespetuoso del personal. Los psiquiatras se niegan sistemáticamente a confiar en lo que les cuentan los pacientes sobre sus malas experiencias con los fármacos que les recetan.

El filósofo danés Søren Kierkegaard escribió en 1859: "Para ayudar de verdad a otra persona, debo comprender más que ella, pero sobre todo comprender lo que ella comprende. Si no lo hago, mi mayor comprensión no le ayuda en nada. Si a pesar de todo quiero hacer valer mi mayor comprensión, entonces es porque soy vanidoso u orgulloso, entonces en el fondo en lugar de beneficiarle lo que realmente quiero es ser admirado por él. Pero toda verdadera ayuda comienza con una humillación. El que ayuda debe primero humillarse ante la persona a la que quiere ayudar y comprender así que ayudar no es dominar sino servir, que ayudar no es ser el más dominante sino el más paciente, que ayudar es estar dispuesto a soportar estar equivocado y no entender lo que el otro entiende."

Pocos psiquiatras practican la psiquiatría de esta manera, humillándose. La grandiosidad es más común (véase la siguiente sección). Un comentarista escribió en *Mad in America* que la psiquiatría se basa en lo que el psiquiatra "siente" por el paciente y no en lo que el paciente siente. Es "medicina" basada en opiniones.

Los psiquiatras podrían mejorar mucho si estuvieran dispuestos a aprender de sus errores y a escuchar a sus pacientes. Las encuestas en internet sobre las experiencias de los pacientes

han revelado que los daños de los fármacos son mucho mayores y mucho más frecuentes de lo que se informa en los ensayos aleatorizados, aunque los que responden suelen ser bastante positivos con los fármacos.⁹⁶⁹

Un paciente anterior escribió:⁹⁷⁰ "He conocido a gente maravillosa que trabaja en psiquiatría. Pero también he experimentado gente absolutamente horrible y todo lo que hay entre medias. Los peores han sido los que se sientan con una distancia profesional en la que no pueden dar ni un poco de sí mismos como personas ni tener empatía por los demás. Mucha más gente con experiencia de usuario necesita entrar en psiquiatría, mientras que los que tienen una distancia profesional anti-empática deben salir".

He aprendido mucho de los miles de personas, incluidos psiquiatras progresistas, que me han enviado historias extraordinarias sobre una especialidad en ruinas. Muchos pacientes y familiares han relatado lo mal que les trataron los psiquiatras, a veces con comentarios despectivos en los historiales sobre su personalidad, por ejemplo, si intentaron evitar que su hijo fuera tratado con fármacos para la psicosis.

Algunos me han dado las gracias por salvarles la vida, por ejemplo: "Fue su libro el que nos dio el valor para retirarle los antipsicóticos a nuestro hijo". Más tarde me reuní con esta persona, muy activa en la comunidad de retirada.

Una paciente que me dio las gracias por haberle salvado la vida escribió que, si no hubiera leído mis libros y aprendido que existe algo llamado síndrome de abstinencia, habría pensado que se había vuelto loca.

Otra paciente escribió que su fármaco para la depresión para la timidez le había hecho la vida imposible. Cambió su personalidad, que pasó a ser colérica e irrespetuosa, y perdió muchos amigos y su confianza en la psiquiatría, las compañías farmacéuticas y los médicos. Observó que el número de miembros de su grupo de retirada de ISRS aumentaba constantemente.

Un médico de familia utilizaba los fármacos para la depresión como prueba diagnóstica: Si funcionaban, tenías depresión, y si no, no tenías depresión. Uno pensaría que no podría ser más primitivo que esto, pero otro médico de familia respondió a una pregunta sobre cómo dejar de tomar un fármaco para la depresión: "¡Puedes dejar de tomarla!"

A una paciente que había intentado en vano abandonar dos veces su fármaco para la depresión, su psiquiatra le dijo que tenía un desequilibrio químico y necesitaba el fármaco para el resto de su vida, y su psiquiatra incluso le aumentó la dosis. Un sustituto de su médico de familia la salvó. Le dijo que los fármacos eran diabólicos y la ponían enferma, y la ayudó a abandonarlos. Quería ayudar a los demás porque trabajaba como asesora laboral con parados, muchos de los cuales se enganchaban a los fármacos a causa del estrés y la ansiedad.

A un padre se le denegó la custodia de sus hijos porque se negó a tomar psicofármacos.

Si no es ilegal, debería serlo.

Una paciente me escribió que una prueba demostró que su coeficiente intelectual había bajado a 70, pero esto fue mientras estaba medicada, cuando una prueba de coeficiente intelectual no tiene sentido.

Otra escribió que su psiquiatra le había dicho que tenía una enfermedad genética incurable, y cuando se quejó de que ya no podía concentrarse, dormía mucho y tenía problemas de memoria, la respuesta fue que el problema no eran los fármacos, ¡sino que había perdido neuronas debido a la psicosis! Por lo tanto, tenía que tomar los fármacos para la psicosis indefinidamente para proteger sus neuronas; de lo contrario, se volvería demente. Cuando dijo que no quería tomar los fármacos el resto de su vida, el psiquiatra le contestó que no la vería más porque sólo trabajaba con pacientes que querían ser tratados. Cuando

abandonó los fármacos, le dijeron que tendría un nuevo episodio psicótico. Su padre quiso obligarla a volver a medicarse y la amenazó con internarla en un psiquiátrico si no lo seguía las instrucciones del médico. Le mintió diciéndole que había vuelto a tomar los fármacos. Hoy está bien, habiendo escapado de la tiranía de psiquiatras incompetentes y familiares tontos.

Una paciente escribió que le habían aconsejado tomar fármacos el resto de su vida. Cuando le dijo a su médico que le habían provocado anorgasmia, éste le dijo: "¿Qué prefieres, no tener orgasmos o volverte loca?". Se dio cuenta de que algo iba mal y decidió que no quería vivir castrada químicamente, como si le hubieran practicado una lobotomía. Después de dejar todos los fármacos, volvió a ser ella misma. Ya no era un zombi, volvía a escuchar música, reía, cantaba en la ducha, sentía la vida y tenía placer sexual. Había sufrido abusos sexuales de niña, una causa frecuente de psicosis.

Un paciente había tomado fluoxetina (Prozac) durante diez años, lo que cambió su personalidad, y perdió a casi todos sus amigos. Pasó sin ayuda por un síndrome de abstinencia horrible en el que ni siquiera podía levantarse de la cama. Su médico le dijo que los psicofármacos eran vitales para él, como la insulina para la diabetes, y volvió a tomar un fármaco, pero lo toleró mal. Entonces, su psiquiatra le dijo que sus efectos nocivos se debían probablemente a su depresión, y quería que probara otro fármaco. Este paciente había asistido a una de mis conferencias en Estocolmo y, por lo tanto, sabía que yo tenía una lista de personas que podían ayudarle con la retirada.

Un estudiante de 18 años seguía afligido por el ahorcamiento de su padre cinco años antes. Después de que le pusieran sertralina (Zoloft), intentó ahorcarse y un psiquiatra lo ingresó en un hospital psiquiátrico y le aumentó la dosis de sertralina. Cuando un joven psiquiatra señaló que los fármacos para la depresión aumentan el riesgo de suicidio, el consultor respondió que eran conscientes de ello pero que tenían que tratar la depresión. Si el estudiante se suicidaba sin haber tomado fármacos para la depresión, les cuestionarían por qué no se le había tratado.

Un hombre de mediana edad con síntomas de neumonía y bajo estado de ánimo fue puesto en tratamiento con penicilina, sertralina y un sedante por su médico de familia. Desarrolló psicosis con manía, fue ingresado en un hospital psiquiátrico y tratado con olanzapina (Zyprexa). Cuando un joven psiquiatra le preguntó si la psicosis podía haber sido causada por la sertralina, le dijeron: "Nunca he visto a nadie con psicosis inducida por antidepresivos".

David Stofkooper, de Holanda, se quitó la vida en 2020, con sólo 23 años. Tenía una vida social floreciente, era un estudiante animado y muy inteligente, con muchos amigos, disfrutaba socializando y le encantaba escuchar música. Desde los 17 años rumiaba mucho pero tenía una vida divertida.

Cometió el error fatal de consultar a un psiquiatra, el cual le recetó sertralina (Zoloft).

Al cabo de dos semanas, empezó a tener tendencias suicidas, pero su psiquiatra aumentó la dosis y la cosa empeoró. Se convirtió en un zombi, sin libido ni emociones; toda su personalidad había desaparecido.

Su madre llamó al psiquiatra y le dijo que el fármaco no funcionaba, pero la desanimaron diciéndole que no podía llamar por la privacidad de su hijo. Su intervención fue muy necesaria, ya que David no se daba cuenta de lo que pasaba; se había perdido totalmente.

David le dijo a su psiquiatra que tenía muchas ganas de suicidarse, pero el psiquiatra le dijo que tenía que esperar más, así que creyó en eso.

Después de cinco meses, empezó con un nuevo psiquiatra que le dijo que dejara la sertralina de golpe, en sólo dos semanas. Al principio, tuvo una manía de un día y le dijo a su madre que nunca se había sentido tan bien. Pero después tuvo un síndrome de abstinencia horrible, que duró meses. Cuando le contó a su psiquiatra cómo se sentía, ella no le creyó y le

dijo que no se debía al fármaco, ya que estaba fuera de su organismo. Opinó que probablemente era su trastorno obsesivo-compulsivo lo que le creaba todos los problemas.

David escribió en una nota de suicidio: "Les presentas un problema creado por el tratamiento que recibiste por parte de ellos y, como reacción, te culpan a ti mismo".

Su vida se había detenido. No podía obtener placer de nada. Aunque ya no sentía nada al conocer chicas, su nula libido y sus problemas de erección ni siquiera eran la peor parte. Era "El borrado total de cualquier placer en la vida".

Cuando se dio cuenta de que estaba condenado a estar así para siempre, no vio otra opción que el suicidio. Fue muy racional, y sus padres, que son médicos, le comprendieron.

El embotamiento de sus emociones fue fatal. Sentía que ya estaba muerto, un cascarón vacío. David nunca había tenido problemas de sueño antes de tomar sertralina, pero el fármaco le provocó un insomnio grave, que duró hasta el día en que se suicidó.

David quería que se contara su historia, como advertencia para los demás. Tanto él como su madre habían leído mi primer libro de psiquiatría, pero, por desgracia, era demasiado tarde. Si lo hubiera leído antes de que le pusieran sertralina, podría haberse negado a tomar el fármaco que le mató.

He oído historias similares, también de Dinamarca, en las que los pacientes se suicidaron porque su vida sexual quedó permanentemente destruida, y en las que también experimentaron anhedonia grave (incapacidad para sentir placer), emociones planas, problemas de memoria y disfunción cognitiva, que algunos de ellos describieron como una lobotomía química.

Los pacientes que han dejado de tomar psicofármacos también se han quejado a veces de disfunciones sexuales persistentes. Todavía hay mucho que desconocemos sobre los daños persistentes de los psicofármacos. Pero lo que sí sabemos es que la psiquiatría es una locura, algo sobre lo que el psiquiatra de niños y adolescentes Sami Timimi escribió un libro.⁹⁷¹

¿Están más locos los psiquiatras que sus pacientes?

Cuando hablo de psiquiatría con psiquiatras críticos, psicólogos o farmacéuticos con los que colaboro, a veces nos preguntamos quién está más loco, ¿los psiquiatras o sus pacientes?

Parece una pregunta retórica o una broma, pero no lo es. Cuando busqué "delirio" en Google, el diccionario Oxford decía: "Creencia o impresión idiosincrásica que se mantiene a pesar de ser contradicha por la realidad o por argumentos racionales, típicamente como síntoma de trastorno mental".

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud tiene esta definición: "Creencia manifiestamente falsa o no compartida por los demás, generalmente basada en una inferencia incorrecta sobre la realidad externa. La creencia se mantiene firmemente con convicción y no es, o lo es sólo ligeramente, susceptible de modificación por la experiencia o la evidencia que la contradicen.

La creencia no es normalmente aceptada por otros miembros de la cultura o subcultura de la persona (es decir, no es un artículo de la fe religiosa)".

El DSM-5 define los delirios como "creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de evidencia contradictoria. Su contenido puede incluir una variedad de temas (por ejemplo, persecutorio, de referencia, somático, religioso, grandioso) [...] Los delirios se consideran extraños si son claramente inverosímiles y no comprensibles para los compañeros de la misma cultura y no se derivan de experiencias vitales ordinarias".⁹⁷² Los tipos más comunes de delirios son:

- persecutorio (las personas creen que corren el riesgo de sufrir daños debido a las intenciones malévolas de los demás),
- de referencia (la gente cree que hechos inocuos, como los gestos de desconocidos o los informativos de radio, van dirigidos deliberadamente contra ellos),
- grandioso (pueden referirse a una identidad o habilidades especiales, una riqueza extrema o una misión especial y están asociados a una fuerte necesidad de sentido y propósito en la vida),
- control (las personas creen que sus actos, motivaciones o emociones están bajo el control de otro organismo),
- religioso (pueden referirse a una relación especial con Dios o los dioses, pero a veces también implican reivindicaciones de una identidad religiosa especial, como ser Jesús; este tipo de delirios son notoriamente difíciles de distinguir de las creencias religiosas no patológicas).

Estas definiciones dejan claro que la psiquiatría se caracteriza por los delirios. Como he demostrado en este libro, las creencias idiosincrásicas predominantes de los psiquiatras no son compartidas por las personas consideradas cuerdas - el público en general - pero los psiquiatras las mantienen a la fuerza, incluso cuando la realidad, incluyendo la ciencia más fiable que tenemos, y el argumento racional o la lógica muestran claramente que sus creencias básicas son erróneas.

Cuando la gente critica la psiquiatría, a menudo se les llama "antipsiquiatría" o conspiracionistas, reacciones que parecen tener un elemento delirante persecutorio. La grandiosidad es un sentimiento de superioridad, singularidad o invulnerabilidad poco realista y no basado en la capacidad personal. Muchos psiquiatras se comportan de forma grandiosa, creyendo en su propia omnipotencia e infalibilidad y que tienen una visión especial que nadie más tiene. Si los demás no están de acuerdo, se les considera ignorantes, necesitados de educación. Durante el testimonio de Joseph Biederman en un juicio en 2009, un abogado le preguntó por su rango en la Facultad de Medicina de Harvard. Biederman respondió: "Profesor titular". "¿Qué hay por encima de eso?", le preguntó el abogado. "Dios", respondió.⁹⁷³

La fe es una gran confianza en algo para lo que no hay pruebas, o una creencia inquebrantable en algo, aunque haya pruebas en contra. Está claro que las creencias de los psiquiatras en lo que hacen tienen más carácter religioso que fundamento científico, lo que convierte a la psiquiatría en una pseudociencia.

Los psiquiatras tienen una creencia inquebrantable en los grandes beneficios de sus fármacos, el electroshock y el tratamiento forzado, a pesar de las pruebas de la falta de beneficio y la existencia de daños graves. Los miembros de sectas religiosas no escuchan las pruebas que podrían hacer tambalear sus creencias; las suprimen, las distorsionan o mienten sobre ellas. Algunos psiquiatras críticos consideran que la psiquiatría es un culto religioso en el que se excomulga a la gente por pensar por sí misma.

Una definición de locura es hacer lo mismo una y otra vez esperando un resultado diferente. Cuando un fármaco no parece funcionar, los psiquiatras aumentan la dosis, cambian a otro fármaco de la misma clase, añaden otro fármaco de la misma clase o añaden un fármaco de otra clase. La ciencia nos dice que estas maniobras no benefician a los pacientes. Cambiar de fármaco, añadir fármacos o aumentar la dosis no producen mejores resultados.⁹⁷⁴

Aumentar la dosis total o el número de fármacos aumentará la aparición de daños graves, incluidos daños cerebrales irreversibles, suicidios y otras muertes,⁹⁷⁵ pero los psiquiatras suelen mentir a sus pacientes diciéndoles que su enfermedad podría dañarles el cerebro, o

que podrían morir, si no toman sus fármacos. Esto es perverso.

Por desgracia, la locura va a peor. En la psiquiatría ambulatoria en Estados Unidos, las consultas con tres o más fármacos se duplicaron, del 17% al 33%, en solo nueve años, y también aumentaron las prescripciones de dos o más fármacos de la misma clase.⁹⁷⁶ El uso de psicofármacos y polifarmacia en niños y adolescentes se duplicaron en 2021 con respecto a 2013 en Australia,⁹⁷⁷ y el uso de neurolépticos aumentó un 45% en solo seis años.⁹⁷⁸ En el Reino Unido, las prescripciones de fármacos para la psicosis aumentaron un 5% al año de media y las de fármacos para la depresión un 10%, de 1998 a 2010.⁹⁷⁹ En Dinamarca, las ventas de ISRS aumentaron desde un nivel bajo en 1992 casi linealmente por un factor de 18, estrechamente relacionado con el número de productos en el mercado que aumentó por un factor de 16 ($r = 0,97$, correlación casi perfecta).⁹⁸⁰ Esto confirma que el consumo de fármacos viene determinado por la comercialización.

La mortalidad de los pacientes con esquizofrenia ha aumentado notablemente en comparación con la población general; la mediana de la razón de mortalidad estandarizada para las décadas de 1970, 1980 y 1990 fue de 1,84, 2,98 y 3,20, respectivamente.⁹⁸¹ Los autores señalaron que una explicación obvia de esta evolución es el mayor uso de los nuevos fármacos para la psicosis, que tienen más probabilidades de provocar aumento de peso y síndrome metabólico que los fármacos más antiguos.

Dos libros de texto de Dinamarca mencionaron que pueden necesitarse varios fármacos para la psicosis simultáneamente, y uno señaló que en algunos casos puede ser conveniente aumentar la dosis por encima del rango autorizado, lo que tiene los mismos efectos deletéreos que el uso de varios fármacos.

En 2006, un informe del Consejo Danés de Salud mostró que la mitad de los pacientes estaban en tratamiento con más de un fármaco para la psicosis simultáneamente,⁹⁸² a pesar de que las directrices nacionales e internacionales no lo recomiendan. El récord que conozco fue de siete fármacos para la psicosis utilizados simultáneamente. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad danés emitió una licencia para matar en 2014. Permitía a los psiquiatras utilizar dosis extraordinariamente elevadas de psicofármacos para tratamientos forzados y afirmaba que esto se aplica especialmente a pacientes que han estado en tratamiento prolongado y en los que se han probado dosis más pequeñas sin éxito.⁹⁸³

Esto es una locura. Este riesgo de muerte está, por supuesto, relacionado con la dosis.⁹⁸⁴ Los psiquiatras no se dan cuenta de que cuando un paciente es "resistente al tratamiento", que es un término insultante ya que sugiere que la culpa es del paciente y no del fármaco, no deben aumentar la dosis ni añadir otro fármaco, sino reducir el primero lentamente, lo que tendrá el mejor resultado. Pero a los líderes de la psiquiatría les importa poco la seguridad del paciente. Les importa más su propia reputación, el gremio al que representan y el flujo de dinero procedente de las compañías farmacéuticas. Esta corrupción impregna a nuestras autoridades, que dependen en gran medida de los especialistas a la hora de emitir guías, y sólo hacen cambios si los críticos hacen mucho eco público sobre los problemas.

He sido testigo directo de la locura en unidades de psiquiatría. Una vez me invitaron a seguir al psiquiatra jefe durante un día en una planta cerrada de mi hospital, el Rigshospitalet. Uno de los pacientes me parecía totalmente normal y razonable, pero el psiquiatra lo consideraba delirante. Como yo no podía verlo, me explicó que el paciente deliraba porque había estado navegando en internet y ¡había descubierto que los fármacos para la psicosis son peligrosos! Me quedé tan estupefacto que no dije nada más.

En otra ocasión, telefoneé al Centro Psiquiátrico Amager, que tiene muy mala fama porque los psiquiatras han matado a varios de sus pacientes con fármacos.⁹⁸⁵ Un paciente muy

angustiado se había puesto en contacto conmigo, pero no conseguí que un psiquiatra se pusiera al teléfono, aunque le expliqué que era un compañero y que estaba dentro del horario laboral normal.

Insistí en que necesitaba hablar con alguien y me pasaron con una enfermera jefe. Me dijo que no me involucrara porque el paciente deliraba. Cuando le pregunté en qué sentido, me dijo que ¡había descubierto que los fármacos para la psicosis son peligrosos! Le pregunté si sabía quién era yo. Sí, lo sabía, pero eso no le impidió denunciar la locura de la psiquiatría.

En 2023, toda la Junta Directiva de la Asociación Noruega de Psiquiatría se sintió tan amenazada por los compañeros que querían una psiquiatría radicalmente diferente, que publicaron un artículo de opinión para defender el *statu quo* en un periódico: *"La vergüenza de la pastilla" es un problema social grave*.⁹⁸⁶

Les expliqué las peores falsedades de su errónea defensa de los psicofármacos,⁹⁸⁷ que es típica de los psiquiatras más importantes de todo el mundo. Negaron que los fármacos cambien la personalidad (que es la razón para usarlos y que muchos pacientes han experimentado), tengan mayores efectos adversos que otros fármacos (¡son la tercera causa de muerte!) y sean innecesarios (casi todos lo son).

"Abundan las teorías de la conspiración según las cuales la industria farmacéutica sólo quiere lucrarse haciendo a la gente lo más dependiente posible" (no es una teoría de la conspiración que a la industria farmacéutica no le importen los daños que causa sino sólo sus beneficios; es un hecho).

"Los pacientes tratados con fármacos se reincorporan más rápidamente al trabajo y se puede evitar la incapacidad" (una mentira espantosa, ya que lo cierto es lo contrario).

"El pronóstico y el riesgo de recaída mejoran significativamente cuando los pacientes toman antipsicóticos" (los ensayos que proporcionan la base para esta idea errónea están profundamente sesgados).

"Los pacientes con TDAH suelen tener una peor calidad de vida, depresiones más frecuentes y más problemas con las drogas y conductas delictivas si no reciben tratamiento" (esto no es cierto, y a la larga ocurre lo contrario).

"El tratamiento farmacológico hace que los pacientes sean más accesibles a la psicoterapia" (esto no se ha documentado y es poco probable que sea cierto; y si los fármacos han causado daños cerebrales permanentes, la psicoterapia no puede restaurarlos).

"No existe ninguna base biológica para afirmar que los psicofármacos de uso común, como los antidepresivos, los estabilizadores del estado de ánimo y los antipsicóticos, causan dependencia" (otra espantosa mentira; los fármacos regulan al alza o a la baja los neurotransmisores en el cerebro, razón por la cual la retirada brusca puede causar síntomas de abstinencia terribles y peligrosos).

"Hasta ahora, la mayoría de los estudios indican que el tratamiento farmacológico es absolutamente necesario para lograr la recuperación y aumentar la calidad de vida y prevenir las recaídas en la mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos graves" (estas afirmaciones también son descaradamente falsas).

Los conceptos erróneos entre los líderes psiquiátricos están tan en desacuerdo con la evidencia científica, y con lo que los pacientes y sus familiares y otros experimentan, que parece justificado decir que los líderes psiquiátricos sufren de un delirio colectivo muy grave.

Los delirios son un síntoma clave de la psicosis. Los pensamientos y percepciones de las personas están alterados y tienen dificultades para reconocer lo que es real y lo que no.

He aquí un experimento de pensamiento. Utilizando los propios sistemas de diagnóstico y la práctica de los psiquiatras, se puede argumentar que los líderes psiquiátricos, como los

autores noruegos del artículo de opinión, deberían ser tratados forzosamente con neurolépticos. Si probaran sus propios medicamentos, cosa que algunos médicos han hecho para ver cómo era,⁹⁸⁸ pocos de ellos mantendrían sus delirios sobre lo buenos que son, lo que beneficiaría a la humanidad.

Uno de los psiquiatras que admiro y con el que me he reunido es Niall McLaren, de Australia. Envío una carta a un médico de familia sobre un estudiante de 21 años, dado de alta de un hospital privado tras 21 tratamientos con estimulación magnética transcraneal, que él califica de "la última de una larga serie de modas chifladas que azotan la psiquiatría, diseñadas para sacar dinero de gente preocupada." Estoy de acuerdo. No parece funcionar.⁹⁸⁹

La pobre estudiante también recibió 12 electroshocks debido a la ansiedad y fue dada de alta con tres fármacos para la psicosis diferentes, tres antiepilépticos diferentes, dos fármacos para la depresión diferentes, un fármaco para dormir y litio. Sufrió muchísimo con este cóctel de fármacos y tuvo acatisia. Y, sin embargo, ¡su único problema era la ansiedad!

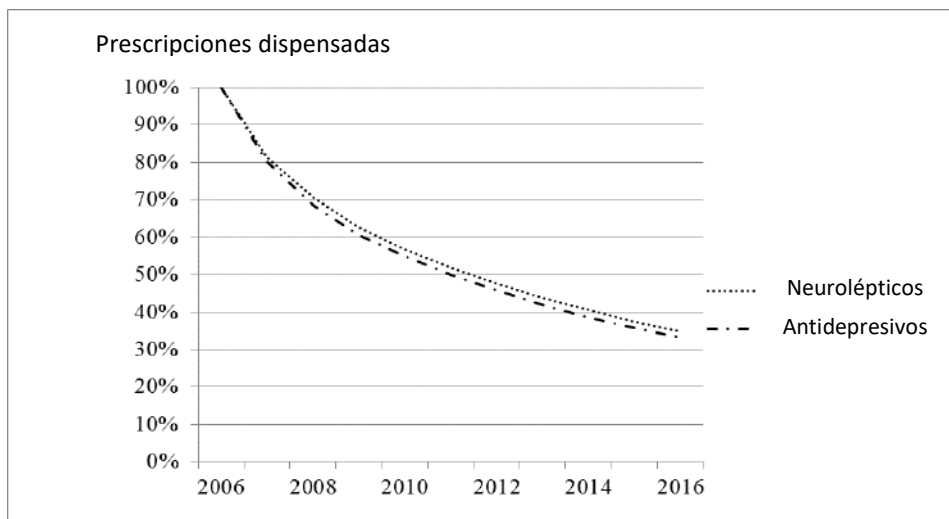
Niall escribió a su médico de familia que "si sigue con este nivel de fármacos, morirá a los cuarenta".

Fui testigo experto en un caso judicial en Australia, que también ilustra la locura de la psiquiatría. Muestra el papel de los fármacos para la depresión como "kit de iniciación a la psiquiatría" que conduce rápidamente a más diagnósticos y peligrosos cócteles de fármacos.

Un joven al que deberían haber ofrecido psicoterapia para sus problemas transitorios se encontraba bien hasta que su psiquiatra le recetó un fármaco para la depresión para la depresión que no tenía. Su "periplo" psiquiátrico duró 33 años hasta que por fin consiguió retirar el último fármaco, pero sigue padeciendo los efectos de abstinencia de larga duración. Le recetaron un total de seis fármacos para la psicosis diferentes, cinco para la depresión, y tres sedantes/hipnóticos diferentes, y desarrolló parkinsonismo, probablemente inducido por fármacos. Su psiquiatra suspendió los fármacos bruscamente muchas veces, lo que es muy peligroso. Es una hazaña notable que sobreviviera a esta mala praxis y siguiera trabajando. Debería haber ganado el caso fácilmente, pero por desgracia los jueces son autoritarios y hacen hincapié en lo que hacen otros psiquiatras en situaciones similares. Este sistema es una locura. Si un banco defrauda a sus clientes, el argumento de que otros bancos hacen lo mismo no les inspirará mucha simpatía.

De vez en cuando se gana un caso. Wendy Dolin, de Chicago, con quien me he reunido varias veces, demandó a GlaxoSmithKline después de que a su marido, un abogado de gran éxito que no tenía problemas psiquiátricos, le recetaran paroxetina porque desarrolló cierta ansiedad en relación con el trabajo. Desarrolló acatisia y se tiró delante de un tren seis días después de empezar a tomar paroxetina, sin darse cuenta de que no era él quien se había vuelto loco, sino que era el fármaco el que le había vuelto loco. También me he reunido varias veces con el abogado de Wendy, Michael Baum, de Los Ángeles. Su bufete ganó el caso, pero GSK recurrió, y el tribunal superior anuló el veredicto, no porque no creyeran que se trataba de acatisia, sino porque echaron la culpa a la FDA. Wendy contó su historia en mi reunión internacional de Copenhague en 2015.⁹⁹⁰

Veamos ahora cómo se utilizan los psicofármacos. Si el uso fuera sensato, los patrones de uso deberían ser muy diferentes para los fármacos para la psicosis y para la depresión, porque las indicaciones principales, esquizofrenia y depresión, respectivamente, son muy diferentes, ya que la primera se percibe tradicionalmente como una afección crónica y la segunda como episódica.



Sin embargo, he comprobado que los patrones de uso son idénticos (véase la figura).⁹⁹¹

Puse en marcha el reloj en 2006, cuando el 80% de los pacientes de ambos grupos ya llevaban uno o más años tomando el fármaco. El gráfico muestra el porcentaje de pacientes que obtuvieron una nueva prescripción cada año hasta que lo retiraron o llegaron a 2016, mi último año de observación, cuando el 35% frente al 33% de los pacientes seguían en tratamiento.

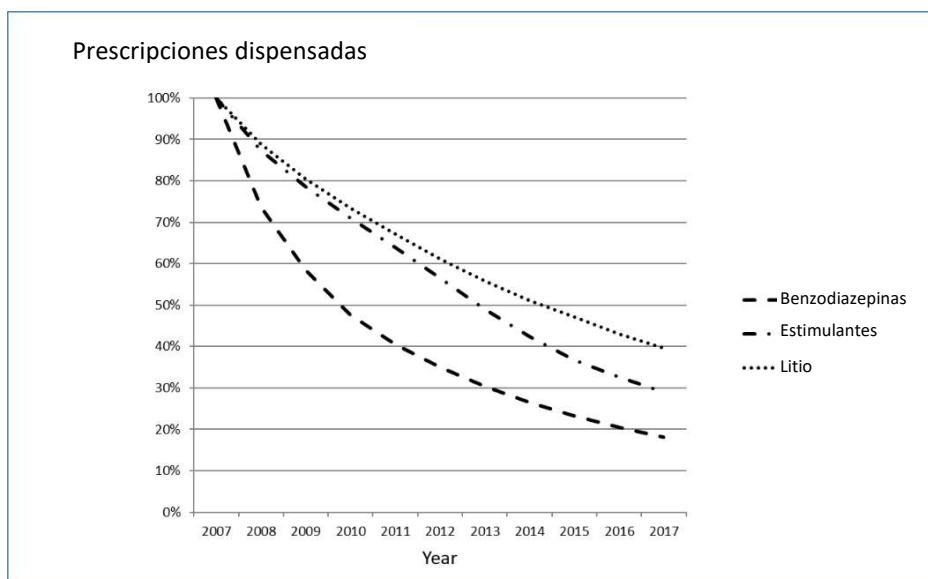
Estos resultados son escandalosos. Está claro que el uso de fármacos no se basa en evidencia científica, y muchos pacientes siguen tomando su fármaco, año tras año, durante más de una década. Se trata de un daño iatrogénico de proporciones épicas que cuenta una historia de médicos incompetentes e irresponsables que no saben lo que hacen ni lo que causan.

En 2014, psiquiatras noruegos escribieron sobre una tasa "alarmantemente alta de interrupción" de fármacos para la psicosis en pacientes con esquizofrenia, un 74% en solo 18 meses. Yo diría que se trata de un signo saludable, pero los psiquiatras argumentaron que ponía de relieve "la necesidad de que los clínicos dispongan de estrategias terapéuticas que optimicen el tratamiento continuado con fármacos antipsicóticos".⁹⁹²

Querer aumentar los daños a cambio de ningún beneficio es una locura.

A continuación, estudié los patrones de uso de las benzodiacepinas y agentes similares, así como del litio y los estimulantes (fármacos para el TDAH). Dado que desde hace décadas sabemos que las benzodiacepinas son altamente adictivas y que sólo deben utilizarse durante unas pocas semanas, además de que el efecto terapéutico desaparece rápidamente, el consumo de estos fármacos debería ser muy bajo y transitorio, pero no es así.⁹⁹³

En el caso de las benzodiacepinas, sólo el 13% fueron nuevos consumidores en el primer año de observación (para las otras dos clases de fármacos, estas cifras fueron del 40% y el 11%, respectivamente), y los patrones de consumo, una vez más, fueron chocantes.



Independientemente del fármaco que tome la gente o de cuál sea su problema, aproximadamente un tercio de los pacientes siguen en tratamiento con el mismo fármaco o uno similar diez años después de que varios de ellos ya hayan sido tratados durante uno o más años.

Si aceptamos las premisas basadas en la evidencia de que ninguno de estos fármacos tiene efectos clínicamente relevantes cuando se usan a largo plazo, y también consideramos sus daños sustanciales, y que a los pacientes en general no les gustan, los datos muestran un uso excesivo demencial de psicofármacos.

Si criticas el sistema insensato, te metes en problemas. Cuando el psiquiatra escocés Peter Gordon expresó en 2019 sus opiniones sobre la sobremedicación psiquiátrica, el presidente de la División Escocesa del Real Colegio de Psiquiatras telefoneó al director médico asociado de la Junta del NHS donde trabajaba Gordon y expresó su preocupación por su salud mental.

Muchos de nosotros hemos vivido la experiencia de ser "diagnosticados" por nuestros psiquiatras oponentes. A mí me ocurrió durante un juicio en el que era perito (véase la página 53);⁹⁹⁴ en una conversación entre dos psiquiatras en una fiesta privada que uno de mis amigos oyó por casualidad; y en un periódico donde Henrik Day Poulsen me llamó paranoico⁹⁹⁵ tras la publicación de mi libro sobre el crimen organizado en la industria farmacéutica.⁹⁹⁶ Poulsen, probablemente el psiquiatra más corrupto de Dinamarca, debido a que fue el que más colaboró con las compañías farmacéuticas,⁹⁹⁷ también me ha llamado "antipsiquiatría"⁹⁹⁸ y me ha diagnosticado sin haberse reunido nunca conmigo. Ha publicado el libro, *Medicamentos que matan* sobre la corrupción y la codicia en la industria farmacéutica, pero no ve la ironía de que él participa en esto.⁹⁹⁹ Cuando di una conferencia en 2014 sobre los fármacos de la felicidad, un anterior paciente dijo que Poulsen había escrito una autobiografía. Cuando le pregunté de qué se trataba, me dijo que era su libro, *Everyday psychopaths*.

Medio año más tarde, Poulsen declaró triunfalmente, en el mismo periódico, con el titular: *Caza de brujas contra la industria farmacéutica*, que yo había perdido mi caso contra él en el Consejo Ético de Médicos, y repitió que yo, durante mucho tiempo, había creado una emoción paranoica contra la industria farmacéutica.¹⁰⁰⁰

No dijo de qué iba el caso, pero fingió que tenía que ver con mis críticas a la industria farmacéutica, como si fueran infundadas, lo cual fue deshonesto. Y lo celebró demasiado

pronto. Me quejé al Tribunal de Arbitraje de la Asociación de Médicos, que anuló la decisión del Consejo Ético: "El psiquiatra Henrik Day Poulsen infringió las normas colegiales para médicos y utilizó expresiones 'innecesariamente ofensivas y despectivas' en un artículo *del Berlingske* y en un debate televisivo posterior".¹⁰⁰¹

Dos psiquiatras respondieron a los desvaríos de Poulsen sobre mi libro en el *artículo Corrupto y paranoico*.¹⁰⁰² Ese mismo año, Poulsen afirmó que "no existe ningún riesgo si los pacientes gravemente enfermos de las unidades psiquiátricas cerradas reciben medicación antipsicótica en dosis hasta tres veces superiores a las que las autoridades suelen recomendar."¹⁰⁰³ Creo que Poulsen es tan peligroso para sus pacientes que debería retirársele la licencia para ejercer.

La psiquiatría es un manicomio. Pero no tanto por los pacientes que, o no están locos, o su locura es a menudo pasajera. En cambio, la locura de muchos psiquiatras es crónica, colectiva e incurable. Bob me contó que un paciente de un manicomio escribió una vez: Los psiquiatras me llamaron loco, y yo les llamé locos, y entonces me superaron.

Ése es el principal problema. Hay demasiados psiquiatras locos, y los que ostentan el poder son los más locos.

12 Esperanzas para una psiquiatría mejor

He intentado cambiar la psiquiatría desde dentro, sin éxito. En enero de 2016, tuve una reunión con tres miembros de la junta de la Asociación Danesa de Psiquiatría, incluidos el presidente y el copresidente, para debatir cuestiones en las que estábamos de acuerdo y en las que podíamos apoyarnos mutuamente. Para mí, las cuestiones más importantes eran ayudar a todos aquellos que querían dejar los fármacos pero no podían porque se habían vuelto dependientes de ellos, y reducir el uso de la coacción.

La reunión fue bien y me invitaron a visitar las unidades cerradas donde trabajaban los dos presidentes, cosa que hice. Fue muy interesante. Durante mi primera visita, me reuní con dos pacientes a los que ya había visto antes, cuando estaban en la comunidad.

Sin embargo, no fui bien recibido cuando, en diciembre de 2017, solicité ser miembro de la Asociación Danesa de Psiquiatría. Esto debería haberse agradecido porque, según sus propias normas:

"El objetivo de la Asociación es promover la psiquiatría danesa. En particular, es tarea de la Asociación fomentar la investigación psiquiátrica danesa, garantizar la mejor formación posible de los psiquiatras, trabajar para ofrecer un tratamiento psiquiátrico óptimo a la población, y propagar los conocimientos sobre psiquiatría."

Le expliqué que había contribuido a los objetivos de la Asociación durante muchos años sin ser miembro.

Silencio total. Envié un recordatorio, pero el silencio continuó. Tras dos meses de espera, escribí a toda la junta directiva. El presidente, Torsten Bjørn Jacobsen, respondió que yo no trabajaba para promover los objetivos de la Asociación. Eso fue todo.

A continuación, envié una carta en la que señalaba que habían infringido sus propias normas y explicaba detalladamente las muchas formas en que yo, en un grado inusual, había contribuido a los objetivos de la Asociación. También mencioné que, durante su última reunión anual, un honorable miembro pronunció un discurso en el que subrayó que los psiquiatras necesitaban comunicarse conmigo.

Jacobsen respondió que "la junta ha hecho hincapié en el contenido y la naturaleza de sus actividades como autor a lo largo de los años, los cuales contienen opiniones y puntos de vista sobre la especialidad que no están en armonía con los objetivos de la Asociación. La Asociación es, por supuesto, sensible a las diferentes actitudes dentro de la especialidad, aunque un elemento básico de la pertenencia a la Asociación debe ser el respeto a la especialidad y a sus formas de tratamiento aceptadas, que su actividad de autor no cumple."

¡Qué revelación! Sabía que era poco probable que lo consiguiera, pero al intentarlo descubrí lo que los psiquiatras representan realmente, detrás de todo el escaparate oficial. Es como tocar la red tubular de una araña para verla salir corriendo de su escondite en el fondo. Se trataba de censura y obstruccionismo, que reflejaban lo que muchos psiquiatras en formación me habían dicho. Estás en mala posición si criticas la forma en que tus colegas hacen los diagnósticos y sobredosifican a sus pacientes.

Tres meses después, durante la asamblea general de la Asociación, Kristian Sloth preguntó por qué yo no podía ser miembro. No obtuvo ninguna respuesta significativa, pero el público aplaudió. Mientras estaba impartiendo conferencias en el mismo hotel, ofreciendo dos seminarios sobre la abstinencia de psicofármacos (véase la página 122), me había colado y sentado al fondo de la sala, escuchándolo todo.

Tres meses después, la Asociación tenía una nueva presidenta, Gitte Ahle, y volví a

presentar mi candidatura. A mi comentario de que no se había dado ninguna explicación satisfactoria en la asamblea general, ella respondió que "no compartimos esta opinión porque la gente estaba satisfecha con la declaración oral de por qué se le había rechazado".

Interesante. A los pacientes psiquiátricos también se les dice que lo que ellos mismos han observado no es correcto porque sus psiquiatras no comparten sus puntos de vista.

Me sentí un poco como cuando fui a Yellowstone con mi familia en 2006 y volamos a Salt Lake City. Un domingo había oficio religioso en una iglesia mormona, y quisimos participar por curiosidad para ver qué rituales seguía esta secta. Cuando nos negaron la entrada, sin que los guardias preguntaran siquiera si éramos mormones, dije: "No entiendo esto. ¿Acaso no dijo Jesús: dejad que los niños vengan a mí, y que la iglesia debe estar abierta a todos?". Eso no ayudó. Y la iglesia de la psiquiatría no es para todos, sino sólo para los creyentes en los rituales.

Red de Psiquiatría Crítica

Considero que la Red de Psiquiatría Crítica es la esperanza más importante para una psiquiatría mejor. Fue fundada por un grupo de psiquiatras del Reino Unido en 1999 para debatir los cambios de la Ley de Salud Mental propuestos en aquel momento. En la actualidad, el grupo está formado por más de 400 miembros, dos tercios de los cuales residen en el Reino Unido y el resto está repartido por todo el mundo.¹⁰⁰⁴

La afiliación está limitada a médicos que trabajen en psiquiatría o campos relacionados, pero por recomendación de Lisbeth Kortegaard, se me permitió unirme en 2013. Sami Timimi le dijo a Lisbeth que yo sería "una fantástica incorporación a la CPN. ¿Crees que podría estar interesado en unirse a nuestra Red?". Yo lo vi al revés: Que sería un honor para mí unirme a este grupo iluminado.

Sami pidió al secretario que me incluyera entre los miembros, ya que había "realizado excelentes análisis de los estudios sobre psicofármacos y la influencia de la industria farmacéutica".

La red fue fundada por Joanna Moncrieff y Tom Stockmann, y sus actuales presidentes son Joanna y Hugh Middleton. En 2015, Denise Winn hizo una interesante entrevista a Hugh, *Tiempo de repensar la psiquiatría*¹⁰⁰⁵ porque había publicado el libro *"Psiquiatría reconsiderada: del tratamiento médico a la comprensión solidaria"*.¹⁰⁰⁶

Hugh dice en el libro que la actividad principal de la psiquiatría es ocuparse de los fenómenos sociales, y cuando Denise le preguntó por qué necesitamos un psiquiatra en la cúpula, un médico, cuando el estrés puede provocar todo tipo de síntomas y comportamientos, como ansiedad, depresión, ataques de ira, adicciones y psicosis, él respondió: "Quizá no necesitamos".

Hugh explica que un pequeño número de personas y las opiniones que articulan tienen un efecto desproporcionado en la forma en que se distribuyen los recursos, y que algunos psiquiatras han sido formalmente sancionados por no administrar tantos agentes antipsicóticos como espera el estamento de la psiquiatría.

Hugh señala que "una dura lección del coqueteo de la psiquiatría y la biomedicina en el último medio siglo es que los intentos de considerar y tratar como 'enfermas' a las personas que tienen dificultades para vivir entre otras son erróneos [...] la biomedicina y otras expresiones de un modelo de 'enfermedad' no ofrecen una alternativa efectiva o aceptable a hacer lo más difícil, pero mucho más humano y sanador: comprender y tender la mano a los demás en apuros".

Otros psiquiatras progresistas

Después de leer libros de Bob Whitaker y míos, Klaus Munkholm, médico jefe de 46 años del departamento de psiquiatría del Rigshospitalet, se dio cuenta de que lo que había creído durante tantos años no era correcto. Se puso en contacto conmigo en 2017 con su preocupación de que la psiquiatría biológica no había sido útil para entender los trastornos psiquiátricos, y quería hacer una investigación relevante.

Nos conocimos e iniciamos una fructífera colaboración de investigación. Pero tuvo repercusiones para Klaus.

Se le disuadió de colaborar con mi grupo de investigación y se le advirtió de que tendría consecuencias para su carrera.

Le dije que eso era como el fanatismo religioso. Los Testigos de Jehová y la Cienciología tratan a los desertores de la misma manera, lo cual era inaudito en un contexto académico, pero nos mostró mucho sobre dónde está la psiquiatría.

Klaus no cedió y, cinco meses después, le contraté un día a la semana. Fue un gran activo para nuestros proyectos y, un año después de ponerse en contacto conmigo, le contraté a tiempo completo. Algunos de los "espaldas plateadas" de la psiquiatría, que antes le tenían en gran estima, ahora le trataban como a un hereje.

Otro psiquiatra jefe, Kristian Sloth, del Hospital Randers, también pidió reunirse conmigo en 2017. Dijo que Psiquiatría de la Región Capital había anunciado que los fármacos para la depresión pueden prevenir la demencia, lo cual es imposible, y las investigaciones han demostrado que es más probable que los psicofármacos *causen* demencia.¹⁰⁰⁷

Kristian había reducido el gasto farmacéutico en un 35% en sólo un año desde que empezó a trabajar en el departamento. Un paciente con esquizofrenia que había recibido una dosis alta de clozapina (Leponex) se volvió psicótico, recibió aún más dosis del fármaco y acabó en un pabellón de máxima seguridad. Cuando suspendieron el Leponex, los síntomas psicóticos desaparecieron.

Kristian abrió una sección en su departamento llamada "departamento sin fuerzas", donde no se coacciona a los pacientes. Kristian y su compañero, Anders Lindelof, hacen algo radicalmente distinto a otros psiquiatras.¹⁰⁰⁸ No se centran en diagnósticos y fármacos. Se centran en la persona con la que hablan y en las relaciones que a menudo se han roto para el paciente, preguntándole: "¿Qué ha pasado en tu vida que te ha traído aquí?". No buscan defectos en la persona, sino que intentan encontrar la causa de la crisis mental.

Su enfoque se basa en el establecimiento de relaciones seguras y estables con los terapeutas. Todo el personal de la planta habla con los pacientes y se compromete a establecer buenas relaciones y a mantener conversaciones significativas con ellos sobre sus vidas, lo que quieren y lo que es importante para ellos, en lugar de limitarse a decir: "¿Se ha acordado de tomar sus medicamentos?" y pasar rápidamente al siguiente paciente.

Kristian y Anders tuvieron tanto éxito con este planteamiento que ya tenían camas disponibles y dijeron que no necesitaban más dinero. Querían contar su historia a la dirección de la región, pero no se lo permitieron y sintieron que los consideraban pata negra. Era tabú ir contra el eterno mantra de la psiquiatría: "Manden más dinero".

Kristian y Anders escucharon las conferencias que Anders Sørensen y yo dimos sobre la retirada de fármacos durante la reunión anual de la Asociación Danesa de Psiquiatría en 2018 (véase la página 122), y Kristian nos invitó después a su habitación de hotel para tomar unas copas. Estaba lleno de jóvenes psiquiatras, y algunos de ellos al principio parecían un poco escépticos, pero no tardaron en darse cuenta de que no éramos en absoluto "peligrosos" como

les habían dicho sus jefes, sino que solo queríamos contribuir a crear una psiquiatría mejor, como ellos.

Otros psiquiatras también han visto la luz. Clive Sherlock tiene una página web, *Adaptation Practice*,¹⁰⁰⁹ donde explica que se trata de una forma única, segura y eficaz de aliviar el sufrimiento emocional, psicológico y mental -incluida la depresión, la ansiedad, la ira, el estrés, los trastornos alimentarios y otras afecciones relacionadas- sin fármacos ni terapias de conversación. Considera estas afecciones como reacciones naturales y normales a la vida, no como enfermedades médicas. La adaptación llega a través de la práctica, que tiene sus raíces en el Lejano Oriente.

Lee Combrinck-Graham, psiquiatra jubilada, decía que los psiquiatras podían preguntar: "¿Qué clase de psiquiatra es usted, si no receta medicamentos?". Y ella respondía: "¿Qué clase de psiquiatra es usted si no habla con sus pacientes o, más concretamente, si no escucha a sus pacientes y conoce a sus familiares o allegados, se informa sobre ellos y los incluye en su forma de entender lo que ocurre? ¿Qué clase de médico eres si no te fijas en el desarrollo, la adaptación y los altibajos de sus vidas?".

Una tercera joven psiquiatra que vino a verme, dejó su trabajo en el Hospital de Glostrup, donde el psiquiatra jefe, Lars Søndergård, había sobredosificado tanto a los pacientes, y en contra de las directrices, que fue despedido y se le prohibió trabajar como psiquiatra.¹⁰¹⁰ Se fue al hospital de Slagelse, pero a Søndergård se le había permitido ejercer de nuevo, bajo estrecha supervisión, y se presentó allí y siguió sobredosificando a sus pacientes.

Su jefe, Michael Schmidt, no le supervisó, y fue pura suerte que no matara a alguno de sus pacientes, a los que a menudo trataba con varios fármacos para la psicosis simultáneamente.

La mala praxis de Søndergård incluyó la suspensión del tratamiento adecuado del delirio alcohólico instaurado por otro médico. Recetó dos fármacos para la psicosis para tomarlos simultáneamente, pero en estos pacientes estos fármacos aumentan notablemente el riesgo de convulsiones, arritmias cardíacas agudas y muerte.¹⁰¹¹ A otro paciente se le administró metadona, que puede provocar arritmias letales, y la Junta de Sanidad desaconseja el tratamiento concomitante con fármacos para la psicosis, pero a este paciente se le prescribieron tres fármacos para la psicosis simultáneamente, a pesar de lo cual fue dado de alta el mismo día.

Las enfermeras y los compañeros psiquiatras de Søndergård estaban muy preocupados y se pusieron en contacto con Schmidt, pero no pasó nada.¹⁰¹² Como la cultura del departamento era de miedo e intimidación, las enfermeras involucraron a su sindicato.

La respuesta de Schmidt a un periodista fue extremadamente arrogante y demostró que él también era peligroso para los pacientes.¹⁰¹³ No pudo "reconocer" ninguno de los horribles ejemplos de sobredosificación que le envió el periodista.

La Autoridad para la Seguridad del Paciente tardó cuatro meses en responder a estas preocupaciones, a pesar de que entretanto podrían haber muerto pacientes. El veredicto fue duro.¹⁰¹⁴ Schmidt fue sometido a una estricta supervisión y Søndergård no pudo seguir trabajando como psiquiatra, al menos durante un tiempo.

Schmidt había aprobado una propuesta de Søndergård que suponía una gran sobredosificación para los pacientes, y había sido incapaz de interpretar correctamente un artículo científico del cual concluyó lo contrario de lo que decía el artículo sobre la dosificación. Schmidt tampoco había informado a la Autoridad de la dosificación excesivas, a pesar de que era su obligación hacerlo y de que el personal se lo había hecho saber varias veces.

Schmidt escribió a la Autoridad que Søndergård "tiene un agudo enfoque analítico" y había "llevado al departamento a un nivel profesional superior", en contra de la opinión de la

Autoridad de que Søndergård en varios casos había expuesto a los pacientes a un grave peligro.

El Director Adjunto de la región, Søren Bredkjær, emitió un comunicado de prensa en el que subrayaba que seguían confiando plenamente en Schmidt y que sólo había recibido una sanción leve.

La joven psiquiatra que se puso en contacto conmigo había denunciado a Schmidt a la Autoridad después de haber intentado durante meses resolver los problemas hablándolos con él. La reacción de Schmidt fue tacharla de "loca cascarrabias" delante de sus compañeros.

Finalmente, se rindió y acudió a Bredkjær, a quien animó a examinar los expedientes de los pacientes. Le enseñó una lista de los pacientes ingresados un día que ella estaba de guardia y le dejó ver sus notas personales. Le pidió que investigara el asunto, pero como no ocurrió nada, no vio otra opción que acudir a la prensa.

Bredkjær dijo tonterías al periodista y se negó a pedir disculpas a las enfermeras y médicos que habían advertido de los problemas que habían sido ignorados, también por él mismo.

Lo que acabo de describir no es en absoluto único.

Todos los psiquiatras jóvenes que han venido a verme han apreciado trabajar con sus pacientes. Les dije que eran exactamente el tipo de médicos que necesitaban los pacientes y que no debían dejar la psiquiatría. Una de ellas fue seriamente reprendida por su jefe cuando empezó a retirar lentamente los fármacos que los pacientes no necesitaban, pero que él había iniciado de manera ambulatoria.

Otro psiquiatra me escribió sobre sus compañeros: "¿Te imaginas lo que es compartir café y comida con esta gente, día tras día?". Se veía obligado a escuchar sus divagaciones, y cuando les pedía las pruebas, se enfadaban. Algunos hablaban siempre de compañeros que hacían mal los diagnósticos, pero cuando él les preguntaba cómo sabían que estaban en lo cierto, se enfadaban. "Lo peor de todo es que tengo que escuchar a los psiquiatras orientados al estilo de vida hablar de sus apartamentos, coches y viajes, y se enfadan conmigo si siquiera menciono la psiquiatría. Lo que he aprendido dolorosamente sobre esta gente es que la mayoría de ellos están completamente desinteresados en leer los artículos reales sobre los ensayos clínicos que tenemos. En lugar de eso, se limitan a seguir a su líder".

Por favor, deténganse un momento. Estas son las personas que se supone que deben cuidar de nuestros ciudadanos más vulnerables, y se les permite usar la fuerza. Esto nos dice que deberíamos abolir la psiquiatría y empezar de cero. Cuando una casa está totalmente podrida, no sirve de nada intentar repararla. Hay que derribarla y construir una nueva.

En 2018, Joakim Börjesson, que investigó conmigo sobre el litio en 2017 (ver página 90), organizó un debate entre el farmacólogo clínico, el profesor Elias Eriksson, y yo sobre los ISRS en Gotemburgo durante la conferencia anual para 150 psiquiatras suecos en formación.¹⁰¹⁵

Joakim había necesitado sus dotes diplomáticas para organizar este debate, y sobre todo para tratar con Eriksson, que tiene fama de atacar violentamente a sus oponentes. Le dijo a Joakim que pretendía revelar que yo era un charlatán. Joakim discutió con él durante una hora y "trató infructuosamente de convencerle de que respetara las reglas del debate".

Eriksson estuvo horrible. Afirmaba en su resumen que los fármacos no causan efectos adversos irreversibles; que no son adictivos; que las críticas tienen un fundamento ideológico; y que su uso, según los detractores, era el resultado de una conspiración mundial que incluía a psiquiatras, investigadores, autoridades y empresas farmacéuticas.

Cuando debatí con Eriksson en la radio sueca cinco meses antes, también había mentido, diciendo que los fármacos ayudan mucho y pueden prevenir el suicidio.¹⁰¹⁶

Lo que es típico de los debates con personas que intentan defender un sistema enfermo también ocurrió esta vez. Eriksson se saltó las normas, mintió y utilizó trucos sucios para

intentar convencer al público de que yo no era de fiar. Mencione que había firmado un acuerdo secreto con Lundbeck en contra de las normas de su universidad, lo que significaba que Lundbeck podía impedir la publicación de su investigación si no les gustaban los resultados.¹⁰¹⁷ Dije esto porque Eriksson "olvida" habitualmente declarar sus conflictos de interés, pero el presidente me detuvo de inmediato.

Posteriormente, el Defensor del Pueblo criticó a la universidad por encubrir el asunto.¹⁰¹⁸ Eriksson alegó que no podía facilitar su correspondencia con Lundbeck a un periodista porque había tenido lugar en un servidor de Lundbeck. De ser cierto, se trataba de un acuerdo muy poco habitual, y mintió sobre lo que había señalado una solicitud de libertad de información.

Después de la reunión, un psiquiatra me escribió que no se puede convencer a los religiosos de que no hay pruebas de la existencia de Dios, pero sí se puede hacer que pierdan la confianza en su sacerdote si se pueden mostrar pruebas de que ha utilizado donaciones de la iglesia para comprar cocaína en un bar gay. Señaló que "Eriksson es un simple lobista que ha hecho una fortuna jugando a juegos políticos en lugar de hacer una investigación honesta, y él mismo lo sabe. Por eso puede mentir sobre cosas que sabe muy bien que son falsas".

A Joakim le disgustaba que muchos de los psiquiatras no hubieran entendido mis explicaciones sobre que los fármacos para la depresión causan suicidio. Pero cuando presento las mismas diapositivas a un público lego, *siempre* las entienden. Los psiquiatras *no quieren* entender lo que es demasiado doloroso para ellos. Ya era demasiado tarde para intentar influir en estos jóvenes psiquiatras en formación.

Siete años antes, Bob Whitaker hablaba en una reunión en Malmö que habían organizado los psiquiatras infantiles, pero otros psiquiatras intervinieron y se hicieron con el control de la reunión. Le prohibieron presentar datos sobre los resultados a largo plazo del tratamiento farmacológico. Él aceptó, pero cuando llegó le dijeron que Eriksson sería su oponente. Eriksson se dedicó a denunciar a Bob de forma deshonesta. En palabras del propio Bob: "Todo fue un montaje repugnante que destaca por su total deshonestidad, de principio a fin".

Eriksson declaró que Bob era un "charlatán que tortura a los pacientes".

Tenía pensado asistir, pero Eriksson dijo que ¡no participaría si yo venía!

Es curioso cómo los apologistas de la psiquiatría insultan constantemente a sus oponentes y utilizan argumentos falsos. Ninguno de nosotros ha hablado nunca de conspiración, y los psiquiatras no necesitan conspirar. Todo lo que necesitan hacer es trabajar egoístamente en pos de su propio interés, lo que puede dar la apariencia de conspiración.

La psiquiatría necesita un nuevo paradigma

En 2023, expliqué en un artículo con 100 referencias de la página web Mad in America por qué necesitamos un nuevo paradigma para probar los psicofármacos.¹⁰¹⁹ El uso universal de ensayos controlados con placebo a corto plazo con cegamiento ineficaz, los resultados subjetivos evaluados con escalas de valoración con dudosa relevancia clínica, la exposición de los pacientes del grupo placebo a los efectos de la retirada del fármaco, y la comunicación de los resultados de forma selectiva han producido una literatura plagada de resultados engañosos que ha provocado un daño tremendo a los pacientes.

Mostré el borrador del artículo a Maryanne Demasi y Bob Whitaker, que lo encontraron excelente. Pero cuando lo envié a las revistas médicas, los comentarios fueron tan extraños que también publiqué otro artículo: *Cómo los revisores y editores protegieron un paradigma fallido para la investigación de psicofármacos*.¹⁰²⁰

Ninguno de los editores me permitió cuestionar su vaca sagrada: el paradigma imperante.

Muchos comentarios eran irrelevantes o falsos, por ejemplo, que los fármacos mejoran la cognición; que los trastornos psiquiátricos están causados por un desequilibrio químico; y que los pacientes de los ensayos de esquizofrenia no se exponen a un síndrome de retirada porque no han recibido neurolépticos antes. También me dijeron que yo "menoscababa la vasta evidencia científica de los efectos beneficiosos de los fármacos psicotrópicos". Pero ¡por eso precisamente era importante mi artículo!

Mi artículo no fue rechazado porque yo no supiera escribir buenos artículos. Soy el único danés que ha publicado más de 100 artículos en "los cinco grandes" (*BMJ*, *Lancet*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* y *New England Journal of Medicine*) y mis trabajos científicos han sido citados más de 150.000 veces.

Argumenté que, en el futuro, los ensayos de psicofármacos deberían incluir sólo pacientes sin tratamiento previo; utilizar psicoterapia u otras intervenciones psicosociales como comparador; no utilizar escalas de valoración, ya que no son significativas; utilizar resultados relevantes para el paciente, por ejemplo, volver a una vida productiva normal; centrarse en los daños del fármaco; tener un seguimiento de varios años; ser planificados y realizados por personas sin conflictos de intereses; y proporcionar un acceso fácil a los datos brutos anonimizados para que otros puedan comprobar la veracidad de lo que se afirma.

Los títulos de los dos famosos libros de Bob lo dicen todo sobre lo que está mal en la psiquiatría: *Mad in America: Mala ciencia, mala medicina y el persistente maltrato de los enfermos mentales*,¹⁰²¹ y *Anatomía de una epidemia: balas mágicas, psicofármacos, y el asombroso aumento de las enfermedades mentales en Estados Unidos*.¹⁰²² En la primera reseña del segundo libro de Bob, el crítico le acusó de hacer un gran daño con el libro, comparándolo con un dictador sudafricano que, por negar el SIDA, había causado la muerte de cientos de miles de personas.¹⁰²³ Tras la publicación de esa crítica, se cancelaron las entrevistas radiofónicas de Bob y ningún otro periódico importante reseñó el libro.

La epidemia de fármacos psiquiátricos es probablemente la epidemia más dañina que tenemos. Es incluso peor que nuestra epidemia de obesidad, que no cambia nuestros cerebros y no hace que algunas personas se vuelvan tan locas que se suiciden o maten a otros.

Los psiquiatras han degenerado hasta convertirse en traficantes para las grandes farmacéuticas, cuyo modelo de negocio es el crimen organizado. Persuaden a la gente para que tomen medicamentos que les harán daño, igual que hacen los camellos con los estupefacientes.

Se acabó el tiempo de la diplomacia, con suaves sugerencias de reformas muy necesarias en psiquiatría. Esto se ha intentado muchas veces y no ha llevado a ninguna parte. De hecho, la psiquiatría ha empeorado y está dañando y matando a más gente que nunca, porque el consumo de fármacos no deja de aumentar.

Las revoluciones no vienen de la gente que está en lo alto de la pirámide del poder y que se beneficia del dañino *statu quo*. La única esperanza que tenemos es que los pacientes, sus familiares y el público protesten para que consigamos el apoyo necesario de nuestros políticos para iniciar una revolución imparable.

Para las víctimas de abusos es muy importante recibir una disculpa. Para empezar, los líderes de la psiquiatría deberían disculparse por el inmenso daño que han infligido a los pacientes mintiéndoles sistemáticamente. Si no están dispuestos a hacerlo, los gobiernos deberían exigir que las asociaciones de psiquiatría se disculparan incondicionalmente ante el público como condición para seguir apoyando esta especialidad.

Los problemas de salud mental no son problemas médicos. No deberían ser tratados por psiquiatras, ya que éstos tienen una formación médica, sino por las profesiones asistenciales

y los mentores para la recuperación que han vivido la experiencia de sobrevivir a la psiquiatría y de deshacerse de los psicofármacos. Hace tiempo que la psiquiatría como especialidad médica debería haberse disuelto. En la asistencia sanitaria basada en la evidencia, no utilizamos intervenciones que hacen más mal que bien, como hace la psiquiatría.

Los psiquiatras deben ser reeducados para que puedan ofrecer psicoterapia y otras intervenciones psicosociales. Aquellos que no estén dispuestos a hacerlo deberían dimitir, jubilarse anticipadamente o ser despedidos. La psiquiatría es un crimen contra la humanidad y debería haber penas, incluidas las penas de cárcel en casos graves, por propagar información falsa o por drogar a pacientes contra su voluntad si ello provoca la muerte o un deterioro funcional permanente.

Los sistemas diagnósticos, DSM-5 y CIE-11, deberían desecharse por arbitrarios, acientíficos y perjudiciales. Tenemos que empezar de nuevo y hacerlo sencillo, centrándonos en los problemas de los pacientes en lugar de ponerles una o varias etiquetas que se les pegarán para siempre. Los diagnósticos formales no son inútiles, pero deben ser sencillos y no del tipo actual: Encuentre x defectos de y, o utilice algunas puntuaciones arbitrarias.

El NIMH ha abandonado el uso del DSM como herramienta de investigación, y en 2013, su presidente,

Thomas Insel, explicó por qué:¹⁰²⁴

"A diferencia de nuestras definiciones de cardiopatía isquémica, linfoma o sida, los diagnósticos del DSM se basan en un consenso sobre grupos de síntomas clínicos, no en ninguna medida objetiva de laboratorio. En el resto de la medicina, esto equivaldría a crear sistemas de diagnóstico basados en la naturaleza del dolor torácico o la calidad de la fiebre."

En el futuro, el objetivo principal debería ser ayudar a los cientos de millones de pacientes que se han vuelto dependientes de los psicofármacos a retirarlos de forma lenta y segura, en lugar de decirles que tienen que tomarlos y seguir tomándolos.

Necesitaremos líneas de ayuda nacionales que funcionen las 24 horas del día, páginas web asociadas, y centros de desintoxicación que ofrezcan asesoramiento y apoyo gratuitos.

El profesor emérito estadounidense de psiquiatría y presidente del comité del DSM-III, Allen Frances, ha declarado que los médicos de familia no deberían prescribir psicofármacos porque carecen de experiencia en su uso.¹⁰²⁵ Estoy de acuerdo. Ni siquiera los psiquiatras pueden manejarlos con prudencia. El presidente de la Asociación Danesa de Médicos de Familia dijo en 2014 sobre la depresión que no tenían "océanos de tiempo" y no podían dedicar una hora entera a un paciente, ya que también tenían que pensar en su economía.¹⁰²⁶ Por lo tanto, reparten fármacos para la depresión generosamente. Esto debe acabar.

La mayoría de los psicofármacos deberían retirarse del mercado, ya que su disponibilidad es claramente más perjudicial que beneficiosa. Los psicofármacos sólo deberían permitirse para un uso poco frecuente en circunstancias estrictamente controladas, por ejemplo, en situaciones agudas; mientras los pacientes los están dejando; cuando es imposible dejarlos porque han causado daños cerebrales permanentes; en el delirio alcohólico; y como sedantes durante procedimientos invasivos.

El tratamiento forzoso debe ser ilegal, ya que puede ser letal y es discriminatorio y poco ético, y deben eliminarse todas las normas sobre la exigencia de un diagnóstico psiquiátrico para obtener prestaciones sociales, o ayudas económicas adicionales a los colegios.

Será una dura batalla. La psiquiatría se centra en sí misma -una especie de falso selfie que envía al mundo todo el tiempo- es acerca de lo que hará que la vida como psiquiatra sea soportable. Debería ser acerca de lo que hará más llevadera la vida de los pacientes.

Mientras dure la batalla, tendremos que decir constantemente al público que rara vez es

buena idea acudir a un médico de familia o a un psiquiatra si se tiene un problema de salud mental, ya que existe un enorme riesgo de que resulten afectados.

Reirse el último de la psiquiatría

Es fácil convencer a personas sanas de que tomen fármacos que no necesitan para una enfermedad que no padecen. La artista australiana Justine Cooper ha inventado un bulo divertidísimo.¹⁰²⁷ Parece un anuncio televisivo y anuncia Havidol ("tenerlo todo"), con el nombre químico de avafinetime HCl. Havidol es bueno para quienes padecen trastorno de ansiedad por déficit de consumo de atención social disfórico (TADCASD). ¿Se siente vacío después de un día entero de compras? ¿Disfruta más de las cosas nuevas que las viejas? ¿La vida le parece mejor cuando tiene más que los demás? Entonces es posible que padezca este trastorno, que sufren más del 50% de los adultos.

Havidol debe tomarse indefinidamente. Los efectos adversos incluyen pensamiento extraordinario, brillo dérmico, clímax sexual marcadamente retardado, comunicación interespecie y sonrisa terminal. "Hable con su médico sobre el Havidol".

Algunas personas creyeron que era real y lo añadieron a páginas web para el trastorno de pánico y ansiedad, o para la depresión.

Un vídeo aún más desternillante presentaba al periodista australiano Ray Moynihan como víctima.¹⁰²⁸ Trata de una epidemia: el trastorno por déficit de motivación. En su forma leve, la gente no puede irse de la playa o levantarse de la cama por la mañana, y en su forma más grave puede ser letal, ya que quien lo padece puede perder la motivación para respirar.

Moynihan dice: "Toda mi vida la gente me ha llamado vago. Pero ahora sé que estaba enfermo". El fármaco es Indolebant, y su impulsor, el neurocientífico Leth Argos, cuenta cómo la mujer de un paciente le telefoneó y se echó a llorar. Le dijo que después de usar Indolebant, su marido había cortado el césped, reparado el canalón y pagado la factura de la luz, todo en una semana. Aunque Moynihan describió el nuevo trastorno en el número del 1 de abril de 2006 del *BMJ*,¹⁰²⁹ algunas personas creyeron que se trataba de una enfermedad real y preguntaron dónde podían comprar Indolebant.

Estas sátiras se acercan a los anuncios de la televisión estadounidense sobre psicofármacos. Las mostré como introducción a mi charla sobre sobrediagnóstico y sobretratamiento cuando di una conferencia para más de 100 psiquiatras en 2016. Se rieron a carcajadas, pero no cuando añadí que lo que acababan de ver no distaba mucho de su práctica diaria. Pero tuvimos un buen debate después.

Documentales y entrevistas filmadas

A veces, la palabra escrita puede lograr cambios muy necesarios. Pero la mayoría de las veces, no. Los documentales y las entrevistas filmadas pueden ser mucho más potentes y llegar a mucha más gente, por eso empecé a colaborar estrechamente con uno de los mejores documentalistas de Dinamarca, el historiador Janus Bang, de Fredericia, en 2023.

En septiembre de 2023 lanzamos un ciclo de cine basado en la evidencia, *Ciencia Médica Rota*, que rápidamente cobró impulso.

Nuestro principal objetivo es la psiquiatría porque es la segunda en dañar a las personas.

Hicimos un viaje de 12 días a EE.UU. en noviembre de 2023 y a Londres en abril de 2024, y muchas de las personas que entrevisté tienen un profundo conocimiento de la psiquiatría: Huey Freeman, Kim Witczak, Michael Baum, Jim Gottstein, Nancy Rubenstein, Wendy Dolin,

John Read, Katinka Blackford Newman, Sami Timimi y Joanna Moncrieff. Los viajes dieron como resultado más de 20 horas de película original con calidad cinematográfica.

Anteriormente, subimos entrevistas con Joanna Moncrieff y Mark Horowitz.

Es fácil suscribirse a nuestro boletín,¹⁰³⁰ y esperamos que la gente nos ayude a nosotros y a los pacientes y sus familiares difundiendo ampliamente nuestros mensajes. La ayuda económica también sería muy bienvenida.¹⁰³¹ Trabajamos *con amore* y utilizamos nuestro propio dinero para nuestras actividades, además del dinero que la gente nos dona. Nuestro primer documental será *El profesor honesto y la caída del imperio Cochrane*.

Sobre el autor

Me licencié en biología y química en 1974 y en medicina en 1984. Soy especialista en medicina interna, trabajé en ensayos clínicos y asuntos regulatorios en la industria farmacéutica de 1975 a 1983, y en hospitales de Copenhague de 1984 a 1995.

Fui cofundador de la Colaboración Cochrane y establecí el Centro Cochrane Nórdico en 1993, me convertí en profesor de Diseño y Análisis de Investigación Clínica en 2010 en la Universidad de Copenhague, cofundé el Consejo para la Psiquiatría Basada en la Evidencia en el Reino Unido en 2014 y el Instituto Internacional para la Retirada de Psicofármacos en Suecia en 2016, y fundé el Instituto para la Libertad Científica en 2019.

Estoy oficialmente jubilado, pero continúo con mi labor científica y también trabajo como consultor independiente, por ejemplo en pleitos, y como cineasta.

Mi mayor contribución a la salud pública fue cuando abrí los archivos de la Agencia Europea del Medicamento en 2010 y conseguí acceder a los informes de los ensayos clínicos con medicamentos tras una larga batalla de tres años que incluyó una queja al Defensor del Pueblo Europeo. La agencia solo se preocupaba de proteger los intereses de la industria farmacéutica, ignorando los de los pacientes.

He publicado más de 100 artículos en "las cinco grandes" (*BMJ*, *Lancet*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* y *New England Journal of Medicine*) y mis trabajos científicos han sido citados más de 150.000 veces. Mi índice H es de 91 (Web of Science, junio de 2023), lo que significa que 91 de mis trabajos han sido citados al menos 91 veces. Soy autor de varios libros, entre ellos:

Critical psychiatry textbook (2022). De acceso libre.

The Chinese virus: Killed millions and scientific freedom (2022). De acceso libre.

Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs: a user's guide (2022, en 7 idiomas).

The decline and fall of the Cochrane empire (2022). De acceso libre.

Vaccines: truth, lies and controversy (2021, en 7 idiomas).

Survival in an overmedicated world: Find the evidence yourself (2019, en 7 idiomas).

Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse (2019).

Deadly psychiatry and organised denial (2015, en 9 idiomas).

Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care (2013, en 18 idiomas). Ganador del Premio Anual de Libros de la Asociación Médica Británica, Bases de la Medicina, en 2014.

Mammography screening: truth, lies and controversy (2012). Ganador del Premio Prescrire en 2012.

Rational diagnosis and treatment: evidence-based clinical decision-making (2007).

He concedido numerosas entrevistas, una de las cuales (sobre el crimen organizado en la industria farmacéutica) ha sido vista por medio millón de personas en YouTube.¹⁰³² Estuve en The Daily Show en Nueva York el 16 de septiembre de 2014, donde interpreté el papel de Garganta Profunda revelando secretos sobre la gran industria farmacéutica.¹⁰³³

En 2017 apareció una película documental sobre mi trabajo de reforma de la psiquiatría, *Diagnosticando la Psiquiatría*,¹⁰³⁴ y otra, *El profesor honesto y la caída del imperio Cochrane*, sobre mi vida y el colapso moral de la Colaboración Cochrane, está en preparación; se pueden hacer donaciones para la película a través del enlace.¹⁰³⁵

Me interesan la estadística y la metodología de la investigación, y he sido coautor de guías para la buena presentación de informes: [CONSORT](#) para los ensayos aleatorios, [STROBE](#) para los estudios observacionales, [PRISMA](#) para las revisiones sistemáticas y metanálisis, y [SPIRIT](#) para protocolos de ensayos. Fui editor del Grupo Cochrane de Revisión Metodológica (1997-2014).

Soy Protector de la Red 'Escuchando Voces' en Dinamarca.

Peter C Gøtzsche, Profesor emérito y Director

Páginas web: [scientificfreedom.dk](#) y [deadlymedicines.dk](#)

Twitter: [@PGtzsche1](#)

Correo electrónico: pcg@scientificfreedom.dk

Películas y podcasts: [Broken Medical Science](#)

Bibliografía

- ¹ [Shifting the balance towards social interventions: a call for an overhaul of the mental health system](#). BeyondPills All-Party Parliamentary Group 2024;May.
- ² [Shifting the balance towards social interventions: a call for an overhaul of the mental health system](#). BeyondPills All-Party Parliamentary Group 2024;May.
- ³ Hestekstad, Stig, et al. (2019). Medikamentfri psykiatrisk behandling – hva mener pasientene? Tidsskr NorLegeforen 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0912.
- ⁴ [United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: General comment No. 1](#). 2014;May 19.⁵ Council of Europe. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2013.
- ⁶ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London: Radcliffe Publishing; 2013; Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015; Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022; Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022 (freely available).
- ⁷ [Crimes against humanity](#). Trial International.
- ⁸ Gøtzsche PC. [Prescription drugs are the leading cause of death. And psychiatric drugs are the third leading cause of death](#). Mad in America 2024;April 16.
- ⁹ Hubbard R, Farrington P, Smith C, et al. Exposure to tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. Am J Epidemiol 2003;158:77-84 and Thapa PB, Gideon P, Cost TW, et al. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. N Engl J Med 1998;339:875-82; Khanassov V, Hu J, Reeves D, van Marwijk H. Selective serotonin reuptake inhibitor and selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor use and risk of fractures in adults: A systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry 2018;33:1688-1708.
- ¹⁰ Healy D. Medical partisans? Why doctors need conflicting interests. Aust N Z J Psychiatry 2012;46:704–7.
- ¹¹ Association of Certified Fraud Examiners. [Fraud 101: What Is Fraud?](#) (accessed 3 Jan 2024).
- ¹² Breggin P. [The most dangerous thing you will ever do](#). Mad in America 2020;March 2.
- ¹³ Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- ¹⁴ Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. Addiction 2012;107:900–8.
- ¹⁵ Korsgaard P, Jensen JH. [Drug maker: nonsense! Denies dependence on happy pills: It isn't possible]. Ekstra Bladet 2012;Dec 11.
- ¹⁶ Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. Int J Risk Saf Med 2020;31:53-65.
- ¹⁷ Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. BMJ 1996;313:858-9.
- ¹⁸ Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.
- ¹⁹ Nielsen M, Gøtzsche P. An analysis of psychotropic drug sales. Increasing sales of selective serotonin reuptake inhibitors are closely related to number of products. Int J Risk Saf Med 2011;23:125–32.
- ²⁰ Gøtzsche PC, Dinnage O. What have antidepressants been tested for? A systematic review. Int J Risk Saf Med 2020;31:157-63.
- ²¹ Petersen M. Our daily meds. New York: Sarah Crichton Books; 2008 and Larson JC, Ensrud KE, Reed SD, et al. Efficacy of escitalopram for hot flashes in healthy menopausal women: a randomized controlled trial. JAMA 2011;305:267–74.
- ²² Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- ²³ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ²⁴ Moore J. [Robert Whitaker answers reader questions on Mad in America, the biopsychosocial model, and psychiatric history](#). Mad in America 2023;Dec 13.
- ²⁵ Healy D. Let them eat Prozac. New York: New York University Press; 2004; Moncrieff J. The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007; Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008; Moncrieff J. The bitterest pills. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013; Newman KB. The

pill that steals lives. London: John Blake; 2016; Gottstein J. The Zyprexa papers. Anchorage: Jim Gottstein; 2020; Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021.

²⁶ Angell M. "The illusions of psychiatry": an exchange. New York Rev Books 2011;Aug 18.

²⁷ Angell M. Is academic medicine for sale? N Engl J Med. 2000; 342: 1516–8 and Angell M. The Truth about the Drug Companies: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House; 2004.

²⁸ More fraud from drug giant GlaxoSmithKline companies – court documents show. Child Health Safety 2010;Dec 1.

²⁹ Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. N Engl J Med 2000;342:1462-70.

³⁰ Angell M. Is academic medicine for sale? N Engl J Med 2000; 342:1516-8.

³¹ [Transforming mad science and reimagining mental health care](#). Lectures. Los Angeles 2014;Nov 15.

³² Gøtzsche PC. [Origin of COVID-19: The biggest cover up in medical history](#). Brownstone Institute 2023; Oct 9 and Gøtzsche PC. [The Chinese virus: Killed millions and scientific freedom](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. Freely available.

³³ McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.

³⁴ Kingdon D, Young A. Research into putative biological mechanisms of mental disorders has been of no value to clinical psychiatry. Br J Psychiatry 2007;191:285–90.

³⁵ Kleinman A. Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. Br J Psychiatry 2012;201:421–2.

³⁶ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 227.

³⁷ Breggin P. Medication madness. New York: St. Martin's Griffin; 2008.

³⁸ Kirk SA, Gomory T, Cohen D. Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs. New Brunswick: Transaction Publishers; 2013.

³⁹ Whitaker R. Anatomy of an Epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 8.

⁴⁰ Mors O, Nordentoft M, Hageman I (red.). Klinisk psykiatri. København: Munksgaard; 2016; Simonsen E, Møhl B (red.). Grundbog i psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2017; Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2018; Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N (red.). Børne- og ungdomspsykiatri. København: FADL's Forlag; 2019; Starrfelt R, Gerlach C, Gade A (red.). Klinisk neuropsykologi. København: Frydenlund; 2021.

⁴¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022 (freely available)

⁴² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Mad in America 2023.

⁴³ Federn T. Book review: Critical psychiatry textbook. Psychosis 2022;15:117-9.

⁴⁴ Simonsen E, Møhl B (red.). Grundbog i psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2017, page 645. ⁴⁵ Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2018, pages 232 and 307.

⁴⁶ Caplan PJ. They say you're crazy: how the world's most powerful psychiatrists decide who's normal. Jackson: Da Capo Press; 1995.

⁴⁷ Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N Engl J Med 2005;352:2515–23.

⁴⁸ Spence D. The psychiatric oligarchs who medicalise normality. BMJ 2012;344:e3135.

⁴⁹ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.

⁵⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022 (freely available).

⁵¹ Read J, Moncrieff J. Depression: why drugs and electricity are not the answer. Psychological Medicine 2022;Febr 1:1–10.

⁵² Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021, page 14.

⁵³ Kajanoja J, Valtonen J. A descriptive diagnosis or a causal explanation? Accuracy of depictions of depression on authoritative health organization websites. Psychopathology 2024;Jun 12:1-10.

⁵⁴ Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. BMJ 2013;347:f7140.

- ⁵⁵ [Optimal health in a happy society: towards a new biomedical and social model](#). Global-Well 2022;May 5.⁵⁶ Read J, Moncrieff J. Depression: why drugs and electricity are not the answer. *Psychological Medicine* 2022;Febr 1:1–10.
- ⁵⁷ [Mental health, human rights and legislation: guidance and practice](#). WHO 2023;Oct 9, page xvii.
- ⁵⁸ Gøtzsche PC. Rational diagnosis and treatment. evidence-based clinical decision-making, 4th edition. Chichester: Wiley; 2007.
- ⁵⁹ Henkel V, Mergl R, Kohnen R, et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326:200-1 and Lundh A. Er der evidens for screening for depression? *Ugeskr Læger* 2008;170:1479.
- ⁶⁰ Schmidt AL. "Jeg har fået patienter indlagt, som stoppede med medicin og forsøgte selvmord på grund af dendeбат, der kørte." *Politiken* 2015;Sept 5.
- ⁶¹ Gøtzsche PC. Skemaer for depression. *Politiken* 2015;Sept 8:6.
- ⁶² Felsby O. [En million danskere skal screenes for depression](#). *Dagens Medicin* 2008;March 7.
- ⁶³ Frances A. Saving normal. New York: Harper Collins; 2013.
- ⁶⁴ Gilbody S, House A, Sheldon T. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD002792.
- ⁶⁵ Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- ⁶⁶ Gøtzsche PC. [SSRI kan føre til selvmord](#). *Dagens Medicin* 2013;May 3.
- ⁶⁷ Kirk SA, Kutchins H. The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine de Gruyter; 1992.
- ⁶⁸ Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
- ⁶⁹ Gøtzsche PC. Rational Diagnosis and Treatment. Evidence-Based Clinical Decision-Making, 4th edition. Chichester: Wiley; 2007, page 23.
- ⁷⁰ Greenberg G. [The rats of NIMH](#). *The New Yorker* 2013;May 16; Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79; [Allen Frances tweet](#). 2019;July 29.
- ⁷¹ Belluck P, Carey B. [Psychiatry's guide is out of touch with science, experts say](#). *New York Times* 2013;May 6.⁷² Pedersen AT. [En psykiatrisk diagnose hænger ved resten af livet](#). *PsykiatriAvisen* 2019;Jan 18 and Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Mellempgaard; 2019.
- ⁷³ McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- ⁷⁴ Gøtzsche PC. [Self-test for Adult Symptom Deficiency Disorder \(ASDD\)](#). *Mad in America* 2023;April 26.
- ⁷⁵ Whitaker R. [Putting JAMA Psychiatry and MIA to the genetic test](#). *Mad in America* 2024;Mar 13.
- ⁷⁶ Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry* 2023;28:3243-56.
- ⁷⁷ Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. Difficult lives explain depression better than broken brains. *Mol Psychiatry* 2024;Feb 19.
- ⁷⁸ Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022.
- ⁷⁹ Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine* 2005;35:1205-13.
- ⁸⁰ France CM, Lysaker PH, Robinson RP. The "chemical imbalance" explanation for depression: origins, lay endorsement, and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007;38:411-20.⁸¹ Whitaker R. [Ronald Pies doubles down \(and why we should care\)](#). *Mad in America* 2015;Sept 21.
- ⁸² Sterll B. Den psykiatriske epidemi. *Psykolognyt* 2013;20:8-11.
- ⁸³ Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38:661-71 and Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2008;34:193-9.
- ⁸⁴ Gøtzsche PC. Psychopharmacology is not evidence-based medicine. In: James D (ed.). The sedated society. The causes and harms of our psychiatric drug epidemic. London: Palgrave Macmillan; 2017.
- ⁸⁵ Ditzel EE. [Psykiatri-professor om DR-historier: "Skræmmekampagne der kan koste liv."](#) *Journalisten* 2013;Apr 11.
- ⁸⁶ Rasmussen LI. "Gøtzsche driver pointerne helt ud i det absurde." *Ugeskr Læger* 2014;176:120-1.

- ⁸⁷ Rasmussen LI. Industriens markedsføring er meget, meget effektiv. Den har fået lægerne til at tro på, at eksempelvis antidepressiva er effektive lægemidler. Det er de overhovedet ikke. Politiken 2015;Aug 30:PS 8-9 and Rasmussen LI. Dansk psykiatri s onde ånd er tilbage. Politiken 2015;Aug 30:4.
- ⁸⁸ Gøtzsche PC. Tre psykiatriprofessorer på afveje. Politiken 2015;Sept 4 and [Deadly Medicines](#) 2015;Sept 5.
- ⁸⁹ Gøtzsche PC. [Fup og fakta om psykofarmaka](#). Deadly Medicines 2015;Feb 16.
- ⁹⁰ Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. Politikens kronik 2014;Jan 6 and Gøtzsche PC. [Psychiatry gone astray](#). Mad in America 2014;Jan 28.
- ⁹¹ Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. Psychological Medicine 2005;35:1205-13.
- ⁹² Rasmussen LI. Industriens markedsføring er meget, meget effektiv. Den har fået lægerne til at tro på, at eksempelvis antidepressiva er effektive lægemidler. Det er de overhovedet ikke. Politiken 2015;Aug 30:PS 8-9.⁹³ Schultz J. [Peter Gøtzsche melder psykiater til Lægeetisk Nævn](#). Dagens Medicin 2015;Oct 2 (Søndergård published an electronic comment to this article).
- ⁹⁴ Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action. Am J Psychiatry 1996;153:151-62.
- ⁹⁵ [Depression er en folkesygdom - især for kvinder](#). Psykiatrifonden 2017;Jan 31.
- ⁹⁶ Videbech P. [SSRI, antidepressivum](#). Patienthåndbogen 2015;July 23 and Kessing LV. [Depression, hvordan virker medicin](#). Patienthåndbogen 2015;July 5.
- ⁹⁷ Alvorlige fejl til skade og fare for patienterne ... Deadly Medicines 2017;[Feb 3](#), [Feb 27](#), [May 12](#) and [June 13](#).⁹⁸ Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
- ⁹⁹ Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. Int J Risk Saf Med 2020;31:53-65.
- ¹⁰⁰ [Psykiatrien i Region Midtjylland](#). [Updated December 2021](#), [February 2018](#), [March 2022](#), [January 2022](#), [March 2022](#).
- ¹⁰¹ Ditlevsen JV, Gøtzsche PC, Lassen M, et al. [Det psykiatriske system er bygget på misinformation, som myndighederne formidler](#). Information 2022;Nov 17.
- ¹⁰² Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 331.
- ¹⁰³ Schopenhauer A. The art of always being right. London: Gibson Square; 2009.
- ¹⁰⁴ Ang B, Horowitz M, Moncrieff J. Is the chemical imbalance an 'urban legend'? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature. SSM Mental Health 2022;2:100098.
- ¹⁰⁵ Brody DJ, Gu Q. [Antidepressant use among adults: United States, 2015-2018](#). CDC 2020;Sept.
- ¹⁰⁶ Whitaker R, Cosgrove L. Psychiatry under the influence: institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform. New York: Palgrave Macmillan; 2015.
- ¹⁰⁷ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 290.¹⁰⁸ Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). FDA 2006;Nov 16.
- ¹⁰⁹ Gøtzsche PC. [Prescription drugs are the leading cause of death. And psychiatric drugs are the third leading cause of death](#). Mad in America 2024;April 16.
- ¹¹⁰ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 287.
- ¹¹¹ Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. BMJ 1996;313:858-9 and Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022, page 1.
- ¹¹² Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. J Clin Psychiatry 2001;62 (suppl 3):10-21.
- ¹¹³ Gøtzsche PC. Vores lykkepille-epidemi er dybt skadelig. Berlingskes kronik 2012;Dec 16.
- ¹¹⁴ Healy D, Le Noury J, Mangin D. Enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, 5 α - reductase inhibitors and isotretinoin: 300 cases. Int J Risk Saf Med 2018;29:125-34; Healy D, Le Noury J, Mangin D. Post-SSRI sexual dysfunction: Patient experiences of engagement with healthcare professionals. Int J Risk Saf Med 2019;30:167-78; Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022, page 170.
- ¹¹⁵ Maciag D, Simpson KL, Coppinger D, et al. Neonatal antidepressant exposure has lasting effects on behavior and serotonin circuitry. Neuropsychopharmacology 2006;31:47-57.

- ¹¹⁶ Simonsen AL, Danborg PB, Gøtzsche PC. Persistent sexual dysfunction after early exposure to SSRIs: Systematic review of animal studies. *Int J Risk Saf Med* 2016;28:1-12.
- ¹¹⁷ Danborg PB, Valdersdorf M, Gøtzsche PC. Long-term harms from previous use of selective serotonin reuptake inhibitors: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:59-71.
- ¹¹⁸ Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? *PLoS Med* 2006;3:e240. ¹¹⁹ Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016;388:881-90 and Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:58. (In the clinical study reports of depression pills I obtained from the European Medicines Agency, the median standard deviation on the Hamilton scale after treatment was 7.5. Thus, an effect size of 0.25 corresponds to 2 on the Hamilton scale).
- ¹²⁰ Leucht S, Fennema H, Engel R, et al. What does the HAMD mean? *J Affect Disord* 2013;148:243-8.
- ¹²¹ Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:58.
- ¹²² Gøtzsche PC. Depressionspiller gør større skade end gavn. *Berlingske, Dagens Brev* 2017;June 25.
- ¹²³ Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Arbejder Lægemiddelstyrelsen for patienterne? *Politikens Kronik* 2018;Feb 5.
- ¹²⁴ Spørgsmål nr. 105. fra Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg. 2017;Sept 26.
- ¹²⁵ Gøtzsche PC. [DSAM-formand på afveje om antidepressiva](#). *Dagens Medicin* 2017;Mar 8.
- ¹²⁶ Gøtzsche PC. Antidepressiva skader mere end de gavner. *Dagens Medicin* 2017;Mar 15.
- ¹²⁷ Gøtzsche P. [The meeting was sponsored by merchants of death](#). *Mad in America* 2014;July 7.
- ¹²⁸ Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003012.
- ¹²⁹ Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:58.
- ¹³⁰ Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- ¹³¹ Davies J, Read J, Kruger D, et al. Politicians, experts, and patient representatives call for the UK government to reverse the rate of antidepressant prescribing *BMJ* 2023;383:p2730 and Gøtzsche PC. [Antidepressants do not work for very severe depression either](#). *BMJ* 2023;Dec 5.
- ¹³² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 73. ¹³³ Gibbons RD, Hur K, Brown CH, et al. Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:572-9.
- ¹³⁴ Karle J, Bauer J. Vildledning om medicin mod depression. *Politiken* 2011;April 1 and Søgaard HJ. Forvanskning af antidepressiva. *Ugeskr Læger* 2011;173:1225.
- ¹³⁵ Gøtzsche PC. [Vigtig debat om gavnlige og skadelige virkninger](#). *Dagens Medicin* 2011;May 6.
- ¹³⁶ Staahltoft D. [Misinformation?](#) *Ugeskr Læger* 2011;173:1453.
- ¹³⁷ Kornø K, Svensson TG. Lykkepilleskandalen: Jeg får penge fra alle firmaer i kongeriget. *Ekstra Bladet* 2011;May 28 and Eksperter i antidepressiver arbejder for medicinalfirmaer. *Politiken* 2011;May 28.
- ¹³⁸ Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Engl J Med* 2001;344:1594-602 and Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD003974.
- ¹³⁹ Bauer J, Karle J. Vildledning om medicin mod depression. *Politiken* 2011;Apr 1.
- ¹⁴⁰ Gøtzsche PC. [Psykiaterne har ukritisk accepteret ssri-præparaterne](#). *Dagens Medicin* 2011;April 7.
- ¹⁴¹ Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine* 2005;35:1205-13.
- ¹⁴² Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 161.
- ¹⁴³ Bockting CL, ten Doesschate MC, Spijker J, et al. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77:17-26.
- ¹⁴⁴ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 70.
- ¹⁴⁵ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 18.

-
- ¹⁴⁶ Nour MM, Liu Y, Dolan RJ. Functional neuroimaging in psychiatry and the case for failing better. *Neuron* 2022;110:2524-44.
- ¹⁴⁷ <http://ugeskriftet.dk/nyhed/der-er-ild-i-sengen-og-saa-taler-vi-om-psykofarmaka-1> (see Videbech's electronic comments).
- ¹⁴⁸ Videbech P. Debatten om antidepressiv medicin - Virker det, og bliver man afhængig? *BestPracticePsykiatri/Neurologi* 2014;May:nr. 25.
- ¹⁴⁹ Gøtzsche PC. [Benzodiazepines and risk of Alzheimer's disease](#). *BMJ* 2014;Oct 6.
- ¹⁵⁰ Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:530-8.
- ¹⁵¹ Moraros J, Nwankwo C, Patten SB, Mousseau DD. The association of antidepressant drug usage with cognitive impairment or dementia, including Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2017;34:217-26 and Coupland CAC, Hill T, Dening T, et al. Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study. *JAMA Intern Med* 2019;Jun 24.
- ¹⁵² Gøtzsche PC. Brug psykofarmaka mindre og bedre. *Weekendavisen* 2014;Jan 31.
- ¹⁵³ Sharma T, Guski LS, Freund N, Meng DM, Gøtzsche PC. Drop-out rates in placebo-controlled trials of antidepressant drugs: A systematic review and meta-analysis based on clinical study reports. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:217-32.
- ¹⁵⁴ Paludan-Müller AS, Sharma T, Rasmussen K, Gøtzsche PC. Extensive selective reporting of quality of life in clinical study reports and publications of placebo-controlled trials of antidepressants. *Int J Risk Saf Med* 2021;32:87-99.
- ¹⁵⁵ Spørgsmål nr. 1063 fra Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg. 2017;Sept 26.
- ¹⁵⁶ [FDA package insert for Lexapro \(escitalopram\)](#).
- ¹⁵⁷ Benkert O, Szegedi A, Wetzel H, et al. Dose escalation vs. continued doses of paroxetine and maprotiline: a prospective study in depressed out-patients with inadequate treatment response. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:288-96; Kirsch I, Moore TJ, Scoboria, A, et al. [The emperor's new drugs](#): An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment* 2002;5:Article 23; Bech P, Kajdasz DK, Porsdal V. Dose-response relationship of duloxetine in placebo-controlled clinical trials in patients with major depressive disorder. *Psychopharmacology* 2006;188:273-80; Santaguida P, MacQueen G, Keshavarz H, et al. Treatment for depression after unsatisfactory response to SSRIs. *Comparative Effectiveness Review No. 62*. (Prepared by McMaster University Evidence-based Practice Center under Contract No. HHS 290 2007 10060 I.) AHRQ Publication No.12-EHC050-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2012; April; Hieronymus F, Nilsson S, Eriksson E. A mega-analysis of fixed-dose trials reveals dose-dependency and a rapid onset of action for the antidepressant effect of three selective serotonin reuptake inhibitors. *Transl Psychiatry* 2016;6:e834; Rink L, Braun C, Bschor T, et al. Dose increase versus unchanged continuation of antidepressants after initial antidepressant treatment failure in patients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind trials. *J Clin Psychiatry* 2018;79:17r11693; [FDA package insert for Lexapro \(escitalopram\)](#). Accessed 18 April 2022; [FDA package insert for Celexa \(citalopram\)](#). Accessed 18 April 2022; Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408.
- ¹⁵⁸ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pages 74-77; Miller M, Swanson SA, Azrael D, et al. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med* 2014;174:899-909; Healy D, Herxheimer A, Menkes DB. Antidepressants and violence: problems at the interface of medicine and law. *PLoS Med* 2006;3:e372; Hubbard R, Farrington P, Smith C, et al. Exposure to tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. *Am J Epidemiol* 2003;158:77-84; Thapa PB, Gideon P, Cost TW, et al. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med* 1998;339:875-82; Khanassov V, Hu J, Reeves D, van Marwijk H. Selective serotonin reuptake inhibitor and selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor use and risk of fractures in adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018;33:1688-1708.
- ¹⁵⁹ Meyer JH, Wilson AA, Sagrati S, et al. Serotonin transporter occupancy of five selective serotonin reuptake inhibitors at different doses: an [11C]DASB positron emission tomography study. *Am J Psychiatry* 2004;161:826-35.
- ¹⁶⁰ [UK fluoxetine Summary of Product Characteristics](#). Accessed 20 April 2022.
- ¹⁶¹ Jauhar S, Morrison P. Esketamine for treatment resistant depression. We should cautiously welcome this new therapeutic option. *BMJ* 2019;366:l5572.
- ¹⁶² Gøtzsche PC, Hengartner MP, Davies J, et al. [Esketamine for treatment resistant depression](#). *BMJ* 2019;Oct 3.

- ¹⁶³ Lovelace B. [FDA panel rejects first MDMA treatment amid deep concerns about flawed trials](#). NBC News 2024; June 4.
- ¹⁶⁴ Fuentes JJ, Fonseca F, Elices M, et al. Therapeutic use of LSD in psychiatry: a systematic review of randomized-controlled clinical trials. *Front Psychiatry* 2020;10:943.
- ¹⁶⁵ Gøtzsche PC. [Number needed to treat with a psychiatric drug to benefit one patient is an illusion](#). *Mad in America* 2022; Dec 13.
- ¹⁶⁶ Sharma T, Guski LS, Freund N, Meng DM, Gøtzsche PC. Drop-out rates in placebo-controlled trials of antidepressant drugs: A systematic review and meta-analysis based on clinical study reports. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:217-32.
- ¹⁶⁷ Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (suppl 3):10-21.
- ¹⁶⁸ Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000;62:633-8.
- ¹⁶⁹ Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2024;384:e075847.
- ¹⁷⁰ Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018;391:1357-66.
- ¹⁷¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 118. ¹⁷² Timimi S, Moncrieff J, Gøtzsche P, et al. Network meta-analysis of antidepressants. *Lancet* 2018;392:1011-2. ¹⁷³ Gøtzsche PC. [Rewarding the companies that cheated the most in antidepressant trials](#). *Mad in America* 2018; March 7.
- ¹⁷⁴ Koesters M, Guaiana G, Cipriani A, et al. Agomelatine efficacy and acceptability revisited: systematic review and meta-analysis of published and unpublished randomised trials. *Br J Psychiatry* 2013;203:179-87.
- ¹⁷⁵ Gorman JM, Korotzer A, Su G. Efficacy comparison of escitalopram and citalopram in the treatment of major depressive disorder: pooled analysis of placebo-controlled trials. *CNS Spectr* 2002;7(4 Suppl. 1):40-4.
- ¹⁷⁶ Dyer O. Lundbeck broke advertising rules. *BMJ* 2003;326:1004.
- ¹⁷⁷ Alkhafaji AA, Trinquart L, Baron G, et al. Impact of evergreening on patients and health insurance: a meta analysis and reimbursement cost analysis of citalopram/escitalopram antidepressants. *BMC Med* 2012;10:142. ¹⁷⁸ Gøtzsche PC. *Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care*. London: Radcliffe Publishing; 2013, page 228.
- ¹⁷⁹ Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD006532.
- ¹⁸⁰ Carlsen LT. En svær balance. *Tænk + Test* 2003;32:30-3.
- ¹⁸¹ Lindberg M. Interessant hensyn til eksporten. *Dagens Medicin* 2002; Nov 29.
- ¹⁸² Lægemiddelstyrelsen giver Lundbeck medvind. *Politiken* 2004; Sept 13.
- ¹⁸³ Behandling med antidepressiva. Institut for Rationel Farmakoterapi 2004; Sept 10.
- ¹⁸⁴ Dyer O. Lundbeck broke advertising rules. *BMJ* 2003;326:1004.
- ¹⁸⁵ Antitrust: Commission fines Lundbeck and other pharma companies for delaying market entry of generic medicines. European Commission Press release 2013; June 19.
- ¹⁸⁶ Cosgrove L, Vannoy S, Mintzes B, et al. Under the influence: the interplay among industry, publishing, and drug regulation. *Account Res* 2017;24:99-115.
- ¹⁸⁷ Therrien A. Anti-depressants: Major study finds they work. *BBC News* 2018; Feb 22.
- ¹⁸⁸ [Karen Thisted fik mod på livet: lykkepillerne der virker](#). Region Hovedstaden Bibtex 2018; Mar 26. ¹⁸⁹ Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). *Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme*. København: FADL's Forlag; 2018.
- ¹⁹⁰ Hutton B, Salanti G, Caldwell DM, et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: checklist and explanations. *Ann Intern Med* 2015;162:777-84.
- ¹⁹¹ Gøtzsche PC. Bias in double-blind trials. *Dan Med Bull* 1990;37:329-36; Gøtzsche PC. *Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care*. London: Radcliffe Publishing; 2013; Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015.
- ¹⁹² Barbui C, Cipriani A, Brambilla P, et al. "Wish bias" in antidepressant drug trials? *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:126-30.

- ¹⁹³ Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. [Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis](#). *BMJ Open* 2019;9:e024886.
- ¹⁹⁴ Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
- ¹⁹⁵ Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016;388:881-90.
- ¹⁹⁶ Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, et al. Evidence based medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ* 2003;326:1171–3; Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60; Le Noury J, Nardo JM, Healy D, et al. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *BMJ* 2015;351:h4320; Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016;352:i65; Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203; Maund E, Tendal B, Hróbjartsson A, Jørgensen KJ, Lundh A, Schroll J, Gøtzsche PC. Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. *BMJ* 2014;348:g3510; Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Drop-out rates in placebo-controlled trials of antidepressant drugs: A systematic review and meta-analysis based on clinical study reports. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:217-32; Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. *Psychother Psychosom* 2019;88:247-8; Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s ReAnalysis.” *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4; Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408.
- ¹⁹⁷ Skaug OB. [Skal man ordinere det bedste eller det billigste?](#) *Dagens Medicin* 2011;June 10.
- ¹⁹⁸ Gøtzsche PC, Maund E, Tendal B. [Læs lærebøgerne, Gøtzsche \(svar til\)](#). *Ugeskr Læger* 2012;174:888-9.
- ¹⁹⁹ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People’s Press; 2015, page 118.
- ²⁰⁰ Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, et al. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother Psychosom* 2010;79:267-79.
- ²⁰¹ Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, et al. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother Psychosom* 2010;79:267-79.
- ²⁰² Whitaker R. [The STAR*D scandal: a new paper sums it all up](#). *Mad in America* 2010;Aug 27.
- ²⁰³ Kirk SA, Gomory T, Cohen D. *Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2013.
- ²⁰⁴ Pigott E. [STAR*D: Adding fiction to fiction](#). *Mad in America* 2011;Apr 10.
- ²⁰⁵ Pigott HE, Kim T, Xu C, et al. What are the treatment remission, response and extent of improvement rates after up to four trials of antidepressant therapies in real-world depressed patients? A reanalysis of the STAR*D study’s patient-level data with fidelity to the original research protocol. *BMJ Open* 2023;13:e063095.
- ²⁰⁶ Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006;163:28-40.
- ²⁰⁷ Whitaker R. [After MIA calls for retraction of STAR*D article, study authors double down on the fraud](#). *Mad in America* 2023;Dec 6.
- ²⁰⁸ Whitaker R. [The STAR*D scandal: scientific misconduct on a grand scale](#). *Mad in America* 2023;Sept 9.
- ²⁰⁹ Badre N, Compton J. STAR*D: It’s time to atone and retract. *Psychiatric Times* 2024;May 25.
- ²¹⁰ Whitaker R. [The New York Times is now engulfed in the STAR*D scandal](#). *Mad in America* 2024;April 27.
- ²¹¹ Caron C. [What you really need to know about antidepressants](#). *New York Times* 2024;April 25.
- ²¹² Levine BE. [New York Times sinks to new low in its psychiatric drug coverage](#). *Counterpunch* 2024;May 8.
- ²¹³ Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, et al. New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;5:CD013674.
- ²¹⁴ Gøtzsche PC. [Garbage in, garbage out: the newest Cochrane meta-analysis of depression pills in children](#). *Mad in America* 2021;Aug 19.
- ²¹⁵ Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). *Int J Risk Saf Med* 2022;33:385-408.

- ²¹⁶ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015; Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London: Radcliffe Publishing; 2013; Healy D. Let them eat Prozac. New York: New York University Press; 2004; Healy D, Cattell D. Interface between authorship, industry and science in the domain of therapeutics. Br J Psychiatry 2003;183:22-7; Lenzer J. FDA to review "missing" drug company documents. BMJ 2005;330:7; Healy D. SSRIs and deliberate self-harm. Br J Psychiatry 2002;180:547; Healy D. Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors? BMJ 2006;333:92-5;
- ²¹⁷ Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). FDA 2006;Nov 16.
- ²¹⁸ Stipp D. Trouble in Prozac. CNN Money 2005;Nov 28.
- ²¹⁹ Lenzer J. Crisis deepens at the US Food and Drug Administration. BMJ 2004;329:1308.
- ²²⁰ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015: page 70.
- ²²¹ Laughren TP. The scientific and ethical basis for placebo-controlled trials in depression and schizophrenia: an FDA perspective. Eur Psychiatry 2001;16:418-23.
- ²²² Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). FDA 2006;Nov 16 and Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry 2006;63:332-9.
- ²²³ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 79.
- ²²⁴ Boseley S. [They said it was safe](#). The Guardian 1999;Oct 30 and Breggin P. Medication madness. New York: St. Martin's Griffin; 2008.
- ²²⁵ Whitaker R. Mad in America. Cambridge: Perseus Books Group; 2002; ²²⁵ Crouner ML, Douyon R, Convit A, Gaztanaga P, Volavka J, Bakall R. Akathisia and violence. Psychopharmacol Bull 1990;26:115-7; Medawar C. The antidepressant web - marketing depression and making medicines work. Int J Risk & Saf Med 1997;10:75-126; Moncrieff J, Cohen D, Mason JP. The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data. Acta Psychiatr Scand 2009;120:102-11.
- ²²⁶ Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). Psykiatri. En lærebog om voksne psykiske sygdomme. København: FADL's Forlag; 2018, page 119.
- ²²⁷ Gøtzsche PC. [Åbent brev til Lundbeck om antidepressiva og selvmord](#). Videnskab.dk 2011;July 7.
- ²²⁸ Pedersen AG. [Lundbecks svar på Peter Gøtzsches åbne brev om antidepressiva og selvmord](#). Videnskab.dk 2001;July 8.
- ²²⁹ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, pages 95-102. ²³⁰ Søndergård L, Kvist K, Andersen PK, et al. Do antidepressants precipitate youth suicide? A nationwide pharmacoepidemiological study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15:232-40.
- ²³¹ Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E, et al. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1357-65.
- ²³² Videbech P. [Nej, Peter Gøtzsche: Medicin mod depression er ikke tosset. Det er faktisk ekstremt nyttigt](#). Politiken 2020;March 5.
- ²³³ Gøtzsche PC. [Usage of depression pills almost halved among children in Denmark](#). Mad in America 2018;May 4.
- ²³⁴ Gøtzsche PC. [Denmark is the only European country where the usage of depression pills has dropped](#). Mad in America 2022;Nov 22.
- ²³⁵ [Aftenshowet. A debate about depression drugs with professor of psychiatry Lars Kessing](#) (in Danish). DR TV 2013;April 15.
- ²³⁶ Pedersen AT. [Diagnosing psychiatry](#). Documentary film 2017.
- ²³⁷ Kessing L. [Hvordan kan Gøtzsche citere så forkert?](#) Dagens Medicin 2013;May 3.
- ²³⁸ Gøtzsche PC. [SSRI kan føre til selvmord](#). Dagens Medicin 2013;May 3.
- ²³⁹ Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. BMJ 2013;347:f7140.
- ²⁴⁰ Wakefield JC. Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. J Ment Health 2010;19:337-51.
- ²⁴¹ Levine B. [Depression: psychiatry's discredited theories and drugs versus a sane model and approach](#). Mad in America 2024;Feb 24.
- ²⁴² Gøtzsche PC. [Antidepressiva øger risikoen for selvmord og vold i alle aldre](#). Medicinsk Tidsskrift 2016;Nov 20.

- ²⁴³ Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016;352:i65; Maund E, Tendal B, Hróbjartsson A, Jørgensen KJ, Lundh A, Schroll J, Gøtzsche PC. Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. *BMJ* 2014;348:g3510; Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203; Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. *J R Soc Med* 2016;109:381-92.
- ²⁴⁴ Gøtzsche PC. [Antidepressiva bör inte användas till barn och ungdomar](#). *Läkartidningen* 2017;March 12.
- ²⁴⁵ Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. *Psychother Psychosom* 2019;88:247-8 and Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's Re-Analysis." *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4.
- ²⁴⁶ Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016;352:i65.
- ²⁴⁷ [ISEPP calls for a Federal Investigation into the link between Psychotropic Drugs and Mass Murder](#). International Society for Ethical Psychology and Psychiatry 2013;Jan 4.
- ²⁴⁸ Healy D. Reply to D. Wilkinson – Loss of anxiety and increased aggression in a 15-year-old boy taking fluoxetine. *J Psychopharmacol* 1999;13:421.
- ²⁴⁹ Dubicka B, Cole-King A, Reynolds S, et al. Paper on suicidality and aggression during antidepressant treatment was flawed and the press release was misleading. *BMJ* 2016;352:i911.
- ²⁵⁰ Stone M. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: authors misinterpreted earlier paper from the FDA. *BMJ* 2016;352:i906.
- ²⁵¹ Gøtzsche PC. [Author's reply to Dubicka and colleagues and Stone](#). *BMJ* 2016;352:i915. ²⁵²
- Slagstad K. [Øker antidepressiver selvmordsfaren?](#) *Tidsskr Nor Lægeforen* 2016;136:531. ²⁵³
- Gøtzsche PC. [Antidepressants are dangerous](#). *BMJ* 2015;March 29.
- ²⁵⁴ Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. *J R Soc Med* 2016;109:381-92.
- ²⁵⁵ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337.
- ²⁵⁶ Gøtzsche PC. Endnu et tragisk selvmord på depressionspiller. *Jyllands-Postens Kronik* 2018;Feb 3.
- ²⁵⁷ Gøtzsche PC. [Børn drives til selvmord med lykkepiller](#). *Regionsavisen* 2024;Mar 11 and Buchholtz PE. [Antidepressiv medicin forebygger selvmord blandt svært deprimerede patienter](#). *Jyllands-Posten* 2018;Feb 17. ²⁵⁸
- Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- ²⁵⁹ Johansen M, Vibjerg T. [Hvorfor tog den 19-årige Rasmus Toke Burchardt sit eget liv?](#) *Jyllands-Posten* 2018;Feb 3.
- ²⁶⁰ Gøtzsche PC. [Open letter to National Boards of Health in Iceland, Norway, Sweden and Finland: Warning against using depression pills in children and adolescents](#). *Deadly Medicines* 2019;Jan 22.
- ²⁶¹ Gøtzsche PC. [National Boards of Health are unresponsive to children driven to suicide by depression pills](#). *Mad in America* 2020;March 15.
- ²⁶² Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. *Läkemedels-verket* 2016;Dec 8.
- ²⁶³ Gøtzsche PC. [National boards of health are unresponsive to children driven to suicide by depression pills](#). *Mad in America* 2020;Mar 15.
- ²⁶⁴ Barczyk ZA, Rucklidge JJ, Eggleston M, Mulder RT. Psychotropic medication prescription rates and trends for New Zealand children and adolescents 2008-2016. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2020;30:87-96.
- ²⁶⁵ UNICEF Office of Research. Building the future: children and the sustainable development goals in rich countries. *Innocenti Report Card 14*; UNICEF Office of Research 2017.
- ²⁶⁶ Strawn JR, Moldauer L, Hahn RD, et al. A multicenter double-blind, placebo-controlled trial of escitalopram in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2023;33:91-100.
- ²⁶⁷ Gøtzsche PC. [Driving our children into suicide with escitalopram and other happy pills](#). *Mad in America* 2023;Aug 3.

- ²⁶⁸ Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). Int J Risk Saf Med 2022;33:385-408.
- ²⁶⁹ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London: Radcliffe Publishing; 2013; Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.
- ²⁷⁰ Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek BL, Ian M. Problematic advice from suicide prevention experts. Ethical Human Psychology and Psychiatry 2018;20:79-85.
- ²⁷¹ Whitaker R, Blumke D. [Screening + drug treatment = increase in veteran suicides](#). Mad in America 2019;Nov10.
- ²⁷² Hjelmeland H, Knizek BL. [Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests](#). Death Stud 2017;41:481-92.
- ²⁷³ Frankfurt HG. On bullshit. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
- ²⁷⁴ Schopenhauer A. The art of always being right. London: Gibson Square; 2009.
- ²⁷⁵ Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. Eur Neuropsychopharmacol 2017;27:418-21.
- ²⁷⁶ Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek BL, Ian M. Problematic advice from suicide prevention experts. Ethical Human Psychology and Psychiatry 2018;20:79-85.
- ²⁷⁷ Espeland K, Knizek BL, Hjelmeland H. "Time to try something new" - professionals' experiences and reflections on suicide prevention in Norway. Crisis 2021;42:434-40.
- ²⁷⁸ Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. Am J Psychiatry 2021;178:611-24.
- ²⁷⁹ Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. Psychother Psychosom 2019;88:247-8 and Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's ReAnalysis." Psychother Psychosom 2019;88:373-4.
- ²⁸⁰ Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. BMJ 2015;351:h4978.
- ²⁸¹ Gøtzsche PC. [No psychiatric drugs have been convincingly shown to decrease suicides](#). BMJ 2015;Dec 10.
- ²⁸² Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Arch Gen Psychiatry 2003;60:82-91.
- ²⁸³ Mills JL. Data torturing. N Engl J Med 1993;329:1196-9.
- ²⁸⁴ Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ 2013;346:f3646.
- ²⁸⁵ Gøtzsche PC. [Ingen pålitlig evidens visar att läkemedel kan förebygga självmord](#). Läkartidningen 2017;May 1.
- ²⁸⁶ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London: Radcliffe Publishing; 2013.
- ²⁸⁷ [Suicide prevention](#). National Institute of Mental Health. Undated.
- ²⁸⁸ Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, et al. Suicide and self-harm. Lancet 2022;399:1903-16.
- ²⁸⁹ Gøtzsche PC. [A hopelessly flawed seminar in "The Lancet" about suicide](#). Mad in America 2022;June 1.
- ²⁹⁰ Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Mol Psychiatry 2023;28:3243-56.
- ²⁹¹ [FDA package insert for Lyrica \(pregabalin\)](#).
- ²⁹² Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E, et al. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1357-65.
- ²⁹³ Goldney RD. Suicide and antidepressants: what is the evidence? Aust N Z J Psychiatry 2006;40:381-5.
- ²⁹⁴ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 97.
- ²⁹⁵ Zahl PH, De Leo D, Ekeberg Ø, et al. The relationship between sales of SSRI, TCA and suicide rates in the Nordic countries. BMC Psychiatry 2010;10:62.
- ²⁹⁶ Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. PLoS Med 2005;2:e138.
- ²⁹⁷ Friedman RA. Antidepressants' black-box warning - 10 years later. N Engl J Med 2014;371:1666-8.
- ²⁹⁸ Hughes JL, Horowitz LM, Ackerman JP, et al. [Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention](#). BMJ 2023;381:e070630.
- ²⁹⁹ Gøtzsche PC. [Depression drugs have been shown to double the risk of suicide in young people and should not be used](#). BMJ 2023;April 26.

- ³⁰⁰ Gøtzsche PC. [The lie that antidepressants protect against suicide is deadly](#). Mad in America 2023;Nov 28. ³⁰¹ Jakobsen SG, Christiansen E. [Selvmordsforsøg og antidepressiva](#). Center for Selvmordsforskning 2019;Dec. ³⁰² [Risiko for selvmord og vold påvirkes ikke af antidepressiv behandling](#). Region Hovedstadens Psykiatri 2023.
- ³⁰³ [Antidepressiva øger ikke risikoen for selvmord. Fluoxetin og venlafaxin øger ikke risikoen for selvmord blandt unge. Blandt voksne og ældre, beskytter præparaterne mod selvmord](#). Region Hovedstadens Psykiatri 2023.
- ³⁰⁴ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 96.
- ³⁰⁵ [Antidepressiva øger risikofaktorer for selvmord](#). Psykiatrisk Tidsskrift 2016;Nov 20.
- ³⁰⁶ Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. J R Soc Med 2016;109:381-92.
- ³⁰⁷ [PhVWP/CMD\(H\) vedtaget SPC ordlyd for alle antidepressiva: selvmordstanker og selvmordsadfærd](#). Danish Drug Agency, undated.
- ³⁰⁸ Geoffroy MB. Unges selvmord og antidepressiva. Peter Gøtzsche hævder, at antidepressiva har drevet ungetil selvmord. Men hvordan kan han vide det? Ugeskr Læger 2023;July 10.
- ³⁰⁹ Geoffroy MB. [Hvilket kontor stopper vildfarne professorer?](#) Dagens Medicin 2015;Sept 25.
- ³¹⁰ Kortegaard L. [Er psykiaterne på gyngende grund?](#) Dagens Medicin 2015;Oct 9 and Gøtzsche PC. [Psykiateren prøver at skyde budbringeren](#). Dagens Medicin 2015;Oct 9.
- ³¹¹ Schultz J. [Peter Gøtzsche melder psykiater til Lægeetisk Nævn](#). Dagens Medicin 2015;Oct 2.
- ³¹² Geoffroy MB. [Ingen over Gøtzsche](#). Dagens Medicin 2015;Oct 23.
- ³¹³ Geoffroy MB. [Interessekonflikter – mere end ussel mammon](#). Ugeskr Læger 2016;178:1838-9.
- ³¹⁴ Gøtzsche PC. Begrebet interessekonflikter bør ikke udvandes. Ugeskr Læger 2016;178:1840.
- ³¹⁵ [Sammenhængen mellem antidepressiv/stemnings-stabiliserende medicin og selvmord](#). Ugeskr Læger 2007;June 8.
- ³¹⁶ Gøtzsche PC. Misinformation om antidepressiva og selvmord. www.irf.dk 2015;March 5.
- ³¹⁷ Barse M. [Forskere: 'Lykkepiller' giver bivirkninger, som kan føre til selvmordsadfærd](#). Videnskab.dk 2017;Feb11.
- ³¹⁸ Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stressurinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. CMAJ 2017;189:E194-203.
- ³¹⁹ Gøtzsche PC. Endnu et tragisk selvmord på depressionspiller. Jyllands-Postens Kronik 2018;Feb 3.
- ³²⁰ <https://www.samaritans.org/?currency=EUR>
- ³²¹ Newman KB. [Get suicide prevention services to ask callers if they are taking meds that cause suicide](#). Petition launched 2024;Apr 21.
- ³²² Newman KB. I was sectioned after being given a tranquiliser for anxiety that triggered a frightening slide into psychosis. But the worst part of my ordeal was how doctors tried to cure me. Daily Mail 2024;Apr 23. ³²³ Whitaker R. Den psykiatriske epidemi: illusionen om mirakelpillen. Søborg: Psykovisions Forlag; 2013.
- ³²⁴ Videbech P. [Drengen har jo ikke noget tøj på](#). Dagens Medicin 2013;Nov 11.
- ³²⁵ Dalhof H. [Det er kejseren, som er nøgen](#). Dagens Medicin 2013;Nov 22.
- ³²⁶ Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). Int J Risk Saf Med 2022;33:385-408.
- ³²⁷ Nilsson M, Joliat MJ, Miner CM, et al. Safety of subchronic treatment with fluoxetine for major depressive disorder in children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol 2004;14:412-7.
- ³²⁸ Tauscher-Wisniewski S, Nilsson M, Caldwell C, et al. Meta-analysis of aggression and/or hostility-related events in children and adolescents treated with fluoxetine compared with placebo. J Child Adolesc Psychopharmacol 2007;17:713-8.
- ³²⁹ Mosholder AD. Application number: 18-936/SE5-064. Medical review. FDA 2001;Oct 4.
- ³³⁰ Offidani E, Fava GA, Tomba E, et al. Excessive mood elevation and behavioral activation with antidepressant treatment of juvenile depressive and anxiety disorders: a systematic review. Psychother Psychosom 2013;82:132-41.
- ³³¹ Baldessarini RJ, Faedda GL, Offidani E, et al. Antidepressant-associated mood switching and transition from unipolar major depression to bipolar disorder: a review. J Affect Disord 2013;148:129-35.
- ³³² Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015 and Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 89.
- ³³³ Gøtzsche PC. [Depression drugs have been shown to double the risk of suicide in young people and should not be used](#). BMJ 2023;April 26.
- ³³⁴ Gøtzsche PC. [Call for retraction of three fraudulent trial reports of antidepressants in children and adolescents](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;Aug 3.

- ³³⁵ Gøtzsche PC. [Medical journals refuse to retract fraudulent trial reports that omitted suicidal events in children](#). Mad in America 2024;Mar 18.
- ³³⁶ March J, Silva S, Petrycki S, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA 2004;292:807-20.
- ³³⁷ Högborg G, Antonuccio DO, Healy D. Suicidal risk from TADS study was higher than it first appeared. Int J Risk Saf Med 2015;27:85-91.
- ³³⁸ Aboustate N, Jureidini J. Barriers to access to clinical trial data: Obstruction of a RIAT reanalysis of the treatment for adolescents with depression study. Int J Risk Saf Med 2022;33:299-308.
- ³³⁹ Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N (red.). Børne- og ungdomspsykiatri. København: FADLs Forlag; 2019, page 215.
- ³⁴⁰ [A Letter from Russell Katz to GlaxoSmithKline](#). 2002;Oct 21.
- ³⁴¹ Keller MB, Ryan ND, Strober M, et al. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:762-72.
- ³⁴² Jureidini JN, McHenry LB, Mansfield PR. Clinical trials and drug promotion: selective reporting of study 329. Int J Risk Safety Med 2008;20:73-81.
- ³⁴³ Le Noury J, Nardo JM, Healy D, et al. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. BMJ 2015;351:h4320.
- ³⁴⁴ Bass A. Side effects - a prosecutor, a whistleblower, and a bestselling antidepressant on trial. Chapel Hill: Algonquin Books, 2008.
- ³⁴⁵ Jureidini JN, McHenry LB. Conflicted medical journals and the failure of trust. Accountability in Research 2001;18:45-54.
- ³⁴⁶ Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry 2006;63:332-9.
- ³⁴⁷ [GlaxoSmithKline to plead guilty and pay \\$3 billion to resolve fraud allegations and failure to report safety data](#). United States Department of Justice 2012;July 2.
- ³⁴⁸ Jureidini JN, McHenry LB, Mansfield PR. Clinical trials and drug promotion: selective reporting of study 329. Int J Risk Safety Med 2008;20:73-81.
- ³⁴⁹ Jureidini JN, Amsterdam JD, McHenry LB. [The citalopram CIT-MD-18 pediatric depression trial: Deconstruction of medical ghostwriting, data mischaracterisation and academic malfeasance](#). Int J Risk Saf Med 2016;28:33-43.
- ³⁵⁰ Feeney A, Hock RS, Fava M, et al. Antidepressants in children and adolescents with major depressive disorder and the influence of placebo response: A meta-analysis. J Affect Disord 2022;305:55-64.
- ³⁵¹ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 56 and Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). Int J Risk Saf Med 2022;33:385-408.
- ³⁵² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 97.
- ³⁵³ [FDA package insert for Lyrica \(pregabalin\)](#).
- ³⁵⁴ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 96.
- ³⁵⁵ Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. Int J Risk Saf Med 2020;31:53-65.
- ³⁵⁶ Medawar C, Herxheimer A. A comparison of adverse drug reaction reports from professionals and users, relating to risk of dependence and suicidal behaviour with paroxetine. Int J Risk Saf Med 2003/2004;16:5-19. ³⁵⁷ Medawar C, Haddon A. Medicines out of control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill. Holland: Aksant Academic Publishers; 2004.
- ³⁵⁸ Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012 and Lucire Y, Crotty C. Antidepressant-induced akathisia-related homicides associated with diminishing mutations in metabolizing genes of the CYP450 family. Pharmacogenomics Pers Med 2011;4:65-81.
- ³⁵⁹ Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019, page 114.
- ³⁶⁰ Symposium "Wetenschap en Economie". Geneesmiddelenbulletin 2016;50:99-110.
- ³⁶¹ Newman KB. The pill that steals lives. London: John Blake; 2016.
- ³⁶² Gøtzsche PC. [On the brink of murder because of an antidepressant](#). Mad in America 2024;Mar 28.
- ³⁶³ <https://www.antidepressantrisks.org/films?wix-vod-video-id=73528fa5f3da48bf9bfe77889f453cad&wix-vod-comp-id=comp-kme2lksu>

- ³⁶⁴ <https://www.antidepressantrisks.org/>
- ³⁶⁵ Lucire Y, Crotty C. Antidepressant-induced akathisia-related homicides associated with diminishing mutations in metabolizing genes of the CYP450 family. *Pharmgenomics Pers Med* 2011;4:65–81 and Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 105.
- ³⁶⁶ [Paxil maker held liable in murder/suicide](#). Baum & Hedlund 2001; July 9.
- ³⁶⁷ Boseley S. Murder, suicide. A bitter aftertaste for the 'wonder' depression drug. *Guardian* 2011; June 11.
- ³⁶⁸ Healy D, Mangin D, Mintzes B. The ethics of randomized placebo controlled trials of antidepressants with pregnant women. *Int J Risk Saf Med* 2010;22:7-16 and Healy D, Le Noury J, Mangin D. Links between serotonin reuptake inhibition during pregnancy and neurodevelopmental delay/spectrum disorders: A systematic review of epidemiological and physiological evidence. *Int J Risk Saf Med* 2016;28:125-41.
- ³⁶⁹ [FDA package insert for Paxil \(paroxetine\)](#).
- ³⁷⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 122.
- ³⁷¹ Reference program for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- ³⁷² Levinson-Castiel R, Merlob P, Linder N et al. Neonatal abstinence syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors in term infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:173-6.
- ³⁷³ Pedersen LH, Henriksen TB, Vestergaard M, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study. *BMJ* 2009;339:b3569.
- ³⁷⁴ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London: Radcliffe Publishing; 2013, page 144.
- ³⁷⁵ Gøtzsche PC. [Screening pregnant women for depression](#). *Mad in America* 2014; May 5.
- ³⁷⁶ Gøtzsche PC. [Deadly medicines and organised crime](#). YouTube 2013; Oct 18.
- ³⁷⁷ Anvendelse af psykofarmaka ved graviditet og amning: kliniske retningslinjer. Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi 2014; Oct 27.
- ³⁷⁸ Pearson RM, Evans J, Kounali D, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1312-9.
- ³⁷⁹ Pedersen LH, Henriksen TB, Bech BH, et al. Prenatal antidepressant exposure and behavioral problems in early childhood - a cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:126-35.
- ³⁸⁰ Villesen K. [Medicinal-industri rådgiver læger om bivirkninger](#). *Information* 2011; May 30.
- ³⁸¹ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London: Radcliffe Publishing; 2013.
- ³⁸² [On the road with Peter Gøtzsche](#). News from the Australasian Cochrane Centre 2015; March and August.
- ³⁸³ Jureidini J, Gøtzsche PC, Parry P. [Dreams of a quick fix, gone awry](#). *Mad in America* 2015; Jan 19.
- ³⁸⁴ McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:921-8.
- ³⁸⁵ Stark J. McGorry aborts teen drug trial. *Sydney Morning Herald* 2011; Aug 21.
- ³⁸⁶ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, pages 96-101. ³⁸⁷ Medawar C. The antidepressant web - marketing depression and making medicines work. *Int J Risk & Saf Med* 1997;10:75-126.
- ³⁸⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=ZMhsPnoldy4>
- ³⁸⁹ Hickie IB, Rogers NL. Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression. *Lancet* 2011;378:621-31.
- ³⁹⁰ Koesters M, Guaiana G, Cipriani A, et al. Agomelatine efficacy and acceptability revisited: systematic review and meta-analysis of published and unpublished randomised trials. *Br J Psychiatry* 2013;203:179-87.
- ³⁹¹ Worsley R. [Cochrane co-founder savages Aussie psychiatrists](#). *6minutes.com.au* 2015; Oct 2.
- ³⁹² McLaren N. [Primum pecunias multas faciamus](#). *Niallmcclaren.com* 2024; Feb 27 and McLaren N. [On urban myths](#). *Niallmcclaren.com* 2024; May 14.
- ³⁹³ Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aus* 1997;166:182-6.
- ³⁹⁴ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.
- ³⁹⁵ [Videos from International meeting: Psychiatric drugs do more harm than good](#). Copenhagen 2015; Sept 16. ³⁹⁶ Moynihan R, Cassels A. Selling Sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. New York: Nation Books; 2005.

- ³⁹⁷ Behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). National klinisk retningslinje. København:Sundhedsstyrelsen; 2019.
- ³⁹⁸ Haug TT, Blomhoff S, Hellstrøm K, et al. Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003;182:312–8.
- ³⁹⁹ Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2021;8:969-80; McPherson S, Hengartner MP. Long-term outcomes of trials in the National Institute for Health and Care Excellence depression guideline. *BJPsych Open* 2019;5:e81; Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:142–9; Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, et al. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open* 2013;26;3(4); Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010;65:98-109; Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E, et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2021;20:387- 96; Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;351:h6019.
- ⁴⁰⁰ James AC, James G, Cowdrey FA, et al. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD004690.
- ⁴⁰¹ Boer PCAM, Wiersma D, Russo S, et al. Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD004688.
- ⁴⁰² Dawes RM. House of cards. New York: The Free Press; 1994, page 54.
- ⁴⁰³ Mayo-Wilson E, Montgomery P. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy(selfhelp) for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:CD005330.
- ⁴⁰⁴ Gava I, Barbui C, Aguglia E, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD005333.
- ⁴⁰⁵ Soomro GM, Altman DG, Rajagopal S, et al. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD001765.
- ⁴⁰⁶ O’Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD004856.
- ⁴⁰⁷ Simonsen E, Møhl B (red.). Grundbog i psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2017. ⁴⁰⁸ Behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). National klinisk retningslinje. København:Sundhedsstyrelsen; 2019.
- ⁴⁰⁹ Mors O, Nordentoft M, Hageman I (red.). Klinisk psykiatri. København: Munksgaard; 2016.
- ⁴¹⁰ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 295. ⁴¹¹ Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). Psykiatri. En lærebog om voksne psykiske sygdomme. København: FADL’s Forlag; 2018.
- ⁴¹² Mors O, Nordentoft M, Hageman I (red.). Klinisk psykiatri. København: Munksgaard; 2016.
- ⁴¹³ [FDA package insert for Lyrica \(pregabalin\)](#).
- ⁴¹⁴ Broni B. En anden vinkel på antidepressiv medicin. OCD-foreningen 2014;Jan 28.
- ⁴¹⁵ Gøtzsche PC. [Antidepressiv medicin bør undgås til børn og unge](#). OCD-nyt 2014;1:7.
- ⁴¹⁶ Mikkelsen LG. [Lykkepiller som müslidrys](#). OCD-nyt 2014;Feb 1.
- ⁴¹⁷ Wiold C. [Doctors are not trained to think critically](#). Mad in America 2014;June 13.
- ⁴¹⁸ Gøtzsche PC. [Psychiatry killed Tuva Andersson whose problem was anxiety](#). Mad in America 2023;July 8. ⁴¹⁹ Gøtzsche PC. [Psychiatry killed Tuva Andersson whose problem was anxiety](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;June 27.
- ⁴²⁰ Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG. Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials. *Ann Intern Med* 2009;150:516–27.
- ⁴²¹ Woloshin S, Schwartz LM, Welch HG. Know your Chances: understanding health statistics. Berkely:University of California Press; 2008.
- ⁴²² Woloshin S, Schwartz LM. Think inside the box. New York Times 2011;July 4.
- ⁴²³ Winn D. Better to be human. Human Givens 2015;22:25-7.
- ⁴²⁴ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People’s Press; 2015, page 137.
- ⁴²⁵ Whitely M. [ADHD is BS](#). Video.
- ⁴²⁶ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.

-
- ⁴²⁷ Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021.
- ⁴²⁸ [Causes - Attention deficit hyperactivity disorder \(ADHD\)](#). National Health Service 2021;Dec.
- ⁴²⁹ Felholt L. [Sådan lever voksne med skjult ADHD: 200.000 har det - kun få ved det](#). BT 2016;Feb 16.
- ⁴³⁰ Gøtzsche PC. [Fup og fakta om psykofarmaka](#). Deadly Medicines 2015;Feb 16.
- ⁴³¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 16 and Glessner JT, Li J, Wang D, et al. Copy number variation meta-analysis reveals a novel duplication at 9p24 associated with multiple neurodevelopmental disorders. *Genome Med* 2017;9:106.
- ⁴³² Wallach-Kildemoes H, Skovgaard AM, Thielen K, et al. Social adversity and regional differences in prescribing of ADHD medication for school-age children. *J Dev Behav Pediatr* 2015;36:330-41.
- ⁴³³ Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, et al. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 2012;184:755-62.
- ⁴³⁴ <https://www.kidsskills.org/WP-fin/>
- ⁴³⁵ Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Symptoms Checklist from WHO Composite International Diagnostic Interview; 2003.
- ⁴³⁶ Sørensen TK, Tycho G. En bemærkning fra sønnen fik Christina Stengel Finsen til at opsøge en psykiater. *Jyllands-Posten* 2024;April 14.
- ⁴³⁷ Gøtzsche PC. [How Danish journalism misleads about psychiatry: Multiple errors in a Danish newspaper article about adult ADHD](#). *Mad in America* 2024;April 30.
- ⁴³⁸ Campanile C. Attention-deficit adults fail to get help. *New York Post* 2006;June 12.
- ⁴³⁹ Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. *Children & Society* 2014;28:231-41.
- ⁴⁴⁰ Craine LS, Henson CE, Colliver JA, et al. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:300-4.
- ⁴⁴¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 16. ⁴⁴² Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4:310-9.
- ⁴⁴³ Batstra L, Te Meerman S, Conners K, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. *Lancet Psychiatry* 2017;4:439.
- ⁴⁴⁴ [ADHD & the brain](#). *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2017;Feb.
- ⁴⁴⁵ Borg O. Pille-reklamer uddeles i skolegårde. *Jyllands-Posten* 2011;Nov 1.
- ⁴⁴⁶ Reuben R, Elgaddal N. [Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children ages 5–17 years: United States, 2020–2022](#). CDC 2024;March and Xu G, Strathearn L, Liu B, et al. Twenty-year trends in diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA Netw Open* 2018;1:e181471.
- ⁴⁴⁷ Dastamooz S, Sadeghi-Bahmani D, Farahani MHD, et al. The efficacy of physical exercise interventions on mental health, cognitive function, and ADHD symptoms in children and adolescents with ADHD: an umbrella review. *EClinicalMedicine* 2023;62:102137.
- ⁴⁴⁸ Borchering BG, Keysor CS, Rapoport JL, et al. Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: is there a common vulnerability? *Psychiatry Res* 1990;33:83-94; Breggin P. [The most dangerous thing you will ever do](#). *Mad in America* 2020;March 2; Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012; Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. *Children & Society* 2014;28:231-41.
- ⁴⁴⁹ The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.
- ⁴⁵⁰ Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:989-1002.
- ⁴⁵¹ Molina BS, Flory K, Hinshaw SP, et al. Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1028-40. ⁴⁵² [Nadine Lambert](#). Wikipedia.
- ⁴⁵³ Frost J. [Ritalin may cause children to smoke early, abuse stimulants as adults, UC Berkeley professor says](#). University of California, Berkeley 1999;May 5.
- ⁴⁵⁴ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 306.

-
- ⁴⁵⁵ Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. [The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study](#). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:484-500.
- ⁴⁵⁶ Sokal RF, Rohlf FJ. Biometry. New York: WH Freeman; 1981 and Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. Oxford: Blackwell; 1971..
- ⁴⁵⁷ Rasmussen MH, Andersen T, Breum L, Hilsted J, Gøtzsche PC. Observer variation in measurements of waist-hip ratio and the abdominal sagittal diameter. Int J Obes 1993;17:323-7.
- ⁴⁵⁸ Miranda C. ADHD drugs could stunt growth. Daily Telegraph 2007;Nov 12.
- ⁴⁵⁹ Vedantam S. Debate over drugs for ADHD reignites. Washington Post 2009;Mar 27.
- ⁴⁶⁰ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London:Radcliffe Publishing; 2013, page 156.
- ⁴⁶¹ Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. J Child Psychol Psychiatry 2017;58:663-78.
- ⁴⁶² Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
- ⁴⁶³ Kortegaard L. [Lisbeth Kortegaard: Skyd budbringeren – om overforbrug af psykofarmaka](#). Ugeskr Læger 2014;Jan 21 and Ørum E, Tuxen KS. [Psykiater: Børn med psykiske diagnoser har godt af at blive afmedicineret](#). DR 2014;April 22.
- ⁴⁶⁴ Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. Children & Society 2014;28:231-41.
- ⁴⁶⁵ Cortese S, Coghill D, Mattingly GW, et al. WHO Model Lists of Essential Medicines: methylphenidate for ADHD in children and adolescents. Lancet Psychiatry 2023;10:743-4.
- ⁴⁶⁶ Ponnou S, Timimi S, Briffault X, et al. [WHO Essential Medicines List and methylphenidate for ADHD in children and adolescents](#). Lancet Psychiatry 2024;11:92-3.
- ⁴⁶⁷ Boesen K, Juhl Jørgensen K, Gøtzsche PC. The US Food and Drug Administration's authorisation of Purdue's controlled-release methylphenidate for adult ADHD: comments on the regulatory practice. J R Soc Med 2021;114:377-80.
- ⁴⁶⁸ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 127.⁴⁶⁹
- ⁴⁶⁹ Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;3:CD010840.
- ⁴⁷⁰ Boesen K, Saiz LC, Erviti J, et al. The Cochrane Collaboration withdraws a review on methylphenidate for adults with attention deficit hyperactivity disorder. Evid Based Med 2017;22:143-7.
- ⁴⁷¹ Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database Syst Rev 2015;11:CD009885 and Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, et al. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2022;2:CD012857.
- ⁴⁷² Petersen M. Our daily meds. New York: Sarah Crichton Books; 2008 and Whitaker R. Anatomy of an epidemic. New York: Broadway Paperbacks; 2010.
- ⁴⁷³ Boesen K, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. [Clinical trials were missing from regulatory documents of extended-release methylphenidate for ADHD in adults: a case study of public documents](#). J Clin Epidemiol 2022;143:242-53.
- ⁴⁷⁴ Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, et al. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:253-61.
- ⁴⁷⁵ Higgins JPT, Green S (eds.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration 2011.
- ⁴⁷⁶ Minutes of the Pediatric Advisory Committee. FDA 2006;Mar 22; Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. PLoS One 2010;5:e15337; [FDA package insert for Ritalin \(methylphenidate\)](#).
- ⁴⁷⁷ Asherson P. [Drug treatments for ADHD reduce risk of substance use disorders](#). Am J Psychiatry 2017;174:827-8.
- ⁴⁷⁸ Faraone SV, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. J Clin Psychiatry 2010;71:754-63.
- ⁴⁷⁹ Altman DG, Royston P. The cost of dichotomising continuous variables. BMJ 2006;332:1080.

- ⁴⁸⁰ Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, et al. Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Crim Behav Ment Health* 2013;23:86-98.
- ⁴⁸¹ Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, et al. ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood - a naturalistic long-term follow-up study. *Addict Behav* 2014;39:325-8.
- ⁴⁸² Danborg PB, Simonsen AL, Gøtzsche PC. Impaired reproduction after exposure to ADHD drugs: Systematic review of animal studies. *Int J Risk Saf Med* 2017;29:107-24.
- ⁴⁸³ Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, et al. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2022;2:CD012857.
- ⁴⁸⁴ Ophir Y. Reconsidering the safety profile of stimulant medications for ADHD. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2022;24:41-50.
- ⁴⁸⁵ Storebø OJ, Pedersen N, Ramstad E, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents – assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD012069.
- ⁴⁸⁶ Shoptaw SJ, Kao U, Heinzerling K, et al. Treatment for amphetamine withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD003021.
- ⁴⁸⁷ National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:182-93.
- ⁴⁸⁸ Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families*. New York: Springer; 2012; Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review. *Can J Psychiatry* 1999;44:811-3; [FDA package insert for Ritalin](#).
- ⁴⁸⁹ FDA. Minutes of the Pediatric Advisory Committee. 2006;March 22.
- ⁴⁹⁰ Mosholder AD, Gelperin K, Hammad TA, et al. Hallucinations and other psychotic symptoms associated with the use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs in children. *Pediatrics* 2009;123:611-6.
- ⁴⁹¹ [FDA package insert for methylphenidate, extended release](#). Page 7.
- ⁴⁹² Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, et al. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2022;2:CD012857, page 28 and Medicines Healthcare products Regulatory Agency. Public Assessment Report. Mutual Recognition Procedure. Concerta® XL 27 mg prolonged-release tablets (methylphenidate hydrochloride), UK/H/0544/004/MR. UK licence no: PL 00242/0400; July 2010 (updated November 2013), page 63.
- ⁴⁹³ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337.
- ⁴⁹⁴ Gøtzsche PC. [Another Vyvanse-assisted suicide in Florida foster care program, streamed live on Facebook](#). *Deadly Medicines* 2017;March 24.
- ⁴⁹⁵ [Psychiatric Drugging of Children is a “Crime Against Humanity” — Peter Gøtzsche, M.D.](#) *Medicating Normal* video 2019;Sept 22.
- ⁴⁹⁶ WHO. Management of substance abuse. Amphetamine-like substances. Undated (accessed 14 March 2020).⁴⁹⁷ What is the scope of methamphetamine misuse in the United States? National Institute on Drug Abuse 2019;Oct.
- ⁴⁹⁸ [EU Drug Market: Methamphetamine](#). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, and Europol. Accessed 20 May 2024.
- ⁴⁹⁹ [FDA package insert for methamphetamine](#).
- ⁵⁰⁰ [FDA updating warnings to improve safe use of prescription stimulants used to treat ADHD and other conditions](#). FDA Drug Safety Communication 2023;May 11.
- ⁵⁰¹ Adams M. [Neurologist Dr. Fred Baughman talks about the fraud of ADHD and the poisoning of U.S. children](#). *Natural News* 2006;Aug 30.
- ⁵⁰² Canada regulators order ADD drug withdrawn. *Associated Press* 2015;Feb 10.
- ⁵⁰³ [FDA package insert for Ritalin](#).
- ⁵⁰⁴ Dalsgaard S, Kvist AP, Leckman JF, et al. Cardiovascular safety of stimulants in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide prospective cohort study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2014;24:302-10.
- ⁵⁰⁵ Minutes of the Pediatric Advisory Committee. FDA 2006;Mar 22; Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337; Gould MS, Walsh BT, Munfakh JL, et al. Sudden death and use of stimulant medications in youths. *Am J Psychiatry*. 2009 Sep;166(9):992-1001.

- ⁵⁰⁶ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337.
- ⁵⁰⁷ Spence D. Bad medicine: adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ* 2011;343:d7244.
- ⁵⁰⁸ Carey B, Harris G. Psychiatric group faces scrutiny over drug industry ties. *New York Times* 2008;July 12.
- ⁵⁰⁹ Aagaard L, Hansen EH. The occurrence of adverse drug reactions reported for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications in the pediatric population: a qualitative review of empirical studies. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011;7:729–44.
- ⁵¹⁰ Harris G. Research center tied to drug company. *New York Times* 2008;Nov 25.
- ⁵¹¹ [Joseph Biederman](#). Wikipedia (accessed 2 Feb 2024).
- ⁵¹² Biederman J, Faraone S, Mick E, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:997-1008.
- ⁵¹³ Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- ⁵¹⁴ [FDA package insert for Ritalin \(methylphenidate\)](#).
- ⁵¹⁵ [FDA package insert for Prozac \(fluoxetine\)](#).
- ⁵¹⁶ Martin A, Young C, Leckman JF et al. Age effects on antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:773-80.
- ⁵¹⁷ Parry PI, Allison S, Bastiampillai T. Reification of the paediatric bipolar hypothesis in the USA. *Lancet Psychiatry* 2015;2:14-6.
- ⁵¹⁸ Kirk SA, Gomory T, Cohen D. *Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2013.
- ⁵¹⁹ Engmann J. Dagens menu for ligaens bedste: guld, champagne og en wienerschnitzel. *Jyllands-Posten* 2024;May 26:36.
- ⁵²⁰ Moncrieff J, Cohen D, Mason JP. The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:102-11 and Read J, Williams J. Positive and negative effects of antipsychotic medication: an international online survey of 832 recipients. *Curr Drug Saf* 2019;14:173-81.
- ⁵²¹ Moncrieff J. *The bitterest pills*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013, page 46.
- ⁵²² Leucht S, Kane JM, Etschel E, et al. Linking the PANSS, BPRS, and CGI: clinical implications. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2318-25 and Khin NA, Chen YF, Yang Y, et al. Exploratory analyses of efficacy data from schizophrenia trials in support of new drug applications submitted to the US Food and Drug Administration. *J Clin Psychiatry* 2012;73:856–64.
- ⁵²³ Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, et al. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. *Schizophr Bull* 2003;29:15-31.
- ⁵²⁴ Marder SR, Marder SR, Marder SR. The CATIE schizophrenia trial: results, impact, controversy. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:245-58.
- ⁵²⁵ Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- ⁵²⁶ Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, et al. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12:CD003079.
- ⁵²⁷ Gøtzsche PC. [Cochrane’s demise: misleading denigration of benzodiazepines for acute psychosis](#). *Mad in America* 2023;June 3.
- ⁵²⁸ Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- ⁵²⁹ Gøtzsche PC. [Misleading denigration of benzodiazepines when compared to antipsychotics](#). *Cochrane Database Syst Rev* 2023;Jan 3.
- ⁵³⁰ Gøtzsche PC. [Cochrane reviews of psychiatric drugs are untrustworthy](#). *Mad in America* 2023;Sept 14.
- ⁵³¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 43.
- ⁵³² Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, page 155; Moncrieff J. *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007, page 53; Kirk SA, Gomory T, Cohen D. *Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2013; Gronfein W. Psychotropic drugs and the origins of deinstitutionalization. *Social Problems* 1985;32:437-54.

- ⁵³³ Bola J, Kao D, Soydan H, et al. Antipsychotic medication for early episode schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD006374.
- ⁵³⁴ Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT Jr, et al. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006;32:214-9.
- ⁵³⁵ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ⁵³⁶ Breggin P. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2007.
- ⁵³⁷ Moncrieff J. Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? *PLoS Med* 2015;12:e1001861.
- ⁵³⁸ Karon BP. All I know about Peter Breggin. In: *The International Center for the Study of Psychiatry and Psychology. The Conscience of Psychiatry. The reform work of Peter R. Breggin, MD*. New York: Lake Edge Press; 2009.
- ⁵³⁹ Weiden PJ, Mann JJ, Haas G, et al. Clinical nonrecognition of neuroleptic-induced movement disorders: a cautionary study. *Am J Psychiatry* 1987;144:1148-53.
- ⁵⁴⁰ Gøtzsche PC. [Videos of tardive dyskinesia and akathisia](#). Institute for Scientific Freedom 2023; June 19; Gøtzsche PC. [Psychiatry's denial of the horrors of tardive dyskinesia](#). *Mad in America* 2023; June 24; McCarter C. [The death of Joey Marino](#). *Mad in America* 2024; April 26.
- ⁵⁴¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 65.⁵⁴² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 59; Manschreck TC, Boshes RA. The CATIE schizophrenia trial: results, impact, controversy. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:245-58; Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553-64; Geddes J, Freemantle N, Harrison P, et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000;321:1371-6; Leucht S, Corves C, Arbter D, et al. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009;373:31-41; Tyrer P, Kendall T. The spurious advance of antipsychotic drug therapy. *Lancet* 2009;373:4-5.
- ⁵⁴³ Insel T. *Healing: our path from mental illness to mental health*. New York: Penguin Press; 2022.
- ⁵⁴⁴ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 61.⁵⁴⁵ Li CR, Chung YC, Park TW, et al. Clozapine-induced tardive dyskinesia in schizophrenic patients taking clozapine as a first-line antipsychotic drug. *World J Biol Psychiatry* 2009;10:919-24.
- ⁵⁴⁶ Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;11:CD006633.
- ⁵⁴⁷ Christensen DC. *Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system*. Portland: Jorvik Press; 2012.
- ⁵⁴⁸ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 53.
- ⁵⁴⁹ Danborg PB, Gøtzsche PC. Benefits and harms of antipsychotic drugs in drug-naïve patients with psychosis: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:193-201.
- ⁵⁵⁰ Francey SM, O'Donoghue B, Nelson B, et al. Psychosocial intervention with or without antipsychotic medication for first episode psychosis: a randomized noninferiority clinical trial. *Schizophr Bull Open* 2020;Mar20.
- ⁵⁵¹ Gøtzsche PC. *Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs*. Ann Arbor: L H Press; 2022, page 33.
- ⁵⁵² Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014;4:e005535.
- ⁵⁵³ Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294:1934-43.
- ⁵⁵⁴ [FDA package insert for Risperdal](#).
- ⁵⁵⁵ Samara MT, Klupp E, Helfer B, et al. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD011883 and Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553-64.
- ⁵⁵⁶ Forbruget af antipsykotika blandt 18-64 årige patienter, med skizofreni, mani eller bipolar affektiv sindslidelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- ⁵⁵⁷ Hallas J. Brug af flere antipsykotika samtidig og risikoen for død. *Ugeskr Læger* 2007;169:618.
- ⁵⁵⁸ Baandrup L, Gasse C, Jensen VD, et al. Antipsychotic polypharmacy and risk of death from natural causes in patients with schizophrenia: a population-based nested case-control study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:103-8.

- ⁵⁵⁹ Gøtzsche PC. [Polyfarmaci med antipsykotika øger dødeligheden](#). Ugeskr Læger 2016;178:397.
- ⁵⁶⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 46.
- ⁵⁶¹ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 172.
- ⁵⁶² Gøtzsche PC. [Neuroleptika øger dødeligheden](#). Deadly Medicines 2018;Feb 18.
- ⁵⁶³ Gøtzsche PC. [Psychiatry ignores an elephant in the room](#). Mad in America 2017;Sept 21.
- ⁵⁶⁴ Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022,page 40.
- ⁵⁶⁵ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, pages 163 and 234.⁵⁶⁶
- Gøtzsche PC. [Robotic rejections of relevant letters to the editor of World Psychiatry](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;June 6.
- ⁵⁶⁷ Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10years after a first-episode psychosis. Schizophr Res 2017;182:42-8.
- ⁵⁶⁸ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- ⁵⁶⁹ Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E, et al. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1357-65.
- ⁵⁷⁰ Large MM, Ryan CJ. Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1353-5.
- ⁵⁷¹ Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019 and Gøtzsche PC. [Decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.Freely available.
- ⁵⁷² Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull 2012;38:661-71 and Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. Schizophr Bull 2008;34:193-9.
- ⁵⁷³ Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019 and Gøtzsche PC. [Decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.Freely available.
- ⁵⁷⁴ Thorat R. [Reply to: Bastian H. Scientific advocacy and biases of the ideological and industry kinds](#). 2018;Sept28.
- ⁵⁷⁵ Pedersen AT. [Diagnosing psychiatry](#). Documentary film 2017.
- ⁵⁷⁶ Pedersen AT. En psykiatrisk diagnose hænger ved resten af livet. PsykiatriAvisen 2019;Jan 18.
- ⁵⁷⁷ Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022,page 145.
- ⁵⁷⁸ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- ⁵⁷⁹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 50.
- ⁵⁸⁰ Read J. A history of madness. In: Read J, Dillon J, eds. Models of madness, 2nd ed. London: Routledge; 2013.⁵⁸¹
- Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open- dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research 2006;16:214-28 and Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36:332-7.
- ⁵⁸² Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 330.
- ⁵⁸³ Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- ⁵⁸⁴ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ⁵⁸⁵ Røssberg JI. [Det finnes ikke veldokumenterte behandlingsmetoder uten bruk av medikamenter for personer med psykotiske lidelser](#). Aftenposten 2016;June 13.
- ⁵⁸⁶ Gøtzsche PC. [Medisinfrie alternativer virker på psykose](#). Aftenposten 2016;June 27 and Gøtzsche PC. [Medisinfri psykiatri](#). Tidsskr Nor Laegeforen 2017;Oct 17.
- ⁵⁸⁷ Røssberg JI. Er medisinfrie soner et nødvendig skille eller konstruert polarisering? Aftenposten 2016;July4:19.
- ⁵⁸⁸ Malt UF. Behandling av psykoser. Aftenposten 2016;July1:22.
- ⁵⁸⁹ Sørensen J-M. Professorer som sprer frykt, halvsannheter og løgn. Aftenposten 2016;Aug 25:21.
- ⁵⁹⁰ [Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management](#). Clinical guideline [CG178]. NICE2014;Feb 12.
- ⁵⁹¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 51.

- ⁵⁹² Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:CD008297.
- ⁵⁹³ Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2021;8:969-80.⁵⁹⁴ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 51.
- ⁵⁹⁵ Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD007297.
- ⁵⁹⁶ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015, page 333.
- ⁵⁹⁷ [Stemningsstabiliserende medicin](#). Psykiatrien i Region Midtjylland 2022;Jan.
- ⁵⁹⁸ Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:155-66.
- ⁵⁹⁹ Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T, Vestergaard P (red.). *Psykiatri. En lærebog om voksne psykiske sygdomme*. København: FADL's Forlag; 2018, page 241.
- ⁶⁰⁰ Leucht S, Helfer B, Dold M, et al. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;10:CD003834.
- ⁶⁰¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 106.
- ⁶⁰² [FDA package insert for Neurontin](#).
- ⁶⁰³ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015, page 192.⁶⁰⁴ Ghaemi SN. The failure to know what isn't known: negative publication bias with lamotrigine and a glimpse inside peer review. *Evid Based Ment Health* 2009;12:65-8
- ⁶⁰⁵ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 112.⁶⁰⁶ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 144.⁶⁰⁷ Gøtzsche PC. [Demensmedicin bremser ikke sygdomsudvikling](#). Jyllands-Posten 2022;Nov 1.
- ⁶⁰⁸ Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD005593.
- ⁶⁰⁹ Molnar FJ, Man-Son-Hing M, Fergusson D. Systematic review of measures of clinical significance employed in randomized controlled trials of drugs for dementia. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:536-46.
- ⁶¹⁰ [FDA package insert for Aricept \(donepezil\)](#).
- ⁶¹¹ Syncope with cholinesterase inhibitors. *Rev Prescrire* 2011;31:434.
- ⁶¹² Tjia J, Briesacher BA, Peterson D, et al. Use of medications of questionable benefit in advanced dementia. *JAMA Intern Med* 2014;174:1763-71.
- ⁶¹³ Screening for dementia. UK National Screening Committee 2014;April.
- ⁶¹⁴ Courtney C, Farrell D, Gray R, et al. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet* 2004;363:2105-15.
- ⁶¹⁵ Letter from Sharon M. Watson to Eisai Medical Research Inc. FDA 2010;Feb 3.
- ⁶¹⁶ Gøtzsche PC. *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse*. Copenhagen: People's Press; 2019 and Gøtzsche PC. [Decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. Freely available.
- ⁶¹⁷ Battle CE, Abdul-Rahim AH, Shenkin SD, et al. Cholinesterase inhibitors for vascular dementia and other vascular cognitive impairments: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;2:CD013306.⁶¹⁸ Street JS, Clark WS, Gannon KS, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:968-76.
- ⁶¹⁹ Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families*. New York: Springer; 2012 and Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ⁶²⁰ Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, et al. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology* 2010;75:35-41.
- ⁶²¹ Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 2014;349:g5205.
- ⁶²² Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2014;205:436-42.
- ⁶²³ Gøtzsche PC. [Medicin mod Alzheimer virker ikke](#). Ugeskr Læger 2017;May 8.
- ⁶²⁴ [Drugs for Alzheimer's Disease](#). Therapeutics Initiative, University of British Columbia 2005;Aug 31.
- ⁶²⁵ Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, page 96.

- ⁶²⁶ Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, page 102.
- ⁶²⁷ Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
- ⁶²⁸ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 148.
- ⁶²⁹ Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47; Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003;326:1343-4; Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363; Read J, Moncrieff J. [Depression: why drugs and electricity are not the answer](#). *Psychological Medicine* 2022; Febr 1:1-10; Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Møllegaard; 2019.
- ⁶³⁰ Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363.
- ⁶³¹ UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808.
- ⁶³² Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- ⁶³³ UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808 and Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- ⁶³⁴ Read J. A response to yet another defence of ECT in the absence of robust efficacy and safety evidence. *Epidemiol Psichiatr Sci* 2022;31:e13.
- ⁶³⁵ UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808.
- ⁶³⁶ Munkholm K, Jørgensen KJ, Paludan-Müller AS. Electroconvulsive therapy for preventing relapse and recurrence in people with depression (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2022;1:CD015164.
- ⁶³⁷ Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD000076.
- ⁶³⁸ Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363.
- ⁶³⁹ Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Møllegaard; 2019. ⁶⁴⁰ Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, et al. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;2:CD003593.
- ⁶⁴¹ Klinisk vejledning for almen praksis: unipolar depression, diagnostik og behandling. Dansk Selskab for Almen Medicin 2010.
- ⁶⁴² Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363; UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808; Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47. ⁶⁴³ Frich M. Brug af elektrochok firedoblet. *Jyllands-Posten* 1998;May 19.
- ⁶⁴⁴ Borre K. [Mette's Voice](#). Documentary film 2014.
- ⁶⁴⁵ Gøtzsche PC. [Chemical or psychological psychotherapy?](#) Mad in America 2017;Jan 29.
- ⁶⁴⁶ Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2006;8:201-15.
- ⁶⁴⁷ Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2021;8:969-80; McPherson S, Hengartner MP. Long-term outcomes of trials in the National Institute for Health and Care Excellence depression guideline. *BJPsych Open* 2019;5:e81; Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:142-9; Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, et al. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open* 2013;26;3(4); Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010;65:98-109; Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E, et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2021;20:387-96; Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, et al. Comparative benefits and harms of second generation

antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;351:h6019.

⁶⁴⁸ Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E, et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2021;20:387-96.

⁶⁴⁹ Gøtzsche PC. [Psychotherapy has an enduring effect on depression—in contrast to depression pills](#). *Mad in America* 2021;Nov 23.

⁶⁵⁰ Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. *Psychother Psychosom* 2019;88:247-8 and Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s Re-Analysis.” *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4.

⁶⁵¹ Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.

⁶⁵² Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532-9.

⁶⁵³ Demyttenaere K, Donneau A-F, Albert A, et al. What is important in being cured from: Does discordance between physicians and patients matter? (2). *J Affect Disord* 2015;174:372-7.

⁶⁵⁴ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People’s Press; 2015.

⁶⁵⁵ Nilsson Å. *Processen: möten, mediciner, beslut*. Stockholm: Natur & Kultur; 2017.

⁶⁵⁶ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People’s Press; 2015, page 303.

⁶⁵⁷ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People’s Press; 2015.

⁶⁵⁸ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 316. ⁶⁵⁹

Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N (red.). *Børne- og ungdomspsykiatri*. København: FADLs Forlag; 2019. ⁶⁶⁰

Starrfelt R, Gerlach C, Gade A (red.). *Klinisk neuropsykologi*. København: Frydenlund; 2021.

⁶⁶¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 18.

⁶⁶² Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 124. ⁶⁶³

Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people’s attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-9.

⁶⁶⁴ Stubbe DE, Thomas WT. A survey of early-career child and adolescent psychiatrists: professional activities and perceptions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:123-30.

⁶⁶⁵ Cooper M. [Psychiatrist: Over diagnosis leads to strain on resources](#). *KPLC 7 News* 2014;Nov 27.

⁶⁶⁶ Heldmark T. [Alternativ behandling mot depression används för lite](#). *Sveriges Radio* 2020;Aug 24.

⁶⁶⁷ Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:402-7.

⁶⁶⁸ Mors O, Nordentoft M, Hageman I (red.). *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard; 2016, page 597.

⁶⁶⁹ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 8.

⁶⁷⁰ Churchill R, Hunot V, Corney R, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001;5(35).

⁶⁷¹ Sørensen A. *Withdrawing from antidepressants*. PhD thesis. University of Copenhagen. Defended 2022;June 9.

⁶⁷² Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.

⁶⁷³ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 116.

⁶⁷⁴ Turri MG. [The best kept secret in psychiatry](#). *Asylum Magazine* 2019;26(2).

⁶⁷⁵ Turri MG, Merson S, McNab S, Cooper RE. [The Systemic Assessment Clinic, a novel method for assessing patients in general adult psychiatry: presentation and preliminary service evaluation](#). *Community Mental Health Journal* 2021;57:753-63.

⁶⁷⁶ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 152.

⁶⁷⁷ [United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: General comment No. 1](#). 2014;May 19. ⁶⁷⁸

Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, page 106.

⁶⁷⁹ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337 and Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People’s Press; 2015.

- ⁶⁸⁰ Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *Eur Psychiat* 2011;26:201-7 and Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far, a review of the literature. *Int J Soc Psychiat* 2010;56:412–23.
- ⁶⁸¹ Ryn ZJ. *Rhythm of death: The experience of survivors of Nazi German concentrations camps*. Medycyna Praktyczna, Krakow; 2018; German crimes in Poland. Warsaw; Central Commission for Investigation of German Crimes in Poland; 1946; Auschwitz: Nazi extermination camp. Warsaw: Interpress; 1978.
- ⁶⁸² Gøtzsche PC. [Patienter mødes af ulovligt krav om at tage psykofarmaka for at modtage sociale ydelser](#). Jyllands-Posten 2022;April 8.
- ⁶⁸³ Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD004408.
- ⁶⁸⁴ Wollaston S. Community treatment orders are not helping people with mental illness. *The Guardian* 2013;Aug 14.
- ⁶⁸⁵ [Community treatment orders](#). *Mind* 2007;Dec.
- ⁶⁸⁶ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015, page 328.⁶⁸⁷
- Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *Eur Psychiat* 2011;26:201-7.
- ⁶⁸⁸ Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:889-97.
- ⁶⁸⁹ Christensen DC. *Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system*. Portland: Jorvik Press; 2012.
- ⁶⁹⁰ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015, page 337.
- ⁶⁹¹ Nilsson Å. *Processen: möten, mediciner, beslut*. Stockholm: Natur & Kultur; 2017.
- ⁶⁹² Zinkler M, von Peter S. End coercion in mental health services - toward a system based on support only. *Laws* 2019;8:19.
- ⁶⁹³ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015, page 328 and Gøtzsche PC. [Forced drugging with antipsychotics is against the law: decision in Norway](#). *Mad in America* 2019;May 4.
- ⁶⁹⁴ Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. [Forced medication in psychiatry: Patients' rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark](#). *Clin Neuropsychiatry* 2019;16:229-33 and Gøtzsche PC, Sørensen A. [Systematic violations of patients' rights and safety: Forced medication of a cohort of 30 patients](#). *Ind J Med Ethics* 2020;Oct-Dec;5(4) NS:312-8.
- ⁶⁹⁵ Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- ⁶⁹⁶ Tasch G, Gøtzsche PC. [Systematic violations of patients' rights and safety: forced medication of a cohort of 30 patients in Alaska](#). *Psychosis* 2023;15:145-54.
- ⁶⁹⁷ Christensen DC. *Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system*. Portland: Jorvik Press; 2012; Frandsen P. *Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet*. Odense: Mellemgaard; 2019; Gøtzsche PC, Sørensen A. [Systematic violations of patients' rights and safety: Forced medication of a cohort of 30 patients](#). *Ind J Med Ethics* 2020;Oct-Dec;5(4) NS:312-8;
- ⁶⁹⁸ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015, page 329.
- ⁶⁹⁹ Oute J, McPherson S. [Conflict and antagonism within global psychiatry: A discourse analysis of organisational responses to the UN reports on rights-based approaches in mental health](#). *Sociology of Health & Illness* 2024;46:473–94.
- ⁷⁰⁰ World Health Organization & United Nations' Office of the High Commissioner for Human Rights. [Mental health, human rights and legislation: guidance and practice](#). 2023;Oct 9.
- ⁷⁰¹ McLaren N. [The new WHO and UN Guidance: Psychiatry must entirely change](#). *Mad in America* 2013;Nov18.
- ⁷⁰² Gøtzsche PC. [A remarkable feat: a psychiatric patient changed the law on restraints](#). *Mad in America* 2023;Dec 5.
- ⁷⁰³ Gottstein J. *The Zyprexa papers*. Anchorage: Jim Gottstein; 2020.
- ⁷⁰⁴ Gøtzsche PC, Jensen KB. *Tvang i psykiatrien bør forbydes*. *Politikens kronik* 2015;Aug 5; Gøtzsche PC, Jensen KB. *Tvang i psykiatri bør forbydes*. *Dagens Medicin* 2015;Sept 11; Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press; 2015; Gøtzsche PC. [Abolishing forced treatment in psychiatry is an ethical imperative](#). *Mad in America* 2016;17 June; [Dr. Peter Gøtzsche: Forced psychiatric treatment must be abolished](#).

Transcript of lecture in Anchorage and video 2016;June 2; Gøtzsche PC. Tvangslovene i psykiatrien skal afskaffes. P - Psykologernes Fagmagasin 2016;Mar 17; Gøtzsche PC, Lund K. Tvangsmedisinering må forbys. Kritisk Juss 2016;2:118-57; Gøtzsche PC. [Forced drugging with antipsychotics is against the law: decision in Norway](#). Mad in America 2019;May 4; Gøtzsche PC, Lund K. Intet kunnskapsgrunnlag for tvangsmedisinering. In: Kolstad A, Kogstad R, eds. Medikalisering av psykososiale problemer. Oslo: Abstrakt Forlag; 2019: 175-210;Gøtzsche PC. [Norsk ombudsmand har afgjort, at tvangsmedicinering ikke kan begrundes](#). Psykiatriavisen 2019;Jan 27; Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022; Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022;.

⁷⁰⁵ Gottstein J, Gøtzsche PC, Cohen D, Ruby C, Myers F. [Report on improving mental health outcomes](#). Psychrights 2023;Sept.

⁷⁰⁶ Malt UF. [Ubehandlet psykose øker risiko for helseskade](#). Aftenposten 2019;June 20.

⁷⁰⁷ Gøtzsche PC. Svar til Malt: Ubehandlet psykose øker risiko for helseskade. Aftenposten 2019;June 20.⁷⁰⁸

Read J, Cartwright C, Gibson K. How many of 1829 antidepressant users report withdrawal effects or addiction? Int J Ment Health Nurs 2018;27:1805-15.

⁷⁰⁹ Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022,page 115.

⁷¹⁰ Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. Addict 2012;107:900-8.

⁷¹¹ Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538-46.

⁷¹² Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomised clinical trial. Biol Psychiatry 1998;44:77-87.

⁷¹³ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, pages 114-5.⁷¹⁴

Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley, et al. Major depression in community adolescents: age at onset, episodeduration, and time to recurrence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1994;33:809-18.

⁷¹⁵ Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.

⁷¹⁶ Bawden A. [Antidepressant withdrawal symptoms experienced by 15% of users, study finds](#). The Guardian 2024;June 6.

⁷¹⁷ Henssler J, Schmidt Y, Schmidt U, et al. [Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis](#). Lancet Psychiatry 2024;11:526-35.

⁷¹⁸ Pariente CM. [The myth that antidepressants are addictive has been debunked – they are a vital tool in psychiatry](#). The Guardian 2024;June 6.

⁷¹⁹ Read J, Davies J. [Why we are sceptical about this study of antidepressant withdrawal symptoms](#). The Guardian 2024;June 14.

⁷²⁰ [Council for Evidence-based Psychiatry](#).

⁷²¹ Nutt DJ, Goodwin GM, Bhugra D, et al. Attacks on antidepressants: signs of deep-seated stigma? Lancet Psychiatry 2014;1:103–4 and Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 16.

⁷²² Gøtzsche PC. [Why I think antidepressants cause more harm than good](#). Lancet Psychiatry 2014;1:104-6.

⁷²³ Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.

⁷²⁴ Gøtzsche PC. [Prescription pills are Britain's third biggest killer: Side-effects of drugs taken for insomnia and anxiety kill thousands. Why do doctors hand them out like Smarties?](#) Daily Mail 2015;Sept 15.

⁷²⁵ [Response: Prescription pills kill](#). Press release, Royal College of Psychiatry 2015;Sept 15.

⁷²⁶ Bero L, Farquhar C, Wilson M, Tovey D. [Statement from Cochrane](#) 2015;Sept 18.

⁷²⁷ Gøtzsche PC. [Cochrane reviews of psychiatric drugs are untrustworthy](#). Mad in America 2023;Sept 14.

⁷²⁸ Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, et al. Evidence based medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. BMJ 2003;326:1171–3; Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. N Engl J Med 2008;358:252-60; Le Noury J, Nardo JM, Healy D, et al. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. BMJ 2015;351:h4320; Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ 2016;352:i65; Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary

incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. CMAJ 2017;189:E194-203; Maund E, Tendal B, Hróbjartsson A, Jørgensen KJ, Lundh A, Schroll J, Gøtzsche PC. Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. BMJ 2014;348:g3510; Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Drop-out rates in placebo-controlled trials of antidepressant drugs: A systematic review and meta-analysis based on clinical study reports. Int J Risk Saf Med 2019;30:217-32; Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. Psychother Psychosom 2019;88:247-8; Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's ReAnalysis." Psychother Psychosom 2019;88:373-4; Gøtzsche PC, Healy D. [Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression](#). Int J Risk Saf Med 2022;33:385-408.

⁷²⁹ Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. BMJ Open 2014;4:e005535.

⁷³⁰ Wise J. Cochrane distances itself from controversial views on psychiatric drugs. BMJ 2015;351:h5073.

⁷³¹ Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019.⁷³² Simons P. [Peer-support groups were right, guidelines were wrong: Dr. Mark Horowitz on tapering off antidepressants](#). Mad in America 2019;Mar 20.

⁷³³ Guy A, Davies J, Rizq R (eds.) Guidance for psychological therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs. London: APPG for Prescribed Drug Dependence; 2019;Dec.

⁷³⁴ [Psychiatric drug withdrawal / Udtrapning af psykofarmaka](#).

⁷³⁵ Gøtzsche PC, Runcimann O, Bækgaard J, Sørensen A, Toft BS. Skru ned for psykofarmaka. Piller er ikkeløsnin-gen. Politikens kronik 2019;Sept 8.

⁷³⁶ Gøtzsche PC, Runcimann O, Bækgaard J, Sørensen A, Toft BS. [The epidemic of psychiatric drug usage – taper off the pills](#). Deadly Medicines 2019;Oct 22.

⁷³⁷ [International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal](#).

⁷³⁸ Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022(first published on my website in 2020).

⁷³⁹ Gøtzsche PC. [Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs](#). Mad in America 2021.

⁷⁴⁰ [Institute for Scientific Freedom](#).

⁷⁴¹ Horowitz M, Taylor DM. The Maudsley Deprescribing Guidelines: Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids and Z-drugs. London: Wiley-Blackwell; 2024.

⁷⁴² Breggin P. Medication madness. New York: St. Martin's Griffin; 2008.

⁷⁴³ Gatenby A. ["My anti-depressant withdrawal was worse than depression"](#). BBC 2020; Mar 12.

⁷⁴⁴ Groot P, van Os J. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. Psychosis 2018;10:142-5.

⁷⁴⁵ Gøtzsche PC. [Withdrawing from psychiatric drugs: How to produce smaller doses than those the drug companies provide](#). Mad in America 2023;Nov 21.

⁷⁴⁶ Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.

⁷⁴⁷ Simons P. [Peer-support groups were right, guidelines were wrong: Dr. Mark Horowitz on tapering off antidepressants](#). Mad in America 2019;Mar 20.

⁷⁴⁸ Gøtzsche PC. [Surviving psychiatry: a typical case of serious psychiatric drug harms](#). Mad in America 2020;Jan 7.

⁷⁴⁹ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.

⁷⁵⁰ Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012 and Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022; Horowitz M, Taylor DM. The Maudsley Deprescribing Guidelines: Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids and Z-drugs. London: Wiley-Blackwell; 2024.

⁷⁵¹ Gøtzsche PC. Sundhedsstyrelsens farlige råd om depressionspiller. Politikens Kronik 2020;Feb 7.

⁷⁵² Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538-46.

⁷⁵³ Gøtzsche PC. [Role of health authorities in denying the withdrawal problem with depression drugs](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023; Dec 5.

-
- ⁷⁵⁴ Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- ⁷⁵⁵ Gøtzsche PC. [Farlige råd om for hurtig udtrapning af antidepressiva](#). *Ugeskr Læger* 2021;183:464.
- ⁷⁵⁶ Lundsgaard CC, Videbech P. [Svar](#). *Ugeskr Læger* 2021;183:465.
- ⁷⁵⁷ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- ⁷⁵⁸ Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37 and Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, et al. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry* 2013;170:609-15.
- ⁷⁵⁹ Gøtzsche PC. *Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs*. Ann Arbor: L H Press; 2022, page 99.
- ⁷⁶⁰ Gøtzsche PC. [Psychiatrists roadblock psychiatric drug withdrawal initiatives: Part 1](#). Breggin.com 2017;Dec 4.
- ⁷⁶¹ <https://www.deadlymedicines.dk/udtrapning-af-psykofarmaka-psychiatric-drug-withdrawal/>
- ⁷⁶² Politikerspørgsmål til Region Hovedstaden nr. 227-17 stillet af Niels Højby besvaret 8. februar 2018.
- ⁷⁶³ [Peter Gøtzsche & Anders Sørensen om udtrapning af psykofarmaka](#). Nyborg 2018;March 16.
- ⁷⁶⁴ Davies J, Read J, Hengartner MP, et al. Clinical guidelines on antidepressant withdrawal urgently need updating. *BMJ* 2019;365:l2238.
- ⁷⁶⁵ [Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence review](#). PublicHealth England 2019;Sept.
- ⁷⁶⁶ Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav* 2019;97:111-21.
- ⁷⁶⁷ Davies J, Horowitz M, Montagu L, et al. [The government has a moral duty to help those harmed by prescribed dependence forming drugs](#). *BMJ* 2023;381:p1417.
- ⁷⁶⁸ Nugent T. Profile in courage: A beleaguered whistle-blower physician fights for patients and jobs – and wins. *Opednews* 2012;Nov 1.
- ⁷⁶⁹ Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav* 2019;97:111-21.
- ⁷⁷⁰ Gøtzsche PC, Sørensen A. [The review on antidepressant withdrawal that Cochrane won't publish](#). *Mad in America* 2020;Feb 11.
- ⁷⁷¹ Gøtzsche PC. [Complaint about Cochrane editors committing editorial misconduct](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;March 29; Gøtzsche PC. [Cochrane doesn't take editorial misconduct seriously](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;Aug 31; Gøtzsche PC. [Cochrane reviews of psychiatric drugs are untrustworthy](#). *Mad in America* 2023;Sept 14.
- ⁷⁷² Korsgaard P, Jensen JH. Producent: Pjat med jer! Afviser afhængighed af lykkepiller: Det kan ikke lade sig gøre. *Ekstra Bladet* 2012;Dec 11 and Depressionspiller kan gøre brugere afhængige. *Politiken* 2012;Dec 10.
- ⁷⁷³ Gøtzsche PC. Why we need a broad perspective on meta-analysis: It may be crucially important for patients. *BMJ* 2000;321:585-6.
- ⁷⁷⁴ Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018;391:1357-66.
- ⁷⁷⁵ Gøtzsche PC. What is the moral collapse in the Cochrane Collaboration about? *Ind J Med Ethics* 2019 Oct-Dec;4(4) NS:303-9.
- ⁷⁷⁶ Gøtzsche PC. [Complaint about Cochrane editors committing editorial misconduct](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;March 29.
- ⁷⁷⁷ Gøtzsche PC. [Cochrane doesn't take editorial misconduct seriously](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2023;Aug 31.
- ⁷⁷⁸ Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;4:CD013495.
- ⁷⁷⁹ Gøtzsche PC, Demasi M. Interventions to help patients withdraw from depression drugs: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2024;35:103-16.
- ⁷⁸⁰ Gøtzsche PC, Demasi M. Interventions to help patients withdraw from depression drugs: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2024;35:103-16.
- ⁷⁸¹ Demasi M, Gøtzsche PC. [Quitting antidepressants can be tricky](#) Substack 2023;April 25.

- ⁷⁸² Gøtzsche PC, Demasi M. [Interventions to help patients withdraw from depression drugs: A systematic review](#). medRxiv preprint 2023;March 14.
- ⁷⁸³ Gøtzsche PC. [Cochrane reviews of psychiatric drugs are untrustworthy](#). Mad in America 2023;Sept 14.
- ⁷⁸⁴ [Videos of talks presented at the inaugural symposium](#). Institute for Scientific Freedom 2019;Mar 9.
- ⁷⁸⁵ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 307.
- ⁷⁸⁶ Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002, page 226.
- ⁷⁸⁷ Timimi S. Children's mental health in the era of globalisation: neo-liberalism, commodification, McDonaldisation, and the new challenges they pose. In: Victor Olisah (ed), Essential Notes in Psychiatry; 2012.⁷⁸⁸ Gøtzsche PC. Psykofarmaka gör mer skada än nytta, Aftonbladet 2016;Sept 5.
- ⁷⁸⁹ Gøtzsche PC. [Antidepressants increase the risk of suicide and violence at all ages](#). Mad in America 2016;Nov16.
- ⁷⁹⁰ Gøtzsche PC. [Editorial misconduct: Finnish Medical Journal rejects paper on suicide risk](#). Mad in America 2017;Feb 22.
- ⁷⁹¹ Whitaker R. [Thou shall not criticize our drugs](#). Mad in America 2017;Sept 22.
- ⁷⁹² Stordrange IL. [The happy pill. She survived 10 years of "torture" in psychiatry](#). Documentary 2017.
- ⁷⁹³ Hoel A. [Cause of death: unknown](#). Documentary 2017;Mar 24.
- ⁷⁹⁴ Pedersen AT. [Diagnosing psychiatry](#). Documentary film 2017.
- ⁷⁹⁵ Pedersen AT. [Debat: Vi har ret til at undre os](#). Journalisten 2017;May 8.
- ⁷⁹⁶ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London:Radcliffe Publishing; 2013.
- ⁷⁹⁷ https://www.dr.dk/drtv/serie/psykiatriens-dilemma_103834
- ⁷⁹⁸ Pedersen AT. Det, fik du ikke at vide i DRs dokumentar om psykiatri. Psykiatriavisen 2019;June 9.
- ⁷⁹⁹ Christensen AS. [DR2 undersøger Danmark på piller](#). DR 2013;Mar 20.
- ⁸⁰⁰ [DR-kampagne undergraver tusinder af lægers arbejde](#). Dagens Medicin 2013;April 25.
- ⁸⁰¹ Thøuber M. [DR taler hverken for eller imod antidepressiv medicin](#). Dagens Medicin 2013;May 3.
- ⁸⁰² Thomsen PH, Plessen K, Houmann T, et al. [DR-serie kan skade børn med ADHD](#). Dagens Medicin 2013;May3.
- ⁸⁰³ Ditzel EE. [Psykiatri-professor om DR-historier: "Skræmmekampagne der kan koste liv."](#) Journalisten 2013;Apr11.
- ⁸⁰⁴ Gøtzsche PC. Psykiatriprofessors argumentation er misvisende. Politiken 2020; March 13.
- ⁸⁰⁵ Christensen BK. [Antidepressiv medicin genopbygger hjernen](#). Videnskab.dk 2014;Jan 9.
- ⁸⁰⁶ Arnone D, McKie S, Elliott R, et al. State-dependent changes in hippocampal grey matter in depression. MolPsychiatry 2013;18:1265-72.
- ⁸⁰⁷ Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019.⁸⁰⁸ Gøtzsche PC. [The decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. Freely available book.
- ⁸⁰⁹ [The honest professor and the fall of the Cochrane empire](#). Documentary film in preparation.
- ⁸¹⁰ Østergaard K. [Mor på antidepressiver begik selvmord](#). DR1 2013;Apr 15.
- ⁸¹¹ Heilbuth PE. Dårlig presseetik, Politiken. Politiken 2013;Apr 19.
- ⁸¹² Videbech P. [Overlæge: DR svigter mennesker med depression](#). Altinget 2016;Aug 31.
- ⁸¹³ Jensen S. [DR: Vi rejser vigtig debat om diagnoser](#). Altinget 2016;Sept 16.
- ⁸¹⁴ Gøtzsche PC. [The media's false narrative about depression pills, suicides, and saving lives](#). Mad in America 2023;Aug 23.
- ⁸¹⁵ Thisted K. Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død! Ekstra Bladet 2015;Oct 24.
- ⁸¹⁶ Ferrie A. [Antidepressants: I wasn't told about the side effects](#). BBC Scotland 2023;Aug 9.
- ⁸¹⁷ Gøtzsche PC. [Prescription drugs are the leading cause of death. And psychiatric drugs are the third leading cause of death](#). Mad in America 2024;April 16.
- ⁸¹⁸ Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. [Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review](#). J R Soc Med 2017;110:404-10.
- ⁸¹⁹ Spencer M. [The Carter Center's guide for mental health journalism: don't question, follow the script](#). Mad in America 2020;Feb 23.
- ⁸²⁰ Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. Politikens kronik 2014;Jan 6.
- ⁸²¹ Gøtzsche PC. [Psychiatry gone astray](#). Mad in America 2014;Jan 28.

- ⁸²² Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London:Radcliffe Publishing; 2013, page 232.
- ⁸²³ Schmidt AL. [Psykiaterformand: Overlæges forslag vil føre til flere selvmord](#). Politiken 2014;Jan 6.
- ⁸²⁴ Smith E. Farligt at sprede angst om psykofarmaka. Politiken 2014;Jan 16.
- ⁸²⁵ Kortegaard L. [Lisbeth Kortegaard: Skyd budbringeren – om overforbrug af psykofarmaka](#). Ugeskr Læger 2014;Jan 21.
- ⁸²⁶ Toft ON. Patienter og læger kritiserer Peter Gøtzsche. Altinget 2014;Jan 16.
- ⁸²⁷ Schmidt AL. Sundhedsminister: Psykisk syge bliver dobbelt ramt. Politiken 2014;Jan 18.
- ⁸²⁸ Smith AL. 870.000 patienter går i rette med overlæge Peter Gøtzsche. Politiken 2014;Jan 14.
- ⁸²⁹ Toft ON. Gøtzsche: Jeg siger bare sandheden. Altinget 2014;Jan 16 and Gøtzsche PC. [Når sandheden er ildehørt, skyder man budbringeren](#). Altinget 2014;Jan 14.
- ⁸³⁰ Andreassen JT. Vi ku' afskaffe al medicin og undgå alle bivirkninger. Weekendavisen 2014;Jan 17.
- ⁸³¹ Schmidt AL. Overlæge fortryder centralt udsagn i omblæst kronik: Jeg er blevet misforstået. Politiken 2014;Jan 17.
- ⁸³² Villesen K. [Polariseret sygdomsdebat](#). Information 2014;Jan 21.
- ⁸³³ Bruun CE. Er der en normal dansker til stede? Politiken 2014;Jan 23.
- ⁸³⁴ Middelboe T. Debat om psykofarmaka – nu med orkanstyrke. Dansk Psykiatrisk Selskabs Nyhedsbrev 2014;Jan.
- ⁸³⁵ Schmidt AL. Psykiaterne går i krig mod overlæge: Peter Gøtzsche er ekstrem og useriøs. Politiken 2014;Jan 17 and Kessing L, Nordentoft M, Middelboe T. Fup og fakta omkring psykofarmaka. Politiken 2014;Jan 17.
- ⁸³⁶ Gøtzsche PC. Toneangivende psykiatere er fortsat på afveje. Politiken 2014;Jan 21.
- ⁸³⁷ Döllner N. Voldemort. Dagens Medicin 2014;Jan 31.
- ⁸³⁸ Heissel A. [Peter, the wolf: Gøtzsche versus Gøtzsche](#). Dagens Medicin 2014;Jan 31.
- ⁸³⁹ Kortegaard L. [Peter Gøtzsche set gennem Dagens Medicins troldspejl](#). Dagens Medicin 2014;Feb 28. ⁸⁴⁰
- Kortegaard L. [Lisbeth Kortegaard: Klapjagten på Peter Gøtzsche fortsætter](#). Ugeskr Læger 2014;May 2. ⁸⁴¹
- Licht R, Nordentoft M, Bech P, et al. Ti veje til bedre psykiatrisk behandling. Altinget 2014;Feb 6.
- ⁸⁴² Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. Politikens kronik 2014;Jan 6 and Gøtzsche PC. [Psychiatry gone astray](#). Mad in America 2014;Jan 28.
- ⁸⁴³ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London:Radcliffe Publishing; 2013.
- ⁸⁴⁴ Schmidt AL. Omstridt professor bliver lagt på is efter angreb på medicin. Politiken 2014;March 25.
- ⁸⁴⁵ Toft ON. [Krag: Gøtzsche og Cochrane er ikke det samme](#). Altinget 2014;Jan 21.
- ⁸⁴⁶ Toft ONM. [Gøtzsches organisation tager afstand fra hans psykiatri-udtalelser](#). Altinget 2014;March 25.
- ⁸⁴⁷ Hemmingsen MA. [Internationalt Cochrane-netværk undsiger Peter Gøtzsche](#). Dagens Medicin 2014;March 28; Schmidt AL. Omstridt professor bliver lagt på is efter angreb på medicin. Politiken 2014;March 25; Larsen K. [Cochrane lægger afstand til Gøtzsche](#). Ugeskr Læger 2014;March 25.
- ⁸⁴⁸ Toft ONM. [Gøtzsches organisation tager afstand fra hans psykiatri-udtalelser](#). Altinget 2014;March 25.
- ⁸⁴⁹ Gøtzsche PC. [Cochrane-fjeren, der blev til fem høns](#). Dagens Medicin 2014;April 11.
- ⁸⁵⁰ Gøtzsche PC. [Unwarranted criticism of "Psychiatry gone astray."](#) Mad in America 2014;Feb 20.
- ⁸⁵¹ Drake RE, Binagwaho A, Martell HC, et al. Mental healthcare in low and middle income countries. BMJ 2014;349:g7086.
- ⁸⁵² Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? BMJ 2015;350:h2435. ⁸⁵³
- Tovey D, Churchill R, Adams CE, MacDonald G. [Rapid Response to the Maudsley debate](#). BMJ 2015;May 13. ⁸⁵⁴
- Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.
- ⁸⁵⁵ Shaw MD. Pernicious low tech issues in healthcare. HealthNewsDigest.com 2015;May 30.
- ⁸⁵⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=9oH9ovmmAXk>
- ⁸⁵⁷ Gøtzsche PC. [Rapid response to: Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good?](#) BMJ 2015;May 17.
- ⁸⁵⁸ Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019 and Gøtzsche PC. [Decline and fall of the Cochrane empire](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. Freely available.
- ⁸⁵⁹ Vogel G. Fresh fights roil evidence-based medicine group. Science 2018;362:735; Vesper I. [Mass resignation guts board of prestigious Cochrane Collaboration](#). Nature 2018;Sept 17; Enserink M. [Evidence-based medicine group in turmoil after expulsion of co-founder](#). Science 2018;Sept 16; Hawkes N. Cochrane director's expulsion results in four board members resigning. BMJ 2018;17 Sept;362:k3945; Burki T. The Cochrane board votes to

expel Peter Gøtzsche. Lancet 2018;392:1103-4; Hawkes N. Cochrane director says his sacking was flawed and came after "show trial". BMJ 2018;20 Sept,362:k4008.

⁸⁶⁰ Timimi S. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Psychosis 2020;12:99-100. [Freelyavailable here.](#)

⁸⁶¹ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.

⁸⁶² Rasmussen LI. Industriens markedsføring er meget, meget effektiv. Den har fået lægerne til at tro på, at eksempelvis antidepressiva er effektive lægemidler. Det er de overhovedet ikke. Politiken 2015;Aug 30:PS 8-9 and Rasmussen LI. Dansk psykiatri er ondt og er tilbage. Politiken 2015;Aug 30:4.

⁸⁶³ Johansen R. [Kritisk blik på psykiatrien](#). Tidsskrift for Den norske legeforening 2015;135:2201; Nilsson A, "Se upp! Om det behövs: Dra i nödbromsen innan det är för sent!" Psykologtidningen 2016;Nov 3; Due H. Medicinalindustriens dårlige samvittighed. Psykologernes Fagmagasin 2016;2:13-21; Bornäs H. Tonläget är föruppskruvat men kritiken värd att ta på allvar. Filosofi & Psykologi 2017;2:27-9; Oute J, Ringer A. [Psykiatrien i krise – en kamp om definitioner](#). Sygeplejersken 2014;7:78-82; Hedlund F. [Peter Gøtzsche på krigsstigen mot psykiatrien](#). Läkartidningen 2016;113:1448-51.

⁸⁶⁴ Barse M. ["Peter Gøtzsche: Én mand kan godt ændre videnskaben."](#) videnskab.dk 2015;Nov 13.

⁸⁶⁵ Pedersen FS. "Jeg kalder en spade en spade." Berlingske 2015;Nov 22:Magasin:18-9.

⁸⁶⁶ Appel MM. [Psykiatrien – læger uden grænser](#). Tidsskriftet Outsideren 2015;Oct 6.

⁸⁶⁷ Berglund G. [Starka ekonomiska intressen skyddar läkemedelsindustrin](#). Dala-demokraten 2016;Nov 8 and Sternlycke H. Avslöjanden om psykofarmaka. Miljömagasinet 2016;33:9.

⁸⁶⁸ Brinkmann S. Chokerende og læseværdig bog om psykiatriens konsekvenser lider under voldsom retorik. Politiken 2014;Oct 4.

⁸⁶⁹ Mysterud I. [På pasientenes side mot psykiatrien](#). Tidsskrift for Norsk psykologforening 2016; 53:396-8;

Mysterud I. [På pasientenes side mot psykiatrien](#). Helsemagasinet VOF 2016;March:38-43; Mysterud I. Deadly Psychiatry and Organized Denial. By P. C. Gøtzsche. Psychol Med 2017;47:1335-6.

⁸⁷⁰ From HP. [En pæn måde at skabe en kronisk patient på](#). Dagens Medicin 2015;Oct 23.

⁸⁷¹ Flyvbjerg A. Vejen til bedre psykiatri ligger klar foran os. Politiken 2015;Oct 20.

⁸⁷² Gøtzsche PC. Psykiatrien. Politiken 2015;Oct 28.

⁸⁷³ Gøtzsche PC. Usandheder i psykiaterformands boganmeldelse. Ugeskr Læger 2015;Oct 7.

⁸⁷⁴ Jacobsen TB. [Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse](#). Ugeskr Læger 2015;Sept 14.

⁸⁷⁵ Schmidt AL. "Jeg har fået patienter indlagt, som stoppede med medicin og forsøgte selvmord på grund af den debat, der kørte." Politiken 2015;Sept 5.

⁸⁷⁶ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015, page 161.

⁸⁷⁷ Rosenberg R. Peter Gøtzsche er ude i et uetisk korstog mod psykisk syge. Politiken 2015;Sept 1.

⁸⁷⁸ Madsen MAM. Peter Gøtzsche som nutidens korsridder. Politiken 2015;Sept 5.

⁸⁷⁹ Poulsen HD. Psykisk syge i knibe. Politiken 2015;Sept 9.

⁸⁸⁰ Mikkelsen JH. [Derfor opgiver psykiatere at gå i dialog med Gøtzsche](#). Dagens Medicin 2015;Oct 23.

⁸⁸¹ Korkeila J. Antipsykiatria 2.0. Suomen Lääkärilehti 2016;39:2465.

⁸⁸² Landén M. ["Gøtzsches bok är motsatsen till vetenskaplig hederlighet."](#) Läkartidningen 2015;Sept 12.

⁸⁸³ <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Kultur/recensioner/2016/09/Antipsykiatri/#comments>

⁸⁸⁴ Bang JR. [Evidensbaseret psykiatrisk behandling, hvad ellers?](#) Ugeskr Læger 2015;177:2155.

⁸⁸⁵ Schjøtt F. Psykiatri. Politiken 2015;Oct 29:9 and Schjøtt F. [Lundbeck, Lundbeck – über alles](#). DeadlyMedicines 2017;March 2.

⁸⁸⁶ Shipko S. [Organized denial: psychiatry's quiet desperation](#). Mad in America 2016;May 1.

⁸⁸⁷ Sharfstein S. Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad and the ugly. Psychiatric News 2005;40:3.

⁸⁸⁸ Davis JM, Giakas WJ, Qu J, et al. Should we treat depression with drugs or psychological interventions? A reply to Ioannidis. Philos Ethics Humanit Med 2011;6:8.

⁸⁸⁹ Glenthøj B, Baandrup L, Ebdrup B, et al. Bag myterne om antipsykotisk medicin. Politiken 2012;Oct 19.

⁸⁹⁰ Gøtzsche PC. ["Make Psychiatry Healthy": Analysis of a leaflet from the Danish Psychiatric Association](#). Mad in America 2021;Nov 4.

⁸⁹¹ Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. PLoS One 2010;5:e15337.

⁸⁹² Gøtzsche PC. [Brug mindre psykofarmaka, ikke mere](#). Jyllands-Posten 2023; Sept 14.

⁸⁹³ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 8.

⁸⁹⁴ https://netdoktor.dk/skizofreni/aarsager_til_skizofreni.htm

- ⁸⁹⁵ Trubetskoy V, Pardiñas AF, Qi T, et al. Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. *Nature* 2022;604:502-8.
- ⁸⁹⁶ Rammos A, Gonzalez LAN, The Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium 2, et al. The role of polygenic risk score gene-set analysis in the context of the omnigenic model of schizophrenia. *Neuropsychopharmacol* 2019;44:1562-9.
- ⁸⁹⁷ Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38:661-71 and Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2008;34:193-9.
- ⁸⁹⁸ Curtis D. Analysis of 50,000 exome-sequenced UK Biobank subjects fails to identify genes influencing probability of developing a mood disorder resulting in psychiatric referral. *J Affect Disord* 2021;281:216-9. ⁸⁹⁹ Torrey F, Simmons WW, Dailey L. The NIMH research portfolio: an update. *Psychiatrist.com* 2023;Aug 1.
- ⁹⁰⁰ Read J, Haslam N, Sayce L, et al. Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:303-18.
- ⁹⁰¹ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, chapters 2-4(freely available).
- ⁹⁰² Deeks JJ, Dinnes J, D’Amico R, et al. Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technol Assess* 2003;7:1-173.
- ⁹⁰³ Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37 and Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, et al. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry* 2013;170:609-15.
- ⁹⁰⁴ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 21.
- ⁹⁰⁵ Barber M. [Strengthening research integrity: The role and responsibilities of publishing](#). International Science Council 2021; Nov 3.
- ⁹⁰⁶ Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021.
- ⁹⁰⁷ Frankfurt HG. *On bullshit*. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
- ⁹⁰⁸ Kahnemann D. *Thinking, fast and slow*. London: Penguin Books; 2011.
- ⁹⁰⁹ Gøtzsche PC. [Psychiatry textbooks are filled with errors and propaganda](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2022;Aug 3.
- ⁹¹⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022.
- ⁹¹¹ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People’s Press; 2015 and Gøtzsche PC. *Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs*. Ann Arbor: L H Press; 2022.
- ⁹¹² de Vries YA, Roest AM, de Jonge P, et al. The cumulative effect of reporting and citation biases on the apparent efficacy of treatments: the case of depression. *Psychol Med* 2018;48:2453-5 and Boutron I, Dutton S, Ravaut P, et al. Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically nonsignificant results for primary outcomes. *JAMA* 2010;303:2058-64.
- ⁹¹³ Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? *PLoS Med* 2006;3:e240.
- ⁹¹⁴ Gøtzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People’s Press; 2015; Hróbjartsson A, Thomsen AS, Emanuelsson F, et al. Observer bias in randomised clinical trials with binary outcomes: systematic review of trials with both blinded and non-blinded outcome assessors. *BMJ* 2012;344:e1119; Hróbjartsson A, Thomsen ASS, Emanuelsson F, et al. Observer bias in randomized clinical trials with measurement scale outcomes: a systematic review of trials with both blinded and nonblinded assessors. *CMAJ* 2013;185:E201-11. ⁹¹⁵ Cole JO. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia; effectiveness: the National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 1964;10:246-61. ⁹¹⁶ Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paper-backs; 2015.
- ⁹¹⁷ Gronfein W. Psychotropic drugs and the origins of deinstitutionalization. *Social Problems* 1985;32:437-54. ⁹¹⁸ Boesen K, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA. EMA and FDA psychiatric drug trial guidelines: assessment of guideline development and trial design recommendations. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2021;30:e35,1-10.
- ⁹¹⁹ Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:2063-71.
- ⁹²⁰ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022, page 55.

- ⁹²¹ Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70:913-20.
- ⁹²² Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, et al. Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. *Lancet Psychiatry* 2018;5:432-42; Chen EY, Hui CL, Lam MM, et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c4024; Gøtzsche PC. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs. Ann Arbor: L H Press; 2022, page 32.
- ⁹²³ Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.
- ⁹²⁴ Danborg PB, Simonsen AL, Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. [Long-term changes in observed behaviour after exposure to psychiatric drugs: a systematic review of animal studies](#). Institute for Scientific Freedom 2017;Nov26.
- ⁹²⁵ Whitaker R, Gøtzsche PC. [The pervasive financial and scientific corruption of psychiatric drug trials](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom 2022;Mar 23.
- ⁹²⁶ Insel TR. Psychiatrists' relationships with pharmaceutical companies: part of the problem or part of the solution? *JAMA* 2010;303:1192-3; Harris G, Carey B, Roberts J. Psychiatrists, children and drug industry's role. *New York Times* 2007;May 10; Moynihan R. Is the relationship between pharma and medical education on the rocks? *BMJ* 2008;337:484-5.
- ⁹²⁷ Campbell EG, Weissman JS, Ehringhaus S, et al. Institutional academic industry relationships. *JAMA* 2007;298:1779-86.
- ⁹²⁸ Gøtzsche PC. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London: Radcliffe Publishing; 2013 and Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.
- ⁹²⁹ Schelin EM. Sund skepsis er den bedste medicin. *Ugeskr Læger* 2010;172:3361.
- ⁹³⁰ Insel T. Healing: our path from mental illness to mental health. New York: Penguin Press; 2022. ⁹³¹ Whitaker R. [Thomas Insel makes a case for abolishing psychiatry](#). *Mad in America* 2022;Apr 30. ⁹³² Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ⁹³³ Whitaker R. [Thomas Insel makes a case for abolishing psychiatry](#). *Mad in America* 2022;Apr 30.
- ⁹³⁴ Schopenhauer A. The art of always being right. London: Gibson Square; 2009.
- ⁹³⁵ Levine B. [How to explain top psychiatrists' "Dr. Strangelove exuberance" unchecked by reality](#). *Mad in America* 2025;June 6.
- ⁹³⁶ Bockoven JS, Solomon HC. [Comparison of two five-year follow-up studies: 1947 to 1952 and 1967 to 1972](#). *Am J Psychiatry* 1975;132:796-801.
- ⁹³⁷ Carpenter WT, McGlashan TH, Strauss JS. [The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions](#). *Am J Psychiatry* 1977;134:14-20.
- ⁹³⁸ Bola JR, Mosher LR. [Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project](#). *J Nerv Ment Dis* 2003;191:219-29.
- ⁹³⁹ Rappaport M, Hopkins HK, Hall K, et al. [Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated?](#) *Int Pharmacopsychiatry* 1978;13:100-11.
- ⁹⁴⁰ Chouinard G, Jones BD. [Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacologic characteristics](#). *Am J Psychiatry* 1980;137:16-21.
- ⁹⁴¹ Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. [Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia](#). *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37 and Ho BC, Andreasen NC, Nopoulos P, et al. [Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia](#). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:585-94.
- ⁹⁴² Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:406-14.
- ⁹⁴³ Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70:913-20.
- ⁹⁴⁴ Moilanen J, Haapea M, Miettunen J, et al. Characteristics of subjects with schizophrenia spectrum disorder with and without antipsychotic medication - a 10-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Eur Psychiatry* 2013;28:53-8.

- ⁹⁴⁵ Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, et al. [A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up](#). Schizophr Bull 2013;39:436-48.
- ⁹⁴⁶ Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. Schizophr Res 2017;182:42-8.
- ⁹⁴⁷ Jung E, Wiesjahn M, Wendt H, et al. Symptoms, functioning and coping strategies in individuals with schizophrenia spectrum disorders who do not take antipsychotic medication: a comparative interview study. Psychol Med 2016;46:2179-88.
- ⁹⁴⁸ Bjornestad J, Lavik KO, Davidson L, et al. Antipsychotic treatment - a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. J Ment Health 2020;29:513-23.
- ⁹⁴⁹ Whitaker R. [Drug info: Adults. Antidepressants](#). Mad in America. Undated.
- ⁹⁵⁰ Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, et al. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. Psychother Psychosom 2010;79:267-79.
- ⁹⁵¹ Posternak MA, Solomon DA, Leon AC, et al. The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. J Nerv Ment Dis 2006;194:324-9.
- ⁹⁵² Shea MT, Elkin I, Imber SD, et al. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Arch Gen Psychiatry 1992;49:782-7.
- ⁹⁵³ Coryell W, Endicott J, Winokur G, et al. [Characteristics and significance of untreated major depressive disorder](#). Am J Psychiatry 1995;152:1124-9.
- ⁹⁵⁴ Goldberg D, Privett M, Ustun B, et al. [The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities](#). Br J Gen Pract 1998;48:1840-4.
- ⁹⁵⁵ Dewa CS, Hoch JS, Lin E, et al. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. Br J Psychiatry 2003;183:507-13.
- ⁹⁵⁶ Patten SB. [The impact of antidepressant treatment on population health: synthesis of data from two national data sources in Canada](#). Popul Health Metr 2004;2:9.
- ⁹⁵⁷ Vittengl JR. Poorer long-term outcomes among persons with major depressive disorder treated with medication. Psychother Psychosom 2017;86:302-4.
- ⁹⁵⁸ Hengartner MP, Angst J, Rössler W. Antidepressant use prospectively relates to a poorer long-term outcome of depression: results from a prospective community cohort study over 30 years. Psychother Psychosom 2018;87:181-3.
- ⁹⁵⁹ Fava GA. [Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders?](#) Psychother Psychosom 1994;61:125-31; ⁹⁵⁹ Fava GA. [Holding on: depression, sensitization by antidepressant drugs, and the prodigal experts](#). Psychother Psychosom 1995;64:57-61; Fava GA. [Potential sensitising effects of antidepressant drugs on depression](#). CNS Drugs 1999;4:247-56; Fava GA. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? J Clin Psychiatry 2003;64:123-33.
- ⁹⁶⁰ El-Mallakh RS, Gao Y, Jeannie Roberts R. [Tardive dysphoria: the role of long term antidepressant use in inducing chronic depression](#). Med Hypotheses 2011;76:769-73.
- ⁹⁶¹ Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015 and Whitaker R. Den psykiatriske epidemi: Illusionen om mirakelpillen. Søborg: Psykovisions Forlag; 2013, page 24 (more countries are included in the Danish version).
- ⁹⁶² [Raine ADHD Study: Long-term outcomes associated with stimulant medication in the treatment of ADHD in children](#). Government of Western Australia 2010; Feb 7.
- ⁹⁶³ Currie J, Stabile M, Jones LE. [Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD?](#) National Bureau of Economic Research 2013; June.
- ⁹⁶⁴ [Questions and answers about the NIMH Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression \(STAR*D\) Study — Level 1 results, published in American Journal of Psychiatry · January 1, 2006](#). NIMH press release 2006; Jan.
- ⁹⁶⁵ [The Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Study \(MTA\): Questions and answers](#). NIMH 2009; Nov.
- ⁹⁶⁶ Whitaker R, Cosgrove L. Psychiatry under the influence: institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform. New York: Palgrave Macmillan; 2015.
- ⁹⁶⁷ Wikler D. "A crisis in medical professionalism." In: Ethics and the Business of Biomedicine (Arnold D, ed.). New York: Cambridge University Press; 2009, page 253.
- ⁹⁶⁸ Gøtzsche PC. [About not listening to people](#). Mad in America 2023; March 1.
- ⁹⁶⁹ Read J. [How psychiatrists responded to the launch of our new ECT survey](#). Mad in America 2024; Feb 29.

- ⁹⁷⁰ Mikkel S. Vejen ud af skizofreni Tidsskriftet Outsideren 2016;Feb 14.
- ⁹⁷¹ Timimi S. [Insane medicine: How the mental health industry creates damaging treatment traps and how you can escape them](#). Seattle: Kindle Direct Publishing; 2021.
- ⁹⁷² Collin S, Rowse G, Martinez AP, et al. Delusions and the dilemmas of life: A systematic review and meta-analyses of the global literature on the prevalence of delusional themes in clinical groups. Clin Psychol Rev 2023;104:102303.
- ⁹⁷³ Whitaker R. Anatomy of an Epidemic. New York: Broadway Paperbacks; 2010, page 319.
- ⁹⁷⁴ Gøtzsche PC. [Critical psychiatry textbook](#). Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022; Santaguida P, MacQueen G, Keshavarz H, et al. Treatment for depression after unsatisfactory response to SSRIs. Comparative effectiveness review No. 62. (Prepared by McMaster University Evidence-based Practice Center under Contract No. HHS 290 2007 10060 I.) AHRQ Publication No.12-EHC050-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012;April; Rink L, Braun C, Bschor T, et al. Dose increase versus unchanged continuation of antidepressants after initial antidepressant treatment failure in patients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind trials. J Clin Psychiatry 2018;79;17r11693; Samara MT, Klupp E, Helfer B, et al. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD011883.
- ⁹⁷⁵ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015; Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Stürmer T. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. JAMA Intern Med 2014;174:899-909; Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2011;68:128-37; Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. Schizophr Bull 2013;39:1363- 72.
- ⁹⁷⁶ Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. Arch Gen Psychiatry 2010;67:26-36.
- ⁹⁷⁷ Wood SJ, Ilomäki J, Gould J, et al. Dispensing of psychotropic medications to Australian children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic, 2013-2021: a retrospective cohort study. Med J Aust 2023;219:18-25.
- ⁹⁷⁸ Klau J, Gonzalez-Chica D, Raven M, et al. [Antipsychotic prescribing patterns in children and adolescents attending Australian general practice in 2011 and 2017](#). JCPP Adv 2023;4:e12208.
- ⁹⁷⁹ Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. Br J Psychiatry 2012;200:393-8.
- ⁹⁸⁰ Nielsen M, Gøtzsche P. An analysis of psychotropic drug sales. Increasing sales of selective serotonin reuptake inhibitors are closely related to number of products. Int J Risk Saf Med 2011;23:125-32.
- ⁹⁸¹ Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007;64:1123-31.
- ⁹⁸² Forbruget af antipsykotika blandt 18-64 årige patienter, med skizofreni, mani eller bipolar affektiv sindslidelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- ⁹⁸³ Notat om dosering af lægemidler i psykiatrien. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014;Oct 30.
- ⁹⁸⁴ Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. Br J Psychiatry 2006;188:122-7; Tenback D, Pijl B, Smeets H. All-cause mortality and medication risk factors in schizophrenia. J Clin Psychopharmacol 2012;32:31-5; Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A. Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. Br J Psychiatry 1998;173:325-9; Ray WA, Meredith S, Thapa PB, et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. Arch Gen Psychiatry 2001;58:1161-7; Ray WA, Chung CP, Murray KT, et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. N Engl J Med 2009;360:225-35.
- ⁹⁸⁵ Christensen DC. Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system. Portland: Jorvik Press; 2012.
- ⁹⁸⁶ Lien L, Reitan SK, Halvorsen NJN, et al. ["Pilleskam" i psykiatrien er et alvorlig samfunnsproblem](#). Aftenposten 2023;Aug 10.
- ⁹⁸⁷ Gøtzsche PC. [The media's false narrative about depression pills, suicides, and saving lives](#). Mad in America 2023;Aug 23.
- ⁹⁸⁸ Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015, page 163. ⁹⁸⁹ Rodriguez-Martin JL, Barbanoj JM, Schlaepfer T, et al. Transcranial magnetic stimulation for treating depression. Cochrane Database Syst Rev 2002;2:CD003493.
- ⁹⁹⁰ [Videos from International meeting: Psychiatric drugs do more harm than good](#). Copenhagen 2015;Sept 16.

- ⁹⁹¹ Gøtzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:37-42.
- ⁹⁹² Kroken RA, Kjelby E, Wentzel-Larsen T, et al. Time to discontinuation of antipsychotic drugs in a schizo-phrenia cohort: influence of current treatment strategies. *Ther Adv Psychopharmacol* 2014;4:228-39.
- ⁹⁹³ Gøtzsche PC. Long-term use of benzodiazepines, stimulants and lithium is not evidence-based. *ClinNeuropsychiatry* 2020;17:281-3.
- ⁹⁹⁴ Gøtzsche PC. *Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself*. Copenhagen: People's Press; 2019, page 116.
- ⁹⁹⁵ Poulsen HD. 2014: Året hvor patienten bliver taber. *Berlingske* 2013;Dec 26:37.⁹⁹⁶
- Gøtzsche PC. Medicinalindustriens mange løgne. *Jyllands-Posten* 2014;Jan 4.⁹⁹⁷
- [Kendt psykiater betalt af pilleindustrien](#). *MX.dk* 2014;Jan 24.
- ⁹⁹⁸ Gøtzsche PC. Days tomme postulat om psykiatrien. *Berlingske* 2015;Sept 12:16.⁹⁹⁹
- Kortegaard L. [Demagogi eller heksejagt: hvad er værst?](#) *Berlingske* 2014;Aug 23.¹⁰⁰⁰
- Poulsen HP. [Heksejagt på medicinalindustri](#). *Berlingske* 2016;Aug 12.
- ¹⁰⁰¹ Larsen K. [Voldgiftsret giver Gøtzsche medhold i strid med Day Poulsen](#). *Ugeskr Læger* 2014;Nov 19.
- ¹⁰⁰² Nielsen AS, Kortegaard LS. [Korrupt og paranoid kronik](#). *Berlingske* 2014;Jan 10.
- ¹⁰⁰³ Schmidt AL. Kendt psykiater: Tredobbelt dosis medicin er helt okay. *Politiken* 2014;Sept 9.
- ¹⁰⁰⁴ [Critical Psychiatry Network](#)
- ¹⁰⁰⁵ Winn D. Time to rethink psychiatry. *Human Givens Journal* 2015;22:28-32.
- ¹⁰⁰⁶ Middleton H. *Psychiatry reconsidered: from medical treatment to supportive understanding*. London:Palgrave Macmillan; 2015.
- ¹⁰⁰⁷ Moraros J, Nwankwo C, Patten SB, Mousseau DD. The association of antidepressant drug usage with cognitive impairment or dementia, including Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2017;34:217-26 and Coupland CAC, Hill T, Denning T, et al. Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study. *JAMA Intern Med* 2019;Jun 24.
- ¹⁰⁰⁸ Holmgren A, Gøtzsche PC. [Psykiatrien bør ændres radikalt: Danmark skal have tvangsfrie hospitaler](#). *Jyllands-Posten* 2024;April 1.
- ¹⁰⁰⁹ Sherlock C. [Adaption practice](#).
- ¹⁰¹⁰ Drachmann H. Klinikchef må ikke længere arbejde som psykiater. *Politiken* 2013;Feb 1.
- ¹⁰¹¹ Hildebrandt S. ["Det er monstrøse doser af medicin."](#) *Dagens Medicin* 2015;Oct 23.
- ¹⁰¹² Hildebrandt S. [Lars Søndergård mistænkes atter for at overmedicinere](#). *Dagens Medicin* 2015;Oct 23.
- ¹⁰¹³ Schmidt M. [Svar fra ledelsen i Psykiatrien Vest](#). *Dagens Medicin* 2015;Oct 23.
- ¹⁰¹⁴ Hildebrandt S. [Derfor er Lars Søndergårds supervisor sat under skærpet tilsyn](#). *Dagens Medicin* 2016;Mar 3.¹⁰¹⁵
- Gøtzsche PC. *Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs*. Ann Arbor: L H Press; 2022,page 147.
- ¹⁰¹⁶ [Striden om de antidepressiva medlen](#). *Sveriges radio* 2017;Aug 28.
- ¹⁰¹⁷ Svensson P. Så stoppade GU-professor allmänhetens insyn i läkemedelsforskning. *Göteborgs-posten* 2018;Jan 20 and Sternbeck P. Brallorna nere på professorn Elias Eriksson. *Equal* 2018;Jan 16.
- ¹⁰¹⁸ Riksdagens Ombudsman. Kritik mot Göteborgs universitet för handläggningen av en begäran om utlämnande av allmänna handlingar m.m. 2017;Dec 20:Dnr 7571-2016.
- ¹⁰¹⁹ Gøtzsche PC. [A new paradigm for testing psychiatric drugs is needed](#). *Mad in America* 2023;Feb 25.
- ¹⁰²⁰ Gøtzsche PC. [How peer reviewers and editors protected a failed paradigm for psychiatric drug testing](#). *Mad in America* 2023;March 10.
- ¹⁰²¹ Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- ¹⁰²² Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- ¹⁰²³ Moore J. [Robert Whitaker answers reader questions on Mad in America, the biopsychosocial model, and psychiatric history](#). *Mad in America* 2023;Dec 13.
- ¹⁰²⁴ Unrecognised facts about modern psychiatric practice. *Council for Evidence-based Psychiatry* 2014;Apr 16.¹⁰²⁵
- Gøtzsche PC. *Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs*. Ann Arbor: L H Press; 2022 (Dick Bijl, on the first page after the cover page).
- ¹⁰²⁶ Brogaard M. Depressive eksperimenterer med medicinen. *Videnskab.dk* 2014;Dec 28.¹⁰²⁷
- Coombes R. Having the last laugh at big pharma. *BMJ* 2007;334:396-7 and https://www.youtube.com/watch?v=sQw_cdhXGco.
- ¹⁰²⁸ [Motivational Deficiency Disorder](#). Video.

¹⁰²⁹ Moynihan R. Scientists find new disease: motivational deficiency disorder. BMJ 2006;332:745.

¹⁰³⁰ [Broken Medical Science](#). Institute for Scientific Freedom. Podcast series.

¹⁰³¹ [Film about the lack of scientific freedom](#). Donations can be made via this website.

¹⁰³² [Dr Peter Gøtzsche exposes big pharma as organized crime](#).

¹⁰³³ [Deep throat](#). The Daily Show 2014;Sept 16.

¹⁰³⁴ Pedersen AT. [Diagnosing psychiatry](#). Documentary film 2017.

¹⁰³⁵ [Film about the lack of scientific freedom](#). Donations can be made via this website.