

Psychiatrische Diagnosen

Psychiatrische Diagnosen sind Konstrukte, verändern sich je nach Zeitgeist, sind Übertreibungen, zufällig, unzuverlässig, Ratereien, wissenschaftlich nicht objektiv genug, werden durch Abstimmungen im DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) verewigt (vgl. Lane, 2007 u. 2009; Rosenhan, 1990; Benedetti, 1983; Rohrmann, 2007; Rufer, 2007 u. 2009).

Eine systematische Befragung von Ärzten, die an der Bearbeitung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), dem international renommierten Handbuch der psychiatrischen Diagnostik, beteiligt sind, offenbart jetzt deren beträchtliche finanzielle Verbindungen zur pharmazeutischen Industrie. Insgesamt 56% der 170 Berater für das Manual haben eine oder mehrere finanzielle Beziehungen zu Herstellern: Forschungsgelder, Honorare für Vorträge, Beraterverträge, Aktien u.a.. Dies gilt aber vor allem für Bereiche, in denen besonders häufig Psychopharmaka verordnet werden: Alle (100%) Berater für die Gebiete "Mood Disorders" und "Schizophrenia and Other Psychotic Disorders" sind mit Firmen finanziell liiert.
a-t 5/2006; 37: S. 45-6

Bereits vor sechs Jahren beklagte die damalige Herausgeberin des *New England Journal of Medicine*, dass es heutzutage kaum noch Psychiater gibt, die ein Editorial zur Behandlung der Depression schreiben könnten und keine finanziellen Verflechtungen mit der pharmazeutischen Industrie haben. ^{ebd.}

David Healy beschreibt in seinem Buch „The antidepressant era“ (Harvard University Press 1999) wie es der Pharmaindustrie gelingt, Einfluss auf die Formulierung von Krankheitsbildern und diagnostischen Kriterien zu nehmen. Es ist nicht nur wissenschaftlichen Entdeckungen und klinischen Fortschritten zu verdanken, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nacheinander die Diagnose der Depression, der Panik, der Zwangsstörung, der sozialen Phobie und schliesslich der bipolaren Störung in bestimmter Weise konzeptualisiert und dann – zuerst unter Ärzten, dann unter Laien – popularisiert wurde (Hell, 2006).

Rufer (1997, S. 23): „(...) psychiatrische <Diagnosen> haben schwerwiegende Folgen für die betroffenen Menschen.“

Verschiedene weitere Untersuchungen belegen die Unzuverlässigkeit der Psychiatrischen <Diagnosen>. Bei einer Beurteilung derselben <PatientInnen> durch zwei oder mehrere Psychiater lag die Übereinstimmung der <Diagnosen> bei 50%.
^{ebd., S. 39}

... von den Eingriffen der Institution Psychiatrie profitiert niemals der <kleine Mann>, profitieren keineswegs die unteren sozialen Schichten. Vielmehr dient sie massgeblich dazu, die Herrschaftsverhältnisse und die gegebene Verteilung von Macht und Ohnmacht zu stützen. ^{ebd., S. 51}

Entscheidend ist hier nicht, dass psychiatrische Diagnosen bedeutungslos sind, sondern, dass sie als semantische Keulen geschwungen werden können und oft geschwungen werden. Indem man einen Menschen seines Ansehens, seiner Würde beraubt, zerstört man ihn nicht minder gründlich, wenn nicht gar noch gründlicher, als dadurch, dass man ihm den Schädel einschlägt. Nur wird eben – und darin liegt der

grosse Unterschied – der Totschläger mit der Keule von jedermann als gemeingefährlich begriffen, nicht aber derjenige, der mit der psychiatrischen Diagnose zudrischt.

Diese Rufmord- und Diffamierungstechnik, die so oft zur Vernichtung des Opfers führt, ist erstaunlich lange unerkant geblieben, und dies sicherlich nicht zuletzt deshalb, weil sie von Doktoren der Medizin praktiziert wird (Szasz, 1975).

Comer (1995, S. 137): „Ein dritter Faktor, der die klinische Interpretation verzerren kann, ist die Erwartung der Kliniker, dass eine Person, die sie als Fachleute konsultiert, auch wirklich eine Störung haben muss.

Weil die Kliniker nach gestörtem Erleben und Verhalten suchen, reagieren sie unter Umständen zu stark auf Untersuchungsergebnisse, die für Störungen sprechen – ein Phänomen, das als „Hineinlesesyndrom“ bezeichnet wurde (Phares 1979).

Ähnlich kommt es vor, dass eine klinische Diagnose, wenn sie erst einmal gestellt ist, lange Zeit an den Menschen „hängen bleibt“. Kliniker, Freunde, Verwandte und Betroffenen selbst verwenden das Etikett oft selbst dann noch, wenn die Störung längst verschwunden ist.

Selbst mit vertrauenswürdigen diagnostischen Daten und reliablen und validen Klassifikationskategorien werden die Kliniker nicht immer die richtigen Schlussfolgerungen ziehen. Viele Faktoren können ihr Urteil beeinträchtigen. Sie lassen sich übermässig von den ersten Daten, die sie über eine Person erhalten, beeinflussen; sie lassen falsche methodologische Auffassungen in den Entscheidungsprozess einfließen; sie halten an falschen Überzeugungen fest; sie hegen einer hilfeschuchenden Person gegenüber Vorurteile:

Mit anderen Worten, Kliniker sind Menschen und fallen denselben Voreingenommenheiten, Missverständnissen und Erwartungen wie wir alle zum Opfer.“ ebd., S. 138-9

E. Shorter (1999): „Das letzte Schlagloch auf dem wissenschaftlichen Weg der DSM-3 Verfasser grub die Politik. Sie waren zwar bemüht gewesen, sich an <Daten> zu halten, wurden aber von ideologischen Lobbyisten derart belagert, dass sie sich zu einer ganzen Reihe von Konzessionen gezwungen sahen.

Die langwierigen Auseinandersetzungen darüber hinterliessen den Eindruck, dass hier nicht nur ein wissenschaftliches, sondern auch ein politisches Dokument geschaffen wurde. Auch der politische Einfluss der Psychoanalytiker wirkte sich auf das DSM-3 aus.“ ebd., S. 452-453

Denn seit bekannt geworden war, wie schnell das Terminologiekomitee der APA im Falle der Homosexualität klein beigeben hatte, wusste man, dass man die Psychiater umstimmen konnte. Die Erfolge der Homosexuellen und Vietnam-Veteranen bewiesen, dass die Diagnostik in der Psychiatrie jedermann offen stand. Dass die >selbstzerstörerische Persönlichkeit< 1994 im DSM-IV gar nicht mehr und Zyklusprobleme unter der Bezeichnung >Prämenstruationsstörung< auftauchten, war allerdings keineswegs >weiteren Forschungen<, sondern schlicht politischem Druck zu verdanken.⁷⁵

Angesichts solcher Possen fällt es schwer, offizielle Verlautbarungen der Psychiatrie im Zusammenhang mit sexueller Orientierung, Stress oder dem weiblichen Zyklus noch ernst zu nehmen. Offenbar können solche Fragen nach Belieben pathologisiert und wieder entpathologisiert werden, ganz wie es die Mehrheit wünscht oder wie es

die jeweiligen Interessengruppen durchsetzen können." ebd., S. 454-455

APA: American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiater Vereinigung)

Prof. Porter (2005): „In seinen zwei Büchern *The Myth of Mental Illness* (1961; *Geisteskrankheit – Ein moderner Mythos?*) und *The Manufacture of Madness* (1970; *Die Fabrikation des Wahnsinns*) behauptet Thomas Szasz, Professor der Psychiatrie an der Syracuse University in New York, »Geisteskrankheit« gebe es gar nicht; sie sei kein Naturphänomen, sondern ein von Menschen erschaffener Mythos. Er schreibt:

Psychiatrie wird üblicherweise als Spezialfach der Medizin definiert, das sich mit der Diagnose und Behandlung von Geisteskrankheiten befasst. Ich behaupte, dass diese immer noch weitgehend akzeptierte Definition die Psychiatrie in die Kategorie der Pseudowissenschaften verweist, **auf einer Stufe mit Alchemie und Astrologie.** (Hervh. Anonymus)

Wie kommt Szasz zu dieser Behauptung? Der Grund ist einfach: »So etwas wie >Geisteskrankheit< gibt es gar nicht.« Für Szasz, der an dieser Meinung seit vierzig Jahren festhält, ist Geisteskrankheit nicht eine Erkrankung, deren Natur durch die Wissenschaft erhellt werden kann, sondern vielmehr ein von Psychiatern zum eigenen beruflichen Vorteil ersonnener Mythos, der von der Gesellschaft mitgetragen wird, weil er einfache Lösungen für schwierige Menschen legitimiert.

Über die Jahrhunderte, so Szasz, hätten Ärzte und ihre Anhänger aus persönlichem Interesse an einer »Herstellung von Krankheit« mitgewirkt, indem sie sozial randständige, auffällige oder schwierige Menschen psychiatrischen Kategorien zuordneten.

In dieser Orgie der Stigmatisierung seien jene Psychiater, die organische Gründe als Ursache von >Geisteskrankheit< nennen, nicht weniger zu kritisieren als Freud und seine Nachfolger, deren Erfindung des Unbewussten der Metaphysik des Geistes und der Theologie der Seele neues Leben eingehaucht habe.

Jegliche Erwartung, im menschlichen Körper oder Geist die Ätiologie von Geisteskrankheit zu entdecken – von einer Freudschen Unterwelt ganz zu schweigen – , sei, nach Ansicht von Szasz, ein Zuordnungsfehler oder schlichte Arglist: »Geisteskrankheit« und das »Unbewusste« seien nichts als (schlecht gewählte) Metaphern. Um solch haltloses Gerede zu konkretisieren, hätten Psychiater die Psyche entweder naiv verbildlicht oder sich eines fragwürdigen beruflichen Herrschaftsanspruchs bedient, der Kenntnisse vortäuscht, wo keine vorhanden sind. In Anbetracht dieser Tatsachen würden alle herkömmlichen Beschreibungen des Wahnsinns und seiner Geschichte durch eine Vielzahl unzulässiger Annahmen und *questions mal posées* (frz., falsch gestellte Fragen) verfälscht."

Gerade das Studium der bisherigen Krankheitsvorstellungen zeigt in aller Deutlichkeit auf, wie die Definition psychischen Krankseins durch soziale Konventionen mitbestimmt wird. So haben sich die Kriterien für psychische Krankheit oder Gesundheit im Laufe des letzten Jahrhunderts mehrfach grundlegend geändert (Hell, 2003).

Prof. Allen Frances, Chairman der Task Force des aktuellen DSM-IV:
«Es gibt keine dramatischen Verbesserungen in der psychiatrischen Diagnostik, ehe

wir nicht einen fundamentalen Sprung machen in unserem Verständnis, was eigentlich die Ursachen psychischer Krankheiten sind.» (ARS MEDICI, 2010)

<Doch was wie ein verlässlicher Raster zur Erkennung einer weit verbreiteten Krankheit aussieht, ist für Professor Szasz nichts weiter als "Schwindel", "Humbug", eine "Erfindung", eronnen von "psychiatrischen Klugscheissern" die lieber Polizist als Arzt sind.

Der gebürtige Ungar, akademischer Lehrer an der State University of New York, als Psychiater und Psychoanalytiker ausgebildet und 1973 zum (US) "Humanisten des Jahres" gewählt, gilt als bedeutendster Kritiker des Psychatriebetriebes, als ein Kavallerist ohne Furcht. Sein Tadel, niedergelegt in einem jetzt auch auf deutsch erschienenen Buch*: "Schizophrenie ist keine Krankheit. Es gibt sie gar nicht. Schizophrenie ist ein Wort, *nur* ein Wort."

* Thomas S. Szasz. Schizophrenie -- das heilige Symbol der Psychiatrie. Europaverlag, Wien -- München -- Zürich

Erfunden wurde das Wort Schizophrenie 1911 in Zürich, und folgerichtig gilt dem rüden Kritiker Szasz dessen Schöpfer, der Schweizer Psychiatrieprofessor Eugen Bleuler, als der grösste Schurke im Psychodrama. Bleuler habe, lehrt Szasz, ohne jemals einen anatomischen oder sonst wie handfesten Beweis vorzulegen, gewissen "Verhaltensauffälligkeiten" wie "missbilligtes Betragen" oder "hartnäckiges Schweigen" mit anderen "Zuständen", etwa Muskelstarre, zu einer Erkrankung des Gehirns ernannt und das Ganze "Schizophrenie" getauft**.

** Schizophrenie = Spaltungsirresein. von griech. "schizein" = spalten und "phren" Geist, Seele.

Nicht nur die seit 1911 mehrfach wechselnden Theorien über ihre Entstehung und angemessene Behandlung, sondern durch die von Kultur zu Kultur, Jahrzehnt zu Jahrzehnt sich wandelnde Definition dessen, was "schizophrenes Verhalten" eigentlich sei, beweisen laut Szasz, dass Schizophrenie "nicht entdeckt, sondern erfunden" wurde. Sie sei nicht das "Ergebnis empirischer oder wissenschaftlicher Arbeit, sondern ethischer und politischer Entscheidungen".

In Wirklichkeit sei es so, dass die "Irren, die wir als schizophren bezeichnen", nicht so sehr "gestört als vielmehr störend" sind. Es gehe weniger darum, dass sie "selbst leiden, obwohl auch das der Fall sein kann, als darum, dass andere unter ihnen zu leiden haben".

Diese anderen überantworteten die Schizophrenen, die meist gar keine "ärztliche Hilfe" wünschen, der "Zwangpsychiatrie". Im Irrenhaus lande, schreibt Szasz, "wer anderen zur Last falle" und werde dort wie ein Sklave traktiert, mit Insulin- und Elektroschock, Wasserbad und Psychopharmaka. Mit Heilkunst habe das alles gar nichts zu tun.>

(Der Spiegel 1979)

Finzen (2004): „Ja, ich bin relativ überzeugt davon, dass die Psychiatrie sich verrannt hat mit den Diagnose-Systemen. Diese sind ein massives Hindernis für das Nachdenken, für die Forschung.

Ob sie in der Klinik hilfreich sind, ist eine andere Frage; manchmal denke ich, auch da nicht. Wenn man Krankheitseinheiten bildet, die durch das Abhaken von Symptomen zu einer Diagnose kommen, wenn also Klassifikationssysteme bewusst a-theoretisch angelegt sind und sich der Ursachenfrage nicht stellen, dann ist das

eigentlich eine Bankrott-Erklärung."

Diese psychiatrische Geschäftigkeit hilft nicht der als krank identifizierten Person, sondern stigmatisiert sie vielmehr und fügt ihr noch öfter Schaden zu. Aber eigentlich soll das Aufspüren und Diagnostizieren von psychiatrischen Fällen ja auch gar nicht den Menschen helfen, die als Patienten identifiziert wurden - helfen soll es im Gegenteil denen, die dieses Etikett nicht tragen (Szasz, 1976, S. 75).

Der Nutzen von Diagnosen wird von uns nicht hoch eingeschätzt, wenn es darum geht, einem wirklichen Patienten zu helfen. Und sie stellen, wenn man es zu weit treibt, ein ernsthaftes Hindernis beim Helfen dar.

Ihre gefährlichste Wirkung betrifft die Beziehung von Helfer und Hilfesuchendem. Die Distanzierung, die durch den Vorgang des Diagnostizierens herbeigeführt wird, kann das Entstehen einer Beziehung ausschliessen, das *sine qua non* (unerlässliche Voraussetzung/Notwendigkeit, Anonymus) für hilfreiches Handeln (Mosher u. Burti, 1992).

Was jedoch am meisten zählt, ist, dass die psychiatrische Diagnose immer ein bedrückend abwertendes und letzten Endes verleumderisches Werturteil ist (Jervis, 1988).

Asmus Finzen, skeptischer Nervenarzt vom Universitätsspital Basel, hat die Angaben zur Verbreitung der seelischen Krankheiten aus dem Katalog DSM-IV einmal addiert. Demnach leiden zu jedem beliebigen Zeitpunkt 58 Prozent der Bevölkerung an irgendeiner Form von Persönlichkeitsstörung - es ist normal, psychisch krank zu sein. Viele der "neuen Leiden der Seele" (so der Baseler Psychiater Finzen) sind in Wahrheit nichts anderes als Wechselfälle des normalen Lebens (Blech, 2003).

Mangels Akteneinsicht weiss ich nicht, welche Gifte genau der Beschwerdeführer schlucken bzw. sich injizieren lassen muss. In seinen Instruktionen sehe ich beispielsweise, dass eines den Namen "Risperdal" trägt (...). Schlägt man im Arzneimittelkompendium nach, findet man den folgenden Satz, welcher aufschlussreicher nicht sein könnte: "In manchen Fällen schwierig ist, die Nebenwirkung von Symptomen der zugrunde liegenden Krankheit zu unterscheiden".
Sic!

Hier stossen wir zu einem der überhaupt brisantesten Aspekte rund um die Zwangspsychiatrie und zur Frage vor, was bei einem Menschen, welcher zwangspsychiatrischen Massnahmen unterworfen wird, als Symptome der diagnostizierten "Geisteskrankheit" und was als durch die Massnahmen selbst bewirkte Symptome zu gelten hat.

Als "geisteskrank" bezeichnet, nach unschönen Szenen in eine psychiatrische Anstalt verschleppt und dort zwangsbehandelt zu werden kommt einer Existenzvernichtung gleich. Es versteht sich von selbst, dass die dadurch ausgelösten Symptome nicht als Symptome einer Geisteskrankheit bewertet werden dürfen (Schönenberger, 2007).

Genau dies ist aber gang und gäbe. Es wird ganz einfach nicht differenziert. Gräbt man sich durch die Anstaltsakten, muss man durchs Band feststellen, dass Wut, Angst, Verzweiflung, Toben, Aggression und alle übrigen durch die Massnahmen selbst ausgelösten Symptome für die absurde Diagnose einer Geisteskrankheit herhalten müssen. Erst recht unhaltbar werden die Diagnosen, wenn man sich noch

alle Wirkungen und Nebenwirkungen der verabreichten chemischen Substanzen vergegenwärtigt. Kann jedes Mal mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass mit einer "Krankheit" zu wechselnde Symptome nicht gerade eben von solchen Substanzen ausgelöst worden sind?

Auch hier wird nicht differenziert. Die Frage wird bei der Festlegung einer Diagnose schon gar nicht aufgeworfen. ^{ebd.}

Doch auch der einweisende Arzt und der diagnostizierende Psychiater profitieren von der Psychiatrisierung. Die diagnostische Entwertung der Patienten und Patientinnen rechtfertigt ihr Privileg offiziell und legal, aggressive Handlungen durchzuführen. Wenn einmal die wertende, stigmatisierende Diagnose gestellt ist, dann wird die Ausübung von Gewalt zur selbstverständlichen und sinnvollen Behandlung: Zwangseinweisungen, Schläge und Zwangsbehandlungen (u.a. mit hirnschädigenden Neuroleptika oder Elektroschocks) sind äusserst gewalttätige Eingriffe in das Leben von leidenden, hilflosen und verwirrten Menschen (Rufer, 1989).

Ein weiterer Aspekt, der zu denken geben sollte: Psychiatrische Diagnosen eignen sich in hervorragender Weise dazu, andere Leute zu beschimpfen. Wem die Schimpfwörter für andere ausgegangen sind, braucht nur einen kurzen Blick in den ICD 10 oder den DSM IV zu werfen und schon wird er fündig. Er/sie kann dann andere - quasi wissenschaftlich legitimiert - herabsetzen, verachten und beleidigen (...). (Mücke, 2008)

Die Psychiatrie wird für Foucault zum Sinnbild des modernen Machtsystems. Denn worum geht es in der Psychiatrie? Um die Gesundheit? Nach Foucault keineswegs. Vielmehr gehe es ihr um den Zugriff auf die Körper, die möglichst funktionstüchtig gehalten werden sollten, um aus ihnen Gewinn zu schlagen (Ruffing, 2008).

Je mehr Menschen man diagnostizieren kann, desto mehr Personen nehmen Therapien und Medikamente in Anspruch. Mit dem DSM-IV oder ICD-10 werden die >Auftrags-Bücher< der Psychiater voll und man kann über die Krankenkasse abrechnen.

Durch psychiatrische Diagnosen an seinen „Patienten“, ist der Psychiater juristisch schwer angreifbar. Bei einem Freiheitsentzug, der >medizinisch< begründet wurde (auch wenn das Gericht dies später als ungerechtfertigt beurteilt), haben die Ärzte kein Strafverfahren zu befürchten.

Ohne Diagnosen zerplatzte die Macht der Psychiatrie wie eine Seifenblase.

Antidepressiva - ein Pharma-Bluff

Nach der Diagnose werden sehr oft pharmakologische Therapien empfohlen, wie z.B. Antidepressiva, die angeblich so gut wirken würden. Wie zweifelhaft die Wirksamkeit der Antidepressiva ist vgl. Kirsch, 2009 u. Kirsch et al. 2008; Rufer, 1995 u. 2001; a-t, 2005; Winter, 2005; Moncrieff, 2005; Healy, 2007; Breggin, 1996; Greenberg u. Fisher, 1989; Zehentbauer, 1993.

--

Werden Diagnosen für den FFE (Fürsorgerischer Freiheitsentzug) verwendet, geht die „Chemieatrie“ weiter.

Rufer (1996): „Alle Insassen psychiatrischer Anstalten laufen Gefahr,

schwerwiegende Komplikationen zu erleiden. Am grössten ist diese Gefahr für ältere Menschen. Bei ihnen können "Behandlungen" mit Psychopharmaka leicht fatal enden. Üblicherweise werden in der Medizin Behandlungen mit grossen Risiken nur bei schwersten Krankheiten, die tödlich enden können, durchgeführt.

Viele Psychopharmaka – Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium und Carbamazepin (Tegretol, Tegretal) – sind nachgewiesenermassen gefährliche "Medikamente". Und in der Psychiatrie werden regelmässig körperlich gesunde Menschen gezwungen, sie einzunehmen.

Der Blick der PsychiaterInnen ist dermassen auf "Krankheitssymptome" ausgerichtet, und sie sind dermassen von der Notwendigkeit und Nützlichkeit ihrer Psychopharmaka-"Behandlungen" überzeugt, dass sie die durch diese "Medikamente" ausgelösten Schädigungen meist übersehen. Man findet nur, wonach man sucht. So ist denn klar, dass bezüglich der psychopharmakabedingten Todesfälle eine grosse Dunkelziffer bestehen muss."

>Der psychisch gesunde Mensch ist die Ausnahme, der Neurotiker ist - in dieser Kultur - die Regel. Der Gesunde ist die ideale, kaum erreichbare Norm, der neurotische Mensch die faktische Realität. Die Erziehung und die Umwelt machen aus dem Menschen von heute einen seelischen Krüppel, eine Karikatur dessen, was er sein könnte (Rattner, 1972).<

Anwälte leben „riskant“. Wer die Psychiatrie zu „heftig“ kritisiert, *kann für verrückt erklärt werden*. >Für den Mannheimer Anwalt Jürgen Schifferer, 37, ist das Psychiatrische Landeskrankenhaus (PLK) in Wiesloch bei Heidelberg "ein total rechtsfreier Raum".

Die Anstaltsärzte, behauptet der Advokat, verstiessen "gegen geltendes Recht", und die Justiz decke das gesetzlose Treiben auch noch "ungerührt, um nicht zu sagen in menschenverachtender Kaltschnäuzigkeit". Gegen die psychisch Kranken, befand er etwa, werde ein "medizinisch gesteuerter Terror mit juristischem Aussenbordmotor" ausgeübt; die Patienten würden "ratenweise mit Medikamenten vergiftet", in der geschlossenen Anstalt werde eine "B- & C-Therapie" praktiziert - "Behandlung mit Beton und Chemie".

Im Verein von Juristen und Medizinern, resümierte Schifferer, werde "die Sibirisierung des baden-württembergischen Musterländles" vorangetrieben. Jetzt bekommt er am eigenen Leibe zu spüren, dass der Vergleich so abwegig anscheinend nicht ist: Die Angegriffenen wollen sich des missliebigen Systemkritikers entledigen, indem sie ihn schlichtweg für verrückt erklären (Der Spiegel, 1981).<

Schlusswort

Die Psychiatrie ist keine exakte Wissenschaft, ihre Psychopharmaka-„Therapie“ ein Erfolgs-*Mythos*. Die Psychiatrie ist nicht unabhängig, der Filz (Interessenkonflikt) mit den pharmazeutischen Unternehmen ist offensichtlich. Kritik und Zweifel sind unerwünscht, weil dies die Einnahmequelle verringern und der Karriere schaden würde.

Durch ihre Diagnosen werden ihre „Opfer“ diskriminiert, stigmatisiert, ohne Straftat der Freiheit beraubt (traumatisiert) und deren Glaubwürdigkeit zunichte gemacht.

Szasz (1976, S. 63): „In Wirklichkeit setzt die institutionale Psychiatrie die

Inquisition fort."

Kritische Bücher über die Psychiatrie siehe Weinmann (2008); Breggin, (1996); Rufer, (1991, 1995 u. 1997); Zehentbauer (2006); Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.

Literatur

- Christopher Lane: Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness, Yale Univ Pr; 2007
- Christopher Lane: Werden wir wirklich immer gestörter in: Psychologie heute, 36 Jg., November 2009, Heft 11, S. 54-5
- David L. Rosenhan: Gesund in kranker Umgebung. In: Paul Watzlawick (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit: wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus; München: Piper Verlag, 6. Auflage, 1990, S. 134; S. 111-137
- Gaetano Benedetti: Todeslandschaften der Seele: Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie; Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 4. Ausgabe, 1983, S. 45; ISBN 3525456662, 9783525456668
- Eckhard Rohrmann: Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit; VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage, Wiesbaden, 1. Auflage Juni 2007, S. 170
- Marc Rufer: "Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht" in: Lehmann, Peter / Peter Stastny (Hg.): Statt Psychiatrie 2, Berlin · Eugene, OR (USA) · Shrewsbury (UK): Antipsychiatrieverlag 2007, S. 400-418
- Marc Rufer: Nachdenken über die Psychiatrie in: André Thurneysen (Hrsg.): Kontraste in der Medizin - Zur Dialektik gesundheitlicher Prozesse, Band 12, Peter Lang; Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien, 2009, S. 227-250
- a-t (arznei-telegramm), 5/2006; 37: S. 45-6; EDITORIALS, STUDIEN, LEITLINIEN... WIE FIRMENLASTIG DÜRFEN SIE SEIN?
http://www.arznei-telegramm.de/html/2006_05/0605045_01.html
- Hell, Daniel: Krankheit und Moderne: Wer bestimmt, was krank ist? Psychologie heute, 04/2006, S. 64-69; <http://www.depression.uzh.ch/page6/page6.html>
- Marc Rufer: Irrsinn Psychiatrie, 3. vollständige überarbeitete Neuauflage, Zytglogge Verlag Bern, 1997
- Thomas S. Szasz: Psychiatrie - die verschleierte Macht, Walter-Verlag AG, Olten 1975, S. 167-8
- Comer, Ronald J.: Klinische Psychologie, Heidelberg; Berlin; Oxford: Spektrum, Akad. Verl., 1995
- Edward Shorter: Geschichte der Psychiatrie, Alexander Verlag, Berlin 1999
- Roy Porter: Wahnsinn - eine kleine Kulturgeschichte, Dörlemann, Zürich 2005, S. 7-8
- Daniel Hell: Seelenhunger; der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben, Verlag Hans Huber, Bern 2003, S. 92
- ARS MEDICI 7, 2010, S. 267; 266-8: DSM-V: grosse Ambition, schwache Methodologie?
http://www.sprechzimmer.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=6355
- Der Spiegel, Ausgabe 13/1979, S. 258-60: Schlechte Raster
<http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=40351960&aref=image035/E0519/PPM-SP197901302580260.pdf&thumb=false>
<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-40351960.html>
- Asmus Finzen im Gespräch: Soziale Psychiatrie, 3/2004, S. 44-47; zit. S. 44
http://www.psychiatrie.de/data/pdf/db/01/00/sp105_44.pdf
- Loren R. Mosher u. Lorenzo Burti: Psychiatrie in der Gemeinde - Grundlagen und Praxis, Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1992, S. 34
- Giovanni Jervis: Kritisches Handbuch der Psychiatrie, Frankfurt am Main: Athenäum, 1988, S. 339
- Jörg Blech: Ganz normaler Irrsinn. Wie die Psychiatrie uns alle verrückt macht in: SPIEGEL SPECIAL, Ausgabe 4/2003, S. 126-7
<http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=29045373&aref=image035/E0344/ROSPC20030401260127.PDF&thumb=false>
<http://www.spiegel.de/spiegel/spiegelspecial/d-29045373.html>

- Edmund Schönenberger (Rechtsanwalt): Bundesgericht 1000 Lausanne, 22. Januar 2007: In Sachen
- 1. P. K., Anstalt Sonnegg, Littenheid
- 2. K. und E. K., Beschwerdeführer (BF) verteidigt durch den Unterzeichnenden gegen
- 1. Anstalt Sonnegg
- 2. VB Küssnacht Beschwerdegegner (BG)
- 3. Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz
- http://www.swiss1.net/1ftpdemokratie/more/1/15_Inquisition,%20Holocaust,%20Zwangspanychiatrie.html
- Marc Rufer: Rassismus und Psychiatrie in: Widerspruch 18: Beiträge zur sozialistischen Politik, Aufklärung und Verdrängung, 9. Jg/Heft 18 - Zürich, Dezember 1989, zit. S. 74; 73-81
- Mücke, Klaus: Wer nicht handelt, wird behandelt – Systemische Lehr- und Lerntexte zu psychiatrischen und psychosozialen Problemlösungen für Betroffene, Angehörige und Professionelle, ÖkoSysteme Verlag, 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage, Potsdam, 2008, S. 57
- Reiner Ruffing: Michel Foucault, Wilhelm Fink Verlag, Paderborn, 2008, S. 71
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, et al. 2008: Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 5(2): e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045
- Irving Kirsch: The Emperor's New Drugs. Exploding the Antidepressant Myth. The Random House Group, Ltd. in the UK, 2009; Copyright 2010 by Irving Kirsch
- Marc Rufer: Glückspillen; Droemersche Verlagsanstalt Th. Knaur, München 1995, S. 122-8
- Marc Rufer: Psychopharmaka – fragwürdige Mittel zur Behandlung von fiktiven Störungen. Denkanstöße insbesondere für NichtärztInnen in: Wollschläger, Martin (Hg.): [Sozialpsychiatrie. Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven](#), Tübingen, DGVT-Verlag 2001, S. 225-268
- (a-t) arznei-telegramm, 2005, Jg. 36, Nr. 5, S. 45-7; ANTIDEPRESSIVA: LEBENS-GEFÄHRLICHE PLAZEBOS?
- Stefan Winter: Medikation bei Depression. Vom Dogma zur Aufklärung. In: Theodor Meißel (Hrsg.) Zur Einbürgerung des psychisch Kranken, editio pro mente, Linz, 2005, S. 295 – 337
- Moncrieff J. Kirsch I.: Efficacy of antidepressants in adults. BMJ 2005; 331: 155-157
- Dr. David Healy: University of Wales College Bangor, Great Britain: Der klinische Nutzen von Antidepressiva ist begrenzt; „Die bisherigen Therapiestudien taugen gar nichts!“ In: DNP (Der Neurologe & Psychiater) 1/2007, S. 13 (Redaktion DNP, Med.Komm.-Verlag Neumarkter Straße 43, 81673 München); <http://www.derneurologe-psychiater.de/dnp/pdf.php?url=/dnp/inhaltsvz/pdf/0107/12-13.pdf>
- Peter R. Breggin: Giftige Psychiatrie: Was Sie über Psychopharmaka, Elektroschock, Genetik und Biologie bei 'Schizophrenie', 'Depression' und 'manisch-depressiver Erkrankung' wissen sollten! Carl-Auer-Systeme Verl., Heidelberg, 1. Aufl., 1996, S. 252
- Greenberg, Roger P. / Fisher, Seymour: Examining antidepressant effectiveness: findings, ambiguities, and some vexing puzzles in: Seymour Fisher / Roger P. Greenberg (Hg.): The limits of biological treatments for psychological distress, Hillsdale / Hove / London 1989, S. 29; 1-37
- Josef Zehentbauer: Chemie für die Seele. Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden, 6. Auflage, Zweitausendeins, Frankfurt am Main, 1993, S. 150
- Stefan Weinmann: Erfolgsmythos Psychopharmaka. Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2008
- Marc Rufer: Zu Tode "behandelt". Der Fall Franz Schnyder und die Psychiatrie in: Antje Bultmann (Hg.): "Vergiftet und alleingelassen. Die Opfer von Giftstoffen in den Mühlen von Wissenschaft und Justiz", München: Knaur Verlag 1996, S. 119-138; zit. S. 136-7
- http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/rufer_schnyder.htm
- Josef Rattner: Psychotherapie als Menschlichkeit, Walter-Verlag Olten, Freiburg im Breisgau, 1972, S. 157
- Der Spiegel Nr. 46/1981, S. 97-9: Etwas unternommen
- <http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=14344972&aref=image036/2006/06/16/cq-sp198104600970099.pdf&thumb=false>
- <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14344972.html>
- Thomas S. Szasz: Die Fabrikation des Wahnsinns, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1976
- Marc Rufer: Wer ist irr? Bern / Bonn / Wien: Zytglogge Verlag 1991
- Josef Zehentbauer: Chemie für die Seele – Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden, Berlin: Antipsychiatrieverlag, 10., teilweise aktualisierte Auflage 2006
- Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag; <http://www.antipsychiatrieverlag.de/>

Privat-Manuskript
Anonymus
13. Mai 2010