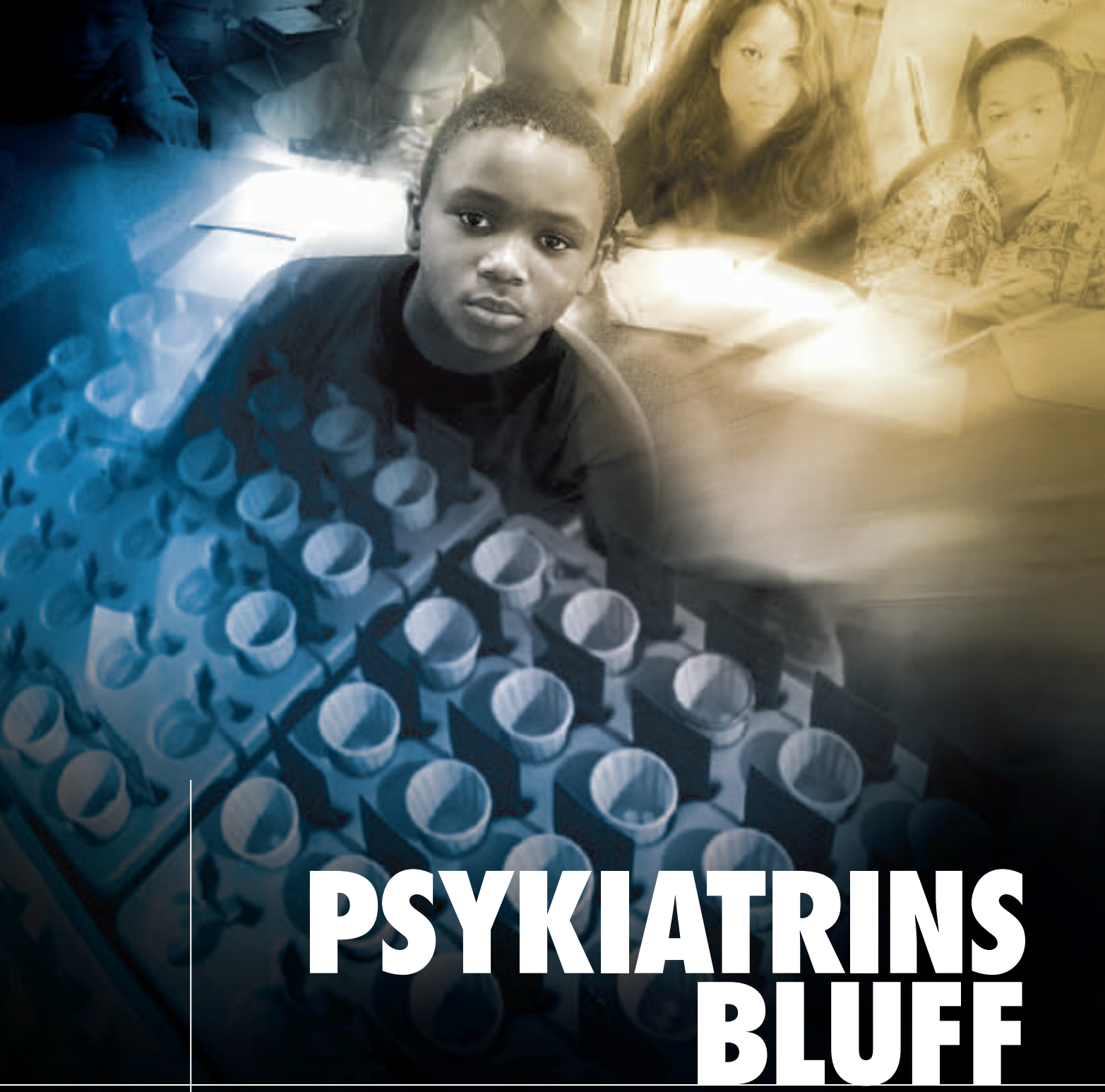


PSYKIATRINS BLUFF

Hur läkarvetenskapen undermineras

Rapport och rekommendationer
om psykiatrins influenser på
hälso- och sjukvården

Publicerad av
Kommittén för Mänskliga Rättigheter
Grundad 1969

VIKTIG INFORMATION
till läsaren

Den psykiatriska yrkeskåren hävdar att de är ensamma om att ha kunskap om mental hälsa och psykiska "sjukdomar". Fakta visar dock på motsatsen:

1. PSYKISKA "STÖRNINGAR" ÄR INTE MEDICINSKA SJUKDOMAR. Inom medicinen existerar strikta kriterier för att man skall få kalla ett tillstånd för en sjukdom - en förutsägbar grupp av symtom och orsak till dessa symtom eller förståelse for deras fysiologi (funktion) måste etableras och bevisas. Frossa och feber är symtom. Malaria och tyfus är sjukdomar. Sjukdomars existens kan påvisas genom objektiva bevis och fysiska tester. Det finns ännu inga psykiska "sjukdomar" vars medicinska existens har bevisats.

2. PSYKIATRIKER SYSSLAR ENBART MED PSYKISKA "STÖRNINGAR", INTE MED PÅVISADE SJUKDOMAR. Medan man inom traditionell somatisk medicin ägnar sig åt sjukdomar som malaria, bronkit och hepatit, ägnar sig psykiatri åt "störningar". I frånvaro av kända orsaker eller fysiologi kallas en grupp symtom som man har sett hos många olika patienter för en störning eller syndrom. Joseph Glenmullen, psykiatriker vid Harvarduniversitetet, säger att inom psykiatrin, "är alla diagnoser rätt och slätt syndrom [eller störningar], grupper av symtom som anses vara relaterade till varandra, inte sjukdomar." Detta har dr Thomas Szasz, professer emeritus i psykiatri, observerat, "Det existerar inte något blodprov eller annat biologiskt test som kan användas för att konstatera om mentalsjukdom föreligger eller inte, vilket det finns för de flesta kroppsliga sjukdomar."

3. PSYKIATRIN HAR ALDRIG FASTSTÄLLT ORSAKEN TILL NÅGON "PSYKISK STÖRNING". Ledande psykiatriska sammanslutningar som t.ex. World Psychiatric Association och National Institute of Mental Health i USA medger att psykiatriker varken känner till orsaker eller botemedel för någon psykisk störning eller vad deras "behandlingar" har för specifika effekter på patienterna. De har enbart teorier och motstridiga åsikter om sina diagnoser och metoder, och de saknar vetenskapliga bevis för dem. En tidigare ordförande för World Psychiatric Association konstaterade, "Den tid då psykiatriker ansåg att de kunde bota de psykiskt sjuka är förbi. I framtiden måste de psykiskt sjuka lära sig att leva med sin sjukdom."

4. TEORIN ATT PSYKISKA STÖRNINGAR BEROR PÅ EN "KEMISK OBALANS" I HJÄRNAN ÄR EN OBEVISAD ÅSIKT, INTE ETT FAKTUM. En rådande psykiatrisk teori (och förklaring till att personlighetsförändrande droger säljs) är att psykiska störningar är ett resultat av en kemisk obalans i hjärnan. Som med psykiatrins övriga teorier finns det inga biologiska eller andra bevis som stödjer detta. Elliot Valenstein, fil. dr, representant for en stor och aktiv grupp av medicinska och biokemiska experter och författare till boken Blaming the Brain säger. "Det finns inga tillgängliga tester för att bestämma det kemiska tillståndet hos en levande persons hjärna."

5. ORSAKERNA TILL PROBLEM I LIVET FINNS INTE I HJÄRNAN. Människor har problem och upprördheter i livet som kan leda till psykiska problem, vilka ibland kan vara mycket allvarliga. Men att säga att problemen kommer sig av obotliga "hjärnsjukdomar" som bara kan lindras med farliga piller är oärligt, skadligt och leder ofta till döden. Sådana droger är ofta starkare än narkotika och kan leda till att människor tar till våld eller begår självmord. De döljer de verkliga orsakerna till problemen och gör individen mindre kapabel och hindrar därmed möjligheterna till verkligt tillfrisknande och framtidstro.



PSYKIATRINS BLUFF

Hur läkarvetenskapen undermineras

INNEHÅLL

Inledning: Att manipulera läkarvetenskapen 2

Kapitel ett: Bra affärer, dålig läkarvetenskap 5

Kapitel två: Psykiatri kontra läkarvetenskap 11

Kapitel tre: En parodi på medicin och vetenskap 17

Kapitel fyra: Att skada de sårbara 23

Kapitel fem: Att sätta medicinsk etik på spel 29

Kapitel sex: Vilken väg skall vi välja? 31

Rekommendationer 34

Internationella Kommittén för Mänskliga Rättigheter 35

CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS
CCHR
Established 1969

INLEDNING

Att manipulera läkarvetenskapen

Alan I. Leshner, psykiatriker och tidigare chef för National Institute of Drug Abuse, uttryckte sig på det här viset 1998: ”Min åsikt idag, 1998, är att ni [läkare] skall fängslas om ni vägrar att skriva ut SSRI-preparat [den nya typen av antidepressiva preparat] mot depression. Jag tycker också att ni, fem år från nu, skall fängslas om ni inte ger de mediciner som vi nu utvecklar till crackmissbrukare.”[1]

Under de mer än 25 år som jag har arbetat med att reformera psykvården för att avslöja psykiatrins kränkningar av mänskliga rättigheter har jag pratat med hundratals läkare och tusentals patienter. Det var dock först nyligen som det föll mig in att läkarnas rättigheter kanske också står under attack. Varför skulle en läkare fängslas för att vägra skriva ut ett antidepressivt preparat mot depression?

> Psykiatrins diagnostiska system har inte introducerats i någon anda av professionell respekt för traditioner och kunskap inom primärvården och andra medicinska specialiteter.
>
> — Jan Eastgate

Många primärvårdsläkare har bekräftat att det finns många fysiska tillstånd som kan orsaka emotionella störningar och beteendestörningar, och att det är av allra största vikt att först undersöka patienterna fysiskt. Om man förlitar sig på antidepressiva preparat för att undertrycka emotionella symptom utan att först undersöka om det föreligger någon fysisk sjukdom och bota den, kan resultatet bli att man ger patienten en kemisk lösning på problemet och lämnar dem med en sjukdom som kan förvärras.

Hur skulle det vara om en läkare skulle diagnostisera en sådan sjukdom korrekt och bota den utan att ge psykdroger för depressionen? Skulle läkaren kunna anklagas för att vara oetisk eller till och med bli dömd och fängslad för ”brottslig medicinsk försumlighet” för att han inte ordinerat antidepressiva droger?

Något sådant skulle väl inte kunna hända? Nej, kanske inte. Men det verkar som om vi har kommit till en punkt där en läkare kan bli anklagad för att vara *oetisk* när han utövat *etisk* medicin. Idag kan läkare, specialister och andra, kritiseras, trakasseras och bli behandlade som ”extremister” när de praktiserar traditionell, fungerande diagnostisk medicin.

Detta häfte har skrivits med tanke på läkare, speciellt de som skulle vilja utöva medicin som inte är psykiatriinfluerad, som drivs av stark medmänsklighet i enlighet med den Hippokratiska eden, och som vill forsätta att göra sitt bästa för att verka för människors hälsa. Det är avsett för läkare som är bekymrade om det faktum att *miljontals* barn förskrivs och tar amfetamin och amfetaminliknande preparat för en påstådd psykisk störning, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

Det här häftet är avsett även för de som tycker att det är mycket märkligt att offentligt anställda kan anklaga föräldrar för ”brottslig försumlighet” om de vägrar gå med på att deras barn får droger.

Hur kommer det sig att det blivit så här? Vi tror att det här häftet kommer att besvara den frågan.

Primärvården genomsyras idag av ett slags ”psykvårdstänkande”. Det beror till stor del på ”framgången” med psykiatrins diagnostiska system, *Diagnostisk och statistisk handbok för mentala störningar (DSM-IV)*, som tillsammans med kapitlet för psykiska sjukdomar och beteendestörningar i *Internationell klassificering av sjukdomar (ICD-10)* har upphöjts till vitala och oundgängliga verk för icke-psykiatriska läkare.

Men det finns en annan faktor. Bland alla förväntningar som läkare möter idag finns en som är unik eftersom den åtföljs av subtilt illvilliga krav. Psykiatrins diagnostiska system har inte introducerats i någon anda av respekt för traditioner och kunskap inom primärvården och andra medicinska specialiteter.

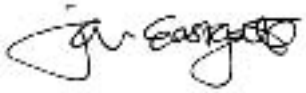
Den åtföljdes inte av något brev där det stod skrivet: ”Vi respekterar okränkbarheten av och din rätt till relationen med dina patienter och din önskan att hjälpa dem på bästa sätt. Här är vårt diagnostiska system, var snäll och titta igenom det och gör din bedömning om huruvida vi är inne på rätt spår eller inte. Vi skulle uppskatta att få ditt utlåtande och din konstruktiva kritik. Låt oss veta om det är något vi kan hjälpa dig med i allas vår strävan efter bättre hälsa.”

I stället introducerades den med innebörden: ”Här är ett litet barn med allvarliga psykiska problem. Vi har redan ställt diagnosen och det enda du behöver göra är att strikt följa våra instruktioner för hur du korrekt ordinerar droger och sen kommer du att vara föremål för vår expertmässiga övervakning.” Eller för att uttrycka det på ett annat sätt: ”Det verkar som om dina patienter litar mera på dig än på oss, så här kan du se hur du skall diagnostisera de psykiska sjukdomar som de otvetydigt lider av.”



Det här är det underliggande tvång som på ett outplånligt sätt har karaktäriserat psykiatrin alltsedan den började blanda sig i vården på sinnessjukhusen för 200 år sedan. Det manifesterar sig på olika sätt och oavsett var det dyker upp är det mycket destruktivt för individers visshet, stolthet, värdighet, strävsamhet, initiativförmåga, integritet, sinnesfrid, välmående och sunda förnuft. *Och även för alla läkare.*

Vänliga hälsningar,



Jan Eastgate
ordförande, Internationella
Kommittén för Mänskliga Rättigheter

VIKTIGA FAKTA

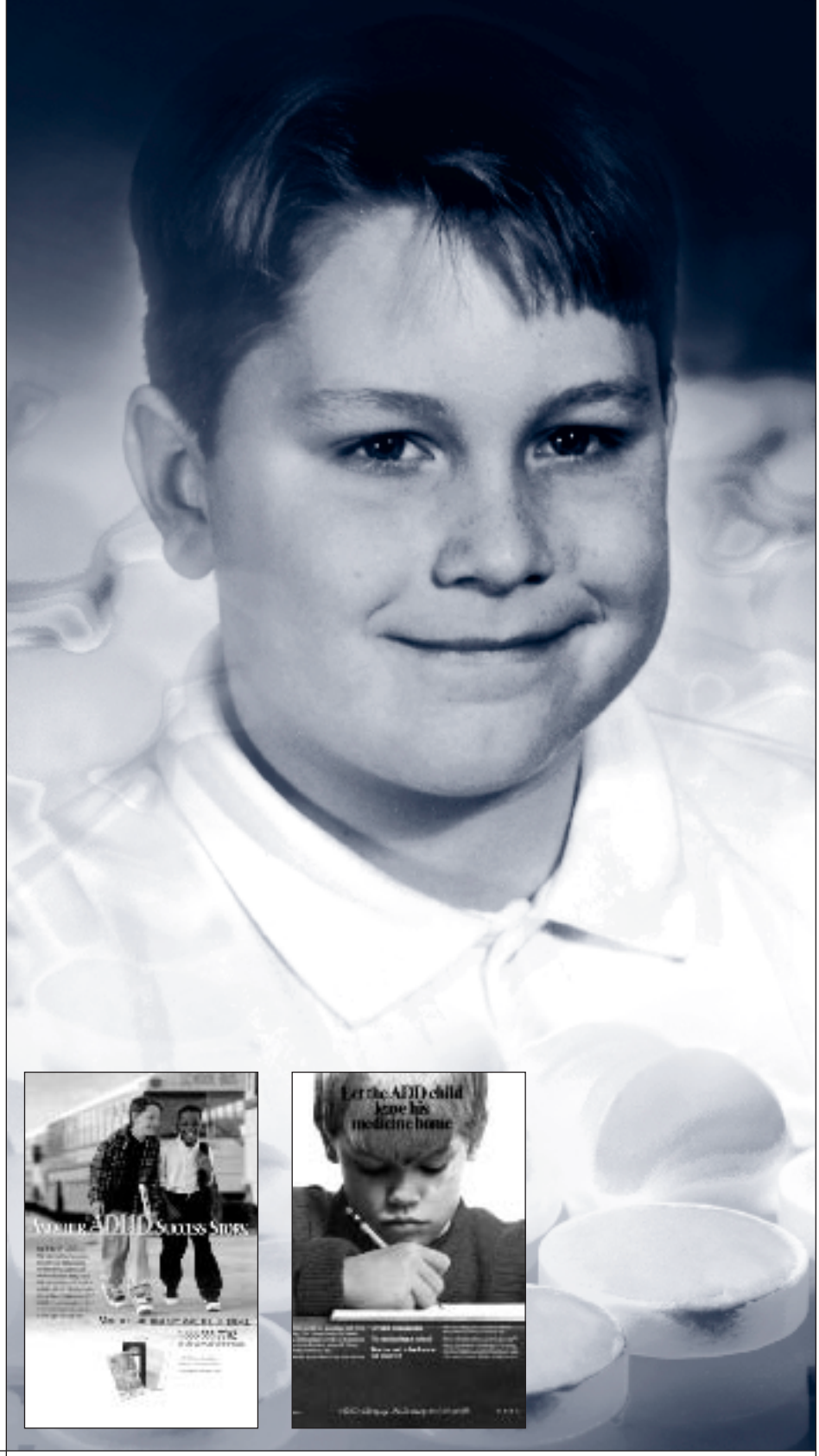
1. Under sin 40-åriga existens återstår det ännu för den "biologiska psykiatrin" att bestyrka att ett enda psykiatriskt tillstånd eller en enda diagnos utgörs av en abnormalitet eller sjukdom, eller att det över huvud taget utgörs av något "neurologiskt", "biologiskt", "kemiskt obalanserat" eller "genetiskt".

2. Genom 1990 talet, fann man vid en konsensuskonferens på National Institute of Health i USA om ADHD att "det finns inga bevis för att ADHD är orsakat av kemisk obalans…"[2]

3. Den tyske barn- och ungdomspsykiatrikern Paul Runge säger att om orsaken till ADHD vore biologisk, "skulle det krävas ett effektivt botemedel som påverkar enbart denna specifika biologiska störning."[3] Någon sådant botemedel finns inte.

4. År 2002 krävde Europarådets parlamentariska församling i en rapport "ökad kontroll över diagnostisering och behandling" av ADHD och att man skall satsa mer på forskning för att finna alternativa behandlingsformer som t.ex. olika dieter."[4]

5. Internationella produktionen av metylfenidat (Ritalina) ökade från 2,8 ton 1990 till 15,3 ton.[5]



Matthew Smith tvingades av sin skola att ta ett psykiatriskt stimulerande medel som skulle hjälpa honom att koncentrera sig. Dessvärre, år 2000 dog han vid 14 års ålder av en hjärtattack som rättsläkaren fann berodde på den förskrivna stimulantian. Undersökningar finner fler och fler barn som honom. Omfattande marknadsföring utgör den största orsaken till ökningen.

KAPITEL ETT

Bra affärer, dålig medicin

Vid sju års ålder fick Matthew Smith diagnosen ADHD. Hans föräldrar blev informerade om att han skulle behöva ta ett stimulerande medel som skulle hjälpa honom att koncentrera sig. Föräldrarna fick också reda på att om de inte gick med på det här skulle det kunna leda till att de blev stämda för att ha negligerat sin sons skolgång och hans känslomässiga behov. ”Min fru och jag ville inte riskera att mista våra barn om vi inte samarbetade”, säger Matthews pappa Lawrence Smith. Efter att ha fått reda på att det inte var något konstigt med medicineringen, att ”den hjälper, helt enkelt”, gav Matthews föräldrar efter för påtryckningarna. Matthew däremot ville aldrig ta drogerna.

När han den 21 mars 2000 var ute och åkte skateboard dog han av en hjärtattack. Rättsläkaren fann förändringar i hjärtats kranskärl orsakade av stimulerande droger av amfetamintyp och drog slutsatsen att dödsorsaken var långtidsanvändning av den *förskrivna* stimulantian.

Trots att psykiatrin hävdar motsatsen, befinner sig bruket att förskriva kokainliknande droger till barn runt om i världen långt ifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns mängder av förvanskade fakta i merparten av den tillgängliga litteraturen. Den information som följer ger en annan bild för berörda och engagerade läkare.

År 1998 fastställde världens ledande ADHD-förespråkare vid en konferens arrangerad av National Institutes of Health (NIH) i USA, att det inte finns några data som bekräftar att ADHD är en störning i hjärnan. Man medgav att ”vår kunskap om orsakerna till ADHD kvarstår i hög grad som spekulationer”. Från National Institute for Clinical Excellence i Storbritannien instämde man att ”orsakerna till och den diagnostiska giltigheten av ADHD är fortfarande kontroversiella”.[7]

> ”Diagnosen för ADD (Attention deficit disorder) är fullständigt subjektiv. …Det finns ingen test. Det är enbart en tolkningsfråga. … Skiljelinjen mellan någon som lider av ADD och ett frisk levnadsglatt barn kan vara mycket vag.”[6]
>
> — Doktor Joe Kosterich, Federal Chairman, General Practitioner’s Branch, Austrailian Medical Association

Dominick Riccio, VD för International Center for the Study of Psychiatry and Psychology, säger: ”De behöver visa mig ett direkt orsaksmässigt samband mellan hjärnans kemi och ADHD-symptom... De har avverkat dopaminhypotesen. De har avverkat serotoninhypotesen. Ingen av dem har något orsaksmässigt samband.”[8]

Dr Louria Shulamit, familjeläkare i Israel, klargör: ”ADHD är ett syndrom, inte en sjukdom (per definition). Det diagnostiseras som sådant enligt sina symptom. Det här syndromets symptom är så vanliga att man kan dra slutsatsen att alla barn – speciellt pojkar –skulle passa in på den här diagnosen.”[9]



> ”Hur kommer det sig att miljontals barn kan ta en drog som farmakologiskt är mycket lik en annan drog, kokain, vilken anses inte bara farlig och beroendeframkallande, utan som det också är kriminellt att köpa, sälja och använda?”
>
> – Richard DeGrandpre, professor i psykologi och författare till Ritalin Nation.

Pediatrikern William Carey vid Children’s Hospital i Philadelphia säger: ”Så som ADHD definieras nu, innebär det att man kan fastställa diagnosen när ett antal störande uppträdanden och andra kriterier uppfylls men man förbiser att dessa vanligtvis tillhör normalt beteende.”[10]

Thomas Moore, författare till *Prescriptions for Disaster* sade att den nuvarande förskrivningen av Ritalina är att ta ”förskräckliga risker” med en generation barn. Drogen ges ”för att kontrollera beteendet för en tid, inte för att minska några risker för [barnens] hälsa. Sådan kemisk kontroll i stor skala av mänskligt beteende har aldrig tidigare genomförts i vårt samhälle utanför vårdhem och psykiatriska institutioner.”[11]

Ingen kemisk obalans

Psykiatriker använder argumentet att ADHD är en kemisk obalans som kräver ”medicinering” på samma sätt som diabetes kräver insulin.

Elliot Valenstein, Ph.D. säger: ”[D]et finns inga tillgängliga tester med vilka man kan påvisa kemiska obalanser i en levande individs hjärna.”[12] Joseph Glenmullen från Harvard Medical School uttalar: ”Vid varje tillfälle när man har trott sig ha funnit en sådan obalans har det senare visat sig vara fel.”[13]

År 2004 sade psykiatrikern M. Douglas Mar: ”Det finns ingen vetenskaplig grund för detta [att använda hjärnscanning för att kunna ställa psykiatriska diagnoser].”[14] ”En faktisk diagnos grundad på en scan-undersökning är helt enkelt inte möjlig”, höll dr Michael D. Devous på Nuclear Medicine Center vid University of Texas Southwestern Medical Center med om.[15]

Dr Mary Ann Block, författare till *No More ADHD*, är obeveklig: ”ADHD är inte som diabetes och Ritalina är inte som insulin. Diabetes är ett verkligt medicinskt tillstånd som kan diagnostiseras objektivt. ADHD är en uppfunnen etikett som inte kan diagnostiseras med giltiga objektiva metoder. Insulin är ett hormon som produceras av kroppen och som är livsviktigt. Ritalina är en amfetaminliknande drog som inte är livsnödvändig. Diabetes uppkommer p.g.a. brist på insulin. Uppmärksamhets- och uppförandeproblem uppkommer inte p.g.a. brist på Ritalina.”[16]

År 2001 sade Ty C. Colbert, Ph.D: ”Som med alla psykiska störningar finns det inget

biologiskt prov eller någon biologisk markör som påvisar ADHD."[17]

Farliga drogeffekter

Det finns otaliga hälsorisker och komplikationer som är förbundna med förskrivningen av personlighetsförändrande droger för s.k. ADHD och andra inlärningsstörningar.

Physician's Desk Reference Guide säger att Ritalina kan leda till ökad hjärtfrekvens och förhöjt blodtryck.[18] I augusti 2001 upprepade *Journal of the American Medical Association* att Ritalina ger liknade effekter som kokain.[19]

Långvariga biverkningar kan uppstå både efter åratals användning eller efter att ha slutat med drogerna.[20] "Den negativa effekten på kroppens tillväxthormon är så förutsägbar och vanlig att man kan använda den för att avgöra om [det stimulerande] preparatet är aktivt eller inte."[21] "Även barnets könsmognad försenas."[22] Självmord är den huvudsakliga komplikationen vid abstinens efter denna eller andra amfetaminliknande droger.[23]

Dr Sydney Walker III, författare till *The Hyperactivity Hoax* säger: "Studier visar att drogen (metylfenidat) förmodligen är svagt cancerframkallande och att den ökar risken – även om ytterst lite – för att miljontals barn kommer att drabbas av cancer, är allvarligt. En annan rapport som kom nyligen säger att [den stimulerande drogen] 'kan ha kvarstående, kumulativ effekt på myokardiet (musklerna i hjärtväggen).'"[24]

I USA konsumerar man 85 procent av den internationella produktionen av metylfenidat (Ritalina).[25] År 2002 noterade Europarådets parlamentariska församling att konsumtionen av metylfenidat var mycket hög i Belgien, Tyskland, Island, Luxemburg, Holland, Schweiz och Storbritannien. I Storbritannien var det en 92-faldig ökning mellan åren 1992 och 2000 och i Australien var den 34-faldig över en tidsperiod av två decennier.[26] I Frankrike ökade antalet barn som fick etiketten "överaktiv" sex gånger mellan 1993 och 2001."[27] Under samma tidsperiod ökade försäljningen av metylfenidat i Mexiko åtta gånger.

"Hur kommer det sig att miljontals barn kan ta en drog som farmakologiskt är mycket lik en annan drog, kokain, vilken anses inte bara farlig och beroendeframkallande, utan som det också är kriminellt att köpa, sälja och använda?" säger Richard DeGrandpre, professor i psykologi och författare till *Ritalin Nation*.[28]

Förutom de som tar dessa stimulerande preparat är det i USA ytterligare 1,5 miljoner barn och ungdomar som äter SSRI-preparat.[29] Där ökade användningen mer än 150 procent för barn 7-12 år och 580 procent för barn sex år och yngre. Självmord har förekommit bland femåringar som gått på receptförskrivna SSRI-preparat. I Storbritannien har förskrivningarna fördubblats under en tioårsperiod.[30]

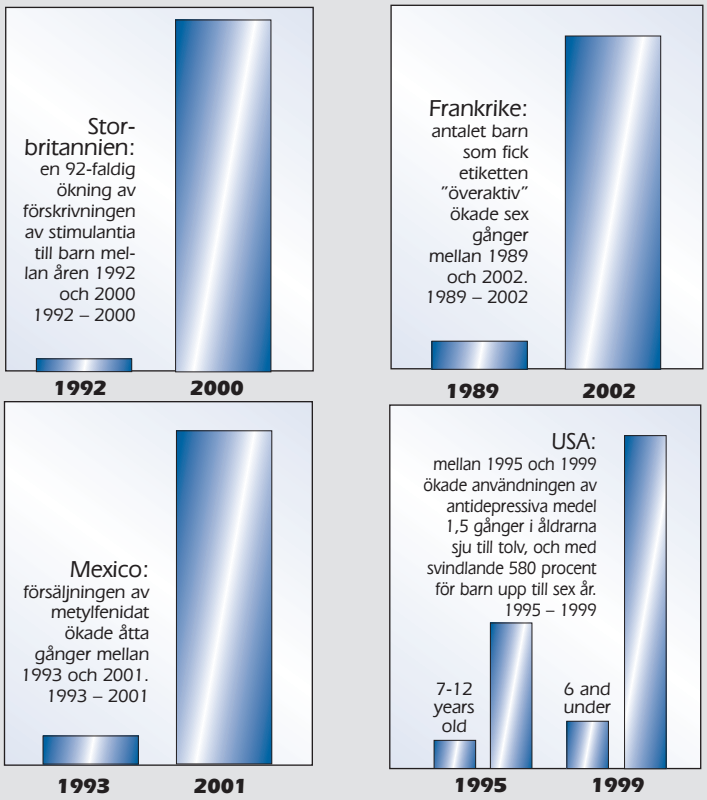


Om det inte finns något giltigt test för ADHD, inga data som bevisar att ADHD är en dysfunktion i hjärnan, inga långtidsstudier av drogernas effekter, och om drogerna inte förbättrar studieresultat eller sociala färdigheter utan istället kan orsaka tvångsmässiga humörstörningar, och leda till narkotikamissbruk, varför får miljontals barn och vuxna… etiketten ADHD och dessa droger på recept?"

— Dr Mary Ann Block, författare till No More ADHD

FÖRSÄLJNING OCH BRUK AV DROGER SKJUTER I HÖJDEN

I USA konsumerar man 85 procent av den internationella produktionen av metylfenidat (Ritalina) men år 2002 noterade Europarådets parlamentariska församling att konsumtionen av metylfenidat var mycket hög i Belgien, Tyskland, Island, Luxemburg, Holland, Schweiz och Storbritannien. Statistik visar på den extrema ökningen i droganvändning.



Tarmproblem Diagnostiserade Som ADHD



Austin Harris hyllades som "ADHD:s omslagspojke". Han var ett barn som ingen vill vara i närheten av och han stängdes av från elva förskolor på tre år p.g.a. allt från att ha skrikit obsceniteter och slagit andra barn till att ha stuckit en penna i en lärares öga. Han ordinerades stimulerande droger. Helt oväntat förändrades hans beteende efter att han hade besökt ett sjukhus och fått hjälp med sina magproblem. Det barn som ingen hade velat ha i närheten slutade terrorisera sina lärare och klasskamrater. Austin som nu var tio år kunde sitta stilla och var en källa till glädje. Han slutade med sin medicinering.

Enligt ledande pediatriska gastroenterologer är det inte ovanligt att kronisk förstoppning påverkar barns uppförande. "Dåligt uppträdande upphör så snart som förstoppningen åtgärdas", säger Paul Hyman, chef för pediatrisk gastroenterologi vid University of Kansas Medical Center, Kansas City. Hyman säger att barnets uppträdande kan orsakas av rädsla och smärta som barnet inte ens är medvetet om.[33]

I december 2003 gick brittiska läkemedelsverket ut med meddelandet att man nu betecknar SSRI-preparat som kontraindicerade för barn och ungdomar under 18 år och hänvisade till självmordsrisken. Den 22 mars 2004 utfärdade amerikanska FDA (Food and Drug Administration) följande information till läkare: "Ångest, oro, panikattacker, sömnlöshet, irritation, fientlighet, impulsivitet, akatisi, hypomani och mani har rapporterats hos vuxna och barn som behandlas med antidepressiva [SSRI-preparat]… både psykiatriska och icke-psykiatriska."[31]

I oktober 2004 beordrade FDA att en "black box-varning" (högsta riskklass) placeras framträdande på SSRI-preparaten, för att betona att drogen kan orsaka självmord. Dock borde dessa, och faktiskt alla sinnesförändrande droger VERKLIGEN förbjudas PÅ GRUND AV SIN ALLMÄNFARLIGHET OCH STORA RISKER FÖR ÖDESDIGRA KONSEKVENSER.

Robert Whitaker, vetenskaplig skribent och författare till *Mad in America*, säger: "Det vi har efter åratal av ökande användning av personlighetsförändrande droger är en kris i psykisk hälsa, en epidemi av psykisk ohälsa hos barn. I stället för att se förbättrad psykisk hälsa med mer medicinering ser vi försämrad psykisk hälsa."[32]

"Något av det värsta för mig", säger Lawrence Smith, "är det faktum att Matthew aldrig ville ha någon medicinering. Hur många fler tonåringar som Matthew Smith kommer att dö innan någon sätter stopp för detta det största hälsovårdsbedrägeriet någonsin?"

Det var en psykiatriker, inte "hälsovården", som ordinerade den dödliga drogen till Matthew. Genom att acceptera psykiatrins diagnostiska system och behandlingar försätter sig den allmänna hälso- och sjukvården i en position där man kommer att möta risker och kontroverser när systemets misslyckanden blir mer uppenbara.

Det finns ytterligare en signifikant professionell risk. Genom att gå med på och även acceptera psykiatrikers tänkesätt kan invärtesmedicinen och andra medicinska specialiteter hamna i ett läge där människor kan associera deras verksamheter med inte bara psykvårdens dåliga rykte utan även med mycket av dess smutsiga bakgrund. Denna är värd att titta närmare på.

VARNING FÖR FELBEHANDLING

Kränkning av patientens samtycke

av Fred A. Baughman Jr., M.D.

Dr Baughman är legitimerad neurolog och barnneurolog och ledamot av American Academy of Neurology. Han har upptäckt och beskrivit verkliga sjukdomar, men aldrig funnit något avvikande hos barn som sägs ha ADD/ADHD eller "inlärningssvårigheter".





Under 1980- och 90-talen bevittnande jag den exploderande ADHD-epidemin. Precis som det var min plikt inför varje patient att diagnostisera faktiska sjukdomar när dessa förelåg var det min plikt att klargöra för dem att de inte var sjuka när så var fallet – det vill säga, när inga avvikelser kunde påvisas. Vidare var det min plikt att känna till den vetenskapliga litteraturen angående varje neurologisk sjukdom och även varje påstådd neurologisk sjukdom.

Som kontrast till detta – under sin 40-åriga existens återstår det ännu för den "biologiska psykiatrin" att bestyrka att ett enda psykiatriskt tillstånd eller en enda diagnos utgörs av en abnormalitet eller sjukdom, eller att det över huvud taget utgörs av något "neurologiskt", "biologiskt", "kemiskt obalanserat" eller "genetiskt".

Utan något avvikande hos "ADHD-barnen" är pseudomedicinsk etikettering inget annat än stigmatisering och den oförsvarliga medicinering som alltid sker och innebär ett fysiskt övergrepp. Den "medicinering" som oftast ordineras för ADHD och "inlärningssvårigheter" är en farlig och vanebildande amfetaminliknande drog.

Följande barn är inte längre hyperaktiva eller ouppmärksamma – de är döda. Mellan 1994 och 2001 blev jag konsulterad, medicinskt eller juridiskt, formellt eller informellt, med anledning av följande dödsfall:

- Stephanie, 11, ordinerades en stimulerande drog och dog av hjärtarytmi.
- Matthew, 13, ordinerades en stimulerande drog och dog av kardiomyopati.
- Macauley, 7, som ordinerats en stimulerande drog och tre andra psykiatriska droger fick hjärtstillestånd.
- Travis, 13, ordinerad en stimulerande drog och dog av kardiomyopati.
- Randy, 9, gavs en stimulerande drog och flera andra droger och dog av hjärtstillestånd.
- Cameron, 12, ordinerades en stimulerande drog och dog av hypereosinofilt syndrom [onormal ökning av vita blodceller].

Jag uppmaner alla läkare att komma ihåg, "Inga tydliga fysiska eller kemiska avvikelser: ingen sjukdom.

Detta är ett högt pris att betala för "behandling" av en sjukdom som inte existerar. Genom att kalla ADHD en avvikelse/sjukdom, utan vetenskaplig underbyggnad ljuger psykiatrikern medvetet och kränker både patientens och föräldrarnas samtycke. Det är de facto medicinsk vanvård.

Jag uppmanar alla läkare att komma ihåg: "Ingen påvisbar fysisk eller kemisk avvikelse, ingen sjukdom!"

VIKTIGA FAKTA

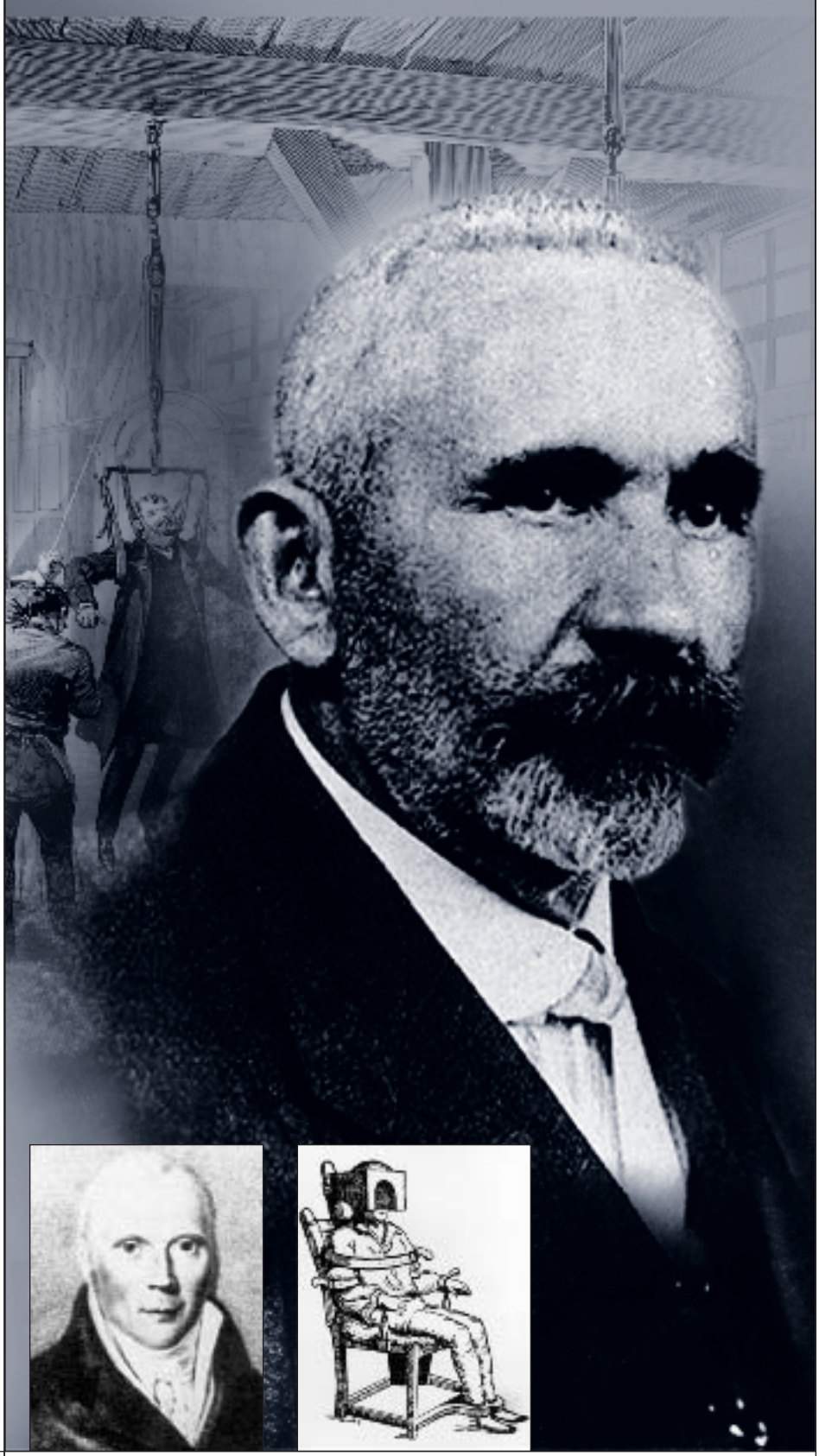
1. Medan medicin gick framåt längs vetenskapliga vägar mot stora upptäckter och botemedel, har psykiatrin aldrig utvecklats vetenskapligt och har inte kommit närmare att förstå eller bota psykiska problem.

2. Under 1930- och 1940-talen försökte psykiatrin att efterlikna medicin med fysiska "behandlingar" som insulinchocker, psykokirurgi och elchockbehandlingar.

3. Under 1950- och 1960-talen gjorde psykiatrin parodi på medicin genom att ge psykoaktiva medel som enbart undertryckte symptom, och med sitt pseudovetenskapliga diagnostiska system DSM.

4. År 1989 gav APA (American Psychiatric Association) rådet till sina medlemmar att "profilera sig bättre bland icke-psykiatriska läkare" genom att använda DSM för att "öka inkomsterna genom ökat antal konsultationer."[34]

5. År 1998 gav WPA (World Psychiatric Association) ut ett "kampanj-kit för psykiska störningar inom primärvården" för att förmå läkare där att diagnostisera psykiska sjukdomar.[35]



Från 1808, när Johann Reil (infälld) myntade ordet psykiatri, till 1900-talet när Emil Kraeplin (ovan) definierade en psykiatriker som "En absolut härskare som . . . skulle vara i stånd att hänsynslöst intervenera i människors omständigheter i livet" till idag, har psykiatriker förgäves försökt att efterlikna den medicinska vetenskapen. Efter att i 300 år ha förkvävt symptom med smärta och rå kraft (som den "lugnande stolen" ovan) återstår det fortfarande för dem att definiera vansinne, och därtill att finna dess orsak och botemedel.

KAPITEL TVÅ

Psykiatri kontra läkarvetenskap

Det bästa sättet att få en uppfattning om dagens psykiatri är att förstå den från gårdagen.

I motsats till medicinen, vars historia börjar i antikens Grekland, är psykiatrin en nyetablerad utövning. Professor Edwin Shorter, författare till *A History of Psychiatry*, säger: ”Före 1700-talets slut fanns inget sådant som psykiatri.”[36] Läkarna Franz G. Alexander och Sheldon T. Selesnick rapporterar att under1700- och 1800-talen ansåg man att de mentalt sjuka var bortom medicinens fysiska behandlingsmetoder.[37]

År 1676 påbjöd Ludvig XIII att man i alla *hospitaux generaux* (allmänna sjukhus) i Frankrike skulle etablera avdelningar för ”sedeslösa, lösdrivande fäder, slösaktiga söner, hädare, män som försöker att ’ta kål på sig själva’ [och] libertiner”. Detta påbud blev början till den ”stora inspärrningen av sinnessjuka”.[38]

Från sinnesjukhusen kom ”expertisen” på institutionaliserat förmyndarskap, den direkta föregångaren till institutionaliserad psykiatri. Frasen ormgrop – slang för ”mentalsjukhus” – kommer från denna tid, när sjuka kastades i en grop fylld med ormar, eftersom man ansåg att detta skulle chocka dem så att de tillfrisknade.

Hänvisade till sina tjänster inom mentalvården krävde de tidiga ”psykiatrikerna” att få tillhöra det medicinska skrået eftersom man ansåg ”att driva ett sinnessjukhus på terapeutisk sätt var en konst och vetenskap lika intrikat som kemi eller anatomi”.[39] Det var ett krav som psykiatrikerna höll fast vid under 100 år fastän förödande bevis om psykiatrins motsatta ställning till medicinen hopade sig.

Även om man tolererade att psykiatrin ”behövdes” betraktade medicinen den som något suspekt och säkerställde att den behöll en marginell position.

År 1858 utgav Rudolf Virchow sin *Cellular Pathology as Based upon Physiological and Pathological Histology*, och anmälde den moderna medicinens födelse som ett ämne baserat på empirisk vetenskap. Studiet av patologi som läran om sjukdomar kombinerad med studiet av bakteriologi som infektionssjukdomars etiologi [orsaker], placerade medicinen som studiet av kroppens sjukdomar på den moderna vetenskapens solida fundament.[40]

> ”Vi skulle må bra av att komma ihåg läkekonsten och att hedra honom som skrev [Hippokratiska] eden…”
>
> — John Dorman, M.D., läkare, Stanforduniversitetet, Journal of American College Health, 1995

Medan medicinen avancerade längs sin säkra vetenskapliga väg mot nya stora upptäckter utvecklade psykiatriker sina egna idéer, helt oberoende av den vetenskapliga modellen.

År 1803 skrev Johann Reil, som senare myntade ordet *psykiatri* (studiet av själen), om de tidigaste vårdarna som att ”att på en gång ta flera steg framåt för att förbättra de sinnessjukas lott”. Han refererade till dem som ”en ras bestående av modiga män” som tordes ta sig an denna ”enorma idé” att ”utplåna en av de mest ödeläggande farsoterna från jordens

EN TRAGISK HISTORIA

Tidiga brutala metoder

Alltsedan dess tidiga början, har psykiatrins metoder varit brutalt påträngande, med bruk av olika former av kraft och våld för att fysiskt och psykiskt överväldiga redan störda personer. Så långt tillbaka som på 1700-talet hävdade de ansvariga på sinnessjukhusen att deras utövningar bara utgjorde "fungerande metoder". Dock har dessa metoder aldrig lett till tillfrisknande, de bara tyglade och underkuvade.



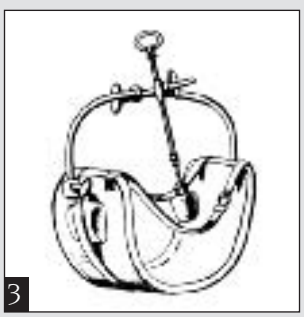
1

1) Historiskt sett har psykiatrins behandlingsmetoder innehållit prygel, att kedja fast patienter vid väggen eller att använda olika former av tvångströjor (t.h.).



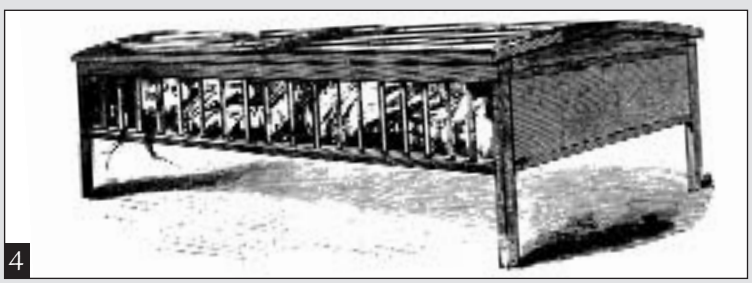
2

2) Andra metoder har inneburit att överraska patienter med att plötsligt falla i kallt vatten, hålla kvar dem där medan kallt vatten upprepat hälldes på huvudet för att åstadkomma rädsla och en "avkylande" effekt (t.v.).



3

3) Äggstockskompressorn användes för att dämpa hysteriska kvinnor (t.h.) eller så 4) låstes personer in i diverse anordningar som denna burliknande säng (nedan) vilket också resulterade i att personen blev kuvad eller undergiven.



4

yta."[41] Med andra ord trodde de psykiatriska pionjärerna att de kunde *utplåna* sinnessjukdom.[42]

Reil var först med att etikettera "den psykiska behandlingsmetoden" som del av de medicinska och kirurgiska metoderna. Hans "psykiska behandlingar" innebar massage, piska, prygel och opium. I *World History of Psychiatry* säger John G. Howells, M.D, att Reils rekommendationer om "dessa metoder med vilka man botar mentala sjukdomar" utgjorde "ett betydande bidrag för att etablera psykiatrin som en medicinsk *specialitet*."[43] På 1840-talet sade dr Thomas S. Kirkbrade, chef för Pennsylvania Hospital for the Insane att "nyligen inträffade fall av sinnessjuka är vanligtvis lätta att bota…"[44]

Sådana "botemedel" inkluderade den så kallade Darwin-stolen, i vilken de sjuka fick snurra runt tills blodet sipprade ut från deras munnar, näsor och öron. Kastrering och svältkurer användes också."[45]

År 1918 definierade psykiatripionjären Emil Kraepelin en psykiatriker som "En fullkomlig ledare som med hjälp av dagens kunskaper hänsynslöst skulle kunna ingripa i människors levnadsvillkor och, inom några få decennier, med säkerhet åstadkomma minskning av sinnessjukdom, i direkt proportion till detta."[46]

Första världskriget rasade när Kraeplin etablerade ett psykiatriskt forskningscenter i Tyskland med syftet att "bestämma mentala sjukdomars natur och för att upptäcka metoder med vilka man kan förebygga, lindra och bota dem". Man hade redan vunnit mark och han yttrade: "Det kommer att göra det möjligt för oss att segra över den mest förfärliga hemsökelse som kan drabba människan."[47]

Nästan ett århundrade senare skrev den amerikanske vetenskapsmannen Shepherd Ivory Franz: "Vi har inga fakta som för närvarande gör det möjligt för oss att lokalisera den mentala processen i hjärnan bättre än vi kunde för 50 år sedan."[48] Efter 100 år och trots allt självsäkert skryt hade psykiatrin inte kommit närmre någon förståelse för eller botemedel till vansinne eller psykiska problem.



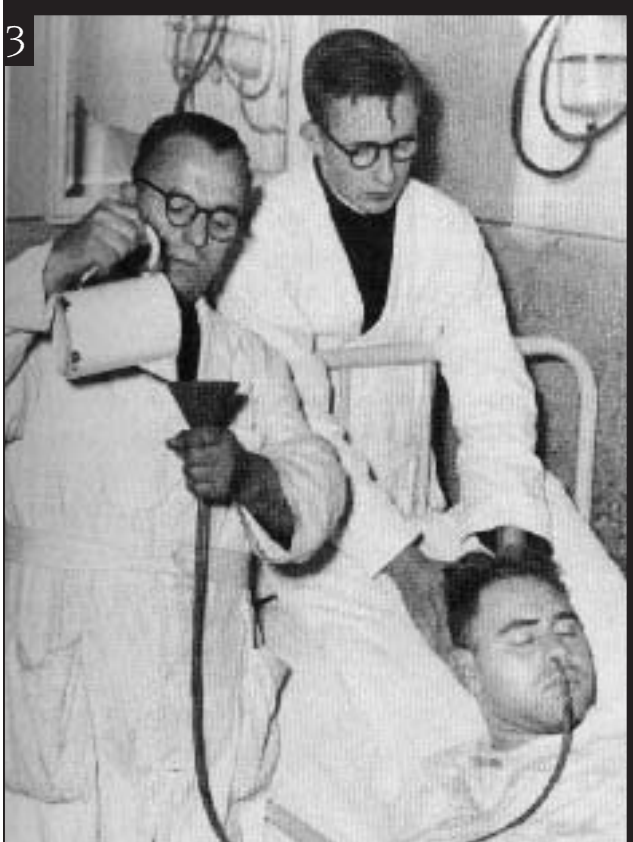
1

EN HISTORIA AV FARLIGA BEHANDLINGAR

Psykiatriska utövningar som skär bort frisk hjärnvävnad, förorsakar obotliga hjärnskador och förstör grundläggande sociala färdigheter hävas fortfarande "fungera". Bland dessa finns 1) Psykokirurgi (ovan) 2) Elchock (t h) 3) Insulinchockterapi (nedan) och 4) metrazolchock (nedan t h). Idag har mycket lite förändrats. Psykiatrins "moderna" behandlingar utgör fortfarande övergrepp på mänskliga rättigheter, och ändå fortsätter de att insistera att deras metoder är överlägsna. Då de inte ens förstår orsaken till eller uppnår ett tillfrisknande från ett mentalt trauma så skadar de rutinmässigt ångestfyllda människor.



2



3



4

Under 1930- och 1940-talen såg man en kursändring mot fysiska ”behandlingar”. Elliot S. Valenstein, Ph.D. noterade: ”Fysiska behandlingar hjälpte psykiatrikerna att vinna respekt inom medicinen och gjorde det möjligt för dem att med större framgång tävla med neurologer som ofta behandlade patienter med så kallade ’nervösa störningar’.”[49] Under de tio åren mellan 1928 och 1938 introduce-rade psykiatrin sådana skräckbehandlingar som Metrozolchocker, insulinchocker, elchocker och psykokirurgi. Trots dessa ”genombrott” forsatte de flesta andra läkare att betrakta psykiatriker med stark misstro.[50]

Under 1950- och 1960-talen utvecklades personlighetsförändrande droger som skulle lindra några de ”psykiska sjukdomarnas” symptom och göra patienterna mindre ”problematiska” för dem som var ansvariga för deras vård. Samtidigt introducerade psykiatrin ett system för diagnostisering av mentala störningar. Professor Shorter kallade den här perioden för ”den andra biologiska psykiatrin”. Den hävdade att ”genetik och hjärnans utveckling” var orsakerna till psykiska sjukdomar och att psykoaktiva droger och psykoterapi skulle bota dem.

Under de följande 30 åren blev psykoaktiva droger snabbt psykiatrins huvudsakliga vapen och den psykiatriska industrin – beväpnad till tänderna med sina egna droger och sitt diagnostiska system – var redo för expansion. 1989 delade APA ut ett ”kampanj-kit” till sina medlemmar där de informerade: ”En förbättring av psykiatrins rykte bland icke-psykiatriker kan inte annat än vara till

Genom massiv marknadsföring av sina diagnoser och droger behöver psykiatrin inte längre slåss för att accepteras av medicinen – den har idag blivit en integrerad del av den.





De senaste psykiatriska drogerna marknadsförs som ett universalmedel för alla slags psykiska störningar, för ung och gammal. Detta trots att de har knutits till uppkomsten av akatisi, krampattacker, sexuella störningar, stamning, tics, förlust av hörseln, maniska episoder, paranoida reaktioner, och intensiva självmordstankar, enligt farmakologiska biverkningsregister.

vår fördel. Och, för dem som är inriktade på det slutliga resultatet, kommer de ansträngningar som vi lägger ner på att förbättra vår rykte, potentiellt att öka inkomsterna genom ökande antal konsultationer."[51]

År 1998 gjorde psykiatriker en gemensam ansträngning – främst genom Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP), National Institutes of Mental Health (NIMH), och World Psychiatric Association (WPA) – för att få stöd från läkarkåren. Världshälsoorganisationen, WHO, producerade ett "kit för psykiatriska störningar inom primärvården" som distribuerades internationellt för att underlätta för primärvårdsläkare att diagnostisera psykiska sjukdomar.[52]

Materialet var främst avsett att öka inkomsterna för psykvårdssystemet och var grundat på *DSM-IV* och *ICD-10*. Den vetenskaplighet som psykiatrin saknar kompenserades med marknadsföring.

I denna marknadsföring ingår en ohelig allians med läkemedelsindustrin. Pat Bracken och Phil Thomas, konsulterande psykiatriker och ledande forskare vid University of Bradford i Storbritannien, säger: "Psykiatri är ett av läkemedelsindustrins huvudsakliga tillväxtområden. Genom att påverka psykiatrikernas sätt att framställa psykiska problem har industrin utvecklat en ny (och lukrativ) marknad för sina produkter."[53]

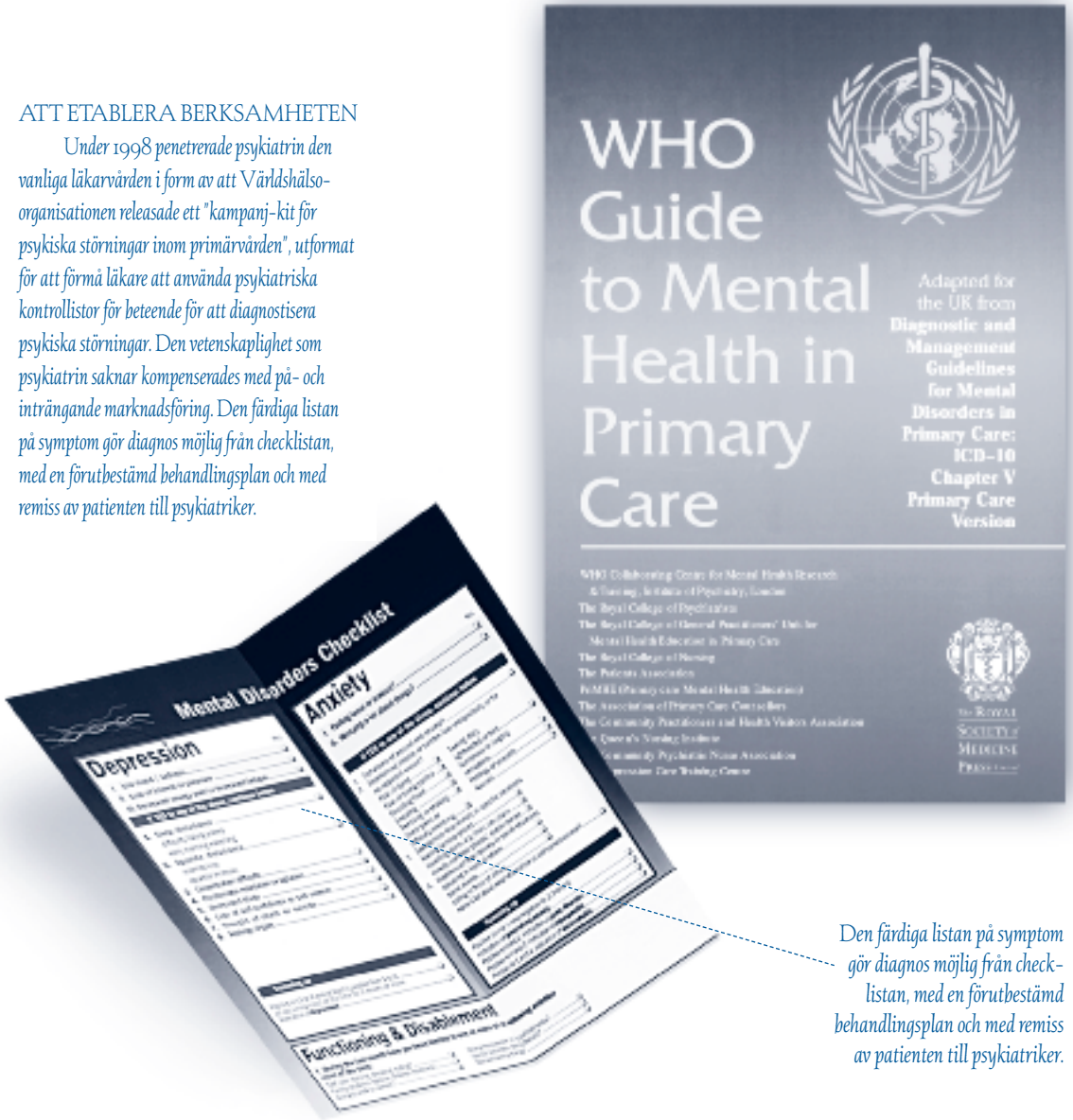
Carl Elliott, bioetiker vid University of Minnesota säger: " Sättet att sälja droger är att sälja psykiska sjukdomar."[54]

Efter att ha lyckats med att sälja begreppet psykiska sjukdomar till läkarkåren inom primärvården följde nu drogförsäljningen. Dr Glenmullen skriver: "Efterhand som en framgångsvåg skapades spreds användningen av droger utanför psykiatrins gränser och de ordineras av allmänläkare för vardagsproblem."[55]

Genom massiv marknadsföring av sina diagnoser och droger behöver psykiatrin inte längre slåss för att accepteras av medicinen – den har idag blivit en integrerad del av den.

ATT ETABLERA BERKSAMHETEN

Under 1998 penetrerade psykiatrin den vanliga läkarvården i form av att Världshälsoorganisationen releasade ett "kampanj-kit för psykiska störningar inom primärvården", utformat för att förmå läkare att använda psykiatriska kontrollistor för beteende för att diagnostisera psykiska störningar. Den vetenskaplighet som psykiatrin saknar kompenserades med på- och inträngande marknadsföring. Den färdiga listan på symptom gör diagnos möjlig från checklistan, med en förutbestämd behandlingsplan och med remiss av patienten till psykiatriker.



Den färdiga listan på symptom gör diagnos möjlig från checklistan, med en förutbestämd behandlingsplan och med remiss av patienten till psykiatriker.

VIKTIGA FAKTA

1 *Internationell klassificering av sjukdomar (ICD)* och *Diagnostisk och statistisk handbok för mentala störningar (DSM)* var avsedda att förbättra psykiatrins dåliga rykte inom de medicinska professionerna.

2 I *DSM* kategoriseras endast *symptom*, inte *sjukdomar*. Inte en enda av diagnoserna understöds av objektiva bevis på någon fysisk *åkomma* eller psykisk *sjukdom*.

3 Elliot Valenstein, Ph.D. säger: "[D]et finns inga prover med vars hjälp man kan visa kemisk status i en levande individs hjärna."[56]

4 Som en följd av introduktionen av neuroleptika under 1950-talet exploderade antalet diagnoser från 163 i *DSM-II* (1968) till 374 i *DSM-IV* (1994).

5 Under 2000 uppgick försäljningen av antipsykotiska droger till mer än 2,5 miljarder dollar i USA och hade 2003 nått 8,1 miljarder. Internationellt hade det sålts för mer än 12 miljarder dollar.[57]



Till skillnad från medicinsk utövning har den psykiatriska verksamheten inga tester som bekräftar psykiska störningar eller "sjukdomar". Många av deras existens röstas bokstavligen fram utan vetenskaplig grund eller bevisföring.

KAPITEL TRE

En parodi på medicin och vetenskap

Medan Virchows *Cellular Pathology as Based upon Physiological and Pathological Histology* redan 1858 fastställde medicinens vetenskapliga kriterier fumlade psykiatrin fortfarande omkring med brutala behandlingsmetoder och total avsaknad av systematisering av mental hälsa ända fram till 1950-talet. Bristen på ett likvärdigt system för diagnostisering av psykiska problem bidrog i hög utsträckning till att ge psykiatrin dess dåliga rykte både inom den medicinska professionen och bland allmänheten.

> "Den 'bittra sanningen' är att DSM "utan framgång har försökt medikalisera alltför många mänskliga problem."[58]
>
> — Professorerna Herb Kutchins och Stuart A. Kirk, författare till Making Us Crazy, 1997

Utarbetandet av den sjätte upplagan av WHO:s *Internationell klassificering av sjukdomar (ICD)* 1948 som innehöll psykiatriska störningar (som sjukdomar) för första gången och publiceringen av *Diagnostisk och statistisk handbok för mentala störningar (DSM)* 1952 i USA innebar de första försöken att skapa en täckmantel av systematik i diagnoserna.

Med ökande kritik på grund av otydligheter och felaktigheter i *DSM-II försökte* psykiatrin skapa ett nytt och förbättrat diagnostiskt system, ett som skulle förse hela kåren med en internationell grund för samförstånd.

Enligt David Healy, psykiatriker och chef för North Wales Department of Psychological Medicine, var det slutgiltiga resultatet, *DSM-III*, en "revolution åstadkommen av en kommitté."[59]

Ett klassificeringssytem blev *politiskt inröstat* vilket drastiskt skilde sig från och allt man tidigare hade sett inom läkarvetenskapen. Den mest markanta skillnaden bland många olikheter var att denna nya DSM omfattade diagnoser eller kategoriseringar av enbart symptom, inte av sjukdomar. En annan skillnad var att ingen av diagnoserna var grundade på objektiva bevis på fysiska *åkommor* eller psykiska *sjukdomar.*

Psykiatriker David Kaiser säger: "Symptom är per definition en ytlig beskrivning av en mer djupgående process. Detta är självklart. Men det har förekommit en, i stort sett obekräftad, ansträngning från modern (d.v.s. biologisk) psykiatri att jämnställa symptom med psykisk sjukdom." Han säger att han skulle vara en "dålig psykiatriker" om det enda redskap för behandling han hade vore ett receptblock med recept på mediciner som kanske "minskar symptomen", men som inte "behandlar den psykiska sjukdomen i sig". Han skulle fortfarande sitta kvar mittemot en lidande patient som vill prata om sina bekymmer."[60]

I sin bok *Making Us Crazy*, säger professorerna Herb Kutchins och Stuart A. Kirk att omvandlingen av psykiatrins diagnostiska manual är "historien om APA:s kamp för att vinna respekt inom medicinen

Att sälja in psykiatriska ”sjukdomar”

Från den första Diagnostisk och statistisk handbok för mentala störningar (DSM) som namngav 112 psykiska störningar, till den senaste utgåvas som innehåller 374 sådana störningar, har de kriterier som använts för psykiatriska diagnoser utgjort en parodi på vetenskapligt baserade sjukdomar. De används av psykiatriker för att föra sjukhus, statsmakter och försäkringsbolag bakom ljuset, och ger läkarvetenskapen ett dåligt rykte. På listan över debiterbara störningar finns:



Koffeinrelaterade störningar
DSM *sidan 212*



Uppförandestörning
DSM *sidan 85*



Störd språklig uttrycksförmåga
DSM *sidan 55*



Räknesvårigheter
DSM *sidan 50*



Skrivsvårigheter
DSM *sidan 51*

och bibehålla dominansen bland yrkesutövarna inom den psykiatriska vården.”[61]

Dr Thomas Dorman, invärtesmedicinare och medlem av Royal College of Physicians i Storbritannien och Kanada, skrev: ”Kort sagt, hela verksamheten med att skapa psykiatriska kategorier av ’sjukdomar’ och att ge dem ’formell status’ via konsensus och därefter förse dem med koder, vilket i sin tur leder till att försäkringsbolag kan debiteras, är inget annat än ett omfattande bedrägeri som ger psykiatrin en pseudovetenskaplig aura. Förövarna förser sig naturligtvis från allmänhetens matbord.”[62]

Psykiatrikern Matthew Dumont har också skrivit om *DSM:s* falska anspråk på vetenskaplig auktoritet:

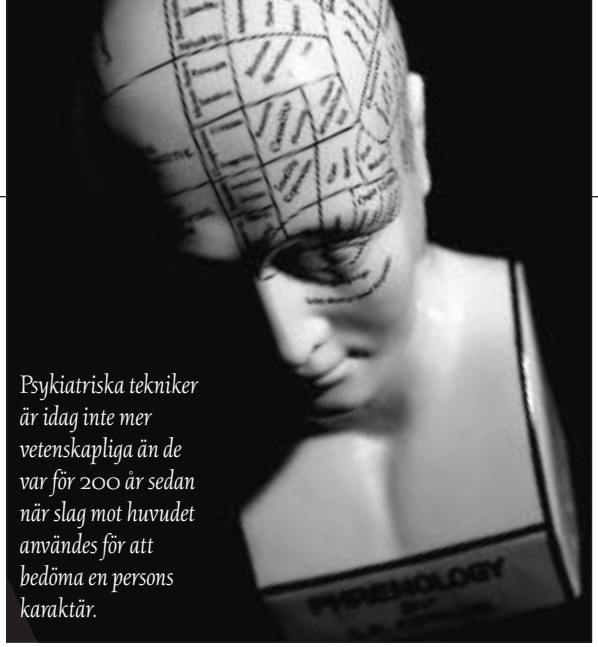
”Anspråkslösheten och arrogansen i den torra och tråkiga texten är nästan omöjlig att urskilja, spralligt som lekande dockor. De säger: ’...den här handboken klassificerar mentala störningar ...ingen definition specificerar på adekvat sätt exakta gränser för begreppen...’ De fortsätter med att säga: ’…man kan inte anta att varje mental störning är ett självständigt fenomen som är tydligt åtskilt från andra mentala störningar eller mellan den och där det inte föreligger någon mental störning.’ [APA, 1987]”[63]

Shorter uttrycker det så här: ”Vad är orsaken till något sådant som erotomani, vanföreställningen att någon är kär i dig? Ingen vet… De här uttalandena tyder på att i fråga om klassificering är det mycket lätt för psykiatrin att gå vilse.”[64]

Myterna omkring biopsykiatrin

År 2000, när Steven Miran, medicinsk ledare vid APA, anhöll om statliga forskningsanslag genom att vittna inför en kommitté vid amerikanska representanthuset, sade han: ”Vetenskaplig forskning utförd under de senaste två decennierna har visat att allvarliga psykiska sjukdomar och beroendestörningar är …hjärnsjukdomar med stark genetisk och biologisk orsak.”[65]

I motsats till detta rapporterar Healy: ”Det är ett ökande problem inom den kliniska kåren, inte bara att neurovetenskaplig utveckling inte avslöjat



Psykiatriska tekniker är idag inte mer vetenskapliga än de var för 200 år sedan när slag mot huvudet användes för att bedöma en persons karaktär.

något angående psykiatriska störningar utan även att de tar uppmärksamheten från klinisk forskning… Neurovetenskapen har haft fantastiska framgångar men vad gäller förståelsen av depressioner har de varit obetydliga eller obefintliga."[66]

Glenmullen vid Harvard säger att trots "frånvaron av sjukdomar som går att verifiera har psykofarmakologin inte tvekat när gäller att konstruera 'sjukdomsmodeller' för psykiatriska diagnoser. Dessa modeller är hypotetiska förslag om vad som *skulle* kunna vara den underliggande orsaken – t.ex. obalans i serotoninhalten."[67]

Att saluföra det psykiatriska höljet

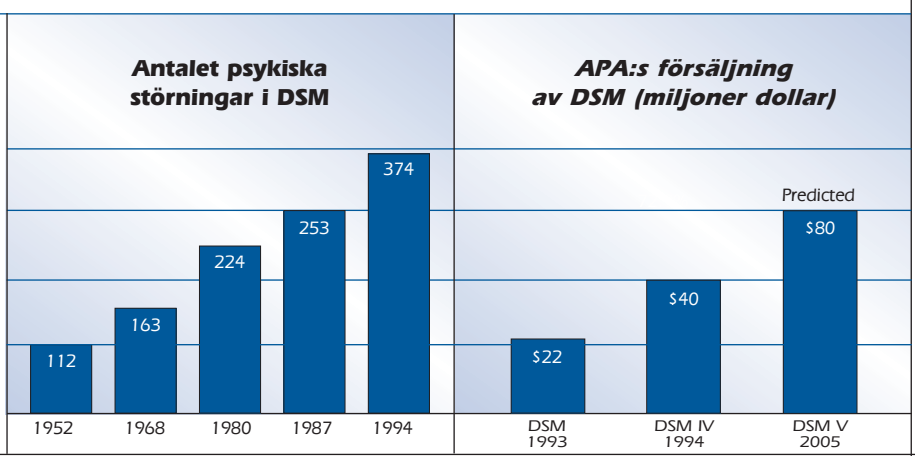
I juni 2000 publicerades en artikel i *Globe and Mail*, Toronto, med rubriken "Avståndet minskar mellan psykiatri och allmänmedicin" där man rapporterade att "Psykiatriker är bekymrade över att så många primärvårdsläkare inte är familjära med psykiska hälsoproblem." I artikeln citerades Glenn Thompson, vd för Ontario Division of the Canadian Mental Health Association, där han sa att det inte är något fel med "att primärvårdsläkarna är de som uppsöks först", under förutsättning att dessa samarbetar med en psykiatriker.

De "psykiska hälsoproblem" som artikeln refererar till är de som finns beskrivna i *DSM*. Detta utstuderade diagnostiska system och den oundvikliga förskrivningen av en psykoaktiv drog är den enda "experthjälp" som psykiatrin har att erbjuda.

"Icke-psykiatrisk acceptans av psykiatriskt tänkande och psykiatrisk utövning kan komma att ha ett mycket högt pris", säger J. Allan Hobson och Jonathan A. Leonard, författare till *Out of Its Mind, Psychiatry in Crisis, A Call For Reform*; "…*DSM-IV:s* auktoritativa status och dess detaljerade utformning tenderar att föra vidare idén att rutinmässiga diagnoser och droglangning är acceptabla."[68]

EN BLOMSTRANDE TILLVÄXTINDUSTRI

Psykiatrins mest lukrativa uppfinning är kanske deras Diagnostisk och statistisk handbok över mentala störningar (DSM), som publicerades av American Psychiatric Association (APA). Genom att hitta på fler och fler psykiska sjukdomar och inkludera dem i DSM för att sedan starta expansionskampanjer för att öka genomslagskraften på marknaden, har psykiatrin samlat ihop miljoner, enbart i bokförsäljning, och långt mer i regeringsanslag - men inte varit till någon motsvarande nytta för samhället



***APA:** American Psychiatric Association, utgivare av *Diagnostisk och statistisk handbok över mentala störningar (DSM)*.*

PSYKIATRISKT LURENDREJERI

Skapade diagnoser

Av professor Thomas Szasz

Dr Thomas Szasz, professor emeritus i psykiatri vid State University of New York Health Science Center och författare till mer än 30 böcker.



Genom en nationell undersökning om hälsan drog tidskriften Parade slutsatsen att depressioner är "den tredje av de mest förekommande sjukdomarna'." Trots detta nämnde de tillfrågade inte depression när de fick frågan "Vad bekymrar dig mest angående din egen framtida hälsa?" utan svarade cancer eller hjärtsjukdomar.

Även om människor har accepterat att depression kategoriseras som en sjukdom är de inte rädda för att drabbas av den eftersom de instinktivt vet att det rör sig om personliga problem, inte en sjukdom. De är rädda för att få cancer och hjärtsjukdomar för de vet att dessa är sjukdomar – verkliga medicinska problem – inte bara namn.

Allen J. Frances, professor i psykiatri vid Duke University Medical Center och ordförande för arbetsgruppen för DSM-IV skriver: "DSM-IV är en manual över psykiska störningar, men den klargör inte alls vad en psykisk störning är… Det skulle inte kunna finnas någon värre term än psykisk störning för att beskriva de tillstånd som klassificerats i DSM-IV." Varför forsätter då APA att använda denna term?

Den primära funktionen och målet med DSM är att ge trovärdighet åt att uppförande, eller mer korrekt, dåligt uppförande är psykiska störningar och att sådana störningar därför är medicinska sjukdomar. Sålunda åtnjuter patologiskt spelberoende samma status som hjärtinfarkt. Vad APA faktiskt säger är att spelande är något som patienten inte kan kontrollera, och generellt sett att alla psykiatriska "symptom" eller "störningar" är något som patienten inte kan kontrollera. Jag tillbakavisar det påståendet eftersom det faller på sin egen orimlighet.



"Det finns inga blodprover eller biologiska undersökningar som säkerställer förekomst eller frånvaro av en psykisk sjukdom av samma slag som det finns för de flesta kroppsliga åkommor. Om en sådan undersökning funnes, då skulle tillståndet upphöra att vara en psykisk sjukdom och skulle klassificeras som en fysisk sjukdom."

— Dr. Thomas Szasz, M.D.
Professor of psychiatry emeritus, 2002

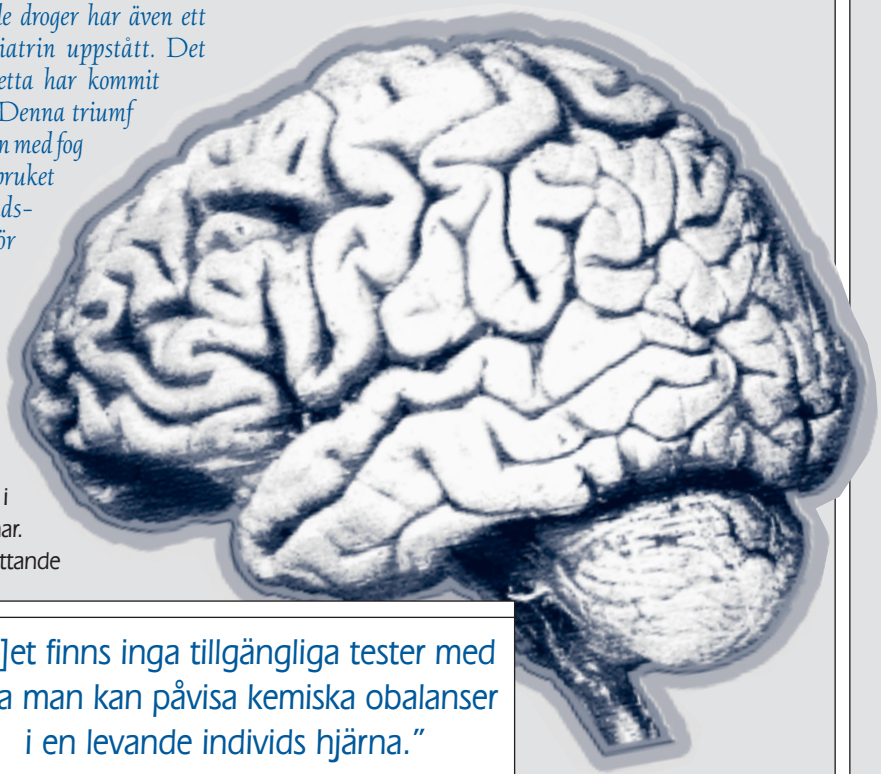
DSM:s skenbara giltighet vidmakthålls av psykiatrins påstående att psykiska sjukdomar är sjukdomar i hjärnan – ett påstående som kan antas vara grundat på de nya upptäckterna inom neurovetenskapen som möjliggjorts tack vare diagnostiska skanningsmetoder och farmakologiska medel för behandling. Detta är inte sant. Det existerar inga objektiva diagnostiska undersökningar med vars hjälp man kan bekräfta om depression föreligger eller inte; diagnosen kan och måste göras enbart utifrån patientens utseende och uppträdande. Det finns inga blodprover eller biologiska undersökningar som säkerställer förekomst eller frånvaro av en psykisk sjukdom av samma slag som det finns för de flesta kroppsliga åkommor. Om en sådan undersökning funnes, då skulle tillståndet upphöra att vara en psykisk sjukdom och skulle klassificeras som en fysisk sjukdom.

Om det t.ex. skulle visa sig att orsaken till schizofreni är biokemisk och att det finns ett biokemiskt botemedel för den, då skulle den inte längre vara en sjukdom för vilken personen kan tvångsintas. Den skulle då, faktiskt, behandlas av en neurolog och psykiatriker skulle inte ha mer att göra med den än de har att göra med glioblastom [malign tumör], Parkinson och andra sjukdomar i hjärnan.

ATT SKYLLA PÅ HJÄRNAN
Bedrägeriet med kemisk obalans

"Med uppkomsten av sinnesförändrande droger har även ett nytt biologiskt språkbruk inom psykiatrin uppstått. Det är förvånande i vilken utsträckning detta har kommit att ingå som del av populärkulturen… Denna triumf saknar dock inte otvetydigheter. Man kan med fog fråga sig om inte det biologiska språkbruket erbjuder mer som grund för marknadsföringstexter än vad det erbjuder för klinisk förståelse."[69]

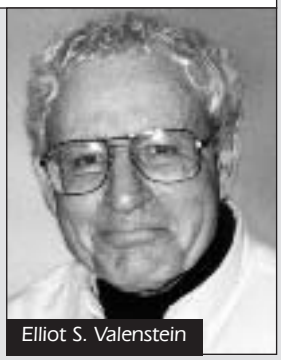
— Dr David Healy,
The Anti-Depressant Era, 1999



Hörnstenen i den psykiatriska sjukdomsmodellen av idag är uppfattningen att en underliggande kemisk obalans i hjärnan är orsaken till psykiska sjukdomar. Fastän den populariserats genom omfattande markandsföring är den ändock inget annat än psykiatriska fantasier. Som alla andra psykiatriska sjukdomsmodeller har den grundligt förkastats av forskare.

> "[D]et finns inga tillgängliga tester med vilka man kan påvisa kemiska obalanser i en levande individs hjärna."
>
> — Elliot S. Valenstein, Ph.D.

Valenstein är helt entydig: "[D]et finns inga tillgängliga tester med vilka man kan påvisa kemiska obalanser i en levande individs hjärna."[70] Även att: "det finns inga biokemiska, anatomiska eller funktionella tecken som på ett tillförlitligt sätt kännetecknar psykpatienters hjärnor".[71]



Elliot S. Valenstein

I en artikel publicerad i den amerikanska The Mercury News, i maj 2004 skrevs: "Många läkare varnar för användningen av SPECT (single photon emission computed tomography) [hjärnskanning] som diagnostiskt redskap eftersom det är oetiskt – och en potentiell risk – för läkare att använda SPECT för att identifiera emotionella problem, uppförandeproblem och psykiska problem hos patienter. Undersökningen för 2 500 dollar ger ingen korrekt eller användbar information."[72]

I artikeln citerades psykiatrikern M. Douglas Mar: "Det finns ingen vetenskaplig grund för dessa påståenden [att man bör använda hjärnscanning för psykiatrisk diagnostisering]. Patienter bör åtminstone informeras om att SPECT är högst kontroversiell."

Dr Julian Whitaker, författare till nyhetsbrevet Health and Healing säger: "När psykiatriker etiketterar ett barn eller [en vuxen], ger de personen en etikett baserat på symptom. De har ingen patologisk diagnos; de har ingen laboratoriediagnos; de kan inte påvisa någon differentiering som skulle backa upp diagnosen av dessa psykiatriska 'sjukdomar'. Däremot, om någon har en hjärtattack kan man finna skadan; om någon har diabetes är blodtrycket mycket högt; om någon har reumatism syns det på röntgen. Inom psykiatrin handlar det bara om att titta i kristallkulan, om att sia om framtiden; den är totalt ovetenskaplig.

Ty Colbert, Ph.D. säger: "Vi vet att kemisk obalans som orsak till psykiska sjukdomar aldrig har bevisats. Vi vet också att alla förnuftiga bevis pekar emot modellen med psykiatriska drogers handikappande påverkan. Vidare känner vi till att forskningen angående drogers effektivitet och verkan inte är tillförlitlig eftersom testerna genomförs för att mäta hur symptomen minskar, inte hur de botas."[73]

Valenstein säger: "Man håller fast vid dessa teorier för det finns inget att ersätta dem med, men också för att de är användbara i marknadsföringen av behandling med droger."[74]

VIKTIGA FAKTA

1 Den tyske psykiatrikern Emil Kraepelin definierade ”schizofreni” som dementia praecox under senare delen av 1800-talet. Termen ”schizofreni” myntades 1908 av den schweiziske psykiatrikern Eugen Bleuler.

2 Man upptäckte senare att Kraepelins schizofrena patienter led av en global medicinsk sjukdom som kallades encephalitis lethargica [hjärninflammation som orsakar letargi] vilken förorsakar psykiska störningar.

3 I DSM-II medger man: ”Även om man försökte kunde [APA] kommittén inte komma till någon överenskommelse om vad denna störning är; de kunde bara enas om vad de skulle kalla den.”[75]

4 Den drog som ordineras mot ”schizofreni” orsakar våldsamt, maniskt uppträdande både under tiden som behandlingen pågår och under abstinensen.

5 I USA och Italien har man framgångsrikt kunnat bevisa att ”schizofreni” kan botas utan psykiatriska droger.



KAPITEL FYRA

Att skada den sårbare

Allt medan psykiatrin med hjälp av DSM och personlighetsförändrande droger tränger djupare in i människors dagliga liv tycker de flesta att psykiatrins huvuduppgift är att behandla patienter som har allvarliga, livshotande psykiska störningar.

Här har psykiatrikerna att göra med den ”sjukdom” som först kallades *dementia praecox* av Kraepelin under det sena 1800-talet för att 1908 kallas ”schizofreni” av den schweiziske psykiatrikern Eugen Bleuler.

Psykiatrikern E. Fuller Torrey rapporterar att Kraepelin härigenom ”satte det slutliga sigillet på irrationellt beteende genom att kategorisera och namnge det. Irrationellt beteende kunde nu bäras med högburet huvud i sällskap av medicinens företrädare för det hade fått namn… Hans klassificeringssystem har dominerat psykiatrin in i vår tid, inte på grund av att dess giltighet har något bevisat värde… Utan för att det har givit irrationellt beteende inträdesbiljetten till medicinen.”[77]

Robert Whitaker rapporterar att de patienter som Kraepelin gav diagnosen dementia praecox led av en medicinsk åkomma som återfinns runt om i världen, *encephalitis lethargica* [hjärninflammation som ger letargi]: ”De här patienterna gick underligt och hade tics, muskelkramper och plötsliga anfall av sömnighet. Deras pupiller reagerade trögt på ljus. De dreglade, hade svårigheter att svälja, var kronsikt förstoppade och kunde inte viljemässigt avsluta handlingar.”[78]

> ”Att diagnostisera någon som schizofren kan ytligt sett verka vetenskapligt, speciellt som biopsykiatrin hävdar att orsaken är en genetisk hjärnsjukdom. Men om man tar ett steg bakåt och observerar på avstånd vad dessa forskare verkligen sysslar med, så undrar man hur de kan rättfärdiga sina handlingar… Detta är inte vetenskap.”[76]
>
> — Ty C. Colbert, PhD., Blaming Our Genes, 2001

Psykiatrins granskade aldrig Kraeplins material och upptäckte aldrig att schizofreni helt enkelt var en odiagnostiserad och obehandlad åkomma. ”Schizofreni var ett begrepp som var allför viktigt för att man skulle kunna bibehålla professionens medicinska legitimitet… Sjukdomens kroppsliga symptom uteslöts… Vad som fanns kvar och som var mest framträdande var de psykiska symptomen: hallucinationer, vanföreställningar och bisarra idéer”, säger Whitaker.

Psykiatrin forsätter att kalla schizofreni för en psykisk sjukdom trots att man efter ett århundrade av forskning fullständigt saknar objektiva bevis på att schizofreni existerar som en faktisk sjukdom eller fysisk avvikelse.

Neuroleptika och antipsykotiska medel som ges för detta tillstånd utvecklades i Frankrike för



Nobelprisvinnaren dr John Nash i Hollywoodfilmen A Beautiful Mind karaktäriseras som att han tillfrisknar från schizofreni med hjälp av psykiatrins senaste droger. Dr Nash avvisar denna påhittade historia. I själva verket hade han inte tagit några psykiatriska droger på 24 år och hade återhämtat sig från sin störning på naturlig väg.

att ”bedöva nervsystemet under operationer”. Psykiatriker såg snart att neuroleptika *orsakar* Parkinsonsymptom och även symptom som *encephalitis lethargica* ger.[79]

Tardiv dyskinesi (*Tardiv* betyder ”sen” och *dyskinesi*, kronisk svårighet att viljemässigt röra olika kroppsdelar) uppträder inom ett år hos fem procent av de patienter som får neuroleptika.[80] Malignt neuroleptiskt syndrom, som är en potentiellt dödlig toxisk reaktion där patienterna får feber och blir förvirrade, oroliga och stela i kroppen var också en känd biverkning. Cirka 100 000 människor i USA har dött av detta tillstånd.[81]

För att bemöta negativ publicitet skrevs regelbundet artiklar till medicinska tidskrifter vari fördelarna med drogerna överdrevs och riskerna förtegs. Whitaker säger att det som läkare och allmänheten fick veta om de nya drogerna under 1950-talet var skräddarsydd information: ”Det sätt på vilket man lade opinionen tillrätta spelade naturligtvis en avgörande roll när neuroleptika presenterades som en ofarlig *antischizofren* drog för psykiskt sjuka.”

Emellertid gav resultaten av oberoende forskning upphov till bekymmer. I en studie som pågick under åtta år fann Världshälsoorganisationen att allvarligt mentalt störda patienter i tre ekonomiskt outvecklade länder – Indien, Nigeria och Colombia – där man inte förlitar sig på droger som del av behandling, återhämtade sig betydligt bättre än patienter av samma kategori i USA och fyra andra västerländska länder. Efter fem år ”var 64 procent av patienterna i de fattiga länderna symptomfria och klarade sig bra”. I motsats till detta var det bara 18 procent av patienterna i de andra länderna som klarade sig bra.[82] I en uppföljningsstudie i vilken man använde samma diagnostiska kriterier kom man fram till samma resultat.[83] Neuroleptika angavs tydligt som orsak till de sämre resultaten i västvärlden.

Inte förrän 1985 utfärdade APA en varning till sina medlemmar om de potentiellt dödliga effekterna av drogerna, och detta först efter flera rätte-



”Idén var att man kan tillfriskna från ’schizofreni’ med hjälp av meningsfulla relationer, utan att använda droger, och att sådan behandling slutligen tveklöst skulle leda till betydligt bättre hälsa.”

— Dr Loren Mosher, tidigare chef för National Institute of Mental Health’s Center for Studies of Schizophrenia

gångsfall som fick stor publicitet och som fann ”att psykiatriker och deras institutioner inte hade varnat sina patienter för riskerna. I ett av fallen uppgick skadeståndet till tre miljoner dollar.”

Nya ”atypiska” droger mot schizofreni som utlovade färre biverkningar introducerades på 1990-talet.[84] Det visade sig att en av dessa atypiska droger hade testats redan på 1960-talet och att den hade allvarliga biverkningar som t.ex. kramper, tung nedsövning, dreglande, förstoppning, urininkontinens, viktökning, andningsstillestånd, hjärtattacker och enstaka plötsliga dödsfall. Den introducerades i Europa på 1970-talet men drogs tillbaka efter att man funnit att den även orsakade agranulocytos, ett potentiellt dödligt tillstånd p.g.a. minskat antal vita blodkroppar hos upp till två procent av patienterna.[85]

I filmen *A Beautiful Mind*, som fick Academy Award-pris, karaktäriseras Nobelprisvinnaren John Nash som beroende av psykiatrins senast upptäckta droger för att inte få återfall i sin ”schizofreni”. Detta är Hollywoods historia, eftersom Nash motsäger filmens bild av honom som en som tar ”de nyaste medicinerna” vid den tidpunkt då han fick Nobelpriset. Nash hade inte tagit några psykiatriska droger på 24 år och hade återhämtat sig från sin störning på naturlig väg.

Det är viktigt att känna till att flertalet fungerande medicinska behandlingsprogram för människor med allvarliga störningar inte inbegriper droger, även om detta faktum har utelämnats från historieböcker som sponsrats av psykiatrin.

Fungerande behandlingsmetoder

Dr Loren Mosher var chef för National Institute of Mental Health’s Center for Studies of Schizophrenia, och senare klinisk professor i psykiatri vid School of Medicine, University of California i San Diego och chef för Soteria Associates i San Diego. Han startade verksamheten i Soteria House 1971 som ett ställe där unga människor som hade diagnostiserats som ”schizofrena” kunde leva helt drogfria tillsammans med icke-professionell personal som hade utbildats i att lyssna, förstå och ge sitt stöd och att skapa en trygg omgivning där man lade stor vikt vid de boendes erfarenheter. ”Idén var att man kan tillfriskna från ’schizofreni’ med hjälp av meningsfulla relationer, utan att använda droger, och att sådan behandling slutligen tveklöst skulle leda till betydligt bättre hälsa”, sade han.

Dr Mosher uttryckte också: ”Experimentet lyckades bättre än förväntat. Sex veckor efter att behandlingen startat hade individerna i båda grupperna förbättrats markant fastän de på Soteriakliniken inte hade fått antipsykotiska droger. Två år efter intagningen hade de som vistats på Soteriakliniken generellt mer kvalificerade arbeten, betydligt fler bodde på egen hand eller tillsammans med vänner och hade färre återfall. Intressant nog var det de som hade vistats på Soteriakliniken och som inte fick någon neuroleptisk medicinering under hela tvåårsperioden *eller* som man hade trott hade de sämsta förutsättningarna, som klarade sig bäst i jämförelse

med dem som hade behandlats med droger och på sjukhus.”

På Osservanzainstitutet i Imola, Italien, behandlade dr Giorgio Antonucci dussintals av s.k. våldsamma schizofrena kvinnor, av vilka de flesta hade varit fastspända vid sina sängar, en del upp till 20 år. Man hade använt tvångströjor liksom ansiktsmasker av plast som skulle förhindra patienterna från att bita andra. Dr Antonucci började frige kvinnorna från deras fångenskap och pratade med dem dagligen i timmar ”för att penetrera deras delirium och ångest”. I vart och ett av fallen fick Antonucci lyssna till historier fyllda av åratals desperation och lidande. Under hans ledning övergavs all psykiatrisk ”behandling” och några av de värsta psykiatriska avdelningarna stängdes. Han säkerställde att patienterna möttes med medmänsklighet och respekt och att de inte fick några droger. Det var faktiskt så att hans avdelning förvandlades från att ha varit den oroligaste till att bli den lugnaste. Efter några månader gick hans ”farliga” patienter fritt omkring i klinikens trädgård. Till slut var de stabila och skrevs ut från sjukhuset efter att flera av dem fått lära sig att läsa och skriva och, för första gången, hur man klarar av sina vardagssysslor.

Dr Antonuccis enastående resultat kostade också betydligt mindre än andra behandlingsformer. Sådana program ger ett bestående bevis både på att fungerande svar finns och att det finns hopp för de som har allvarliga besvär.





Mellan 1973 och 1996 stängde dr Giorgio Antonucci några av de mest förtryckande, koncentrationslägerliknande psykiatriska avdelningarna. Han säkerställde att patienterna möttes med medmänsklighet och respekt och att de inte fick några droger.

Dr Giorgio Antonucci, andre från höger och de patienter han räddade med kommunikation och medmänsklighet.



VARNING TILL ALLMÄNHETEN

Drogframkallat våld

Många medicinska studier rapporterar om bevis på att psykiatriska droger framkallar våldsamt beteende eller självmord. Personerna nedan, från USA, Australien och Japan mördade brutalt 39 människor under det att de behandlades med psykiatriska droger.

Den 20 juni 2001 fyllde Andrea Yates, 37-årig hemmafru från Texas, badkaret med vatten och dränkte sina fem barn, som var mellan sex månader och sju år. Hon hade under åratal varit inlagd på psykkliniker, hon hade kämpat med depressioner och gjort flera självmordsförsök. Den 12 mars 2002 tillbakavisade juryn hennes försvarsadvokats anspråk på att få henne dömd till psykiatrisk vård och dömde henne till döden.

För jurister och media var fallet avslutat. Från psykiatrins sida kom de förutsägbara förklaringarna. Yates led av en allvarlig psykisk sjukdom, som var "resistent mot behandling" eller hon "hade förnekats adekvat psykiatrisk vård".

KMR i Texas nöjde sig inte med detta, utan skaffade fram oberoende medicinska utlåtanden om Yates journaler. Den vetenskaplige konsulten Edward G. Ezrailson, Ph.D., rapporterade att den drogcocktail som Yates hade fått orsakade ofrivillig intoxikation. "Överdoseringen" av en antidepressiv drog och plötslig "hög dosering" av en annan "förvärrade hennes beteende" och detta "ledde till mord".[86]

Författaren Robert Whitakers forskning fann att antipsykotiska droger dämpar psykoser temporärt, men att de i längden gör patienten biologiskt mer utsatt för den. Ytterligare en paradoxal effekt som uppstod med de mer potenta neuroleptiska preparaten är akathisia [a, utan; kathisia, sittande; en oförmåga att sitta still]. Denna sidoeffekt har sammankopplats med angripande och våldsamt beteende.[87]

En studie från 1990 fann att 50% av alla bråk på en psykiatrisk avdelning kunde knytas till akathisia. Patienter talade om en "våldsam lust att attackera vem som helst i omgivningen".[88]

I en brittisk rapport från 1998 avslöjades att åtminstone fem procent av patienterna som fått SSRI-preparat led av "vanliga" biverkningar som t.ex. oro, ångest och nervositet. Cirka fem procent av de rapporterade biverkningarna inkluderade aggressioner, hallucinationer, olustkänslor och personlighetsförändringar.[89]

År 1995 rapporterade nio australiska psykiatriker att patienter hade skadat sig själva eller var helt upptagna av tankar på våld när de åt SSRI-preparat. "Jag ville inte dö, men jag kände bara att jag ville slita min kropp i stycken", sa en patient.[90]

Abstinenssymptom

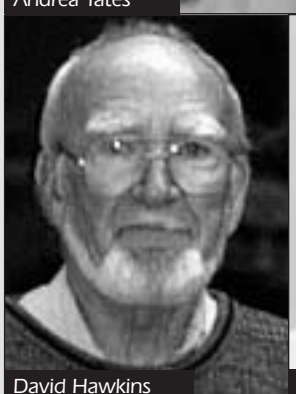
År 1996 utfärdade National Preferred Medicines Center Inc. i Nya Zeeland en rapport "Akut drogabstinens", där det framgick att abstinens från psykoaktiva droger kan orsaka 1) rebound-effekt (återfallseffekt) som förvärrar de tidigare "sjukdomssymptomen" och 2) nya symptom som inte har något samband med det ursprungliga tillståndet och som är främmande för patienten.[91]

Dr John Zajecka rapporterade i Journal of Clinical Psychiatry att den upprördhet och irritation som patienter kan uppleva när de slutar med SSRI-preparat kan orsaka "aggressivitet och suicidal impulsivitet."[92] I Lancet, den brittiska medicinska tidskriften rapporterade dr Miki Bloch om patienter som blivit självmordsbenägna och mordbenägna efter att ha slutat med antidepressiva preparat, och även om en man som hade tankar på att skada sina egna barn.[93]

Medan psykiatriker forsätter att negligera sambanden mellan droger, självmord och våldsbenägenhet och betraktar dem som rena "anekdoter" har rättsväsendet börjat agera. I maj 2001 fann en australisk domare att en antidepressiv drog hade fått den laglydige medborgaren David Hawkins att bli en brutal mördare. Domaren Barry O'Keefe vid New South Wales Supreme Court sade att om Hawkins inte hade gått på den antidepressiva drogen "så hade han med överväldigande sannolikhet inte mördat sin fru…"

I juni 2001 utdömde en jury i Wyoming åtta miljoner dollar i skadestånd till Donald Schells anhöriga efter att denne hade begett sig ut på härjningståg med skjutvapen efter att ha tagit en antidepressiv drog. Juryn bedömde att drogen till 80 procent var vad som orsakade mordvågen.[94]


Andrea Yates


David Hawkins


Mamoru Takuma


Jeremy Strohmeyer


Kip Kinkel

VIKTIGA FAKTA

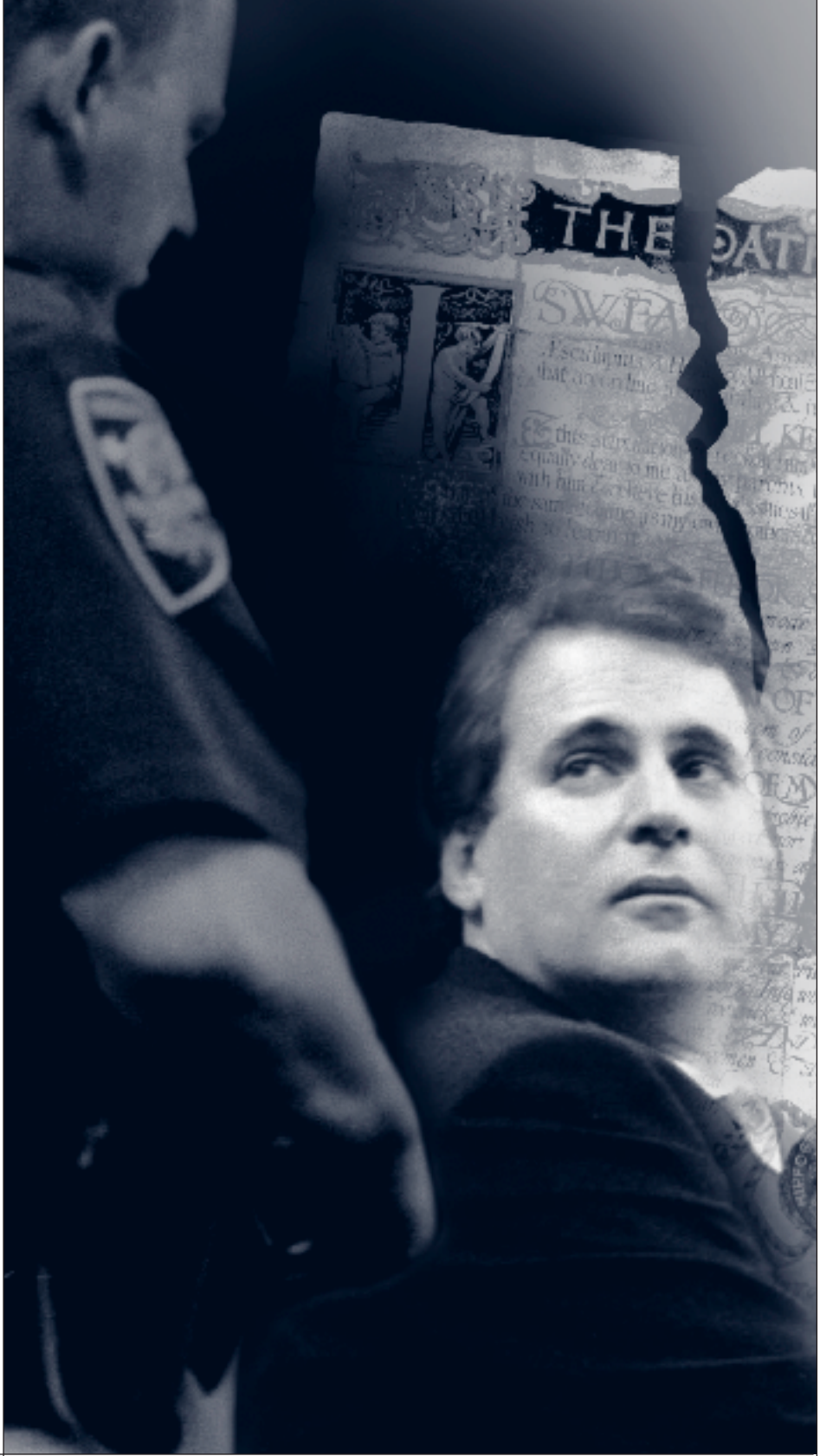
1. Bland verksamma inom alla medicinska discipliner står psykiatriker för de flesta försäkringsbedrägerierna.[95]

2. Av alla utövare inom psykvård medger tio procent att de utnyttjat sina patienter sexuellt.

3. I en studie fann man att en på 20 som utnyttjats sexuellt av sin terapeut var minderårig; medelåldern var sju år för flickor och tolv år för pojkar.[96]

4. Vid en utfrågning av 530 psykiatriker fann man att 25 procent hade valt yrke på grund av sina egna psykiska problem.[97]

5. Psykiatriker har den högsta självmordsfrekvensen bland läkare.[98]



Michael DeLain dömdes år 2002 till två års fängelse för sexuellt utnyttjande av en 16-årig patient. Från första början har psykiatriker systematiskt och kontinuerligt brutit mot den hippokratiska eden.

KAPTITEL FEM

Att sätta medicinsk etik på spel

Förutom alla giltiga medicinska skäl för icke-psykiatriker att ta avstånd från psykiatrikers visioner om psykisk hälsa finns också det faktum att man vill skydda sina egna professioners integritet och rykte.

Medan medicinen har gjort avundsvärda framsteg och fått allmänna erkännanden så förknippar fortfarande de flesta psykiatrin med ormgropar, tvångströjor och "Gökboet".

Psykiatrin har inte gjort mycket för att förbättra sitt rykte utan har utvecklat sina brutala behandlingsmetoder som ECT, psykokirurgi, kemisk lobotomi orsakad av antipsykotiska droger och sina, under lång tid och väl dokumenterade, misslyckade behandlingar.

> "Självmord, stress, skilsmässor – psykologer och andra yrkesmänniskor inom den psykiatriska vården verkar faktiskt vara mer tilltrasslade än oss andra."
>
> — *Psychology Today*, 1997

Bland bedrägerier som begås är psykiatrin överrepresenterad. Det största sjuk- och hälsovårdsbedrägeriet någonsin i USA hade att göra med *psykvården* fastän denna är den minsta sektorn inom hälsovården.[99] Enligt en mycket erfaren utredare i Kalifornien är det lättaste sättet att upptäcka bedrägerier att granska psykiatrikers drogförskrivningar.

Sexualbrott

I en granskning i USA av 761 läkare som begått sexrelaterade brott under åren 1981 till 1996 fann man att psykiatriker och barnpsykiatriker var starkt överrepresenterade. Psykiatrikerna utgör sex procent av hela den amerikanska läkarkåren men står för 28 procent av dem som dömts för sexuella övergrepp.[100]

I en rapport som kom 1998 från svenska Socialstyrelsen fann man att nästan hälften av de läkare som hade anmälts för felaktig behandling av patienter var psykiatriker. Några fall var så grova, de innefattade våld och sexuella övergrepp, att de överlämnades till åklagare för vidare åtgärder.[101]

Mellan 10 och 25 procent av alla yrkesverksamma inom psykvården medger att de utnyttjat sina patienter sexuellt. En amerikansk nationell studie visade att terapeuter utnyttjar fler flickor sexuellt än pojkar. De kvinnliga offrens ålder var från tre till 17 år och pojkarnas från sju till 16 år.[102]

Under tiden arbetar psykiatriker hårt på att verka under medicinens goda rykte. De expanderar också sin konsultationsverksamhet genom att influera primärvården med sina skattningslistor som är baserade på DSM-diagnoser. Eftersom etiska yrkesutövare är viktiga för att yrket ifråga skall åtnjuta gott anseende tillkommer det icke-psykiatriska läkare att bedöma de tänkbara konsekvenserna för den medicinska vårdens renommé.

VIKTIGA FAKTA

1 I en studie hade 83 procent av de som hade hänvisats till psykiatriker från kliniker och av socialarbetare odiagnostiserade kroppsliga sjukdomar och i en annan studie visade det sig att 42 procent av dem som diagnostiserats som psykotiska led av medicinska sjukdomar.[103]

2 Enligt flera medicinska experter kan orsakerna till oönskat eller "hyperaktivt" beteende vara många, som t.ex. allergier, livsmedelstillsatser, miljögifter, störd sömn och vissa mediciner.



KAPITEL SEX

Vilken väg skall vi välja?

I en undersökning som utfördes 2002 bland läkare i tre europeiska länder och USA sade 72 procent att det som bäst kännetecknar en bra läkare är förmågan till omtanke, medkänsla, och god förmåga att lyssna och kommunicera. Genom att ha dessa förmågor kände de att de kunde hjälpa sina patienter att bli bättre och leva ett tillfredsställande liv.

När de tillfrågades om hur man skiljer en ”psykisk störning” från en kroppslig sjukdom svarade 65 procent att man först genom kliniska diagnostiska prover skall utesluta fysiska åkommor.

Psykiatriker använder sällan prover och diagnoser. De använder en uppgjord lista över vanor och beteende och ”diagnosen” fastställs. Allt som nu återstår är att ordinera en psykoaktiv drog.

> ”Ja, jag tror att ’en’ Hippokratisk ed är viktig –för mig i juni 1990 (när jag signerade den), i mars 2001, och varje dag som jag är verksam inom den här professionen i vilken jag har äran att vara delaktig. Vad är essensen av en Hippokratisk ed? Den är enkel och har ekat genom tiderna, hur än formuleringen har varit: ’Må jag ta hand om andra som jag skulle vilja att de tar hand om mig’.”
>
> — En läkare, 2001

För att hantera bristen på intresse för psykiatri har WPA (World Psychiatric Association) producerat en ”grundkurs i psykiatri för medicine studerande”.[104] Syftet med den är att utbilda alla blivande läkare till att kunna känna igen och behandla psykiska sjukdomar. Författarna medger uppriktigt att ”eftersom de flesta studenterna inte kommer att bli psykiatriker är det av högsta vikt *att åstadkomma korrekt attityd”* och att detta bör och skall läras ut inte bara inom psykiatrin utan även i alla andra specialiteter.[105]

I en önskelista för reformer inom psykvården säger författaren till *Mad in America*, Robert Whitaker: ”Högst upp på önskelistan finns en enkel vädjan om ärlighet. Sluta upp med att berätta för dem som fått diagnosen schizofreni att de har för hög halt av dopamin eller serotonin och att droger korrigerar den ’kemiska obalansen i hjärnan’. Hela det här spelet är ett medicinskt bedrägeri och man kan omöjligt föreställa sig någon annan grupp av patienter – elakt sagt, med cancer eller kardiovaskulära sjukdomar – som bedras på samma sätt.”

David B. Stein, Ph.D., klinisk psykolog och docent i psykologi säger: ”Läkare utbildas för att hela. De vill verkligen hjälpa. De hävdar ofta att de inte har några alternativ – att enda sättet att hjälpa dessa [ADHD, inlärningsstörningar] barn är att ge dem droger. Dessutom hänger föräldrar och lärare ständigt efter dem för att få dem att skriva recept.

De vill omedelbart få kontrollen över sina stökiga barn. Många läkare ogillar det här och önskar att det funnes alternativ.”[106]

Med de psykiatriska diagnoser och behandlingsmetoder som påverkar ett ökande antal



Tonvikten måste ligga på fungerande medicinska tester och behandlingar som förbättrar och styrker individer och som kan rädda personen från livslånga psykiatriska övergrepp.

människors liv genom primärvården, är det viktigt att man bereder utrymme för alternativen. Nedanstående alternativ härrör från åratal av samarbete med utövare inom hälsovården, som är kvalificerade att ta sig an medicinska ämnen.

1) Kontrollera om det finns något underliggande kroppsligt problem.

I California Department of Mental Health Medical Evaluation Field Manual säger man: ”Yrkesverksamma inom den psykiatriska hälsovården är professionellt och juridiskt skyldiga att kunna avgöra när deras patienter har kroppsliga åkommor… fysiska sjukdomar kan orsaka psykiska störningar [eller] förvärra en psykisk störning…”[107]

År 1998 rapporterade svenska Socialstyrelsen bland flertalet disciplinära ärenden om ett fall där en patient hade klagat över huvudvärk, illamående och att han snubblade när han gick. Han hade klagat över dessa symptom till psykiatrisk personal i fem års tid innan en medicinsk undersökning fann att han hade en hjärntumör.[108]

Dr Thomas Dorman säger: ”…kom ihåg att majoriteten av människor lider av organiska sjukdomar. Kliniker bör först och främst tänka på att känslomässig stress i samband med kronisk sjukdom eller smärttillstånd kan förändra en patients temperament. I min praktik har jag mött otaliga människor med kroniska ryggbesvär som har betecknats som neurotiska. Ett typiskt uttalande från dem är ’Jag trodde att jag skulle bli galen.’ Problemet har ofta varit odiagnostiserade ryggbesvär.”[109]

2) Hjälp utan personlighetsförändrande droger.

Den tyske psykiatrikern Paul Runge säger att han har hjälpt mer än 100 barn utan att ge dem psykiatriska droger. Han har även bidragit till att minska andra läkares förskrivning av droger.[110]

Dr L.M.J. Pelsser vid Forskningscentrum för hyperaktivitet och ADHD, Middelburg, Holland fann att 62 procent av barn som fått diagnosen ”ADHD” uppvisade signifikanta förbättringar i sitt beteende som resultat av ändrad diet under en treveckorsperiod.[111]

Dr Mary Ann Block, som har hjälpt tusentals barn att sluta med psykiatriska droger eller att aldrig börja med dem säger: ”Åtskilliga läkare gör inga somatiska undersökningar innan de ordinerar psykiatriska droger.. …[barn] träffar en läkare, men denne gör ingen fysisk undersökning eller letar efter några problem med hälsan eller inlärningsproblem innan han ger barnet diagnosen ADHD och ordinerar en drog. Det var inte så jag lärde mig att utöva medicin. Under mina medicinska studier fick jag lära mig att ta upp en grundlig anamnes (sjukdomshistoria) och att göra en fysisk undersökning. Jag fick lära mig att ha något som kallas ’differentialdiagnos’ i åtanke. För att göra det måste man överväga alla möjliga underliggande orsaker till symptomen.”[112] Dr Block gör allergi-tester och lämnar förslag på diet som lösningar på ”beteendeproblem”. Hon citerar en studie som publicerades i *Journal of Pediatrics* (1995) och som visade att sukros (en form av socker) kan orsaka en ökning av adrenalinproduktionen som hos ett barn kvarstår i tio timmar och som resulterar i ”koncentrationssvårigheter, irritation och oro.”

3) Personlighetsförändrande droger kan dölja ett barns kroppsliga problem

Enligt medicinska experter och experter inom utbildning kommer oönskat eller överaktivt beteende av olika orsaker som allergier, livsmedelstillsatser, miljögifter, dålig sömn, vissa mediciner, brist på studiemetodik, att gå förbi ord som inte är fullt förstådda och den uttråkning som uppstår hos elever som är extremt intelligenta eller har skapande förmåga.

I sin bok *The Hyperactivity Hoax* redogör Sydney Walker för ett antal orsaker till hyperaktivitet: ”Barn som har hjärntumörer i ett tidigt utvecklingsstadium kan bli hyperaktiva eller ha svårt för att koncentrera sig. Det kan även barn som har förgiftats av bly eller insektsbekämpningsmedel, liksom barn som just utvecklat diabetes, som har hjärtsjukdomar, inälvsmask, virusinfektioner eller bakteriella infektioner, som är undernärda, har skallskador, genetiska störningar, allergier, som har exponerats för kvicksilver eller mangan, som har kramper av petit mal-typ och hundratals – ja, *hundratals* små, stora, eller till och med livshotande medicinska problem. Trots det betecknas alla som hyperaktiva eller ’ADD-barn’.”[113]

Att ordinera personlighetsförändrande droger till barn för en sjukdom som inte existerar är en tragedi säger Walker, eftersom det ”döljer barnens symptom och den underliggande orsaken finns kvar och kan även förvärras.”[114]

Dr Walker jämförde fenomenet med en patient som går till läkare för att hans ena ben har svullnat och läkaren diagnostiserar det som ”en knöl”, ger patienten aspirin och aldrig tar reda på om knölen beror på en tumör, ett insektsbett eller kallbrand.

Det finns alltför många alternativ till psykiatrikernas neddrogning för vi skall kunna räkna upp dem här. Psykiatrikerna, å andra sidan, skulle föredra att säga att det inte finns några och vifta bort dem. Detta ställer en medicinsk utövare i valet mellan fakta och fiktion, mellan bot och tvång, och mellan medicin och manipulation.

Vi har full respekt för den medicin som utövas som medicin i en anda av ärlighet, etiska strävanden och där man tar hänsyn till patienters primära hälsa och behov. Men, vi känner till hur medicinen har förletts och smittats av hycklare vars eländiga misslyckanden hotar att skada inte bara medicinens ställning, rykte, mänsklighet och värde, utan även hotar att ödelägga livet för de miljontals människor som söker medicinsk hjälp.

> Att ordinera personlighetsförändrande droger till barn för en sjukdom som inte existerar är en tragedi, ty ”…genom att dölja barnens symptom [med droger] tillåter man den underliggande orsaken att vara kvar och, i många fall, att förvärras.”
>
> — Sydney Walker III, psykiatriker och neurolog, författare till The Hyperactivity Hoax, 1998



Rekommendationer

1. Psykiatriska inrättningar måste installera en komplett diagnostisk utrustning för att kunna finna, diagnostisera och behandla kroppsliga tillstånd. Säkerställ att icke-psykiatriska läkare utför denna uppgift.

2. Ingen av de 374 psykiska störningar som anges i *DSM/ICD* skall kunna utgöra grund för sjukersättning, eftersom de saknar varje vetenskaplig, fysisk grund.

3. Att revisioner genomförs av verksamheter och finanser hos offentliga och privata kliniker som stöds av det allmänna eller av försäkringsmedel för att säkerställa att verksamheten följer regelverken, och att korrekt rapportering sker av intagningar, behandlingar och dödsfall.

4. Tilldela anslag och försäkringsersättningar enbart till behandlingsmetoder som förbättrar människors psykiska hälsa.

5. Undersök den inverkan psykiatrins bedrägerier och skadeståndsersättningar har på allmän medicin och på kostnaderna att bedriva medicin.

6. Ingen individ skall någonsin tvingas genomgå ECT, psykokirurgi, psykiatrisk tvångsvård, eller tvångsförskrivning av personlighetsförändrande droger. Sådana handlingar bör förklaras olagliga.

7. Lagliga skyddsåtgärder bör etableras för att förhindra psykiatriker och psykologer från att kränka mänskliga rättigheter och därigenom hindra individer från att utöva sina civila, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter så som dessa är beskrivna i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, den internationella konventionen för civila och politiska rättigheter och i andra relevanta dokument.



Kommittén för mänskliga rättigheter

Kommittén för Mänskliga Rättigheter grundades 1969 av Scientologi-kyrkan och professor Thomas Szasz för att undersöka och avslöja psykiatriska brott mot de mänskliga rättigheterna och för att rensa upp inom den psykiatriska vården. I dag finns 130 lokalavdelningar i 31 länder. Kommittén har en rådgivande styrelse, vars ledamöter kallas kommissionärer, med bl.a. läkare, jurister, pedagoger, artister, affärsmän samt medborgar- och människorättsrepresentanter.

KMR ger inga medicinska eller juridiska råd, men har ett nära samarbete med läkare och stödjer medicinska, men inte psykiatriska behandlingar. KMR befattar sig i första hand med psykiatrins bedrägliga användning av ”diagnoser” som inte är grundade på vetenskap eller medicinska kriterier. Grundat på dessa falska diagnoser rättfärdigar psykiatriker sina skadliga behandlingar, som inbegriper personlighetsförändrande droger, vilka döljer individens underliggande problem och förhindrar tillfrisknande

KMR:s arbete går i linje med FN:s allmänna deklaration för mänskliga rättigheter, framför allt vad gäller:

Artikel 3: ”Envar har rätt till sitt liv, frihet och personlig säkerhet.”

Article 5: ”Ingen må utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.”

Article 7: ”Alla äro lika inför lagen och äro utan åtskillnad berättigade till lika skydd från lagens sida. Alla äro berättigade till lika skydd mot varje åtskillnad i strid med denna förklaring och mot varje framkallande av sådan åtskillnad.”

Genom psykiatriernas falska diagnoser, stigmatiserande etiketter, godtyckliga lagar om tvångsintagning och brutala personlighetsförändrande ”behandlingar” förnekas tusentals individer sina grundläggande mänskliga rättigheter.

KMR har åstadkommit hundratals reformer genom vittnesmål i samband med utfrågningar inför lagstiftande församlingar, genom offentliga förhör om psykiatriska övergrepp, och genom att samarbeta med media, lagstiftare och statliga befattningshavare över hela världen.

KMRs UPPGIFT

KOMMITTÉN FÖR MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER

undersöker och avslöjar psykiatriska kränkningar av mänskliga rättigheter. Vi arbetar sida vid sida med likasinnade grupper och människor som delar vårt syfte att rensa upp inom mentalvården. Och vi kommer att fortsätta med detta tills alla psykiatriska missförhållanden och tvångsbehandlingar har upphört och alla människor har återfått mänskliga rättigheter och värdighet.

Dennis D. Bauer,
Senior Deputy District Attorney,
Orange County, Kalifornien

"Jag har funnit att all er personal vara mycket positiv, angelägen, intelligent och ytterst välinformerad om ärenden som är föga kände för en majoritet av befolkningen… Heder åt er och er personal för [er] outtröttliga energi och osjälviska hängivenhet att lösa ett av samhällets försummade och hemlighållna problem – 'experimentell psykiatri'."

Robert Butcher, australisk advokat, 2004

"Jag har arbetat tillsammans med KMR sedan 1980 och känner dem som en hängiven organisation som arbetar för att uppnå bättre lagliga rättigheter för personer med psykiska sjukdomar. KMR har skrivit förslag till regeringen om reformer i mentalvårdslagstiftningen, ökat allmänhetens medvetande i psykvårdsfrågor och har uppmuntrat och aktiverat andra i sina effektiva strävanden att få till stånd ett bättre, rättvisare och bättre fungerande system."

Beverly Eakman, författare, CEO för US National Education Consortium

"KMR:s allra viktigaste bidrag har varit att få det internationella samhället bli medvetet om att det faktiskt har passerat gränsen för etisk acceptans när det gäller bruket av psykiatriska droger. Nu håller detta på att bli en stor fråga och många lagstiftare och både nationer och det internationella samhället tar upp bollen och springer med den. De inser att detta har blivit oacceptabelt, och de tar KMR på mycket stort allvar."

För ytterligare information:

CCHR International
6616 Sunset Blvd.
Los Angeles, CA, USA 90028
Telephone: (001) 323 467-4242 • (001) 800 869-2247 • Fax: (001) 323 467-3720
www.cchr.org • e-mail: humanrights@cchr.org

Eller kontakta närmaste KMR-kontor:

KMR
Box 2
124 21 Bandhagen
tel: 08-83 85 18

KMR
Box 171 00
402 61 Göteborg
tel: 031-12 23 54

INTERNATIONELLA KMR
Kommissionärer och rådgivande styrelse

KMRs kommissionärer bistår KMR utifrån sina professionella kunskapsområden i dess reformarbete inom området mentalvård och för att säkerställa de mentalsjukas rättigheter.

Internationell ordförande
Jan Eastgate
Internationella Kommittén för
Mänskliga Rättigheter
Los Angeles

Nationell ordförande
Bruce Wiseman
Kommittén för
Mänskliga Rättigheter USA

Styrelseledamot i Kommittén för Mänskliga Rättigheter
Isadore M. Chait

Grundande kommissionär
Dr. Thomas Szasz,
professor emeritus i psykiatri
State University of New York
Health Science Center

Konst och underhållning
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

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

Vetenskap, medicin och hälsa
Giorgio Antonucci, M.D.
Mark Barber, D.D.S.
Shelley Beckmann, Ph.D.
Mary Ann Block, D.O.
Roberto Cestari, M.D.
(also President CCHR Italy)
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.

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

Religion
Rev. Doctor Jim Nicholls

Affärsverksamhet
Lawrence Anthony
Roberto Santos

Nationella KMR-kontor:

KMR Australien
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

KMR Österrike
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

KMR Belgien
Citizens Commission on
Human Rights
Postbus 55
2800 Mechelen 2,
Belgium
Tlf.nr. 324-777-12494

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

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

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

KMR Finland
Citizens Comission on
Human Rights Finland
Post Box 145
00511 Helsinki, Finland

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

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

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

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

KMR Ungern
Citizens Commission on
Human Rights Hungary
Pf. 182
1461 Budapest, Hungary
Tlf.nr. 36 1 342 6355
Fax: 36 1 344 4724
E-mail: cchrhun@ahol.org

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

KMR Italien
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

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

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

KMR Mexiko
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

KMR Monterrey, Mexiko
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
Tlf.nr. 51 81 83480329
Fax: 51 81 86758689
E-mail: ccdh@axtel.net

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

KMR Nya Zealand
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

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

KMR Ryssland
Citizens Commission on
Human Rights Russia
P.O. Box 35
117588 Moscow, Russia
Tlf.nr. 7095 518 1100

KMR Sydafrika
Citizens Commission on
Human Rights South Africa
P.O. Box 710
Johannesburg 2000
Republic of South Africa
Tlf.nr. 27 11 622 2908

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

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

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

KMR Ticino, Schweiz
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

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

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

Referencer

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. 196.

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-IIIR)* (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 Hyping 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 Fras, 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.

KMR
SKAPAR OFFENTLIG MEDVETENHET

Kunskap är en vital del i alla initiativ som syftar till att vända den krympande sociala spiralen. KMR tar ansvaret för denna uppgift på allvar. Genom att göra KMRs internet-sajt välkänd, genom böcker, informationsbrev och andra publikationer får fler och fler patienter, familjer och människor tillhörande olika yrkeskategorier, lagstiftare och många andra, korrekt information om psykiatri; de får veta att det går att göra någonting åt den och att man bör göra det.

KMRs publikationer, som finns tillgängliga på 15 språk, informerar om psykiatrins skadliga inflytande på rasism, utbildning, kvinnofrågor, rättsväsendet, drogrehabilitering, moral, våra äldre, religion och många andra områden. Dessa omfattar bl.a.:

DEN VERKLIGA KRISEN-*inom dagens psykiatri*
Rapport och rekommendationer angående bristen på vetenskaplighet och resultat inom mentalvårdsindustrin

OMFATTANDE BEDRÄGERI-*Psykiatrins korrumperade verksamhet*
Rapport och rekommendationer angående det kriminella monopolet på mental hälsa

PSYKIATRINS BLUFF-*Hur läkarvetenskapen undermineras*
Rapport och rekommendationer om psykiatrins influenser på hälso- och sjukvården

PSEUDOVETENSKAP-*Psykiatrins falska diagnoser*
Rapport och rekommendationer om bristen på vetenskaplighet i psykiatrisk diagnos

SCHIZOFRENI-*"Sjukdomen" som psykiatrin gör pengar på*
Rapport och rekommendationer om psykiatriska lögner om allvarliga psykiska störningar

DEN BRUTALA VERKLIGHETEN-*Skadlig psykiatrisk behandling*
Rapport och rekommendationer angående de destruktiva behandlingsmetoderna ECT och psykokirurgi

DÖDLIGA TVÅNGSMETODER-*Psykiatrins "terapeutiska" övergrepp*
Rapport och rekommendationer angående bruket av tvång på psykiatriska inrättningar

PSYKIATRIN-*får din omvärld att bli fast på droger*
Rapport om hur psykiatrin skapar dagens drogkris, och rekommendationer om åtgärder

REHABILITERINGSBEDRÄGERI-*Psykiatrins svindleri med droger*
Rapport och rekommendationer angående metadonprogrammet och andra dödsbringande drogrehabiliteringsprogram

ATT GE DROGER TILL BARN-*Psykiatrin förstör liv*
Rapport och rekommendationer om falska psykiatriska diagnoser och om att tvinga på unga människor droger

ATT SKADA UNGDOMAR-*Hur psykiatrin undertrycker ungdomars sinnen*
Rapport och rekommendationer om destruktiva bedömningsformulär för psykisk hälsa, värderingar och program i våra skolor

HUR SAMHÄLLET ÖDELÄGGS-*Psykiatrins påtvingade vård*
Rapport och rekommendationer om psykiatrins misslyckade öppenvårdsprogram och andra psykiatriska tvångsprogram

ATT SKADA KONSTNÄRER-*Psykiatrin förstör kreativitet*
Rapport och rekommendationer om psykiatrins angrepp på konstnärer

OHELIGT ANGREPP-*Hur religionen undermineras*
Rapport och rekommendationer om psykiatrins destruktiva inflytande på religiös tro och religiösa utövningar

RÄTTVISAN URHOLKAS-*Hur psykiatrin har korrumperat lag och rätt*
En rapport om och rekommendationer beträffande psykiatrins och psykologins inverkan på rättsväsende och kriminalvård

ÖVERGREPP MOT ÄLDRE-*Brutala mentalhälsovårdsprogram*
Rapport och rekommendationer om psykiatrins övergrepp mot våra äldre

PSYKIATRISK VÅLDTÄKT-*Övergrepp på kvinnor och barn*
Rapport och rekommendationer om sexuella övergrepp på patienter inom den psykiatriska vården

KAOS OCH TERRORISM-*Skapat av psykiatrin*
Rapport och rekommendationer om psykiatrins roll i den internationella terrorismen

ATT SKAPA RASISM-*Psykiatrins bedrägeri*
Rapport och rekommendationer kring psykiatrins skapande av raskonflikter och etnisk rensning.

KOMMITTÉN FÖR MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER
Internationell övervakare av mentalhälsovård

VARNING: Innan du slutar att ta psykiatriska droger behöver du söka hjälp och råd av en kompetent icke-psykiatrisk läkare.

Den här publikationen har möjliggjorts med hjälp av anslag från International Association of Scientologists.

Publicerad som information till allmänheten av Kommittén för Mänskliga Rättigheter.

FOTO: 6: David Bartruff/Corbis; 21: Gabe Palmer/Corbis; 24: Najlah Feanny/Corbis; 27: Reuters News Media Inc./Corbis; NewsPix (NZ); The Sankei Shimbun; two shots AP Wideworld Photos; 30: Jose Luiz Pelaez, Inc./Corbis.

© 2004 CCHR. Alls rättigheter förbehållna. CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS, CCHR och CCHR-symbolen är varumärken som ägs av Citizens Commission on Human Rights. Tryckt i USA. Item #18905-17-Swedish

”Det är dags för psykiatrikerna att återvända till att vara läkare – inte siare, präster, gurus eller narkotikalangare.”

– Dr. Sydney Walker III
Psykiatriker och neurolog, 1996