



PSZICHIÁTRIAI MEGTÉVESZTÉS

Az orvoslás aláaknázása

Jelentés és ajánlások a
pszichiátria egészségügyre kifejtett hatásáról

Kiadja az
Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért
Alapítva 1969-ben





FONTOS FIGYELMEZTETÉS

Az olvasónak

A pszichiátriai szakma azt állítja, hogy ők az egyedüli döntéshozók és szakértők a mentális egészségügy területén, valamint az elme „megbetegedéseinek” kérdésében. A tények azonban egészen mást mutatnak:

1. A PSZICHIÁTRIAI „ZAVAROK” NEM ORVOSI

BETEGSÉGEK. Az orvostudományban szigorú kritériumai vannak annak, hogy milyen állapotot lehet betegségnek nevezni: a tünetek egy előre meghatározható csoportja, valamint a tünetek okai vagy azok fiziológiájáról (működéséről) alkotott megértés bizonyított és megalapozott kell, hogy legyen. A hidegrázás és a láz: ezek tünetek. A malária és a tüdőgyulladás: ezek betegségek. A betegségek létezését objektív bizonyítékok és fizikai vizsgálatok bizonyítják. Azonban soha egyetlen mentális „betegségről” sem bizonyították be orvosi szempontból, hogy létezik.

2. A PSZICHIÁTEREK KIZÁRÓLAG MENTÁLIS „ZAVAROKKAL” FOGLALKOZNAK, NEM BIZONYÍTOTT BETEGSÉGEKKEL.

Míg a testi orvoslás fő áramlata betegségeket kezel, a pszichiátria csak „zavarokkal” tud foglalkozni. Az okok vagy a fiziológiai elváltozások ismeretének hiányában a tünetek ilyen vagy olyan együttesét, amelyet sok különböző páciensen meg lehet figyelni, *zavarnak vagy szindrómának* hívják. A Harvard Egyetem pszichiátere, Joseph Glenmullen azt mondja, hogy a pszichiátriában „minden diagnózis pusztán a szindrómák [vagy zavarok] leírásából áll; a tünetek olyan csoportjait írják le, amelyekről azt feltételezik, hogy kapcsolatban állnak egymással, de ezzel nem betegségeket azonosítanak”. Ahogy Dr. Thomas Szasz, a pszichiátria nyugalmazott professzora fogalmaz: „Nincs semmilyen vér- vagy egyéb laboratóriumi teszt, amely bizonyítaná egy mentális betegség meglétét vagy hiányát, szemben a legtöbb testi betegséggel.”

3. A PSZICHIÁTRIA SOHA NEM ÁLLAPÍTOTTA MEG EGYETLEN „MENTÁLIS ZAVAR” OKÁT SEM. A vezető pszichiátriai testületek, mint a Pszichiátriai Világszövetség vagy az amerikai Mentális Egészségügyi Intézet maguk is elismerik, hogy a pszichiáterek nem

tudják, hogy mi az oka vagy mi a gyógymódja bármelyik mentális zavarnak, vagy hogy a pszichiátriai „kezelések” pontosan mit tesznek a páciensekkel. Csak különféle elméleteik és egymásnak is ellentmondó véleményeik vannak a diagnózisokról és módszerekről, ezeknek azonban nincs semmiféle tudományos alapja. Ahogy a Pszichiátriai Világszövetség egyik korábbi elnöke megállapította: „Az az idő, amikor a pszichiáterek úgy gondolták, hogy meg tudják gyógyítani a mentálisan beteg embereket, elmúlt. A jövőben a mentális betegeknek meg kell tanulniuk együtt élni a betegségükkel.”

4. AZ AZ ELMÉLET, HOGY A MENTÁLIS ZAVAROKAT AZ AGY „KÉMIAI EGYENSÚLYZAVARA” OKOZZA, EGY TUDOMÁNYOSAN NEM MEGALAPOZOTT VÉLEMÉNY, NEM TÉNY.

Az egyik uralkodó pszichiátriai elmélet (ami a pszichotróp gyógyszerek gyártását és forgalmazását megalapozta) az, hogy a mentális zavarokat valamilyen agyi kémiai egyensúlyzavar okozza. A többi hasonló elmélethez hasonlóan ennek sincs biológiai vagy egyéb tudományos bizonyítéka. Egy jelentős, orvosokból és biokémiai szakértőkből álló csoport képviselője, Elliot Valenstein, Ph.D., *Az agy hibáztatása* (Blaming the Brain) című könyv szerzője megállapítja: „Nincsenek tesztek annak kimutatására, hogy milyen egy élő személy agyának kémiai állapota.”

5. NEM AZ AGY A VALÓDI OKA AZ ÉLET

PROBLÉMÁINAK. Az emberek természetesen átélnek különféle problémákat és nehéz időszakokat életük során, amelyek okozhatnak mentális nehézségeket, akár súlyosakat is. De ezeket a nehézségeket úgy beállítani, hogy azokat gyógyíthatatlan „agy elváltozások” okozzák, amelyekkel nem lehet mást tenni, mint veszélyes gyógyszereket szedni rá, nemcsak tisztességtelen, hanem ártalmas és gyakran halálos kimenetelű is. Ezek a „gyógyszerek” gyakran erősebbek, mint egy narkotikum, és képesek erőszakos rohamokat vagy öngyilkosságot előidézni. Elkendőzik a probléma valódi okát, aláássák az egyén saját erejét, és megtagadják tőle a valódi gyógyulás esélyét, ezáltal a jövő reményét.

PSZICHIÁTRIAI MEGTÉVESZTÉS

Az orvoslás aláaknázása

TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés:

Az orvoslás manipulálása2

Első fejezet: Bomba üzlet,

pocsék orvoslás5

Második fejezet: Pszichiátria kontra

orvostudomány11

Harmadik fejezet: Az orvoslás

és a tudomány paródiája17

Negyedik fejezet: A kiszolgáltatottak

bántalmazása23

Ötödik fejezet: Az orvosi

etika veszélyeztetése29

Hatodik fejezet: Merre tovább?31

Ajánlások34

Nemzetközi Állampolgári

Bizottság az Emberi Jogokért35





BEVEZETÉS

Az orvoslás manipulálása

Alan I. Leshner pszichiáter 1998-ban – az USA Országos DrogviSSzaélésekkel Foglalkozó Intézetének egykori vezetője – ezt állította: „Hiszem, hogy ma, magukat [orvosokat] börtönbe kellene zárni, amennyiben megtagadják azt, hogy az S.S.R.I.-ket [az antidepresszánsok új típusait] depresszióra felírják. Hiszem azt is, hogy 5 év múlva magukat börtönbe kell majd zárni, ha a crack-függőknek nem adják azokat a gyógyszereket, amelyeken napjainkban dolgozunk.”¹

A mentális gyógyászat reformjával eltöltött 25 évnyi munkám során orvosok százaival és páciensek ezreivel beszéltem, mindeközben számos alkalommal segítettem leleplezni olyan eseteket, amikor a pszichiátria az emberi jogokat megsértette. Egészen a közelmúltig azonban fel sem merült bennem a gondolat, hogy az orvosok jogai éppígy támadások célpontjává válhatnak.

Vajon miért kellene börtönbe zárni egy orvost azért, mert megtagadja, hogy depresszióra antidepresszánt írjon fel?

Az alapellátásban részt vevő orvosok közül sokan megerősítették már azt, hogy számos olyan testi probléma létezik, amely képes érzelmi és viselkedési problémákat okozni. Megerősítették továbbá, hogy létfontosságú ezeket elsőként leellenőrizni. Ebből az következik, hogy amikor az emocionális tünetek elfojtására antidepresszánt alkalmazunk – anélkül, hogy először megkeresnénk és helyrehoznánk egy esetlegesen a háttérben meghúzódó testi betegséget –, előfordulhat az, hogy ezzel egyszerűen csupán egy kémiai „fröccsöt” adunk a páciensnek, miközben megmarad a betegsége, amely még tovább is rosszabbodhat.

Mi lenne, ha az általános orvos, belgyógyász vagy háziorvos helyesen diagnosztizálna és meggyógyítana egy ilyen testi betegséget, és a depresszió véget érne – pszichoaktív szerek nélkül? Vádolhatnák-e ezt az orvost azzal, hogy etikátlan volt? Emelhetnék-e ezután akár vádat is ellene és bebörtönözhetnék-e „bűnös orvosi mulasztásért”, mivel nem írt fel antidepresszánt?

Azt mondja, ez óriátság? Hogy ilyen nincs? Nos, lehetséges, hogy eljött az az idő, amikor egy kiváló orvost *etikátlansággal* vádolhatnak, miközben pedig az orvoslás, melyet gyakorol, *etikus* orvoslás. Manapság egy általános

orvost, szakorvost, vagy másokat megkritizálhatnak, mert tradicionális, működőképes, diagnosztizáló orvoslást folytatnak, sőt, emiatt megfélemlítetik és „lázasdóként”, „szakadárként” könyvelhetik el őket.

Ez a fűzet orvosoknak szól; kiváltképp azon orvosoknak, akik szeretnék nem pszichiátriai orvoslást

„A pszichiátria diagnosztikai rendszere nem úgy jött el közénk, hogy eközben az orvosi hagyományok iránt a szakmai tisztelet szelleme lengte volna körül.”

– Jan Eastgate

folytatni, akiket az a magasrendű cél vezérel, hogy a legjobb hippokratészi hagyományoknak megfelelően segítsenek az embereken, és akik azt akarják, hogy nyugodtan folytathassák gyógyító munkájukat, legjobb tudásuk szerint. Szólunk azokhoz az orvosokhoz, akik aggódnak amiatt, hogy gyermekek milliói szednek receptre felírt, függőséget okozó, a speed-hez hasonló serkentőszereket figyelemhiányos hiperaktív zavarra (ADHD-ra), erre a feltételezett mentális zavarra.

Szól ez a fűzet mindenkihez, aki szerint már nem csak egy kicsit furcsa dolognak számít az, ha kormányzati alkalmazottak bűnös hanyagság vádjával fenyegetnek szülőket, mivel azok gyermekük serkentőszerekkel történő gyógyszerelését visszautasítják, ahogyan ez meg történik manapság.

Hogyan jutottak a dolgok idáig? Bízunk benne, hogy füzetünk segít megválaszolni ezt a kérdést.

Az általános orvoslás területét napjainkban mindinkább a mentális egészségügy gondolkodásmódja hatja át. Ez nagyban annak a „sikernek” köszönhető, amelyet a pszichiátria diagnosztikai rendszere, a *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM)* ért el. Ezt a rendszert, valamint a *Betegségek nemzetközi osztályozása (ICD-10)* „Mentális zavarok” című fejezetét – mint a mentális zavarok standardjait leíró létfontosságú eszközöket – bőszen reklámozzák a nem pszichiáter orvosok körében.

Ámde van itt még valami. Napjaink orvosa számos nyomásnak van kitéve. Ezek egyike annyiban nem hasonlít a többire, hogy körmönfont, ártó szándékú kényszer tartalmaz. A pszichiátria diagnosztikai rendszere nem úgy jött el közénk, hogy eközben az orvosi hagyományok iránt a szakmai tisztelet szelleme lengte volna körül.

Magát ajánlva a pszichiátria sohasem fogalmazott meg efféle bemutató levelet: „A pácienseivel kialakított kapcsolatának sérthetlenségét és elsőbbségét tiszteletben tartjuk. Tisztelettel elismerjük azt is, hogy Ön maximálisan a javukat akarja. Íme, itt van a mi diagnosztikai rendszerünk, kérjük, tekintse át, és bizonyosodjék meg előbb saját maga arról, hogy jó úton járunk-e. Visszajelzését, építő jellegű bírálatát nagyra értékelnénk. Ha szüksége van ránk, menten forduljon hozzánk. Maradunk őszinte híve az egészség jobbításáért folytatott küzdelemben.”

Ehelyett valójában így érkezett meg: „Itt egy súlyos mentális problémákkal küzdő kisgyerek. Szakértői diagnózisunk már elkészült, ebből kifolyólag Önnek nincs más dolga, mint a szer felírásával kapcsolatos utasításainkat követni és késznek lenni arra, hogy szakértői felügyeletünknek magát alávesse.” Más olvasatban ez azt jelenti: „Úgy tűnik, az Ön páciensei Önben jobban megbíznak, mint mibennünk, ezért hát itt közöljük, hogy a mentális betegségeiket, melyekben kétségbevonhatatlanul szenvednek, miként kell diagnosztizálnia.”

Ez az a lappangó, fenyegető kényszerítés, mely műhatatlan sajátja a pszichiátriának, amióta 200 évvel ezelőtt



először vállalt az emberek fölött gyámkodó szerepet az elmeógyógyintézetekben. Sokféleképpen megnyilvánul ez: a pszichiátria, akármibe avatkozzon is bele, rendkívüli módon lerombolhatja az ember bizonyosságszintjét, büszkeségét, becsületét, szorgalmát, kezdeményező-készségét, tisztességét, lelki békéjét, jó közérzetét és épelméjűségét. Küzdenünk kell azért, hogy e jellemvonások minden páciens számára megmaradhassanak. És minden orvos számára is.

Tisztelettel:

Jan Eastgate
elnök, Nemzetközi Állampolgári
Bizottság az Emberi Jogokért

FONTOS TÉNYEK

I 140 év alatt a „biológiai pszichiátria” adós maradt annak érvényes bizonyításával, hogy bármelyik pszichiátriai állapot/diagnózis abnormálisnak, illetve betegségnek tekinthető, neurológiai, biológiai, kémiai egyensúlybeli vagy genetikai alapon.

2 Az 1998-as Amerikai Egészségügyi Intézmények Egyezményi Konferenciája az ADHD-ről (figyelemhiányos hiperaktív zavar) nem talált bizonyítékot arra, hogy „az ADHD-t kémiai egyensúlyzavar okozná...”²

3 Német gyermek-és ifjúkorúak pszichiátere, Paul Runge azt mondja, hogy ha az ADHD-nak biológiai okai lennének, akkor „egy valódi, hatékony kezelés csak ezt az egyedi biológiai problémát célozná és kezelné.”³ Azonban ilyen kezelés nem létezik.

4 2002-ben az Európa Tanács Parlamentjének jelentése „erős kontroll” bevezetését sürgette „az ADHD diagnózisa és kezelése terén”, és további kutatásokat javasolt „alternatív kezelésekre, mint például más étrend kidolgozására.”⁴

5 Az 1990-es évek folyamán a metilfenidát (Ritalin) termelés nemzetközi viszonylatban 2,8 tonnáról 15,3 tonnára növekedett.⁵



Matthew Smith-t az iskolája kényszerítette, hogy pszichiátriai serkentőszert szedjen, amely segít neki „összpontosítani”. 2000-ben, amikor 14 éves volt, szívrohamban halt meg, és ezt egy halottkém a felírt serkentőszernek tulajdonította. Egyre több gyereket diagnosztizálnak ADHD-val, egy olyan betegséggel, amelynek létezését klinikailag soha nem bizonyították. A széleskörű marketing nagyban felelős a növekedésért.



ELSŐ FEJEZET

Bomba üzlet, pocsek orvoslás

Hétéves korában Matthew Smithnél az iskolája figyelemhiányos hiperaktív zavart (ADHD) diagnosztizált. Szüleinek azt mondták, hogy egy serkentőt kell szednie, ami majd segít neki a koncentrációban. A szülőkkel, akik eleinte ellenálltak, közölték, hogy ha a szerzedését nem engedélyezik, akkor vádat emelnek ellenünk a fiuk oktatási és emocionális szükségletei elhanyagolásának büntetése miatt. „A feleségem és én féltünk, hogy amennyiben a felszólításnak nem teszünk eleget, elveszítjük a gyermekünket” – vallja Lawrence Smith, Matthew édesapja. Miután azt mondták nekik, hogy a „gyógyszerezésben” nincs semmi rossz, és az csak segíthet, Matthew szülei engedtek a nyomásnak.

2000. március 21-én Matthew-t gördeszékázás közben szívroham érte és tragikus módon életét veszítette. A halottkém megállapította, hogy Matthew szíve serkentőszerek, mint például amfetaminok okozta hajsztálér-károsodások egyértelmű jelét mutatta. A halottkém arra a következtetésre jutott, hogy a fiú halála a számára felírt serkentő hosszú távú szedése miatt következett be.

Noha a pszichiáterek az ellenkezőjét állítják, a gyakorlat az, hogy a gyermekeknek a nagyvilágban kokainszerű drogokat írnak fel, ami az egzakt tudományosságtól igencsak súlyos elhajlást jelent. A rendelkezésre álló adatok többségében rendkívüli mennyiségű a torzítás; magát a praxist mind több ellentmondás övezi. Az alábbi

tájékoztató alternatív perspektívát kínál az érintett orvosok számára.

1998-ban a világ vezető ADHD-szakértői számára az USA Országos Egészségügyi Intézetei (NIH) konferenciát rendeztek az Egyesült Államokban. A konferencia résztvevői kényszerűen arra a végkövetkeztetésre jutottak, hogy semmiféle adat sem erősíti meg az ADHD agyi rendellenesség mivoltát. A konferencia elismerte, hogy „tudásunk az ADHD okáról vagy okairól továbbra is nagymértékben spekulatív”. Mindeközben az Egyesült Királyság Országos Intézete a Klinikai Kiválóságért (National Institute for Clinical Excellence in the UK) elismeri, hogy „az ADHD okai és diagnosztizálásának érvényessége továbbra is vitásak.”⁷

Dominick Riccio, a Nemzetközi Intézet a Pszichiátria és Pszichológia Tanulmányozására igazgatója szerint „Mutatniuk kellene közvetlen ok-okozati összefüggést bármelyik, az agyban található vegyület és az ADHD tünetei között... Felvetették a dopamin-elméletet. Aztán felvetették a szerotonin-elméletet. És egyik esetben

sincs egyértelmű ok-okozati összefüggés.”⁸

Dr. Louria Shulamit, egy izraeli családorvos így fogalmaz: „Az ADHD egy tünetegyüttes, nem egy betegség (definíció szerint). Mint ilyet, a tünetek alapján diagnosztizálják. Azonban a tünetek annyira általánosan jellemzőek, hogy azt állapíthatjuk meg, hogy minden gyermeknél - különösen a fiúknál - megtalálhatóak.”⁹

„Az ADD [figyelemhiányos zavar] diagnózisa teljesen szubjektív... Nem tesztelhető. Pusztán értelmezés kérdése... Nem világos, mi a különbség egy ADD-ben szenvedő és egy egészségesen energikus srác között..”⁶

– Dr. Joe Kosterich, szövetségi elnök, az Ausztrál Orvosi Társaság házi orvosi ágazata, 1999



kémiai viselkedéskontrollra korábban nem volt példa a társadalomban, az elmeógyógyintézetek és szanatóriumok falain kívül.”¹¹

Nincs kémiai egyensúlyzavar

A pszichiáterek azzal érvelnek, hogy az ADHD oka olyan kémiai egyensúlyzavar, amely „gyógyszeres kezelést” igényel, ugyanúgy, mint ahogyan a cukorbetegséget inzulinnal kell kezelni.

Elliot Valenstein Ph.D. azt szögezi le, hogy „nincsenek tesztek, amelyek kimutatnák egy élő ember agyának kémiai állapotát.”¹² Joseph Glenmullen, a Harvardi Orvosi Iskolából megállapította: „Minden esetben, amikor ilyen egyensúlyzavarra hivatkoztak, később kiderült, hogy az nem igaz.”¹³

2004-ben M. Douglas Mar pszichiáter leplezte az elméletet, miszerint az agyröntgen segít diagnosztizálni a mentális betegségeket. Azt állította: „Nincs tudományos alapja ezeknek az állításoknak.”¹⁴ Dr. Michael D. Devous, a Texasi Egyetem Délnyugati Orvosi Központjának gyógyászati kutatója egyetértett: „Pontos diagnózis felállítása az agyröntgen alapján nem lehetséges.”¹⁵

Dr. Mary Ann Block, a *Ne legyen több ADHD* szerzője, keményen állítja: „Az

„Hogyan szedhetnek gyerekek milliói egy olyan szert, amely gyógyszerészetileg egy másik droghoz, a kokainhoz nagyon hasonló, amelyet viszont nemcsak hogy veszélyes és függőséget okozó szerként tartanak számon, hanem amelynek vásárlása, forgalmazása és használata ráadásul még bűncselekménynek is számít?”

– Richard DeGrande pszichológia professzor és *A Ritalin-nemzet* szerzője.

Dr. William Carey, a Philadelphiai Gyermekkorház gyermekorvosa szerint „A jelenlegi ADHD (figyelemhiányos hiperaktív zavar) megfogalmazása, amely az alapján diagnosztizál, hogy bizonyos számú problémás viselkedés és még néhány egyéb kritérium megfigyelhető-e, egyszerűen figyelmen kívül hagyja azt a tényt, hogy ezek a viselkedések általában normálisak.”¹⁰

Thomas Moore, a *Receptek a katasztrófára* szerzője azt állítja, hogy a jelenlegi drogok, mint amilyen a Ritalin, „meglehető kockázatot” jelentenek a gyerekek egész generációjára. A drogot „a viselkedés rövidtávú kontrolljára adják, nem arra, hogy a gyermek egészségét bármiféle azonosítható veszélytől megvédjék. Ilyen széleskörű

ADHD nem olyan, mint a cukorbetegség, a Ritalin pedig nem olyan, mint az inzulin. A cukorbetegség létező orvosi probléma, amelyet objektíven diagnosztizálni lehet. Az ADHD egy kitalált címke – objektív, érvényes azonosítási módok pedig nincsenek hozzá. Az inzulin egy természetes hormon, amelyet a test állít elő, az élethez pedig nélkülözhetetlen. A Ritalin egy kémiailag előállított amfetamin-jellegű drogszármazék, amelyre nincs szükség ahhoz, hogy éljünk. A cukorbetegség inzulinhiányt jelent. A figyelem és viselkedési problémák nem jelentenek Ritalin-hiányt.”¹⁶

2001-ben Ty C. Colbert, Ph.D. megállapította: „Mint a többi mentális rendellenesség esetében, az ADHD-ban sincs biológiai teszt vagy biológiai marker (jelző).”¹⁷

Veszélyes gyógyszerhatások

Számos egészségügyi kockázat és egyéb ellentmondásosság kapcsolódik azokhoz a tudatbefolyásoló szerekhez, amelyeket az úgynevezett ADHD-ra vagy más tanulási zavarokra írnak fel.

Az orvosi referencia mű, a *Physician's Desk Reference Guide (Orvosi Gyakorlati Útmutató)* szerint megnövekedett pulzusszámot és vérnyomást eredményezhet annak az erős serkentőszernek a használata, amelyet az ADHD „kezelésére” szoktak használni.¹⁸ 2001 augusztusában az Amerikai Orvosi Szövetség folyóirata, a *Journal of the American Medical Association* megerősítette, hogy a serkentőszer igen hasonlatosan viselkedik a kokainhoz.¹⁹

Hosszú távon káros mellékhatások mutatkozhatnak a szerek folytatólagos használatával eltöltött évek során vagy a leállás utáni éveket követően egyaránt.²⁰ „A növekedési hormonra gyakorolt káros hatás olyannyira általános és annyira biztosan előre megmondható, hogy indikátornak tekinthetjük abban a vonatkozásban, vajon [a stimuláns] a gyermek szervezetében aktív-e avagy sem.”²¹ „Még a gyerek nemi érését is visszaveti.”²² E serkentőszer és a hasonló amfetamin-jellegű szerek megvonásának fő komplikációja az öngyilkosság.²³

Ifj. Dr. Sidney Walker, a *The Hyperactivity Hoax (A hiperaktivitás koholmánya)* szerzője szerint: „Bár a tanulmányok azt mutatják, hogy a szer [metilfenidát] talán csak gyengén karcinogén [rákkeltő] hatású, olyasmint, hogy gyermekek millióit a jövőben – még ha csupán kis mértékben is – rák kockázatának tegyük ki, nem vesz csak úgy félvállról az ember. Egy másik újkeletű jelentés arra

figyelmeztet, hogy [a Ritalin] »maradandó és halmozottan jelentkező hatással lehet a myocardiumra (a szív falának legnagyobb részét alkotó vastag izomréteg).«²⁴

A metilfenidát (Ritalin) nemzetközi termelésének 85%-át az USA-ban használják fel.²⁵ Az Európa Parlament Tanácsa magas felhasználási arányt talált Belgiumban, Németországban, Izlandon, Luxemburgban, Hollandiában, Svájcban és Nagy-Britanniában. Az utóbbi államban a serkentőszer receptre való felírása 9200%-kal növekedett 1992 és 2000 között, míg Ausztráliában 34-szeresre növekedett az elmúlt két évtizedben.²⁶ 1989 és 2002 között Franciaországban 600%-kal nőtt a hiperaktívna diagnosztizált gyerekek száma.²⁷ A metilfenidát eladása Mexikóban 800%-kal nőtt 1993 és 2001 között.

„Hogyan szedhetnek gyerekek milliói egy olyan szert, amely gyógyszerészetileg egy másik droghoz, a kokainhoz nagyon hasonló, amelyet viszont nemcsak hogy veszélyes és függőséget okozó szerként tartanak számon, hanem amelynek vásárlása, forgalmazása és használata ráadásul még bűncselekménynek is számít?” – kérdezi Richard DeGrandpre, a pszichológia professzora, a *Ritalin Nation (A Ritalin-nemzet)* c. mű szerzője.²⁸

Ezeket a serkentőszeren felül további másfél milliő gyermek és fiatalkorú szed SSRI (szelektív szerotonin-újrafelvétel gátló) antidepresszánsokat az Egyesült Államokban.²⁹ USA-ban 151%-kal növekedett az antidepresszánsok használata a 7-12 évesek körében, és 580%-kal a 6 évesnél fiatalabbak körében. Már 5 éves gyerekek is elkövettek öngyilkosságot, miközben SSRI antidepresszánt szedtek. Nagy-Britanniában is több mint kétszeresére

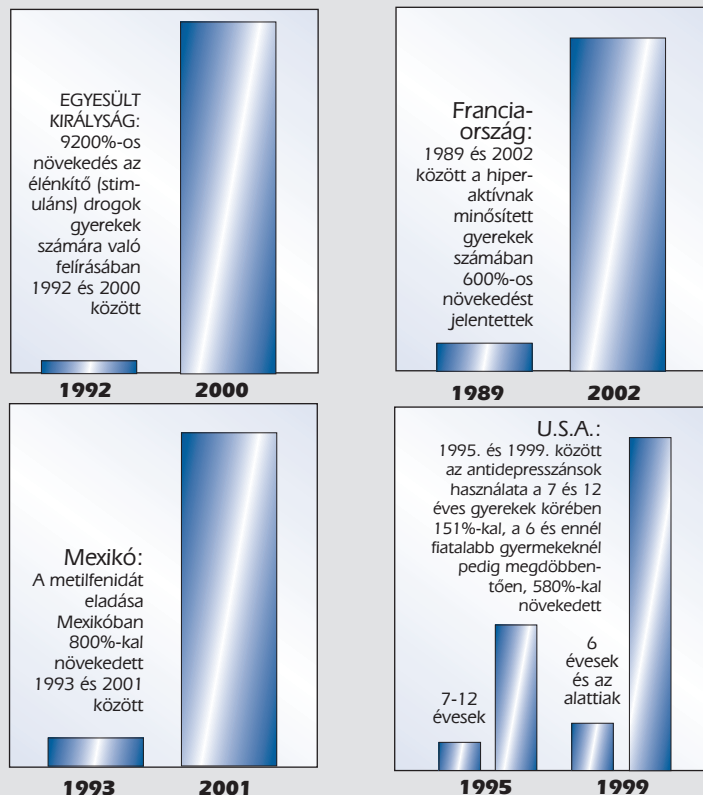


„Ha egyszer nincs érvényes teszt az ADHD-ra, ha egyetlen adat sem támasztja alá, hogy az ADHD agyi rendellenesség volna, ha nincs tanulmány a szerek hosszú távú hatásáról és ha ezek nem javítják a tanulási teljesítményt vagy a szociális képességeket, ha a szerek kényszeres és hangulati zavarokat okozhatnak és tiltott drogfogyasztáshoz vezethetnek, akkor miért vannak gyerekek, serdülők és felnőttek milliói, ... akiket ADHD-val bélyegeznek meg és ezeket a szereket írják fel nekik?”

– Dr. Mary Ann Block, a *Ne legyen több ADHD* szerzője

Ugrásszerűen növekedő drogeladás és használat

Az USA használja fel a nemzetközi metifendát (Ritalin) termelés 85%-át, de 2002-ben az Európai Parlamentáris Szövetség Tanácsa nagy metilfenidát fogyasztást talált Belgiumban, Németországban és Izlandon, Luxemburgban, Hollandiában, Svájcban és az Egyesült Királyságban. A statisztikák mutatják a droghasználat növekedését.



Vastagbél-probléma – ADHD-ként diagnosztizálva

Austin Harrist a „Figyelemhiányos hiperaktív zavar mintapéldájának” kiáltották ki. Ő volt az a gyerek, akit senki nem akart maga körül látni. Három év alatt tizenegy előkészítő iskolából rúgták ki mindenféle okból: obszcén kifejezéseket ordibált, más gyerekeket ütlegelt, ceruzáját egy tanár szemébe bökte. Serkentőszerekre állították.



Ámde valami váratlan történt, miután Austin kórházba került, hogy eltávolítsanak egy elzáródást a végbeléből. Az a gyerek, aki senki számára nem volt kívánatos, egyszeriben nem terrorizálta többé tanárait és osztálytársait. Ehelyett Austin, aki most 10 éves, képes lett csendben ülni, és öröm volt a közelében lenni. A gyógyszerek szedését abba hagyta.

Vezető gyermekgyógyász gastroenterológusok szerint a gyermekek viselkedése és a krónikus székrekedés közötti összefüggés nem ritka. „A rossz viselkedés eltűnik, amint az elzáródást eltávolítják” – magyarázza Dr. Paul Hyman Kansas Cityből, aki a Kansasi Egyetem Orvosi Központjának vezető gastroenterológus gyermekorvosa. Hyman elmondta, hogy a negatív viselkedést okozhatja a gyermek félelme és fájdalma, aminek lehet, hogy még csak nincs is tudatában.³³

nőtt az antidepresszánsok felírásának száma az elmúlt tíz év alatt.³⁰

2003-ban a Brit Orvosi Felügyelő Testület felhívta az orvosok figyelmét arra, hogy 18 év alatti fiataloknak ne írjanak fel SSRI antidepresszánsokat, az öngyilkosság kockázati tényezője miatt. 2004. márciusában az amerikai Élelmézésügyi és Gyógyszerészeti Hivatal (U.S. FDA) kiadott egy javaslatot az orvosok számára, amelyben leszögezték, hogy „Az SSRI antidepresszánsok szorongást, nyugtalanságot, pánikrohamokat, álmatlanságot, ingerlékenységet, ellenségeséget, impulzivitást (indulatosságot), akathisiát (súlyos nyugtalanságot), hypomaniát és mániás viselkedést okozhatnak, mind a felnőtt, mind a gyermekkorú páciensek esetében, akár pszichiátriai, akár nem pszichiátriai betegek voltak.”³¹

2004 októberében az FDA utasításba adta, hogy feltűnő módon úgynevezett „fekete doboz” figyelmeztetéssel lássák el az SSRI-k dobozait, kiemelve azt a tényt, hogy a szerek öngyilkosságot okozhatnak. Ennek ellenére ezt, és minden más pszichotróp szert *ténylegesen* be kellene tiltani az általános kockázatuk és halálos következményeik nagy esélye miatt.

Robert Whitaker, tudományos író és az *Őrület Amerikában* szerzője ezt írja: „Az elmúlt évek alatt, míg egyre több pszichotróp drog alkalmazását láttuk, a mentális egészségügy válságba került, és szinte járványszerűen terjednek a mentális betegségek a gyerekek körében. Ahelyett, hogy az orvoslás jobbá tenné a mentális egészségügyet az újabb szerekkel, egyre rosszabbá teszi azt.”³²

„Ami talán a legnehezebb gondolat számomra” – vallja Lawrence Smith – „az az, hogy Matthew soha nem akarta a gyógyszeres kezelést. Hány 14 éves Matthew Smithnek kell még meghalnia, mire minden idők legnagyobb egészségügyi átverésének valaki végre megálljt parancsol?”

Aki Matthew halálos drogját felírta, valójában egy pszichiáter volt, nem pedig az „egészségügy”. Mindamellett, amennyiben az általános orvoslás elfogadja a pszichiátria diagnosztikai és kezelési rendszerét, saját magát is veszélyeknek és vitáknak teszi ki, amint e rendszernek a hibái és hiányosságai egyre nyilvánvalóbbakká válnak.

A szakmára nézve létezik egy további jelentős kockázati tényező is. Az általános orvosi gyakorlatot és az orvosi szakterületeket – amennyiben ezek elfogadják, fölveszik a pszichiátriai gondolkodásmódot, vagy ha még nyíltan csatlakoznak is hozzá – a társadalom alkalmasint társíthatja nemcsak a mentális egészségügyi ágazat rossz hírével, hanem, ami még rosszabb, a pszichiátria dicstelen előéletével is. A pszichiátria múltja pedig, bizony, érdemes arra, hogy közelebbről is megvizsgáljuk.

RIASZTÁS MŰHIBÁRÓL

Az tájékoztatás utáni hozzájáruláshoz való jog megsértése

írta Dr. Fred A. Baughman Jr., M.D.

Dr. Baughman okleveles neurológus és gyermek-neurológus, az Amerikai Neurológiai Akadémia tagja, aki maga tényleges betegségeket fedezett már fel és írt le. Semmiféle abnormalitást nem talált azonban – a betegség egyetlen jelét sem – azoknál a gyermekeknél, akikről állították, hogy ADD/ADHD-jük van, vagy azzal bélyegezték meg őket, hogy „tanulási képességzavaraik” vannak.

A nyolcvanas-kilencvenes évek során szemtanúja voltam az ADHD-járvány robbanásszerű terjedésének. Mivel az én dolgom az volt, hogy minden egyes páciens esetében diagnosztizáljam a valós betegséget, amennyiben volt ilyen, ugyanúgy az én feladatomból az volt is tisztázni velük, hogy nincs betegségük, már amikor ez volt a helyzet – vagyis olyankor, amikor semmiféle abnormalitást nem lehetett találni. Továbbá minden tényleges, valamint minden állítólagos neurológiai betegség tekintetében kötelességem volt ismerni a tudományos szakirodalmat.

Ezzel ellentétben, a „biológiai pszichiátriának” még mindig – 40 éve – igazolnia kell akármelyik egyszerű pszichiátriai problémát/diagnózist, mint abnormalitást/betegséget, vagy mint bármit, ami „neurológiai”, „biológiai”, „kémiai egyensúlyhiányos” avagy „genetikai”.

Minthogy az „ADHD-s gyerekeknek” semmiféle abnormalitásuk nincs, az ál-orvosi címke esetükben nem más, mint megbélyegzés; a



**Hangsúlyozottan arra kérek minden orvost, hogy ne feledje:
„Ha nincs bizonyítható testi vagy kémiai rendellenesség, akkor nincs betegség!”**

megbélyegzést egyöntetűen követő megalapozatlan drogkezelés pedig nem egyéb, mint fizikai erőszak. Az ADHD-ra és a „tanulási zavarokra” jellemzően felírt „gyógyszer” egy kockázatos és függőséget okozó, amfetamin jellegű drog.

Az alábbi gyerekek többé már nem hiperaktívak, sem nem figyelemhiányosak – ők már halottak. Hol hivatalos, hol nem hivatalos látogatások során, 1994 és 2001 között orvosilag vagy jogilag az alábbi halálesetekben fordultak

hozzám:

■ Stephanie, 11 éves – serkentőszert írtak fel neki és szívritmuszavar következtében elhunyt;

■ Matthew, 13 éves – stimulánszt írtak fel neki, cardiomyopathia-ban elhunyt [szívizombántalom];

■ Macauley, 7 éves – stimulánszt és még három másik pszichiátriai szert írtak fel neki, szívűködése leállt;

■ Travis, 13 éves – stimulánszt írtak fel neki és cardiomyopathia-ban elhunyt;

■ Randy, 9 éves – stimulánszt és több más szert kapott, szívűködése leállt;

■ Cameron, 12 éves, akinek stimulánszt írtak fel és hyper-eosinophiliás szindróma következtében hunyt el (bizonyos fehérvérsejtek számának abnormális megnövekedése).

Lám, ilyen nagy árat fizetünk azért, hogy „kezeljünk” egy nemlétező „betegséget”. Az ADHD-t tudományos bizonyítékok hiányában abnormalitásnak/betegségnek

nevező pszichiáter tudatosan hazudik, és megsérti azt a jogot, hogy mind a páciens, mind pedig annak gondviselője/szüleje a beleegyezéshez szükséges tájékoztatást megkapja. Ez *de facto* szakmai gondatlanság; orvosi műhiba.

Hangsúlyozottan arra kérek minden orvost, hogy ne feledje: „Ha nincs bizonyítható testi vagy kémiai rendellenesség, akkor nincs betegség!”

FONTOS TÉNYEK

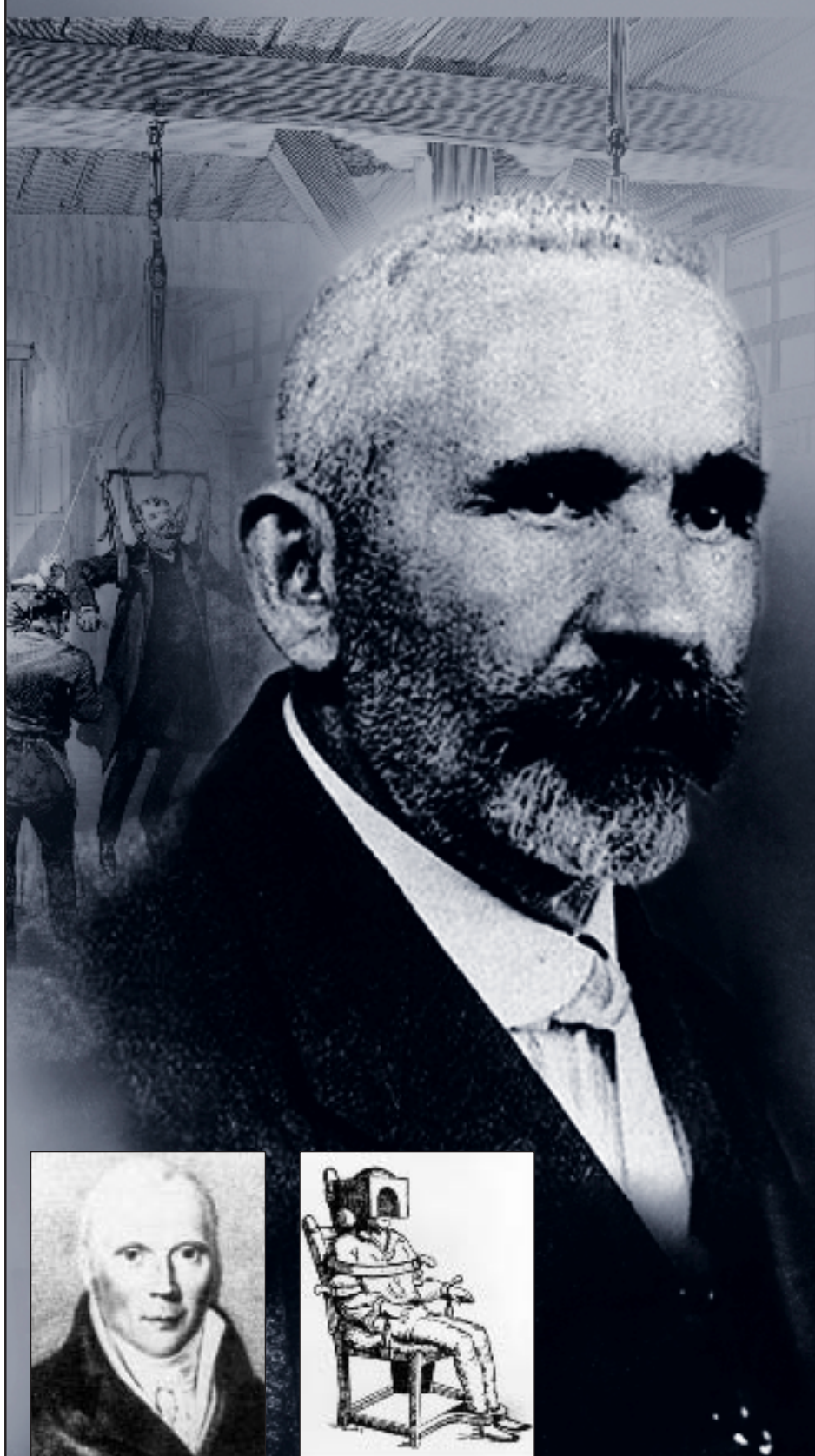
1 Míg az orvostudomány tudományos módszerekkel haladt a főbb felfedezések irányába, a pszichiátria soha nem fejlődött tudománnyá, és nem áll közelebb a megértéshez vagy a mentális problémák megoldásához.

2 Az 1930-as és 1940-es években a pszichiátria megpróbálta felülmúlni az orvostudományt olyan fizikai „kezelésekkel”, mint az inzulinsokk, a pszichosebészet és az elektrosokk. Brutális „eredmények” születtek, és ezek a módszerek soha nem hoztak gyógyulást.

3 Az 1950-es és 1960-as években a pszichiátria silányul utánozni próbálta az orvostudományt olyan pszichoaktív drogokkal, amelyek csupán a tüneteket nyomták el, és amelyekhez létrehoztak egy áltudományos diagnosztikai rendszert, a DSM-et.

4 1989-ben az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) azt tanácsolta tagjainak, hogy „terjesszék ki praxisukat nem-pszichiátriai betegekre”, a többi orvoson keresztül. Használják a DSM-et arra, hogy „részesedéshez jussanak a megnövekedett betegszámból.”²⁴

5 1998-ban a Pszichiátriai Világszövetség (WPA) készített egy hivatalos listát a *Mentális rendellenességek a családorvoshoz fordulók körében* címmel, hogy az általános orvosok is diagnosztizálhassanak mentális megbetegedéseket.³⁵



1808-től kezdve, amikor Johann Reil (belső kép) megalkotta a „pszichiátria” szót, az 1990-as évekig, amikor Emil Kraepelin (fent), aki így határozta meg a pszichiáttert: „Abszolút hatalmú uralkodó, aki... képes az emberek életfeltételeibe könyörtelenül beavatkozni”, egészen a mai napig a pszichiáterek hiába próbáltak versenyre kelni az orvostudománnyal. Mindazok után, hogy 300 éven át a tüneteket fájdalommal és erővel fojtották el (ügymint a „nyugtató székek”, ahogy a fenti ábrán látható), még mindig hátra van az elmebaj meghatározása, az ok vagy gyógyymód megtalálásáról nem is szólva.



MÁSODIK FEJEZET

Pszichiátria kontra orvostudomány

Napjaink pszichiátriáját leginkább a tegnapi pszichiátriáján keresztül érthetjük meg.

A pszichiátria praxisa – ellentétben az orvostudománnyal, mely legalább az ókori görögöktől eredeztethető – csupán gyerekcipőben jár. Edward Shorter professzor, *A pszichiátria története* című mű szerzője szerint „A 18. század vége előtt pszichiátria, mint olyan nem létezett.”³⁶ Dr. Franz G. Alexander és Dr. Sheldon T. Selesnick arról tudósítanak, hogy az 1700-as és 1800-as években a mentálisan tökéletlen embereket az orvostudomány fizikai-teszt módszerei hatókörén túlínak tekintették.³⁷

1676-ot írunk, amikor XIII. Lajos elrendeli a *hospitiaux generaux* (általános kórházak) létrehozását Franciaország-szerte „a züllött, pazarló apák, a tékozló fiúk, az istenkáromlók, az »önpusztítók«, (és) a feslett erkölcsűek” részére. Ezzel a rendelettel kezdetét vette az „örültek nagy bezárási akciója”.³⁸

A tébolydákban fejlődött ki az intézeti örök szakértelme, akik közvetlen elődei voltak az intézeti pszichiátereknek. Az angol *snake pit* (kígyóverem) – szleng kifejezés az „elmekórházra” – ezekből a korai fogházi napokból ered, amikor az elmebetegeket kígyókkal teli gödörbe vetették, így sokkolták őket ama céllal, hogy józan eszüket visszanyerjék.

Az efféle korai „pszichiáterek” – miután a tébolydabéli munka rájuk maradt – bizvást hangoztatták, hogy „megalapozottan formálnak jogot [orvosi] egyesületi státusra, azon okból, hogy egy elmeegógyintézetet terápiás

módon működtetni mesterség és tudomány, amely éppoly bonyolultan szövvényes, mint a kémia vagy az anatómia.”³⁹ Ezen állításba a pszichiátria – az ellenkezőjéről valló terhelő bizonyítékok ellenére – 100 éve csimpaszkodik rendületlenül.

Bár a pszichiátriát mint „szükségest” elfogadták, az orvostudomány gyanakvással tekintett rá, és gondoskodott róla, hogy mellékes pozícióban tartsa.

1858-ban Rudolf Virchow kiadta *Fiziológiai és patológiai szövettanon alapuló celluláris patológia* című művét. Ez a mű jelölte ki a modern medicina mint empirikus tudományon alapuló szakma megszületését. A testi betegségek tanulmányozásában az orvostudományt a modern tudományosság sziklaszilárd alapjaira helyezte, minthogy a patológiát – mint a betegségek tünettanáinak szakterületét – a bakteriológia szakterületével – mint a fertőző betegségek

„Helyesen tennénk, ha emlékeznénk az orvoslás mesterségére, és figyelmet szentelnénk az ő szavainak, aki az [Hippokratészi] Esküt írta...”

– John Dorman, M.D., orvos, Stanford Egyetem,
Journal of American College Health
(*Amerikai Főiskolai Egyészségügyi Folyóirat*), 1995

etiológiájával [okával] – egyesítette.⁴⁰

Mialatt az orvostudomány biztosan haladt előre a tudományossággal kikövezett, fontos felfedezésekhez vezető úton, a pszichiáterek a tudományos modelltől távoli saját elképzeléseikkel álltak elő.

1803-ban Johann Reil, aki utóbb megalkotta a pszichiátria szót, amely a lélek gyógyászatát jelenti, úgy ír a korai intézeti örökről, mint akik „vállvetve lépnek előre, hogy az elmebetegek sorsát jobbtítsák.” „Bátor emberfajtaként” szól róluk, akik voltak annyira merészek, hogy felvállalják e „gigantikus eszmét”, miszerint „eltörlük a Föld felszínéről a legpokolibb dögvészek egyikét.”⁴¹

EGY TRAGIKUS TÖRTÉNET

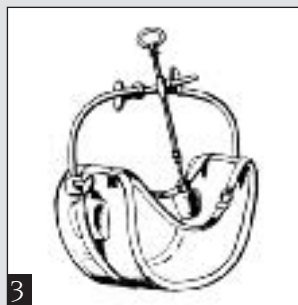
A korabeli brutális módszerek

A pszichiátria módszerei a kezdetektől fogva durván erőszakosak voltak, az erőszak különböző formáit használva a már eleve zavarodott egyének testi és szellemi lehangolására. Az elmeegógyintézetek vezetői már az 1700-as években is ragaszkodtak ahhoz, hogy az ő gyakorlataik az egyedüli „működőképes módszerek”. Ezek a módszerek azonban soha nem gyógyítottak, csupán elfojtottak és elnyomtak.

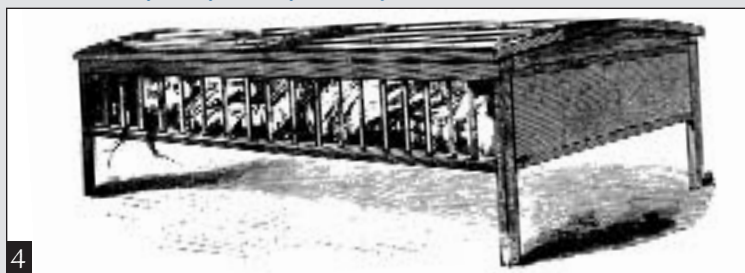
1) Történelmi szempontból a kezeléshez tartozott a korbácsolás, a betegek falhoz láncolása vagy kényszerzubbonyba kényszerítése (jobbra).



2) Más módszerek magukban foglalták a páciensek váratlan és hirtelen hideg vízbe dobását és ott tartását, miközben újra és újra vizet öntöttek a fejükre, hogy félelmet és „hűtő” hatást érjenek el (balra).



3) A ptefészék-szorító, amit arra használtak, hogy megfűszerezzék a hisztérikus nőket (jobbra), vagy 4) bezártak embereket különféle szerkezetekbe, mint például ebbe a ketrécszerű ágyba (lent), mely szintén a személy teljes megfélemlítetttségét és engedelmisségét eredményezte.



Vagyis a pszichiátria úttörői úgy hitték, hogy képesek az elmebetegségek kitorlérésére.⁴²

Reil volt az első, aki a „pszichikai módszerrel történő kezelést” az orvosi és sebészeti módszerek közé sorolta. „Pszichikai kezelései” ütlegelést, ostromozást, korbácsolást és ópiumozást jelentettek. John G. Howells, M.D. a *World History of Psychiatry (A pszichiátria világtörténete)* című műben elmondja, hogy Reil ajánlásai a mentális betegségek gyógyítása terén „jelentős hozzájárulást jelentettek a pszichiátria mint orvosi szakterület megeremtésében.”⁴³ Az 1840-es években Dr. Thomas Kirkbrade, a Pennsylvániai Elmeórház igazgatója ünnepélyes bejelentést tett, miszerint „legújabbban az elmebetegségek esetei általában igen jól gyógyíthatóak...”⁴⁴

Eme „kezelések” egyike volt az úgynevezett „Darwin-szék”, melyben „az elmebeteget addig forgatták, míg a vér a szájából-füléből-orrából szivárogni nem kezdett. Kasztrálást, éheztetési kúrát úgyszintén alkalmaztak.”⁴⁵

1918-ban a pszichiátria úttörője, Emil Kraepelin ekképpen határozta meg a pszichiátriát: „Abszolút hatalmú uralkodó, aki napjaink tudása által vezérelve képes az emberek életfeltételeibe könyörtelenül beavatkozni, és aki néhány évtized múltán bizonyosan eléri majd az elmebaj megfelelő mértékű csökkenését.”⁴⁶ Javában dúlt az I. világháború, amikor Kraepelin „a mentális betegségek természetének meghatározása, valamint azok megelőzésére, enyhítésére és gyógyítására szolgáló technikák felfedezése céljából” pszichiátriai kutatóközpontot alapított Németországban. Az alapokat már lefektették, mondta, „ami lehetővé fogja tenni számunkra, hogy az embert fenyegető legszörnyűbb csapások felett győzedelmeskedjünk.”⁴⁷

Közel egy évszázaddal később Shepherd Ivory Franz, amerikai tudós így ír: „Nem állnak olyan tények a rendelkezésünkre jelenleg, amelyek lehetővé tennék, hogy az agyban zajló mentális folyamatok helyét kicsit is jobban meg tudjuk határozni, mint 50 évvel ezelőtt.”⁴⁸ A pszichiátria tehát – öntelt henccegesei ellenére – az elmebetegség, a mentális problémák megértéséhez vagy gyógyításához száz év múltán sem járt egy cseppet sem közelebb.



I

A VESZÉLYES KEZELÉSEK TÖRTÉNETE

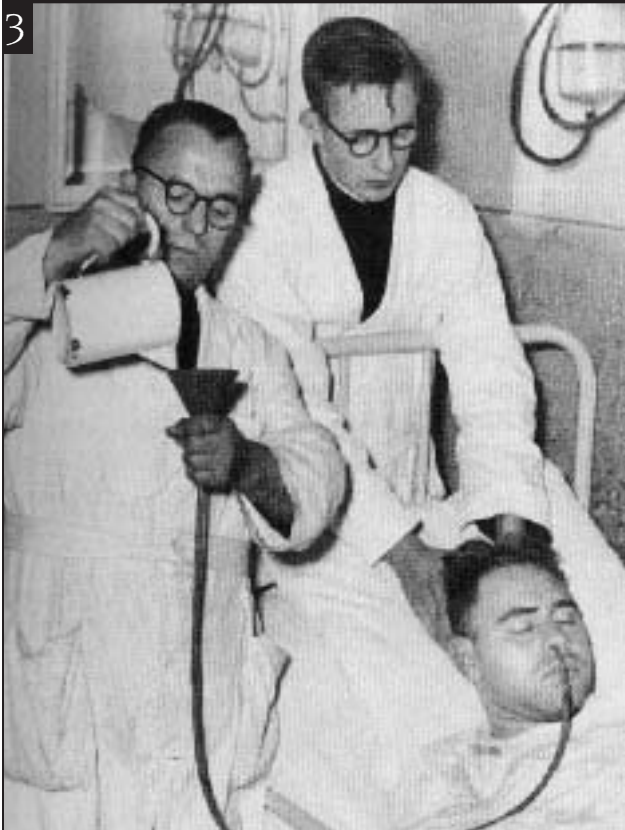
A pszichiátriai gyakorlatokról, amelyek egészséges agyszöveteket metszenek ki, visszafordíthatatlan agykárosodást okoznak és lerombolják az alapvető szociális készségeket, azt állítják, hogy „működnek”. Ezek magukban foglalják 1) a pszichiátriai agysebészetet (fent), 2) az elektrosokkot (jobbra), 3) az inzulin-sokk-terápiát (lent) és 4) a metrazol-sokkot (jobbra lent).

Napjainkra nem sok minden változott. A pszichiátria „korszerű” kezelése még mindig megsértik az emberi jogokat, mégis, továbbra is ragaszkodnak hozzá, hogy módszereik kiválóak. Nem jutván közelebb a szellemi trauma okának megértéséhez, illetve a gyógymód megtalálásához, módszereik rendszeresen ártanak a zavarodott egyéneknek.

2



3



4



A 30-as és 40-es évek a testi „kezelések” irányában hoztak elmozdulást. Elliot S. Valenstein, Ph.D. megfigyelése szerint: „A testi kezelések úgyszintén segítettek a pszichiátereknek a téren, hogy az orvostudományban megbecsültségre tegyenek szert. A testi kezelések lehetővé tették a pszichiáterek számára, hogy sikeresebben vegyék fel a versenyt a neurológusokkal, akik pácienseket úgynevezett »idegi rendellenességekkel« gyakran kezeltek.”⁴⁹ Az 1928 és 1938 között eltelt tíz év során a pszichiátria olyasféle iszonytató dolgokat vezetett be, mint a metrazolsokk, az inzulinsokk, az elektrosokk vagy a pszichiátriai agysebészet. Ezen „áttörések” ellenére a többi orvos zöme a pszichiátereket továbbra sem tartotta nagyra.⁵⁰

Az 1950-es és 60-as években bevezetésre kerültek a pszichotróp szerek, amelyek rendeltetése az volt, hogy a mentális betegségek némely tüneteit csillapítsák. Ezzel

Napjainkban, diagnózisai és szereik kemény marketingjének köszönhetően, a pszichiátria többé már nem azon van, hogy versengjen az orvostudománnyal és küzdjön azért, hogy magát elfogadtassa; annak szerves részévé vált.



azt érték el, hogy a páciensek kevesebb „problémát” jelentettek azok számára, akik felelősek voltak a páciensekről gondoskodni. Ezzel egyidejűleg a pszichiátria egy rendszert vezetett be a mentális zavarok diagnosztizálására. Shorter professzor a „második biológiai pszichiátria” névvel illette ezt a korszakot. Ebben a korszakban az lett az általános nézet, hogy „a genetika és az agyi fejlődés” az okai a mentális betegségeknek, melyekre a gyógyírt a pszichoaktív szerek és a kötetlen pszichoterápia jelentik.

A következő harminc évben a pszichoaktív szerek nagyon gyorsan a pszichiátriai terápia fő eszközüvé váltak, és a pszichiátriai ipar – állig felfegyverezve saját drogaival és saját diagnosztikai rendszerével – készen állt a terjeszkedésre. 1989-ben az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) egy „kampány-csomagja” az alábbiakat közölte az APA-tagokkal: „Csakis jót tehet az, ha a pszichiátriai

Az újabb pszichiátriai gyógyszereket úgy dobják piacra, mint univerzális gyógyszerek, mindenféle mentális rendellenességre időseknek és fiataloknak egyaránt, habár a kifejlesztésük az akathisiához, agyvérzéshez, szexuális rendellenességekhez, dadogáshoz, arcragáshoz, halláskárosodáshoz, mániákus rohamokhoz, paranóias rohamokhoz, és intenzív öngyilkossági készületekhez kapcsolódik a gyógyszerészeti évkönyvek alapján.



profil a nem pszichiáter orvosok körében kiterjesztjük. És azoknak, akiket csak az eredmények érdekelnek: e profilbővítés a nagyobb számú pozitív visszajelzés következtében meghozhatja a jutalékot.”⁵¹

1998-ban a pszichiáterek összehangolt erőfeszítést tettek – elsődlegesen a Nemzetközi Neuro-Pszichofarmakológiai Kollégiumon (Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum-CINP), az USA Országos Mentális Egészségügyi Intézetein, azaz a NIMH-en, valamint a Pszichiátriai Világszövetségen, a WPA-n keresztül –, hogy elnyerjék az orvosok támogatását. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) még egy *Mentális zavarok az alapellátásban* elnevezésű csomagot is összeállított, amelyet nemzetközileg osztottak szét, hogy megkönnyítsék az általános orvosok számára a mentális betegség diagnosztizálását.⁵²

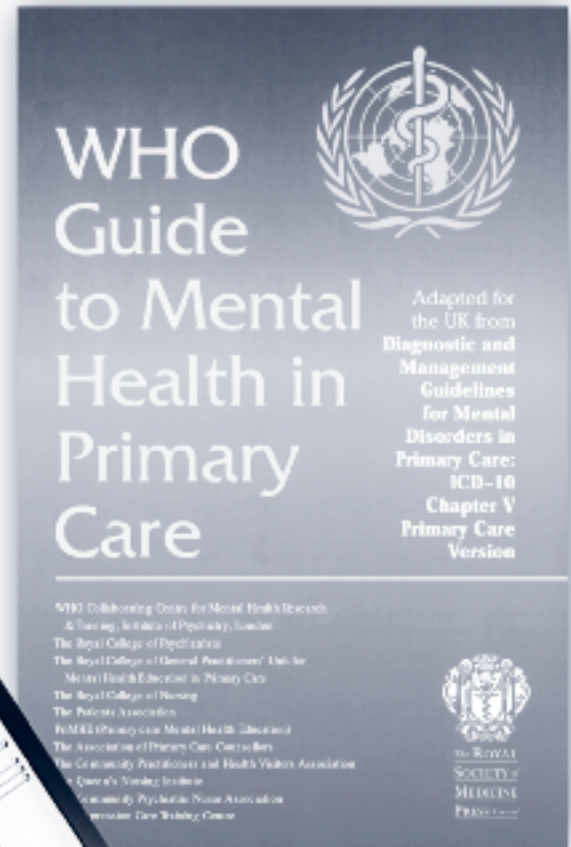
A *DSM-IV* és *ICD-10* alapján összeállított csomag elsődleges rendeltetése az volt, hogy a mentális egészségügy számára több üzletet hajtson fel. Amit a pszichiátria tudományos szempontból nélkülözött, azt a marketing alkalmazásával kompenzálták.

Ez a fajta marketing a gyógyszeriparral kötött áldatlan szerződést tartalmaz. Pat Bracken és Phil Thomas, tanácsadó pszichiáterek, valamint a Bradford-i Egyetem vezető kutatói az Egyesült Királyságban, kijelentik: „A pszichiátria a gyógyszeripar fő növekedési területe. Az ipar befolyást gyakorol arra, hogy a pszichiáterek hogyan formálják a mentális egészségügyi problémákat – a termékei számára így szerez új (busás hasznot hozó) piacokat.”⁵³

Carl Elliott, a Minnesota-i Egyetem bioetikusa

ÜZLETI VÁLLALKOZÁS KIÉPÍTÉSE

1998-ban a pszichiátria behatolt az orvosok területére azzal, hogy az Egészségügyi Világszervezet kiadta a *Mentális egészségügyi útmutató az alapellátáshoz* című csomagot, amelyet annak elősegítése és támogatása érdekében hoztak létre, hogy az orvosok a mentális betegségek diagnosztizálására pszichiátriai viselkedési ellenőrzőlistákat használjanak. A pszichiátria tudományos érdemeinek hiányát pótolta a tolatkodó és kemény eladási marketing.



A tünetek előre elkészített listája lehetővé teszi a diagnosztikus ellenőrzőlista alapján történő felállítását egy előre meghatározott kezelési javaslattal és a páciens pszichiátriára történő beutalásával.

szerint: „Ha gyógyszereket akarunk eladni, nem kell más tennünk, mint pszichiátriai betegségeket eladni.”⁵⁴

Miután a mentális betegségeket az alapellátást nyújtó általános orvosoknak eladták, a szerek eladása következett. Dr. Glenmullen így ír erről: „Amint beindul a szerek forgalma, túllép a pszichiátria határain, és háziorvosok kezdik felírni azokat mindennapos betegségekre.”⁵⁵

Napjainkban, diagnosztikai és szerei kemény marketingjének köszönhetően, a pszichiátria többé már nem azon van, hogy versengjen az orvostudománnyal és küzdjön azért, hogy magát elfogadtassa; annak szerves részévé vált.

FONTOS TÉNYEK

I A *Betegségek nemzetközi osztályozása (ICD)*, és a *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM)* azt célozta meg, hogy helyrehozza a pszichiátria rossz hírét az orvosi szakma gyakorlóinak körében.

2 A DSM csak a *tünetek* kategorizálásával foglalkozik, a *betegségekkel* nem. Egyetlen diagnózisát sem támasztja alá objektív bizonyíték arra vonatkozóan, hogy valóban *betegségről* van szó.

3 Elliot Valenstein, Ph.D. mondja: „Nincsenek elvégezhető tesztek arra vonatkozóan, hogy milyen kémiai állapotok vannak egy élő ember agyában.”⁵⁶

4 A neuroleptikus gyógyszerek bevezetése után, az 1950-es évektől a mentális rendellenességek száma 163-ról (*DSM-II* 1968.) 374-re nőtt (*DSM-IV* 1994.).

5 2000-ben az USA-ban a pszichiátriai gyógyszerek eladása 2.5 milliárdot tett ki. 2003-ra ez a szám 8.1 milliárd dollárra nőtt.⁵⁷



Az orvosi eljárásmodoktól eltérően, a pszichiátria nem rendelkezik tesztekkel, hogy igazoljon bármilyen rendellenességet vagy „betegséget.” Sokukat szó szerint tudományos megalapozottság vagy bizonyíték nélkül szavazzák meg.



HARMADIK FEJEZET

Az orvoslás és a tudomány paródiája

Noha Virchow 1858-ban megjelent *Fiziológiai és patológiai szövettanon alapuló celluláris patológia* című műve az orvostudomány tudományos hitelét szilárdan megalapozta, a pszichiátria – durva kezeléseivel, a mentális egészségügy szisztematikus megközelítésének hiányában is – tovább kétbalkezeskedett egészen az 1950-es évekig. Ahhoz, hogy a pszichiátriának a szakmán belül és a lakosság körében egyaránt rossz híre kelt, nagyban hozzájárult az, hogy a mentális problémák diagnosztizására alkalmas rendszer nem létezett.

Az első lépéseket a szisztematikus diagnózis látszata felé az alábbi két írásmű révén tették meg: a WHO 1948-ban kiadott *Betegségek nemzetközi besorolása (ICD) hatodik kiadásával* – ez az első ilyen, mely pszichiátriai zavarokat tartalmazott –, valamint a *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve* 1952-es egyesült államokbeli kiadásával.

Idővel mind több kritika merült fel a *DSM-II*-ben szereplő kétértelműségek és pontatlanságok miatt. Emiatt a pszichiátria kísérletet tett arra, hogy létrehozzon egy feljavított diagnosztikai rendszert, amely az egész szakma nemzetközi szintű egyetértésének alapjául szolgál.

David Healy pszichiáter, az Észak-Wales-i Pszichológiai Orvostani Tanszék igazgatója szerint a végeredmény, a *DSM-III*, egy „bizottsági forradalom” lett.⁵⁹

E politika megszavazott egy olyan besorolási rendszert, amely drasztikusan különbözött és teljesen idegen

volt minden korábbi medicinától. Számos egyéb különbség is mutatkozott, ezek közül a leginkább említésre méltó az, hogy az új DSM-et kizárólag a tünetek diagnosztizálásának vagy kategorizálásának, nem pedig maguknak a betegségek besorolásának szentelték. További eltérés volt, hogy a diagnózisok egyikét sem támasztotta alá objektív tudományos bizonyíték.

Mint David Kaiser pszichiáter megállapítja: „A tünetek, definíció szerint, egy mélyebb folyamat felszíni megjelenési formái. Ez magától értetődő. Ennek ellenére a

modern (azaz a biológiai) pszichiátria óriási, java-részt visszhang nélkül maradt erőfeszítéseket tett arra, hogy a tünetek és a mentális betegségek közé egyenlőségjelet tegyen.” Kaiser azt vallja, hogy „vacak pszichiáter” volna, ha a kezeléshez nem lenne más eszköze, csupán egy recepttömb olyan gyógy-

szerekhez, amelyek bár „enyhítik a tüneteket”, de „magát a mentális betegséget nem kezelik”. Így – elmondása szerint – nem marad számára más, mint hogy „szenvedő páciensekkel ül szemtől-szembe, akik a boldogtalanságukról akarnak vele beszélgetni.”⁶⁰

Herb Kutchins és Stuart A. Kirk professzorok 1997-ben megjelent *Making Us Crazy (Megőrjítenek minket)* c. könyvükben elmondják, hogy a pszichiátria diagnosztikai kézikönyvének átalakulása „az Amerikai Pszichiátriai Társaság abbéli igyekezetének története, hogy elismerést vívjon ki az orvostudományon belül és megtartsa befolyását a mentális egészségügyi szakma számos képviselője fölött.”⁶¹

Dr. Thomas Dorman, belgyógyász, az Egyesült

„A „keserű pirula” az, hogy a DSM „sikertelenül próbált meg orvosivá tenni túl sok emberi problémát.”⁵⁸

– Professzor Herb Kutchins és Stuart A. Kirk,
Megőrjítenek minket, 1997

Pszichiátriai „betegségek” eladása

Az első *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM)* óta, amely 112 mentális zavart nevezett meg, az utolsó kiadásig, amely most 374 zavart tartalmaz, az ismérvek, melyeket a pszichiátriai diagnózishoz használnak, a tudományos alapú betegségek paródiái. A pszichiátria azért használja ezeket, hogy becsapja a kórházakat, kormányokat és biztosítókat, így az orvostudomány rossz hírét keltik. A kiszámlázható zavarok listájában megtalálhatók a következők:



Koffein-függés rendellenesség
DSM, 212. oldal



Viselkedési zavar
DSM, 85. oldal



Nyelvi kifejezési zavar
DSM, 55. oldal



Matematikai zavar
DSM, 50. oldal



Az írásbeli kifejezési zavar
DSM, 51. oldal

Királyság és Kanada Királyi Orvostudományi Kollégiumainak tagja így ír: „Röviden, az egész ügylet, vagyis az, hogy pszichiátriai »betegség« kategóriákat gyártsanak, melyeket közös megegyezéssel fogadnak el, majd ezeknek diagnosztikai kódokat adnak, ami társadalombiztosításilag téríthetővé és kiszámlázhatóvá teszi azokat: az egész nem más, mint egyfajta kiterjedt piszkos üzlet, ami a pszichiátriának hamis tudományos külsőt kölcsönöz. Az elkövetők természetesen a közös költségvetésből dézsmálnak.”⁶²

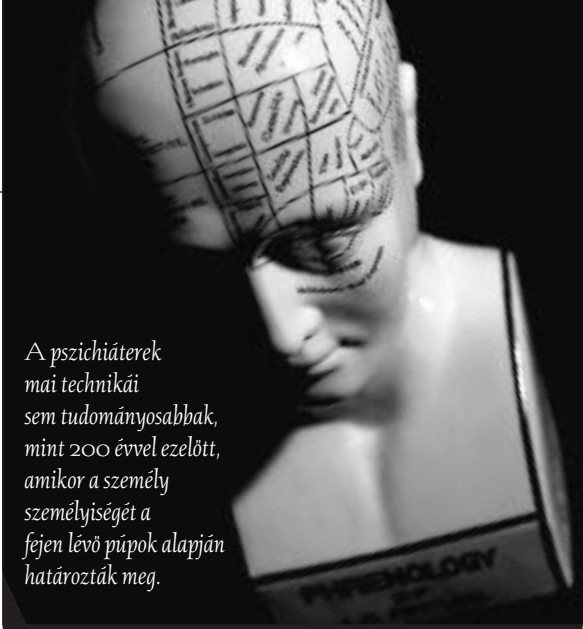
Matthew Dumont pszichiáter a következőket írta a DSM sekélyes tudományoskodásáról: „A szöveg alázatoskodó mivolta és nagyképűsége szinte elválaszthatatlan egymástól. Azt állítják benne: ...»bár ez a kézikönyv az elmezavarok osztályozását tartalmazza, valójában nem létezik olyan meghatározás, amely pontosan behatárolná ennek a fogalomnak a mibenlétét«... [APA 1987]. Azután így folytatják: »nem állítjuk azt, hogy ezek a mentális rendellenességek különálló betegségek lennének, és hogy éles határvonalat lehetne húzni két mentális zavar vagy az elmezavar és az épelméjűség között« [APA, 1987].”⁶³

Shorter így fogalmaz: „Az erotomániát – ez az a tévhit, hogy a másik szerelmes beléd – vajon mi okozza? Senki sem tudja. ... Ezeknek a vélelmezett dolgoknak a megléte azt sugallja, hogy a pszichiátriai osztályozás igen könnyen tévútra kerülhet.”⁶⁴

A biopszichiátria mítoszai

Steven Miran, az Amerikai Pszichiátriai Társaság orvos-igazgatója 2000-ben az Egyesült Államok képviselőházának bizottsági meghallgatásán kormányzati kutatási pénzalapok elnyerését megkísérelve kijelentette, hogy „az utóbbi két évtized során a tudományos kutatások bebizonyították, hogy a komoly mentális betegségek és függőség-típusú rendellenességek... az agy betegségei, melyeknek erős genetikai és biológiai megalapozottságuk van.”⁶⁵

Healy, ezzel szemben, így tájékoztat: „Mind nagyobb számban merül fel az orvos-klinikusok körében, hogy a neurológiai tudományos fejlesztések nemhogy nem fednek fel semmit a pszichiátriai zavarok



A pszichiáterek mai technikái sem tudományosabbak, mint 200 évvel ezelőtt, amikor a személy személyiségét a fejen lévő púpok alapján határozták meg.

természetéről, hanem valójában eltérítenek a klinikai kutatásoktól... Lenyűgöző előrelépés történt a neurológiai tudományok területén, ám a depresszió megértésében csak minimális az előrelépés; vagy inkább nincs semmiféle előrehaladás.”⁶⁶

Glenmullen arról tájékoztat, hogy „mivel semmiféle betegség nem volt bizonyítható”, a pszichofarmakológia „a pszichiátriai diagnózisokhoz nem habozott »betegségmodelleket« gyártani. Ezek a modellek hipotetikus ötletek annak kapcsán, hogy a háttérben, kiváltó okként, esetlegesen milyen fiziológiai probléma húzódhat meg – mint például, szertoin-egyensúlyzavar.”⁶⁷

A pszichiátriai szorítás erősödése

„Eltűnőben a pszichiátria és a házi orvosi tevékenység közötti rés” – hirdeti a *Toronto Globe and Mail* című folyóirat 2000. júniusi számának cikke. A cikk szerint „a pszichiátereket aggodalommal tölti el az, hogy a házi orvosok gyakran nem ismerik ki magukat a mentális egészségügyi problémák terén.” A cikk Glenn Thompsonot,

a Kanadai Mentális Egészségügyi Társaság Ontariói Részlegének ügyvezető igazgatóját idézi, aki kijelentette, semmi rossz nincs abban, hogy az általános orvos „az első útba eső kikötő”, feltéve, hogy ez az orvos kapcsolatban áll egy pszichiáterrel.

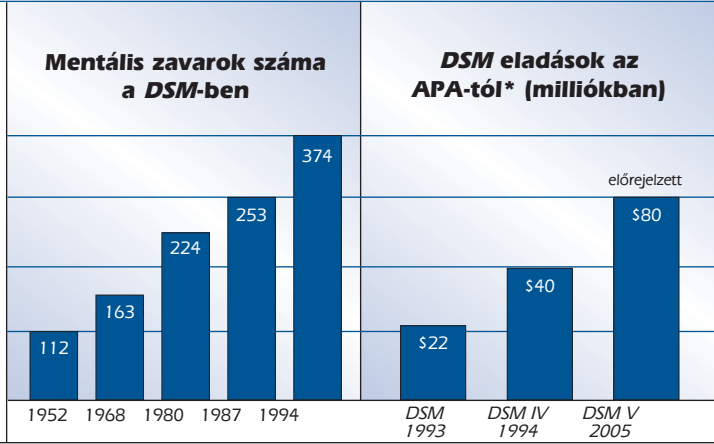
A „mentális egészségügyi problémák”, melyekre a cikk hivatkozik, a

DSM-ben körvonalazott problémák. Az egyedüli „szakértelem”, amit a pszichiátria fel tud mutatni, nem más, mint e kiesztelt diagnosztikai rendszer megbízhatósága, valamint ehhez a pszichoaktív szerek elmaradhatatlan felírása.

Súlyos ára lehet annak, ha a pszichiátriai gondolkodásmód és gyakorlat nem pszichiátriai orvosi körökben elfogadásra kerül. J. Allan Hobson és Jonathan A. Leonard, az *Elvesztette a józan esztét, válságban a pszichiátria, felhívás reformra* című könyv szerzői elmondják: „...Az a státus, melyet a DSM-IV tekintélyelvű módon magának kiharcolt, illetőleg a mű részletező jellege hajlamosak azt a gondolatot ébreszteni az emberben, hogy az értelem nélkül szajkózott diagnózisok és a tableták erőltetése elfogadható dolog.”⁶⁸

EGY ROBBANÁSSZERŰEN NÖVEKEDŐ IPARÁG

Lehet, hogy a pszichiátria legjövedelmezőbb eredménye az Amerikai Pszichiátriai Szövetség (APA) által kiadott *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM)*. Egyre több és több mentális betegséget „fedeznek fel”, hogy beletegyék a DSM-be, és terjeszkedő kampányokat folytatnak, hogy egyre mélyebben hatoljanak be a piacra. A pszichiátria milliőkat gyűjtött be egyedül a könyveladásokból, és még többet a kormányok költségvetéséből – a társadalom számára elképzelhetetlenül nagy összegeket.



*APA: Amerikai Pszichiátriai Társaság, a *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM)* kiadója

PSZICHIÁTRIAI MEGTÉVESZTÉS

Megtervezett diagnózisok

írta Dr. Thomas Szasz professzor

Dr. Thomas Szasz a New York-i Állami Egyetem Egészségtudományi Központjának nyugalmazott pszichiáter professzora, több mint 30 könyv szerzője.

A Parade magazin, miután felmérést végzett az USA országos egészségi állapotáról, arra a következtetésre jutott, hogy a depresszió „a harmadik leggyakoribb »betegség«”. Mégis, amikor a válaszadókat arról kérdezték, hogy milyen jövőbeli egészségügyi probléma miatt aggódnak leginkább, azok még csak nem is említették a depressziót. A rák és a szívbetegségek miatt aggódtak.

Bár az emberek elfogadták azt, hogy a depressziót betegséggé nyilvánítsák, attól nem félnek, hogy depressziósok lesznek, mert ösztönösen felismerik, hogy ez nem betegség, hanem személyes probléma. Attól azonban igenis félnek, hogy rákot és szívbetegséget kaphatnak, mert tudják, hogy ezek betegségek – valódi orvosi problémák –, nem pedig pusztán elnevezések.

Allen J. Frances, a Duke Egyetem Orvosi Központjának pszichiátria professzora és a *DSM-IV* Munkacsoport elnöke kijelentette: „A *DSM-IV* a mentális zavarok kézikönyve, de semmilyen értelemben nem tisztázza, hogy pontosan mi is egy mentális zavar... A *DSM-IV*-ben besorolt problémák leírására a mentális zavarnál rosszabb elnevezés valószínűleg nem is létezhetne.” Az Amerikai Pszichiátriai Társaság akkor vajon miért használja továbbra is ezt a kifejezést?

A *DSM* elsődleges szerepe és célja az, hogy hitelessé tegye azon állításokat, miszerint bizonyos viselkedési módok – pontosabban bizonyos helytelen viselkedési formák –



„Nem létezik olyan vér- vagy másfajta biológiai vizsgálat, amellyel a mentális betegség megléte vagy hiánya megállapítható, míg a legtöbb testi betegség esetében van. Ha egy ilyen vizsgálatot kifejlesztenének, akkor az az állapot megszűnne mentális betegség lenni, és ehelyett egy testi betegség kórtüneteként besorolhatóvá válna.”
– Dr. Thomas Szasz
a pszichiátria nyugalmazott professzora, 2002

mentális zavarok, és emiatt azok orvosi betegségek. Így a patológiai szerencsejáték ugyanazt a státust élvezzi, mint mondjuk a myocardialis infarktus (vérrög a szív verőérben). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság lényegében azt állítja, hogy a pénzben történő fogadás olyasmiről, amit a páciens nem képes irányítani; és azt, hogy általában véve minden pszichiátriai „tünet” vagy „zavar” kívül esik a páciens befolyásán. Ezt visszautasítom, mint nyilvánvalóan hamis állítást.

A *DSM* állítólagos érvényességét újra meg újra megerősíti a pszichiátria azon kijelentése, hogy a mentális betegségek agyi betegségek – ami állítólag a neurológiai tudományok legutóbbi felfedezéseire alapul. A felfedezést az ún. képpalkotó technikák, a kezelést pedig farmakológiai hatóanyagok tették lehetővé. Ez nem igaz. Nincsenek objektív diagnosztikai tesztek, amelyek megerősítenék vagy cáfolnák a depresszió diagnózisát; a diagnózist kizárólag a páciens megjelenése és viselkedése, valamint másoknak az illető viselkedéséről szóló kijelentései alapján lehet és kell felállítani.

Nem létezik olyan vér- vagy másfajta biológiai vizsgálat, amellyel a mentális betegség megléte vagy hiánya megállapítható,

míg a legtöbb testi betegség esetében van. Ha egy ilyen vizsgálatot kifejlesztenének, akkor az az állapot megszűnne mentális betegség lenni, és ehelyett egy testi betegség kórtüneteként besorolhatóvá válna.

Ha például a skizofréniáról kiderülne, hogy biokémiai oka és gyógymódja van, akkor skizofréniá miatt nem lehetne többé valakit akarata ellenére beszállítani. Valójában ezután neurológusok kezelhetnék, és a pszichiatereknek többé nem volna több tennivalója vele, mint ahogy a glioblastomával [rosszindulatú daganat], a Parkinson-kórral vagy az agy más betegségeivel sincs.

AZ AGY HIBÁZTATÁSA

A kémiai egyensúlyzavar című átverés

„A pszichotróp szerek eljövedele egy új, biológiai nyelv megjelenését is eredményezte a pszichiátriában. Az, hogy milyen fokig vált a populáris kultúra részévé, több szempontból is megdöbbentő... Ez a dicsőség azonban kétes értékű. Joggal kérdezhetjük meg, vajon a biológiai nyelvezet a piacszerzés vonalán vagy klinikai értelemben nyújt-e többet.”⁶⁹

– Dr. David Healy,
Az antidepresszáns korszak, 1999

Napjaink pszichiátriai betegség-modelljének sarokköve az az elképzelés, miszerint agyi eredetű, kémiai egyensúlyzavar a mentális betegségek alapja. Annak ellenére, hogy ezt a nyilvánosság felé kemény marketing népszerűsíti, nem más ez, mint a pszichiátria újabb ábrándja. A kutatók ezt is teljesen megcáfolták, csakúgy, mint a pszichiátria összes többi betegségmodelljét.

Elliot Valenstein Ph.D. egyértelműen fogalmaz: „Nem állnak rendelkezésre az élő személyek agyának kémiai állapotát felmérő tesztek.”⁷⁰ „Biokémiai, anatómiai vagy funkcionális jelek, amelyek megbízhatóan megkülönböztetnék a mentális páciensek agyát, szintúgy nem léteznek.”⁷¹

Egy 2004. májusában, Amerikában megjelent újságcikk (a *The Mercury News*-ban) a következőt közli: „Sok orvos figyelmeztet a SPECT (egyedi fotonkibocsátás-számláló tomográfia) használatának túlértékelésére, mondván, hogy nem etikus – és potenciálisan veszélyes is –, ha egy orvos ezt érzelmi, viselkedéssel vagy pszichiátriai problémák azonosítására akarja használni. A 2500 dollárba kerülő értékelés nem nyújt hasznos vagy pontos információt.” – állítják.⁷²

Dr. Julian Whitaker, az elismert *Egészség és Gyógyítás* hírlevél szerzője a következőket állítja: „Amikor a pszichiáterek megjelölnék egy gyermeket (vagy felnőttet), szimptómák miatt jelölik meg őket. Nincs semmilyen patológiai diagnózisuk, nincs semmilyen labor-diagnózisuk, nem tudnak semmilyen megkülönböztetést mutatni, amely alátámasztaná ezeknek a pszichiátriai »betegségeknek« a diagnózisát. Ha valakinek szívrohama



„Nem állnak rendelkezésre az élő személyek agyának kémiai állapotát felmérő tesztek.”

– Elliot S. Valenstein, Ph.D.



Elliot S. Valenstein

van, megtalálhatod a kóros elváltozást, ha cukorbetegséggel van dolgod, a vércukor nagyon magas, ha ízületi gyulladásról van szó, az kimutatható röntgennel. A pszichiátriánál csak kristálygömb és jóslás van, teljesen tudománymentesen.”

Ty Colbert Ph.D. azt mondja: „Tudjuk, hogy a kémiai egyensúlyzavar modelljét mentális betegségekre tudományosan soha senki nem bizonyította. Azt is tudjuk, hogy minden ésszerű bizonyíték arra mutat, hogy a pszichiátriai drogok használata nem működik. Továbbá, azt is tudjuk, hogy a gyógyszerek hatékonyságának kutatása szintén megbízhatatlan, mert ezek a tesztek csak azon alapulnak, hogy a tünetek mennyire csökkennek, nem azon, hogy a betegség maga javul-e.”⁷³

Valenstein szerint „Az elméleteket nemcsak amiatt tartják fenn, mert nincs mit a helyükbe tenni, hanem azért is, mert a gyógyszeres kezelések népszerűsítéséhez hasznosak.”⁷⁴

FONTOS ADATOK

I A német pszichiáter, Emil Kraepelin először úgy határozta meg a „skizofréniát”, mint *dementia praecox*-ot („idő előtti elbutulás”). A „skizofrénia” szót 1908-ban a svájci pszichiáter, Eugen Bleuler alkotta meg.

2 Később felfedezték, hogy az így felcímkézett páciensek egy általános betegségtől, az *encephalitis lethargica*-tól (letargiát okozó agyi gyulladás) szenvedtek, amelyet az orvosok akkoriban nem ismertek.

3 A *DSM-II* beismeri, hogy „Noha történetek ilyen irányú kísérletek, a bizottság [APA] nem tudott egyetértésre jutni a rendellenesség okában, csak az elnevezésében.”⁷⁵

4 A „skizofréniára” felírt drogok erőszakos, mániás viselkedést váltanak ki, mind a kezelés idején, mind a szer szedésének abbahagyásakor.

5 Az Egyesült Államokban és Olaszországban lefolytatott sikeres programok bizonyították, hogy a „skizofréniát” meg lehet oldani pszichiátriai szerek nélkül.





NEGYEDIK FEJEZET

A kiszolgáltatottak bántalmazása

Bár a pszichiátria a DSM és a pszichotróp szerek sikere révén szivárogo be egyre inkább mindennapi világunkba, a legtöbben még mindig úgy tekintik, hogy a pszichiátria fő feladata az, hogy pácienseket súlyos, életveszélyes mentális zavarokkal kezeljen.

A pszichiáter azonban ama „betegséggel” foglalkozik, melyet elsőként Kraepelin dementia praecox-ként címkézett meg

az 1800-as évek végén, majd Eugen Bleuler svájci pszichiáter 1908-ban „skizofrénia” névvel illetett.

„Az irracionális viselkedésre – azzal, hogy elnevezte és besorolta – a végső orvosi pecsétet Kraepelin ütötte rá” – tudósít E. Fuller Torrey pszichiáter. „Az irracionális viselkedés orvosi körökben ekkortól méltán szerepeltethető, mint-hogy már elnevezésekkel bír... Kraepelin besorolási rendszere mind a mai napig uralkodó a pszichiátriában, ám nem azért,

mert értékesnek bizonyult..., hanem mert az orvostudományba való bekerüléséhez az irracionális viselkedés ezzel váltotta meg a belépőjegyét.”⁷⁷

Azonban Robert Whitaker azt állítja, hogy azok a páciensek, akiket Kraepelin dementia praecox-szal kezelt, egy általános orvosi betegségben, encephalitis lethargica-ban szenvedtek (ez egy agyi gyulladás, ami

letargiát okoz), amit akkoriban az orvosok nem ismertek. „Ezek a páciensek furcsán járkáltak, az arcizmaik rángatóztak, az izmaik időnként görcsösen összehúzódtak, és álmosági rohamok törtek rájuk. A pupilláik csak lassan reagáltak a fényre. Ezen kívül nyáladzottak, krónikus székrekedésük volt, és képtelenek voltak befejezni egy megkezdett, szándékolt fizikai akciót.”⁷⁸

A pszichiátria elmulasztotta felülvizsgálni

Kraepelin anyagát, hogy láthassa, a skizofrénia egy diagnosztizálatlan és kezeletlen fizikai probléma volt. „A skizofrénia túlságosan alapvető koncepció volt annak érdekében, hogy a szakma orvosi létjogosultságot szerezzen... A betegség fizikai tüneteit lassan kihagyták... Ami maradt, az a leginkább megkülönböztető jegyek, a mentális tünetek: hallucináció, képzelgés, bizarr gondolatok” - mondja el Whitaker.

A pszichiátria továbbra is elkötelezte magát amellelt, hogy mentális

betegségnek nevezze a skizofréniát, annak ellenére, hogy több mint egy évszázadnyi kutatás és vizsgálat után is teljességgel hiányzik az objektív bizonyítéka annak, hogy a skizofrénia tényleges betegségként vagy testi rendellenességként valóban létezik.

A neuroleptikumokat vagy antipszichotikumokat először Franciaországban fejlesztették ki azért,

„Az, ha valakinél skizofréniát diagnosztizálnak, a felszínen tudományos dolognak tűnhet, különösen, amikor a biopszichiátria váltig állítja, hogy genetikai eredetű agybetegség játszik közre. De ha egy lépésnyit hátrálépünk és távolabbról vesszük szemügyre, mit is művelnek ezek a kutatók valójában, elámulunk: hogyan képesek a munkájukra magyarázatot találva igazolni mindazt, amit tesznek? ... Ez nem tudomány. Ez egyszerűen semmitmondó adatok matematikai manipulációja.”⁷⁶

– Ty C. Colbert, Ph.D.

Blaming Our Genes (Génjeinket hibáztatva), 2001



Amíg a Nobel-díjas Dr. John Nash –t úgy ábrázolják egy hollywoodi filmben, az Egy csodálatos elmé-ben, hogy a modern pszichiátriai gyógyszereket használva gyógyult fel a „szizofréniából”, Dr. Nash cáfolja ezt a fikciót. A tény az, hogy 24 évig nem vett részt pszichiátriai kezelésen, és természetes úton gyógyult fel zavart állapotából.

hogy „eltompítsák az idegrendszert a sebészeti beavatkozás alatt.” A pszichiáterek nagyon hamar rájöttek, hogy a neuroleptikumok Parkinson-kórra emlékeztető, illetve encephalitis lethargica tüneteket okoznak.⁷⁹

A *tardív diszkinézia* (*tardív* = kései, *dyskinesia* = az ajkak, a nyelv, állkapocs, az ujjak, lábujjak és egyéb testrészek akaratlagos mozgatásához szükséges erőki-fejtésre való állandó képtelenség) a neuroleptikus kezelésben részesült páciensek 5%-ánál egy évvel a kezelést követően felbukkant.⁸⁰ Ugyancsak ismert kockázati tényező a rosszindulatú neuroleptikus szindróma. Ez potenciálisan végzetes toxikus reakció: a páciensnek lázrohama lesz, zavarodottá, nyugtalan-ná válik, és teste módfelett megmerevedik. Ebben a becslések szerint már 100 000 amerikai halt meg.⁸¹

Hogy a nyilvánosság előtti kedvezőtlen visszhangokra visszavágjanak, orvosi szaklapokban helyeztek el cikkeket, amelyekben – elhallgatván a kockázatokat – rendszeresen eltúlozták az új szerek előnyeit. Whitaker elmondja, hogy amit az 50-es években az új szerekről az orvosokkal és a nyilvánossággal ismertettek, azt előzetesen gondosan megtervezték: „Ez a fajta véleményformálás természetesen kulcsszerepet játszott abban, hogy a neuroleptikus szerek új szerepkörben mutatkozhattak be: a mentális betegek biztonságos, szizofrénia elleni gyógyszereként.”

A független kutatási eredmények mindazonáltal aggasztónak bizonyultak. Egy nyolcéves tanulmányában a WHO úgy találta, hogy három, gazdaságilag hátrányos helyzetű ország – India, Nigéria és Kolumbia – páciensei drámaian jobb állapotban vannak, mint az Egyesült Államok és négy másik fejlett országéi. Valójában 5 év múltán „a fejletlen országokban a páciensek 64%-a tünetmentes volt és jól funkcionált”. Ezzel szemben a jómódú országok pácienseinek csak 18%-a volt jó állapotban.⁸² Egy ugyanolyan diagnosztikai kritériumokon alapuló második tanulmány is ugyanazt az eredményt hozta.⁸³ A számottevően rosszabb nyugati eredményben a neuroleptikumoknak egyértelműen része volt.

Tagjai részére az Amerikai Pszichiátriai Társaság csupán 1985- ben tett közzé figyelmeztető levelet; és



„Az elgondolás az volt, hogy a skizofrénián tartalmas emberi kapcsolatok kiépítésével gyakrabban túl lehet jutni, mint gyógyszerek használatával, és hogy az efféle kezelés végső soron megkérdőjelezhetetlenül egészségesebb élethez vezet”

– Dr. Loren Mosher volt az USA Országos Mentális Egészségügyi Intézete Skizofréniá-központjának vezetője

csak azután, hogy több, nagy nyilvánosságot kapott büntetőper zajlott le, ezekben „pszichiátereket és intézményeiket gondatlanság miatt marasztaltak el, mivel azok pácienseiket a szerek veszélyeire nem figyelmeztették; a megítélt kártérítés egy esetben elérte a 3 millió dollárt.”

Új, „atípusos” [nem szokványos] szereket vezettek be a 90-es években – ígéretük szerint ezeknek kevesebb a mellékhatása.⁸⁴ Ezen atípusos szerek egyikét azonban a 60-as években már tesztelték, és úgy találták, hogy rohamokat okozott, továbbá erőteljesen kábító hatású volt, nyáladzást idézett elő, valamint székrekedést, vizelettartási problémákat, elhízást, légzésbénulást, szívrohamot és, ritkán, hirtelen halált eredményezett. Európában a 70-es években bevezették, majd kivonták a forgalomból, miután úgy találták, hogy az agranulocytosist – a fehérvérsejtek számának potenciálisan végzetes csökkenését – okozza: ez a páciensek 2%-ánál fordult elő.⁸⁵

Az *Egy csodálatos elme* című filmben a Nobel-díjas John Nash-t úgy ábrázolják, mint aki egy új, áttörést jelentő pszichiátriai szert szed, hogy „skizofréniája” ne rosszabbodjon. Ez azonban csupán Hollywood fikciója, ahogyan maga Nash is vitatja, hogy a film úgy mutatja be őt, mintha „újfajta gyógyszereket” szedett volna, amikor Nobel-díjat kapott. Nash 24 éve nem szedett semmiféle pszichiátriai szert, és természetes módon gyógyult ki felkavart állapotából.

Ugyan a pszichiátria által szponzorált történelemkönyvekből ez kimarad, ám létfontosságú tudnunk: a komolyan összezavarodott emberek számára számos olyan – kíméletes és működőképes – orvosi

program létezik, amely nem az erős szerek alkalmazásán alapszik.

Működőképes kezelések

A néhai Dr. Loren Mosher volt az USA Országos Mentális Egészségügyi Intézete Skizofréniá-központjának vezetője, később a Kalifornia Egyetem klinikai pszichiáter professzora San Diegóban, Kaliforniában, valamint a Soteria Szervezetek igazgatója ugyanott. 1971-ben nyitotta meg a Soteria Házat, mint olyan helyet, ahol a „skizofréniásnak” diagnosztizált fiatalok gyógyszerek nélkül voltak olyan személyzettel, akiket arra képeztek ki, hogy figyelmesen hallgassák és értsék meg őket, és nyújtsanak nekik támogatást, biztosságot és a tapasztalataik elfogadását. „Az elgondolás az volt, hogy a skizofrénián tartalmas emberi kapcsolatok kiépítésével gyakrabban túl lehet jutni, mint gyógyszerek használatával, és hogy az efféle kezelés végső soron megkérdőjelezhetetlenül egészségesebb élethez vezet” – mondta.

Dr. Mosher továbbá azt mondta: „A kísérlet a vártnál is jobb eredményt hozott. Hat héttel a felvételt követően mindkét csoport állapota jelentősen és mérhetően javult, annak ellenére, hogy a Soteria kezeltjei többnyire nem kaptak antipszichotikumokat! Két évvel a bekerülést követően a Soteria-kezelt alanyok jelentősen magasabb munkakörben dolgoztak, jelentősen gyakrabban éltek önálló életet vagy párkapcsolatban, és közülük kevesebb került vissza az intézménybe. Érdekes módon, a Soteriánál kezelt azon páciensek boldogultak – és lettek – a legjobban, akik a két teljes év során nem kaptak neuroleptikus gyógyszeres kezelést vagy akikről azt gondolták,

hogy náluk lesz a legrosszabb kimenetele a kezelésnek.”

Olaszországban, az Imola-beli Institute of Osservanza-ban (Megfigyelő Intézetben) Dr. Antonucci úgynevezett erőszakos skizofrén nők tucatjait kezelte, akiknek legtöbbször állandó jelleggel ágyához volt szíjazva (némelyikük már 20 éve). Kényszerzubbonyt és műanyag maszkot használtak, ez utóbbit azért, hogy megakadályozzák a pácienseket a harapásban. Dr. Antonucci nekilátott a bezárt nők mozgáskorlátozásának a megszüntetéséhez, minden nap sok-sok órát töltött azzal, hogy beszélgetett velük, valamint azzal, hogy „delíriumuk és gyötrelmeik mélyére hatoljon.” Dr. Antonucci minden esetben az intézményben eltöltött hosszú évek kétségbeesésének és szenvedésének történetét hallgatta meg. Dr. Antonucci vezetése alatt minden korábbi gyakorlatot megszüntettek, és a legborzasztóbb osztályokat leszerelték. Biztosította, hogy a páciensekkel könyörületesen és tisztelettudóan bánjanak, gyógyszerelés nélkül. Az ő felügyelete mellett az addig lehangosabb helyek a legcsendesebbekké váltak. Néhány hónap után a „veszélyes” páciensek szabadok voltak, és nyugodtan sétáltak a kertben.



1973 és 1996 között Dr. Giorgio Antonucci (balra, illetve fent egy pácienssel) fokozatosan megszüntette a legborzasztóbb, koncentrációs táborkra emlékeztető pszichiátriai osztályokat, és biztosította, hogy a páciensekkel könyörületesen, tisztelettel és gyógyszerek használata nélkül foglalkozzanak.

Dr. Giorgio Antonucci, jobbról a második, és a betegek, akiket együttérzéssel mentett meg.

Végül, valamennyiüket kiengedték a kórházból, és sokukat megtanították írni és olvasni, dolgozni, és hogy hogyan gondoskodjanak magukról - életükben először. Dr. Antonucci csodálatos eredményei sokkal kevesebb költséggel jártak.

Az ilyen programok megalapozzák azt a bizonyítékot, hogy léteznek valódi válaszok és létezik remény a súlyosan zavart egyének számára is.



NYILVÁNOS FIGYELMEZTETÉS

A szerek által kiváltott erőszak

Sok orvosi tanulmány számol be bizonyítékokról, hogy a pszichiátriai gyógyszerek erőszakos vagy öngyilkos viselkedést okoznak. A lenti gyilkosok, az Egyesült Államokból, Ausztráliából és Japánból, brutálisan meggyilkoltak 39 embert mielőtt pszichiátriai gyógyszeres kezelés alatt álltak.

Andrea Yates, texasi háztartásbeli családanya 2001. június 20-án a fürdőszobában a kádat teletöltötte vízzel, és belefojtotta öt gyermekét, akik közül a legfiatalabb fél éves, a legidősebb hét éves volt. A 37 éves Yates asszony éveken keresztül többször esett át kórházi kezeléseken, pszichiátriai szerek szedésén és öngyilkossági kísérleteken. 2002. március 12-én azonban a bíróság elutasította a védelem indítványát, miszerint beszámíthatatlanság – elmebaj – következtében Mrs. Yates-t mentsék fel, és gyilkosság büntetésében bűnösnek találta.

A bíróság és a média vonatkozásában a történet lezárult. A pszichiátria vonatkozásában a mentségek megjósolhatóak voltak: Mrs. Yates komoly mentális betegségben szenvedett, amely „a kezeléssel szemben ellenálló” bizonyult, vagy pedig „megtagadták tőle a helyes és megfelelő minőségű mentális egészségügyi kezelést”.

A texasi CCHR, elégedetlen lévén ezzel az eredménnyel, Mrs. Yates orvosi kórtörténetéről független orvosszakértői véleményezést kért. Edward G. Ezrailson, Ph.D., tudományos konzultáns beszámolt róla, hogy a Mrs. Yates-nek felírt drogoktól akaratlan mérgezést okozott nála. Az egyik antidepresszáns „túladagolása” és egy másik „hirtelen nagy dózisa” „súlyosbították a nő viselkedését” – mondta. Ez „vezetett a gyilkossághoz.”⁸⁶

Robert Whitaker kiterjedt kutatásai felfedték, hogy az antipszichotikumok a pszichózist ideiglenesen tompítják, ám a páciens hosszú távon a pszichózisnak biológiailag még kiszolgáltatottabbá – arra még hajlamosabbá – teszik. Az akatízia (a=nélkül; kathisia=ülés; nyugton maradásra való képtelenség) egy további paradox hatás, amely az erősebb neuroleptikus szerek alkalmazásánál merül fel mellékhatásként. Ezt a mellékhatást fenyegető-támadó, erőszakos viselkedéssel hozták összefüggésbe.⁸⁷

■ Egy 1990-es tanulmány megállapította, hogy a pszichiátriai zárt osztályokon tapasztalható verekedések 50%-a az akatíziával hozható összefüggésbe. A páciensek „heves késztetést éreztek arra, hogy megtámadjanak bárkit, aki a közelükben volt.”⁸⁸

■ Egy 1998-as brit jelentés feltárta, hogy az SSRI típusú antidepresszánsokat (SSRI = Szelektív szerotonin-újravétel gátló) szedő páciensek legalább 5%-a olyan „hétköznapi tartott” mellékhatásoktól szenvedett, mint zaklatottság, szorongás és idegesség. A jelzett mellékhatások kb. 5%-a agresszív viselkedést, hallucinációkat, rossz közérzetet és a személyiség elvesztését foglalta magában.⁸⁹

■ 1995-ben kilenc ausztrál pszichiáter arról számolt be, hogy az SSRI-k szedése során a páciensek önmagukat késsel összeszabdalták, vagy erőszakos gondolatok foglalkoztatták őket. „Meghalni nem akartam, csak szerettem volna darabokra tépni a testemet” – vallotta meg az egyik páciens a pszichiáterének.⁹⁰

Elvonási tünetek

■ 1996-ban az új-zélandi Preferált Orvostudományok Országos Központja Társaság jelentést adott ki, amely az „akut drog-elvonásról” szólt. Ebben elmondták, hogy a pszichoaktív szerek megvonása az alábbiakat okozhatja:

1) visszahatások, amelyek egy „betegség” korábbi tüneteit súlyosbítják, 2) a páciens állapotától független, korábban nem tapasztalt új tünetek.⁹¹

■ Dr. John Zajacka a *Klinikai Pszichiátriai Folyóirat*-ban arról számolt be, hogy az egyik SSRI elvonását követően jelentkező zaklatottság és ingerlékenység, amit a páciensek tapasztalnak, „agresszivitást és hirtelen fellángoló öngyilkossági hajlamot okozhatnak”.⁹²

■ A *The Lancet* brit orvosi folyóiratban Dr. Miki Bloch olyan páciensekről számolt be, akiknek az egyik antidepresszáns szedésének abbahagyását követően öngyilkossági és gyilkos hajlamaik egyaránt támadtak. Egy férfit pedig olyan gondolatok foglalkoztattak, hogy „bántalmazni akarja saját gyermekeit”.⁹³

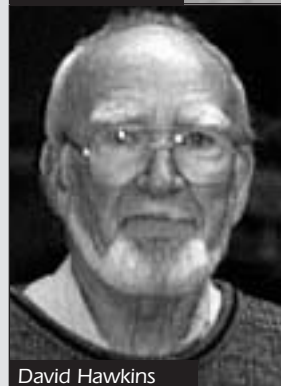
Miközben a pszichiáterek továbbra is úgy tekintenek a gyógyszer-öngyilkosság-erőszak kapcsolatra, mint valamely „anekdotára”, a bíróságok lépésekre szánják el magukat ott, ahol a pszichiátriai társaságok nem hajlandóak erre.

■ 2001. május 25-én Barry O’Keefe, az Új-Dél-Walesi Legfelsőbb Bíróság bírója egy pszichiátriai antidepresszánszt marasztalt el amiatt, hogy a békés, törvényisztelő David Hawkins felesége erőszakos gyilkosává változtatta. Amennyiben Mr. Hawkins nem szedte volna az antidepresszánszt, „akkor több mint valószínű, hogy Mrs. Hawkins még ma is élne...”

■ 2001. júniusában az USA-ban, Wyoming államban az esküdtszék 8 millió dollár (6,5 millió euró) kártérítést ítélt meg egy férfi, Donald Schell rokonai számára, aki lövöldözéses ámokfutásba kezdett, miután egy antidepresszánszt szedett. Az esküdtszék megállapította, hogy 80%-ban e szer játszott szerepet a gyilkos örvénylés létrejöttében.⁹⁴



Andrea Yates



David Hawkins



Mamoru Takuma



Jeremy Strohmeyer



Kip Kinkel

FONTOS TÉNYEK

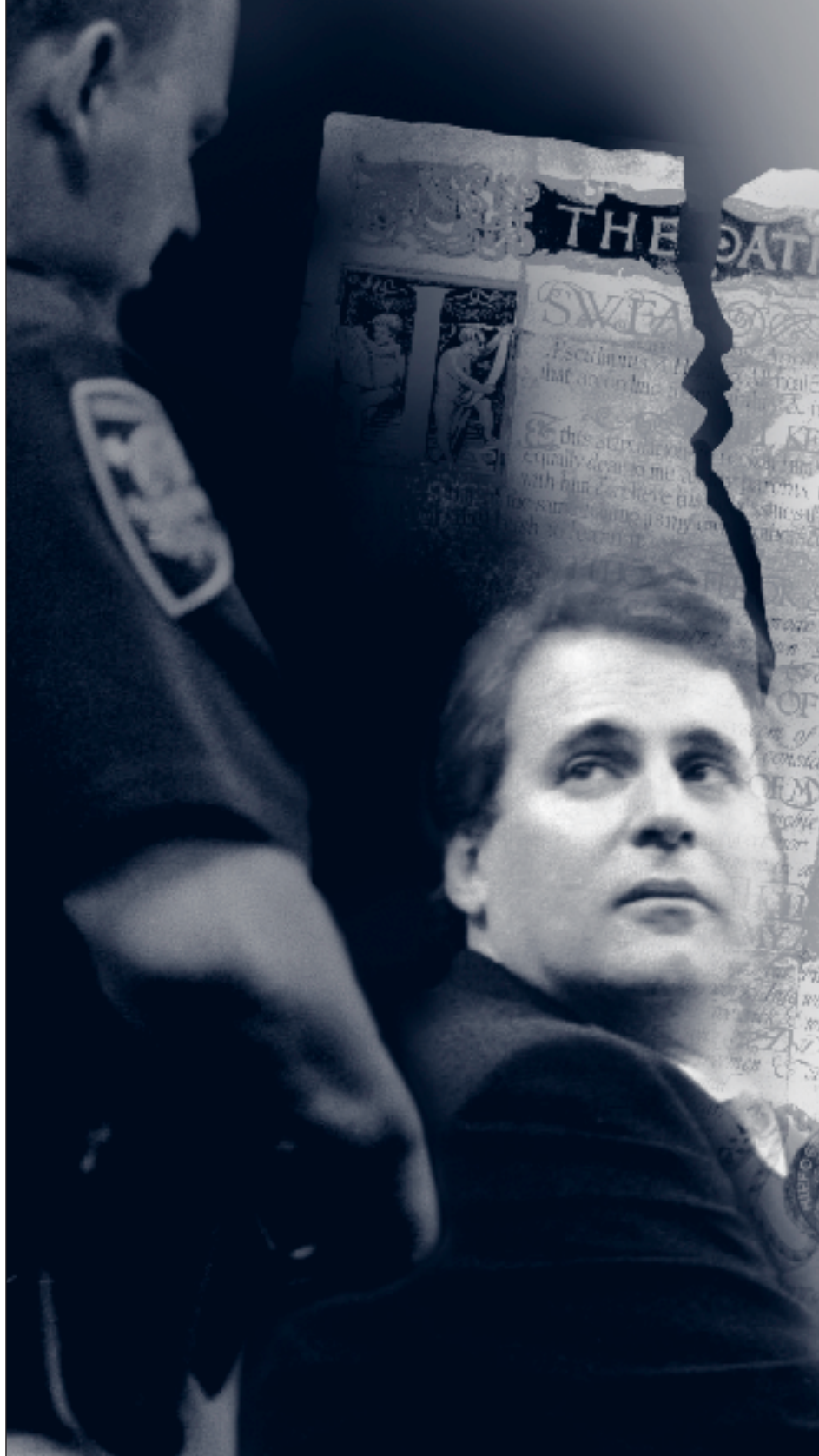
1 A pszichiátriának van a legrosszabb biztosítási családokkal kapcsolatos múltja.⁹⁵

2 A mentális egészségügyben dolgozók tíz százaléka bevallja, hogy szexuálisan kihasználja a pácienseit.

3 Egy tanulmány azt találta, hogy 20 páciensből, akiket a terapeutájuk szexuálisan kihasznált, egy fiataloké – a lányoknál az átlagéletkor 7 év, fiúknál 12.⁹⁶

4 Egy felmérés szerint, amit 530 pszichiáter körében végeztek, 25%-uk azért választotta a pszichiátriát, mert saját magának voltak pszichiátriai problémái.⁹⁷

5 Az orvosok között a pszichiáterek körében a legmagasabb az öngyilkosság és a drogokkal kapcsolatos visszaélések aránya.⁹⁸



Michael DeLain amerikai pszichiátert két évre elítélték 2002-ben, mert szexuálisan kihasználta egy 16 éves páciensét; pszichiáterek a kezdetektől fogva szisztematikusan és folyamatosan megszegték a Hippokratészi Esküt.



ÖTÖDIK FEJEZET

Az orvosi etika veszélyeztetése

Azon felül, hogy a nem pszichiáter orvosok jó hírüket meg kívánják őrizni, jó okuk van rá, hogy a pszichiáterek mentális egészségügyi vízióinak ellenálljanak.

Míg az orvostudomány irigylésre méltó eredményeket is magáénak tudhat és általános elfogadottságnak örvend, a közvéleménynek a pszichiátriáról továbbra is a kígyóverem, a kényszerzubony és a *Száll a kakukk fészkére* jut az eszébe. Hogy szépítsen ezen a képen, a pszichiátria bizony igen keveset tett, mivel olyan kezeléseket fejlesztett ki, mint az ECT, az agysebészet, a kémiailag kényszerzubonyként működő antipszichotikumok – s ekkor még nem is említettük a kezelések kudarcairól szóló feljegyzések hosszú sorát.

A pszichiátria a csalások területén igen-igen számottevően képviselteti magát. Az USA történetének legnagyobb társadalombiztosítási csalásával kapcsolatos pere a mentális egészségügyhöz kapcsolódott, pedig a mentális egészségügy az orvoslás legkisebb szektora.⁹⁹ Egy sokat tapasztalt, egészségbiztosítási csalásokkal foglalkozó kaliforniai nyomozó szerint a csalások feltárásának egyik legegyszerűbb módjaként elegendő ellenőrizni a pszichiáterek receptjeiről szóló nyilvántartást.

Szexuális bűncselekmények:

Egy 1998-as felmérés szerint az Amerikai

Egészségügyi Bizottság 761 esetben indított eljárást szexuális visszaélés miatt 1981 és 1996 között. Az esetek között aránytalanul magas a pszichiáterek száma. Míg a pszichiáterek az amerikai orvosi társadalom 6%-át adják, ezeknek a visszaéléseknek 28%-ában ők voltak a szereplők.¹⁰⁰

Egy 1998-as, a Svéd Társadalmi Bizottság által közreadott jelentés szerint a páciensektől beérkezett panaszok majdnem felében pszichiátereket említettek az emberek, az ő diagnózisukat nem akarták

legtöbbször elfogadni. Ezek közül némelyik olyan súlyos vád volt - erőszakot és szexuális zaklatást is említve -, hogy a bizottság átadta a problémát az ügyészségnek.¹⁰¹

A mentális egészségügyben praktizálók 10-25%-a bevallja, hogy szexuálisan kihasználja a pácienseit. Egy amerikai tanulmány szerint a gyerekeket

érintő szexuális zaklatás inkább lányokat érint, mint fiúkat. A lányok életkora 3 és 17 év között volt, a fiúké 7 és 17 között.¹⁰²

Mindeközben a pszichiáterek keményen dolgoznak azon, hogy kiterjesszék beutalási üzletüket azáltal, hogy befolyásolják az egészségügyi alapellátás orvosi munkáját egy olyan diagnosztikai listával, ami a DSM-ből származik. Mivel egy szakma helyzetének meghatározó eleme az etikus képviselőinek a tábora, a nem-pszichiáter orvosoknak fel kell mérniük, hogy milyen következményekkel járhat ez az orvoslás egészére.

„Öngyilkosság, stressz, válások – a pszichológusok és a többi mentális egészségügyi dolgozó valójában jobban becsavarodhat, mint a társadalom bármely más tagja.”

– *Psychology Today*
(„Pszichológia ma”) c. folyóirat, 1997

FONTOS TÉNYEK

I Egy tanulmány szerint azoknak az embereknek a 83%-a, akiket klinikák vagy szociális munkások pszichiátriai kezelésre küldtek, egy felfedezetlen fizikai betegségtől szenvedtek; egy másik tanulmány pedig arra világít rá, hogy azoknak a 42%-áról, akiket „pszichózisokkal” kezeltek, később kiderült, hogy valamilyen testi betegségtől szenvedtek.¹⁰³

2 Egészségügyi szakemberek szerint a nehezen viselhető vagy túlmozgásos, „hiperaktív” viselkedésnek többféle oka is lehet, mint például allergia, mesterséges adalékok az ételben, környezeti ártalmak, elégtelen alvás és bizonyos testi betegségek.

3 A *Gyermekgyógyászati folyóirat (Journal of Pediatrics)* tanulmánya azt mutatja, hogy a nádcukor 10-szer nagyobb adrenalinszint emelkedést okozhat egy gyermekben, amely „nehézséget okoz a koncentrációban, valamint ingerlékenységet és szorongást eredményez.”





HATODIK FEJEZET

Merre tovább?

Egy 2002-ben, három európai ország és az Egyesült Államok orvosai körében készült felmérés kimutatta, hogy 72% szerint a jó orvos legfőbb ismérvei a könyörületesség, törődés, a személynek szóló, odaadó figyelem és a kommunikációs jártasságok. Úgy érezték, hogy ilyen módon képesek segíteni pácienseiknek, hogy azok egészségesebbek legyenek és jobb életet élhessenek.

Arra a kérdésre, hogy hogyan lehet különbséget tenni egy „mentális zavar” és egy fizikai betegség között, 65% azt válaszolta, hogy fizikai kivizsgálásokkal és klinikai diagnosztikai tesztekkel kell elsőként kiszűrni a testi problémákat.

Testi kivizsgálást és diagnózist csak ritkán végeznek. A viselkedésekről előre összeállított ellenőrző listához fordulnak, és a „diagnózis” elkészült. Mindössze annyi van hátra, hogy fel kell írni a pszichoaktív szert.

Hogy felkeltse a pszichiátria iránti érdeklődést, a Pszichiátriai Világszövetség elkészített egy *Pszichiátriai alaptanterv[et] orvostanhallgatók számára*.¹⁰⁴ Ennek célja kiképezni a jövő orvosait, hogyan ismerjék fel és kezeljék a mentális betegségeket. A szerzők nyíltan kijelentik: „Mivel a legtöbb hallgató nem fog a pszichiátria területére lépni, a megfelelő hozzáállás elsajátítása elsődleges fontosságú”, és nemcsak a pszichiátrián belül, hanem minden más tantárgy részeként tanítani kellene azt.¹⁰⁵

Egy, az elmeorvosok reformjára vonatkozó kívánságlistában *Az örület Amerikában* szerzője, Robert Whitaker megállapította: „a kívánatos dolgok eme listájának csúcán azonban egy igen egyszerű dolog szerepel: a tisztesség igénye. Nem mondani többé a skizofréniával diagnosztizáltaknak olyat, hogy túlzott dopamin vagy szerotonin aktivitástól szenvednek, és hogy a szerek ezt az agyi kémiát majd újra »egyensúlyba« hozzák. Ez az egész szöveg egyfajta orvosi szélhá-

„Igen, hiszem, hogy a Hippokratészi Eskü fontos számomra – 1990 júniusában (amikor fogadalmat tettem), 2001 márciusában, és életem minden napján, amit e hivatással tölthetek, és megtiszteltetés számomra, hogy ennek tagja lehetek. Mi a lényege a Hippokratészi Eskünek? Egyszerű, és az idők során újra és újra visszhangzó dolog, bármilyen szavakat is használunk: »gondoskodjam úgy másokról, ahogy én szeretném, hogy rólam gondoskodjanak.«”
– egy orvos, 2001

mosság, és bármely más betegségben szenvedő páciensek csoportja – mondjuk, rákbetegség vagy szívbetegség – esetén elképzelhetetlen, hogy így rászédjék őket.”

David B. Stein Ph.D., klinikai pszichológus és pszichológiai docens ezt mondja: „Az orvosokat gyógyításra tanítják. Ők tényleg segíteni akarnak. Gyakran kijelentik, hogy nincs más lehetőségük – hogy ezeken a [ADHD-

val, tanulási zavarral diagnosztizált] gyerekeken egyetlen módon lehet segíteni: gyógyszerekkel. Emellett szülők és tanárok ugranak a torkuknak állandóan, hogy írjanak fel nekik valamit. Azt akarják, hogy ezeket a bomlasztó gyerekeket azonnal kontrollálni tudják. Néhány orvos nem szereti ezt; sokan szeretnék, ha lenne valami más megoldás.”¹⁰⁶

Mivel a pszichiátriai diagnózisok és kezeléseik az általános orvosi ellátáson keresztül egyre több ember életére vannak befolyással, az alternatívákat ki kell



A hangsúlyt az olyan működőképes orvosi kivizsgálásokra és kezelésekre kell helyezni, amelyek fejlesztik és erősítik az egyéneket, és megmenthetik a személyt az életre szóló pszichiátriai gyógyszererezéstől.

hangsúlyozni. Az alábbi alternatívák a sok éves, egészségügyi szakértőkkel együtt töltött munkából adódnak; e szakértőknek megvan a képzése, hogy az ilyen orvosi jellegű dolgokra megoldásokat javasoljanak.

1) A háttérben meghúzódó testi probléma ellenőrzése

Kalifornia állam Mentális Egészségügyi Osztálya *Orvosi Értékelési Területi Kézikönyve* szerint: „A mentális egészségügy szakértőinek, akik a mentális egészségügyi rendszeren belül dolgoznak, szakmai és jogi kötelességük felismerni, ha esetleg fizikai betegségről van szó páciensük esetében... fizikai rendellenességek okozhatnak mentális problémákat, illetve tovább mélyíthetik a mentális betegséget...”¹⁰⁷

1998-ban a Svéd Szociális Bizottság számos példát hozott fel pszichiátereket terhelő fegyverkezési akciókra,

köztük egy olyat, amelyben a páciens fejfájásra, szédülésre és séta közbeni támoalgásra panaszkodott. A páciens már öt évvel azt megelőzően elpanaszolta ezeket a tüneteket pszichiátriai alkalmazottaknak, míg végül egy orvosi ellenőrzés felfedezte agytumorát.¹⁰⁸

Dr. Thomas Dorman belgyógyász azt mondja, „...kérem, ne feledjék, hogy olyan érzelmi stressz, amely krónikus betegséggel vagy fájdalommal jár együtt, megváltoztathatja a páciens lelkiállapotát. Praxisomban számtalan krónikus hátfájásos emberrel találkoztam, akiket neurotikusoknak kiáltottak ki. Ezeknek a szegény pácienseknek a tipikus megnyilvánulása a következő: »Azt hittem, mindjárt megőrülök!«” Ahogy mondja, a probléma gyakran lehet, hogy „egyszerűen csak a páciensek hátának diagnosztizálatlan ínszalagproblémája.”¹⁰⁹

2) Van segítség tudatbefolyásoló szerek nélkül is

Paul Runge német pszichiáter elmondja, hogy több mint 100 gyermekon segített pszichiátriai szerek használata nélkül. Ezenkívül segített más orvosok által felírt szerek dózisának csökkentésében is¹¹⁰

Dr. L.M.J. Pelsser (Hiperaktivitás és ADHD Kutatási Központ, Middelburg, Hollandia) azt találta, hogy az „ADHD”-val diagnosztizált gyerekek 62%-ának viselkedése jelentős javulást mutatott, amikor étrendi változást vezettek be számukra három héten keresztül.¹¹¹

Dr. Mary Ann Block, aki gyermekek ezreinek segített abbahagyni vagy elkerülni a pszichiátriai szerek használatát, ezt mondja: „Sok orvos nem végez testi kivizsgálást, mielőtt pszichiátriai szert ír fel... [A gyerekek] orvoshoz mennek, de az nem végez testi kivizsgálást és nem keres egészségügyi vagy tanulási problémákat, mielőtt ADHD diagnózist állít fel és felír egy szert. Én nem így tanultam az orvoslás gyakorlását. Orvosi tanulmányaim során arra tanítottak, hogy teljes kórtörténetet kell készíteni és testi kivizsgálást végezni. Azt tanultam, hogy figyelembe kell venni azt, amit »elkülönítő kórismének« hívnak. Ehhez az embernek fontolóra kell vennie a tünetek minden lehetséges rejtett okát.”¹¹² Dr. Block a „viselkedési” problémákra allergiavizsgálatot végez és étrendi megoldásokat dolgoz ki. A *Gyermekgyógyászati Folyóirat (Journal of Pediatrics)* 1995-ös tanulmányát idézi, amely kimutatta, hogy a gyerekek cukorfogyasztása tízszeresére emelheti az adrenalin-szintjüket, ami „koncentrációs zavarokat, ingerlékenységet és szorongást okozhat náluk”.

3) A pszichotróp szerek elrejtethetik a gyermek testi problémáit

Oktatási és orvosszakértők szerint a nemkívánatos vagy túlzottan aktív viselkedésnek számos oka lehet, ami

kiterjedhet – de nem korlátozódik kizárólag – az allergiákra, élelmiszeradalékokra, környezeti ártalmakra (mérgezésekre), nem elegendő alvásra, bizonyos orvoságokra, a tanulás helyes módszerének nem ismeretére, nem teljesen megértett szavak felett való átsiklásra a tananyagban, a tananyagban a kivételes intelligencia vagy kreatív képességek miatti elunására.

Dr. Sydney Walker pszichiáter *A hiperaktivitás koholmánya* című könyve a hiperaktív viselkedés változatos okait rögzíti: „Az agytumor korai fázisában levő gyerekek hiperaktivitás vagy figyelemzavar tüneteit mutathatják. Akárcsak azok, akik ólom- vagy rovarirtószer miatti mérgezésben szenvednek. Ugyanígy viselkedhetnek a cukorbetegség korai fázisában, szívbetegség esetén, férgek, vírus- vagy baktériumfertőzés esetén, helytelen táplálkozás miatt, fejsérülések következtében, genetikai rendellenességek esetén, allergiák miatt, ha higanynak vagy mangánnak vannak kitéve, kisebb epilepsziás rohamok, és más kisebb-nagyobb vagy akár életveszélyes orvosi problémák százai – igen, százai – esetében. Mégis, ezen gyerekek mindegyikét hiperaktivitással vagy figyelemzavarral bélyegzik meg.”¹¹³

Pszichiátriai szereket felírni egy olyan betegségre, ami nem létezik, jegyzi meg Dr. Walker, tragédia, mert „a gyerekek tüneteinek elfedése pusztán a betegségük további fennmaradását eredményezi, és az sok esetben rosszabbra fordul.”¹¹⁴

Dr. Walker a jelenséget ahhoz hasonlítja, mint amikor egy páciens orvoshoz fordul feldagadt lábbal, és az orvos azt „dudorként” diagnosztizálja, aszpirint ad neki és egyáltalán nem vizsgálja meg, hogy a duzzanat vajon tumor, rovarcsípés vagy üszkösödés következménye-e.

Túlságosan sok működőképes alternatíva létezik a pszichiátriai gyógyszerelés ellenében, semhogy mindegyiket felsorolhatnánk itt. A pszichiátria azonban inkább azt szeretné hangoztatni, hogy megoldásként a pszichiátria az egyetlen alternatíva, és küzd azért, hogy a dolog így is maradjon. Így az orvos és páciens a tények és képzelgések, a gyógyítás és kényszerkezelés, az orvostudomány és manipuláció között választhat.

Teljes elismerésünk illeti azokat, akik a tisztesség, az etikus munkavégzés szellemében az orvoslást orvoslásként művelik, és kellően észben tartják azt, hogy a páciens igényei és egészségi állapota mindennél előbbre valók. Teljes ellenkezésünket váltja ki azonban az, hogy az orvostudományt az orvoslást színlelők megrontják és beszenyvezik: az ő közreműködésük nemcsak azzal fenyeget, hogy lerombolja az orvoslás pozícióját, tiszteletét, emberségét és gyógyító tudását, hanem azzal is, hogy tönkreteszi páciensek millióinak életét, akik egyszerűen csak azért fordultak az orvosokhoz, hogy segítséget kapjanak.

Pszichiátriai szereket felírni egy olyan betegségre, ami nem létezik, tragédia, mert „a gyerekek tüneteinek elfedése pusztán a betegségük további fennmaradását eredményezi, és az sok esetben rosszabbra fordul.”

– Ifj. Sydney Walker, pszichiáter, neurológus,
a *Hiperaktivitás koholmánya* szerzője





AJÁNLÁSOK

Ajánlások

- I** Diagnosztikai felszerelések teljes felállítása szükséges a pszichiátriai intézetekben, hogy be lehessen határolni a nem diagnosztizált fizikai állapotokat. Bizonyosodjon meg arról, hogy nem pszichiáter orvosokat alkalmaznak-e ennek elvégzésére.
- 2** Egyetlen, a DSM/ICD-ben található mentális rendellenesség, a 374 egyike sem élvezhet társadalombiztosítási fedezetet, mert nincs tudományos és fizikai érvényességük.
- 3** Vezessenek klinikai és pénzügyi vizsgálatot minden kormány által működtetett és magán pszichiátriai intézményben, amely kormánytámogatást vagy társadalombiztosítási juttatást kap, hogy megvizsgálják a könyvelést és a statisztikai információkat az engedélyekkel, kezelésekkal és halálesetekkel kapcsolatban.
- 4** Kizárólag a működő orvosi kezelésekre – amelyek javítják az állapotokat, és meggyógyítják a mentális egészségügyi problémákat –, csak ezekre biztosítsanak pénzalapot és társadalombiztosítási fedezetet.
- 5** Vizsgálják ki a pszichiátriai csalás és mulasztás hatásait az általános orvoslásra, valamint a nem-pszichiáter orvosok társadalombiztosítási prémiumait.
- 6** Egyetlen embert sem lehet kényszeríteni arra, hogy elektrosokkot, pszichosebészeti vagy más kényszeres pszichiátriai kezelést kapjon, és nem lehet kényszeríteni tudatmódosító szerek szedésére sem.
- 7** Legális védelmet kell bevezetni, hogy biztosíthassuk, hogy a pszichológusokat és pszichiátereket meg lehet gátolni abban, hogy megsértsék bárki emberi, politikai, társadalmi és kulturális jogait, ahogy azok az Egyesült Államok Alkotmányában és az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatában és más idevágó okiratokban megtalálhatók.



Nemzetközi Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért

Az Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért (CCHR) nevű szervezetet 1969-ben alapította a Szciantológia Egyház, hogy kivizsgálja és feltárja a pszichiátria területén történő emberi jogi sérelmeket és megtisztítsa a mentális egészségügy területét. Ma több mint 130 szervezettel dolgozik 31 országban. Tanácsadói testületében, amely az úgynevezett Megbízottakból áll, orvosok, jogászok, pedagógusok, művészek, üzletemberek, polgári és emberi jogi képviselők foglalnak helyet.

Noha a CCHR nem nyújt orvosi vagy jogi tanácsot, szorosan együttműködik és támogatja az orvosokat és az orvosi gyakorlatot. A CCHR gyakran összpontosít a pszichiátria szubjektív „diagnózisainak” tisztességtelen használatára, amelyekből hiányzik minden tudományos vagy orvosi érték, de amelyeket arra használnak, hogy milliárdokban mérhető pénzügyi haszonra tegyenek szert, főként az adófizetőktől és a biztosítóktól. E hamis diagnózisokra alapozva a pszichiáterek igazolva látják és előírják a gyakran életveszélyes kezeléseket, beleértve a tudatmódosító szereket, amelyik elfedik a személy alapvető nehézségeit és megakadályozzák gyógyulását.

A CCHR munkája összhangban áll az ENSZ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatával, különösen az alábbi tételekkel, amelyeket a pszichiáterek jóformán naponta megsértenek:

„3. cikkely: Mindenkinnek joga van az élethez, a szabadsághoz és a személyes biztonsághoz.

... 5. cikkely: Senkit nem lehet kínzásnak vagy kegyetlen, embertelen vagy lealacsonyító kezelésnek vagy büntetésnek.

... 7. cikkely: A törvény előtt mindenki egyenlő, és megkülönböztetés nélkül mindenkinnek joga van a törvény egyenlő védelméhez.”

A pszichiátria hamis diagnózisain, megbélyegző címkéin, önkényes kényszerbeszállítási törvényein, kegyetlen, személyiséget kitörlő „kezelésein” keresztül emberek ezrei szenvednek kárt és tagadják meg tőlük legalapvetőbb emberi jogaikat.

A CCHR több száz reformot indított el és vezényelt le úgy, hogy tanúskodott törvényhozói meghallgatásokon, nyilvános meghallgatásokat tartott a pszichiátriai visszaélésekről, együttműködve a médiával, a törvényvégrehajtókkal és köztisztviselőkkel szerte a világon.



A CCHR CÉLJA

ÁLLAMPOLGÁRI BIZOTTSÁG AZ EMBERI JOGOKÉRT

kivizsgálja és feltárja a pszichiátria területén történő emberi jogi sérelmeket. Vállvetve dolgozik együtt olyan hasonló gondolkodású csoportokkal és egyénekkkel, akiket a közös cél, a mentális egészségügy területének megtisztítása vezérel. Mindaddig folytatjuk e tevékenységet, amíg a pszichiátria jogsértő és kényszerítő gyakorlatai meg nem szűnnek, és az emberi jogok és a méltóság vissza nem adatnak minden embernek.

A tiszteletreméltó Raymond N. Haynes Kalifornia állam Közgyűlése:

„A CCHR híressé vált folyamatos munkájáról, amelyet a gyerekek helytelen felcímkezése és gyógyszerzése ellen folytat... A Nemzetközi Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért helyi, országos és nemzetközi területeken tett felbecsülhetetlen értékű hozzájárulásában egy, a mentális egészségügy felé elkötelezett szervezet legmagasabb ideáljai fejeződnek ki.”

Dr. Julian Whitaker A Whitaker Wellness Intézet igazgatója Az Egészség és gyógyítás szerzője:

„A CCHR erőfeszítései és az általuk elért sikerek hatalmas kulturális hasznot hoztak. Hatalmas lépést tettek előre; forrásként szolgáltak a szülőknél és gyerekeknek, akiknek bizalmával csúnyán visszaéltek a pszichiáterek, pszichológusok, a mentális egészségügy gyakorlói és támogatói, és ők az egyetlen csoport, akik kiállnak a pszichiátriai közösség visszaélései ellen.

A túlgyógyszerezést, a megbélyegzést, a hibás diagnózisokat, a tudományos leírások hiányát és minden olyan dolgot, amit más nem vett észre, a CCHR középpontba állította, felhívta rá a nyilvánosság figyelmét, és szépen haladnak abba az irányba, hogy megállítsák a pszichiátriai szakma gőzgép-effektusát.”

Dr. Fred Baughman Jr. gyermek neurológus

„Azt hiszem, számos csoport létezik manapság, amely aggódik a pszichiátria közösségre és iskolákra kifejtett hatása miatt, de nincs más csoport, amely annyira hatékonyan próbálná feltárni a félrevezető diagnosztizálást és gyógyszerzést, mint a CCHR. Ők bizonyosan hatékony csoportként működnek, és nélkülözhetetlen szövetségesek bárki számára, aki osztja ezeket az aggodalmakat és próbál is tenni valamit a bajok orvoslása érdekében.”

További információ:

CCHR International
6616 Sunset Blvd.

Los Angeles, CA, USA 90028

Telefon: (323) 467-4242 • (800) 869-2247 • Fax: (323) 467-3720

www.cchr.org • e-mail: humanrights@cchr.org

vagy vegye fel a kapcsolatot az Önhöz legközelebbi CCHR irodával.

NEMZETKÖZI CCHR

Megbízottak és Tanácsadó Testület

A CCHR megbízottjai hivatalos minőségben dolgoznak azon, hogy segítsék a CCHR munkáját a mentális egészségügy megreformálásában, valamint a mentális betegek jogainak biztosítását illetően.

Nemzetközi elnök

Jan Eastgate
Nemzetközi Állampolgári
Bizottság az Emberi Jogokért
Los Angeles

Országos elnök

Bruce Wiseman
Állampolgári Bizottság
az Emberi Jogokért Egyesült Államok

Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért, Tanácsadó Testületi tag

Isadore M. Chait

Alapító megbízott

Dr. Thomas Szasz, a
New York-i Állami Egyetem
Egészségtudományi Központjának
nyugalmazott professzora

Művészet és szórakoztatás

Jason Beghe
David Campbell
Raven Kane Campbell
Nancy Cartwright
Kate Ceberano
Chick Corea
Bodhi Elfman
Jenna Elfman
Isaac Hayes
Steven David Horwich
Mark Isham
Donna Isham
Jason Lee
Geoff Levin
Gordon Lewis
Juliette Lewis
Marisol Nichols
John Novello

David Pomeranz
Harriet Schock
Michelle Stafford
Cass Warner
Miles Watkins
Kelly Yaegermann

Politika és jog

Tim Bowles, Esq.
Lars Engstrand
Lev Levinson
Jonathan W. Lubell, LL.B.
Lord Duncan McNair
Kendrick Moxon, Esq.

Tudomány, orvoslás és egészségügy

Giorgio Antonucci, M.D.
Mark Barber, D.D.S.
Shelley Beckmann, Ph.D.
Mary Ann Block, D.O.
Roberto Cestari, M.D.
(egyben a CCHR Olaszország elnöke)
Lloyd McPhee
Conrad Maulfair, D.O.
Coleen Maulfair
Clinton Ray Miller
Mary Jo Pagel, M.D.
Lawrence Retief, M.D.
Megan Shields, M.D.
William Tutman, Ph.D.
Michael Wisner
Julian Whitaker, M.D.
Sergej Zapuskalov, M.D.

Oktatás

Gleb Dubov, Ph.D.
Bev Eakman
Nickolai Pavlovsky
Prof. Anatoli Prokopenko

Vallás

Rev. Doctor Jim Nicholls

Üzleti élet

Lawrence Anthony
Roberto Santos

Országos CCHR irodák



CCHR Ausztrália

Citizens Commission on Human Rights Australia
P.O. Box 562
Broadway, New South Wales
2007 Australia
Phone: 612-9211-4787
Fax: 612-9211-5543
E-mail: cchr@iprimus.com.au

CCHR Ausztria

Citizens Commission on Human Rights Austria
(Bürgerkommission für Menschenrechte Österreich)
Postfach 130
A-1072 Wien, Austria
Phone: 43-1-877-02-23
E-mail: info@cchr.at

CCHR Belgium

Citizens Commission on Human Rights
Postbus 55
2800 Mechelen 2,
Belgium
Phone: 324-777-12494

CCHR Kanada

Citizens Commission on Human Rights Toronto
27 Carlton St., Suite 304
Toronto, Ontario
M5B 1L2 Canada
Phone: 1-416-971-8555
E-mail:
officemanager@on.aibn.com

CCHR Cseh Köztársaság

Obcanská komise za lidská práva
Václavské náměstí 17
110 00 Praha 1, Czech Republic
Phone/Fax: 420-224-009-156
E-mail: lidskaprava@cchr.cz

CCHR Dánia

Citizens Commission on Human Rights Denmark
(Medborgernes Menneskerettighedskommission —MMK)
Faksingevej 9A
2700 Brønshøj, Denmark
Phone: 45 39 62 9039
E-mail: m.m.k.@inet.uni2.dk

CCHR Finnország

Citizens Commission on Human Rights Finland
Post Box 145
00511 Helsinki, Finland

CCHR Franciaország

Citizens Commission on Human Rights France
(Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme—CCDH)
BP 76
75561 Paris Cedex 12, France
Phone: 33 1 40 01 0970
Fax: 33 1 40 01 0520
E-mail: ccdh@wanadoo.fr

CCHR Németország

Citizens Commission on Human Rights Germany—
National Office
(Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e.V.—KVPM)
Amalienstraße 49a
80799 München, Germany
Phone: 49 89 273 0354
Fax: 49 89 28 98 6704
E-mail: kvpm@gmx.de

CCHR Görögország

Citizens Commission on Human Rights
65, Panepistimiou Str.
105 64 Athens, Greece

CCHR Hollandia

Citizens Commission on Human Rights Holland
Postbus 36000
1020 MA, Amsterdam
Holland
Phone/Fax: 3120-4942510
E-mail: info@ncrm.nl

CCHR Magyarország

Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért Alapítvány
1461 Budapest, Pf. 182
Telefon: 36-1-342-6355
Fax: 36-1-344-4724
E-mail: cchrhun@ahol.org

CCHR Izrael

Citizens Commission on Human Rights Israel
P.O. Box 37020
61369 Tel Aviv, Israel
Phone: 972 3 5660699
Fax: 972 3 5663750
E-mail: cchr_isr@netvision.net.il

CCHR Olaszország

Citizens Commission on Human Rights Italy
(Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani—CCDU)
Viale Monza 1
20125 Milano, Italy
E-mail: ccdu_italia@hotmail.com

CCHR Japán

Citizens Commission on Human Rights Japan
2-11-7-7F Kitaotsuka
Toshima-ku Tokyo
170-0004, Japan
Phone/Fax: 81 3 3576 1741

CCHR Lausanne, Svájc

Citizens Commission on Human Rights Lausanne
(Commission des Citoyens pour les droits de l'Homme—CCDH)
Case postale 5773
1002 Lausanne, Switzerland
Phone: 41 21 646 6226
E-mail: cchrlau@dplanet.ch

CCHR Mexikó

Citizens Commission on Human Rights Mexico
(Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos—CCDH)
Tuxpan 68, Colonia Roma
CP 06700, México DF
E-mail:
protegelasaludmental@yahoo.com

CCHR Monterrey, Mexikó

Citizens Commission on Human Rights Monterrey,
Mexico
(Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos—CCDH)
Avda. Madero 1955 Poniente
Esq. Venustiano Carranza
Edif. Santos, Oficina 735
Monterrey, NL México
Phone: 51 81 83480329
Fax: 51 81 86758689
E-mail: ccdh@axtel.net

CCHR Nepál

P.O. Box 1679
Baneshwor Kathmandu, Nepal
E-mail: nepalccchr@yahoo.com

CCHR Új-Zéland

Citizens Commission on Human Rights New Zealand
P.O. Box 5257
Wellesley Street
Auckland 1, New Zealand
Phone/Fax: 649 580 0060
E-mail: cchr@xtra.co.nz

CCHR Norvégia

Citizens Commission on Human Rights Norway
(Medborgernes menneskerettighets-kommisjon, MMK)
Postboks 8902 Youngstorget
0028 Oslo, Norway
E-mail: mmknorge@online.no

CCHR Oroszország

Citizens Commission on Human Rights Russia
P.O. Box 35
117588 Moscow, Russia
Phone: 7095 518 1100

CCHR Dél-Afrika

Citizens Commission on Human Rights South Africa
P.O. Box 710
Johannesburg 2000
Republic of South Africa
Phone: 27 11 622 2908

CCHR Spanyolország

Citizens Commission on Human Rights Spain
(Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos—CCDH)
Apdo. de Correos 18054
28080 Madrid, Spain

CCHR Svédország

Citizens Commission on Human Rights Sweden
(Kommittén för Mänskliga Rättigheter—KMR)
Box 2
124 21 Stockholm, Sweden
Phone/Fax: 46 8 83 8518
E-mail: info.kmr@telia.com

CCHR Tajvan

Citizens Commission on Human Rights
Taichung P.O. Box 36-127
Taiwan, R.O.C.
E-mail: roysu01@hotmail.com

CCHR Ticino, Svájc

Citizens Commission on Human Rights Ticino
(Comitato dei cittadini per i diritti dell'uomo)
Casella postale 613
6512 Giubiasco, Switzerland
E-mail: ccdu@ticino.com

CCHR Egyesült Királyság

Citizens Commission on Human Rights United Kingdom
P.O. Box 188
East Grinstead, West Sussex
RH19 4RB, United Kingdom
Phone: 44 1342 31 3926
Fax: 44 1342 32 5559
E-mail: humanrights@cchr.org

CCHR Zürich, Svájc

Citizens Commission on Human Rights Switzerland
Sektion Zürich
Postfach 1207
8026 Zürich, Switzerland
Phone: 41 1 242 7790
E-mail: info@cchr.ch

HIVATKOZÁSOK

Hivatkozások

1. David Samuels, "Saying Yes to Drugs," *The New Yorker*, 23 Mar. 1998.
2. Ty C. Colbert, Ph.D., *Rape of the Soul: How the Chemical Imbalance Model of Modern Psychiatry Has Failed its Patients* (Kevco Publishing, California, 2001) pp. 74–75
3. "Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe," Parliamentary Assembly Council of Europe Preliminary Draft Report, Mar. 2002, Statement from Dr. Paul Runge.
4. *Ibid.*, point 46.
5. "Evolution of the number of prescriptions of Ritalin (Methylphenidate) in the Canton of Neuchatel between 1996 and 2000," Dr. Jean-Blaise Montandon, Public Health Service and Laurent Medioni, Chief of Pharmaceutical Control and Authorization Division, Switzerland.
6. David Reardon, "Mind drugs are hurting normal children: AMA," *Sydney Morning Herald*, 6 Feb. 1999.
7. *Op. cit.*, Parliamentary Assembly Council of Europe Preliminary Draft Report, Mar. 2002.
8. "The ADHD Debate—Parents, doctors and educators struggle to define—and treat—attention deficit hyperactivity disorder," *Daily News* (New York), 9 Apr. 2001.
9. Louria Shulamit, M.D., family practitioner, Israel, 2002—quote provided to CCHR International 22 June 2002.
10. Gina Shaw, "The Ritalin Controversy—Experts Debate Use of Drug to Curb Hyperactivity in Children," *The Washington Diplomat*, Mar. 2002.
11. Jeanie Russell, "The Pill That Teachers Push," *Good Housekeeping*, Dec. 1997.
12. Elliot S. Valenstein, Ph.D., *Blaming the Brain* (The Free Press, New York, 1998), p. 4.
13. *Ibid.*, p. 16.
14. Lisa M. Krieger, "Some question value of brain scan; Untested tool belongs in lab only, experts say," *The Mercury News*, 4 May 2004.
15. *Ibid.*
16. Dr. Mary Ann Block, *No More ADHD* (Block Books, Texas, 2001), p. 35.
17. *Op. Cit.*, Ty C. Colbert, Ph.D., p. 74.
18. *Physician's Desk Reference—1998* (Medical Economics Co., N.J.), pp. 1896–1897.
19. Brian Vastig, "Pay Attention: Ritalin Acts Much Like Cocaine," *Journal of the American Medical Association*, 22/29 Aug. 2001, Vol. 286, No. 8, p. 905.
20. Dr. David Stein, Ph.D., *Unraveling the ADD/ADHD Fiasco* (Andrews Publishing, Kansas City, 2001), p. 22.
21. *Ibid.*, p. 20.
22. *Ibid.*
23. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IIIIR)* (American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987), p. 136.
24. Sydney Walker III, M.D., *The Hyperactivity Hoax* (St. Martin's Paperbacks, New York, 1998), p. 47.
25. *Op. cit.*, Dr. Jean-Blaise Montandon and Laurent Medioni.
26. Lucy Johnston, "These youngsters are like guinea pigs in a huge medical experiment..." *Sunday Express*, 15 June 2003.
27. K. Minde, M.D., FRCPC, "The Use of Psychotropic Medication in Preschoolers: Some Recent Developments," *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 43, 1998.
28. Richard De Grandpre, *Ritalin Nation* (W.W. Norton & Co., New York, 1999), p. 177.
29. Kate Muldoon, "Shooting spurs debate on Prozac's use by kids," *The Oregonian*, 1 June 1998.
30. "The eating cure: Forget drugs—diet is the way forward in treating mental illness..." *The Guardian* (London), 4 May 2004.
31. "Worsening Depression and Suicidality in Patients Being Treated with Antidepressants Medications," U.S. Food and Drug Administration Public Health Advisory, 22 Mar. 2004.
32. Kelly Patricia O'Meara, "GAO 'Study' Plays Guessing Games," *Insight Magazine*, 16 May 2003.
33. R.S. Pollack, "A Boy's Behavioral Problems Stop after a Blockage is Removed from His Colon," *Sun Sentinel News*, 4 Mar. 2002.
34. American Psychiatric Association Campaign Kit 1989: "Opening letter by Harvey Ruben, M.D."; sections on "About this year's campaign"; "About legislators"; "About the public."
35. "Acknowledgements," *A WHO Educational Package—Mental Disorders in Primary Care*, 1998, p. 3.
36. Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylums to the Age of Prozac* (John Wiley & Sons, Inc., New York, 1997), p. 1.
37. Franz G. Alexander, M.D., and Sheldon T. Selesnick, M.D., *The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present* (Harper & Row Publishers, New York, 1966), p. 4.
38. Thomas Szasz, M.D., *The Manufacture of Madness* (Harper & Row, New York, 1970), p. 299.
39. *Op. cit.*, Edward Shorter, p. 17.
40. Thomas Szasz, M.D., *Pharmocracy* (Praeger Publishers, Westport, CT, 2001), p. 6.
41. *Ibid.*
42. *Ibid.*
43. John G. Howells, M.D., *World History of Psychiatry* (Brunner/Mazel, Inc., New York, 1975), p. 264.
44. *Ibid.*
45. *Op. cit.*, Szasz, *The Manufacture of Madness*, p. 305.
46. Erwin H. Ackerknecht, *A Short History of Psychiatry* (Hafner Publishing Co., New York, 1959), pp. 33–34.
47. Thomas Roder, Volker Kubillus, Anthony Burwell, *Psychiatrists—The Men Behind Hitler* (Freedom Publishing, Los Angeles, 1995), p. 28, citing: Friedrich Neitzche, Book III, p. 67.
48. *Op. cit.*, Szasz, *Manufacture of Madness*, p. 312.
49. Stanley Finger, *Origins of Neuroscience: A History of Explorations into Brain Function* (Oxford University Press, New York, 1994), p. 58.
50. *Op. Cit.*, Elliot S. Valenstein, p. 19.
51. *Ibid.*, p. 19.
52. "Acknowledgements," *A WHO Educational Package—Mental Disorders in Primary Care*, 1998, p. 3.
53. Sarah Boseley, "Psychiatric Agenda 'set by drug firms,'" *The Guardian*, 9 July 2001.
54. Shankar Vedantam, "Drug Ads Hying Anxiety Make Some Uneasy," *The Washington Post*, 16 July 2001.
55. Joseph Glenmullen, M.D., *Prozac Backlash* (Simon & Schuster, New York, 2000), p. 12.
56. *Op. cit.*, Elliot S. Valenstein, p. 4.
57. "IMS HEALTH Reports 14.9 Percent Dollar Growth in U.S. Prescription Sales to \$145 Billion in 2000," *IMSHealth.com*, 31 May 2001; "IMS Reports 11.5 Percent Dollar Growth in '03 U.S. Prescription Sales," *IMSHealth.com*, 17 Feb., 2004.
58. Herb Kutchins & Stuart A. Kirk, *Making Us Crazy: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders* (The Free Press, New York, 1997), pp. 260, 263.
59. David Healy, *The Anti-Depressant Era* (Harvard University Press, 1999), p. 233.
60. David Kaiser, M.D., "Against Biological Psychiatry," Dec. 1996, <http://www.antipsychiatry.org/kaiser.htm>.
61. *Op. cit.*, Herb Kutchins, Stuart A. Kirk, p. 22.
62. "Introducing Thomas Dorman, M.D.," Internet address: <http://www.liberty-conferences.com/dorman.htm>, accessed: 27 Mar. 2002.
63. Paula J. Caplan, Ph.D., *They Say You're Crazy* (New

- York: Addison-Wesley Publishing Company, 1995), pp. 221–222.
64. *Op. Cit.*, Valenstein, Ph.D., pp. 147–148.
65. Steven Miran, M.D., “Testimony of the APA before the House Subcommittee on Labor, Health & Human Services and Education Appropriations,” 5 Apr. 2000.
66. *Op. cit.*, David Healy, p. 174.
67. *Op. cit.*, Elliot S. Valenstein, p. 4.
68. *Ibid.*, p. 125.
69. *Op. cit.*, Lisa M. Krieger, *The Mercury News*, 4 May 2004.
70. *Op. cit.*, Ty C. Colbert, Ph.D., *Rape of the Soul*, p. 97.
71. *Op. cit.* Elliot S. Valenstein, p. 4.
72. *Op. cit.*, David Healy, Intro., p. 5.
73. *Op. cit.*, Joseph Glenmullen, p. 195.
74. J. Allan Hobson & Jonathan A. Leonard, *Out of Its Mind, Psychiatry in Crisis, A Call for Reform* (Perseus Publishing, Cambridge, Massachusetts, 2001) p. 125.
75. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II* (American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968), p. ix.
76. Ty C. Colbert, Ph.D., *Blaming the Genes* (Kevco Books, California, 2001), p. 73.
77. E. Fuller Torrey, M.D., *Death of Psychiatry* (Chilton Publications, Pennsylvania, 1974), pp. 10–11.
78. Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (Perseus Publishing, New York, 2002), p. 183.
79. *Ibid.*, p. 203.
80. *Ibid.*, p. 191, citing George Crane, “Tardive Dyskinesia in Patients Treated with Major Neuroleptics: A Review of the Literature,” *American Journal of Psychiatry*, 124, supplement, 1968, pp. 40–47.
81. *Op. cit.*, Whitaker, p. 208, citing estimates of incidence rates for NMS vary from 0.2% to 1.4%. At a rate of 0.8%, that would mean approx. 24,000 cases annually from the 1960s to the 1980s (with 3 million Americans on the drugs), with total deaths of 5,280 (24,000 x 22% mortality rate) annually. Over a 22 year period, that would lead to more than 100,000 deaths. At 0.4%, the number would be 50,000.
82. *Op. cit.*, Whitaker, pp. 227–228, citing L. Jeff, “The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-Year Follow-Up Findings,” *Psychological Medicine* 22 (1992), pp. 131–145; Assen Jablensky, “Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures, a World Health Organization Ten-Country Study,” *Psychological Medicine*, supplement (1992) pp. 1–95.
83. *Op. cit.*, Robert Whitaker, p. 229.
84. *Ibid.*, pp. 253–254.
85. *Ibid.*, p. 258.
86. Edward G. Ezrailson, Ph.D., Report on Review of Andrea Yates’ Medical Records, 29 Mar. 2002.
87. *Op. cit.*, Robert Whitaker, pp. 182, 186.
88. *Ibid.*, p. 188.
89. Charles Medawar, “Antidepressants Hooked on the Happy Drug,” *What Doctors Don’t Tell You*, Vol. 8., No. 11, Mar. 1998, p. 3.
90. David Grounds, et. al., “Antidepressants and Side Effects,” *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 29, No. 1, 1995.
91. “Acute Drug Withdrawal,” *PreMec Medicines Information Bulletin*, Aug. 1996, modified 6 Jan. 1997, Internet address: <http://www.premec.org.nz/profile.htm>, accessed: 18 Mar. 1999.
92. *Op. cit.*, Joseph Glenmullen, p. 78.
93. *Ibid.*, p. 78.
94. Jim Rosack, “SSRIs Called on Carpet over Violence Claims,” *Psychiatric News*, Vol. 36, No. 19, 5 Oct. 2001.
95. Interview with New York State Dept. of Law, Medicaid Fraud Control Unit, 15 Dec. 1995, regarding 1995 health care fraud convictions in 1995 and 1992 report, “Special Prosecutor Arrests Westchester Psychiatrist—NY State Employee—In \$8200 Medicaid fraud,” Special Prosecutor for Medicaid Fraud Control News release, 6 Feb. 1992; Gilbert Geis, Ph.D., et. al., “Fraud and Abuse of Government Medical Benefit Programs by Psychiatrists,” *Am. J. Psychiatry*, 142:2, Feb. 1998, p. 231.
96. Kenneth Pope, “Sex Between Therapists and Clients,” *Encyclopedia of Women and Gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender* (Academic Press, Oct. 2001).
97. Sydney Walker, *A Dose of Sanity: Mind, Medicine and Misdiagnosis* (John Wiley & Sons, Inc., NY, 1996), p. 132.
98. Martin L. Gross, *The Psychological Society, A Critical Analysis of Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalysis and the Psychological Revolution* (Simon and Schuster, New York, 1978), p. 46.
99. “Czech health care corruption widespread, experts say,” *Deutsche Presse-Agentur*, Oct. 10, 2001.
100. “Physicians Disciplined for Sex-Related Offenses,” Christine E. Dehlendorf, BSc, Sidney M. Wolfe, M.D., *JAMA*, 17 June 1998, Vol. 279, No. 23.
101. Tomas Bjorkman, “Many Wrongs in Psychiatric Care,” *Dagens Nyheter*, 25 Jan. 1998.
102. *Op. cit.*, Kenneth Pope.
103. David E. Sternberg, M.D., “Testing for Physical Illness in Psychiatric Patients,” *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 47, No. 1, Jan. 1986, Supplement, p. 5; Richard C. Hall, M.D. et al., “Physical Illness Presenting as Psychiatric Disease,” *Archives of General Psychiatry*, Vol. 35, Nov. 1978, pp. 1315–20; Ivan Frasn, M.D., Edward M. Litin, M.D., and John S. Pearson, Ph.D., “Comparison of Psychiatric Symptoms in Carcinoma of the Pancreas with Those in Some Other Intra-abdominal Neoplasms,” *American Journal of Psychiatry*, Vol. 123, No. 12, June 1967, pp. 1553–62.
104. “Attitude objectives,” *Core Curriculum in Psychiatry for Medical Students* (1996), WPA website, <http://www.wpanet.org/sectorial/edu5-1.html>.
105. Ahmed Mohit, *Psychiatry and Mental Health for Developing Countries, Challenges for the 21st Century*, Jan. 25–28, 2001, p. 4; World Federation for Medical Education website, <http://www.sund.ku.dk/wfme>.
106. David B. Stein, Ph.D., *Ritalin is Not the Answer: A Drug-Free, Practical Program for Children Diagnosed with ADD or ADHD* (Jossey-Bass, Inc., Publishers, San Francisco, 1999), p. 16.
107. Lorrin M. Koran, *Medical Evaluation Field Manual*, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University Medical Center, California, 1991, p. 4.
108. Tomas Bjorkman, “Many Wrongs in Psychiatric Care,” *Dagens Nyheter*, 25 Jan. 1998.
109. Thomas Dorman, “Toxic Psychiatry,” Thomas Dorman’s website, 29 Jan. 2002, Internet address: <http://www.dormanpub.com>, accessed: 27 Mar. 2002.
110. *Op. cit.*, Dr. Paul Runge.
111. *Op. cit.*, Parliamentary Assembly Council of Europe Preliminary Draft Report, Mar. 2002, point 19.
112. *Op. cit.*, Dr. Mary Ann Block, pp. 19–20.
113. *Op. cit.*, Sydney Walker III, *The Hyperactivity Hoax* p. 6.
114. *Ibid.*, p. 12.

Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért

A NAGYKÖZÖNSÉG TUDATOSSÁGÁNAK EMELÉSE

Atájékoztató létfontosságú része bármely kezdeményezésnek, amely a társadalmi hanyatlás visszafordítását célozza. A CCHR nagyon komolyan veszi e felelősséget. A CCHR internetes oldala, könyvei, hírlevelei és más kiadványai széleskörű terjesztésének köszönhetően egyre több páciens, család, szakember, törvényalkotó és számtalan más ember kap információkat a pszichiátriával

A KÖNYÖRTELEN VALÓSÁG – Ártalmas pszichiátriai „kezelések”
Jelentés és ajánlások a romboló hatású elektrosokk és pszichiátriai agysebészet gyakorlatáról

MŰVÉSZEK TÖNKRETÉTELE – A pszichiátria aláássa a kreativitást
Jelentés és ajánlások a pszichiátria művészekre és a társadalomra gyakorolt káros hatásáról

PSZICHIÁTRIA – Drogokhoz köti az Ön világát
Jelentés és ajánlások napjaink pszichiátria által létrehozott drogválságával kapcsolatban

A KÖZÖSSÉG TÖNKRETÉTELE – A pszichiátria kényszerítő „gomdoskodása”
Jelentés és ajánlások a közösségi mentális egészségügy és más kényszerítő pszichiátriai programok kudarcáról

A VALÓDIVÁLSÁG – Napjaink mentális egészségügyében
Jelentés és ajánlások a tudományosság és az eredmények hiányáról a mentális egészségügy területén
Julian Whitaker, M.D. • Anthony P. Urbanek, M.D.
Mary Jo Pagel, M.D. • Rohit Adi, M.D.

FÉLREVEZETŐ REHABILITÁCIÓ – Pszichiátriai megtévesztés a drogról
Jelentés és ajánlások a metadonnal és más ártalmas pszichiátriai „drogrehabilitációs” programokkal kapcsolatban

SKIZOFRÉNIA – A pszichiátria jövedelmező „betegsége”
Jelentés és ajánlások a komoly mentális zavarodottsággal kapcsolatos pszichiátriai hazugságokat illetően

AZ IGAZSÁGSZOLGÁLTATÁS TÖNKRETÉTELE – A pszichiátria elferdíti a törvénykezést
Jelentés és ajánlások a bíróságokat és javító-nevelő szolgálatokat ért pszichiátriai és pszichológiai befolyással kapcsolatban

PSZICHIÁTRIAI MEGTÉVESZTÉS – Az orvoslás aláaknázása
Jelentés és ajánlások a pszichiátria egészségügyre kifejtett hatásáról

SENTEGTELEN TÁMADÁS – Pszichiátria kontra vallás
Jelentés és ajánlások a pszichiátria vallásos hitre és gyakorlatra kifejtett hatásáról

kapcsolatos igazságról és arról, hogy hatékony lépéseket lehet és kell is tenni ezzel kapcsolatban.

A CCHR kiadványai – amelyek 15 nyelven elérhetőek – bemutatják a pszichiátria káros hatását a rasszizmus, az oktatás, a nők, az igazságszolgáltatás, a drogrehabilitáció, az erkölcsök, az idősgondozás, a vallás területén és más témákban. E lista magába foglalja a következőket:

HALÁLOS KÉNYSZERÍTÉSEK – A pszichiátriai kezelések közben elkövetett tettelegességek
Jelentés és ajánlások a kényszerítő intézkedések erőszakos és veszélyes használatáról az elmeegógyintézetekben

GYERMEKEK GYÓGYSZEREZÉSE – Pszichiátria: életek tönkretétele
Jelentés és ajánlások a fiatalok félrevezető pszichiátriai diagnosztizálásáról és erőltetett gyógyszereléséről

ZÚRZAVAR ÉS TERRORIZMUS – A pszichiátria tevékenységének eredményeképpen
Jelentés és ajánlások a pszichiátriai eszközök és kezelések szerepéről a nemzetközi terrorizmus előidézésben

VISSZAÉLÉS AZ IDŐSEKKEL – Kegyetlen mentális egészségügyi programok
Jelentés és ajánlások az időskorúak méltatlan pszichiátriai kezeléséről

PSZICHIÁTRIAI NEMERŐSZAK – Nők és gyermekek bántalmazása
Jelentés és ajánlások a mentális egészségügyi rendszerben történő, páciensek ellen elkövetett szexuális bűncselekményekről

SZÉLESKÖRŰ MEGTÉVESZTÉS – A pszichiátria romlott ipara
Jelentés és ajánlások a mentális egészségügyi monopólium bűncselekményeivel kapcsolatban

RASSZIZMUS TEREMTÉSE – A pszichiátria árulása
Jelentés és ajánlások mindazon tudománytalan és gyűlöletkeltő programokkal kapcsolatban, amelyek faji konfliktusokat és népiártást idéznek elő

A FIATALSÁG TÖNKRETÉTELE – A pszichiátria fiatal elméket tesz tönkre
Jelentés és ajánlások az iskolákon belüli mentális egészségügyi felmérésekről, értékelésekről és programokról

ÁLTUDOMÁNY – A pszichiátria hamis diagnózisai
Jelentés és ajánlások a tudományosság veszélyes hiányáról a pszichiátriai diagnózisok területén

ÁLLAMPOLGÁRI BIZOTTSÁG AZ EMBERI JOGOKÉRT – A mentális egészségügy nemzetközi megfigyelő szervezete

FIGYELMEZTETÉS: Senki ne hagyjon fel semmilyen pszichiátriai szer szedésével hozzáértő (nem pszichiáter) orvos tanácsa és segítsége nélkül!



Ez a kiadvány a Szcientológusok Nemzetközi Szövetsége támogatásával jöhetett létre.

Kiadja közönségi szolgáltatásként az
Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért.

A CCHR az Egyesült Államokban non-profit, adómentes 501(c)(3) közhasznú szervezatként működik, amelyet az Amerikai Adóhivatal elismer.

FELHASZNÁLT FOTÓK: 6. oldal: David Bartruff/Corbis; 21. oldal: Gabe Palmer/Corbis; 24. oldal: Najlah Feanny/Corbis; 27. oldal: Reuters News Media Inc./Corbis; NewsPix (NZ); The Sankei Shimbun; 2. fotó az AP Wideworld Photos-tól; 30. oldal: Jose Luiz Pelaez, Inc./Corbis.

© 2004 CCHR. Minden jog fenntartva. A CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS, CCHR és a CCHR logó védjegyek, amelyek az Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért tulajdonában vannak. A nyomtatás az Egyesült Államokban készült. Item #18905-17-Hungarian

*„Eljött az ideje, hogy a
pszichiáterek visszatérjenek az
orvosláshoz – ne látnokok, papok,
guruk vagy tablettárusok legyenek,
hanem igazi orvosok.”*

*— ifj. Dr. Sydney Walker
pszichiáter és neurológus, 1996*