

Jarostaw Stukan

TOKSYCZNA psychologia i psychiatria Depresja a samobójstwo

Za dużo palisz - jesteś chory,
jesteś zbyt grzeszny - jesteś chory,
jesteś za gruby - jesteś chory,
jesteś zbyt szczęśliwy - jesteś chory, ...
- prof. Thomas Szasz, psychiatra

Pójście do psychiatrii, jest jedną
z najniebezpieczniejszych rzeczy, jakie
człowiek może zrobić
- Peter Breggin, psychiatra

Biologiczna psychiatria/psychologia jest
perwersją medycyny i nauki, jest zwykłym
oszustwem
- Fred Baughman, neurolog



Drogi Czytelniku

Elektroniczna wersja tej książki jest bezpłatna i może być w każdy sposób powielana oraz przetwarzana z wyłączeniem druku tradycyjnego. Jeśli uznasz, że jej przeczytanie było warte Twojego czasu, kup w jakiegokolwiek księgarni jej wersję papierową. Wspomożesz tym autora i utwierdzisz go w przekonaniu, iż powinien kontynuować poruszanie w książkach tak ważnych i trudnych tematów.

Laroslav Stukan

**Toksyczna psychologia i psychiatria
Depresja a samobójstwo**

Prometeusz 2010

Dedykuję kochanej Babci

Niniejsza praca nie jest stanowiskiem psychiatrii i psychologii. Za prezentowaną w niej treść odpowiada jedynie autor i stanowi ona wyłącznie jego punkt widzenia.

© Copyright by Jarosław Stukan 2010

Na okładce wykorzystano rysunek angielskiej artystki Emmy Holister (za zgodą autorki)

Korekta:

Wioletta Karwowska-Lątka

Projekt i wykonanie okładki:

Wojciech Starczewski

Redakcja:

Dariusz Radko

Druk i oprawa:

Opolgraf S.A.

ul. Niedziałkowskiego 8-12

45-085 Opole

Wydawca: PROMETEUSZ

prometeusz.wydawnictwo@wp.pl

Wydanie drugie elektroniczne, wersja merytorycznie poprawiona i bezpłatna

ISBN-13 978-83-915222-5-7

ISBN-10 83-915222-5-3

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Czym jest choroba psychiczna?	11
Czy samobójca jest chory psychicznie?	18
Mity na temat samobójstwa funkcjonujące wśród psychiatrów i psychologów ..	21
Depresja a cierpienie	27
Depresja a zaburzenie	34
Rzekome antydepresanty	43
Skutki uboczne leków z grupy „S”	56
Choroby somatyczne z „depresją” w przebiegu	61
Ciężka „depresja” i terapia elektrowstrząsowa	63
System	68
„Depresja” a samobójstwo	80
Przyszłość	89
Literatura cytowana	95

Wstęp

Nie reprezentuję żadnej organizacji, żadnego ruchu, nie czerpię żadnych korzyści z napisania tej książki. Czy jednak zaprzeczę, czy nie, książka oddana do rąk czytelnika mieści się w nurcie antypsychiatrii. Ja jednak nie jestem przeciwnikiem psychiatrii ani jej zwolennikiem. Jedyne krytycznie obserwuję to, co mnie otacza i wyciągam wnioski.

W swojej pracy klinicznej już kilka lat temu zauważyłem szkodliwość leczenia farmakologicznego. Nie jest to jednak szkodliwość bezpośrednia (fizjologiczna), o której piszą inni autorzy, jak Peter Breggin, mówiąca o negatywnych skutkach spożywania leków stosowanych w psychiatrii. Nie jest to też szkodliwość „sama w sobie”, co można wysnuć z prac Thomasa Szasa, który w ogóle powątpiewa w istnienie chorób psychicznych. Nie jest to przy tym „bunt” młodego lekarza, lecz częściowo uzasadnione przypuszczenie wybitnego profesora psychiatrii, który wydał ponad 600 artykułów naukowych i kilkadziesiąt książek.

Mój, delikatnie mówiąc, sceptyczny stosunek względem psychofarmakoterapii dotyczy innego obszaru, faktu, którego konsekwencje w zadziwiający sposób uchodzą uwadze wielu psychiatrów i psychologów klinicznych. Mianowicie i między innymi dotyczy on tego, że leczenie farmakologiczne w psychiatrii ma charakter objawowy, a nie przyzynyowy, ale też jest to tylko ułamek całej problematyki.

Można się zatem zdziwić, bo przecież medycyna ma nieść ukojenie w cierpieniu, nawet chwilowe: na katar mamy krople, na kaszel syrop, na bezsenność tabletkę – cóż tu negocjować? W psychiatrii byłoby podobnie gdyby nie fakt, że pacjenci leczeni farmakologicznie dokonują prób samobójczych i w nich giną. Taka jest ponura rzeczywistość i to ona właśnie każe przyjrzeć się bliżej systemowi leczenia pacjentów cierpiących na tzw. zaburzenia psychiczne.

W niniejszej pracy posuwam się nieco dalej w swoich wnioskach, niż wymienieni powyżej lekarze. Śmiem twierdzić, że epidemia depresji nie istnieje, że jest to wielkie oszustwo ekonomiczne, w którym biorą udział nawet niczego nieświadome media. Śmiem twierdzić, że depresja jako choroba w ogóle, poza jej psychotyczną formą (co możemy jedynie uznać), nie istnieje, że jest to jedna, wielka mistyfikacja, na której kon-

cerny farmaceutyczne zarabiają miliardy dolarów. W końcu, śmiem twierdzić, że leki antydepresyjne nowej generacji w ogóle nie są lekami na depresję (nie tylko dlatego, że depresja „nie istnieje”) i co najważniejsze, z perspektywy suicydologa, że procedury medyczne stawiające na pierwszym miejscu farmakoterapię zaburzeń psychicznych, a na pozostałych psychoterapię, rehabilitację itd., przyczyniają się bezpośrednio do wzrostu liczby samobójstw na świecie. Mniej więcej od lat 80, czyli od stopniowego zastępowania barbituranów i benzodiazepin antydepresantami, obserwować można tę zależność, a współcześnie, gdy grupy barbituranów i benzodiazepin powoli, całkowicie zastępowane są antydepresantami (w praktyce klinicznej), opisywane zjawisko nasila się.

Czy zatem skoro zaprzeczam informacjom, które są powszechnie uznane za fakt przez środowisko medyczne i psychologiczne, skoro cały świat w nie wierzy, stąpam na krawędzi szaleństwa?, a może głupoty? Z pewnością te i inne hipotezy czytelnik będzie mógł zweryfikować po przeczytaniu całej książki.

Podczas gdy prezentowana w książce, właściwie nie koncepcja, teza, a jedynie obserwacja i interpretacja, krystalizowała się we mnie na przestrzeni ostatnich lat pomyślałem, że znajdę dla niej wsparcie w psychologii. Jako że zwiększone zainteresowanie badaczy zazwyczaj zwięźzione jest publikacjami, poszukiwałem wszelkich artykułów i książek na temat psychologii cierpienia. Muszę podkreślić, że szukałem na całym świecie, w wielu językach. Znalazłem... „Psychologię cierpienia zwierząt”. Nie istnieje żadna książka na ten temat o ludziach, poza pracami filozoficznymi, czy teologicznymi. Moje zdziwienie było bezgraniczne. Jak psychologia mogła się na przestrzeni ponad 100 lat nie zajmować się tym, co jest w gruncie rzeczy jej kwintesencją?

Owszem, psychologia kliniczna zajmuje się wyrazami cierpienia, takimi jak: PTSD, stres itd., ale jednocześnie nie wytworzyła żadnej alternatywy dla „depresji”. Ja sam, osadzony „w klinice”, wiele lat tego nie zauważałem. Mamy psychologię religii, biznesu, kultury i wiele innych. Nie mamy psychologii ludzkiego cierpienia. To prawie tak, jakby ono nie istniało. Jakby każde cierpienie było jednostką chorobową – depresją, lub czymś tożsamym, co należy leczyć. Nauka nie przyzwyczała nas do tego, by cierpienie spozstrzegać w innych kategoriach, niż kliniczną jednostkę chorobową i robi to z coraz większym naciskiem. Nie przyzw-

czaiła nas tym samym do tego, by uznawać cierpienie za naturalny stan umysłu, który towarzyszy ludziom od początku ich istnienia. Z tego powodu, podczas czytania książki mogą wystąpić pewne trudności w jej zrozumieniu i/lub „przyjęciu”. Łamię ona bowiem pewną sztywną konwencję w myśleniu, której jeszcze do niedawna sam byłem reprezentantem. Prawdopodobnie z tego względu wzbudzała ona po pierwszym wydaniu wiele skrajnych reakcji. Otrzymywałem zarówno gratulacje, szczególnie ze świata artystów, jak i byłem szykanowany, łącznie z uznaniem mnie za paranoika, a też wielu znajomych – nawet – psychologów przestało ze mną rozmawiać. Zaś pewna grupa psychiatrów gotowała się do petycji i zbierania podpisów w środowisku w celu usunięcia książki z rynku, a mnie z pracy w służbie zdrowia. Mam więc nadzieję, że nawet jeśli czytelnik nie zgodzi się z wieloma aspektami prezentowanej pracy, wzbudzi w nim ona oburzenie, niedowierzenie, a nawet złość, lub przeciwnie: śmiech, powątpiewanie, czy nawet lekceważenie, to jednak dostarczy alternatywnego spojrzenia na współczesną rzeczywistość i jej bardzo ważny obszar. W człowieku bowiem piękne jest to, że wie, nawet jeśli ze swoją wiedzą się nie zgadza.

Wyjaśnienia wymaga tytuł książki. Jest to pozycja, zapowiadana w „Diagnozie ryzyka samobójstwa”, jako „Depresja a samobójstwo”. Jeszcze do niedawna, jej pełny tytuł brzmiał „Toksyjna psychiatria: depresja a samobójstwo”. Psychologia znalazła się w tytule nieprzypadkowo, bo chociaż nie nadaje tonu wszystkim opisywanym w tej książce faktom, to stanowi dla psychiatrii „pomocną dłoń”. Jest bezwolnym kłakierem dla opisywanego dalej „systemu” i bezmyślnie mu poklaskuje. To jednak wystarczy, by odnieść się do niej krytycznie i uznać ją za współwinną obecnej sytuacji. Aczkolwiek ową współwinnę orzec można, zdecydowanie, jako pełną winę, opierając się jedynie na fakcie już wyżej opisanym – całkowitym zaniedbaniu przez psychologię badań cierpienia ludzkiego i jego nieklinicznych oraz klinicznych wymiarów.

Ostatnią już rzeczą, o której chcę napisać jest to, iż chociaż główny wątek książki poświęcony jest przede wszystkim związkowi depresji z samobójstwem oraz fikcyjnemu kreowaniu zaburzeń psychicznych w celu osiągnięcia zysków z ich leczenia, to w tle jest ona również pracą poświęconą współczesnemu światu, konsumpcyjnemu stylowi życia,

pośpiechowi jaki nas cechuje i co z niego wynika – coraz częstszym brakiem refleksji nad własnym życiem. Zdaje się, że tworzy to podatny grunt dla sięgania po rozwiązania najprostsze, chociażby tabletkę. Być może więc wszystko o czym piszę jest jedynie refleksją osoby, która nie nadąża za współczesną rzeczywistością... Jakkolwiek, nie znajduję w sobie argumentów, by zaprzeczyć jednej z wiodących myśli zawartych w niniejszej pracy, iż żyjemy w czasach, w których bardzo trudno jest odróżnić rzeczywistość od fikcji i sami jesteśmy temu winni.

Czym jest choroba psychiczna?

Przyglądając się całej historii ludzkości, w której szaleństwo było obecne od zarania dziejów oraz antypsychiatrii, w której Thomas Szasz, jeden z najznakomitszych jej przedstawicieli, definiuje chorobę psychiczną jako: „*Niewiele więcej poza stygmatem, który pozwala na wysegregowanie członków społeczeństwa, których nie akceptuje jego większość*”, należy się skłonić w kierunku dowodów historycznych na jej istnienie i je uznać. To jednak jak choroba psychiczna jest rozumiana i jaką przeszła „ewolucję” (poznanie) na przestrzeni dziejów jest zależne w większym stopniu od kulturowych uwarunkowań, niż samego jej charakteru. Fakt ten ma związek na przykład z tym, że:

- w pewnych kulturach istnieją stany psychiczne, które w obrazie przypominają te uznane przez świat zachodu za choroby psychiczne (np. koro, amok, dhat i wiele innych), lecz większość z nich ma charakter przemijający, zazwyczaj upatruje się u ich podłoża nawiedzenia przez duchy, acz ich objawy są zazwyczaj ściśle związane z daną kulturą i jej wierzeniami, oraz – skutecznie – radzą sobie z nimi „prymitywni” szamani,
- jest ściśle związana z okresem w dziejach ludzkości i ewoluuje razem z nią – jednostki chorobowe znikają na przestrzeni czasu (np. histeria i inne nerwice oraz zaburzenia osobowości, m.in. osobowość depresyjna) oraz pojawiają się nowe, obecnie depresja lekka i umiarkowana, która łączywie przywłaszcza sobie naturalne, niechorobowe, ludzkie cierpienie,
- status choroby psychicznej ma charakter uznaniowy, a na uznanie jakiegoś stanu za chorobę decydujący wpływ ma głosowanie gremium psychiatrów (nie opinia społeczna, gdyż wbrew pozorom jest wtórna) – do pierwszej połowy lat 70 homoseksualizm był uznany za chorobę psychiczną, pod naporem społecznym, w 1973 roku zagłosowano za tym, by skreślić go z listy chorób psychicznych; aczkolwiek należy mieć na uwadze, iż takie skreślenie nie sprawia, że społeczeństwo od razu zaczyna traktować określoną grupę lub specyficzne zachowanie się jednostek za normalne, czasem musi minąć nawet kilkadziesiąt lat, co wskazuje na ogromny, stygmatyzujący

wpływ – wpisania – jakiegoś stanu umysłu do klasyfikacji zaburzeń i chorób psychicznych,

- takie poważne objawy psychopatologiczne jak urojenia i omamy, w pewnych sytuacjach i w kulturze zachodu nie tylko nie są odbierane jako przejaw choroby, lecz np., jako przejaw objawienia świętych, które dodatkowo często skutkują masowymi pielgrzymkami (indukowanymi zaburzeniami... ?).

Wydaje się zatem, że choroba psychiczna „nie istnieje”, jeśli nie jest osadzona w kontekście historycznym, kulturowym, religijnym i formalnym. Jednak gdyby przyjąć założenie, że skategoryzowane obecnie w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych ICD-10 (1998) zaburzenia istniały zawsze i dopiero teraz zostały właściwie rozpoznane i opisane, to uznając taką tezę trzeba zauważyć, że choroby psychiczne (definiowane tutaj doraźnie jako stany, w których chory traci kontakt z rzeczywistością, przy nieobecnych, wyzwalających te stany czynnikach zewnętrznych) znajdujące się w ICD-10 obejmują zaledwie kilka procent spośród wszystkich opisanych w niej tzw. stanów klinicznych. Czym zatem jest reszta i co robi w klasyfikacji, która różnicuje normę od patologii? W tabeli 1. przedstawiono ilościową relację chorób i „nie chorób”, znajdujących się w ICD-10. Wymieniono w niej tylko główne grupy sklasyfikowanych jednostek.

Tabela 1. Norma v. patologia w ICD - 10

Choroby psychiczne	Stany nie będące chorobami
F00-09 Organiczne zaburzenia psychiczne.	F10-19 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.
F20-29 Schizofrenia i zaburzenia typu schizofrenii.	F30-39 Zaburzenia nastroju (afektywne) – depresja łagodna, umiarkowana i ciężka niepsychotyczna.
F30-39 Zaburzenia nastroju (afektywne) – tylko psychotyczna depresja ciężka oraz choroba afektywna dwubiegunowa.	F40-48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.
	F50-59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.
	F60-69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.
	F70-79 Upośledzenie umysłowe.
	F80-89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego).
	F90-98 Zaburzenia i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym.

Jednostek sklasyfikowanych wśród chorób psychicznych jest kilkadziesiąt (mniej niż 50), a głównych mniej niż 10. Tych, które znalazły się wśród stanów niechorobowych ponad sto. Jedynie podkreślona w tabeli kategoria zaburzeń nastroju posiada takie, wśród których wyróżnić można zarówno choroby psychiczne, jak i stany niepatologiczne, lecz uznane przez psychiatrów za zaburzenia psychiczne (depresja łagodna {lekka}, umiarkowana i ciężka niepsychotyczna). Należy zaznaczyć, że większość pacjentów zgłaszających się po pomoc do Poradni Zdrowia Psychicznego to osoby z drugiej grupy, w rzeczywistości ludzie zdrowi psychicznie, co jeszcze zostanie głębiej wyjaśnione.

W celu lepszego zobrazowania jednostek przypisanych do kodów umieszczonych w tabeli należy zaprezentować najważniejsze z nich. Należą do nich:

- F00-09, choroba Alzheimera, otępienia naczyniowe, choroba Picka, Creutzfeldta-Jakoba, Huntingtona, Parkinsona i inne otępienia, majaczenia, zaburzenia urojeniowe oraz nastroju i osobowości o organicznej etiologii.
- F20-29, wszystkie podtypy schizofrenii, zaburzenia psychotyczne, urojeniowe oraz schizoafektywne.
- F30-39, mania, choroba afektywna dwubiegunowa oraz ciężka depresja psychotyczna.

Do najważniejszych jednostek wśród stanów nie będących chorobą psychiczną należą:

- F10-19, uzależnienie od alkoholu, narkotyków i innych środków psychoaktywnych.
- F30-39, lekka, umiarkowana i ciężka depresja nawracająca lub epizodyczna oraz zaburzenia afektywne utrwalone.
- F40-48, zaburzenia lękowe, w tym fobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia adaptacyjne i posttraumatyczne, dysocjacyjne (konwersyjne), somatyzacyjne i inne zaburzenia nerwicowe.
- F50-59, anoreksja, bulimia, zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne oraz zaburzenia związane z pościem.

- F60-69, zaburzenia osobowości, zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia identyfikacji płciowej, preferencji seksualnych oraz inne o podobnym podłożu.
- F70-79, upośledzenia umysłowe.
- F80-89, specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (dysleksja, dysgrafia itd.), oraz różne postacie autyzmu.
- F90-98, ADHD, zaburzenia zachowania, lęki dziecięce (separacyjny, społeczny, fobie), mutyzm wybiórczy, zaburzenia więzi i przywiązania, tiki, moczenie mimowolne, jękanie i inne.

Należy wyjaśnić, co w największym stopniu różnicuje choroby psychiczne od pozostałych, sklasyfikowanych jednostek niechorobowych. Istnieje kilka czynników, które występują prawie wyłącznie wśród chorób psychicznych i z definicji wykluczają jako takie pozostałe stany dysharmonii emocjonalnej. Są to:

- Zakłócenia świadomości nie spowodowane użyciem substancji psychoaktywnej lub innymi czynnikami (np. organicznymi – zmiany pourazowe, chorobowe itd.).
- Tej utracie kontaktu z rzeczywistością towarzyszą często swoiste fenomeny nieobecne wśród stanów niechorobowych, jak: urojenia, omamy, iluzje (objawy wytwórcze), stupor, rumor; specyficzne zaburzenia myślenia, jak: zahamowania, otamowanie; psychomotoryczne, jak: echolalie, echopraksje itd., automatyzmy ruchowe oraz wiele innych.
- Wymienione objawy: urojenia, omamy itd., interpretowane są przez chorego jako część istniejącej rzeczywistości, brak mu krytycyzmu wobec nich. W związku z tym, że reaguje on na nie adekwatnie, podciągają za sobą zmiany w uczuciach i zachowaniu, czasem będące bezpośrednią reakcją na objaw (np. pacjent postępuje tak, jak nakazują mu głosy, które słyszy, cierpi bo jest przekonany, że wszyscy chcą mu zrobić krzywdę etc.).
- Poważne zmiany w ogólnym funkcjonowaniu: umysłowym, poznawczym, behawioralnym i/lub emocjonalnym; wyrażane poprzez np.: skrajne pobudzenie lub zahamowanie (wielotygodniowy bezruch), niezdolność do samodzielnego funkcjonowania (np. w otępieniu, pa-

cient może się zgubić w znanym sobie od lat miejscu, wymaga stałej opieki), brak kontaktu z otoczeniem, niezdolność do nawiązania go z chorym i inne.

- Wszystkie powyższe objawy nie mają charakteru jednego epizodu, po którym już nigdy nie powtarzają się.

Wymienione fenomeny nigdy nie występują wśród niechorobowych jednostek sklasyfikowanych w ICD-10. Wyjątek stanowią niektóre zaburzenia osobowości (objawy wytwórcze mają miejsce), autyzm i głębsze upośledzenia (w kontekście konieczności stałej opieki) oraz stany psychotyczne związane z połogiem (objawy psychopatologiczne mają epizodyczny charakter i nie powtarzają się). Oczywiście wiele z nich występuje również pod wpływem różnych substancji psychoaktywnych, ale są one bezpośrednio spowodowane ich spożyciem i nie posiadają opiswanej jakości (dotyczy m.in. utraty poczucia rzeczywistości).

Między grupami jednostek wymienionych w tabeli 1. można zatem wskazać istotne różnice, które są konsekwencją ich charakteru:

Tabela 2. Różnice między stanami uznanymi za choroby psychiczne a pozostałymi jednostkami opisanymi w ICD - 10

Choroby psychiczne	Stany niechorobowe
Występuje utrata poczucia rzeczywistości (utrata kontaktu z rzeczywistością, z innymi ludźmi itd.).	Utrata poczucia rzeczywistości nie występuje (wykazuje jednostkową obecność po spożyciu środków psychoaktywnych lub utrwalony, lecz przemijający charakter po dłuższym spożywaniu substancji).
Etiologia zaburzeń nie jest znana, choć można podejrzewać organiczną.	Etiologia zazwyczaj jest znana i zrozumiała (uchwytna w diagnozie psychologicznej, w psychiatrycznej).
Przyczyny zazwyczaj biologiczne, szczególnie w chorobie afektywnej dwubiegunowej, w mniejszym stopniu w ciężkiej depresji, gdyż wykazano w jej przypadku etiologię psychologiczną, trwałe zmiany receptoryczne we wczesnym dzieciństwie i w schizofrenii – występują znaczące różnice międzykulturowe).	Przyczyny zazwyczaj reaktywne (syndrom często występuje bezpośrednio po wydarzeniu/ach i czasem utrzymuje się wiele lat lub całe życie). Gdy przyjmuje utrwalony charakter, mówi się o osobowości lub jej zmianach (np. posttraumatycznych, pochorobowych itd.).
Często zniesiony krytycyzm wobec choroby.	Zachowany krytycyzm wobec własnego stanu.
Zniesiona zdolność panowania nad emocjami.	Zachowana zdolność panowania nad emocjami.
Otrzymanie pomocy często uwarunkowane jest reakcją otoczenia (zwykle rodziny).	Samodzielne poszukiwanie pomocy profesjonalnej.
Często niezdolność do samodzielnego funkcjonowania (utrzymania domu, higieny osobistej, podjęcia pracy itd.).	Zachowana zdolność do samodzielnego funkcjonowania (nie dotyczy głębszych upośledzeń umysłowych i autyzmu*).
Farmakoterapia jest najskuteczniejszą formą leczenia rozumianego jako przywrócenie stanu sprzed zachorowania.	Psychoterapia jest najskuteczniejszą formą leczenia, a właściwie, najczęściej, pacjenci potrzebują wspierającego, ludzkiego kontaktu.

* Autyzm stanowi w większym stopniu bardzo specyficzne upośledzenie funkcji umysłowych niż choroba

Z punktu widzenia niniejszej pracy na szczególną uwagę zasługuje ostatni z wymienionych podpunktów, wskazujący wiodące metody leczenia. O ile dla wszystkich, zarówno laików jak i specjalistów, oczywiste jest, że choroby psychiczne poddają się najsilniej oddziaływaniu farmakoterapii (na krótkim odcinku czasu), o tyle już dla mniejszości specjalistów jest jasne, że – podstawową – metodą leczenia (pomocy) stanów wymienionych wśród „nie chorób” jest pomoc psychologiczna i/lub psychoterapia. Nie chodzi tu jednak o „leczenie”, które przyniesie chwilową ulgę (farmakologiczne), lecz o takie, które może trwale „wyleczyć”.

W codziennej praktyce, pacjenci cierpiący na „zaburzenia” osobowości, „zaburzenia” odżywiania, „zaburzenia” nerwicowe, lęki, „zaburzenia” stresowe, a nawet dzieci przejawiające nadpobudliwość, „zaburzenia” snu, moczenie mimowolne itd., faszcerowani są różnego rodzaju środkami psychotropowymi. Psychiatria niczego więcej im nie oferuje. Nie należy się temu zbyt dziwić, bo właściwie nie można czegoś innego oczekiwać po medycynie. Jednak wydaje się, że psychiatria tak znacząco różni się od pozostałych specjalizacji medycznych, że również edukacja i podejście do leczenia powinno być nieco bardziej holistyczne, a nadal wbrew pozorom ogranicza się do upatrywania u podłoża „chorób” pierwotnych zmian w mózgu. Z tego punktu widzenia zdaje się więc, że psychiatra nie jest nikim innym jak neurologiem udającym psychologa, w dodatku niedouczzonego. Ma to jednak niefortunne konsekwencje.

Farmakologicznie bowiem nie leczy się tylko stanów uznanych wcześniej, w niniejszej pracy, za choroby psychiczne, lecz także te, które nimi nie są. Ma to szczególnie tragiczne konsekwencje, gdy często, nie tylko za oceanem, dokonuje się farmakologicznej korekty zachowania się dzieci w przypadku chociażby ADHD czy tzw. zaburzeń zachowania, a pierwotnym „zleceniodawcą” takiego leczenia jest zwykle nauczyciel nie radzący sobie z dzieckiem w klasie, bo rodzice często akceptują jego zachowanie, co uzasadnić nietrudno – gdyż je kochają (choć oczywiście nierzadko stosują niewłaściwe metody wychowawcze, przenoszą na dziecko własne problemy lub indukują w nim zaburzenia i sami potrzebują pomocy etc.). Jest to farmakologiczne pranie mózgu, działanie wręcz niehumanitarne i zdecydowanie nie można tego procesu nazwać leczeniem, a stosowane jest nagminnie. Farmakoterapia jest zatem stosowana w różnych celach, które nierzadko czają się w jej tle, a utrzymanie po-

rządu społecznego jest jednym z nich. Innym są zyski, co stanowi główną treść tej książki i do wątku tego należy wrócić.

Psychofarmakoterapia może wywołać poprawę zachowania lub stanu psychicznego, lecz chwilową, dopóki nie skończy się przepisana dawka i pacjent nie zgłasza się po kolejną. Co za tym idzie? Wiele faktów, którym poświęcona jest cała książka. Tutaj wymienić należy tylko dwa. Pacjent w ten sposób zostaje „uzależniony” (tabletki zbijają objaw, a nie przyczynę, stan cierpienia może trwać nawet całe lata leczony w taki sposób, lecz będzie stłumiony przez wypisane środki - nie jest to jednak uzależnienie fizjologiczne, szczególnie w przypadku antydepresantów SSRI – jak się twierdzi i co jest nieprawdą) na całe lata od środków psychotropowych, a lekarz przez całe kolejne miesiące lub lata ma pacjenta, który regularnie wraca po recepty. Innymi słowy, lekarz ma stały dochód (w Polsce każda wizyta u psychiatry i psychologa, czasem nawet 5 minutowa, to często zysk rzędu kilkudziesięciu złotych, za co każdorazowo płaci NFZ).

Takie przypadki są powszechne. Farmakoterapia w przypadku „nie chorób” nie zawsze jednak jest z gruntu szkodliwa, np. wtedy, gdy jest łączona z pomocą psychologiczną w skrajnie nasilonym cierpieniu pacjenta, np. w PTSD i pozwala łagodniej znosić ból psychiczny – traktować ją można w taki sam sposób, jak leki przeciwbólowe. Jakkolwiek, jej stosowanie jatropatogenne staje się zawsze, gdy wymienione w tabeli 1 „nie choroby” leczone są farmakoterapią w pierwszej kolejności oraz szczególnie wtedy, gdy leczone są farmakoterapią z wyłączeniem pomocy psychologicznej (w tym psychoterapii), co skutkuje opisanym już często wieloletnim „uzależnieniem”, gdyż leczenie objawowe (farmakologiczne) w przeciwieństwie do przyczynowego (psychoterapii – nie każdej) sprawi, że cierpienie ujawni się z powrotem, nawet po wielu latach „leczenia”, gdy pacjent postanowi odstawić tabletki i poradzić sobie bez nich.

Thank You for previewing this eBook

You can read the full version of this eBook in different formats:

- HTML (Free /Available to everyone)
- PDF / TXT (Available to V.I.P. members. Free Standard members can access up to 5 PDF/TXT eBooks per month each month)
- Epub & Mobipocket (Exclusive to V.I.P. members)

To download this full book, simply select the format you desire below

