

Et tåkete landskap



Langvarig bruk av psykofarmaka er både nødvendig og til det beste for pasienter med alvorlig psykisk sykdom, ifølge Helsedirektoratets behandlingsveiledere. Dette er stikk i strid med hva forskningen som vitenskapsjournalisten Robert Whitaker har gjennomgått, viser. Hvilken forskning skal man ha tillit til? Hvem skal man tro på?

TEKST

Per Olav Solberg

PUBLISERT 5. august 2015

Oslo, 25. november 2014:

Abstrakt forlag arrangerer dagskonferanse om psykiatriske legemidler i Filmens hus. Anledningen er lanseringen av vitenskapsjournalisten Robert Whitakers bok, *En psykiatrisk epidemi*.

Under konferansen holder han et 120 minutters foredrag som høster stor applaus. I foredraget formidler han blant annet hva internasjonale, fagfelleverderte forskningsartikler sier om konsekvenser av langvarig bruk av psykofarmaka blant personer med schizofreni og bipolare lidelser. Kort fortalt mener Whitaker at langtidsbruk av psykiatriske legemidler ved alvorlig psykisk sykdom nærmest er ødeleggende for pasientene. Psykososiale tiltak har langt større effekt og gir bedre fungering. Whitakers synspunkter er kontroversielle. De går imot mye etablert forskning på feltet, forskning som igjen skal danne grunnlaget for ulike behandlingsveiledere. Har Whitaker likevel en del poenger? (Se for øvrig intervju med

Whitaker i Psykologtidsskriftet nr. 2/15 for en grundig gjennomgang av hans hovedsynspunkter.)

Svært mange av de frammøtte på konferansen er pårørende til alvorlig psykisk syke. På vei inn til Filmens hus kommer jeg tilfeldigvis i snakk med en av dem, en mor til en schizofren mann i 20-årene som nå bor hjemme. Han er tungt medisinert, forteller hun. Sløv og vanskelig å få kontakt med. Apatisk. Hun ser en sønn som sakte, men sikkert forfaller og blir borte for henne. En helt fortvilet situasjon. Hun er redd det er den sterke medisineringsen som er grunnen. Derfor er hun på konferansen. For å høre en annen historie. Som kanskje kan gi litt håp.

Det er mange som denne moren i salen. Det merkes også på stemningen. Når det snakkes om medisinfrie tilbud, applauderes det. Skepsisen til psykiatriske medisiner er til å ta og føle på. Som utenforstående journalist – uten sterke følelser i den ene eller andre retning, uten behov for å ta stilling – vekker seansen og stemningen nysgjerrighet.

Mot slutten av konferansedagen er det duket for paneldebatt hvor Whitakers bok skal diskuteres. Psykiateren i panelet heter Magnus Hald, klinikkjef ved Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Det er noe Hald sier, som jeg særlig fester meg ved. Han tilskriver i stor grad den utstrakte bruken av psykofarmaka til diagnosesystemet: For å få rett til behandling må pasientene få en diagnose. Når diagnosen er satt, utløser det behandling basert på diagnosen. Hvis diagnosen som settes, for eksempel er bipolar lidelse type 1, er det behandlingsveilederen for denne sykdommen som gjelder. (Mer om denne veilederen senere.) Og her inngår psykofarmaka som en helt sentral og nødvendig del av behandlingen. «Diagnosene er motorveien til legemiddelindustrien», ble det også sagt under debatten. Er det slik?

Whitaker vs Malt

Noen temaer innenfor psykisk helsefeltet er vanskeligere å gripe fatt i enn andre. Bruken av psykiatriske legemidler og hva de fører til, er ett av dem. Forskingen og meningene spriker. Temaet vekker i tillegg sterke følelser. Det er lett å bli forført, lett å være enig i det sist framførte argumentet, uansett fra hvilken side det kommer. Hvem har rett – hvem tar feil?

Mens jeg jobber med denne saken, leser jeg en fersk bok av psykiateren Jørgen C. Bramness med tittelen *Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning*. I kapittelet som handler om reproduserbarhet, skriver han:

Kan ikke et resultat reproduseres, er det stor sjanse for at det man har funnet i én undersøkelse, til tross for at metoden er god, bare skyldes en tilfeldighet. Reproduserbarhet er forskningens viktigste beskyttelse mot feil. Vi kan ikke stole på resultatet om det ikke lar seg reproducere. Da er det alarmerende at kanskje så mye som 50 prosent av all forskning som publiseres i dag, ikke lar seg reproducere.

50 prosent er mye. Enkeltfunn har liten eller ingen verdi hvis de ikke kan reproduseres, ifølge Bramness. Så hvor skal man begynne å lete etter «sannheten» om psykofarmakabruk?

I denne saken endte jeg opp med å lete i hodet til psykiateren Ulrik Fredrik Malt. Det er det minst tre grunner til. For det første er Malt en av Norges fremste psykiatere og medforfatter av boken *Lærebok i psykiatri* (2012) som brukes ved landets utdanningsinstitusjoner. Både studenter i medisin og psykologi har boken på pensum; det som formidles her, vil også videreformidles til pasienter og brukere: som synet på og årsaken til ulike psykiatriske lidelser. Diagnosekriterier. Behandlingsformer. Og mer konkret hvordan man tenker at psykiatriske legemidler skal brukes i behandlingen. «Alt» står her. Og dermed forvalter forfatterne en ikke ubetydelig makt over psykisk helsefeltet.

For det andre er Malt fagmedarbeider i Store norske leksikon (SNL), hvor han har skrevet hele 817 artikler innenfor områdene psykologi og psykiatri, i tillegg til å ha vært fagkonsulent på 91 artikler. Malt har dermed også en viss innflytelse over opinionens oppfatning av psykologi og psykiatri.

Den tredje grunnen er intervjuet med Malt i seg selv. Det ble ikke slik jeg hadde forventet. Og mye av det han sa i løpet av nesten to klokke timer, fortjener å komme på trykk.



KONTROVERSIELL Forskningsjournalist
Robert Whitaker er forfatteren bak boken

Resepsjonen av Whitaker

Men før vi kommer så langt, skal vi se litt nærmere på hva Robert Whitaker selv mener, og hvordan Whitaker blir lest og tolket.

I intervjuet i Psykologtidsskriftet i februar sier han følgende:

– Over kort tid kan de (les: psykofarmaka) være til hjelp for mange mennesker, og noen kan ha nytte av dem over lengre tid. Men i det store og hele øker medisinene sannsynligheten for at en person blir kronisk syk og får nedsatt funksjonsevne. Jeg vet at dette er kontroversielt, men det er hva en grundig gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen viser, sier Whitaker.

Mot slutten av det samme intervjuet blir han stilt dette spørsmålet:

– Du er ikke lege eller direkte involvert i disse studiene som profesjonell forsker, ei heller har du utdannelse i noe helsefag. Det du hevder, synes å motsi et helt laug av toppskolerte fagfolk innenfor deres eget revir. Hvorfor skulle noen i det hele tatt ta meningene dine på alvor?

– Svaret på det er enkelt: Jeg er bare budbringeren i dette. Jeg ledet ikke disse studiene, jeg har heller ikke noen personlige interesser involvert. Jeg er en journalist som i lang tid har skrevet om medisin og forskning, og alt jeg har gjort i denne boken, er å rapportere om hva forskningslitteraturen sier om langtidseffekter av psykiatriske legemidler. De studiene jeg bygger på, er finansiert av NIMH, WHO og andre lands myndigheter, og resultatene er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Alt jeg har gjort, er å sette dette sammen til en sammenhengende fortelling, sier Whitaker.

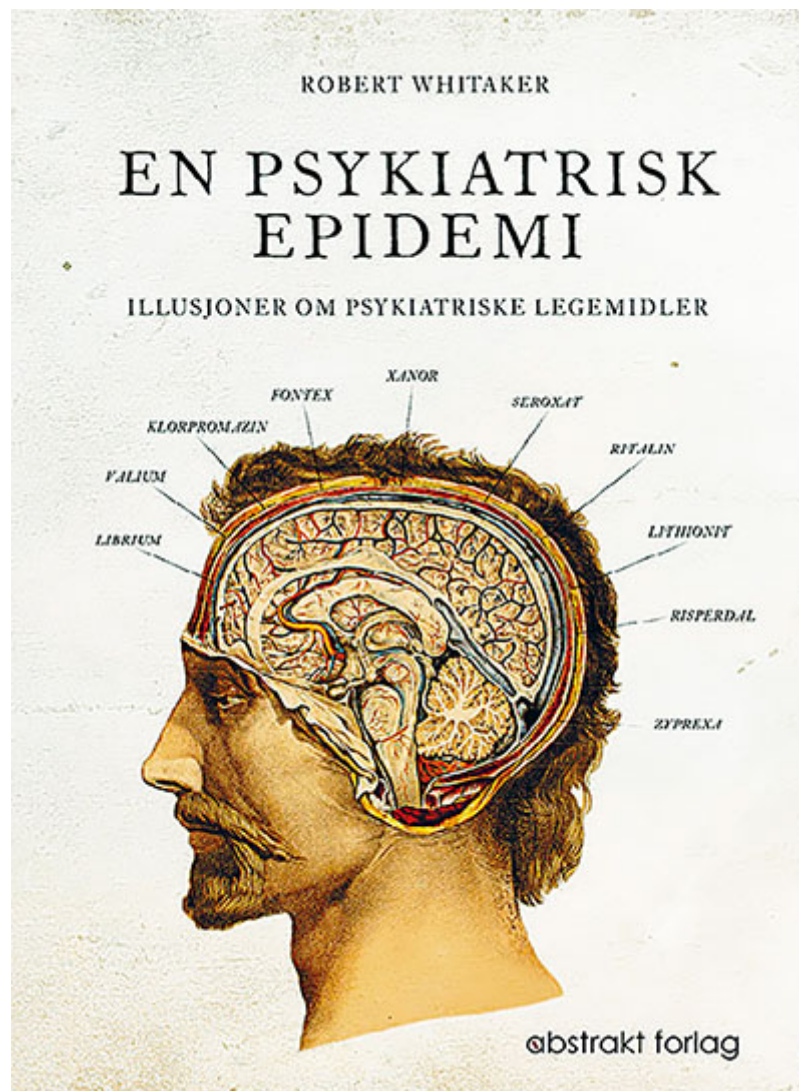
Det høres overbevisende ut når Whitaker sier det slik. Men kan man ta det han sier, for god fisk?

Et nettsøk på Whitakers bok gjør saken ytterligere komplisert. Resepsjonen av boken er tvetydig. Noen kommer med sterke kritiske innvendinger, mens andre mener Whitaker i hovedsak har helt rett. Og da må man igjen spørre: Hva er motivasjonen til de som kritiserer og applauderer? Hvilken agenda og hvilke interesser har de?

Et illustrerende eksempel: Når man googler «robert whitaker and critics», kommer det opp en lang rekke treff. Det aller første – og dermed mest leste og siterte – viser til en anmeldelse skrevet av Dr. E. Fuller Torrey, grunnleggeren av «Treatment Advocacy Center» i USA. Anmeldelsen er lang og svært grundig.

Torrey gir Whitaker rett i at det er for tette bånd mellom legemiddelindustrien og helsevesenet, samt at psykiatere kan være for slepphendte med å gi medikamentbehandling for mindre alvorlige psykiske lidelser og tilstander. Men når det kommer til schizofreni, har Whitaker misforstått det aller meste, ifølge Torrey. Han

sabler ned Whitakers tolkninger av de vitenskapelige artiklene han har gjennomgått, og mener han ikke har ryggdekning for å hevde at langvarig bruk av psykofarmaka kan ha katastrofale konsekvenser for mennesker med schizofreni. Som Torrey skriver: «When it came to schizophrenia and antipsychotic drugs, however, Whitaker got it mostly wrong.» Teksten virker overbevisende, og da jeg har lest den ferdig, står jeg på Torreys side. Jeg leter mer og finner ut at Whitaker har svart på Torreys anmeldelse – i en enda lengre tekst – på madinamerica.com. Nettstedet har generelt en kritisk holdning til bruk av psykofarmaka, og Whitaker er selv en av initiativtakerne bak. Teksten er en grundig tilbakevisning av Torreys argumenter. Når jeg i tillegg finner ut at Torreys nettsted og organisasjon er en svært aktiv pådriver for tvangsmedisinering av personer med alvorlige psykiske lidelser, blinker varsellampene rødt: Jeg er igjen på Whitakers side. Og slik kan man holde på – lese artikler for og imot, hvor ulike interesser ligger bak – uten at man egentlig trenger dypere ned i materien. Også derfor ender jeg opp på kontoret til Ulrik Fredrik Malt.



MEDISINKRITISK | *En psykiatrisk epidemi* gjennomgår Whitaker en mengde forskning på effekten av psykofarmaka, særlig i USA, hvorpå forfatteren konkluderer med at medisiner øker sannsynligheten for

Malts verden

Ullevål sykehus, 18. mai 2015:

Ulrik Malt er noen minutter forsinket, men til gjengjeld godt forberedt. Han har finlest intervjuet med Robert Whitaker fra februarutgaven og funnet ut at intervjuet inneholder 11 konklusjoner og 25 enkeltpåstander. Nå vil han gå gjennom det hele. Malt gjør oppmerksom på at han ikke har lest Whitakers bok; det han sier, er basert på intervjuet, som for øvrig Whitaker har sitatgodkjent.

Målet med dette intervjuet, for min egen del, er å få mer innsikt i kunnskapsgrunnlaget bak den utstrakte bruken av psykofarmaka blant alvorlig psykisk syke.

– Whitaker mener mye av kunnskapsgrunnlaget bak psykofarmakabruk blant pasienter som lider av schizofreni, er basert på en hypotese som er helt feil: Sykdommen kommer av en kjemisk ubalanse i hjernen – legemidlene gjenoppretter balansen. Hvor står denne hypotesen i dag?

– Leser du oppdaterte lærebøker om psykiatri, vil du se at hypotesen er forlatt. Den kommer fra den svenske farmakologen Arvid Carlsson, som også har vunnet Nobelprisen i medisin. Carlsson påviste at de første psykiatriske legemidlene som kom på 50-tallet, klarte å manipulere eller modifisere dopamin-nivået i hjernen. Derfra kom teorien om en kjemisk ubalanse av dopamin. Men hypotesen var altfor unøyaktig. Etter at den nevrobiologiske forskningen kom for fullt, har vi nå metoder for å måle ulike transmittere som dopamin. Effekten av psykofarmaka er å modifisere eller endre transmitterfunksjonen, ikke å balansere den. Et eksempel her er det antidepressive legemiddelet tianeptin. Det øker gjenopptaket et av serotonin i spalten mellom to nerveceller (synapsen) i motsetning til andre antidepressive legemidler (SSRI) som hemmer gjenopptaket. Tianeptin fungerer likevel antidepressivt.

– Whitaker mener det brukes altfor mye psykofarmaka i dagens behandling av psykisk syke. Er du enig med ham i det?

– Ja. Psykiatere bør tilstrebe en mer forsiktig og selektiv bruk, spesielt gjelder det antipsykotiske legemidler. Mange får psykofarmaka som ikke skulle hatt det, eller i altfor høye doser. Men det er også mange som ikke får psykofarmaka som ville hatt utbytte av det.

– Hvorfor har det blitt slik?

– Jeg tror det er for lite utdannelse i psykofarmakologi. Dette feltet er det mange psykiatere og psykologer som blander seg oppi uten å ha nødvendig kunnskap til å differensiere godt nok. Inntrykket mitt er at man først forsøker en eller annen psykologisk intervensjon, og fungerer ikke det, smører man ukritisk på med et eller annet psykofarmakum. Når det er sagt, tenker jeg også at psykoterapi, og da særlig kognitiv adferdsterapi, brukes like ukritisk.

– *Men det er vel de ulike behandlingsveilederne fra Helsedirektoratet som danner mye av grunnlaget for behandlingsrutinene etter at pasientene har fått en diagnose?*

– Behandlingsveilederne er et stort problem og fører til mye feilbehandling. Mange av dem er for unyanserte og overfladiske. For noen år tilbake satt jeg i et utvalg med 7–8 personer oppnevnt av Helsedirektoratet som skulle utarbeide nye retningslinjer for behandling av bipolare lidelser. Den andre psykiateren i utvalget var Trond Aarre. Men da utkast til veileder forelå, trakk jeg meg.

Veilederen Malt snakker om, heter «Bipolare lidingar. Nasjonale faglege retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidingar», som kom ut senhøsten 2012.

– *Hva var det du reagerte på?*

– Jeg opplevde en ukritisk holdning til forskningen som finnes på feltet. Mange av studiene utvalget konkluderte ut fra, holdt ikke mål. Du kan ikke trekke slutninger ut fra en studie som for eksempel tilsynelatende viser at et antipsykotikum er utmerket som behandling av bipolare depresjoner hvis studien ikke er god nok. Da må du se bort fra den. Det holder heller ikke å lese oppsummeringer av ulike studier og konkludere ut fra dem. Man må grundigere inn i materien. Resultatet ble en altfor kategorisk veileder med til dels feilaktige behandlingsanbefalinger.

– *I den nevnte veilederen anbefales langvarig behandling med medikamenter for nesten alle personer med bipolar lidelse type 1. Du er altså ikke enig i dette?*

– Både og. Det er ofte riktig hvis personen har hyppige episoder, og da er litium førstevalget. Men det må gjøres individuelle vurderinger. Selv om mange pasienter får denne diagnosen, betyr det ikke at alle skal få samme, spesifikke, behandling. Hvis man er så kunnskapsløs at man tror dette, da kan man ikke psykiatri. Da må man lese læreboken. Årsakene til bipolar lidelse type 1 kan være forskjellige, og det må du ta hensyn til når du skal velge behandlingsform.

På kort og lang sikt

– *Whitaker viser til studier som viser at langvarig bruk av psykofarmaka blant pasienter med schizofreni kan være svært ødeleggende. Pasienter kan oppnå langt bedre fungering gjennom psykososiale intervensjoner. Han viser blant annet til Jaakko Seikkula-miljøet i Finland og «Åpne samtaler»-modellen, som har gitt gode resultater. Hva er dine tanker rundt dette?*

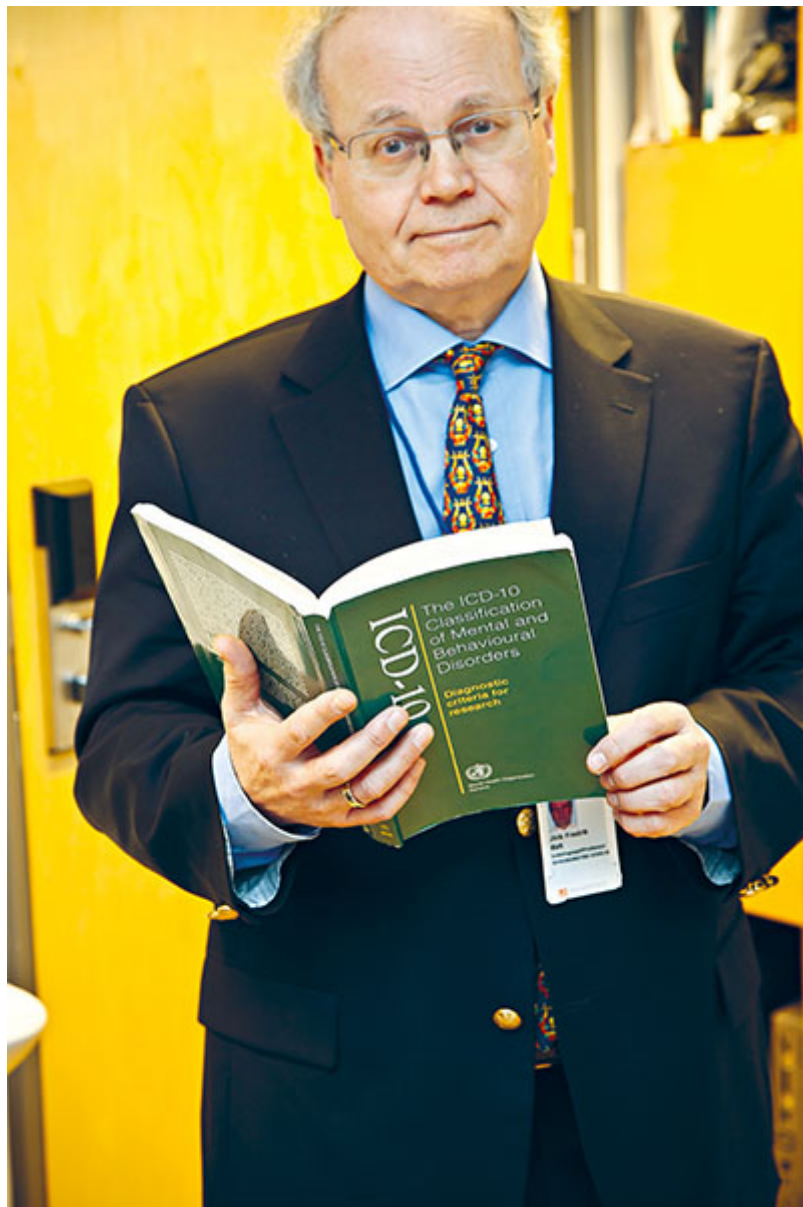
– Nå er ikke schizofreni mitt spesialfelt, men jeg vet at Seikkulas resultater er omdiskuterte, og det er vanskelig å generalisere ut fra disse og konkludere med at en dialogmodell er bedre enn andre alternativer. I Danmark holder man for eksempel på med en egen behandlingsmetode for schizofreni, utviklet av psykiater Merete Nordentoft. Den har vist seg effektiv, men her inngår det medikasjon i tillegg til psykososiale intervensjoner. Vi skal være klar over at hovedpoenget med psykofarmaka i behandlingen av schizofreni er å dempe aktive psykotiske symptomer slik at pasientene blir tilgjengelige for psykososial behandling. Når man går inn og ser på ulike beskrivelser av personer som var innlagt for psykoselidelser på 50-tallet, før

psykofarmaka ble tatt i bruk, er det slående å lese om hvor syke pasientene var, og hvor mye bedre de fikk det etter at psykofarmaka kom på markedet. Når det er sagt, er jeg enig med Whitaker i at vi trenger flere langtidsstudier av schizofrene som viser hvordan psykofarmaka virker. Vi vet ikke nok om dette ennå, sier han.

Her må vi stoppe litt opp. I sin bok bruker Whitaker en god del sider på én bestemt langtidsstudie, signert Martin Harrow. Det spesielle med studien er at perspektivet er så mye lengre enn det man normalt finner. Forskeren har fulgt 64 schizofrenipasienter og 81 pasienter med andre psykotiske lidelser over en periode på hele 20 år fra 1990-tallet og framover. Den ene gruppen pasienter fikk psykofarmaka gjennom hele denne perioden, mens den andre ikke fikk det. Resultatene av studien er oppsiktsvekkende. Alle indikatorer viser at gruppen som ikke fikk psykofarmaka, klarte seg langt bedre enn de andre: Langt færre psykotiske symptomer, langt mindre angst samt bedre kognitive funksjoner, for å nevne noe. Men kan man ha tillit til denne typen enkeltstudier?

Ulrik Malt hadde ikke lest denne enkeltstudien da jeg intervjuet ham. Derfor sendte jeg den til ham i etterkant, slik at han kunne kommentere den. I sitt grundige e-post-svar konkluderer Malt blant annet med følgende:

«Det er en interessant artikkel som jeg ikke hadde lest, og som jeg glad for at jeg fikk lese. Den tar opp spørsmålet om tap av respons over tid som lenge har vært diskutert innenfor psykofarmakologi. At det kan forekomme, er dog ingen nyhet. Men omfanget er uklart. Denne studien antyder at det er høyere enn man har trodd. Men studien er ikke randomisert. Det er derfor sannsynlig at de som i sin tid fikk antipsykotika, var vurdert annerledes enn de som ikke fikk antipsykotika. Det vil i neste omgang også gjøre at forløpet kan bli ulikt uten at dette behøver å ha noe med antipsykotika å gjøre. Studien til Harrow gir ikke noe endelig svar på langtidseffekter av antipsykotika ved schizofreni, men understreker igjen at vi trenger langtidsstudier; at det er et problem at mange behandlingsanbefalinger er basert på korttidsstudier, og at vi må få mer data om hvem som ikke trenger psykofarmakologisk behandling. For øvrig er det min klare oppfatning at det brukes for mye antipsykotika i dag, men det sier ikke studien noe om, selv om det vel ligger implisitt i formuleringene.»



VET IKKE NOK Ulrik Fredrik Malt mener det er for få langtidsstudier om langtidseffekter av antipsykotika ved schizofreni. Foto: Arne Olav L. Hageberg

«- Behandlingsveilederne er et stort problem og fører til mye feilbehandling»

Ulrik Malt

Den åpenbare årsaken til at det finnes så få langtidsstudier, er at det tar så lang tid å gjennomføre dem sammenliknet med korttidsstudier. Behandlingsanbefalinger bygger på sammenstillinger av mange undersøkelser (metaanalyser). Da blir det nødvendigvis slik at det store antallet korttidsstudier skaper mest evidens i forsknings- og behandlingkretser. Er ikke dette et problem?, spør jeg Malt om i en oppfølgingsmail:

«Det er riktig at korttidsstudier er billigere og lettere å gjennomføre, men legemyndigheter forlanger nå også at det foreligger langtidsstudier med

varighet av minst ett år før de vil vurdere om et nytt legemiddel skal godkjennes for bruk. Men det er riktig at flere korttidsstudier vil gjøre at disse skaper mest evidens i en metaanalyse. Men de sier jo bare noe om evidens for den tidsperioden de omfatter. Problematisk blir det først hvis korttidsstudier tolkes som at disse kan generaliseres også til langtidsbruk.»

Riktig behandling

Tilbake til intervjuet 18. mai. Robert Whitaker baserer seg først og fremst på en amerikansk virkelighet når han beskriver alt fra legemiddelindustrien til schizofrenipasienter. Spørsmålet er hvor relevant kritikken hans er i en norsk kontekst.

– Mye er ikke relevant. Jeg reagerer for eksempel på den generelle og enkle måten Whitaker snakker om schizofreni på. Sykdommen er i virkeligheten en heterogen lidelse som kan skyldes mange ting, som eksempelvis genetiske faktorer, skader under graviditet og fødsel eller hodeskader, for å nevne noe. Vi ser også schizofreni som en komplikasjon til en rekke somatiske sykdommer. Hva som er årsaken, vil også bestemme behandlingsformen. Dette later ikke Whitaker til å ta innover seg. Det kommer muligens delvis også av at man i USA tidligere har hatt et langt videre og mer generelt schizofrenibegrep enn i Europa. Det betyr at lidelser som blir klassifisert som schizofreni i USA, ikke nødvendigvis blir klassifisert på samme måte her.

– *En av Whitakers kjepphester er at man ikke kan stole på psykofarmakologisk forskning fordi den finansieres av legemiddelindustrien selv. Her har vel Whitaker et poeng?*

– Ikke nødvendigvis. For det første må man skille mellom norsk og amerikansk kontekst. I USA er det et kjempeproblem at psykiatere kan tjene mange hundre tusen kroner på studier finansiert av legemiddelindustrien. Drift av en avdeling kan være avhengig av at man får forskningsmidler fra industrien. Da kan forskningen ha et troverdighetsproblem. I Norge er det annerledes. Legemiddelindustrien betaler for forskningen her også, men årsaken er at Forskningsrådet ikke vil finansiere den. De mener at forskning er nødvendig, men at det er for dyrt til at det offentlige skal betale. I motsetning til i USA har forskerne i Norge ingen personlig økonomisk vinning. Et eksempel: Jeg har gjennomført en studie hvor vi undersøkte virkningen av to ulike antidepressiver kombinert med psykologisk støttebehandling i vanlig legepraksis sammenlignet med kun placebo og psykologisk støttebehandling. Finansieringen kom fra legemiddelselskapet. Men vi tok ikke en krone i honorar, vi gjorde alt selv som ledd i vår universitetstilknytning og beholdt og eide dataene selv. Og vi publiserte resultatene ut fra det vi fant. Legemiddelfirmaet hadde mulighet til å kommentere våre funn, men konklusjonene stod vi fullt og helt for.^[1] Dette er en ryddig forskningsdesign som jeg ikke ser det store problemet med. Når det er sagt, er det min mening at man ikke uten videre kan tilbakevise all forskning gjennomført av legemiddelfirmaer. De har i dag svært strenge krav til redelighet og pålitelighet. Ja, kvalitetskontrollen vil ofte overgå det som gjelder for psykoterapiforskning, som i dag ofte mangler ekstern kvalitetskontroll, sier Malt.

– Til slutt: Den irske psykiateren og professoren David Healy sier at ved medisinerer er legens oppgave å finne «*the right medication for the right person at the right time.*» Enig?

– Ja, absolutt, selv om jeg er uenig i mye av det Healy for øvrig sier. I «gamle dager» sa vi at 1/3 av pasientene som led av schizofreni, ble helt bra med en kombinasjon av antipsykotika og psykoterapi, 1/3 ble symptomatisk bedre uten at de kom tilbake i full funksjon, mens for den siste 1/3 hadde medikamenter / psykososial intervensjon ingen effekt. Det er kunnskap som i prinsippet gjelder fortsatt. Det vi som forskere må finne ut, er hvilke pasienter som har utbytte av legemidler, og hvilke som ikke har det. Det gir ingen mening å gi psykofarmaka til pasienter som ikke burde hatt dem. Og det samme gjelder også for ulike psykologiske metoder og intervensjoner, skynder Ulrik Malt seg å understreke.

– – –

Malt sa mer enn dette i løpet av de to timene vi snakket sammen. Jeg tror likevel det viktigste har kommet fram. Hva sitter jeg igjen med? Først og fremst dette:

Kunnskapsmangel er grunnen til at det foreskrives for mye psykofarmaka i Norge i dag. Både kunnskapen vi har, men som ikke tas godt nok i bruk, og kunnskapen vi ikke har (f.eks. flere langtidsstudier) og hvor man trenger mer forskning for å få mer sikker viten. Dersom Ulrik Malt har rett, må kunnskapen fra lærebøker og metastudier finne en langt bedre vei både til behandlingsveiledere og til psykiatere og leger enn det den synes å gjøre i dag. Det fortjener både pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner som WSO hvor tilliten til psykiatrien er svært liten. ×

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 8, 2015, side 686-692

TEKST

Per Olav Solberg, redaksjonssjef