

0 psychiatrii represyjnej w Polsce

18 sierpnia 2019

Psychiatria jest szczególną dziedziną medycyny. W rękach nierzetelnych lub niekompetentnych lekarzy pozwala etykietować ludzi jako „urojeniowców” i umożliwia pozbawianie ich wolności w celu przymusowego „leczenia”.



Na portalu Niepoprawni.pl udziela się ostatnio autor (prawnik), który owładnięty jest misją przekonywania czytelników, że psychiatrzy się na ogół nie „mylą” w swoich „diagnozach”, a co czwarty Polak to mniejszy lub większy „świr”. Tym wdzięcznym określeniem obrzuca on nierzadko osoby, które – wbrew faktom i dowodom – chce pozbawić wiarygodności, gdy toczą one spory z funkcjonariuszami publicznymi).

Reprezentuje punkt widzenia psychiatrii represyjnej. Istnieje ona naprawdę. Wymaga współdziałania psychiatrów z organami ścigania i wymiarem sprawiedliwości. Jest to w Polsce bardzo łatwe, bo biegłych sądowych powołują prokuratorzy lub sędziowie oraz to ich jednostki płacą za wykonane opinie. Postępowanie nie jest w tym zakresie kontradyktoryjne, podsądny nie może wskazać „swojego” biegłego. Kto płaci, ten wymaga, a więc opinia jest zwykle zgodna z oczekiwaniami zlecniodawcy.

Jeśli prokurator lub sędzia chce, aby podważyć stan faktyczny sprawy wynikający z dowodów, nierzadko najpierw sięga (i to wbrew procedurze) do opinii biegłego, którego jedyną rolą jest w tym przypadku wskazać, że podsądny to paranoik, który ma urojenia zarówno co do faktów, jak i dowodów. Niezwykle wygodna etykieta, która jest często stosowana wówczas przez psychiatrów, to tzw. urojenia na tle funkcjonowania wymiaru

sprawiedliwości. Subkategorią są z kolei tzw. urojenia pieniacze, które wygodnie jest przypisać osobom konsekwentnie domagającym się sprawiedliwości.

Potem, „uporczywym pieniaczom” można jeszcze zasądzić przymusowe leczenie i ma się niewygodnego osobnika „z głowy”.

Wielokrotnie opisywałam jako dziennikarz takie przypadki. Tu przypomnę tylko casus Mariusza Cysewskiego, działacza publicznego, domagającego się zmian w wymiarze sprawiedliwości, m.in. wprowadzenia ław przysięgłych.

Pan Mariusz w zależności od sprawy (a prokuratorzy nękali go nieustępliwie postępowaniami karnymi – głównie za czyny patriotyczne) był w ocenie psychiatrów albo całkowicie zdrowy albo ciężko chory psychicznie. Diagnozy zmieniały się jak rękawiczki i może nawet byłoby to śmieszne, gdyby nie skrajnie uciążliwe i gdyby w którymś momencie nie poddano go przymusowemu leczeniu. Tylko zdeterminowana opinia publiczna uratowała Cysewskiego przed psychiatrycznymi represjami.[1]

Niezwykle pomocna w dowolnej „twórczości diagnostycznej” psychiatrów jest rozbudowana klasyfikacja chorób, pozwalająca prawie każdemu przypisać jakąś łatkę. W Polsce obowiązuje klasyfikacja ICD-10, opracowana przez WHO (klasyfikuje ona wszystkie choroby, obrażenia i przyczyny śmierci).

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opracowało „Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny” („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” – DSM), który obejmuje tylko zaburzenia psychiczne. Chociaż DSM znajduje szersze zastosowanie w USA, a ICD cieszy się popularnością w większości krajów europejskich, to w rzeczywistości te dwa systemy mają ze sobą wiele wspólnego.

W tym kontekście warto przypomnieć, jak powstawał podręcznik DSM-III, który odegrał przełomową rolę w określeniu kryteriów diagnostycznych dla wszystkich zaburzeń psychicznych.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) zleciło Robertowi Spitzerowi, wpływowemu amerykańskiemu psychiatrze pochodzenia żydowskiego z Uniwersytetu Columbia, przewodniczenie grupie naukowej opracowującej trzecie wydanie DSM.

Kiedy DSM-III zostało opublikowane w 1980, zawierało 256 diagnoz (wzrost z 182 w poprzednim wydaniu), i weszło niemal do powszechnego użycia, nie tylko przez psychiatrów, ale również przez towarzystwa ubezpieczeniowe, szpitale, sądy, więzienia, szkoły, ośrodki badawcze, agendy rządowe i całą resztę instytucji medycznych. Jego głównym celem było wprowadzenie jednolitości (zwykle nazywanej „rzetelnością”) w stawianiu diagnoz psychiatrycznych, dzięki której różni psychiatrzy, którzy widzieli tego samego pacjenta, mogli stawiać te same diagnozy.

W tym celu każda z diagnoz została określona jako lista objawów z progami liczbowymi. Przykładowo, przejawianie co najmniej 5 z 9 wymienionych objawów było podstawą do otrzymania pełnej diagnozy epizodu depresji klinicznej z szerokiej kategorii „zaburzeń nastroju”. Był jeszcze jeden cel – uzasadnienie użycia leków psychoaktywnych. Prezes APA Carol Bernstein zasadniczo przyznała to w późniejszym okresie. Napisała: „W latach 1970. konieczne stało się ułatwienie uzgadniania diagnoz wśród klinicystów, naukowców i ośrodków nadzorczych z powodu potrzeby dopasowania pacjentów do nowo powstających typów leczenia farmakologicznego”.

DSM-III niemal z pewnością był bardziej „rzetelny” od poprzednich wydań, ale rzetelność to nie to samo, co trafność. Rzetelność oznacza konsekwentność; trafność oznacza słuszność lub prawidłowość. Jeśli niemal wszyscy lekarze zgadzają się, że piegi są oznaką raka, diagnoza byłaby „rzetelna”, ale nie byłaby prawidłowa. Problem z DSM jest taki, że niemal we wszystkich swoich wydaniach, stanowił on odbicie poglądów autorów, a w przypadku DSM-III głównie samego Spitzera, który został słusznie nazwany jednym z najbardziej wpływowych

psychiatrów XX wieku. Jak sam powiedział, do współpracy w 15-osobowej grupie zadaniowej „wybierał tych, z którymi mu się dobrze pracowało”. Stawiano zarzuty, że zwołał zbyt mało posiedzeń i ogólnie prowadził prace w sposób nazbyt losowy i arbitralny. Spitzer powiedział w wywiadzie z 1989 roku: „Mogłem przeforsować swój punkt widzenia przez słodką mowę [pochlebstwa]”. George Vaillant, profesor psychiatrii na Harvard Medical School napisał w artykule z 1984 roku, że DSM-III stanowi „śmiałą serię wyborów opierających się na zgadywaniu, upodobaniu, uprzedzeniu i nadziei”, co wydaje się uczciwym opisem.[2]

Spitzer jest też znany z tego, że przyczynił się do usunięcia homoseksualizmu z klasyfikacji DSM.

Nie będę formułowała końcowych konkluzji, niech czytelnicy robią to sami. Warto jednak podkreślić, że medykalizacja psychiatrii okazała się przeciwnie skuteczna.

Z badań wynika np., że:

- w ostatnich dwóch dekadach wyniki leczenia schizofrenii pogorszyły się i były porównywalne z wynikami osiąganymi 100 lat wcześniej,
- efekty leczenia schizofrenii są lepsze w krajach słabiej rozwiniętych niż w Stanach Zjednoczonych,
- w Stanach Zjednoczonych w ostatnich dekadach miał miejsce trzykrotny wzrost osób chorych psychicznie.[3]

Marcia Angell, amerykańska lekarka i pierwsza kobieta, która pełniła funkcję redaktora naczelnego „New England Journal of Medicine”, starszy wykładowca w Departamencie Globalnego Zdrowia i Medycyny Społecznej w Harvard Medical School w Bostonie, Massachusetts, pisze dobitnie: „W odróżnieniu od zaburzeń leczonych w większości innych gałęzi medycyny, nie ma obiektywnych kryteriów lub testów dla choroby psychicznej – nie ma danych laboratoryjnych albo skanów fMRI – a granice

między normalnością a nienormalnością są często niejasne. To sprawia, że rozszerzeniu ulegają granice diagnostyczne, możliwe staje się też tworzenie nowych diagnoz, co byłyby niemożliwe w, dajmy na to, kardiologii. A koncerny farmaceutyczne mają swój interes w nakłanianiu psychiatrów, aby robili właśnie to.”

Opinia Marcii Angell, to opinia osoby nie obawiającej się krytykować konfliktów interesów między placówkami medycznymi a społeczeństwem. Angell mówi twardo, że „nie można już wierzyć w większość opublikowanych badań klinicznych ani polegać na osądach zaufanych lekarzy lub na autorytatywnych wytycznych medycznych”, szczególnie tam, gdzie powstają one na podstawie badań leków lub urządzeń. Angell jest zdecydowanym krytykiem przemysłu farmaceutycznego, autorką książki: „Prawda o firmach farmaceutycznych: jak nas oszukują i co z tym zrobić” .

Wykazała, że mimo iż przemysł farmaceutyczny szacuje, że badania i wprowadzenie na rynek każdego nowego leku kosztuje średnio ok. 800 milionów USD, to w rzeczywistości jest on zbliżony do 100 milionów USD.

W 2004 roku napisała: „łączne zyski dla dziesięciu firm farmaceutycznych z listy Fortune 500 (35,9 mld USD) były większe niż zyski wszystkich pozostałych 490 firm razem wziętych (33,7 mld USD) [w 2002 r.] (...) W ciągu ostatnich dwóch dekad przemysł farmaceutyczny oddalił się bardzo od pierwotnego szlachetnego celu, jakim jest odkrywanie i wytwarzanie użytecznych nowych leków. Ta branża, będąca obecnie przede wszystkim maszyną marketingową do sprzedaży leków o wątpliwych korzyściach, wykorzystuje swoje bogactwo i moc, by dokooptować każdą instytucję, która może stanąć jej na drodze, w tym Kongres USA, FDA, akademickie centra medyczne i sam zawód medyczny. Większość działań marketingowych koncentruje się na wywieraniu wpływu na lekarzy, ponieważ muszą oni wypisywać recepty. Jeśli leki na receptę byłyby jak zwykłe dobra konsumpcyjne, to może nie miałoby to większego znaczenia. Ale leki uzależniają. Nie ma równowagi pomiędzy

poszukiwaniem zysków koncernów farmaceutycznych a troską o pacjentów”.

Pamiętajmy o tym, gdy ktoś nam wtłacza tezę, że co czwarty Polak potrzebuje pomocy psychiatrycznej.[4]

Autorstwo: Rebeliantka

Źródło: [Niepodległy.pl](http://niepodlegly.pl)

Przypisy

[1]

<http://niepoprawni.pl/blog/rebeliantka/do-psychiatryka-za-walkę-o-sprawiedliwy-system-prawny>

[2]

<http://http://www.psychologia.edu.pl/obserwatorium-psychologiczne/1750-farmakologiczne-iluzje-psychiatrii.html>

[3]

<http://www.psychologia.edu.pl/obserwatorium-psychologiczne/1281-zmiana-podejscia-do-leczenia-psychiatrycznego.html>

[4]

[http://niepodległy.pl/222/o-podzegaczach-chorobowych-czyli-o-fabrykowaniu-chorob/](http://niepodlegly.pl/222/o-podzegaczach-chorobowych-czyli-o-fabrykowaniu-chorob/)