

PSYCHIATRIE KONTRA MEDIZIN

*Psychiatrische Praktiken und ihre destruktiven
Auswirkungen auf das Gesundheitswesen*

Veröffentlicht von der
Citizens Commission on Human Rights
Gegründet im Jahre 1969





WICHTIGER HINWEIS für den Leser

Die Psychiatrie gibt vor, dass sie die alleinige Autorität für psychische „Krankheiten“ sei und dass nur sie wisse, was geisteskrank ist und was nicht.

Die Fakten zeigen ein gänzlich anderes Bild:

1. PSYCHIATRISCH KLASSIFIZIERTE „STÖRUNGEN“ SIND KEINE KRANKHEITEN IM MEDIZINISCHEN SINNE. In der Medizin gibt es strikte Kriterien, wann ein Zustand als Krankheit bezeichnet wird. Neben einer vorhersagbaren Reihe von Symptomen muss auch die Ursache der Symptome oder ein gewisses Verständnis ihrer Physiologie (Funktion) belegt sein. Fieber und Frösteln beispielsweise sind keine Krankheiten, sondern lediglich Symptome. Malaria und Typhus dagegen sind Krankheiten. Krankheiten können durch objektive Nachweise und körperliche Tests nachgewiesen werden. Für keine einzige der vielen behaupteten psychischen „Krankheiten“ wurde jemals irgendein medizinischer Nachweis erbracht.

2. PSYCHIATER BEFASSEN SICH AUSSCHLIESSLICH MIT PSYCHISCHEN „STÖRUNGEN“, NICHT MIT NACHWEISBAREN KRANKHEITEN. Während sich die klassische Medizin mit körperlichen Krankheiten beschäftigt, geht es in der Psychiatrie um „Störungen“. In Ermangelung einer bekannten Ursache oder eines nachvollziehbaren physiologischen Ablaufs wird eine Gruppe von Symptomen, die bei vielen verschiedenen Patienten beobachtet wird, als Störung oder Syndrom bezeichnet. Joseph Glenmullen von der Harvard Medical School schreibt, dass es sich „bei allen psychiatrischen Diagnosen lediglich um Syndrome [oder Störungen] handelt, also um eine Gruppe von Symptomen, bei denen ein Zusammenhang vermutet wird, aber eben nicht um Krankheiten“. Psychiatriekritiker Dr. Thomas Szasz, selbst emeritierter Professor für Psychiatrie: „Im Unterschied zu den meisten körperlichen Krankheiten gibt es keinen Bluttest oder andere medizinische Tests zur Feststellung des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins einer psychischen Erkrankung“.

3. DIE PSYCHIATRIE HAT NOCH NIE EINE URSACHE FÜR IRGEND EINE „PSYCHISCHE STÖRUNG“ GEFUNDEN. Führende Psychiaterverbände wie die World Psychiatric Association (WPA) und das National Institute of Mental Health (NIMH) der Vereinigten

Staaten räumen ein, dass Psychiater weder die Ursachen oder die Heilung für irgendeine psychische Störung kennen, noch wissen, was ihre „Therapien“ im Patienten genau bewirken oder anrichten. Ihre Diagnosen und Methoden stützen sich ausschließlich auf Theorien und widersprüchliche Meinungen und sind ohne jegliche wissenschaftliche Grundlage.

Ein früherer Präsident der World Psychiatric Association drückte es so aus: „Die Zeiten, in denen Psychiater glaubten, sie könnten psychisch Kranke heilen, sind vorbei. In Zukunft werden psychisch Kranke lernen müssen, mit ihrer Krankheit zu leben.“

4. DIE THEORIE EINES „CHEMISCHEN UNGLEICHGEWICHTS“ IM GEHIRN ALS URSACHE (ANGEBLICHER) PSYCHISCHER STÖRUNGEN IST EINE UNBEWIESENE BEHAUPTUNG. NICHT MEHR. Eine weit verbreitete psychiatrische Theorie (und zudem eine fundamental wichtige für den Verkauf von Psychopharmaka) unterstellt, dass psychische Störungen die Folge eines chemischen Ungleichgewichts im Gehirn seien. Wie für viele andere psychiatrische Theorien gibt es auch für diese Behauptung keinen biologischen oder andersartigen Beweis. Als Repräsentant einer großen Anzahl von Experten auf dem Gebiet der Medizin und der Biochemie konstatiert Dr. phil. Elliot Valenstein, Autor des Buches *Blaming the Brain*: „[E]s gibt keine Tests, um den chemischen Zustand des Gehirns eines lebenden Menschen einzuschätzen ...“.

5. DAS GEHIRN IST NICHT DIE WIRKLICHE URSACHE VON PROBLEMEN IM LEBEN. Ja, Menschen haben Probleme und Sorgen, die zu psychischen Schwierigkeiten führen können, manchmal auch zu ernstesten. Aber es ist unlauter, schädlich und in nicht wenigen Fällen auch tödlich, diese Schwierigkeiten als eine unheilbare „Gehirnerkrankung“ darzustellen, die nur durch die Einnahme gefährlicher Pillen gelindert werden könne. Diese Psychopharmaka sind häufig potenter als herkömmliche Drogen und können Menschen zu Gewalttaten verleiten oder in den Selbstmord treiben. Und: Sie verschleiern die wahren Ursachen von Problemen im Leben und schwächen die Lebenskraft der Betroffenen, mit der Folge, dass ihnen eine mögliche wirkliche Genesung und die Hoffnung auf eine bessere Zukunft versperrt bleiben.

PSYCHIATRIE KONTRA MEDIZIN

*Psychiatrische Praktiken und ihre destruktiven
Auswirkungen auf das Gesundheitswesen*

INHALT

EINLEITUNG: Die Manipulation der Medizin	2
KAPITEL EINS Gute Geschäfte, schlechte Medizin ..	5
KAPITEL ZWEI Psychiatrie kontra Medizin	11
KAPITEL DREI Eine Parodie auf Medizin und Wissenschaft	17
KAPITEL VIER Mit dem Drogenhammer auf Wehrlose	23
KAPITEL FÜNF Medizinische Ethik mit schwarzen Flecken	29
KAPITEL SECHS Alternativen zur psychiatrischen Sicht	31
EMPFEHLUNGEN	34
Die Citizens Commission on Human Rights International	36





EINLEITUNG

Die Manipulation der Medizin

Alan I. Leshner, Psychiater und ehemaliger Vorstand des National Institute on Drug Abuse in den USA, erklärte 1998: „Meiner Meinung nach sollte man heute dafür ins Gefängnis kommen, wenn man sich weigert, gegen Depressionen SSRIs [Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, ein neuer Typ Antidepressiva] zu verschreiben. Ich vertrete auch die Ansicht, dass man in fünf Jahren dafür ins Gefängnis wandern sollte, wenn man Crack-Abhängigen nicht die Medikamente verschreibt, an denen wir heute (1998) arbeiten.“¹

In den mehr als 25 Jahren, die ich jetzt auf dem Gebiet der Psychiatriereform arbeite, habe ich mit Hunderten von Ärzten und Tausenden von Patienten gesprochen, während ich dabei mitgeholfen habe, zahlreiche Menschenrechtsverletzungen der Psychiatrie aufzudecken. Bis vor kurzem war

mir jedoch nie in den Sinn gekommen, dass auch die Rechte nicht-psychiatrischer Ärzte in Gefahr sind. Die Frage ist: Liegt es im Bereich des Möglichen, dass ein Arzt straf- oder zivilrechtlich belangt wird, nur weil er sich weigert, Antidepressiva gegen Depressionen zu verschreiben?

Viele Ärzte sind der Überzeugung, dass zahlreiche körperliche Erkrankungen Gemüts- und Verhaltensprobleme verursachen können. Und sie wissen auch, wie wichtig es ist, zuerst diesen Punkt zu überprüfen. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass ein Arzt, der sich auf Antidepressiva verlässt, um emotionale Symptome zu unterdrücken, ohne zuvor nach möglichen zugrunde liegenden körperlichen Leiden zu suchen und diese zu heilen, seine Patienten einfach nur chemisch zusammenflickt. Das Risiko ist groß, dass er sie mit einer Krankheit zurücklässt, die sich verschlimmert.

Was aber wäre, wenn ein Internist oder ein Hausarzt solch eine körperliche Krankheit korrekt diagnostizieren und heilen und die Depression ohne Psychopharmaka verschwinden würde? Könnte dieser Arzt dann beschuldigt werden, *unethisch* gehandelt zu haben? Oder sogar juristisch wegen „grober medizinischer Fahrlässigkeit“ belangt werden, weil er keine Antidepressiva verschrieben hat?

Verrückt, sagen Sie? Das könnte nie passieren? Vielleicht doch. Es ist jederzeit möglich, dass ein Arzt beschuldigt wird, unethisch zu handeln, wenn er ethische Medizin betreibt. Er kann kritisiert, eingeschüchert und wie eine

extremistische Randfigur behandelt werden, wenn er traditionelle, funktionierende diagnostische Medizin praktiziert.

Diese Broschüre ist zuerst für Ärzte gedacht, besonders für jene, die einfach nur „nicht-psychiatrische“ Medizin betreiben wollen und von einer aufrechten und fürsorglichen

Absicht in bester hippokratischer Tradition motiviert sind, Ärzte, die einfach nur ihre Arbeit tun wollen, nämlich bestmöglichst für die Gesundheit von Menschen zu sorgen. Sie ist für Ärzte gedacht, die darüber besorgt sind, dass Millionen Kinder verschreibungspflichtige, süchtig machende, speedähnliche Stimulanzien gegen eine angebliche psychische Störung – die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – einnehmen.

Doch nicht zuletzt wurde sie auch für all jene geschrieben, die die Meinung vertreten, dass es weit mehr als nur sonderbar ist, wenn Behördenvertreter Eltern der kriminellen Vernachlässigung bezichtigen – was heute jederzeit geschehen kann –, nur weil diese sich weigern, ihren Kindern Psychostimulanzien oder Antidepressiva verabreichen zu lassen.

Wie sind wir überhaupt in diese Lage geraten? Wir

„Das psychiatrische Diagnosesystem entstand nicht im Geiste des Respekts für die Traditionen und das Wissen der Allgemeinmedizin und der medizinischen Spezialdisziplinen.“

– Jan Eastgate

hoffen, dass ihnen diese Broschüre hilft, eine Antwort auf diese Frage zu finden.

Unter praktischen Ärzten findet eine bestimmte Art des Denkens über Probleme der geistigen Gesundheit immer weiter Verbreitung. Dies beruht hauptsächlich auf dem „Erfolg“ des psychiatrischen Diagnosesystems, des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM)*. Dieses System, jetzt in der vierten Auflage (*DSM-IV*), und der Abschnitt über „psychische Störungen“ in der *International Classification of Diseases (ICD-10)* werden nicht-psychiatrischen Ärzten gegenüber als unabdingbare Standards zur Erkennung psychischer Störungen ausgegeben.

Aber es gibt noch einen weiteren Faktor. Mediziner sehen sich zwar Druck von vielen Seiten ausgesetzt, doch der Einfluss der Psychiatrie ist insofern einzigartig, als er von einer Art subtil-bösartigem Zwang begleitet wird. Das psychiatrische Diagnosesystem entstand nicht im Geiste des Respekts für die Traditionen und das Wissen der Allgemeinmedizin und der medizinischen Spezialdisziplinen. Es gab kein Begleitschreiben, in dem stand: „Wir respektieren die Unantastbarkeit Ihrer Beziehung zu den Patienten und Ihren Wunsch, das Beste für sie zu tun. Machen Sie sich bitte mit unserem Diagnosesystem vertraut und beurteilen Sie dann aufgrund Ihrer eigenen Beobachtungen, ob wir auf dem richtigen Weg sind. Wir sind dankbar für jede Rückmeldung und konstruktive Kritik. Wenn Sie Hilfe benötigen, sind wir jederzeit für Sie da.“

Stattdessen ist der Tenor des psychiatrischen Diagnose-Handbuchs sinngemäß folgender: „Hier ist ein kleines Kind mit schweren psychischen Problemen. Unsere fachmännische Diagnose ist bereits erstellt, Sie müssen also nichts weiter tun, als unsere strikten Anweisungen zur Medikamentenverschreibung befolgen und sich ansonsten unserer fachmännischen Aufsicht unterstellen.“ Mit anderen Worten: „Ihre Patienten scheinen Ihnen mehr zu trauen als uns, darum lesen Sie hier, wie Sie die psychischen Erkrankungen diagnostizieren müssen, an denen ihre Patienten zweifelsfrei leiden.“



Wir sprechen hier von genau dem unterschweligen Zwang, der der Psychiatrie unauslöschlich anhaftet, seit sie vor 200 Jahren in („Irren“-)Anstalten ihre ersten Aufsichtspflichten übernommen hat. Er offenbart sich auf vielerlei Arten, und wo immer er auftaucht, kann er sich extrem destruktiv auf Gewissheit, Stolz, Ehre, Fleiß, Initiative, Integrität, inneren Frieden, Wohlergehen und Vernunft auswirken. Dies alles sind Charakterzüge, für deren Bewahrung wir uns einsetzen müssen. Für alle Patienten. *Und für alle Mediziner.*

Mit herzlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jan Eastgate". The signature is fluid and cursive.

Jan Eastgate
Präsidentin der
Citizens Commission on Human Rights International

WICHTIGE FAKTEN

1

Die „biologische Psychiatrie“ ist nach 40 Jahren immer noch den Nachweis schuldig, dass irgendeine psychiatrische Diagnose eine Abnormalität oder Krankheit darstellt, oder irgendetwas „Neurologisches“, „Biologisches“, „chemisch Unausgewogenes“ oder „Genetisches“ sei.

2

1998 war eine von den amerikanischen *National Institutes of Health* (NIH) veranstaltete Konferenz mit den führenden ADHS-Befürwortern der Welt zu der Schlussfolgerung gezwungen, dass es keinen Beweis gibt, der ADHS als eine Fehlfunktion des Gehirns bestätigt. ...²

3

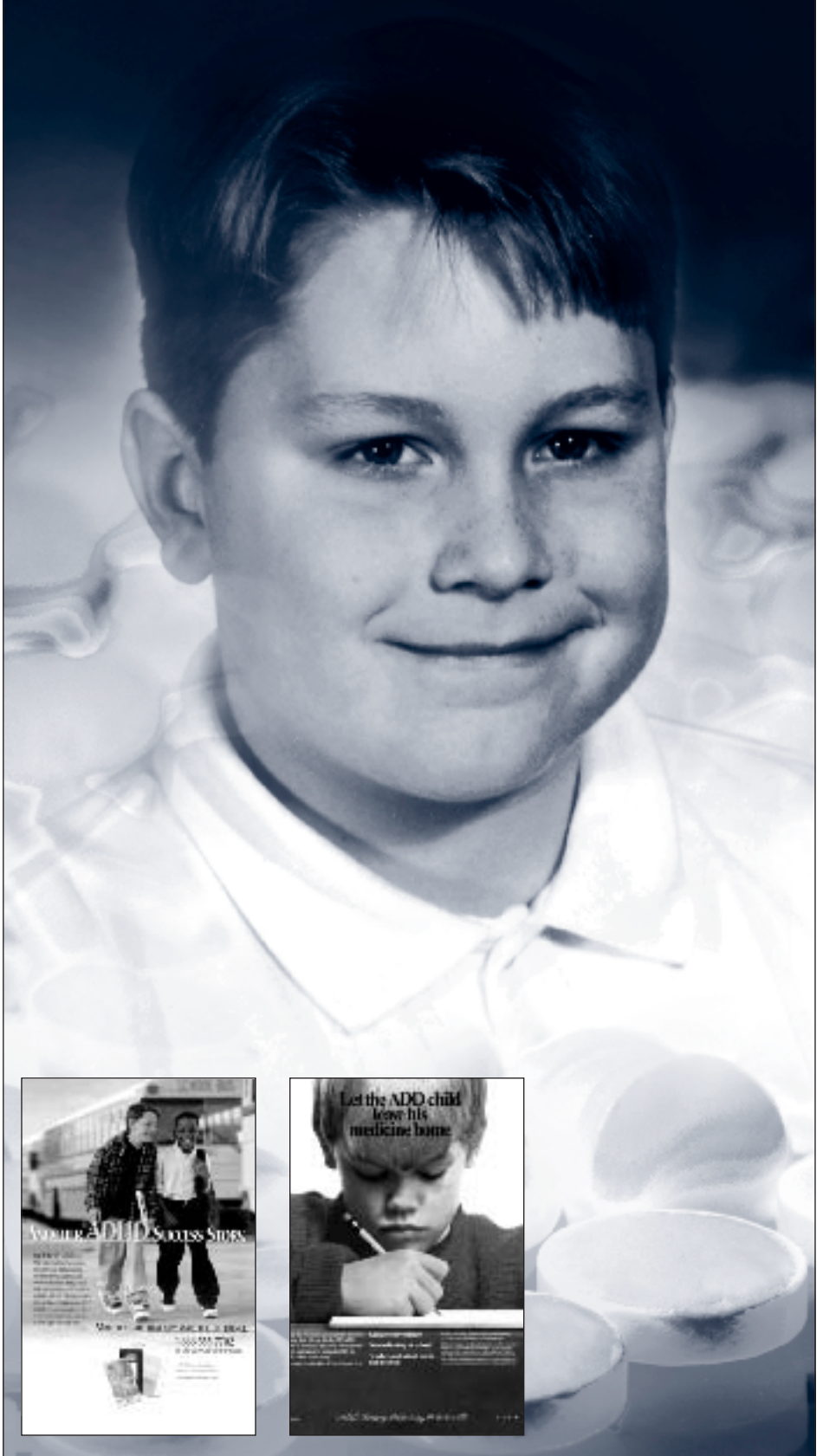
Nach Dr. Paul Runge, einem deutschen Kinder- und Jugendpsychiater, würde bei Annahme einer biologischen Ursache für ADHS „eine echte, effektive Behandlung ein Heilmittel verlangen, das nur diese spezielle biologische Störung beeinflusst.“³ Eine solche Behandlung existiert aber nicht.

4

Die im Jahre 2002 niedergelegten Empfehlungen der Parlamentarischen Versammlung des Europarates fordern „eine striktere Kontrolle von Diagnose und Behandlung dieser Störungen. Die Versammlung vertritt auch die Ansicht, dass mehr Forschung über die Auswirkungen pädagogischer Lösungen für Kinder mit ADHS-Symptomen betrieben werden sollte sowie über alternative Behandlungsmethoden.“⁴

5

In den 90er Jahren stieg die weltweite Produktion von Methylphenidat (Ritalin) von 2,8 Mio. auf 15,3 Mio. Tonnen an.⁵



Matthew Smith wurde an seiner Schule dazu gezwungen, ein psychiatrisches Stimulans einzunehmen, damit er sich „besser konzentrieren“ könne. Im Jahr 2000 starb er im Alter von 14 Jahren an Herzversagen. Ein Gerichtsmediziner führte den Tod auf die jahrelange Einnahme dieses verschriebenen Stimulans zurück. Immer mehr Kindern wird die Diagnose ADS/ADHS auferlegt, eine „Krankheit“, deren Existenz noch niemals klinisch nachgewiesen wurde. Großangelegte Marketingkampagnen sind weitgehend für den Anstieg der Verschreibungen verantwortlich.



KAPITEL EINS

Gute Geschäfte, schlechte Medizin

Im Alter von Sieben wurde bei Matthew Smith in der Schule eine *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (ADHS) diagnostiziert. Seinen Eltern wurde gesagt, er benötige ein Stimulans, um sich besser konzentrieren zu können. Den anfangs zögernden Eltern gab man zu verstehen, dass ein Zuwiderhandeln eine Strafanzeige wegen Vernachlässigung der Erziehung und der emotionalen Bedürfnisse ihres Sohnes zur Folge haben könnte. „Meine Frau und ich hatten Angst vor der Möglichkeit, unser Kind zu verlieren, wenn wir nicht Folge leisten“, sagte Lawrence Smith, Matthews Vater. Und nachdem es hieß, es sei nichts verkehrt mit der „Medikation“, sie könne nur helfen, fügten sich Matthews Eltern dem Druck und willigten ein.

Am 21. März 2000 starb Matthew während des Skateboardens an einem Herzinfarkt. Bei der Obduktion wurden an seinem Herz eindeutige Zeichen jener Schädigung der kleinen Blutgefäße gefunden, wie sie durch stimulierende Substanzen wie Amphetamine verursacht werden. Der mit der Untersuchung beauftragte Gerichtsmediziner schloss daraus, dass Matthew an der jahrelangen Einnahme eines ihm verschriebenen Stimulans gestorben war.

Trotz gegenteiliger Behauptungen der Psychiatrie ist die Verschreibung einer kokainähnlichen Droge für die Kinder dieser Welt in keiner Weise wissenschaftlich untermauert. Bei der Mehrzahl der verfügbaren

Daten fällt eine gewaltige Verdrehung von Tatsachen auf. Die nachfolgenden Informationen zeigen eine alternative Sichtweise für den interessierten Arzt auf.

1998 war eine von den amerikanischen *National Institutes of Health* (NIH) veranstaltete Konferenz mit führenden ADHS-Befürwortern der Welt zu der Schlussfolgerung gezwungen, dass es keine Daten gibt, die ADHS als eine Fehlfunktion des Gehirns bestätigen.

„Die Diagnose von ADS (Aufmerksamkeitsdefizitstörung) ist völlig subjektiv ... Es gibt keinen Test. Sie ist völlig der Interpretation überlassen. Vielleicht verhält sich ein Kind vorlaut in der Klasse oder sitzt nicht still. Die Grenze zwischen einem an ADS leidenden und einem gesunden, ausgelassenen Kind kann völlig verschwommen sein.“⁶

– Dr. Joe Kosterich, Bundesvorsitzender der Australian Medical Association, Abteilung Allgemeinmedizin, 1999

Die Konferenzteilnehmer gaben zu, dass „unser Wissen über die Ursache oder Ursachen von ADHS im Wesentlichen spekulativ bleibt“. Entsprechend räumte auch das *National Institute for Clinical Excellence* in Großbritannien ein, dass „es immer noch Kontroversen über die Ursachen und die diagnostische Gültigkeit von ADHS gibt.“⁷

Dominick Riccio, Direktor des International Center for the Study of Psychiatry and Psychology, sagt: „Sie müssten mir schon eine direkte kausale

Beziehung zwischen irgendeiner Gehirnchemikalie und den ADHS-Symptomen zeigen. ... Sie hatten die Dopamine-Hypothese. Sie hatten die Serotonin-Hypothese. Keine der beiden zeigt einen kausalen Zusammenhang.“⁸

Die praktische Ärztin Dr. Louria Shulamit aus Israel meint: „ADHS ist (per Definition) keine Krankheit, sondern ein Syndrom. Als solches wird sie anhand von Symptomen diagnostiziert. Die Symptome dieses Syndroms sind so allgemein, dass diese Diagnose bei allen Kindern – insbesondere bei Jungen – zutrifft.“⁹



Kinder] zu verringern. Eine chemische Kontrolle menschlichen Verhaltens von solchem Ausmaß wurde bisher in unserer Gesellschaft außerhalb von Pflegeheimen und psychiatrischen Kliniken noch nicht unternommen.“¹¹

Kein chemisches Ungleichgewicht

Psychiater argumentieren, dass ADHS ein chemisches Ungleichgewicht zugrunde liege, das genauso eine „Medikation“ erfordere wie Diabetes eine Insulinbehandlung.

Dr. Elliot Valenstein hält dem entgegen: „...Es stehen keinerlei Tests zur Verfügung, um den chemischen Zustand des Gehirns eines lebenden Menschen zu bestimmen.“¹² Joseph Glenmullen von der Harvard Medical School erklärt: „In allen Fällen, in denen geglaubt wurde, dass ein solches Ungleichgewicht gefunden worden sei, stellte es sich später als falsch heraus.“¹³

Im Jahre 2004 verwarf der Psychiater M. Douglas Mar die Theorie, dass mit Hilfe von Gehirn-Scans psychische Krankheiten diagnostiziert werden können: „Es gibt keine wissenschaftliche Grundlage für diese Forderung [nach dem Einsatz von Gehirn-Scans für psychiatrische Diagnosen].“¹⁴ „Eine akkurate Diagnose nur aufgrund eines Gehirn-Scans ist schlicht unmöglich“, pflichtet Dr. Michael D.

„Wie können Millionen von Kindern eine Droge einnehmen, die pharmakologisch einer anderen Droge sehr ähnlich ist, nämlich Kokain, das nicht nur als gefährlich und Sucht erzeugend angesehen wird, sondern dessen Kauf, Verkauf und Gebrauch auch als Straftat gelten?“

– Richard DeGrandpre, Professor für Psychologie und Autor von *Ritalin Nation*

Dr. William Carey, ein respektierter Kinderarzt an der Kinderklinik von Philadelphia, meint: „Die gegenwärtige Beschreibung von ADHS führt zur Diagnose, wenn eine gewisse Anzahl schwieriger Verhaltensweisen existiert und andere Kriterien erfüllt sind. Dabei wird übersehen, dass es sich bei den dort beschriebenen Verhaltensweisen gewöhnlich um normale Verhaltensweisen handelt.“¹⁰

In seinem Buch *Prescriptions for Disaster (Verschriebenes Unheil)* schreibt Thomas Moore, dass der gegenwärtige Umgang mit Medikamenten wie Ritalin eine „schockierende Gefahr“ für eine ganze Generation von Kindern bedeutet. Das Medikament wird „zur kurzfristigen Steuerung des Verhaltens verabreicht – nicht um eine erkennbare Gefahr für die Gesundheit [der

Devous vom Nuklearmedizinischen Zentrum des Südwestlichen Medizinischen Zentrums der Universität Texas bei.¹⁵

Dr. Mary Ann Block, Autorin von *No more ADHD (Schluss mit ADHS)* widerspricht aufs Schärfste: „ADHS ist nicht mit Diabetes und Ritalin nicht mit Insulin vergleichbar. Diabetes ist ein real existierender medizinischer Zustand, der objektiv diagnostiziert werden kann. ADHS ist ein erfundener Begriff, für dessen Feststellung es keine objektiven, gültigen Methoden gibt. Insulin ist ein lebenswichtiges natürliches Hormon, das vom Körper produziert wird. Ritalin ist eine chemisch gewonnene, amphetaminartige Droge, die nicht lebensnotwendig ist. Diabetes

ist ein Insulinmangel. Aufmerksamkeits- und Verhaltensprobleme dagegen sind kein Ritalinmangel.“¹⁶

Im Jahre 2001 bemerkte Dr. phil. Ty C. Colbert hierzu: „Wie bei allen anderen psychischen Störungen gibt es auch für ADHS keinen biologischen Test oder ein genetisches Merkmal.“¹⁷

Gefährliche Drogenauswirkungen

Es gibt zahlreiche Gesundheitsrisiken und Widersprüche im Zusammenhang mit der Verschreibung von bewusstseinsverändernden Drogen für das sogenannte ADHS oder für Lernstörungen.

Laut dem *Physician's Desk Reference Guide*, einem Handbuch für Ärzte in den Vereinigten Staaten, können erhöhter Blutdruck und Herzschlag die Folge der Einnahme des Stimulans sein, das hauptsächlich gegen ADHS verschrieben wird.¹⁸

Im August 2001 wiederholte die Zeitschrift der American Medical Association, dass das am häufigsten verwendete Stimulans sehr ähnlich wie Kokain wirkt.¹⁹

Langfristige schädliche Nebenwirkungen können manchmal erst Jahre nach Beginn oder sogar erst nach Ende der Einnahme von ADHS-Psychopharmaka auftreten.²⁰ „Die nachteilige Wirkung auf Wachstumshormone ist so üblich und vorhersehbar, dass sie als Maßstab dafür herangezogen werden kann, ob [das Stimulans] im Körper des Kindes aktiv ist.“²¹ „Sogar die sexuelle Reifung des Kindes ist beeinträchtigt.“²² Selbstmord ist die Hauptkomplikation beim Entzug dieses Stimulans und ähnlicher amphetaminartiger Drogen.²³

Dr. Sydney Walker III, Autor des Buches *The*

Hyperactivity Hoax (Der Schwindel mit der Hyperaktivität): „Auch wenn Untersuchungen nahe legen, dass das Methylphenidat (Ritalin) wahrscheinlich nur ein schwaches Karzinogen [krebserzeugende Substanz] ist, darf dieses zukünftige Krebsrisiko für Millionen von Kindern – auch wenn es noch so gering ist – nicht leichtfertig in Kauf genommen werden. Ein weiterer Bericht jüngerer Datums warnt davor, dass [das Stimulans] eventuell dauerhafte, kumulative Wirkungen auf das Myokardium [Herzmuskel] hat.“²⁴

In den Vereinigten Staaten werden 85% der internationalen Produktion von Methylphenidat (Ritalin) verbraucht.²⁵ 2002 berichtete die Parlamentarische Versammlung des Europarates, die europäischen Spitzenreiter im Verbrauch von Methylphenidat seien die Schweiz, Island, die Niederlande, Großbritannien, Deutschland, Belgien und Luxemburg. In Großbritannien stiegen die Verschreibungen von Stimulanzien für Kinder zwischen 1992 und 2000 um 9.200 %. Australien erlebte während der letzten beiden Jahrzehnte einen 34fachen Anstieg der verschriebenen Stimulanzien.²⁶ Frankreich berichtete für den Zeitraum 1989 bis 2002 einen 600%igen Anstieg der als ‚hyperaktiv‘ abgestempelten Kinder.²⁷ In Mexiko stieg der Umsatz von Methylphenidat zwischen 1993 und 2001 um 800 %.

„Wie können Millionen von Kindern eine Droge einnehmen, die pharmakologisch einer anderen Droge sehr ähnlich ist, nämlich Kokain, das nicht nur als gefährlich und Sucht erzeugend angesehen wird, sondern dessen Kauf, Verkauf und Gebrauch auch als Straftat gelten?“, fragt Richard DeGrandpre, Professor für Psychologie und Autor von *Ritalin Nation*.²⁸



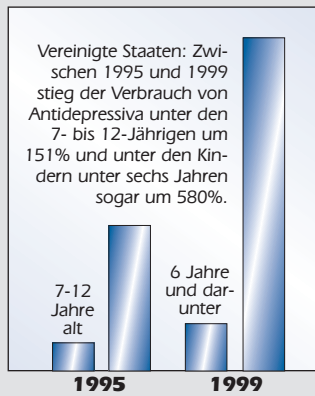
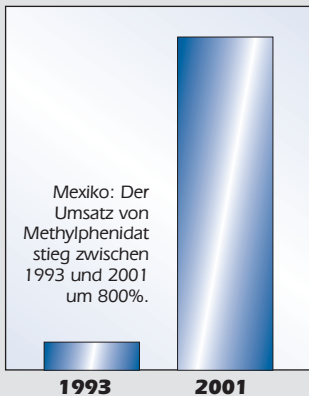
„Wenn es keinen gültigen Test für ADHS gibt, keine Daten, die beweisen, dass ADHS eine Fehlfunktion des Gehirns ist, keine Langzeitstudien über die Nebenwirkungen der Medikamente, und wenn die Medikamente die schulischen Leistungen und sozialen Fertigkeiten nicht verbessern, sondern Zwangsverhalten und Gemütsstörungen verursachen und zu illegalem Drogenkonsum führen können, warum um alles in der Welt bekommen dann Millionen von Kindern und Erwachsenen den Stempel ‚ADHS‘ aufgedrückt und diese Medikamente verschrieben?“

– Dr. Mary Ann Block, Autorin von *No More ADHD*

PSYCHOPHARMAKA

Eskalierender Verbrauch und Absatz

In den Vereinigten Staaten werden 85% der internationalen Produktion von Methylphenidat (Ritalin) verbraucht. Dennoch berichtete die Parlamentarische Versammlung des Europarates im Jahre 2002 hohe Zahlen im Verbrauch von Methylphenidat für die Schweiz, Island, die Niederlande, Großbritannien, Deutschland, Belgien und Luxemburg. Statistiken belegen den sprunghaften Anstieg des Verbrauchs von Psychopharmaka



VON DER VERSTOPFUNG ZUR ADHS-DIAGNOSE

Austin Harris wurde als „Musterfall einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ gehandelt. Er war ein Kind, das niemand um sich haben wollte und das innerhalb von drei Jahren aus elf Vorschulen rausgeworfen wurde. Die Gründe reichten von obszönen Sprüchen über Prügeleien mit anderen Kindern. Einmal stach er einem Lehrer mit einem Bleistift ins Auge. Er wurde auf Stimulanzien gesetzt.

Aber es geschah etwas Unerwartetes: nachdem Austin zur Entfernung eines Darmverschlusses im Krankenhaus behandelt worden war, terrorisierte das Kind, das niemand um sich haben wollte, seine Lehrer und Klassenkameraden nicht mehr. Stattdessen war Austin, mittlerweile 10 Jahre alt, in der Lage ruhig zu sitzen, und es war eine Freude ihn um sich zu haben. Die Medikamente wurden abgesetzt.

Führende Kinderinternisten haben festgestellt, dass ein Zusammenhang zwischen Verhalten und chronischer Verstopfung bei Kindern nicht ungewöhnlich ist. „Die Verhaltensauffälligkeiten verschwinden, sobald die Überbelastung beseitigt ist“, so Dr. Paul Hyman, Leiter der Abteilung für Kinder-Gastroenterologie am Medical Center der Universität von Kansas. Hyman erklärt, dass das negative Verhalten von Kindern durch Angst und Schmerz verursacht werden kann, derer sich das Kind vielleicht nicht einmal bewusst ist.³³



Weitere 1,5 Million Kinder und Jugendliche in den Vereinigten Staaten nehmen SSRI-Antidepressiva.²⁹ Von 1995 bis 1999 ist der Verbrauch von Antidepressiva unter den 7- bis 12-Jährigen in den USA um 151% und unter den Kindern unter sechs Jahren sogar um 580% gestiegen. Einige begingen sogar schon im Alter von fünf Jahren Selbstmord. Auch in Großbritannien hat sich die Zahl der Verschreibungen für Antidepressiva in 10 Jahren mehr als verdoppelt.³⁰

Im Jahre 2003 warnte die britische Arzneimittelaufsichtsbehörde Ärzte vor der Verschreibung von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, weil diese Mittel Selbstmordgefahr hervorrufen können. Dieser Warnung folgend, verkündete ein Beratungskomitee für öffentliche Gesundheit der US-Food and Drug Administration (FDA) am 22. März 2004: „Angst- und Erregungszustände, Panikattacken, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Feindseligkeit, Impulsivität, Akathisie (schwere Rastlosigkeit), Hypomanie und Manie sind sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern festgestellt worden, die mit (SSRI) Antidepressiva behandelt wurden – sowohl bei psychiatrischen als auch bei nicht-psychiatrischen Patienten.“³¹

Robert Whitaker, Wissenschaftsschriftsteller und Autor von *Mad in America*, sagt: „Nach Jahren der zunehmenden Verwendung von Psychopharmaka haben wir eine Krise in der psychischen Gesundheit vor uns, eine Epidemie von psychischen Erkrankungen bei Kindern. Anstatt durch die Zunahme der Medikamentierung eine Verbesserung der psychischen Gesundheit zu sehen, erleben wir eine Verschlechterung.“³²

„Eines der Dinge, mit denen ich nur schwer fertig werde“, sagt Lawrence Smith, Vater des toten Matthew, „ist die Tatsache, dass Matthew seine Medikamente nie wollte. Wie viele weitere 14-jährige Matthew Smiths werden noch sterben müssen, ehe jemand diesem größten Betrug aller Zeiten im Gesundheitswesen ein Ende setzt?“

Es war allerdings ein Psychiater, der Matthew die tödlichen Psychodrogen verschrieben hat, nicht „das Gesundheitswesen“. Aber indem die Allgemeinmedizin das psychiatrische Diagnose- und Behandlungssystem akzeptiert, setzt sie sich selbst Risiken und Kontroversen aus, weil die Fehlschläge und Unzulänglichkeiten dieses Systems offensichtlich werden.

Daneben besteht noch ein weiteres schweres Berufsrisiko: Wenn Allgemeinmediziner und Fachärzte psychiatrischen Vorstellungen zustimmen oder diese sogar übernehmen, könnten sie in den Augen der Öffentlichkeit nicht nur mit dem schlechten Ruf der Psychoindustrie, sondern auch mit der unheilvollen Geschichte der Psychiatrie assoziiert werden. Eine Geschichte, die es wert ist, näher untersucht zu werden.

WARNUNG VOR BEHANDLUNGSFEHLERN

Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht

von Dr. med. Fred A. Baughman, Jr.

Dr. Baughman ist Kinderneurologe und Mitglied der American Academy of Neurology. Er entdeckte und beschrieb tatsächliche Krankheiten, fand jedoch keine Abnormalitäten bei Kindern, denen ADHS und „Lernfähigkeiten“ nachgesagt wurden.



Während der 80er und 90er Jahre erlebte ich, wie die ADHS-Epidemie explosionsartig um sich griff. Und genauso wie es meine Pflicht gegenüber jedem Patienten ist, eine Krankheit zu diagnostizieren, wenn sie tatsächlich existiert, erachtete ich es auch als meine Pflicht, einem Patienten klar zu machen, dass er keine hat, wenn keine Abnormalität gefunden werden kann. Darüber hinaus fasse ich es ebenfalls als meine Pflicht auf, die wissenschaftliche Literatur über jede wirkliche neurologische Krankheit zu kennen, und auch über jede nur behauptete Krankheit.

Im Gegensatz dazu ist die „biologische Psychiatrie“ nach 40 Jahren immer noch den Nachweis schuldig, dass irgendein psychiatrischer Zustand oder irgendeine psychiatrische Diagnose eine Abnormalität oder Krankheit darstellt, oder irgendetwas „Neurologisches“, „Biologisches“, „chemisch Unausgewogenes“ oder „Genetisches“.

Ohne eine derartige Abnormalität ist die pseudo-medizinische Kennzeichnung „ADHS-Kind“ nichts als

eine Stigmatisierung und die unabänderlich folgende ungerechtfertigte medikamentöse Behandlung nichts anderes als körperliche Misshandlung. Die bei ADHS und „Lernstörungen“ üblicherweise verordneten „Medikamente“ sind gefährliche und Sucht erzeugende amphetaminartige Drogen.

Die folgenden Kinder sind nicht mehr hyperaktiv oder unaufmerksam – sie sind tot. Zwischen 1994 und 2001 wurde ich, aus medizinischen oder rechtlichen Gründen, offiziell oder inoffiziell, in den folgenden Todesfällen zu Rate gezogen:

■ Stephanie, 11, wurde ein Stimulans verschrieben; sie starb an Herzrhythmusstörungen.

■ Matthew, 13, wurde ein Stimulans verschrieben; er starb am Kardiomyopathie [Erkrankung des Herzmuskels].

■ Macauley, 7, wurden ein Stimulans und drei andere Psychopharmaka verschrieben; er erlitt einen Herzstillstand.

■ Travis, 13, wurde ein Stimulans verschrieben; er starb an Kardiomyopathie.

■ Randy, 9, wurden ein Stimulans und einige andere Medikamente verabreicht; er starb an Herzstillstand.

■ Cameron, 12, wurde ein Stimulans verschrieben; er starb am hyper-eosinophilen Syndrom [abnormale Zunahme von weißen Blutkörperchen]. Dies ist ein hoher Preis für die „Behandlung“ einer „Krankheit“, die es nicht gibt.



„Ich bitte alle Ärzte, sich Folgendes einzuprägen: Keine nachweisbare physische oder chemische Abnormalität = keine Krankheit!“

– Dr. med. Fred A. Baughman, Jr., Kinderneurologe

Indem ADHS ohne wissenschaftliche Belege als Abnormalität oder Krankheit bezeichnet wird, spricht der Psychiater wissentlich eine Lüge aus und verletzt die ärztliche Informationspflicht sowohl gegenüber dem Patienten als auch gegenüber den Eltern. Dies ist de facto ein ärztlicher Behandlungsfehler.

Ich bitte alle Ärzte, sich Folgendes einzuprägen: „Keine nachweisbare physische oder chemische Abnormalität = keine Krankheit!“

WICHTIGE FAKTEN

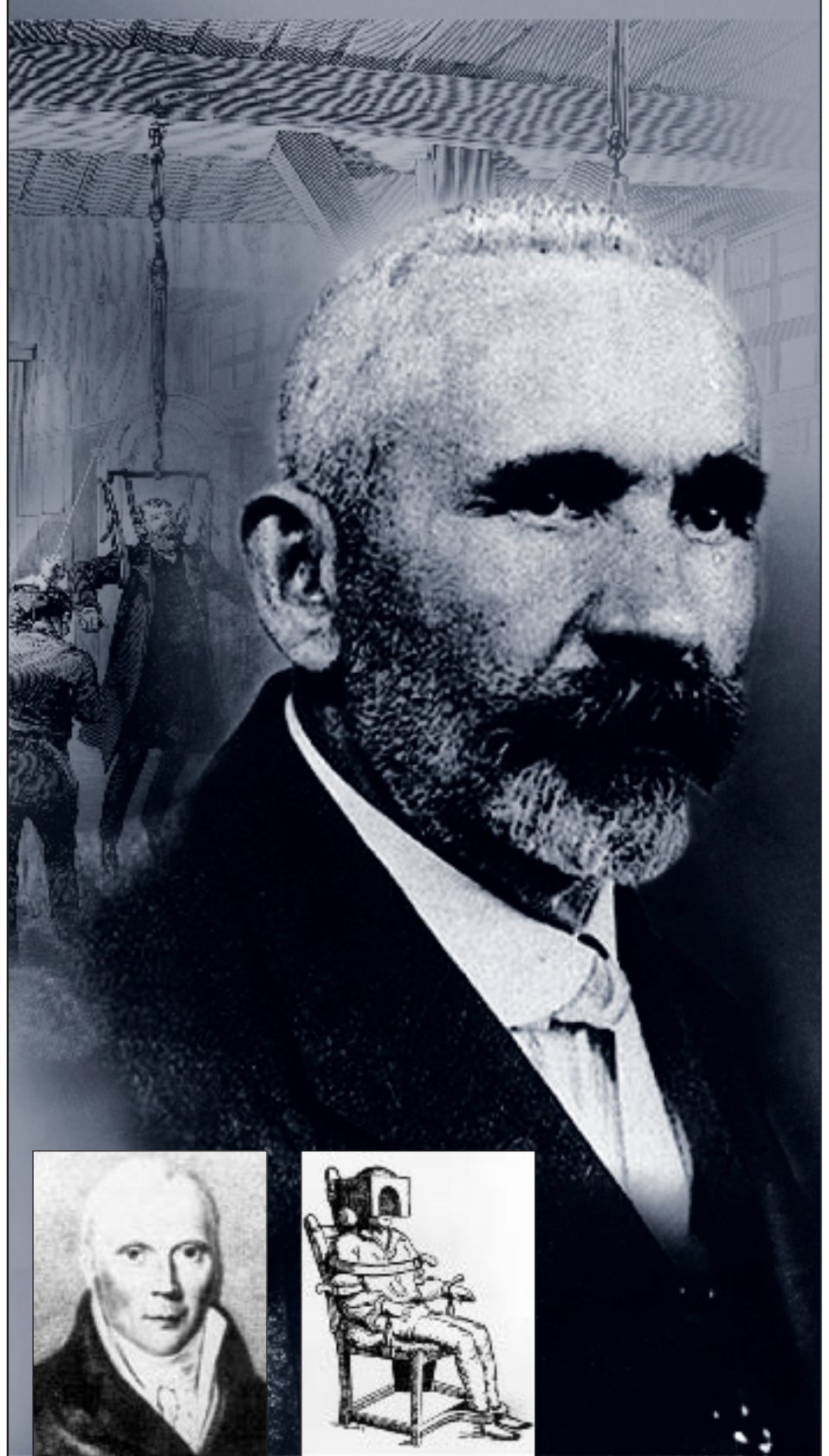
1 Während die Medizin auf ihrer gesicherten wissenschaftlichen Basis zu großen Entdeckungen voranschritt, entwickelte sich die Psychiatrie losgelöst vom wissenschaftlichen Modell und näherte sich einem Verstehen oder Heilen mentaler Probleme keineswegs an.

2 In den 30er und 40er Jahren versuchte die Psychiatrie, die Medizin mit körperlichen „Behandlungen“ wie Insulinschock, Gehirnchirurgie und Elektroschockbehandlung nachzuahmen.

3 In den 50er und 60er Jahren parodierte die Psychiatrie die Medizin mit psychoaktiven Drogen, die Symptome nur unterdrückten.

4 1989 riet die American Psychiatric Association (APA) ihren Mitgliedern, ihr „Ansehen unter den nicht-psychiatrischen Ärzten“ zu erhöhen. Sie sollten das *DSM* verwenden, um „Gewinnanteile durch mehr Überweisungen zu erreichen“.³⁴

5 1998 produzierte die World Health Organization (WHO) einen „Leitfaden zur psychiatrischen Grundversorgung“, um praktische Ärzte zu veranlassen, psychische Krankheiten zu diagnostizieren.³⁵



Seit 1808, als Johann Reil (innen) das Wort „Psychiatrie“ prägte, bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts, als Emil Kraepelin (oben) einen Psychiater als „einen absoluten Herrscher, der – geleitet von unserem heutigen Wissen – in der Lage wäre, in die Lebensumstände von Menschen rücksichtslos einzugreifen“ definierte, haben Psychiater vergeblich versucht, die medizinische Wissenschaft nachzuahmen. Nach 300 Jahren des Unterdrückens von Symptomen mit Schmerz und Gewalt (wie mit dem „Beruhigungsstuhl“ im Bild oben) kann die Psychiatrie Geisteskrankheit immer noch nicht definieren, geschweige denn die Ursache und Heilung dafür finden.



KAPITEL ZWEI

Psychiatrie kontra Medizin

Man kann die Psychiatrie von heute am besten begreifen, wenn man die Psychiatrie von gestern versteht.

Im Gegensatz zur Medizin selbst, die mindestens bis ins antike Griechenland zurückreicht, steckt die Psychiatrie noch in den Kinderschuhen. Laut Professor Edward Shorter, Autor des Buches *A History of Psychiatry*, „gab es vor dem Ende des 18. Jahrhunderts so etwas wie die Psychiatrie nicht.“³⁶ Die Mediziner Franz G. Alexander und Sheldon T. Selesnick berichten, dass man im 18. und 19. Jahrhundert glaubte, die Geisteskranken mit den körperlichen Methoden der Medizin nicht behandeln zu können.³⁷

Man schrieb das Jahr 1676, als Ludwig XIII in ganz Frankreich per Dekret die Hospiteaux Generaux (allgemeine Krankenhäuser) etablierte, um „die Zügellosen, die verschwenderischen Väter, die verlorenen Söhne, die Gotteslästerer, Männer, die sich selbst zugrunde richten“, [und] die Sittenlosen“ aufzunehmen. Dieser Erlass markiert den Beginn des „großen Wegsperrrens der Geisteskranken“.³⁸

Aus diesen Anstalten erwuchs das Fachwissen des Anstaltsaufsehers, dem direkten Vorgänger des Anstaltspsychiaters. Der Begriff *Schlangengrube* – umgangssprachlich für „psychiatrische Klinik“ – stammt aus diesen frühen Tagen, als die Geisteskranken in mit Schlangen gefüllte Gruben geworfen wurden, um sie durch den Schock wieder zu Sinnen zu bringen.

Obwohl ihnen nur bloße Verwahrtätigkeiten zugewiesen waren, behaupteten diese frühen „Psychiater“, einen „legitimen Anspruch auf den Status der ärztlichen

Zunft zu haben, weil das Betreiben einer Anstalt auf therapeutische Art eine mindestens ebenso schwierige Kunst und Wissenschaft ist wie Chemie oder Anatomie“.³⁹ An diesem Anspruch hält die Psychiatrie, trotz vernichtender Gegenbeweise, seit 100 Jahren unerschütterlich fest.

Obwohl die Psychiatrie als „notwendig“ akzeptiert wurde, war sie der Medizin suspekt und wurde in einer Randposition gehalten.

1858 markierte Rudolf Virchows Veröffentlichung *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre* die Geburts-

stunde der modernen Medizin als einer Fachrichtung auf empirischer, wissenschaftlicher Grundlage. Das Studium der Pathologie als der Phänomenologie von Krankheiten und das Studium der Bakteriologie als der Lehre von den Ursachen von Infektionskrankheiten stellten die Medizin auf das solide Fundament moderner Wissenschaft.⁴⁰

„Wir würden gut daran tun, uns an die Kunst der Medizin zu erinnern und die Worte jenes Mannes zu beherzigen, der den [Hippokratischen] Eid geschrieben hat...“

– Dr. med. John Dorman, Arzt an der Stanford Universität, *Journal of American College Health*, 1995

Während die Medizin ruhig und rasch auf ihrer gesicherten wissenschaftlichen Basis zu großen Entdeckungen voranschritt, entwickelte die Psychiatrie losgelöst vom wissenschaftlichen Modell ihre eigenen Ideen.

1803 beschrieb Johann Reil, der später das Wort Psychiatrie prägte (grch. *psyche* „Seele“ + *iatreia* „Heilung“), die frühen Aufseher so: „... sie standen sofort bereit, um das Los der Geisteskranken zu verbessern“. Er schilderte sie als „eine mutige Rasse von Männern“, die sich an diese „gewaltige Idee“ heranwagte, „eine der verheerendsten Plagen der Erde auszurotten“.⁴¹

DUNKLE VERGANGENHEIT

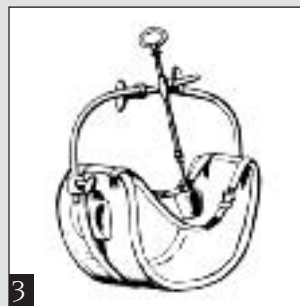
Brutale Behandlungsmethoden

Seit ihren Anfängen verwendet die Psychiatrie grausame Zwangsmethoden. Mit unterschiedlichen Formen der Gewalt werden Menschen körperlich und psychisch überwältigt, die bereits an den Grenzen ihrer psychischen Belastbarkeit stehen. Bereits im 18. Jahrhundert behaupteten die Verantwortlichen der so genannten Irrenanstalten beharrlich, ihre barbarischen Praktiken seien die einzigen „wirkungsvollen Methoden“. In Wahrheit haben ihre Methoden nie geheilt. Patienten wurden bestenfalls gedemütigt und gefügig gemacht, in den meisten Fällen jedoch erheblich geschädigt.

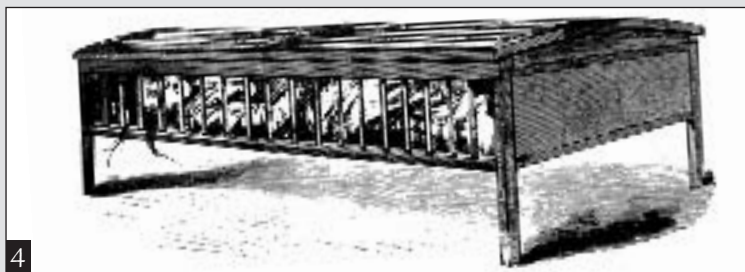
1) In der Vergangenheit beinhaltete psychiatrische „Behandlung“ unter anderem: körperliche Züchtigung; Anketten an die Wand; Fixierung mit einer an der Wand befestigten Jacke (Wandkamisol) oder mit einer herkömmlichen Zwangsjacke (rechts).



2) Andere Methoden beinhalteten unvorhergesehene Stürze der Patienten in eiskaltes Wasser, in dem man sie längere Zeit festhielt, während man ihnen wiederholt Wasser über den Kopf schüttete, um Angst und einen „Abkühl-Effekt“ zu erzielen. (links)



3) Der „Eierstockkompressor“ zur Bändigung hysterischer Frauen (rechts) oder 4) das Einsperren in den verschiedensten Vorrichtungen wie in diesem Käfigbett (unten) dienten ebenfalls dazu, den Patienten einzuschüchtern und gefügig zu machen.



Mit anderen Worten, die psychiatrischen Pioniere glaubten daran, Geisteskrankheit *ausrotten* zu können.⁴²

Reil war der erste, der die „psychischen Behandlungsmethoden“ als Teil der medizinischen und chirurgischen Methoden bezeichnete. Seine „psychischen Behandlungen“ bedeuteten Massage, Auspeitschen, Schlagen und Opium. Dr. med. John G. Howells spricht in World History of Psychiatry davon, dass Reils Empfehlung dieser „Heilmethoden für Geisteskrankheiten“ einen „wesentlichen Beitrag dazu leisteten, die Psychiatrie als medizinische Spezialdisziplin zu etablieren.“⁴³ Um 1840 verkündete Dr. Thomas Kirkbrade, Vorsteher des Pennsylvania Hospitals für Geisteskranke, dass „neue Fälle von Geisteskrankheit gewöhnlich gut heilbar sind“.⁴⁴

Zu diesen phantasievollen Behandlungsmethoden gehörte etwa der „so genannte Darwin-Stuhl“, in dem „die Geisteskranken rotierten, bis ihnen das Blut aus Mund, Ohren und Nase strömte; über Jahre hinweg wurden äußerst erfolgreiche Heilungen durch den Gebrauch dieses Stuhles berichtet. Weitere Behandlungsmethoden waren Kastration und Hungerkuren.“⁴⁵

Der psychiatrische Pionier Emil Kraepelin definierte 1918 einen Psychiater als „einen absoluten Herrscher, der – geleitet von unserem heutigen Wissen – in der Lage wäre, in die Lebensumstände von Menschen rücksichtslos einzugreifen und der sicherlich innerhalb eines Jahrzehnts eine entsprechende Abnahme der Geisteskrankheit erzielen würde.“⁴⁶ Während der Erste Weltkrieg tobte, etablierte Kraepelin in Deutschland ein psychiatrisches Forschungszentrum „mit dem Zweck, die Natur von Geisteskrankheiten zu bestimmen und Techniken zu ihrer Vorbeugung, Linderung und Heilung zu entdecken“. Es seien bereits Fortschritte erzielt worden, „die es uns ermöglichen werden, einen Sieg über die schrecklichsten Nöte, die den Menschen bedrängen können, zu erringen.“⁴⁷

Fast ein Jahrhundert später schrieb dagegen der amerikanische Wissenschaftler Shepherd Ivory Franz: „Es gibt keine Fakten, die uns gegenwärtig in die Lage versetzen, geistige Vorgänge im Gehirn besser zu lokalisieren, als dies vor 50 Jahren möglich war.“⁴⁸ Nach 100 Jahren und trotz all ihrer zuversichtlichen Prahlereien war die Psychiatrie dem Verständnis und der Heilung von Geisteskrankheiten oder psychischen Problemen keinen Schritt näher gekommen.



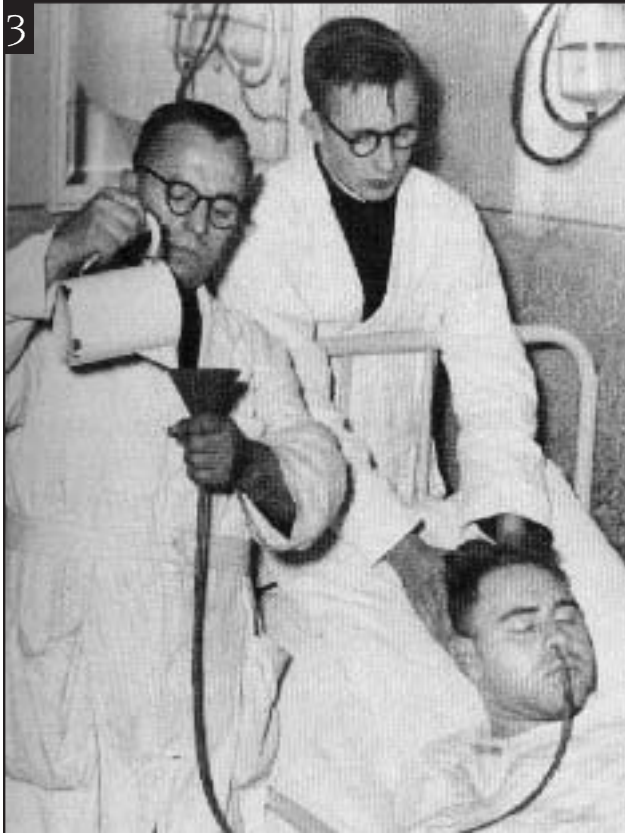
I

EINE VERGANGENHEIT VON GEFÄHRLICHEN BEHANDLUNGSMETHODEN

Psychiatrische Praktiken, bei denen gesundes Gehirngewebe herausgeschnitten wird, irreversible Schäden verursacht und grundlegende Fähigkeiten zerstört werden, werden als angeblich „funktionsnierend“ hingestellt. Dazu gehören folgende Methoden: 1) Psychochirurgie (oben), 2) Elektroschock (rechts), 3) Insulinschock (unten) und 4) Metrozolschock (unten rechts).

Heute hat sich daran kaum etwas geändert. Bei den „modernen“ Behandlungsmethoden der Psychiater handelt es sich immer noch um Menschenrechtsverletzungen. Trotzdem bestehen sie weiterhin darauf, dass ihre Methoden anderen überlegen seien. Sie fügen ihren Patienten regelmäßig Schaden zu, verstehen die Ursachen eines mentalen Traumas nicht und können keine Heilung bewirken.

3



2



4



In den 30er und 40er Jahren ging der Trend wieder mehr hin zu körperlichen „Therapien“. Dr. Elliot S. Valenstein schreibt dazu: „Körperliche Behandlung half den Psychiatern auch, Respekt innerhalb der Medizin zu erlangen, und erlaubte es ihnen, erfolgreicher mit Neurologen zu konkurrieren, die oft Patienten mit so genannten ‚Nervenleiden‘ behandelten.“⁴⁹ Und so führte die Psychiatrie zwischen 1928 und 1938 solche Horrormethoden ein wie Metrozolschocks, Insulinschocks, Elektroschocks und Psychochirurgie. Trotz dieser „Durchbrüche“ behielten die meisten Ärzte ihre geringe Wertschätzung für Psychiater bei.⁵⁰

Die 50er und 60er Jahre schließlich sahen die Einführung psychoaktiver Drogen, die einige der Symptome von Geisteskrankheit lindern und so Patienten pflegeleichter machen sollten. Gleichzeitig führte die Psychiatrie ein Diagnosesystem für psychische Störungen ein.

Heute kämpfen Theorie und Praxis der Psychiatrie erstmals seit ihren Anfängen nicht mehr um die Akzeptanz durch die Medizin. Durch massives Marketing ihres „Systems“ von Diagnosen und Psychodrogen werden sie mehr und mehr zu einem integralen Bestandteil der Allgemeinmedizin.



Shorter nannte diese Ära die „zweite biologische Psychiatrie“. Sie vertrat die Ansicht, dass „genetische Faktoren und Gehirnentwicklung“ die Ursachen für psychische Erkrankungen seien, und dass psychoaktive Drogen und zwanglose Psychotherapie die Heilmittel seien.

In den darauf folgenden dreißig Jahren wurden Psychopharmaka rasch zur Hauptstütze der psychiatrischen Therapie und die mit ihren eigenen Medikamenten und ihrem eigenen Diagnosesystem ausgerüstete psychiatrische Industrie war bereit zur Expansion. In einer „Kampagnen-Mappe“ der American Psychiatric Association (APA) von 1989 wird

den APA-Mitgliedern erklärt: „Ein verbessertes Ansehen der Psychiatrie bei nicht-psychiatrischen Ärzten kann nur Gutes bewirken. Und für alle, die nach dem eigenen Vorteil fragen: Ihr Beitrag für die Verbesserung dieses Ansehens kann sich durch eine

Die neuesten Psychopharmaka werden als Allheilmittel für alle möglichen psychischen Störungen für jung und alt vermarktet, obwohl sie laut den Annalen der Pharmakologie mit Akathisie, Anfällen, sexuellen Funktionsstörungen, Stottern, Ticks, Hörverlust, manischen Episoden, paranoiden Reaktionen und intensiven Selbstmordgedanken in Verbindung gebracht werden.



Zunahme von Patientenüberweisungen schnell rechnen.“⁵¹

Im Jahre 1998 wurde von Psychiatern – hauptsächlich durch das Collegium Internationale Neuro-psychopharmacologicum (CINP), die National Institutes of Mental Health (NIMH) und die World Psychiatric Association (WPA) – eine konzertierte Anstrengung unternommen, die Unterstützung von Ärzten zu erhalten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) produzierte sogar einen „Leitfaden zur psychiatrischen Grundversorgung“, der weltweit verteilt wurde, um es praktischen Ärzten zu erleichtern, psychische Krankheiten zu diagnostizieren.⁵²

Auf der Grundlage des DSM-IV und der ICD-10-Kriterien verfolgte man damit die eindeutige Absicht, der Psychiatrie mehr „Kunden“ zuzuführen. Offensichtlich wurde hier mit enormem Marketingaufwand kompensiert, was der Psychiatrie traditionell an Wissenschaftlichkeit fehlt.

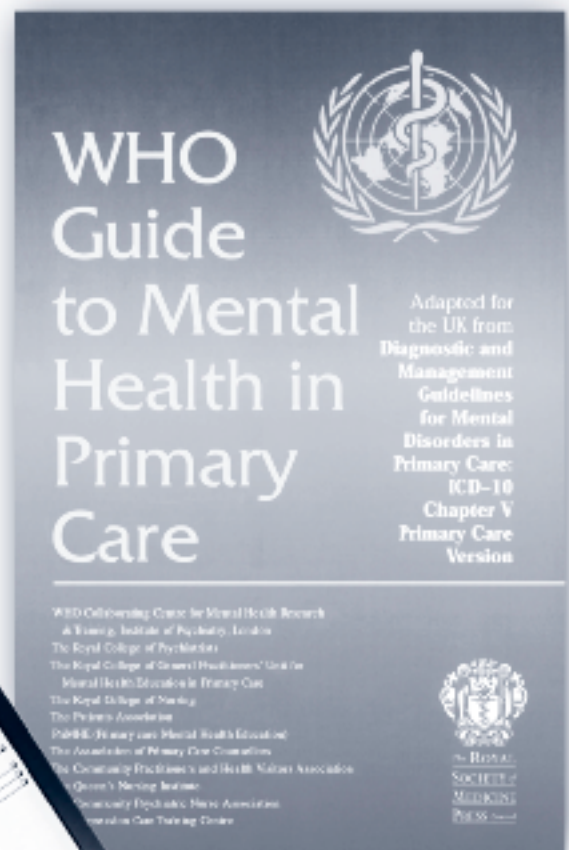
Dieses Marketing fußt nicht zuletzt auch auf einer unheiligen Allianz mit der Pharmaindustrie. Pat Bracken und Phil Thomas, beratende Psychiater und Senior Research Fellows an der University of Bradford in England, stellen fest: „Die Psychiatrie ist ein wichtiges Expansionsfeld für die Pharmaindustrie. Durch Einfluss auf die Art und Weise, wie Psychiater psychische Probleme am Reißbrett entwerfen, hat die Pharmaindustrie neue (und lukrative) Märkte für ihre Produkte entwickelt.“⁵³

Carl Elliott, Bioethiker an der University of Minnesota: „Man verkauft Psychopharmaka, indem man psychiatrische Krankheiten verkauft.“⁵⁴

Nachdem man praktische Ärzte für die Vorstel-

EXPANSION AM MARKT

1998 erweiterte die Psychiatrie ihr Territorium mit der Herausgabe einer Schrift der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die eine Art „Leitfaden zur psychiatrischen Grundversorgung“ darstellte. Damit wurden praktische Ärzte angehalten, mit Hilfe einer psychiatrischen Checkliste psychische Störungen zu diagnostizieren. Mit diesem aufdringlichen Marketing versuchte die Psychiatrie, ihren Mangel an wissenschaftlichen Verdiensten wettzumachen.



Die vorgefertigten Listen der Symptome ermöglichen eine Diagnose per Checkliste, mit einem vorbestimmten Behandlungsplan und Überweisungsscheinen an den Psychiater.

lungen der Psychiatrie eingenommen hatte, folgte der Absatz psychiatrischer Drogen fast automatisch. Dr. Joseph Glenmullen schreibt: „Wenn das Ganze dann in Fahrt kommt, überschreiten die Psychopharmaka die Grenzen der Psychiatrie und werden schließlich auch von praktischen Ärzten gegen die täglichen Wehwehchen verschrieben.“⁵⁵

Heute kämpfen Theorie und Praxis der Psychiatrie erstmals seit ihren Anfängen nicht mehr um die Akzeptanz durch die Medizin. Durch massives Marketing ihres „Systems“ von Diagnose und Psychodrogen werden sie mehr und mehr zu einem integralen Bestandteil der Allgemeinmedizin.

WICHTIGE FAKTEN

1 Die *International Classification of Diseases (ICD)* und das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM)* hatten zum Ziel, den schlechten Ruf der Psychiatrie innerhalb der Ärzteschaft zu verbessern.

2 Das DSM widmet sich nur der Diagnose und Kategorisierung der *Symptome*, nicht aber der *Krankheiten*. Keine der Diagnosen kann sich auf objektive Beweise für eine körperliche oder psychische *Krankheit* stützen.

3 Dr. Elliot Valenstein erklärte: „Es stehen keinerlei Tests zur Verfügung, um den chemischen Zustand des Gehirns eines lebenden Menschen zu messen.“⁵⁶

4 Mit der Einführung der Neuroleptika in den 50er Jahren stieg die Zahl der psychischen Störungen sprunghaft an, von 163 im *DSM-II* (1968) auf 374 im *DSM-IV* (1994).

5 Im Jahr 2000 erreichte der Umsatz für Neuroleptika in den USA über 4 Mrd. Dollar (3,2 Mrd. Euro) und stieg im Jahr 2003 auf 8,1 Mrd. Dollar (6,5 Mrd. Euro). Der weltweite Jahresumsatz für Neuroleptika liegt mittlerweile bei mehr als 12 Mrd. Dollar (9,6 Mrd. Euro).⁵⁷



Anders als in der Medizin gibt es in der Psychiatrie keine Tests, um irgendeine psychische Störung oder „Krankheit“ zu bestätigen. Viele werden buchstäblich durch Mehrheitsbeschluss, ohne wissenschaftliche Grundlage oder Beweis, zur Krankheit gewählt.



KAPITEL DREI

Eine Parodie auf Medizin und Wissenschaft

Das Erscheinen von Rudolf Virchows *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre* hatte 1858 die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit der Medizin fest etabliert. Die Psychiatrie hingegen murkste bis in die 50er Jahre immer noch mit brutalen Zwangsmethoden herum, ohne jegliche systematische Herangehensweise an Probleme auf dem Gebiet der geistigen Gesundheit. Das Fehlen eines adäquaten Diagnosesystems für psychische Probleme trug zum schlechten Ruf der Psychiatrie sowohl in der Ärzteschaft als auch in der breiten Bevölkerung bei.

Die sechste Auflage der *International Classification of Diseases (ICD)* aus dem Jahre 1948, die erstmals psychiatrische Störungen (als Krankheiten) enthielt und die Veröffentlichung des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* 1952 in den Vereinigten Staaten waren die ersten Versuche in Richtung einer anscheinend systematischen Diagnose.

Als später die Kritik am *DSM-II* wegen seiner Widersprüche und Ungenauigkeiten zunahm, versuchte die Psychiatrie ein „neues und verbessertes“ Diagnosesystem zu schaffen, eines, das eine internationale Grundlage für die Verständigung innerhalb der gesamten Zunft bilden sollte.

Laut David Healy, Psychiater und Direktor des North Wales Department of Psychological Medicine, war das Endergebnis, das *DSM-III*, „eine Revolution durch Komitee-Beschluss.“⁵⁹

Durch politische Abstimmung entstand ein Klassifikationssystem, das sich drastisch von allem unterschied, was die Medizin bisher gesehen hatte. Neben zahllosen anderen Unterschieden war der bemerkenswerteste der, dass sich das neue *DSM* nur der Diagnose und Kategorisierung der Symptome, nicht aber der Krankheiten widmete. Ein weiterer Unterschied war, dass sich keine der Diagnosen auf objektive Beweise für eine körperliche oder psychische Krankheit stützen konnte.

Der Psychiater David Kaiser bemerkt dazu: „Symptome sind per Definition die oberflächliche

Manifestation tiefer liegender Vorgänge. Das versteht sich von selbst. Von Seiten der modernen (d.h. biologischen) Psychiatrie gab es jedoch eine umfassende und größtenteils unbemerkte Anstrengung, Symptome mit psychischen Krankheiten gleichzusetzen.“ Er wäre ein „schlechter Psychiater“, so Kaiser,

wenn sein einziges Behandlungswerkzeug ein Rezeptblock für Medikamente wäre, die zwar „Symptome verringern“, aber „die psychische Erkrankung an sich nicht behandeln würden“. Er würde dann nämlich immer noch „einem leidenden Patienten gegenüberstehen, der über sein Elend reden möchte.“⁶⁰

In ihrem Buch *Making us Crazy* beschreiben die Professoren Herb Kutchins und Stuart A. Kirk 1997 die Geschichte des Diagnosehandbuchs der Psychiater als „die Geschichte des Kampfes der American Psychiatric Association um den Respekt innerhalb der Medizin und um die Vorherrschaft unter den vielen Fachleuten im Bereich der geistigen Gesundheit.“⁶¹

„Die ‚bittere Pille‘ ist jedoch, dass das *DSM* erfolglos versucht hat, zu viele menschliche Schwierigkeiten als Krankheiten darzustellen.“⁵⁸

– Professoren Herb Kutchins und Stuart A. Kirk, *Making Us Crazy*, 1997

Wie man psychiatrische „Krankheiten“ verkauft

Die für die psychiatrischen Diagnosen verwendeten Kriterien stellen eine Parodie der wirklich wissenschaftlich fundierten Krankheiten dar - vom ersten *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM) mit 112 psychischen Störungen, bis zur neuesten Ausgabe, die derzeit 374 solcher Störungen enthält. Durch Verwendung dieser Störungen schädigen Psychiater wissentlich oder unwissentlich die Krankenhäuser, Regierungen und Krankenversicherungen und bringen dadurch die Medizin in Verruf. Es können unter anderem folgende „Störungen“ mit der Kasse abgerechnet werden:



Koffeininduzierte Störungen
DSM-IV, Seite 281



Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten, DSM-IV, Seite 130



Expressive Sprachstörung
DSM-IV, Seite 91



Rechenstörung
DSM-IV, Seite 85



Störung des Schriftlichen Ausdrucks
DSM-IV, Seite 87

Dr. Thomas Dorman, Internist und Mitglied des Royal College of Physicians in Großbritannien und Kanada, schrieb: „Bei diesem Geschäft werden psychiatrische Kategorien von ‚Krankheiten‘ erfunden und durch Konsens verabschiedet. Danach werden ihnen diagnostische Codes zugeordnet, wodurch sie bei den Krankenversicherungen abgerechnet werden können. Dieses ganze Geschäft ist kurz gesagt ein Schwindel, welcher der Psychiatrie eine pseudowissenschaftliche Aura verleiht. Die Täter mästen sich ganz klar am Trog öffentlicher Gelder.“⁶²

Der Psychiater Matthew Dumont kommentiert den hohlen Anspruchs des DSM folgendermaßen: „Zwischen Bescheidenheit und Arroganz im Text kann man kaum unterscheiden, sie sind wie herumtollende junge Hunde. Sie sagen: ‚... auch wenn dieses Handbuch eine Klassifizierung psychischer Störungen bietet, ... legt keine Definition ausreichend präzise Grenzen für den Begriff fest ...‘ [American Psychiatric Association, 1987]... Desweiteren schreiben sie: ‚... eine geistige Störung ist keine eigenständige Instanz mit klaren Grenzlinien zwischen sich und anderen geistigen Störungen oder zwischen sich und keinen geistigen Störungen‘. [APA, 1987].“⁶³

Shorter formuliert es so: „Was verursacht so etwas wie Liebeswahn, die wahnhafte Überzeugung, von einer anderen Person geliebt zu werden? Niemand weiß das ... Diese Überlegungen lassen vermuten, dass die Psychiatrie in der Klassifikation sehr leicht vom Weg abkommen kann.“⁶⁴

Die Mythen der Biopsychiatrie

In der Absicht, Forschungsgelder aus der Staatskasse zu erhalten, sagte Steven Miran, medizinischer Direktor der APA, bei einer Anhörung vor einem Komitee des US-Repräsentantenhauses im Jahr 2000: „Wissenschaftliche Forschung hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten gezeigt, dass schwere psychische Krankheiten und Suchtstoffabhängigkeit ... Erkrankungen des Gehirns mit einer starken genetischen und biologischen Basis sind.“⁶⁵

Im Gegensatz dazu berichtet Healy, „Unter Klinikern herrscht zunehmende Besorgnis darüber, dass neurowissenschaftliche Entwicklungen nicht nur nichts über die Natur psychiatrischer Störungen offenbaren, sondern darüber hinaus von der klinischen Forschung ablenken. ... Es hat einen bemerkenswerten



Die Behandlungstechniken von Psychiatern sind heute nicht wissenschaftlicher als vor 200 Jahren, als sie den Charakter einer Person aus der Form des Schädels ableiteten.

Fortschritt in den Neurowissenschaften gegeben, aber so gut wie keinen Fortschritt, was das Verständnis von Depression angeht.⁷²

Glenmullen von der Harvard Universität schreibt, dass die Psychopharmakologie „angesichts des Fehlens tatsächlicher Krankheiten nicht gezögert hat, ‘Krankheitsmodelle’ für psychiatrische Diagnosen zu entwerfen. Diese Modelle sind hypothetische Vermutungen, was die zugrunde liegende Physiologie sein könnte – zum Beispiel ein Serotonin-Ungleichgewicht.“⁷³

Jedem Wehwehchen sein psychiatrisches Mäntelchen

In einem Artikel des *Globe and Mail* (Toronto) vom Juni 2000 mit der Überschrift „Die Lücke zwischen der Psychiatrie und den Hausärzten schließt sich“ heißt es: „Psychiater haben ein waches Auge auf die oft mangelnde Vertrautheit von Hausärzten mit psychischen Problemen.“ Der Artikel zitiert Glenn Thompson, den Leitenden Direktor

der Canadian Mental Health Association in Ontario, der die Auffassung vertritt, dass nichts damit verkehrt sei, wenn der Hausarzt „die erste Anlaufstelle ist“, vorausgesetzt, er arbeitet in erster Linie mit einem Psychiater zusammen.

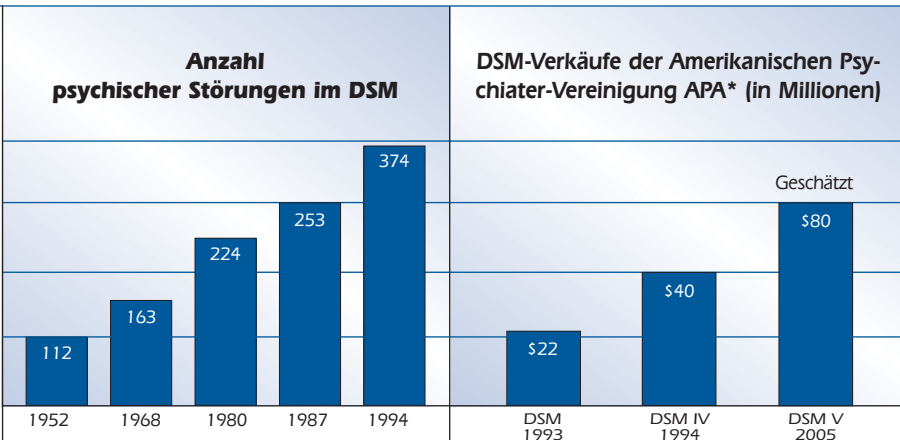
Die „psychischen Probleme“, auf die der Artikel Bezug nimmt, sind

natürlich die aus dem *DSM*. Dieses künstliche Diagnosesystem und die unvermeidliche Ausstellung eines Rezepts für Psychopharmaka sind tatsächlich alles, was die Psychiatrie an „Sachkenntnis“ zu bieten hat.

Die Akzeptanz psychiatrischen Denkens und Handelns durch nicht-psychiatrische Mediziner kann uns teuer zu stehen kommen. So sagen etwa J. Allan Hobson und Jonathan A. Leonard, Autoren von *Out of Its Mind, Psychiatry in Crisis, A Call For Reform*: „... der autoritäre Status des *DSM-IV* und seine detaillierte Natur fördern die Vorstellung, dass mechanisches Diagnostizieren und exzessives Verschreiben von Pillen akzeptabel sind.“⁷⁴

EIN BOOMENDER WIRTSCHAFTSZWEIG

Das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebene *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM)* ist vielleicht die lukrativste Errungenschaft der Psychiatrie. Durch die Erfindung einer wachsenden Anzahl psychischer Störungen für das DSM und gesteigerte Marketingkampagnen zur Durchdringung des Marktes konnte die Psychiatrie allein mit dem Verkauf dieses Buches Millionen scheffeln. Noch größere Summen erhielt sie aus öffentlichen Kassen – ein entsprechender Nutzen für die Gesellschaft blieb jedoch aus.



*APA: American Psychiatric Association, Herausgeber des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

PSYCHIATRISCHER SCHWINDEL

Designerdiagnosen

Von Prof. Thomas Szasz

Dr. Thomas Szasz ist emeritierter Professor für Psychiatrie am Health Science Center der State University von New York und Autor von mehr als 30 Büchern

Aufgrund einer Umfrage über die Gesundheit der Nation zog das Magazin *Parade* den Schluss, dass Depression die „dritthäufigste Krankheit“ sei. Als man die Teilnehmer jedoch fragte „Was ist ihre größte gesundheitliche Sorge für die Zukunft?“, wurde Depression nicht einmal erwähnt. Sie waren besorgt über Krebs und Herzerkrankungen.

Auch wenn die Menschen die Kategorisierung von Depression als Krankheit akzeptiert haben, haben sie keine Angst davor, Depressionen zu bekommen, einfach, weil sie intuitiv erkennen, dass es ein persönliches Problem ist, keine Krankheit. Sie haben jedoch Angst vor Krebs oder Herzerkrankungen, weil sie wissen, dass das wirklich Krankheiten sind – tatsächliche medizinische Probleme – nicht bloß Namen.

Allen J. Frances, Professor für Psychiatrie am Duke University Medical Center und Vorsitzender der *DSM-IV*-Arbeitsgruppe, schreibt: „Das *DSM-IV* ist ein Handbuch psychischer Störungen, aber es ist keineswegs klar, was eine psychische Störung ist ... Es gibt keinen schlimmeren Begriff als psychische Störung, um die im *DSM-IV* klassifizierten Zustände zu beschreiben.“ Warum verwendet die APA den Begriff dann immer noch?

Hauptfunktion und Ziel des *DSM* ist es, dem Anspruch Glaubwürdigkeit zu verleihen, dass gewisse Verhaltensweisen – genauer gesagt schlechte Verhaltensweisen – psychische Störungen sind und dass solche



„Im Gegensatz zu den meisten körperlichen Krankheiten gibt es keinen Bluttest oder andere medizinische Tests zur Feststellung einer psychischen Erkrankung. Wenn ein solcher Test entwickelt werden würde (für bisher als psychiatrisch eingestufte Erkrankungen), dann wäre der Zustand keine psychische Krankheit mehr und würde stattdessen als Symptom einer körperlichen Krankheit klassifiziert werden.“

– Dr. med. Thomas Szasz,
emeritierter Professor der Psychiatrie, 2002

Störungen deshalb medizinische Krankheiten sind. Auf diese Weise genießt pathologische Spielsucht den gleichen Status wie ein Herzinfarkt. Tatsächlich behauptet die APA, dass das Wetten etwas ist, das der Patient nicht kontrollieren kann; und dass generell alle psychiatrischen „Symptome“ oder „Störungen“ außerhalb der Kontrolle des Patienten liegen. Ich weise diese Behauptung als offenkundig falsch zurück.

Die scheinbare Gültigkeit des *DSM* wird durch die psychiatrische Behauptung verstärkt, dass psychische Krankheiten Gehirnerkrankungen seien – angeblich aufgrund jüngster Entdeckungen in den Neurowissenschaften, ermöglicht durch computergestützte Bildtechniken für die Diagnose und durch neue pharmakologische Wirkstoffe bei der Behandlung. Das ist nicht wahr. Es gibt keine objektiven diagnostischen Tests, welche die Diagnose einer Depression bestätigen oder entkräften könnten; die Diagnose kann und muss alleine auf der Grundlage des Erscheinungsbildes und Verhaltens des Patienten gestellt werden.

Im Gegensatz zu den meisten körperlichen Krankheiten gibt es keinen Bluttest oder andere medizinische Tests zur Feststellung einer psychischen Erkrankung. Wenn ein solcher Test

entwickelt werden würde (für bisher als psychiatrisch eingestufte Erkrankungen), dann wäre der Zustand keine psychische Krankheit mehr und würde stattdessen als Symptom einer körperlichen Krankheit klassifiziert werden.

Wenn sich zum Beispiel herausstellen sollte, dass es für Schizophrenie eine biochemische Ursache und Abhilfe gibt, dann wäre sie nicht länger eine jener Krankheiten, bei der jemand gegen seinen Willen eingewiesen werden kann. Sie würde dann von Neurologen behandelt werden und Psychiater hätten nicht mehr damit zu tun als mit Glioblastoma [bösartiges Geschwulst im Hirn und Rückenmark], Parkinson und

SÜNDENBOCK GEHIRN

Der große Schwindel mit dem chemischen Ungleichgewicht

„Mit den Psychopharmaka hat auch eine neue biologische Sprache in die Psychiatrie Einzug gefunden. Das Ausmaß, in dem diese auch Bestandteil der populären Kultur geworden ist, verblüfft immer wieder ... Doch dieser Triumph hat auch seine Kehrseite. Man kann mit Recht fragen, ob die biologische Sprache den Werbetexten nicht dienlicher ist als der klinischen Praxis.“⁶⁶

– Dr. David Healy, *Die Ära der Antidepressiva*, 1999.

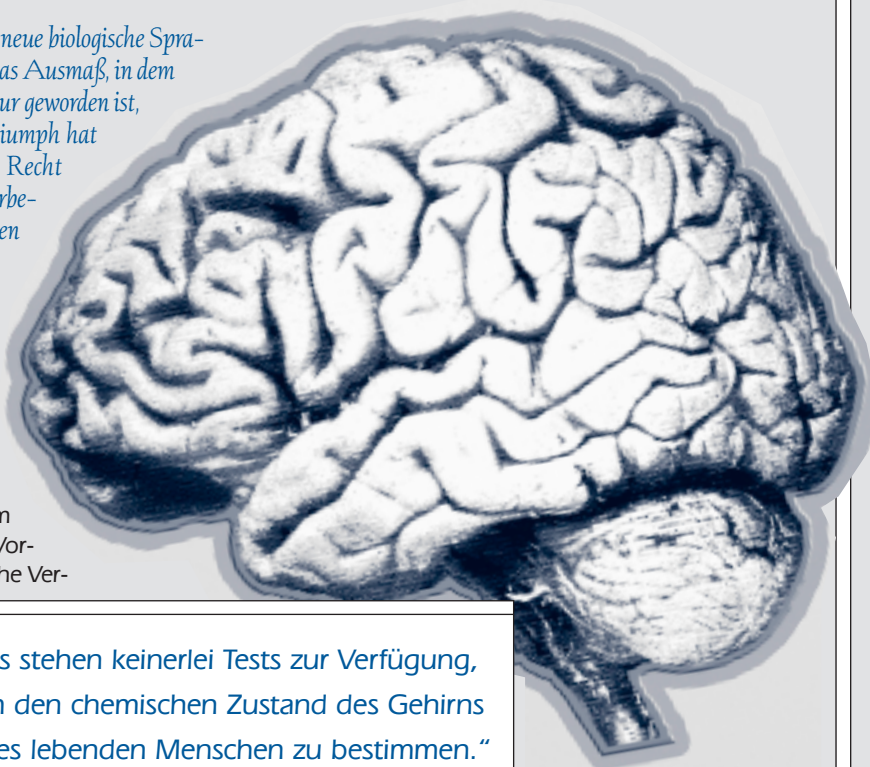
Der Eckstein des modernen psychiatrischen Krankheitsmodells ist die Vorstellung, dass psychische Erkrankungen von einem chemischen Ungleichgewicht im Gehirn ausgehen. Auch wenn diese Vorstellung durch umfangreiche öffentliche Vermarktung populär gemacht wurde, ist es doch nur weiteres psychiatrisches Wunschdenken. Wie alle anderen psychiatrischen Krankheitsmodelle wurde auch dieses von der Forschung gründlich diskreditiert.

Dr. Elliot Valenstein hat keine Zweifel: „Es gibt weder Tests, um den chemischen Zustand des Gehirns eines lebenden Menschen einzuschätzen“⁶⁷ noch sind irgendwelche „biochemischen, anatomischen oder funktionalen Anzeichen gefunden worden, welche die Gehirne von Psychiatriepatienten verlässlich charakterisieren könnten.“⁶⁸

In einem Artikel, der im Mai 2004 in der US-Zeitung *The Mercury News* veröffentlicht wurde, heißt es: „Viele Ärzte warnen davor, die SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography – Gehirn-Scans) als diagnostisches Hilfsmittel zu gebrauchen. Sie sagen, dass es für Ärzte unethisch und potentiell gefährlich ist, die SPECT zu verwenden, um emotionales Verhalten und psychiatrische Probleme bei Patienten zu isolieren. Die 2.500 Dollar [2.000 Euro] teure Untersuchung bringt keine brauchbaren oder genauen Informationen, sagen sie“.⁶⁹

Dr. Julian Whitaker, Autor des angesehenen *Health and Healing Newsletters*, sagt:

„Psychiater diagnostizieren ein Kind oder einen Erwachsenen aufgrund von Symptomen. Sie haben keinerlei pathologische Diagnosen; sie haben keine Labortests; sie können keine Differenzierungen vorweisen, welche die Diagnose dieser psychischen ‚Krankheiten‘ erhärten. Bei einem Herzanfall kann man die Verletzung ausfindig machen; bei



„Es stehen keinerlei Tests zur Verfügung, um den chemischen Zustand des Gehirns eines lebenden Menschen zu bestimmen.“

– Dr. Elliot S. Valenstein



Elliot S. Valenstein

Diabetes ist der Blutzucker sehr hoch; Arthritis wird durch Röntgenaufnahmen sichtbar. In der Psychiatrie geht es zu wie beim Vorsehen mit einer Kristallkugel oder wie beim Handlesen. Sie ist völlig unwissenschaftlich.“

Dr. Ty Colbert schreibt: „Wir wissen, dass das Modell des chemischen

Ungleichgewichts als Erklärung für psychische Krankheiten niemals wissenschaftlich bewiesen worden ist. Alle tragbaren Beweise weisen darauf hin, dass psychiatrische Drogen unfähig machen. Wir wissen auch, dass die Forschung hinsichtlich der Effizienz der Psychopharmaka unzuverlässig ist, da Psychopharmaka-Tests nur die Effizienz bei der Symptomreduzierung messen, aber nicht die Effizienz bei der Heilung.“⁷⁰

Laut Valenstein „wird an den Theorien nicht nur deshalb festgehalten, weil sonst nichts ihren Platz einnehmen könnte, sondern auch, weil sie nützlich dafür sind, für eine Behandlung mit Psychopharmaka zu werben.“⁷¹

WICHTIGE FAKTEN

1

Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin definierte die „Schizophrenie“ zuerst im späten 19. Jahrhundert als *Dementia praecox*. Der Begriff „Schizophrenie“ wurde 1908 durch den Schweizer Psychiater Bleuler geprägt.

2

Es wurde später entdeckt, dass Kraepelins Schizophrenie-Patienten unter einer gewöhnlichen medizinischen Krankheit namens *Enzephalitis lethargica* (eine Lethargie verursachende Gehirnentzündung) litten, die geistige Verwirrung verursacht.

3

Im *DSM-II* wird offen erklärt: „Selbst wenn das [APA]Komitee es versucht hätte, hätte es keine Übereinstimmung darüber erzielen können, was diese Störung ist; sie konnten sich nur auf den Namen einigen.“⁷⁵

4

Die Psychopharmaka, die bei „Schizophrenie“ verschrieben werden, verursachen gewalttätiges, manisches Verhalten sowohl während der Behandlung als auch während des Entzugs.

5

Erfolgreiche Programme in den Vereinigten Staaten und Italien haben bewiesen, dass „Schizophrenie“ ohne psychiatrische Drogen geheilt werden kann.





KAPITEL VIER

Mit dem Drogenhammer auf Wehrlose

Während die Psychiatrie durch den Erfolg des DSM und der Psychopharmaka immer tiefer in unser tägliches Leben einsickert, glauben die meisten Menschen immer noch, die Hauptfunktion der Psychiatrie sei die Behandlung von Patienten mit schweren, lebensbedrohlichen psychischen Störungen

Auf diesem Gebiet aber hat es der Psychiater mit einer „Krankheit“ zu tun, die zuerst von Kraepelin im späten 19. Jahrhundert als *Dementia praecox* und danach, 1908, vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuler als „Schizophrenie“ bezeichnet wurde.

Der Psychiater E. Fuller Torrey berichtet, dass Kraepelin „irrationales Verhalten das endgültige medizinische Siegel aufgedrückt hat, indem er es benannte und kategorisierte. Irrationales Verhalten war jetzt in Medizinerkreisen salonfähig, weil es einen Namen hatte. ... Sein Klassifikationssystem dominiert die Psychiatrie bis in die Gegenwart – nicht weil es sich als wertvoll erwiesen hat, sondern weil es für irrationales Verhalten die Eintrittskarte in die Medizin war.“⁷⁷

Robert Whitaker berichtet jedoch, dass die Patienten, die von Kraepelin mit *Dementia praecox* diagnostiziert wurden, unter einer gewöhnlichen medizinischen

Krankheit namens Enzephalitis lethargica (eine Lethargie verursachende Gehirnentzündung) litten, die den damaligen Ärzten unbekannt war. „Diese Patienten hatten einen komischen Gang und litten unter Zucken im Gesicht, Muskelkrämpfen und plötzlichen Schläfrigkeitsanfällen, und ihre Pupillen reagierten langsam auf Licht. Sie sabberten auch, hatten Mühe beim Schlucken, chronische Verstopfung und waren unfähig, willentlich physische Aktionen zu beenden.“⁷⁸

„Jemanden als schizophren zu diagnostizieren mag auf den ersten Blick wissenschaftlich erscheinen, besonders da die Biopsychiatrie fortwährend behauptet, dass eine genetisch bedingte Gehirnerkrankung im Spiel sei. Aber wenn man aus einigem Abstand betrachtet, was diese Forscher wirklich tun, dann fragt man sich, wie sie ihre Arbeit rechtfertigen können ... Das ist keine Wissenschaft.“⁷⁶

– Dr. med. Ty C. Colbert,
Blaming Our Genes, 2001

Die Psychiatrie hat Kraepelins Material nie untersucht, um herauszufinden, ob Schizophrenie einfach ein undiagnostiziertes und unbehandeltes physisches Problem war. „Schizophrenie war ein Konzept, das für die medizinische Legitimation der Professoren zu wichtig war ... Die körperlichen Symptome der Krankheit wurden stillschweigend weggelassen. ... Was als wichtigste erkennbare Eigenschaften blieb, waren die mentalen Symptome: Halluzinationen, Illusionen und bizarre Gedanken“, sagt Whitaker.

Die Psychiatrie hält weiterhin hartnäckig daran fest, Schizophrenie als Krankheit zu bezeichnen, obwohl nach mehr als einem Jahrhundert der Forschung und Untersuchung kein einziger objektiver Beweis dafür vorliegt, dass sie als tatsächliche Krankheit oder physische Abnormität existiert.

Die Neuroleptika (Antipsychotika), die für diesen



*In dem Hollywood-Film *A Beautiful Mind* wird der Nobelpreisträger Dr. John Nash so dargestellt, als sei er durch die neuesten Medikamente der Psychiatrie von „Schizophrenie“ geheilt worden. Nash weist diese Darstellung jedoch entschieden zurück. Tatsächlich hatte er seit 24 Jahren keinerlei psychiatrische Drogen mehr genommen und sich auf ganz natürliche Weise von seinem Zustand erholt.*

Zustand verschrieben werden, wurden ursprünglich in Frankreich entwickelt, um „das Nervensystem während einer Operation zu betäuben.“ Die Psychiater lernten sehr bald, dass Neuroleptika Symptome von Parkinson und Enzephalitis lethargica verursachen.⁷⁹

Bei 5% aller Patienten konnte innerhalb eines Jahres nach Beginn einer Neuroleptikabehandlung tardive Dyskinesie (*tardiv* bedeutet „spät“ und *Dyskinesie* eine andauernde Beeinträchtigung der willkürlichen Bewegung von Lippen, Zunge, Kiefer, Zehen und anderen Körperteilen) festgestellt werden.⁸⁰ Das maligne neuroleptische Syndrom, eine potenziell tödliche toxische Reaktion, bei der Patienten starkes Fieber bekommen, verwirrt, hektisch und extrem steif werden, ist ein weiteres bekanntes Folgerisiko. Schätzungen zufolge sind mittlerweile 100.000 Amerikaner daran gestorben.⁸¹

Um der negativen Publicity zu begegnen, wurden in medizinischen Zeitschriften regelmäßig die Vorteile der neuen Psychopharmaka übertrieben dargestellt, die Nachteile aber verheimlicht. Whitaker sagt, dass das, was die Ärzte und die breite Öffentlichkeit in den 50er Jahren über die neuen Psychodrogen erfahren haben, sorgsam aufbereitet war. „Diese Meinungsbildung spielte natürlich eine entscheidende Rolle dabei, Neuroleptika als sichere anti-schizophrene Medikamente für psychisch Kranke hinzustellen.“

Die Ergebnisse unabhängiger Forschungen hingegen sind Besorgnis erregend. In einer acht Jahre dauernden Studie stellte die WHO fest, dass es Patienten in drei wirtschaftlich benachteiligten Ländern - Indien, Nigeria und Kolumbien – „auffallend besser ging als Patienten in den USA und vier anderen entwickelten Ländern“. Tatsächlich waren nach fünf Jahren „64% der Patienten in den armen Ländern symptomfrei und kamen gut zurecht“. Im Gegensatz dazu waren nur 18% der Patienten in den wohlhabenden Ländern genesen.⁸² Eine zweite Folgestudie, in der die gleichen Diagnosekriterien verwendet wurden, bestätigte dieses Ergebnis.⁸³ Der Zusammenhang zwischen Neuroleptika und den signifikant schlechteren Ergebnissen in den westlichen Ländern lag klar auf der Hand.

Es dauerte bis zum Jahre 1985, ehe die APA einen warnenden Brief hinsichtlich der potentiell tödlichen Wirkungen der Neuroleptika an ihre Mitglieder verschickte, und das auch nur nach einigen sehr öffentlichkeitswirksamen Gerichtsfällen, in denen festgestellt wurde, dass „Psychiater und ihre Institutionen äußerst nachlässig darin waren, ihre Patienten vor Risiken zu



„Der Grundgedanke war, dass Schizophrenie häufig leichter mit Hilfe sinnvoller zwischenmenschlicher Beziehungen als mit Medikamenten überwunden werden kann, und dass eine solche Behandlung letztendlich zu einem zweifellos gesünderen Leben führen wird.“

– Dr. Loren Mosher, ehem. Vorstand des Zentrums für Schizophreniestudien am US National Institute of Mental Health

warnen; in einem Fall betrug die Schadenersatzzahlung über 3 Millionen Dollar [2,4 Millionen Euro].“

Als Antwort darauf wurden in den 90er Jahren neue „atypische“ [nicht gewöhnliche] Psychodrogen für Schizophrenie eingeführt, die weniger Nebenwirkungen versprachen.⁸⁴ Tests mit einem dieser atypischen Neuroleptika hatten aber bereits in den 60er Jahren ergeben, dass es Anfälle, massive Sedierung, übermäßigen Speichelfluss, Krämpfe, Harninkontinenz, Gewichtszunahme, Atemstillstand, Herzattacken und, wenn auch selten, plötzliche Todesfälle verursachen kann. Nach seiner Einführung in Europa in den 70er Jahren wurde das Psychopharmakon wieder vom Markt genommen, nachdem man entdeckt hatte, dass es bei bis zu 2% der Patienten Agranulocytose verursachte, eine potentiell tödliche Verminderung der weißen Blutkörperchen.⁸⁵

In dem Film *A Beautiful Mind*, ausgezeichnet mit dem Academy Award®, wird der Nobelpreisträger John Nash so dargestellt, als verlasse er sich auf die neuesten Medikamente der Psychiatrie, um einen Rückfall in seine „Schizophrenie“ zu verhindern. Dies ist jedoch eine Erfindung von Hollywood, da Nash die Darstellung des Films, er habe zur Zeit seiner Nobelpreisverleihung „neuere Medikamente“ eingenommen, entschieden zurückweist. Nash hatte seit 24 Jahren keinerlei psychiatrische Drogen mehr genommen und sich auf ganz natürliche Weise von seinem Zustand erholt.

Auch im wirklichen Leben gab es – obwohl dies nicht in den von der Psychiatrie gesponserten Geschichtsbüchern steht – viele engagierte und funktionierende medizinische Programme für Menschen mit schweren psychischen Störungen, Programme, die sich nicht auf hochpotente Psychopharmaka verlassen haben.

Brauchbare Behandlungen

Dr. Loren Mosher(†) war der Vorstand des Zentrums für Schizophreniestudien am US National Institute of Mental Health, klinischer Professor für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Universität von Kalifornien in San Diego und Direktor der *Soteria Associates* in San Diego, Kalifornien. Er eröffnete 1971 das *Soteria House* als einen Ort, an dem junge Menschen, bei denen „Schizophrenie“ diagnostiziert worden war, ohne Psychopharmakabehandlung zusammen mit nicht-professionellen Betreuern lebten. Die Betreuer waren dazu ausgebildet, ihnen zuzuhören und sie zu verstehen, boten ihnen Unterstützung und Sicherheit und akzeptierten ihre Erfahrungen. „Der Grundgedanke war, dass Schizophrenie häufig leichter mit Hilfe sinnvoller zwischenmenschlicher Beziehungen als mit Medikamenten überwunden werden kann, und dass eine solche Behandlung letztendlich zu einem zweifellos gesünderen Leben führen wird,“ sagte er.

Dr. Mosher berichtete weiter: „Das Experiment funktionierte besser als erwartet. Bereits nach sechs Wochen hatten sich beide Gruppen deutlich und in vergleichbarer Weise verbessert, obwohl die Soteria-Patienten im Normalfall keine antipsychotischen Medikamente erhalten hatten! Zwei Jahre später arbeiteten die nach Soteria-Art behandelten Patienten in bedeutend höheren beruflichen Stellungen, führten ein unabhängigeres Leben und hatten weniger Rückfälle. Interessanterweise schnitten die Soteria-Patienten, die während der gesamten zwei Jahre keine Neuroleptika erhalten hatten und bei denen man den schlimmsten Krankheitsverlauf erwartet hatte, im Vergleich zu den medikamentös behandelten Krankenhauspatienten der Kontrollgruppe am besten ab.“

Im *Instituto di Osservanza* in Imola, Italien, behandelte Dr. Giorgio Antonucci Dutzende so genannter gewalttätiger schizophrener Frauen, von denen die meisten dauernd ans Bett fixiert waren (einige seit 20 Jahren). Zwangsjacken waren genauso in Verwendung wie Plastikmasken, um die Patienten am Beißen zu hindern. Dr. Antonucci befreite die Frauen von ihren Fesseln und verbrachte täglich viele, viele Stunden damit, mit ihnen zu sprechen und „ihr Delirium und ihre Qualen zu durchdringen“. Von jedem einzelnen Fall hörte Dr. Antonucci Geschichten über jahrelange Verzweiflung und Leiden in der Anstalt. Unter Dr. Antonuccis Führung wurden alle psychiatrischen „Behandlungsmethoden“ aufgegeben und einige der repressivsten psychiatrischen Abteilungen aufgelöst.



Zwischen 1973 und 1996 löste Dr. Antonucci (links und oben mit Patienten) einige der repressivsten psychiatrischen Stationen auf, die Konzentrationslagern glichen, und stellte sicher, dass die Patienten mit Mitgefühl und Respekt und ohne Psychopharmaka behandelt wurden.

Dr. Giorgio Antonucci (2. v. r.) und die Patienten, die er mittels Kommunikation und Mitgefühl gerettet hat.

Er stellte sicher, dass die Patienten mit Mitgefühl behandelt wurden, mit Respekt und ohne Psychopharmaka. Unter seiner Führung verwandelte sich die Abteilung von der gewalttätigsten in die ruhigste. Nach ein paar Monaten waren seine „gefährlichen“ Patienten frei und gingen ruhig im Anstaltsgarten spazieren. Irgendwann wurden sie aus der Anstalt

entlassen und viele lernten zum ersten Mal in ihrem Leben zu arbeiten und für sich selbst zu sorgen.

Die überragenden Ergebnisse von Dr. Antonucci waren auch wesentlich kostengünstiger. Solche Programme legen dauerhaft Zeugnis dafür ab, dass es auch für die schwer Betroffenen ernsthafte Lösungen und Hoffnung für die Zukunft gibt.



ÖFFENTLICHE WARNUNG

Medikamente als Ursache von Gewalt

Am 20. Juni 2001 füllte Andrea Yates, Hausfrau und Mutter aus Texas, die Badewanne und ertränkte ihre fünf Kinder im Alter zwischen sechs Monaten und sieben Jahren darin. Jahrelang hatte sich die 37-Jährige durch Einweisungen in die Psychiatrie, Selbstmordversuche und depressive Phasen gekämpft. Am 12. März 2002 jedoch wiesen die Geschworenen ihre „Schuldunfähigkeit aufgrund von Geisteskrankheit“ zurück und sprachen sie des vorsätzlichen Mordes für schuldig.

Für die Juristen und die Medien war der Fall damit abgeschlossen. Der Standpunkt der Psychiatrie war vorhersehbar. Entweder litt Mrs. Yates an einer schweren psychischen Störung, die „behandlungsresistent“ war, oder man hatte es ganz einfach unterlassen, ihr eine angemessene und hochwertige psychiatrische Betreuung zukommen zu lassen.

Die Citizens Commission on Human Rights in Texas gab sich damit nicht zufrieden und erreichte eine unabhängige medizinische Einschätzung der Behandlungsunterlagen von Mrs. Yates. Der wissenschaftliche Berater Dr. med. Edward G. Ezrailson berichtete, dass der Medikamentencocktail, der Mrs. Yates verschrieben worden war, eine unfreiwillige Intoxikation verursacht hatte. Die „Überdosis“ eines Antidepressivums und die „plötzlichen hohen Dosen“ eines anderen „verschlimmerten ihr Verhalten“, sagte er, „was zu den Morden führte“.⁸⁶

Die Untersuchung des Autors Robert Whitaker brachte ans Licht, „dass Neuroleptika zwar Psychosen kurzfristig eindämmen können, aber langfristig die Anfälligkeit des Patienten erhöhen. Ein zweiter paradoxer Effekt ist eine Akathisie genannte Nebenwirkung.“ [a = ohne; kathisia = sitzen; eine Unfähigkeit, ruhig zu bleiben]. Diese Nebenwirkung wurde auch mit gewalttätigem, aggressivem Verhalten in Verbindung gebracht.⁸⁷ Eine Studie aus dem Jahr 1990 kam zu dem Schluss, dass 50% aller Tötlichkeiten in psychiatrischen Abteilungen auf Akathisie zurückzuführen sind. Die Patienten beschrieben „den Drang, jeden in der Nähe gewalttätig anzugreifen.“⁸⁸

Ein britischer Bericht enthüllte 1998, dass mindestens 5% der SSRI-Patienten an „allgemein bekannten“ Nebenwirkungen litten, wie z.B. Erregung, Furcht und Nervosität. Etwa 5% der berichteten Nebenwirkungen beinhalten Aggression, Halluzinationen, Unwohlsein und Persönlichkeitsverlust.⁸⁹

1995 berichteten neun australische Psychiater, dass Patienten unter SSRI-Einnahme sich selbst geschlagen oder extrem gewalttätiges Verhalten entwickelt hätten. „Ich wollte nicht sterben“, sagte ein Patient den Psychiatern, „ich verspürte nur den Drang, mein Fleisch in Stücke zu reißen.“⁹⁰

Entzugserscheinungen

Im Jahre 1996 veröffentlichte das *National Preferred Medicines Center Inc.* in Neuseeland einen Bericht über „Drogenentzug im akuten Stadium“, in dem ausgeführt wird, dass der Entzug von Psychopharmaka Folgendes verursachen kann: 1) Echo-Wirkungen, die

frühere Symptome einer psychiatrischen „Krankheit“ verschlimmern und 2) neue Symptome, die nichts mit dem behandelten Zustand zu tun haben und vom Patienten vorher nicht erlebt worden waren.⁹¹

Dr. John Zajecka berichtet im *Journal of Clinical Psychiatry*, „dass die von Patienten auf SSRI-Entzug erlebte Erregung und Reizbarkeit „Aggressivität und Selbstmordimpulse“ verursachen können.“⁹² Im *Lancet*, der britischen Medizinerzeitung, berichtet Dr. Miki Bloch über Patienten, die nach dem Absetzen von Antidepressiva Mord- und Selbstmordgedanken hegten – ein Mann verspürte sogar den Drang, „seine eigenen Kinder zu töten“.⁹³

Während Psychiater die Verbindung zwischen Psychopharmaka und Selbstmord oder Gewalttaten weiterhin als rein „anekdotisch“ abtun, handeln jetzt dort, wo psychiatrische Vereinigungen es nicht tun, die Gerichte. Am 25. Mai 2001 machte ein australischer Richter ein psychiatrisches Antidepressivum dafür verantwortlich, dass aus dem friedliebenden und gesetzestreuenden David Hawkins ein brutaler Killer wurde. Richter Barry O'Keefe vom Obersten Gerichtshof im australischen Bundesstaat New South Wales urteilte, dass „Mrs. Hawkins höchstwahrscheinlich nicht getötet worden wäre ... wenn Mr. Hawkins das Antidepressivum nicht genommen hätte“.

Im Juni 2001 sprach ein Schwurgericht in Wyoming den Verwandten von Donald Schell, der nach der Einnahme eines Antidepressivums wild um sich geschossen hatte, 8 Millionen Dollar (6,4 Millionen Euro) zu. Den Feststellungen des Gerichts zufolge war das Medikament zu 80% der auslösende Faktor für die Schießerei.⁹⁴

Viele medizinische Studien berichten von Beweisen, dass psychiatrische Drogen gewalttätiges und suizidales Verhalten verursachen. Die unten abgebildeten Mörder aus den USA, Australien und Japan haben 39 Menschen brutal ermordet, während sie unter psychiatrischer Behandlung mit Psychopharmaka standen.



Andrea Yates



David Hawkins



Mamoru Takuma



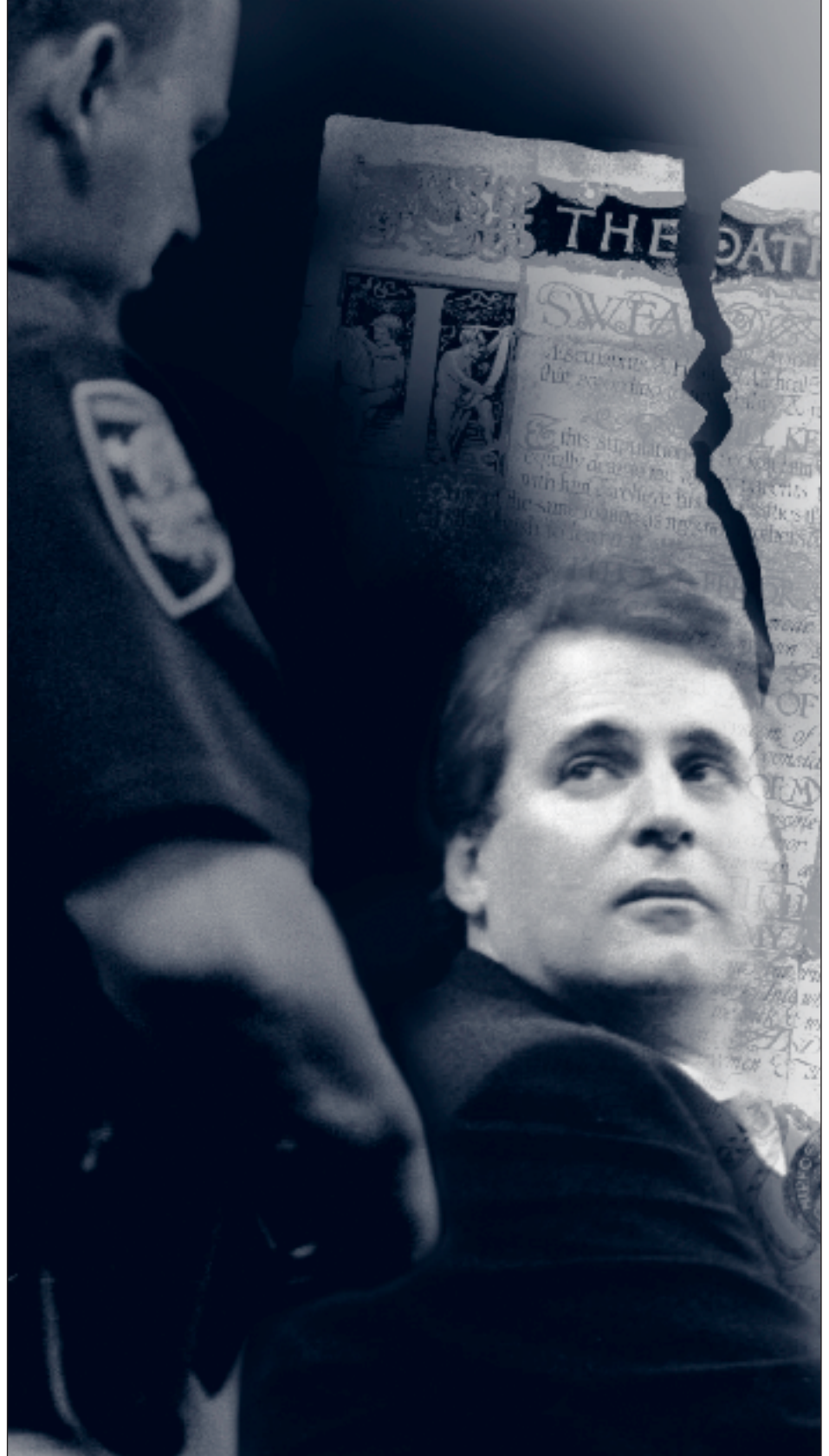
Jeremy Strohmeier



Kip Kinkel

WICHTIGE FAKTEN

- 1 Die Psychiatrie hat unter allen medizinischen Disziplinen die höchste Rate von Versicherungsbetrug.⁹⁵
- 2 Zehn Prozent der Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten geben zu, ihre Patienten sexuell zu missbrauchen.
- 3 Eine Studie zeigte, dass einer von 20 durch Therapeuten sexuell missbrauchten Patienten minderjährig war, wobei das Durchschnittsalter der Mädchen bei sieben und der Jungen bei zwölf Jahren liegt.⁹⁶
- 4 Eine Umfrage bei über 530 Psychiatern zeigte, dass 25% sich ihren Beruf aufgrund eigener psychiatrischer Probleme gewählt hatten.⁹⁷
- 5 Psychiater haben die höchsten Selbstmord- und Drogenmissbrauchsraten unter allen Arztberufen.⁹⁸



Der amerikanische Psychiater Michael DeLain wurde 2002 wegen sexuellen Missbrauchs einer 16-jährigen Patientin mit zwei Jahren Gefängnis bestraft; seit ihren Anfängen haben Psychiater systematisch und beständig den Hippokratischen Eid verletzt.



KAPITEL FÜNF

Medizinische Ethik ... mit schwarzen Flecken

Nicht-psychiatrische Ärzte haben nicht nur viele gute medizinische Gründe, die psychiatrische Sichtweise von psychischer Hygiene abzulehnen. Sie müssen auch an ihren Ruf denken.

Während sich die Medizin auf eine ganze Reihe beneidenswerter Erfolge und allgemeine öffentliche Akzeptanz stützen kann, wird die Psychiatrie in den Augen der Öffentlichkeit immer noch mit Schlangengruben, Zwangsjacken und *Einer flog über das Kuckucksnest* assoziiert. Die Psychiatrie hat nicht viel zu einer Verbesserung dieses Images beigetragen, blickt man auf die Entwicklungsgeschichte ihrer grausamen Behandlungsmethoden wie Elektroschocks, Psychochirurgie, die chemische Zwangsjacke aus Psychopharmaka und die endlose Reihe erfolglos behandelter Patienten.

In der Sparte Betrug ist die Psychiatrie deutlich überrepräsentiert. Die Psychiatrie war auch in den größten Betrugsfall in der Geschichte des US-Gesundheitswesens verwickelt, obwohl sie den kleinsten Sektor im Gesundheitswesen darstellt.⁹⁹ Laut einem altgedienten kalifornischen Privatdetektiv, der sich auf das Gesundheitswesen spezialisiert hat, besteht eine der einfachsten Methoden, Betrügereien aufzudecken, darin, die Aufzeichnungen von Psychiatern über ihre Medikamentenverschreibungen zu überprüfen.

Sexualverbrechen:

Eine 1998 erfolgte Überprüfung aller zwischen 1981 und 1996 eingeleiteten Disziplinarverfahren der

US-Gesundheitsbehörde gegen 761 Ärzte wegen sexueller Vergehen zeigte, dass die Psychiatrie und die Kinderpsychiatrie deutlich überrepräsentiert waren. Während Psychiater nur 6,3% der Ärzteschaft des Landes stellen, waren 27,9% der wegen sexueller Vergehen belangten Ärzte Psychiater.¹⁰⁰

Ein Bericht der schwedischen Sozialbehörde (Gesundheitsausschuss) über Patientenbeschwerden über einen Zeitraum von vier Jahren zeigte, dass Psychiater für beinahe die Hälfte der von Patienten berichteten Fälle von Misshandlung verantwortlich waren. Einige

davon waren derart schwerwiegend – wie Gewaltanwendung und sexueller Missbrauch – dass sie für weitere Maßnahmen an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet wurden.¹⁰¹

Zwischen 10% und 25% der Mitarbeiter im psychiatrischen System geben zu, ihre Patienten sexuell zu missbrauchen. Eine landesweite Studie in den USA über Sex zwi-

schen Therapeut und Patient enthüllte, dass Therapeuten mehr Mädchen als Jungen missbrauchen. Die weiblichen Opfer waren von 3 bis 17 Jahre alt. Die sexuell missbrauchten Jungen waren zwischen 7 und 16 Jahre alt.¹⁰²

In der Zwischenzeit arbeiten Psychiater hart daran, Allgemeinmediziner dahingehend zu beeinflussen, die auf dem DSM basierenden Diagnose-Checklisten zu verwenden, um die Anzahl ihrer Überweisungen zu erhöhen. Nicht-psychiatrische Mediziner sollten jedoch die wahrscheinlichen Konsequenzen für den Ruf der Medizin bedenken, bevor sie sich darauf einlassen, denn das gute Ansehen eines jeden Berufsstandes hängt in hohem Maße vom ethischen Verhalten seiner Praktizierenden ab.

„Selbstmord, Stress, Scheidungen – Psychologen und Psychiater haben wahrscheinlich einen größeren Knacks als der Rest der Bevölkerung.“

– *Psychology Today*, 1997

WICHTIGE FAKTEN

1 Eine Studie ergab, dass 83% der Personen, die von Kliniken und Sozialarbeitern zur psychiatrischen Behandlung verwiesen wurden, nicht diagnostizierte körperliche Krankheiten hatten. Eine andere Studie zeigte, dass bei 42% derjenigen, bei denen eine Psychose diagnostiziert wurde, später entdeckt wurde, dass sie an einer medizinischen Krankheit litten.¹⁰³

2 Nach Ansicht von medizinischen Experten kann unerwünschtes, überaktives oder „hyperaktives“ Verhalten viele Ursachen haben, z. B. Allergien, Nahrungsmittelzusätze, Giftstoffe in der Umwelt, zu wenig Schlaf oder bestimmte Medikamente.

3 Psychiatrische Einrichtungen sollten nicht-psychiatrische Mediziner beschäftigen und mit einer vollständigen Diagnoseeinrichtung ausgestattet sein, um nicht diagnostizierte körperliche Ursachen zu finden und dadurch etwa 40% der Einlieferungen zu verhindern.





KAPITEL SECHS

Alternativen zur psychiatrischen Sicht

Im Jahre 2002 wurde eine Umfrage unter Medizinerinnen in drei europäischen Ländern und in den USA durchgeführt. 72% sagten, ein guter Mediziner könne am besten durch folgende Qualitäten beschrieben werden: Mitgefühl, Fürsorge, ein angenehmes Äußeres, die Fähigkeit gut zuzuhören und durch Kommunikationsfertigkeiten. Sie waren davon überzeugt, dass sie ihren Patienten auf diese Weise helfen könnten, ein gesünderes und besseres Leben zu führen.

Auf die Frage, wie man eine mentale Störung von einer körperlichen Krankheit unterscheide, antworteten

65%, dass zuerst eine körperliche Untersuchung und klinische Tests durchgeführt werden sollten, um eine körperliche Krankheit auszuschließen.

Psychiater führen nur selten körperliche Tests durch und erstellen kaum medizinische Diagnosen. Statt dessen wird eine vorgefertigte Checkliste mit Verhaltensmustern zu Rate gezogen, um zu einer Diagnose zu kommen. Und danach muss der Psychiater nur noch Psychopharmaka verschreiben.

Um dem Mangel an Interesse an der Psychiatrie zu begegnen, produzierte die WPA (World Psychiatric Association) einen „Kern-Lehrplan der Psychiatrie für Medizinstudenten“.¹⁰⁴ Dessen Ziel ist es, alle zukünftigen Ärzte in der Identifikation und Behandlung psychischer Erkrankungen auszubilden. Die Autoren erklären dazu ganz offen: „Da die meisten Studenten nicht Psychiatrie studie-

ren werden, ist das Erzeugen einer angemessenen Geisteshaltung von äußerster Wichtigkeit“ – und diese sollten deshalb nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in allen anderen Fachgebieten unterrichtet werden.¹⁰⁵

In einer Wunschliste zur Reform des Bereichs der geistigen Gesundheit schreibt der Autor von *Mad in America*, Robert Whitaker: „Ganz oben auf dieser Liste wäre allerdings eine einfache Bitte um Ehrlichkeit. Hört damit auf, den Menschen, bei denen Schizophrenie diagnostiziert wurde, zu erzählen, sie litten an zu hohen Werten von Dopamin oder Serotonin, und dass Psychopharmaka die Gehirnchemie wieder ins ‚Gleichgewicht‘ bringen

würden. Dieses ganze Gerede ist eine Form medizinischen Betrugs, und es ist unvorstellbar, dass man irgendeine andere Gruppe von Patienten, etwa die mit Krebs- oder Herzleiden, auf solche Weise täuscht.“

Dr. med. David B. Stein, klinischer Psychologe und außerordentlicher Professor für Psychologie erklärt: „Ärzte sind ausgebildet zu heilen. Sie wollen wirklich helfen. Oft behaupten sie, sie hätten keine Alternativen – dass Psychopharmaka die

„Ja, ich glaube, dass der Eid des Hippokrates relevant ist; das war im Juni 1990 so (als ich ihn ablegte), ist heute so (im März 2001) und wird an jedem einzelnen Tag in diesem Beruf so sein, dem ich die Ehre habe anzugehören. Was ist die Kernaussage des Hippokratischen Eids? Ganz einfach, und wie auch immer die zeitgemäße Formulierung lauten mag: ‚Möge ich für andere sorgen, wie ich das von ihnen erwarten würde‘.“

– Arzt, 2001

einzig Möglichkeit seien, diesen Kindern [mit ADHS und Lernstörungen] zu helfen. Außerdem werden sie von Eltern und Lehrern, die ihre störenden Kinder sofort unter Kontrolle bekommen möchten, bedrängt, Rezepte auszustellen. Einige Ärzte tun dies alles andere als gerne; viele wünschen sich eine Alternative.“¹⁰⁶

Angesichts dessen, dass psychiatrische Diagnosen



Das Hauptaugenmerk muss auf funktionierenden medizinischen Tests und Behandlungen liegen, die das Individuum verbessern und stärker und die Person vor einem lebenslangen psychiatrischen Missbrauch bewahren.

und Behandlungsmethoden auf dem Umweg über praktische Ärzte immer mehr Einfluss auf das Leben der Menschen gewinnen, müssen die Alternativen besonders betont werden.

Die folgenden Alternativen sind das Resultat jahrelanger Arbeit mit qualifizierten Gesundheitsexperten, die sich mit derartigen medizinischen Themen beschäftigen haben.

1) Untersuchen Sie, ob ein körperliches Leiden zugrunde liegt

Das *Medical Evaluation Field Manual des California Department of Mental Health* sagt: „Fachleute auf dem Gebiet der geistigen Gesundheit, die im psychiatrischen System arbeiten, haben eine berufliche und eine gesetzliche Verpflichtung, die Anwesenheit körperlicher Krankheiten ihrer Patienten zu erkennen ... Körperliche Krankheiten können bei einem Patienten mentale Störungen hervorrufen [oder] solche verschlimmern.“¹⁰⁷

1998 führte die schwedische Sozialbehörde einige Fälle von Disziplinaraktionen gegen Psychiater auf, darunter einen, in dem ein Patient sich fünf Jahre lang beim psychiatrischen Personal über Kopfschmerzen, Benommenheit und einen unsicheren, schwankenden Gang beklagt hatte, ehe eine medizinische Untersuchung durchgeführt wurde. Bei dieser wurde entdeckt, dass er an einem Gehirntumor litt.¹⁰⁸

Dr. Thomas Dorman rät: „... bitte bedenken Sie, dass die Mehrzahl der Leute an organischen Krankheiten leidet. Ein Arzt sollte zuallererst daran denken, dass emotionaler Stress, der mit einer chronischen Erkrankung oder einem schmerzhaften Zustand einhergeht, die Stimmung eines Patienten verändern kann. In meiner Praxis bin ich auf zahlreiche Fälle mit chronischen Rückenschmerzen gestoßen, die als neurotisch bezeichnet wurden. Eine typische Aussage eines solchen bemitleidenswerten Patienten ist: ‚Ich dachte, ich werde verrückt.‘ In vielen Fällen war das Problem „einfach ein nicht diagnostiziertes Rückenleiden.“¹⁰⁹

2) Es gibt Hilfe ohne bewusstseinsverändernde Psychopharmaka.

Der deutsche Psychiater Paul Runge sagt, er habe mehr als 100 Kindern auch ohne Psychopharmaka helfen können. Er half ihnen auch dabei, die Dosierungen zu reduzieren, die von anderen Ärzten verordnet worden waren.¹¹⁰

Dr. L.M.J. Pelsser vom Forschungszentrum für Hyperaktivität und ADHS in Middelburg, Holland, stellte fest, dass 62% der mit „ADHS“ diagnostizierten Kinder eine deutliche Verbesserung in ihrem Verhalten zeigten, wenn man ihre Ernährung nur drei Wochen lang umstellte.¹¹¹

Dr. Mary Ann Block, die Tausenden von Kindern dabei geholfen hat, von Psychopharmaka wegzukommen und wegzubleiben, sagt: „Viele Ärzte führen keine körperliche Untersuchung durch, bevor sie Psychopharmaka verschreiben ... Die Kinder kommen zu einem Arzt, aber er führt keine körperliche Untersuchung durch oder sucht nicht nach irgendwelchen gesundheitlichen oder schulischen Problemen, bevor er ADHS diagnostiziert und Psychopharmaka verschreibt. Das ist nicht, was ich in meiner medizinischen Ausbildung gelernt habe. Mir wurde beigebracht, eine komplette Anamnese und körperliche Untersuchung durchzuführen. Mir wurde beigebracht, eine so genannte ‚Differenzialdiagnose‘ in Betracht zu ziehen. Um das zu tun, muss man alle möglichen zugrunde liegenden Ursachen der Symptome überprüfen.“¹¹² Dr. Block führt Allergietests durch und entwickelt Diätlösungen für „Verhaltensprobleme“. Sie zitiert eine Studie des *Journal of Pediatrics* (1995), die zeigt, dass Saccharose (Zucker) bei Kindern einen zehnfachen Anstieg des Adrenalinpiegels verursachen kann, was zu „Konzentrationschwierigkeiten, leichter Ablenkbarkeit und Angstzuständen“ führen kann.

3) Psychopharmaka können die tatsächlichen körperlichen Probleme eines Kindes verdecken

Laut medizinischen und pädagogischen Experten kann unerwünschtes oder überaktives Verhalten vielerlei Ursachen haben: Allergien, Nahrungszusätze, Umweltgifte, ungenügend Schlaf oder bestimmte Medikamente. Zu den möglichen Ursachen zählt auch, wenn Kinder nicht wissen, wie man lernt oder beim Lernen falsch verstandene oder gar nicht verstandene Wörter übergehen, aber auch mangelndes Interesse am Unterricht aufgrund außergewöhnlicher Intelligenz oder Kreativität.

Der Psychiater Dr. Sydney Walker III zählt in seinem Buch *The Hyperactivity Hoax (Der Schwindel mit der Hyperaktivität)* eine Vielzahl von Gründen für hyperaktives Verhalten auf: „Kinder mit einem Gehirntumor im Frühstadium können Symptome von Hyperaktivität oder Aufmerksamkeitsschwäche entwickeln; genauso Kinder mit Blei- oder Pestizidvergiftungen, mit Diabetes, Herzerkrankungen, Würmern, Viren- oder Bakterieninfektionen, Unterernährung, Kopfverletzungen, genetischen Störungen, Allergien, Quecksilber- oder Manganvergiftungen, kleinen epileptischen Anfällen und mit Hunderten - ja Hunderten – anderer kleinerer oder größerer, manchmal sogar lebensbedrohender medizinischer Probleme. Nichtsdestotrotz wird all diesen Kindern der Stempel ‚hyperaktiv‘ oder ‚ADS‘ aufgedrückt.“¹¹³

Das Verschreiben psychoaktiver Medikamente für eine Krankheit, die gar nicht existiert, ist eine Tragödie, so Dr. Walker, „weil das Verdecken der Symptome der zugrunde liegenden Erkrankung gestattet fortzubestehen – und häufig sogar, schlimmer – zu werden“.¹¹⁴

Dr. Walker vergleicht das mit dem Fall eines Patienten, der wegen eines geschwollenen Fußes zum Arzt geht. Der Arzt diagnostiziert es als "Beule" und verschreibt Aspirin, stellt aber nie fest, ob die Beule ein Tumor, ein Insektenstich oder ein Gangrän ist.

Es gibt zu viele Alternativen für psychiatrische Medikamente, um sie hier alle aufzählen zu können. Die meisten Psychiater hingegen würden wahrscheinlich behaupten, dass es keine gibt und den Status quo beibehalten. Dem Arzt bleibt somit die Wahl zwischen Fakten und Fiktion, zwischen Heilung und Zwang und zwischen Medizin und Manipulation.

Wir haben allen gebührenden Respekt für das Fachgebiet Medizin, soweit sie auch wirklich als Medizin praktiziert wird, nämlich im Geiste ehrlichen und ethischen Bemühens sowie unter vorrangiger Beachtung der Bedürfnisse des Patienten und seiner Gesundheit. Aber wir wenden uns vehement gegen die Pervertierung der Medizin durch die Psychiatrie, deren Einfluss nicht nur den Ruf, die Ehre, die Menschlichkeit und den Wert der Ärzteschaft zu ruinieren droht, sondern auch das Leben von Millionen von Patienten, die einfach nur ärztliche Hilfe suchen.

Das Verschreiben psychoaktiver Medikamente für eine Krankheit, die gar nicht existiert, ist eine Tragödie, „weil das Verdecken der Symptome [mit Psychopharmaka] der zugrunde liegenden Erkrankung gestattet, fortzubestehen – und häufig sogar, schlimmer zu werden“.

– Dr. Sydney Walker III, Psychiater, Neurologe und Autor von *The Hyperactivity Hoax*, 1998





EMPFEHLUNGEN

Empfehlungen

- 1 Psychiatrische Anstalten sollten mit vollständigen Diagnoseeinrichtungen ausgestattet sein, um nicht diagnostizierte körperliche Ursachen zu finden. Nicht-psychiatrische Ärzte sollten eingestellt werden und diese Funktion durchführen.
- 2 Alle 374 psychischen Störungen im DSM-IV sollten durch wissenschaftliche, körperliche Untersuchungen nachgewiesen werden, um irgendeinen Wert zu haben. Bis dahin sollten Behandlungen dieser Störungen von keiner Versicherung gedeckt werden.
- 3 Klinische Überprüfungen und Buchprüfungen sollen an allen öffentlichen und privaten psychiatrischen Anstalten durchgeführt werden, die staatliche Förderungen oder Versicherungsgelder erhalten, um die Rechenschaftspflicht und die Erstellung von Statistiken über Einweisungen, Behandlungen und Todesfälle sicherzustellen, ohne die Vertraulichkeit von Patientendaten zu verletzen.
- 4 Mittel und Versicherungsleistungen sollten nur für funktionierende medizinische Behandlungen zur Verfügung gestellt werden, die psychische Probleme wirklich lindern und heilen.
- 5 Es sollte untersucht werden, welchen Einfluss psychiatrischer Betrug und Fehlverhalten auf die Allgemeinmedizin und nicht-psychiatrische Versicherungsprämien hat.
- 6 Niemand soll jemals zu einer Elektroschock-Behandlung, psychochirurgischen Operation oder zu einer psychiatrischen Zwangsbehandlung gezwungen werden oder dazu, bewusstseinsverändernde Drogen zu nehmen. Regierungen sollen derartige Missbräuche gesetzlich unter Strafe stellen.
- 7 Rechtsschutz muss sichergestellt werden, so dass es Psychiatern und Psychologen verboten wird, die Rechte jedweder Person zu verletzen und um seine freie Ausübung seiner bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechte zu garantieren, so wie sie im Grundgesetz, in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte und in anderen relevanten Dokumenten niedergelegt sind.



Die Citizens Commission on Human Rights International

Die Citizens Commission on Human Rights (CCHR) wurde 1969 von der Scientology Kirche gegründet, um Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie zu untersuchen und aufzudecken und um das Gebiet der geistigen Gesundheit (Mental Health) zu reformieren. Heute gibt es über 130 CCHR-Ortsgruppen in 31 Ländern.

In Deutschland ist die Citizens Commission on Human Rights unter dem Namen Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e.V. (KVPM) bekannt. Im Beirat der CCHR sitzen Ärzte, Rechtsanwälte, Pädagogen, Künstler, Geschäftsleute und Repräsentanten von Bürgerrechts- und Menschenrechtsgruppen.

Die CCHR selbst gibt keinen medizinischen oder rechtlichen Rat, arbeitet aber eng mit Anwälten und Ärzten zusammen und befürwortet reguläre medizinische Verfahrensweisen. Ein Hauptaugenmerk der CCHR gilt subjektiven psychiatrischen „Diagnosen“, die objektiven wissenschaftlichen oder medizinischen Kriterien keinesfalls genügen. Auf der Grundlage dieser falschen Diagnosen verordnen und rechtfertigen Psychiater lebenszerstörende Therapien, einschließlich die Einnahme bewusstseinsverändernder Psychopharmaka, welche die eigentliche Schwierigkeit einer Person überdecken und so eine wirkliche Genesung verhindern.

Die Arbeit der CCHR basiert auf der *Allgemeinen*

Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen und zwar insbesondere auf folgenden Punkten, die durch Psychiater und psychiatrisches Personal immer wieder verletzt werden:

Artikel 3: Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Artikel 5: Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.

Artikel 7: Alle Menschen sind vor dem Gesetze gleich und haben ohne Unterschied Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz. (...)

Durch die falschen und stigmatisierenden Diagnosen der Psychiatrie, ihre weitreichenden Möglichkeiten zur Zwangseinweisung von Menschen in psychiatrische Anstalten und durch ihre brutalen, persönlichkeitszerstörenden „Therapien“ werden weltweit Millionen Menschen ihrer grundlegenden Rechte beraubt. Das psychiatrische System ist nichts anderes als eine monströse Ansammlung von Menschenrechtsverletzungen.

Die CCHR hat Hunderte von Reformen initiiert und in die Wege geleitet, beispielsweise mit Hilfe von Zeugenaussagen bei parlamentarischen Ausschüssen, mit der Durchführung öffentlicher Anhörungen über psychiatrische Praktiken und durch die Zusammenarbeit mit Medien, Strafverfolgungsbehörden und Regierungsvertretern auf der ganzen Welt.



UNSERE ZIELE

DIE CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS (CCHR)

untersucht Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie und bringt sie ans Licht. Sie arbeitet Seite an Seite mit anderen Gruppen und Einzelpersonen, die ebenfalls die Zielsetzung verfolgen, das Gebiet der geistigen Gesundheit zu reformieren. Die CCHR wird fortfahren dies zu tun, bis psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und Zwangsbehandlungen ein Ende haben und alle Betroffenen wieder im Besitz ihrer Menschenrechte und ihrer Menschenwürde sind.

Raymond N. Haynes
Abgeordneter des Staates Kalifornien

„Die CCHR ist bekannt für ihre langjährige Arbeit, die verhindern soll, dass Kinder unnötig mit einer psychischen Störung abgestempelt und auf Psychopharmaka gesetzt werden. ... Die Beiträge der Citizens Commission on Human Rights International zu Fragen der geistigen Gesundheit auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene sind von unschätzbarem Wert und zeigen die Hingabe der Organisation an die höchsten Ideale im Dienst der geistigen Gesundheit.“

Dr. med. Julian Whitaker
Leiter des Whitaker Wellness Instituts, Kalifornien,
Autor von *Health & Healing*

„Die Leistungen der CCHR und ihre Erfolge sind ein gesellschaftlicher Gewinn von großer Tragweite. Die Kommission hat enorme Fortschritte bewirkt; sie war ein großer Rückhalt für Eltern und Kinder, die von Psychiatern, Psychologen und Psychiatriebefürwortern schrecklich misshandelt worden sind und sie ist

die einzige Vereinigung, die für die Menschenrechte eintritt, wenn es um Missbräuche in der Psychiatrie geht. Die CCHR hat die exzessive Behandlung mit Psychopharmaka, die Stigmatisierung, die falschen Diagnosen und den Mangel an wissenschaftlichen Aufzeichnungen – also all jene Dinge, die sonst keiner bemerkt - ins Visier genommen und die Öffentlichkeit darüber aufgeklärt. Sie macht dabei Fortschritte, den verheerenden Auswirkungen der Psychiatrie Einhalt zu gebieten.“

Dr. Fred Baughman, Jun.
Kinderneurologe

„Ich denke, dass es mittlerweile viele Gruppen gibt, die über den Einfluss der Psychiatrie auf Gemeinden und Schulen besorgt sind. Aber keine andere Gruppe war so effektiv wie die CCHR beim Aufdecken betrügerischer Diagnosen und dem Psychopharmaka Problem an Schulen. Die CCHR ist eine äußerst effektive Gruppe und ein wichtiger Verbündeter für jeden, der dieses Anliegen teilt und dazu beitragen möchte, diese Missbräuche abzuschaffen.“

WEITERE INFORMATIONEN

CCHR International
6616 Sunset Blvd.
Los Angeles, CA, USA 90028
Tel: (323) 467-4242, (800) 869-2247
Fax: (323) 467-3720
www.cchr.org
E-Mail: humanrights@cchr.org

Kommission für Verstöße der Psychiatrie
gegen Menschenrechte e.V. (KVPM)
Amalienstraße 49a
80799 München
Tel: (089) 273 03 54, Fax: (089) 289 86 704
www.kvpm.de
E-Mail: kvpm@gmx.de

CCHR INTERNATIONAL

CCHR International

Beiratsmitglieder

Die Beiratsmitglieder der CCHR agieren in offizieller Funktion. Sie unterstützen die CCHR bei ihrer Arbeit, das Gebiet der geistigen Gesundheit zu reformieren und die Menschenrechte von (angeblich) psychisch Kranken zu schützen.

Internationale Präsidentin

Jan Eastgate
Citizens Commission on
Human Rights International
Los Angeles, USA

Präsident für die USA

Bruce Wiseman
Citizens Commission on
Human Rights United States

Vorstandsmitglied

Isadore M. Chait

Gründungsmitglied

Dr. Thomas Szasz,
emeritierter Professor für Psychiatrie
an der State University of New York,
Health Science Center

Kunst & Unterhaltung

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 & Recht

Tim Bowles, Rechtsanwalt
Lars Engstrand
Lev Levinson
Jonathan W. Lubell, Jurist
Lord Duncan McNair
Kendrick Moxon, Rechtsanwalt

Wissenschaft, Medizin & Gesundheit

Dr. med. Giorgio Antonucci
Mark Barber, Zahnchirurg
Dr. phil. Shelley Beckmann
Dr. Mary Ann Block, Allgemeinärztin
Dr. med. Roberto Cestari (auch
Präsident von CCHR in Italien)
Lloyd McPhee
Conrad Maulfair, Allgemeinarzt
Coleen Maulfair
Clinton Ray Miller
Dr. med. Mary Jo Pagel
Dr. med. Lawrence Retief
Dr. med. Megan Shields
Dr. phil. William Tutman
Michael Wisner
Dr. med. Julian Whitaker
D. med. Sergej Zapuskalov

Pädagogik

Dr. phil. Gleb Dubov
Bev Eakman
Nickolai Pavlovsky
Prof. Anatoli Prokopenko

Religion

Rev. Doctor Jim Nicholls

Wirtschaft

Lawrence Anthony
Roberto Santos

CCHR BÜROS



CCHR AUSTRALIEN

Citizens Commission on Human Rights Australia
P.O. Box 562
Broadway, New South Wales 2007
Australien
Telefon: +612 92 114787
Fax: +612 92 115543
E-Mail: cchr@iprimus.com.au

CCHR BELGIEN

Citizens Commission on Human Rights Belgium
Postbus 55
2800 Mechelen 2
Belgien
Telefon: +324 77 712494

CCHR DÄNEMARK

Citizens Commission on Human Rights Denmark
(Medborgernes Menneskerettighedskommission - MMK)
Faksingevej 9A
2700 Brønshøj
Dänemark
Telefon: +45 39 629039
E-Mail: M.M.K.@inet.uni2.dk

CCHR DEUTSCHLAND

Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e.V. (KVPM)
Amalienstraße 49a
80799 München
Deutschland
Telefon: +49 89 2730354
Fax: +49 89 28986704
Websites: www.kvpm.de
www.einsatzfuerkinder.de
E-Mail: kvpm@gmx.de

CCHR FINNLAND

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

CCHR FRANKREICH

Citizens Commission on Human Rights France
(Commission des Citoyens pour les Droits de L'Homme - CCDH)
BP 76
75561 Paris Cedex 12
Frankreich
Telefon: +33 1 40010970
Fax: +33 1 40010520
E-Mail: ccdh@wanadoo.fr

CCHR GRIECHENLAND

Citizens Commission on Human Rights Greece
65, Panepistimiou Str.
10564 Athen
Griechenland

CCHR GROSSBRITANNIEN

Citizens Commission on Human Rights United Kingdom
P.O. Box 188
East Grinstead
West Sussex RH19 4RB

Großbritannien

Telefon : +44 1342 313926
Fax: +44 1342 325559
E-Mail: humanrights@cchr.org

CCHR HOLLAND

Citizens Commission on Human Rights Holland
Postbus 36000
1020 MA, Amsterdam
Holland
Telefon/Fax: +31 20 4942510
E-Mail: info@ncrm.nl

CCHR IRLAND

Citizens Commission on Human Rights Ireland
Ashton House, Castleknock
Dublin 15
Irland
E-Mail: cchr@eircom.net

CCHR ISRAEL

Citizens Commission on Human Rights Israel
P.O. Box 37020
61369 Tel Aviv
Israel
Telefon: +972 3 5660699
Fax: +972 3 5601883
E-Mail: cchr_isr@netvision.net.il

CCHR ITALIEN

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

CCHR JAPAN

Citizens Commission on Human Rights Japan
2-11-7F Kitaotsuka
Toshima-ku Tokio
170-0004, Japan
Telefon: +81 3 3576 1741
Fax: +81 3 3576 1741

CCHR KANADA

Citizens Commission on Human Rights Toronto
27 Carlton St., Suite 304
Toronto, Ontario
M5B 1L2 Kanada
Telefon: +01 41 69718555
E-Mail: officemanager@on.aibn.com

CCHR MEXIKO, MONTERREY

Citizens Commission on Human Rights Monterrey,
Mexico
Avda. Madero 1955 Poniente Esq.
Venustiano Carranza
edif. Santos Oficina 735
Monterrey, NL
Mexiko
Telefon: +83 480329
Fax: +86 758689
E-Mail: ccdh@axtel.net

CCHR NEPAL

Citizens Commission on Human Rights Nepal
P.O. Box 1679
Baneshwor Kathmandu,
Nepal
E-Mail: cchrnepal@hotmail.com

CCHR NEUSEELAND

Citizens Commission on Human Rights New Zealand
P.O. Box 5257
Wellesley Street
Auckland 1
Neuseeland
Telefon/Fax: +649 5800060
E-Mail: cchr@xtra.co.nz

CCHR NORWEGEN

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

CCHR ÖSTERREICH

Bürgerkommission für Menschenrechte Österreich
Postfach 130
1072 Wien
Österreich
Telefon: +43 1 8770223
Fax: +43 1 6628072
E-Mail: info@cchr.at

CCHR RUSSLAND

Citizens Commission on Human Rights Commonwealth of Independent States
P.O. Box 35
117588 Moscow
Russland, CIS
Telefon: +70 95 5181100

CCHR SCHWEDEN

Citizens Commission on Human Rights Schweden
(Kommittén för Mänskliga Rättigheter - KMR)
Box 2
124 21 Stockholm
Schweden
Telefon: +46 8 838518
info.kmr@telia.com

CCHR SCHWEIZ, LAUSANNE

Citizens Commission on Human Rights Lausanne
(Commission des Citoyens pour les Droits de L'Homme - CCDH)
Case postale 5773
1002 Lausanne
Schweiz
Telefon: +41 21 6466226
E-Mail: cchrlau@dplanet.ch

CCHR SCHWEIZ, TICINO

Citizen Commission on Human Rights Ticino
(Comitato dei cittadini per i diritti dell'uomo)
Casella postale 613
6512 Giubiasco
Schweiz
Telefon: +76 327 8379
E-Mail: ccdu@ticino.com

CCHR SCHWEIZ, ZÜRICH

Bürgerkommission für Menschenrechte (CCHR)
Postfach 1207
8026 Zürich
Schweiz
Telefon: +41 1 2427790
Fax: +41 1 4910078
Website: www.cchr.ch
E-Mail: info@cchr.ch

CCHR SPANIEN

Citizens Commission on Human Rights Spain
(Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos, CCDH)
Apdo. de Correos 18054
28080 Madrid
Spanien
Telefon: +34 635 330714
Fax: +34 915 217405
E-Mail: ccdhorg@msn.com

CCHR SÜDAFRIKA

Citizens Commission on Human Rights South Africa
P.O. Box 710
Johannesburg 2000
Südafrika
Telefon: +11 27 116158658
Fax: +11 27 116155845

CCHR TAIWAN

Citizens Commission on Human Rights Taiwan
Taichung P.O. Box 36-127
Taiwan
E-Mail: Roysu01@hotmail.com

CCHR TSCHESCHIEN

Občanská komise za lidská práva
Václavské náměstí 17
110 00 Prag 1
Tschechien
Telefon/Fax: +420 224 009156
E-Mail: lidskaprava@cchr.cz

CCHR UNGARN

Citizens Commission on Human Rights Hungary
Pf. 182
1461 Budapest
Ungarn
Telefon: +36 13426355
Fax: +36 13444724
E-Mail: cchrhun@elender.hu

QUELLENANGABEN

Quellenangaben

1. David Samuels, „Saying Yes to Drugs“, *The New Yorker*, 23. März 1998.
2. Dr. phil. Ty C. Colbert, *Rape of the Soul: How the Chemical Imbalance Model of Modern Psychiatry Has Failed its Patients* (Kevco Publishing, California, 2001) S. 74–75.
3. „Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe“, Parlamentarische Versammlung, Europarat, Bericht vom März 2002, Aussage von Dr. Paul Runge.
4. ebd., Punkt 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, Schweiz.
6. David Reardon, „Mind drugs are hurting normal children: AMA“, *Sydney Morning Herald*, 6. Februar 1999.
7. a.a.O., Parlamentarische Versammlung, Europarat, Bericht vom März 2002
8. „The ADHD Debate – Parents, doctors and educators struggle to define – and treat – attention deficit hyperactivity disorder“, *Daily News* (New York), 9. April 2001.
9. Dr. med. Louria Shulamit, Israel, 2002 – das Zitat wurde CCHR International am 22. Juni 2002 zur Verfügung gestellt.
10. Gina Shaw, „The Ritalin Controversy – Experts Debate Use of Drug to Curb Hyperactivity in Children“, *The Washington Diplomat*, März 2002.
11. Jeanie Russell, „The Pill That Teachers Push“, *Good Housekeeping*, Dezember 1997.
12. Dr. phil. Elliot S. Valenstein, *Blaming the Brain* (The Free Press, New York, 1998), S. 4.
13. ebd., S. 196.
14. Lisa M. Krieger, „Some question value of brain scan; Untested tool belongs in lab only, experts say“, *The Mercury News*, 4. Mai 2004.
15. ebd.
16. Dr. Mary Ann Block, *No More ADHD* (Block Books, Texas, 2001), S. 35.
17. a.a.O., Dr. phil. Ty C. Colbert, S. 74.
18. *Physician's Desk Reference – 1998* (Medical Economics Co., N.J.), S. 1896–1897.
19. Brian Vastig, „Pay Attention: Ritalin Acts Much Like Cocaine“, *Journal of the American Medical Association*, 22./29. Aug. 2001, Band. 286, Nr. 8, S. 905.
20. Dr. phil. David Stein, *Unraveling the ADD/ADHD Fiasco* (Andrews Publishing, Kansas City, 2001), S. 22.
21. ebd., S. 20.
22. ebd.
23. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)* (American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987), S. 136.
24. Dr. med. Sydney Walker III, *The Hyperactivity Hoax* (St. Martin's Paperbacks, New York, 1998), S. 47.
25. a.a.O., Dr. Jean-Blaise Montandon und Laurent Medioni.
26. Lucy Johnston, „These youngsters are like guinea pigs in a huge medical experiment...“, *Sunday Express*, 15. Juni 2003.
27. Dr. med. K. Minde, FRCPC, „The Use of Psychotropic Medication in Preschoolers: Some Recent Developments“, *Canadian Journal of Psychiatry*, Band 43, 1998.
28. Richard De Grandpre, *Ritalin Nation* (W.W. Norton & Co., New York, 1999), S. 177.
29. Kate Muldoon, „Shooting spurs debate on Prozac's use by kids“, *The Oregonian*, 1. Juni 1998.
30. „The eating cure: Forget drugs – diet is the way forward in treating mental illness...“, *The Guardian* (London), 4. Mai 2004.
31. „Worsening Depression and Suicidality in Patients Being Treated with Antidepressants Medications“, *U.S. Food and Drug Administration Public Health Advisory*, 22. März 2004.
32. Kelly Patricia O'Meara, „GAO, Study' Plays Guessing Games“, *Insight Magazine*, 16. Mai 2003.
33. R.S. Pollack, „A Boy's Behavioral Problems Stop after a Blockage is Removed from His Colon“, *Sun Sentinel News*, 4. März 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, S. 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), S. 1.
37. Dr. med. Franz G. Alexander und Dr. med. Sheldon T. Selesnick, *The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present* (Harper & Row Publishers, New York, 1966), S. 4.
38. Dr. med. Thomas Szasz, *The Manufacture of Madness* (Harper & Row, New York, 1970), S. 299.
39. a.a.O., Edward Shorter, S. 17.
40. Dr. med. Thomas Szasz, *Pharmocracy* (Praeger Publishers, Westport, CT, 2001), S. 6.
41. ebd.
42. ebd.
43. Dr. med. John G. Howells, *World History of Psychiatry* (Brunner/Mazel, Inc., New York, 1975), S. 264.
44. ebd.
45. a.a.O., Szasz, *The Manufacture of Madness*, S. 305.
46. Erwin H. Ackerknecht, *A Short History of Psychiatry* (Hafner Publishing Co., New York, 1959), S. 33–34.
47. Thomas Röder, Volker Kubillus, Anthony Burwell, *Psychiatrists – The Men Behind Hitler* (Freedom Publishing, Los Angeles, 1995), S. 28, dort zitiert: Friedrich Nietzsche, Buch III, S. 67.
48. a.a.O., Szasz, *Manufacture of Madness*, S. 312.
49. Stanley Finger, *Origins of Neuroscience: A History of Explorations into Brain Function* (Oxford University Press, New York, 1994), S. 58.
50. a.a.O., Elliot S. Valenstein, S. 19.
51. ebd., S. 19.
52. „Acknowledgements“, *A WHO Educational Package – Mental Disorders in Primary Care*, 1998, S. 3.
53. Sarah Boseley, „Psychiatric Agenda, set by drug firms“, *The Guardian*, 9. Juli 2001.
54. Shankar Vedantam, „Drug Ads Hying Anxiety Make Some Uneasy“, *The Washington Post*, 16. Juli 2001.
55. Dr. med. Joseph Glenmullen, *Prozac Backlash* (Simon & Schuster, New York, 2000), S. 12.
56. a.a.O., Elliot S. Valenstein, S. 4.
57. „IMS HEALTH Reports 14.9 Percent Dollar Growth in U.S. Prescription Sales to \$145 Billion in 2000“, *IMSHealth.com*, 31. Mai 2001; „IMS Reports 11.5 Percent Dollar Growth in '03 U.S. Prescription Sales“, *IMSHealth.com*, 17. Februar 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), S. 260, 263.
59. David Healy, *The Anti-Depressant Era* (Harvard University Press, 1999), S. 233.

60. Dr. med. David Kaiser, „Against Biological Psychiatry“, Dezember 1996, <http://www.antipsychiatry.org/kaiser.htm>
61. a.a.O., Herb Kutchins, Stuart A. Kirk, S. 22.
62. „Introducing Thomas Dorman, M.D.“, Internet address: <http://www.libertyconferences.com/dorman.htm>, Stand: 27. März 2002.
63. Dr. phil. Paula J. Caplan, *They Say You're Crazy* (New York: Addison-Wesley Publishing Company, 1995), S. 221–222.
64. a.a.O., Dr. phil. Valenstein, S. 147–148.
65. Dr. med. Steven Miran, „Testimony of the APA before the House Subcommittee on Labor, Health & Human Services and Education“, *Appropriations*, 5. April 2000.
66. a.a.O., David Healy, S. 174.
67. a.a.O., Elliot S. Valenstein, S. 4.
68. ebd., S. 125.
69. a.a.O., Lisa M. Krieger, *The Mercury News*, 4. Mai 2004.
70. a.a.O., Dr. phil. Ty C. Colbert, *Rape of the Soul*, S. 97.
71. a.a.O. Elliot S. Valenstein, S. 4.
72. a.a.O., David Healy, Einleitung, S. 5.
73. a.a.O., Joseph Glenmullen, S. 195.
74. J. Allan Hobson & Jonathan A. Leonard, *Out of 1st Mind, Psychiatry in Crisis, A Call for Reform* (Perseus Publishing, Cambridge, Massachusetts, 2001) S. 125.
75. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II* (American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968), S. ix.
76. Dr. phil. Ty C. Colbert, *Blaming the Genes* (Kevco Books, California, 2001), S. 73.
77. Dr. med. E. Fuller Torrey, *Death of Psychiatry* (Chilton Publications, Pennsylvania, 1974), S. 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), S. 183.
79. ebd., S. 203.
80. ebd., S. 191, zitiert: George Crane, „Tardive Dyskinesia in Patients Treated with Major Neuroleptics: A Review of the Literature“, *American Journal of Psychiatry*, 124, Anhang, 1968, S. 40–47.
81. a.a.O., Whitaker, S. 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. a.a.O., Whitaker, S. 227–228, zitiert: L. Jeff, „The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-Year Follow-Up Findings“, *Psychological Medicine* 22 (1992), S. 131–145; Assen Jablensky, „Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures, a World Health Organization Ten-Country Study“, *Psychological Medicine*, Anhang (1992) S. 1–95.
83. a.a.O., Robert Whitaker, S. 229.
84. ebd., S. 253–254.
85. ebd., S. 258.
86. Dr. phil. Edward G. Ezrailson, Report on Review of Andrea Yates' Medical Records, 29. März 2002.
87. a.a.O., Robert Whitaker, S. 182, 186.
88. ebd., S. 188.
89. Charles Medawar, „Antidepressants Hooked on the Happy Drug“, *What Doctors Don't Tell You*, Band 8., Nr. 11, März 1998, S. 3.
90. David Grounds, et. al., „Antidepressants and Side Effects“, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Band 29, Nr. 1, 1995.
91. „Acute Drug Withdrawal“, *PreMec Medicines Information Bulletin*, Aug. 1996, geändert 6. Jan. 1997, Internetseite: <http://www.premec.org.nz/profile.htm>, Stand: 18. März 1999.
92. a.a.O., Joseph Glenmullen, S. 78.
93. ebd., S. 78.
94. Jim Rosack, „SSRIs Called on Carpet over Violence Claims“, *Psychiatric News*, Band 36, Nr. 19, 5. Okt. 2001.
95. Interview mit New York State Dept. of Law, Medicaid Fraud Control Unit, 15. Dezember 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. Februar 1992; Dr. phil. Gilbert Geis et. al., „Fraud and Abuse of Government Medical Benefit Programs by Psychiatrists“, *Am. J. Psychiatry*, 142:2, Feb. 1998, S. 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, Okt. 2001).
97. Sydney Walker, *A Dose of Sanity: Mind, Medicine and Misdiagnosis* (John Wiley & Sons, Inc., NY, 1996), S. 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), S. 46.
99. „Czech health care corruption widespread, experts say“, *Deutsche Presse-Agentur*, 10. Okt. 2001.
100. „Physicians Disciplined for Sex-Related Offenses“, Christine E. Dehlendorf, BSc, Dr. med. Sidney M. Wolfe, *JAMA*, 17. Juni 1998, Band 279, Nr. 23.
101. Tomas Bjorkman, „Many Wrongs in Psychiatric Care“, *Dagens Nyheter*, 25. Januar 1998.
102. a.a.O., Kenneth Pope.
103. Dr. med. David E. Sternberg, „Testing for Physical Illness in Psychiatric Patients“, *Journal of Clinical Psychiatry*, Band 47, Nr. 1, Jan. 1986, Anhang, S. 5; Dr. med. Richard C. Hall, et al., „Physical Illness Presenting as Psychiatric Disease“, *Archives of General Psychiatry*, Band 35, Nov. 1978, S. 1315–20; Dr. med. Ivan Fräs, Dr. med. Edward M. Litin and Dr. phil. John S. Pearson, „Comparison of Psychiatric Symptoms in Carcinoma of the Pancreas with Those in Some Other Intra-abdominal Neoplasms“, *American Journal of Psychiatry*, Band. 123, Nr. 12, Juni 1967, S. 1553–1562.
104. „Attitude objectives“, *Core Curriculum in Psychiatry for Medical Students* (1996), Internetseite: <http://www.wpanet.org/sectorial/edu5-1.html>.
105. Ahmed Mohit, *Psychiatry and Mental Health for Developing Countries, Challenges for the 21st Century*, 25–28 Januar 2001, S. 4; World Federation for Medical Education website, <http://www.sund.ku.dk/wfme.htm>
106. Dr. phil. David B. Stein, *Ritalin is Not the Answer: A Drug-Free, Practical Program for Children Diagnosed with ADD or ADHD* (Jossey-Bass, Inc., Publishers, San Francisco, 1999), S. 16.
107. Lorrin M. Koran, *Medical Evaluation Field Manual*, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University Medical Center, California 1991, S. 4.
108. Tomas Bjorkman, „Many Wrongs in Psychiatric Care“, *Dagens Nyheter*, 25. Januar 1998.
109. Thomas Dorman, „Toxic Psychiatry“, Thomas Dorman's website, 29. Januar 2002, Internet address: <http://www.dormanpub.com>, Stand: 27. März 2002.
110. a.a.O., Dr. Paul Runge.
111. a.a.O., Parlamentarische Versammlung, Europarat, Bericht vom März 2002, Punkt 19.
112. a.a.O., Dr. Mary Ann Block, S. 19–20.
113. a.a.O., Sydney Walker III, *The Hyperactivity Hoax*, S. 6.
114. ebd., S. 12.

Die Citizens Commission on Human Rights INFORMIERT DIE ÖFFENTLICHKEIT

Wer heute eine Umkehr in einer gesellschaftlichen Fehlentwicklung bewirken will, der muss aufklären. Die CCHR nimmt diese Verantwortung sehr ernst. Über ihre Website und über Broschüren, Bücher, Newsletters und andere Publikationen, die in hoher Auflage verbreitet werden, erfahren betroffene Patienten, deren Familienangehörige, zuständige Fachleute, Abgeordnete und viele andere die Wahrheit über die Psychiatrie - und dass man sehr wohl etwas

gegen diese Form von Menschenrechtsverletzung tun kann und tun sollte.

Die Publikationen der CCHR gibt es in 15 Sprachen. Sie dokumentieren die schädigenden Auswirkungen der Psychiatrie in vielen gesellschaftlichen Bereichen, beispielsweise im Bildungswesen, im Rechtswesen, bei der Drogenrehabilitation, im Umgang mit älteren Menschen und im religiösen Leben. Folgende CCHR-Broschüren sind erhältlich:

IRRLEHRE PSYCHIATRIE

Warum der Psychiatrie nicht Gelder fehlen, sondern wissenschaftliche Methoden und Resultate

BETRUG OHNE GRENZEN

Wie das psychiatrische Monopol weltweit Milliarden scheffelt

PSYCHIATRIE KONTRA MEDIZIN

Psychiatrische Praktiken und ihre destruktiven Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

WISSENSCHAFT OHNE WISSEN

Die Schwindeldiagnostik der Psychiatrie

MYTHOS SCHIZOPHRENIE

Wie eine erfundene Massenkrankheit zum Goldesel der Psychiatrie wurde

HEILUNG OHNE WIEDERKEHR

Wie Elektroschocks und Psychochirurgie Menschen zerstören

SEX ALS THERAPIE

Wie Psychiatriepatienten missbraucht und vergewaltigt werden

TÖDLICHE FESSELN

Zwangsfixierung in psychiatrischen Einrichtungen

DROGENPUSHER PSYCHIATRIE

Wie Psychiater die Welt unter Drogen setzen

ENTZUG OHNE HOFFNUNG

Methadon und andere psychiatrische Sackgassen in der Drogenrehabilitation

PILLEN STATT PAUSENBROT

Wie Kinder mit Hilfe psychiatrischer Fehldiagnosen auf Psychopharmaka gezwungen werden

JUGEND IM VISIER

Wie die Psychiatrie weltweit nach den Schulen greift

SCHÖNE NEUE WELT

Psychiatrische „Zwangsfürsorge“ und das Scheitern der gemeindenahen Psychiatrie

ANGRIFFSZIEL KÜNSTLER

Der zerstörerische Einfluss der Psychiatrie auf Kreativität und Kultur

UNHEILIGER KRIEG

Der heimliche Kampf der Psychiatrie gegen Glaube und Religion

WILLKÜR STATT RECHT

Die Auswirkung psychiatrischer und psychologischer Ideologien auf Justiz und Strafvollzug

PFLEGE OHNE GNADE

Die unmenschliche Behandlung älterer Menschen im psychiatrischen System

PROGRAMM DES SCHRECKENS

Psychiatrische Theorien und Methoden im internationalen Terrorismus

MISSION: RASSISMUS

Die Rolle psychiatrischer Denkmodelle und Programme bei der Entstehung von Rassenkonflikten und Völkermord

CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS

Weltweit im Einsatz für Menschenrechte in der Psychiatrie

WARNUNG: Setzen Sie keine Psychopharmaka ab, ohne den Rat eines kompetenten nicht-psychiatrischen Arztes einzuholen.



Diese Publikation wurde
dank finanzieller Unterstützung der
International Association of Scientologists ermöglicht.

Herausgegeben von der Citizens Commission on Human Rights
als Beitrag zur Lösung gesellschaftlicher Probleme

Die CCHR wurde in den Vereinigten Staaten nach 501(c)(3) vom Internal Revenue Service (der US-Steuerbehörde)
als eine gemeinnützige, steuerbefreite Körperschaft anerkannt.

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

*„Es ist an der Zeit,
dass Psychiater wieder
Ärzte werden –
nicht Seher, Priester, Gurus
oder Pillenpusher,
sondern wirkliche Ärzte.“*

*– Dr. Sydney Walker III,
Psychiater und Neurologe, 1996*