Blaski i cienie psychiatrii

14 sierpnia 2013

Coś złego dzieje się z twoim życiem: tracisz pracę, twoje małżeństwo rozpada się lub opuszcza cię kochanek. Pełen dobrych chęci przyjaciel lub krewny sugeruje ci, abyś zasięgnął porady psychiatry lub psychologa w celu uzyskania jakiejś pomocy. Ten pomysł wydaje ci się sensowny, gdyż w tym momencie nie czujesz się zbyt szczęśliwy. Może jednak przemyśl tę sprawę! Ta rada może wcale nie być taka dobra.

„Psychiatria" jest zdefiniowana jako „specjalistyczna gałąź medycyny zajmująca się diagnozą, leczeniem i zapobieganiem zaburzeniom umysłowym".[1] „Psychologia" jest definiowana jako „nauka o naturze, funkcjach i zjawiskach zachodzących w umyśle, cechach charakterystycznych".[2] Psychiatria i psychologia są pokrewnymi dziedzinami, przy czym psychologia tworzy teoretyczną, niemedyczną podstawę psychiatrii. Większość z nas sądzi, że psychologia i psychiatria są naukami takimi samymi jak na przykład chemia lub fizyka.

Zgodnie z doniesieniami prasowymi Martin Bryant, uzbrojony bandyta, który spowodował masakrę w Port Arthur w Tasmanii, oceniany był przez czterech psychiatrów. Z tych konsultacji wynikły cztery różne diagnozy: jeden z psychiatrów orzekł, że jest to schizofrenia paranoidalna, inny, że psychopatia, trzeci zdiagnozował syndrom Aspergera, z kolei czwarty nie zgodził się z tą opcją i jednocześnie uchylił się od postawienia specjalistycznej diagnozy innej niż stwierdzenie, że Bryant nie ma syndromu Aspergera. Przypuśćmy, że dam cztery próbki tej samej substancji czterem ekspertom w dziedzinie chemii analitycznej i że pierwszy uzna, iż dana substancja to siarczan miedzi, drugi, że cyjanowodór, trzeci, że chlorek sodowy, a czwarty, że czterofluorek ksenonu. Czy w tej sytuacji poważnie traktowalibyśmy przypisywanie sobie przez chemię statusu nauki? Uznalibyśmy ją za pseudonaukę i wrzucili do tego samego naukowego śmietnika, co astrologię.

Zdziwienie budzi fakt, że psychiatrię nadal uważa się za dyscyplinę naukową, kiedy jest rzeczą oczywistą, że nie stosuje ona metod naukowych. Jest rzeczą oczywistą, że w psychiatrii brak obiektywizmu, skoro diagnoza zależy od tego, kto ją postawił. Niestety, dowody wskazują na to, że obie dyscypliny, psychiatria i psychologia, nie są bardziej naukowe niż astrologia czy numerologia, a mimo to obie nadal cieszą się wysokim statusem.

Prowadzenie badań nad psychiatrią nie jest w Australii łatwym zadaniem. Na przykład nie wydaje się, aby istniały jakieś specjalne statystyki dotyczące takich problemów jak liczba samobójstw popełnianych w zawodzie każdego roku. Ogólnie rzecz biorąc mamy do czynienia z niedostatkiem danych statystycznych opartych na danych miejscowych, tak więc musimy opierać się głównie na badaniach amerykańskich. Ten brak danych nie powinien nas zbytnio martwić, ponieważ zasady, jakimi rządzi się ta profesja, są takie same, zarówno w USA, jak i w Australii.

Ogół społeczeństwa wydaje się zawsze gotów do niekwestionowanego zaakceptowania każdej teorii, która sugeruje, że wszyscy jesteśmy jednostkami dysfunkcyjnymi, i że potrzebujemy jakiejś formy psychoterapii. Jest to pogląd propagowany przez pewnych psychoterapeutów. Jak logiczny jest ten pogląd? Przypuśćmy, że wszyscy jesteśmy nienormalni i potrzebujemy psychoterapii. Tak więc z definicji wynika, że wszyscy mamy fałszywy osąd – ale wobec tego, co z tymi, którzy sugerują, że wszyscy potrzebujemy psychoterapii. Jak mamy wiedzieć, czy ich osąd dotyczący reszty z nas jest słuszny? Ten paradoks jest jednym z wielu problemów logicznych, przed którymi staje psychiatria i psychologia.

Psychiatra Walter Afield mówi, że psychiatria dąży coraz bardziej do zdefiniowania jako choroby zachowania, które nie było wcześniej uważane za patologię. Jak przykład przytacza swoje doświadczenia z niedawnej konferencji, w której brał udział, „gdzie rosyjscy psychiatrzy mówili o leczeniu

problemów niedopasowania w małżeństwie w Ameryce, które w Rosji nazywa się po prostu pechem”.[3]

Należałoby oczekiwać, że skoro psychiatria jest specjalistyczną dziedziną medycyny, psychiatrzy będąc wtajemniczeni w znajomość funkcjonowania umysłu ludzkiego będą lepiej dopasowani do trudności życia od innych członków społeczeństwa, w tym również od innych członków profesji medycznej. Jak się jednak okazuje, psychiatrzy popełniają samobójstwa dwukrotnie częściej niż inni członkowie profesji medycznej.[4] W okresie residency (okres po stażu podyplomowym, kiedy lekarz pozostaje w szpitalu w celu dalszego kształcenia się – przyp. tłum.) współczynnik popełniania samobójstw jest wśród psychiatrów niemal dziewięć razy wyższy niż wśród ogółu społeczeństwa.[5]

Wspólne badanie wykonane w roku 1987 przez American Medical Association (Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne) i American Psychiatric Association (Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne) dotyczące samobójstw wśród lekarzy dowiodło, że najwyższy współczynnik samobójstw występuje wśród psychiatrów; że 94 procent psychiatrów, którzy popełnili samobójstwo, uczyniło to pod wpływem cierpień umysłowych[6] (którym psychiatria ma według jej twierdzeń przynosić ulgę); i że 56 procent tych, którzy popełnili samobójstwo, uczyniło to pod wpływem przepisanych sobie samym leków działających na psychikę.[7] W okresie kiedy nastąpiła ich śmierć, 42 procent zasięgało porady fachowego pracownika w dziedzinie zdrowia psychicznego.[8]

W jednym z przeglądów stwierdzono, że 91 procent psychiatrów zgadza się, że członkowie tej profesji mają w przeciwieństwie do niepsychiatrów „emocjonalne trudności związane z pracą, specyficzne dla ich zawodu”.[9] Badania przeprowadzone wśród Anonimowych Alkoholików wykazały, że podczas gdy psychiatrzy stanowią tylko 8 procent wśród lekarzy, reprezentują 17 procent członków AA.[10] Krótko mówiąc psychiatrzy byli w tej grupie nadreprezentowani.

Nadużywanie leków jest innym problemem; badanie 500 praktykujących psychiatrów, omawiane w roku 1988 w „New England Journal of Medicine”, ujawniło, że wśród psychiatrów jest znacznie więcej użytkowników leków psychotropowych (psychoactive drugs) i że współczynnik ich stosowania wynosi 83 procent, z tym że 48 procent tych leków przepisywanych było do użytku własnego. Współczynnik rozbitych małżeństw był równie niepokojący, z psychiatrami zajmującymi w dziedzinie problemów małżeńskich (włącznie z problemami seksualnymi) czołową pozycję wśród wszystkich innych zawodów lekarskich. W przypadku małżeństw psychiatrów istnieje większe prawdopodobieństwo krótkiego ich trwania i powstania problemów spowodowanych aferami pozamałżeńskimi.

LECZENIE PSYCHIATRYCZNE

Wysoki status psychiatrii jest niesłuszny, kiedy weźmie się pod uwagę, że psychiatrzy sami przyznają, iż nie są zdolni do wyleczenia tak zwanych „chorób umysłowych”, których leczeniem się zajmują,[11] a tym bardziej do zrozumienia ludzkiego umysłu.

Leczenie stosowane przez psychiatrię jest albo psychologiczne, albo somatyczne. Tak zwane leczenie psychologiczne obejmuje albo poradnictwo, albo psychoterapię, podczas gdy leczenie somatyczne obejmuje podejście do problemu bardziej organiczne lub biologiczne, przy materialistycznym podejściu, że umysł to mózg. To ostatnie podejście obejmuje leczenie środkami farmakologicznymi, elektrowstrząsami lub operacje mózgu. Leczenie somatyczne opiera się na przekonaniu, że nasze złe samopoczucie jest zdeterminowane chemicznie i genetycznie. Zgodnie z somatyczną szkołą myślenia, nic nie możemy zrobić w tej dziedzinie.[12]

LECZENIE WSTRZĄSAMI ELEKTRYCZNYMI

Leczenie wstrząsami elektrycznymi pierwszy raz zostało zastosowane w roku 1838 we Włoszech przez psychiatrę dra Ugo

Cerlettiego po tym, jak był w rzeźni świadkiem użycia szoku elektrycznego do ogłuszania świń przed przecięciem im gardła. Kiedy Cerletti zauważył, że szok elektryczny nie zabija świń, zdecydował się użyć go w celach leczniczych u ludzi.[13]

Leczenie to zostało wprowadzone w USA w roku 1940 i używano go z niepohamowanym entuzjazmem. Literatura z tego okresu czyni mało wysiłków w celu ukrycia faktu, że psychiatrzy świadomie powodowali uszkodzenia mózgu lub stosowali elektrowstrząsy bardziej w celu jego uspokojenia niż leczenia.[14]

W roku 1942 psychiatra dr Abraham Myerson powiedział: „Obniżenie inteligencji jest ważnym czynnikiem w procesie leczenia… W istocie niektóre z najlepszych wyników, jakie się otrzymuje, zdarzają się u tych osobników, u których redukujemy ją niemal do stanu niedorozwoju umysłowego. Niemożliwe jest wyobrażenie sobie tego stanu bez podstawy organicznej; muszą istnieć chociażby chwilowe zmiany organiczne w mózgu i leczenie jest związane z tymi organicznymi zmianami”.[15]

Początkowo leczenie elektrowstrząsami było stosowane bez znieczulenia i powodowane przez nie konwulsje były tak gwałtowne, że często następowały złamania kości, i w rezultacie w latach 1950. stosowanie środków powodujących zwiotczenie mięśni i narkozy stało się powszechną praktyką. Wynikła z tego terapia została nazwana „zmodyfikowaną ECT” („zmodyfikowaną terapią elektrowstrząsową”). Środki powodujące zwiotczenie mięśni i narkoza nie redukowały efektu wywieranego na mózg i centralny układ nerwowy. Jeśli cokolwiek uległo zmianie, to fakt, że potrzeba obecnie więcej prądu do spowodowania konwulsji.[16] Skutkiem tych modyfikacji jest zapobieganie ujawnieniu przez organizm pełnej siły ataku.[17] Jednak zmodyfikowane leczenie stanowi dodatkowe ryzyko, gdyż dochodzi do niego ryzyko narkozy i działania środków zwiotczających mięśnie.

Inna zmiana w ECT nastąpiła w latach 1950. wraz z wprowadzeniem „jednostronnej ECT”. ECT jest zwykle dwustronne,

to znaczy elektrody są umieszczone po obu stronach głowy. Jednostronne ECT jest faworyzowane przez niektórych psychiatrów, którzy uważają, że powoduje ono mniejszą utratę pamięci niż ECT dwustronne. Jest to twierdzenie nadzwyczajne, jeśli weźmie się pod uwagę, że rzecznicy ECT kategorycznie zaprzeczają, iż powoduje ona jakąkolwiek trwałą utratę pamięci.[18] Większość psychiatrów preferuje ECT dwustronną, uważając, że ETC jednostronna wymaga zastosowania większej liczby wstrząsów, co oznacza, że jest mniej skuteczna.[19]

Psychiatra dr Lee Coleman powiedział na temat ECT: „Zmiany, jakie widzi się podczas stosowania wstrząsów elektrycznych, są całkowicie zbieżne ze skutkami każdego silnego uszkodzenia mózgu, takiego jakie może na przykład wywołać uderzenie młotkiem w głowę. W jego następstwie jednostka jest oszołomiona, zagubiona i zdezorientowana, tak więc nie może rozumieć bieżących problemów”.[20]

Obrońcy ECT argumentują, że jest ona tania, skuteczna i działa szybko poprawiając kondycję pacjenta. Biorąc pod uwagę tę poprawę, doprawdy dziwi subiektywność tej oceny.[21] Artykuł, jaki ukazał się w roku 1974 w „World Medicine”, wskazuje, że skuteczność ECT może być po prostu domniemaniem leczących psychiatrów. Artykuł opowiada, jak zainstalowano nową maszynę do ECT, która była o wiele bardziej skomplikowana w obsłudze niż poprzednio używana. Dopiero po dwóch latach jej używania jedna z pielęgniarek zauważyła, że pacjenci nie mają konwulsji, chociaż powinni je mieć. W konsekwencji stwierdzono, że maszyna nigdy nie działała! Wszyscy pacjenci dostawali przez dwa lata Thiopentone (narkozę) i Scoline (środek powodujący zwiotczenie mięśni) i nikt nic nie zauważył![22]

Ci, którzy zalecają ECT, uważają, że zakaz jej stosowania może spowodować wzrost liczby samobójstw wśród pacjentów. Zdumiewające jest to, że ci, którzy tak twierdzą, nie mają na to żadnych dowodów. Od roku 1975 do 1980 stosowanie ECT zmniejszyło się o 46 procent. Jeśli twierdzenie, że ECT

zapobiega popełnianiu samobójstw, jest prawdziwe, mielibyśmy do czynienia ze wzrostem ich liczby. W rzeczywistości odsetek samobójstw obniżył się pomimo wzrostu populacji![23] Wyniki badania przeprowadzonego w roku 1986 rodzą dalsze wątpliwości wobec twierdzenia, że ECT zapobiega samobójstwom. Badaniem objęto 1494 pacjentów z depresją samobójczą, których podzielono na dwie grupy, z których jedną leczono ETC („grupa leczona"), a drugiej nie aplikowano ECT („grupa nie leczona"). Praktycznie biorąc odsetek samobójstw w obu grupach był identyczny.[24] Gdyby twierdzenie, że ECT zapobiega samobójstwom było prawdziwe, wówczas w grupie leczonej odsetek samobójstw powinien być niższy.

Inna interesująca statystyka dowodzi, że mężczyźni popełniają samobójstwo trzy razy częściej niż kobiety, chociaż to właśnie kobiety są dwukrotnie częściej leczone ECT niż mężczyźni.[25] Innym interesującym zaprzeczeniem jest to, że pacjenci czasem popełniają samobójstwo po ECT, co oczywiście dalej demaskuje twierdzenia o profilaktycznym wpływie ECT na samobójstwa. W roku 1980 badanie 90 pacjentów wykazało, że z tych, którzy popełnili samobójstwa, 10 procent przechodziło ECT w ciągu poprzedzających czterech miesięcy, dwóch pacjentów zakończyło swoje życie podczas pobytu w szpitalu, a siedmiu zrobiło to krótko po zwolnieniu ze szpitala.[26]

Bruce Wiseman w swojej książce „Psychiatry: The Ultimate Betrayal" („Psychiatria – największa zdrada") podkreśla, że ogromna większość lekarzy i nielekarzy daje sobie radę z prowadzeniem pacjentów z tendencjami samobójczymi bez uciekania się do ECT.[27] Jedynie niewielu użytkowników ECT wyraża zadowolenie z tego procesu. Inni, jak na przykład rodziny pacjentów, mają odmienne zdanie. Jak zauważa Wiseman: „[Oni] widzą osobę snującą się w mroku umysłowego zamroczenia, potulną i niepewną. Objawy te nie zostaną prawdopodobnie odnotowane w jej (sic) karcie chorobowej, ponieważ są to normalne „skutki uboczne". Odnotowane zostanie jedynie to, że depresja odpowiada na leczenie".[28]

Badanie wykazało, że 50 procent pacjentów zgłaszało uszkodzenia pamięci jako najgorszy skutek uboczny, jakiego doświadczyli; jednak odnotowane to zostało jedynie w 7 procentach kart. Psychiatrzy lansujący ECT uważają te „skutki poznawcze” za nieistotne. Fakt, że pacjent jest zbyt zagubiony lub zdezorientowany, aby być w depresji, wydaje się dla nich nieistotny.[29] Często ci, którzy promują ECT, komentują podniesienie nastroju, jakie następuje po leczeniu; takie podniesienie nastroju jest również powszechnym następstwem urazu mózgu, takiego jak uderzenie w głowę.[30] Psychiatrzy mówią pacjentom, że ECT pomoże im na depresję; jednak badania przeprowadzone w latach 1980 i 1984 wykazały, że depresja powracała po okresie trzech do sześciu miesięcy.[31]

Obrońcy ECT mają odmienny pogląd na skutki uboczne: niektórzy w ogóle zaprzeczają ich istnieniu; inni zaprzeczają, aby były one tak poważne, jak twierdzą pacjenci; a jeszcze inni, tacy, jak psychiatra Frank Guerra, twierdzą, że „depresja jest jak rak”. Jak oświadczył Guerra w „Denver Post” w roku 1990: „Jest to potencjalnie śmiertelna choroba. Nikt nie twierdzi, że nie należy leczyć raka z powodu skutków ubocznych. Wszystko w medycynie ma skutki uboczne”.[32] Bruce Wiseman pyta, jak tylu lekarzy mogło przeoczyć rzeczy oczywiste. Emerytowany profesor psychiatrii Thomas Szasz zauważa, że psychiatrzy nie widzą pełnego wpływu ECT „…ponieważ byłoby to niespójne z wysiłkami, jakie czynią stosując ją jako metodę leczenia. Ludzie maksymalizują lub minimalizują to, co służy ich interesom”.[33]

Rosyjscy psychiatrzy wzdragali się przed użyciem ECT z następujących powodów: „Do niedawna leczenie elektrowstrząsami stosowane było na szeroką skalę. Metoda ta wprowadza jednak toporną ingerencję w działanie organizmu i pociąga za sobą powstawanie dokładnie określonych krwawień w tkankach mózgu. Jej zastosowanie jest więc ograniczone do przypadków, w których wszystkie inne metody zawiodły. Kurs ECT powoduje utratę pamięci typu amnezji wstecznej (wydarzeń

poprzedzających szok) lub następczej (wydarzeń następujących po szoku), która jest kliniczną manifestacją zmian, zarówno funkcjonalnych, jak i organicznych zachodzących w mózgu wskutek szoku elektrycznego”.[34] Ten cytat pochodzi z rosyjskiego podręcznika psychiatrii wydanego w roku 1969.

Dowody uszkodzenia mózgu i utraty pamięci spowodowanych przez ECT znane były już w latach 1950., jednak Rosjanie, w przeciwieństwie do Amerykanów, nie uważali tego za kontrowersyjne.[35] W istocie odpowiedzią sowieckich psychiatrów na pytanie, czy ECT powoduje uszkodzenia mózgu, było jednoznaczne „tak”. Jest rzeczą zdumiewającą, że amerykańska literatura medyczna dotycząca ECT z lat 1940., 1950. i 1960. potwierdza pogląd sowiecki.[3636] Dopiero w latach 1970. temat stał się kontrowersyjny i odpowiada to wzrostowi liczby spraw sądowych dotyczących zaniedbań medycznych.[37]

Zwolennicy ECT twierdzą, że nowoczesna ECT nie powoduje uszkodzeń mózgu, i podkreślają stosowanie tlenu w czasie procesu. Jednak należy zauważyć, że dostarczanie tlenu podczas ECT może nie zapobiegać stałemu uszkodzeniu mózgu, ponieważ tlen jedynie przedłuża atak i neurony (komórki nerwowe) umierają, kiedy substancja, której używają jako paliwa, ulega wyczerpaniu. Śpiączka, która następuje, może wystąpić z powodu braku składników odżywczych, nawet w obecności odpowiedniej ilości tlenu; tak więc każdy pozorny zysk wynikający z dostarczania tlenu staje się nieistotny wskutek późniejszego uszkodzenia mózgu przypisywanego brakowi składników odżywczych.[38]

Inny interesujący punkt zasługujący na podkreślenie, to fakt, że uszkodzeniu mózgu, jakie wynika ze zwiększonego ciśnienia krwi podczas ECT, nie zapobiega zastosowanie narkozy lub środków powodujących zwiotczenie mięśni, ponieważ uszkodzenie to powstaje wskutek ogromnego zapotrzebowania mózgu na tlen podczas ECT.[39]

Psychiatra Lee Coleman mówi o nowoczesnym ECT: „Ponieważ ani mózg, ani elektryczność nie zmieniły się od lat 1930., wynik jest stale ten sam: uszkodzenie mózgu”.[40] Jeśli chodzi o skuteczność ECT, Coleman stwierdza: „Mózg przez jakiś czas jest tak uszkodzony (nawet dzieci wiedzą, że elektryczność jest niebezpieczna dla nich i dla wszystkiego, co żyje), że pacjent jest zbyt zagubiony, aby wiedzieć lub pamiętać, co go martwi. Niestety, kiedy mózg zaczyna nieco dochodzić do siebie, problemy zwykle wracają, ponieważ elektryczność nie zrobiła nic w celu ich rozwiązania”.[41]

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE (LEKAMI)

Kiedy psychiatra przepisuje pacjentowi leki, zwykle nie mówi mu o skutkach ubocznych leczenia. Często nie tłumaczy się pacjentowi, że przyjmowanie leków psychotropowych jest leczeniem w nie większym stopniu niż upicie się, ponieważ jeśli ktoś ma problem, upicie się nie rozwiąże go. Nie tłumaczy się również pacjentowi, że leki, jakie dostaje, w wielu przypadkach powodują zaburzenia seksualne. Następujące informacje są wyciągiem z literatury medycznej dotyczącej leków psychotropowych.[42]

– Skutki uboczne silnych środków uspokajających

Senność, zamazane widzenie, suchość w ustach, wrażliwość na światło, podniecenie, zaburzenia seksualne, uszkodzenia oczu, niekontrolowane drżenie kończyn spowodowane nieodwracalnym uszkodzeniem systemu nerwowego, akatyzja (niezdolność do nieruchomego siedzenia, co może też być spowodowane lekopochodnymi psychozami).

– Skutki uboczne słabych środków uspokajających

Senność, apatia, drażliwość, zaburzenia koordynacji mięśniowej, zmęczenie, depresja, niestrawność, zwiększona wrogość, złość, zmniejszenie pociągu seksualnego, uzależnienie.

– Skutki uboczne leków przeciwdepresyjnych

Palpitacje, zmęczenie, senność, zaburzenia seksualne, bezsenność, zachowania samobójcze, halucynacje, dziwaczne i agresywne zachowanie. Przedawkowanie ma działanie toksyczne na serce i leczenie jest trudne. Szczególna grupa środków przeciwdepresyjnych, inhibitory oksydazy monoaminowej (MAOI), może spowodować skutki śmiertelne; jeśli przyjmuje się je z produktami zawierającymi drożdże, mogą też powodować uszkodzenie wątroby, dezorientację, drżenia, halucynacje, konwulsje, wysypkę, podniecenie i bezsenność.

Rzadko wymienianym faktem dotyczącym leków psychiatrycznych jest to, że skutki uboczne tych leków same są „chorobą umysłową". Choroby te nazywa się „parkinsonizmem spowodowanym lekami neuroleptycznymi" i „złośliwym zespołem neuroleptycznym" i ich leczenie to przyjmowanie dalszych leków.

Prowadzone w roku 1985 na więźniach kanadyjskie badania nad efektami leków psychotropowych wykazały, że „gwałtowne, agresywne incydenty zachodziły częściej, gdy więźniowie otrzymywali leki psychotropowe, niż kiedy ich nie otrzymywali".[43]

– Prozac – cudowny lek

Prozac jest najpopularniejszym na świecie lekiem przeciwdepresyjnym. Sprzedaż samego tylko Prozacu przynosi na czysto jego producentom, firmie farmaceutycznej z Indianapolis, Eli Lily, 3 miliardy dolarów, co stanowi w przybliżeniu jedną trzecią jej rocznego dochodu.

W roku 1990 grupa rzeczników interesu publicznego zmusiła Eli Lily do przyznania, że w małej liczbie przypadków niektórzy pacjenci z depresją dokonywali prób samobójczych pod jego wpływem.[44] Inni sugerują, że związek między Prozaciem i samobójstwami jest poważniejszy. Na przykład Bonnie Leitsch z Prozac Survivors Support Group (grupa wsparcia osób, które

przeżyły leczenie Prozaciem) zeznała przed komisją Urzędu ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration; w skrócie FDA), że rozmawiała z tysiącami osób, u których występowało to, co wydaje się wywołanymi przez Prozac myślami i zachowaniami samobójczymi – zjawiska ujawniające się, gdy pacjenci zaczynają brać Prozac, które przedtem były u nich nieobecne.[45] Prozac został wynaleziony w roku 1972 i po raz pierwszy dopuszczono go do sprzedaży w Belgii w roku 1986. Do roku 1995 Urząd ds. Żywności i Leków otrzymał zawiadomienia o 35 230 niekorzystnych reakcjach tylko w USA – więcej niż w przypadku jakiegokolwiek innego leku w jego dziejach.[46] Można by w tej sytuacji zapytać, jak może być on nadal w sprzedaży, zwłaszcza kiedy skutki uboczne jego przyjmowania obejmują halucynacje, agresję, wrogość, napady, nieumyślne powodowanie śmierci i samobójstwa, z czego wynikło 2394 przypadków śmiertelnych? Bazując na szacunku FDA, że zgłasza się jedynie 1 procent niekorzystnych reakcji na lek, oznacza to, że w USA wystąpiły ponad 3 miliony niekorzystnych reakcji, z których 25 000 to przypadki śmiertelne.[47]

Ostatnio, kiedy Royal Jelly (mleczko pszczele) spowodowało jeden przypadek śmierci wskutek szoku anafilaktycznego, pojawiły się głosy protestu żądające zakazu sprzedaży tego produktu, natomiast w przypadku Prozacu, który spowodował 2394 przypadki śmierci w samej tylko Ameryce, wmawia się, że jest to substancja bezpieczna i, doprawdy, cudowny lek. Jak mogła przejść tak selektywna forma intelektualnej krótkowzroczności? W USA ciało kontrolujące leki składa się, oczywiście, z psychiatrów, którzy zdaniem grup konsumenckich albo popierają przepisywanie Prozacu, albo, co gorsze, odnoszą korzyści z grantów przyznawanych przez firmy, takie jak Eli Lilly.[48] Jasno widać, że istnieje tu konflikt interesów!

Jeden z najsurowszych krytyków tego leku, dr Peter Breggin, autor książki „Talking Back to Prozac”, twierdzi, że Prozac działa, stwarzając poczucie oderwania, które początkowo może wydawać się polepszeniem w depresji – jednak poczucie

otępienia staje się tak duże, że osoby biorące Prozac przestają troszczyć się o innych.

Inny krytyk, dr Anne Tracey, przewodnicząca International Coalition of Drug Awarness (Międzynarodowa Koalicja na rzecz Świadomości Działania Leków), twierdzi, że dzwony nadal biją na alarm w sprawie tej grupy leków przeciwdepresyjnych, która obejmuje Prozac i inne blisko z nim związane leki, takie jak Zoloft, Paxil, Lovan i Luvox.[49]

CZY PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA JEST SKUTECZNA?

Psychiatrzy często uważają, że są jedynymi osobami zdolnymi do prowadzenia i leczenia schizofrenii. Dowody z okresu drugiej wojny światowej stawiają to przekonanie pod znakiem zapytania. Kiedy francuski szpital dla umysłowo chorych znalazł się na drodze nadchodzącej armii niemieckiej, wszyscy pacjenci zostali odesłani do domu do krewnych, poza 153, o których sądzono, że są zbyt chorzy, aby opuścić szpital. Niemcy nadeszli wcześniej, niż się spodziewano, tak więc pacjenci musieli radzić sobie sami. Po wojnie powołano komisję w celu ustalenia losu tych opuszczonych pacjentów. Z tych, których odnaleziono, 37 procent porzuconych, nie leczonych i beznadziejnych przypadków dostosowało się do życia w społeczeństwie.[50]

Podobne badanie przeprowadzono na 118 schizofrenikach zwolnionych 20 do 25 lat temu ze szpitala Vermont State Hospital. Badanie wykazało, że przez najwidoczniej spontaniczne wyzdrowienie, przychodzące w większości przypadków dużo później po leczeniu, u 68 procent zniknęły wszystkie objawy schizofrenii.[51] Psycholog Stanley Peel zauważył: „Te wyniki potwierdziły podobne dane uzyskane w trzech europejskich badaniach i w innym badaniu amerykańskim, które przeprowadzono w ostatniej dekadzie, wykazując, że połowa lub więcej schizofreników w końcu wyzdrowiała lub stan ich znacznie się poprawił”.[52]

Implikacje wynikające z tych badań są szokujące, kiedy weźmiemy pod uwagę, co na temat schizofrenii ma do powiedzenia psychiatria.[53] Według DSM–III–R („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, Third Edition, Revised – „Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Chorób Umysłowych”, III wydanie, uzupełnione): „Powrót do pełnego funkcjonowania sprzed choroby nie jest częsty”.[54] „DSM–III” był bardziej niewzruszony: „Pełny powrót do stanu sprzed choroby jest niezwykły – w istocie tak rzadki, że niektórzy klinicyści kwestionowaliby oryginalną diagnozę”.[55] Wiseman komentuje: „Co tragicznie pogarsza sprawę, to fakt, że jest to standardowe postępowanie psychiatrów pracujących w przekonaniu, że należy wszystkich schizofreników leczyć środkami powodującymi zmiany w umyśle i później utrzymywać podawanie im tych leków”.[56]

Inne badanie skuteczności leczenia psychiatrycznego prowadzone było przez psychologa Hansa J. Eysencka na kilku tysiącach kobiet i mężczyzn, żołnierzy z zaburzeniami umysłowymi, przebywających w brytyjskich szpitalach. Ci, którzy leczeni byli psychoanalizą, wykazywali odsetek poprawy wynoszący 44 procent. Ci, których leczono innymi formami psychoterapii, wykazywali poprawę w 64 procentach. Ci pacjenci, którzy nie przechodzili żadnej terapii, z wyjątkiem leczenia dolegliwości fizycznych, wykazywali poprawę w 72 procentach. Badanie Eysencka wykazało, że odsetek wyleczeń u nie leczonych neurotyków po roku od pojawienia się schorzenia wynosił 45 procent, a po dwóch latach – 70 procent. Po pięciu latach stan 90 procent tych chorych albo znacznie się poprawił, albo wrócili oni do pełnego zdrowia.[57]

ZAWODNE PRZEWIDYWANIA

Psychiatrzy wkroczyli na arenę prawa, usiłując przewidzieć przyszłe niebezpieczeństwo, jakie mogą stwarzać oskarżeni o przestępstwa kryminalne. Jednak kiedy dochodzi do przewidzenia zagrożenia i warunków przymusowego osadzenia w zakładach, istnieje niski stopień niezawodności. Prawnik Bruce Ennis w

swojej książce „Mental Patients, Psychiatry and the Law” („Chorzy umysłowo, psychiatria i prawo”)[58] cytuje dobrze znane badanie dotyczące dokładności tych przewidywań, którego wyniki są dla nich wyjątkowo miażdżące. Badanie obejmowało 989 osób, które zostały uznane przez psychiatrów za tak niebezpieczne, że zalecono osadzenie ich w instytucjach o najwyższym stopniu bezpieczeństwa. Potem Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych wydał decyzję o umieszczeniu tych osób w normalnych zakładach o nie najwyższym stopniu bezpieczeństwa. Ocena pacjentów dokonana w 12 miesięcy później sprawiła, że jedna piąta została zwolniona, a ponad połowa wyraziła zgodę na pozostanie w charakterze dobrowolnych pacjentów. Podczas 12 miesięcy uwięzienia tylko siedmiu z 989 pacjentów popełniło albo próbowało popełnić jakiś gwałtowny czyn[59], co oznacza, że prawdopodobieństwo, iż psychiatra źle oceni, że ktoś jest niebezpieczny, wynosi oszałamiające 99,29 procent!

Najczęstszą przyczyną przymusowego skierowania do zakładu psychiatrycznego jest fakt, że dana osoba stanowi niebezpieczeństwo dla siebie lub innych. W pewnych jurysdykcjach niebezpieczeństwo, jakie ktoś może stanowić dla siebie, może być jedynie zagrożeniem dla jego własnej reputacji. Jednak ostatecznie tym, kto ocenia potencjalne niebezpieczeństwo, jakie stwarza dana osoba, jest psychiatra. Psychiatrzy przyznają sami, że mają słaby rejestr obserwacji w tej dziedzinie. Zdumiewające jest, że społeczeństwo pozwala na odebranie wolności na podstawie zezwolenia wydanego przez członków grupy, której działania cechują się tak małym stopniem dokładności.

Badanie omawianie w roku 1978 w „American Psychologist” ujawniło pewne alarmujące dowody potwierdzające fakt, że psychiatria i psychologia nie są niczym więcej jak szalbierstwem. W roku 1939 przeprowadzono badanie dotyczące możliwości zmniejszenia przestępczości wśród młodzieży. Ponad 600 osobników w wieku od pięciu do trzynastu lat podzielono losowo na dwie grupy. Pierwsza grupa poddana została

poradnictwu psychiatrycznemu, a drugą pozostawiono bez jakiegokolwiek leczenia. Terapeuci donosili, że dwie trzecie tych, których poddano leczeniu, „znacznie skorzystały”. Ponad 35 lat później zlokalizowano 80 procent początkowej grupy i wykonano badanie sprawdzające. Wykazało ono, że grupa leczona wypadła bardzo niekorzystnie w porównaniu z grupą nie leczoną. Osoby z grupy leczonej wykazywały większe prawdopodobieństwo popełnienia więcej niż jednego poważnego przestępstwa niż ci z grupy kontrolnej, a kiedy poddano grupy ocenie pod względem występowania alkoholizmu, chorób umysłowych, chorób spowodowanych stresem i zadowolenia z pracy, okazało się, że grupa leczona konsekwentnie radziła sobie gorzej niż grupa kontrolna. Wydaje się, że program nie tylko zawiódł w zakresie zapobiegania brutalnym zbrodniom, ale spowodował negatywne skutki uboczne. Niepowodzenie w zapobieganiu brutalnym zbrodniom potwierdziły też inne badania.[60]

Autorka tego badania, Joan McCord, zapytana w wywiadzie telewizyjnym, czy może wyjaśnić te wyniki, stwierdziła, że ci, którzy podlegali leczeniu, ustawili się w pozycji osób potrzebujących pomocy i uzależnili się od niej, a w konsekwencji nie rozwijali zdolności radzenia sobie z trudnościami tak jak osobnicy z grupy kontrolnej.[61]

PRODUKCJA CHORÓB UMYSŁOWYCH

Choroba umysłowa jest obecnie klasyfikowana i diagnozowana zgodnie z „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, Fourth Edition („DSM–IV”) („Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Chorób Umysłowych”, IV wydanie). Interesujące, że w roku 1840 istniała tylko jedna klasyfikacja problemów umysłowych jako idiotyzm/choroba umysłowa.[62] Cztery dekady po powstaniu Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (American Psychiatric Association; w skrócie APA) liczba kategorii wzrosła do siedmiu: „mania”, „melancholia”, „monomania” (irracjonalne skoncentrowanie na jednym przedmiocie), „porażenie postępujące” (kiła trzeciorzędowa – kiłowe zmiany w mózgu), „demencja”,

„dypsomania” (alkoholizm – napadowe opilstwo) i „epilepsja”.[63]

Wiseman zauważa, że psychiatria praktykuje zmiany definicji chorób. Przed powstaniem Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego choroba oznaczała możliwe do zaobserwowania zaburzenia ustroju: infekcję, raka narządu, zapalenie płuc. Psychiatrzy zapoczątkowali praktykę stwierdzania choroby, której istnienie przypuszczali, zamiast nadać nazwę obserwowanemu zachowaniu. W ten sposób powstało przekonanie, że pacjent musi być chory, ponieważ zachowuje się irracjonalnie. Tak więc uznali zachowanie za objaw i wywnioskowali, że musi on być spowodowany chorobą.[64]

Wiseman komentuje, że psychiatria spędziła poprzednie stulecie na uzasadnianiu swojej pozycji.[65] Jednak nie znaleziono uszkodzenia mózgu ani żadnego zmutowanego połączenia nerwów; nie odkryto też żadnego dowodu genetycznego, nawet po powstaniu nowych technologii. Usiłując usprawiedliwić swoją pozycję psychiatrzy często wysuwają pseudonaukowe wyjaśnienia, takie jak to, że „depresja jest spowodowana brakiem równowagi chemicznej w mózgu”. Hipoteza ta jest całkowicie niesprawdzalna, ponieważ jest rzeczą niemożliwą dokonanie pomiarów związków chemicznych w mózgu osoby żyjącej bez jej zabicia lub uszkodzenia w celu zweryfikowania lub uznania tej hipotezy za nieprawdziwą. Ale to oczywiście nieważne – ostatecznie brzmi imponująco!

W roku 1933 psychiatrzy opracowali pierwszy standardowy podręcznik klasyfikacji chorób umysłowych. Został on nazwany „Standard Classified Nomenclature of Disease” („Standard klasyfikacji nomenklatury chorób”). Pierwszy „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” („Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Chorób Umysłowych”) APA opublikowało w roku 1952. Liczba zaburzeń umysłowych urosła już wówczas do 112.[66] W roku 1968 ukazało się wydanie poprawione „DSM–II” i zawierało już 163 choroby umysłowe.[67] Komentarze w podręczniku ujawniają, że choroby zostały ustalone przez

komitet, który głosował nad tym, czy dane choroby w ogóle istnieją.[68] „DSM–III” został opublikowany w roku 1980 i dodano w nim następnych 61 chorób, tak więc ich ogólna liczba wyniosła 224.[69] W roku 1987 podręcznik został ponownie zrewidowany i ogólna liczba chorób umysłowych zwiększyła się w „DSM–III–R” do 253.[70] „DSM–IV” wydano w roku 1994 i ogólna liczba chorób umysłowych wzrosła obecnie do 374.[71]

Psychiatra Al Parides, widząc, jak głosowano nad chorobami, ustalając, czy one istnieją, czy nie, w zależności od przewagi poglądów w danym dniu, zauważył, że ten podręcznik nie był wcale naukowym podręcznikiem, ale majstersztykiem manewrów politycznych. Komentując to stwierdził, że problemy dnia codziennego obrócono w problemy psychiatryczne.[72]

L.J. Davis podał zwięzły komentarz w artykule ogłoszonym w magazynie „Harper’s”:[73] „Według „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, Fourth Edition (powszechnie znanego pod nazwą „DSM–IV”) życie ludzkie jest formą choroby umysłowej”.[74] „DSM–IV” uznał za patologię niemal każdy aspekt ludzkiego zachowania i oczywiście każdej „anomalii” towarzyszy odpowiedni kod na liście (billing code).

Paula Caplan, psycholog z komitetu „DSM–III–R”, zaobserwowała, że główni gracze w kompilacji podręcznika ignorowali całą masę badań naukowych i byli również obojętni na krzywdę wyrządzaną pacjentom z powodu kategorii, którym podporządkowano choroby w podręczniku. Pani Caplan uważa za trudne pogodzenie tych motywów z rzekomym altruizmem.[75]

Al Parides stwierdza: „To, co zrobili, to medykalizacja wielu problemów, które nie mają przyczyn biologicznych”.[76]

Wiseman zauważa, że choroby są fabrykowane.[77] Słownik Webstera definiuje „fikcję” jako „wszystko, co jest wymyślone lub wyobrażone”. Wiseman wyraża zdecydowane przekonanie, że wymyślanie chorób umysłowych jest to praktyka psychiatryczna. Podaje jako przykład Zespół Niedoboru Uwagi (Attention Deficit

Disorder; w skrócie ADD lub ADHD). Mówi on, że jest prawdą, iż psychiatria nie wymyśla zachowań; jednak kiedy grupa psychiatrów pakuje zachowania i emocje do jednego worka i przydziela nazwę takiemu zachowaniu, wówczas jest to wymyślona jednostka. Jest to również wymyślona rzeczywistość, mówi Wiseman, ponieważ nie istniała przedtem.

Zawsze było prawdą, że niektóre dzieci i dorośli są bardziej aktywni niż inni lub że ich uwaga ma tendencję do błądzenia z powodu krótkiego okresu skupienia uwagi. Do XX wieku rodzice i nauczyciele po prostu przyjmowali istnienie takich dzieci jako zjawisko życiowe. Rodzice uważali, że dzieci, jak dorośli, uczą się zmieniać swoje zachowania z upływem czasu.[78] Jednak psychiatrzy są zdania, że z tymi dziećmi dzieje się coś złego. W ich mózgu są jakieś niejasne, niewytłumaczone defekty i identyfikowano pewne zachowania, twierdząc, że każde dziecko które okazuje takie zachowanie, cierpi na ADD. Wiseman podkreśla po raz kolejny, że jest to sztuczne tworzenie rzeczywistości.[79]

Brak dowodów, że mózgi tych dzieci są w jakikolwiek sposób odmienne od mózgów innych dzieci. Rodzice i dzieci sądzą, że dziecko jest zdrowe, dopóki nie wejdą do gabinetu psychiatry. Kiedy z niego wychodzą, myślą, że dziecko jest nienormalne. Wiseman komentuje: „…rzeczywistość się nie zmieniła. Dziecko jest nadal takie same”.[80] Co się zmieniło, to odbiór dziecka przez rodziców, którzy postrzegali je dotąd jako normalne dziecko, a teraz jako chore, które ma specjalne potrzeby. Jako normalne dziecko byłoby tolerowane i z wszelkim prawdopodobieństwem wyrosłoby na normalne, gdyby nie przywiązywano zbyt dużej wagi do sytuacji; ale teraz dziecko będzie traktowane inaczej przez rodziców, nauczycieli i inne dzieci i w końcu samo zacznie widzieć siebie jako inne od pozostałych. Będzie teraz brało latami leki i będzie traktowane jako ograniczone przez swoją kondycję.[81] Jedyną różnicę w obu sytuacjach stanowi wymyślona rzeczywistość ADD. Tymczasem brak jakiegokolwiek dowodu, że taka choroba w ogóle

istnieje.[82]

ALTERNATYWY DLA PSYCHIATRII

Okazuje się, że takie środki, jak medytacja transcendentalna (MT) oferują duże korzyści, zarówno w leczeniu, jak i w zapobieganiu chorobie. Skuteczność MT została udokumentowana w licznych opublikowanych badaniach prowadzonych w ponad 100 instytutach badawczych – jednak profesjonaliści nadal trzymają się kurczowo przestarzałych metod.

W pewnym badaniu prowadzonym na weteranach wojny w Wietnamie leczonych w ramach Vietnam Veteran's Outreach Program weterani zostali losowo przydzieleni do programu MT lub psychoterapii (do typu, jaki prowadził dany terapeuta – terapia behawioralna, egzystencjalna, kognitywna, somatyczna lub psychodynamiczna). Stan weteranów, którzy nauczyli się techniki MT, poprawił się znacznie z punktu widzenia psychologii i socjologii, włączając w to zmniejszenie niepokoju, depresji, bezsenności i nadużywania alkoholu, podczas gdy stan uczestników programu poddanych psychoterapii nie poprawił się. Uczestnicy MT wykazywali również szybszy powrót do normy po doznaniu stresujących bodźców w postaci wytworzenia nawyku odpowiedzi rezystancyjnej skóry.[83]

W innym badaniu, prowadzonym przez okres ponad 12 miesięcy, więźniowie z zakładu o najwyższym stopniu bezpieczeństwa praktykujący MT zostali porównani z więźniami poddanymi czterem innym rodzajom leczenia, włącznie z doradztwem psychologicznym, leczeniem z nadużywania narkotyków i 21 personalnymi programami rozwoju. Grupa MT osiągnęła znaczną poprawę w zakresie samorozwoju i zmniejszenia objawów patologicznych, podczas gdy żadna z czterech innych grup poddanych leczeniu nie wykazywała znaczących zmian w porównaniu z grupą kontrolną. Podczas trzech i pół roku odsetek recydywy (to znaczy ponownego popełnienia przestępstwa i powrotu do więzienia) w grupie MT był znacząco niższy niż w pozostałych czterech grupach.[84]

WNIOSKI

Jeśli twoje zachowanie jest niezwykłe lub jeśli zdiagnozowano cię jako osobę „umysłowo chorą”, powinieneś być bardzo ostrożny i brać pod uwagę fakt, że dyscyplina, która to stwierdziła, nie jest nauką ani nie może wyleczyć cię z tego stanu. Najlepsze, co może ci zaproponować, to lata lub być może całe życie na lekach psychotropowych, które powodują straszne skutki uboczne lub mogą spowodować uszkodzenie mózgu w imię przyniesienia chwilowej ulgi w depresji. Nie masz nic do stracenia, próbując takich sposobów leczenia, jak medytacja transcendentalna lub Maharishi Ayurveda, które jeśli cię nie wyleczą, to przynajmniej cię nie zabiją. Co więcej, psychiatria i leczenie farmakologiczne są procesem samonapędzającym się.

Należy też ostrzec przed leczeniem za pośrednictwem terapii bezlekowych. Tak zwane rozmowy terapeutyczne nie są bardziej skuteczne ani oparte na podstawach naukowych niż leczenie środkami farmakologicznymi lub ECT. Jak widzieliśmy na przykładzie badania przeprowadzonego przez McCord, takie terapie mogą w rzeczywistości przynieść skutki odwrotne do zamierzonych. Co więcej, badanie, w którym wynajęty aktor mówił na podstawie skryptu opisującego normalnego człowieka, w którego zachowaniu przytłaczająca większość ekspertów od zdrowia psychicznego znalazła objawy patologiczne przy ich rzeczywistym braku, wskazuje, że osoby zaangażowane w tę profesję przyjmują, że patologia istnieje nawet przy braku podtrzymujących to mniemanie dowodów.

Dalszy dowód mamy w postaci „DSM”, gdzie liczba chorób umysłowych wzrasta z każdym wydaniem i gdzie wszystkie rodzaje zachowań kiedyś akceptowane jako normalne (na przykład chrapanie) są obecnie opisywane jako choroby umysłowe. Wskazuje to jednoznacznie, że psychiatria jest dyscypliną działającą w sposób, który można nazwać sztuką dla sztuki. Czas najwyższy, aby społeczeństwo zakwestionowało bona fides psychiatrii.

Najbardziej niepokojące ze wszystkiego jest to, że psychiatria rzadko w sposób poprawny przewiduje niebezpieczne zachowania i że każdy z nas może utracić nasze ludzkie prawa tylko na podstawie zgody wyrażonej przez przedstawiciela zawodu nie mającego żadnych podstaw naukowych!

Wydaje się, że zarówno psychiatria, jak i psychologia, w rzeczywistości uciekają od prawdy.

Autorka: Rochelle Macredie
Tłumaczenie: Elżbieta Strózik
Źródło: Nexus

O AUTORCE

Rochelle Macredie posiada dyplomy w dziedzinie Sztuki, Nauki i Prawa i praktykuje prawo kryminalne w sektorze publicznym Nowej Południowej Walii. Jest rzeczniczką medytacji transcendentalnej jako szybkiej i dobroczynnej metody pokonywania problemów i stresów, jakie niesie życie.

PRZYPISY

[1] J.P. Chaplin, „Dictionary of Psychology", Dell Publishing Co. NY, 1968, str. 388.

[2] „The Australian Pocket Oxford Dictionary", Oxford University Press, UK, 1976.

[3] Wywiad z Walterem Afieldem z 11 stycznia 1994 roku cytowany w: B. Wiseman, „Psychiatry, the Ultimate Betrayal", Freedom Publishing, Los Angeles, 1995, str. 33.

[4] Council on Scientific Affairs, American Medical Association, „Results and Implications of the AMA-APA Physician Mortality Project", „Journal of the American Medical Association", vol. 257, nr 21, 5 czerwca 1987. Odsetek samobójstw w ogólnej populacji jest oceniany na 12,3 na 100□ □000, co różni się od 61 na 100□ □000 w przypadku psychiatrów.

[5] H.D. Campbell, „The Prevalence and Ramifications of Psychopathology in Psychiatric Residents: An Overview”, „Am. Journal of Psychiatry”, 139:11, listopad 1982, str. 1406. Jak podaje Wieseman, wskaźnik dla osób w okresie residency wynosi 106 na 100□ □000.

[6] Jak podaje Wieseman, połączone badanie przeprowadzone w roku 1987 przez American Medical Association (Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne) i American Psychiatric Association (Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne) wykazało, że psychiatrzy mają najwyższy odsetek samobójstw i że kiedy badacze przeprowadzali wywiady z rodzinami, aby stwierdzić, jaki był powód samobójstwa, najczęściej podawano ucieczkę od cierpień psychicznych.

[7] B. Wiseman, „Psychiatry, the Ultimate Betrayal”, Freedom Publishing, Los Angeles, 1995.

[8] Jak wyżej.

[9] T. Maeder, „Wounded Healers”, „Atlantic Monthly”, styczeń 1989, str. 38; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…

[10] M. Kirsher, „What Makes Our Marriages Lousy”, „Medical Economics”, 1 października 1979; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…

[11] W 1994 roku dr Norman Sartorius, Przewodniczący Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego przemawiając na Europejskim Kongresie Psychiatrycznym w Danii, powiedział: „Psychiatrzy nie powinni dłużej uważać, że leczą chorych umysłowo, a w przyszłości chorzy umysłowo będą musieli nauczyć się żyć ze swoją chorobą”.

[12] B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 115.

[13] U. Cerletti, „Electroshock Therapy”; w: M. Arthur Shackler i inni, „The Great Psychodynamic Therapies in Psychiatry: An Historical Reappraisal”,Hoeber-Harper, Nowy

Jork, 1956, str. 92–94; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 116.

[14] B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 117.

[15] A. Myerson, polemika z F.E. Ebaugh i innymi, „Fatalities following electric convulsive therapy: a report of two cases with autopsy findings”, „Trans. Amer. Neurol. Assoc.”, 68:39, czerwiec 1942; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 117–118.

[16] B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 119.

[17] Jak wyżej.

[18] B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 119–120.

[19] Jak wyżej.

[20] L. Coleman, „Introduction”; from L. Frank (ed.), „The History of Shock Treatment”, San Francisco, 1978, str. xiii; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 120–121.

[21] J. Easton-Jones, „Non-ECT”, „World Medicine”, 1974, str. 24; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 128–129.

[22] Jak wyżej.

[23] „Statistical Abstracts of the United States”, US Department of Commerce, 1987, str. 79. W roku 1975 w USA zanotowano 27□ □063 samobójstw, a w roku 1980 – 26□ □869.

[24] Dr V. Milstein i inni, „Does Electroconvulsive Therapy Prevent Suicide?”, „Convulsive Therapy 2”, nr 1, 1986, str. 3–6.

[25] „Statistical Abstracts of”…

[26] A. Roy, „Risk Factors for Suicide in Psychiatric Patients”, „Archives of general Psychiatry”, vol. 39, wrzesień 1982., str. 1093.

[27] B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 129.

[28] Jak wyżej.

[29] Jak wyżej.

[30] Jak wyżej.

[31] D. Cauchon, „Stunningly quick results often fade just as fast”, „USA Today”, 6 grudnia 1995.

[32] B. Finley, „Electroshock: quick fix or cure?”, „Denver Post”, 21 października 1990.

[33] Wywiad z Thomasem Szaszem, 17 września 1993; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 131.

[34] A. Podnov, „Psychiatry”, 1969, str. 138–141.

[35] B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 136.

[36] B.J. Alpers, „The Brain Changes Associated with Electrical Shock Treatment: A Critical Review”, „The Lancet”, listopad 1946; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 137.

[37] B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 138.

[38] Citizens Commission on Human Rights (CCHR), „Psychiatry Destroys Minds”, booklet, CCHR, Kalifornia, 1997, str. 8.

[39] Jak wyżej.

[40] L. Coleman, z: A. Tame, „Shock Treatment”, „Penthouse”, 1987.

[41] L. Coleman, z: Wstęp, „Case Against ECT”, CCHR, Los Angeles, str. i; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 116.

[42] CCHR, „What They Don’t Tell You About Psychiatric Drugs”, „Creating Racism: Psychiatry’s Betrayal”, Los Angeles, str.

12.

[43] D.G. Workman, D.G. Cunningham, „Effects of Psychotropic Drugs on Aggression in a Prison Setting”, „Canadian Family Physician”, listopad 1975, str. 63–66; cytowane w: CCHR, „Creating Racism”…

[44] Robert Lusetich, „Do worry, be unhappy… depress the panic button on Prozac”, „The Australian”, 1 grudnia 1997.

[45] Jak wyżej.

[46] Jak wyżej.

[47] Jak wyżej.

[48] Jak wyżej.

[49] Jak wyżej.

[50] K. Menninger, „The Course of Illness”, „Menninger Clinic Bulletin”, vol. 25, nr 5, wrzesień 1961; cytowane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 37.

[51] P.M. Boffey, „Schizophrenia: Insights Fail to halt Rising Toll”, „New York Times”, 16 marca 1986, str. 1, 32.

[52] S. Peele, „Diseasing America”, Lexington Books, 1989, str. 16; omawiane w: B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 38.

[53] B. Wiseman, „Psychiatry”…, str. 38.