

KAPITEL XII

OPDIGTET SINDSYGDOM

EN BERØMT PSYKIATER FORTÆLLER OM ET BESØG HOS NOGLE VENNER, Et par med to børn. Da han iagttog de unge, kunne han ikke lade være med at lægge mærke til, hvor meget de lignede deres forældre. Han tænkte, at drengen var interesseret i mekanik lige som sin far. Pigen havde sin mors interesse for kunst. Generne kom virkelig til deres ret!

“Jeg skulle lige til at sige noget om emnet,” skriver han, “da jeg kom i tanker om, at disse børn var adopteret og havde ikke den ringeste genetiske forbindelse til disse forældre udover at være mennesker.”¹

Hans oplevelse understreger den påfaldende kendsgerning, at meget af det, vi ser, er i virkeligheden bare en forestilling. Vi *tror* bare, at vi ser det.

Oplært i den psykiatriske tradition, at karaktertræk er arvelige, så han en formodet virkelighed, der var en anden end sandheden.

En undersøgelse, der blev offentliggjort i 1969, viser i lignende retning, at det, vi får fortalt, kan have indflydelse på det, vi tror, vi ser.

I dette eksperiment lavede forskerne et manuskript ud fra et interview med en normal mand. Han talte fornuftigt og klart om sine følelser og tanker, erindrede barndomsbegivenheder, udtrykte sine følelser uden overdrivelser, og viste ingen tegn på alvorlige psykiske problemer som f.eks. hallucinationer, vidtløftige ideer, depressioner eller usammenhængende tankegang.

En skuespiller blev hyret til at spille den mand, der blev interviewet, og han optrådte i overensstemmelse med manuskriptet. Hele processen blev optaget på bånd. Derefter blev båndet spillet for en gruppe studerende, praktiserende kliniske psykologer og praktiserende psykiatere, der fik at vide, at personen på båndet “så neurotisk ud, men i virkeligheden var ret psykotisk.”

Alle blev bedt om at angive, hvordan manden, der blev interviewet, skulle klassificeres ud fra en liste med forskellige diagnoser, bl.a. *normal*. “Oplys bare det, I virkelig hørte – virkelig observerede – denne person sagde og gjorde”, fik de at vide. Da de var færdige, fik alle en chance til at ændre deres diagnose,

hvis de ønskede det.

Et betydeligt antal tilhørere fandt, at manden var psykotisk. En psykolog fandt fire alvorlige psykiske forstyrrelser. Flertallet mente, at skuespilleren var neurotisk. Og kun en lille procentdel – men ingen psykiatere – mente, at han var normal eller havde “lettere tilpasningsvanskeligheder.”²

Verdens syn på psykisk *sygdom* har været farvet på tilsvarende måde gennem de sidste adskillige århundreder. Vi er blevet bombarderet med det evindelige budskab fra den psykiatriske profession om, at folk, der har psykiske vanskeligheder, i virkeligheden er *syge*, og at det normalt skyldes en fysisk defekt i deres hjerner.

Dette begreb er så indgroet i vores tankegang, at vi vil få svært ved at finde én, der ikke i en vis grad har den opfattelse..

Når folk møder en person med et psykiatrisk prædikat, får de ofte forestillinger om kromosomer, der er udviklet skævt eller misdannede hjerner.

Men sandheden er, at selv om denne tankegang er almindelig udbredt, er der ikke mange beviser, der kan underbygge den.

I 1960 rystede Thomas Szasz det internationale psykiatriske samfund og frit tænkende mennesker over hele kloden med sin nu klassiske bog *The Myth of Mental Illness*. Den dag i dag bliver bogen genoptrykt.

Han konstaterede: “Vi kalder eksistentielle problemer for ‘psykisk sygdom’; personer der konsulterer psykiatere, eller som er tvunget til at underkaste sig dem via magt eller bedrag er ‘psykiatriske patienter’, deres beklagelser eller beklagelser fra andre over dem er ‘psykiske symptomer’, og de tilstande, de bliver beskyldt for, og som angiveligt ‘forårsager’ og ‘forklarer’ deres adfærd, er ‘psykiske sygdomme’ ... vi kalder psykiatriske undersøgelser ‘for diagnoser’, uanset om de er ønsket af samtykkende klienter eller påført dem mod deres vilje, og psykiatriske indgreb, for ‘behandlinger’...Og eftersom vi har et Nationalt Institut for Mental Sundhed (**National Institute of Mental Health**) er det ikke svært at forstå, at den rettænkende person betragter det som utænkeligt, at der ikke skulle være sådan noget som mental sundhed eller mental sygdom. Hvis det var tilfældet, ville vi være ofre for vore egne tåbeligheder.”³

Ikke desto mindre er det måske netop, hvad “myten om psykisk sygdom er”.

Som vi har set, kommer en hel del sig, når vi behandler de “psykisk syge” som normale mennesker – og ikke giver dem psykiatrisk behandling overhovedet. De slipper fri af deres problemer.

Selv de “uhelbredeligt skizofrene” får det bedre.

En enkel måde at måle sandheden i enhver teori er: *Virker den?*

Når vi undersøger resultaterne af de psykiatriske læresætninger, finder vi imidlertid, at de ikke har gjort ret meget for at reducere antallet af de såkaldt syge.

Faktisk har det modsatte vist sig at være tilfældet.

Mens psykiatrien er vokset, er antallet af personer med “psykiske forstyrrelser” vokset til astronomiske højder.

HOVEDÅRSAGEN TIL PSYKISK SYGDOM

I begyndelsen af 1800-tallet var man fremmed overfor ideen om, at den vanvittige var syg. Han var åbenlyst anderledes i sin adfærd, måske destruktiv, men forklaringer om *hvorfor*, drejede sig ikke nødvendigvis om en fysisk defekt.

Det skyldes, at sindet på den tid blev opfattet som et fænomen, der var adskilt fra kroppen. Det havde været den fremherskende tankegang i århundreder. Inden for filosofien kaldes det for dualisme – to enheder, sind og krop.

I nogle kulturer blev den skøre hånet, i andre blev han agtet som rørt af det guddommelige.

I 1840erne fandtes der en enkelt klassificering af psykiske problemer i USA – “idioti/vanvid”.

I 1880, næsten fire årtier efter stiftelsen af Amerikansk Psykiatrisk Selskab, fandtes der syv kategorier af psykiske sygdomme: mani, melankoli, monomani (irrationalitet i forhold til et emne), pareses (syfilitisk hjernetilstand), demens, dipsomnia (alkoholisme) og epilepsi.

Begrebet psykisk *sygdom* dukkede op i løbet af denne periode. Hidtil havde *sygdom* betydet en observerbar forstyrrelse i kroppen: infektion, kræftangreb på et organ, lungebetændelse.

Men den spirende psykiatriske profession indledte en praksis med at *påvise* sygdomme, de formodede var til stede i stedet for at nævne det, de virkelig observerede.

De mente, at “patienten” måtte være syg, fordi han opførte sig abnormt. Ved at *påvise* hans opførsel som symptomer, konkluderede de, at de måtte være forårsaget af en *sygdom*.

Ikke overraskende har psykiatrien gennem det sidste århundrede uden held forsøgt at dokumentere dette synspunkt.

Der er ikke blevet fundet nogen "hjernelæsioner". Der er ikke blevet opdaget nogen muterede nerveforbindelser. Der er ikke dukket dokumenterede genetiske beviser op, ikke engang ved hjælp af moderne teknologi.

Efter Anden Verdenskrig skete der en betydelig vækst i antal og former for psykiske sygdomme. Det var et af resultaterne af psykiaternes massive indflydelse inden for militæret under krigen.

Tilføjelsen af nye sygdomskategorier kan også forklare, hvorfor psykiatere frasorterede og afskedigede rekordstore antal soldater i denne periode.

I 1933 etablerede psykiatere den første standardmanual til kategorisering af "mentale sygdomme". Den hed *Standardklassificeret Navngivning af Sygdomme (Standard Classified Nomenclature of Disease)*. Den blev revideret yderligere to gange.

I 1952 udgav Amerikansk Psykiatrisk Selskab så deres egen manual, *Diagnostisk og Statistisk Manual for Mentale Forstyrrelser (DSM) (Diagnostic and Statistiical Manual for Mental Disorders)*. Denne bog definerede 112 mentale forstyrrelser. De omfattede bl.a.:

1. Hjernesygdomme (reelle hjerneskadeforstyrrelser).
2. Psykotiske tilstande (som f.eks. skizofreni).
3. Neuroser af forskellig slags.
4. Personlighedsforstyrrelser, d.v.s. en personlighedsdefekt, bl.a. alkoholisme, stofmisbrug og "indlæringsvanskeligheder."
5. Seksuel afvigelse, herunder homoseksualitet, transvestisme, pædofili, fetichisme, seksuel sadisme, voldtægtsforsøg og skamfering.

Der var ingen kategorier for spædbørn eller børn, bortset fra tre "tilpasningsreaktioner" for henholdsvis spædbarnealder, barndom og ungdom.

Det er værd at nævne, at psykiatrien på det tidspunkt var temmelig forvirret. Den opererede ud fra en blanding af to modsatrettede overbevisninger: at patienten havde en psykisk sygdom af fysisk oprindelse, og at hans eller hendes *sygdom* var et produkt af dualisme – den opfattelse, at sind og krop er adskilt.

Som et eksempel kan nævnes, at skizofreni – der nu betragtes som en biologisk sygdom af moderne psykiatri (selvom der ikke foreligger beviser, der kan understøtte denne teori) – i 1952 blev registreret

under en kategori for “SYGDOMME AF PSYKOGENETISK (opstået i sindet) OPRINDELSE ELLER UDEN KLART DEFINERET FYSISK ÅRSAG ELLER STRUKTUREL FORANDRING I HJERNEN.”

I 1968 blev manualen revideret og kaldt *DSM II*. Nu var antallet af sygdomme vokset til 163. De omfattede bl.a.:

1. 6 nye skizofrene forstyrrelser.
2. 13 nye kategorier af alkoholisme.
3. 5 nye neuroser.
4. 3 nye personlighedsforstyrrelser.
5. 6 nye stofafhængighedsforstyrrelser.
6. 8 nye kategorier for seksuel afvigelse.
7. En helt ny kategori, der hedder “Adfærdsforstyrrelser i Barndom og Ungdom”, der indeholdt syv tilstande.

Denne nye opdukken af sygelige barndomstilstande opstod kun få år efter, at psykiatrien havde tilvejebragt offentlige midler til støtte af behandling af “handicappede” børn. (Denne støtte er diskuteret i kapitel 8).

Det er også første gang “hyperaktivitet” optræder som diagnose for børn – et begreb, der i sidste ende har resulteret i, at bogstavelig talt millioner af børn har fået det afhængighedsskabende stof, Ritalin, som er blevet en finansiel guldgrube for fabrikanten.

Kommentarerne i *DSM-II* viser os, at disse *sygdomme* er blevet etableret af en komité, der stemmer om, hvorvidt de eksisterer.

Vi får at vide, at ”I tilfælde af diagnostiske kategorier, hvor der er aktuelle diskussioner om forstyrrelsernes natur eller årsag, har komitéen forsøgt at vælge en terminologi, som den mente ville begrænse brugerens vurdering mindst muligt. Komitéen selv omfattede repræsentanter for forskellige synspunkter. Den har ikke forsøgt at forene disse synspunkter, men snarere finde udtryk, der kunne bruges til at rubricere de sygdomme, som de havde lyst til at kunne diskutere.”

I diskussionen om skizofreni, siger manualen, “Selvom den havde forsøgt, kunne komitéen ikke nå til enighed om, hvad denne sygdom var; den kunne kun opnå enighed om, hvad den skulle hedde.”

I 1980 blev *DSM-III* offentliggjort. Der var blevet føjet 61 nye mentale sygdomme til, hvilket bragte det samlede antal op på 224. Der var sket en interessant udvikling inden for forskellige områder.

Kategorien Seksuelle Afvigelser var nu blevet ændret til “Psykoeksuelle Forstyrrelser” med en tilføjelse på 14 nye typer. Dette fulgte i hælene på APAs beslutning i 1974 om at fjerne homoseksualitet som en form for afvigelse fra manualen.

Denne forandring var ikke et resultat af videnskabelig opdagelse eller fremskridt. Den blev fremskyndet af aktiv lobbyisme fra det homoseksuelle miljø. For at afgøre sagen foretog APA en afstemning blandt medlemmerne. Resultatet var 5.854 for og 3.810 imod. På det grundlag ændrede homoseksualitet sig fra at være en langvarig form for abnorm adfærd til en videnskabeligt defineret form for “seksuel observans”.⁴

I en kommentar til dette, fortalte psykiateren Walter Afield, “Jeg har netop i weekenden talt med en, der havde til opgave at medvirke ved udfærdigelsen af *DSM-IV*, der netop skulle udgives, og jeg sagde, ”Nå, sig mig så, homoseksualitet plejede at blive betragtet som en sygdom, og nu bliver det ikke betragtet som en sygdom. Hvad bliver det i den nye *DSM-IV*?” Og han sagde, ‘Åh, nu har vi helbredt det fuldstændigt. Det eksisterer ikke mere.’⁵

I afsnittet om “Spædbarnsalder, Barndom og Ungdom,” blev der føjet 32 nye psykiske forstyrrelser til, bl. a. :

- ADD = Attention Deficit Disorder [Opmærksomhedssvigt]
- Adfærdsforstyrrelser
- Udviklingsmæssig læseforstyrrelse
- Uviklingsmæssig regneforstyrrelse
- Udviklingsmæssig sprogforstyrrelse
- Udviklingsmæssig artikulationsforstyrrelse
- Angst for adskillelser-forstyrrelse
- Overnervøsitet

Antallet af sygdomme, der stammede fra brugen af kemiske stoffer steg fra 21 til 57. Disse omfattede:

- Organiske mentale hallucinationsforstyrrelser
- Organiske mentale forstyrrelser p.g.a. hash [marihuana]
- Organisk mental forstyrrelse p.g.a. tobak (Især ved tobaksafvænning)
- Organisk mental forstyrrelse p.g.a. koffein (der dækker koffeinforgiftning).

Introduktionen i *DSM-III* fortæller, at der “ikke findes nogen tilfredsstillende definition, der specificerer præcise grænser for begrebet ‘mental forstyrrelse’.”

Da en lignende udtalelse dukkede op i opfølgingsudgaven *DSM-III-R*, bemærkede psykiateren Matthew Dumont, “De siger: ‘...selv om denne manual bidrager med en klassifikation af mentale

forstyrrelser... er der ingen definition, der på tilfredsstillende vis specificerer præcise grænser for begrebet...”. Derefter leverer de en 125-ords-definition på mental sygdom, der skulle løse alle de problemer, der vedrører det vanskelige spørgsmål om, hvor afvigelsen stopper og dysfunktionen begynder. Det gør den ikke. “De fortsætter med at sige: ‘... der hersker ingen formodninger om, at hver eneste mentale forstyrrelse er en særskilt enhed med skarpe grænser mellem den og andre mentale forstyrrelser eller mellem den og ingen mental forstyrrelse.’

“Det er en bemærkelsesværdig udtalelse i en bog, hvis godt 500 sider er viet til kriterier til at skelne én psykopatologisk tilstand fra en anden med en præcisionsgrad på 2 decimaler (*DSM*-talkodesystemet).”⁶

Desuden fortæller introduktionen os, “For de fleste *DSM-III*-sygdommes vedkommende...er ætiologien (årsagen) ukendt. Der har været fremført forskellige teorier, understøttet af beviser – ikke altid overbevisende – som forklarer, hvordan disse sygdomme opstår.”⁷

Supplerende forklarer de, “På nuværende tidspunkt hersker der imidlertid ingen bred enighed indenfor vores fag om, hvordan man definerer ‘neuroser’.”⁸

Syv år senere, i 1987, blev håndbogen atter revideret for at blive til *DSM-III-R*.

Antallet af mentale forstyrrelser steg fra 224 til 253. Den mest dramatiske stigning forekom i afsnittet om “Sygdomme, der normalt optræder første gang i spædbarnalderen, barndommen eller ungdommen”. Disse omfattede gennemgribende udviklingsforstyrrelser, udviklingsmæssig forstyrrelse i evne til at udtrykke sig skriftligt og sproglig ekspressiv udviklingsforstyrrelse.

Der blev gjort en indsats for at medinddrage den voldsomt debatterede “sygdom” ved navn paraphillisk voldtægt (senere omskrevet formildende til paraphillisk tvangsforstyrrelse). Den ville blive anvendt om enhver person, der havde forsøgt voldtægt eller fantaseret om det og oplevet voldsom seksuel ophidselse eller lyst i den forbindelse i mindst 6 måneder.

Offentlighedens reaktion skete prompte.

“Samfundet er som helhed meget ophidset over, at psykiatrien bortforklarer kriminelle handlinger,” påstod Roberta Roper i 1986, en aktivist for ofres rettigheder fra Maryland. Roper, blev involveret i sin sag, da hendes datter blev voldtaget af to mænd, der efterfølgende modtog to lettere domme. At komme med psykiatriske – eller pseudopsykiatriske – forklaringer hjælper ikke voldtægtsofferet.”

“Jeg tror ikke, offentligheden har megen tillid til psykiatriske vurderinger,” tilføjede hun. “Jeg kan ikke se, hvem der har gavn af dem bortset fra psykiaterne.”⁹

Den offentlige anklager i Brooklyn, Elisabeth Holzman protesterede mod “ethvert forsøg på at definere en sygdom ved at forbinde den med en forbrydelse.”

“Hvis psykiatere siger, den eksisterer, eksisterer den,” siger hun, “selvom der ikke foreligger noget videnskabeligt bevis.” Hun kommenterer, “Jeg tror ikke, psykiaterne kan handle, som om de bor i et elfenbenstårn.”

Vicejustitsminister Lois Harrington påstod, “Det eneste tidspunkt, vi nogensinde ser psykiatere i retssalen er, når de fortæller os om formildende omstændigheder for den anklagede, så dommene bliver mildere.”

Hun bemærkede, “Det [voldtægt] er aldeles nedbrydende for ofre.”¹⁰

Efter voldsomt offentligt postyr stemte APA for at forkaste den påståede sygdom.

Men to andre yderst kontroversielle diagnoser blev føjet til *DSM-III-R*: præmenstruel syndrom og masochistisk personlighedsforstyrrelse.

Psykologen Paula Caplan fungerede som konsulent for de *DSM-III-R*-udvalg, der skulle godkende de to sygdomme. I en detaljeret beretning om denne oplevelse, fortæller hun i sin bog *They Say You're Crazy*, om i hvilken forbløffende grad de videnskabelige metoder og bevisførelsen bliver tilsidesat under udviklingen og revideringen af denne håndbog.”¹¹

Da masochistisk personlighedsforstyrrelse blev foreslået, mødte den voldsom modstand blandt kvindeorganisationer, fordi de frygtede, den primært ville blive brugt som prædikat på kvinder som bevidste ofre (f.eks. i voldelige ægteskaber).

Dr. Lenore Walker, forkvinde for kvindernes strategimøde i Repræsentanternes Udvalg for Amerikansk Psykologisk Selskab, påstod, at efter kvinderne havde protesteret mod den foreslåede diagnose, forsøgte APA bare at formilde dem ved at skabe en ny diagnose, *sadisme*. Den form for indsats “viser den foragt psykiatere har for videnskabelig forskning...” sagde hun. “Der var ingen, der talte om [en sadisme-kategori], før opstandelsen mod masochisme.”¹²

En anden psykolog, der deltog i *DSM-III-R*-høringerne, blev citeret i *Times* for at have sagt, “Det lave niveau af intellektuel indsats var chokerende. Diagnoser blev udviklet ved flertalsafstemninger på samme niveau, som man ville vælge en restaurant. Du har lyst til italiensk, jeg har lyst til kinesisk, så lad os gå på cafeteria. Derefter bliver det skrevet ind på computer. Det afspejler måske vores naivitet, men det var vores overbevisning, at der ville blive gjort forsøg på at se videnskabeligt på tingene.”¹³

Caplan citerer psykologen Lynne Rosewaters kommentarer efter at have overværet høringerne med Robert Spitzer, den psykiater, der kontrollerede hele DSM-II-R-projektet. “[De] havde en diskussion om kriterier [for masochistisk personlighedsforstyrrelse] og Bob Spitzers kone, [en socialrådgiver og den eneste kvinde ved Spitzers side under høringerne] siger, ‘Det gør jeg somme tider’ og han siger, ‘O.K., udelad det.’ Man iagttager dette, og man siger, ‘Vent lige et øjeblik, vi har ikke ret til at kritisere *dem*, for det her er en “videnskab”?’”¹⁴

Efter omfattende lobbyisme fra kvindegrupper og støttefraktioner som f.eks. Amerikansk Psykologisk Selskab og Amerikansk Orthopsykiatrisk Selskab, stemte APA først for at ændre navnet masochistisk personlighedsforstyrrelse til selvtilintetgørende personlighedsforstyrrelse og registrerede den så, efter yderligere pres, under en ny klassifikation: Forstyrrelser, “der bør studeres nøjere”.

I forsøg på at forklare, hvorfor APA ikke forkastede diagnosen straks, siger Caplan, “APA-bestyrelsen havde haft chancer for at forkaste forslagene adskillige gange tidligere, men havde ikke desto mindre godtaget dem med det samme. Som en overordnet APA-embedsmand fortalte mig privat, “Bestyrelsesmedlemmer, der var stemt for at kassere alle tre kategorier [voldtægt, masochisme og PMS] blev beskyldt for at ‘give efter for kvinderne’ af deres kolleger.”¹⁵

Præmenstruelt syndrom var genstand for mundhuggeri og studehandler. Kvindegrupper og andre udtrykte stor bekymring over muligheden for, at massive antal kvinder skulle få prædikatet “psykisk syg”. Psykiaterne modtog støtte til PMS fra medicinalfirmaerne – medicin var en af de få anbefalede behandlinger – og påstod desuden, at ved at give kvinderne prædikatet, ville det give dem mulighed for at få godtgørelse for PMS (og betaling til psykiatere) fra visse forsikringspolicer.

Som en reaktion på presset ændrede APA navnet PMS til “Sen dysforisk lutealfasisk forstyrrelse” og registrerede den ligeledes som “bør studeres nøjere” i *DSM-III-R*.

Et så tilslørende skridt kan måske bedst forklares med George Orwells ord: “Det tydelige sprogs største fjende er uærlighed. Når der er en kløft mellem ens virkelige mål og ens erklærede mål, søger man tilflugt ...i lange ord...ligesom blæksprutter, der spyr blæk.”¹⁶

DSM-IV blev udgivet i 1994.

Antallet af sygdomme steg fra 253 til 374. Antallet af tilføjede sygdomme, der var blevet opfundet i løbet af de foregående 7 år oversteg de oprindelige 112, som var i den samlede *DSM* fra 1952.

Den moderne psykiatris mere biologiske holdninger træder frem i Introduktionen: “Selvom dette værk har titlen Diagnostisk og statistisk håndbog for mentale sygdomme, indebærer udtrykket *mental*

forstyrrelse desværre en skelnen mellem “mentale” sygdomme og “fysiske” sygdomme, som er en formindskende anakronisme af sind/krop-dualismen”

Og: “Problemet, der er opstået på grund af begrebet ‘mental’ forstyrrelse, har været langt tydeligere end dets løsning, og desværre består udtrykket i *DSM-IVs* titel, fordi vi ikke har kunnet finde en passende erstatning.”

Endnu engang får vi at vide, at selvom manualen giver en klassifikation af mentale forstyrrelser, må det indrømmes, at der ikke gives en definition, der passende specificerer præcise grænser for begrebet “mental forstyrrelse”.

Udtrykket “akademiske forstyrrelser” – som dækkede læse- og regneforstyrrelser i tidligere *DSMer* – er blevet ændret til “indlæringsforstyrrelser”.

I beskrivelsen af forløbet af læseforstyrrelses-”sygdommen”, beskriver *DSM-IVs* forfattere, hvad der i skræmmende grad ligner rutinemæssige resultater af dårlig undervisning: “Selvom symptomerne på læsevanskeligheder (f.eks. manglende evne til at skelne mellem almindelige bogstaver eller at forbinde almindelige fonemer med bogstavsymboler) kan optræde allerede i børnehaven, bliver læseforstyrrelse sjældent diagnosticeret før i slutningen af børnehaven eller i begyndelsen af første klasse, fordi formel læseinstruktion normalt ikke begynder før dette tidspunkt i de fleste skoler. Især når læseforstyrrelse er forbundet med høj IQ, kan barnet fungere på eller i nærheden af normalt niveau i de første klasser, og læseforstyrrelsen bliver måske ikke helt synlig før i fjerde klasse eller senere. Med tidlig identifikation og behandling er prognosen god i en betydelig procentdel af tilfældene. Læseforstyrrelser kan vare hele livet.”

Under “uspecificeret indlæringsforstyrrelse” hedder det, at en person måske har en sådan forstyrrelse i læsning, matematik og/eller skriftligt udtryk, selvom præstationen i tests, der måler hver enkelt persons færdighed, ikke er væsentlig lavere end, hvad der forventes af det pågældende barn.

Noget andet brillerede ved sit fravær i *DSM-IV*. Efter vedvarende tvang fra interesserede grupper blev selvtillidstøgende personlighedsforstyrrelse fjernet.

Men præmenstruelt syndrom, en yderst indbringende diagnose, forekom imidlertid ikke længere under banneret, “bør undersøges nøjere” men som præmenstruel dysforisk forstyrrelse.

Psykiateren Al Parides bemærkede, at en sådan diagnose på baggrund af samtykke eller krav demonstrerer, at *DSM* overhovedet ikke er en videnskabelig manual men “et mesterstykke i politisk manøvrering”. Han påstår, den gør normale problemer i tilværelsen til psykiatriske problemer. “Et barn

har ikke lyst til at gå i skole og sparker læreren, når han kommer derhen. De udarbejder en psykiatrisk diagnose [som] et medicinsk problem...Det, de har gjort er, at de har sygeliggjort mange problemer, der ikke har påviselige biologiske årsager.”

I følge sine erfaringer, konkluderede Caplan, at den samlede bevisbyrde pegede på, at de fleste deltagere i *DSM* fortsat ignorerer både videnskabelig forskning og den skade, patienter lider som følge af manualens kategoriseringer. Hun finder dette “uforeneligt med [det synspunkt], at de udelukkende skulle være drevet af de mest altruistiske og afbalancerede motiver.”

Noget er helt galt, påstår hun, når toppen af *DSM*-hierarkiet ikke alene ignorerer videnskabelig dokumentation og beviser på den skade, de forvolder, men også indrømmer at de ikke ønsker, at deres patienter skal vide, hvad der foregår på *DSM*-møderne.¹⁷

Den omfattende knopskydning af psykiske sygdomme, som denne manual har skabt, er ikke gået offentlighedens opmærksomhed forbi. Faktisk har dennes reaktion grænset til harme og vantro.

En kommentar i *Daily Messenger* om *DSM-IV* fra redaktør Mark Syverud er typisk. “Vær opmærksom. En ny bog viser, at en epidemi af psykisk sygdom fejer hen over landet,” skriver han.

Han fortsætter og fortæller, hvad det kommer til at betyde for os alle.

“Kan din 10-årige ikke lide at lave regneopgaver derhjemme? Så se hellere at få hende bragt til den nærmeste divan, for hun har Nr. 315.4 *Udviklingsmæssig regneforstyrrelse*.

Måske er du en teenager, der er uenig med dine forældre. Uha, uha! Du må hellere se at få noget medicin med det samme, for du har Nr. 313.8 *Oppositions-afvigelsesforstyrrelse*.

Og hvis din kone ikke vil fortælle dig, at hun sneg sig ud til indkøbscentret i lørdags, har hun afgjort nr. 313.2 *Selektiv mutisme*.

Åh, Gud! Min familie er fuld af psykopater!

Tro mig, det er ikke noget, jeg finder på. (Det ville være *fiktionsforstyrrelsessyndrom*). Antallet af psykiatriske sygdomme, der er identificeret i manualen er steget fra 100 til 300 inden for de sidste 15 år. Det betyder en reel epidemi af sindssygdom, der fejer hen over landet. For kun ti år siden sagde psykiaterne, at én ud af 10 amerikanere havde en psykisk sygdom. Nu er halvdelen af befolkningen mentalt syg i følge manualen.

Hvordan den anden halvdel holder sig rask, er en gåde.

Manualen er nødt til at blive opdateret hvert år, fordi professionelle i den psykiatriske sundhedssektor og forsvarsadvokater fortsætter med at finde nye sygdomme. Lige siden begyndelsen af året har eksperter afdækket disse nye sygdomme:

Loteri-stress syndrom (eller LSD): En psykiater fra London opdagede udbruddet blandt lotteritabere, der oplevede "dårligt humør og følelse af håbløshed" når deres numre ikke blev udtrukket.

Kronisk skatteangst syndrom (CTAS): En psykoterapeut i Washington specialiserer sig i at behandle par, der lider af overdreven bekymring, søvnløshed og ægteskabelige skænderier hvert år i april.

Præmenstruelt syndrom (PMS). Det er ikke nyt, men nu har det vundet anerkendelse som reel psykisk sygdom i Amerikansk Psykiatrisk Selskab.

Jeg ved godt, at der findes kynikere derude, som vil håne disse nye diagnoser. Måske synes du, at det hele er noget psyko-vrøvl, blot et påfund, som skaffer terapeuterne penge. Du ville hellere dø end at lade dig slæbe til en psykiaters divan.

"Folk som jer udtrykker alvorlig benægtelse. Faktisk er din modvilje mod at søge hjælp i sig selv et symptom på alvorlige psykiske problemer. Det står lige her i bogen: 15.81 *Modvilje mod behandlings-sygdom*.¹⁸"

Nogle psykiatere vil utvivlsomt finde Mr. Syveruds munterhed risikabel, en trussel mod velfærdet for millioner af psykisk syge, der måske vil undlade at søge hjælp efter at have læst hans synspunkter.

Nogle vil uden tvivl mene, at der er noget alvorligt galt med ham, måske en ny sygdom. Uanset hvad, vil den formentlig i sidste ende dukke op i *DSM*.

FAKTA KONTRA FIKTION

Webster's definerer *fiktion* som "alt, hvad man opdigter eller forestiller sig".¹⁹

Det ser ud som om, at alt, hvad vi har set i *DSM*, er indbegrebet af denne definition.

Det er lige præcis det, den psykiatriske proces går ud på :at skabe eller "finde på" en sygdom.

Selvfølgelig vil de protestere mod, at de selv finder på den adfærd, de taler om.

Og det er sandt. Adfærden forekommer.

Men når psykiatere samler bundter af adfærdsformer og følelser sammen og tildeler hvert bundt et navn, så er *det* en opdigtet størrelse.

Det er også en *opdigtet* realitet.

Den eksisterede ikke før.

Et eksempel kunne være opmærksomhedssvigt (ADD).

I evigheder har nogle børn, ligesom voksne, altid været mere aktive end andre. Måske leger de voldsommere eller er adspredte på grund af en kort opmærksomhedsspændvidde.

Indtil det tyvende århundrede håndterede forældre det simpelthen som en af livets kendsgerninger. De indså, at personer var forskellige. Og de kloge forældre forstod, at børn ligesom voksne, lærer at ændre deres adfærd til det bedre, som tiden går.

Men psykiatrien har imidlertid erklæret, at der er noget galt med den slags børn. En uklar, uforklaret defekt i hjernen. Disse læger har kortlagt en bestemt opførsel og påstået, at alle børn, der udviser den form for opførsel, har opmærksomhedssvigt (ADD).

Det er også en opdigtet virkelighed.

Der findes ingen beviser på, at hans hjerne er anderledes end andres.

Barnet og forældrene mente, han var normal, da de trådte ind i psykiaterens kontor. De tror, han er unormal, når de forlader det.

Virkeligheden blev ikke forandret. Barnet er stadig det samme.

Det, der blev ændret, var familiens virkelighedsopfattelse. De "ser" nu et forstyrret barn, som ikke var der før.

Som et normalt barn ville han være blevet tolereret, tålt, disciplineret, sendt af sted til pårørende – alt det forældre har gjort i årtusinder. Og højst sandsynligt ville han være vokset fra det uden større ståhej.

Som abnormt barn vil han imidlertid blive behandlet helt anderledes af sine forældre, sine lærere og

formentlig sine klassekammerater. Han vil være "speciel". Måske vil hans adfærd være "undskyldelig". Han vil få medicin i årevis. I stedet for at forvente det bedste af ham, vil alle (også barnet selv) behandle ham som ubegavet på grund af hans "tilstand".

Han vil selvfølgelig selv tro, at der er noget medfødt forkert ved ham, som gør ham ringere end andre. Højest sandsynligt vil denne fornemmelse af at være "unormal" følge ham resten af livet.

Den eneste forskel mellem disse to beskrivelser er den *skabte virkelighed*, opmærksomhedssvigt (ADD).

Der findes ingen fysiske tegn noget sted på, at denne "sygdom" virkelig eksisterer.

Der findes en *reel* virkelighed, der er årsag til, at dette særlige barn opfører sig, som det gør. Han har måske en masse energi, men ved ikke, hvordan han skal kanalisere den. Han spiser måske ikke ordentligt. Han har måske allergier. Hans forældre og lærere er måske intolerante over for aktivitet eller børn. Hans energiniveau og adfærd er måske normalt for *ham*.

Den virkelige sandhed er, at kroppe og personer varierer enormt, hvad angår ejendommeligheder, og de reagerer meget forskelligt i forhold til det, der sker i deres omgivelser.

At samle en række adfærdsformer og emotionelle karakteristika og kalde dem en "sygdom" og forudsætte, at de skyldes en enkelt årsag – en biologisk dysfunktion – er *ren fiktion*.

Selv psykiaternes favorit-"psykiske sygdom", *skizofreni* er et påfund.

Dette er den klassiske, sindssyge person. Med vrangforestillinger, hallucinationer, hører stemmer, har usammenhængende tankegang og taler med sig selv og ikke-eksisterende dæmoner.

For hundrede år siden når psykiatere observerede denne opførsel, antog de simpelthen, at alle, der gjorde den slags,, var ens, og der var det samme galt med dem.

Det har psykiatere ment lige siden.

Der findes ingen beviser nogen steder for, at det skulle være sandt.

En person er måske under et fænomenalt stress.

En anden kan være fysisk syg.

En tredje reagerer måske på noget medicin.

Alligevel har psykiatere opfundet prædikatet *skizofren*, som de så pådutter hver af disse personer, idet de går ud fra, at der er det samme galt med dem – noget uhelbredeligt.

Som resultat får alle den samme behandling, sædvanligvis en livstidsdom på stærk medicin.

Så er der *depression*, især i forbindelse med de ældre. Psykologen Stanley Jacobson har skrevet en rapport i *The Atlantic Monthly*'s aprilnummer i 1995 om en NIH **Consensus Development** Konference i 1991 om diagnosticering og behandling af depression i alderdommen. Den resulterende rapport, en 22 siders konsensus-udtalelse, beretter, at der i stedet for alle ni *DSM*-symptomer på depression kan stilles en diagnose, hvis blot fem af dem er til stede. Første og andet symptom på *DSM*-listen er *deprimeret sindstilstand* og *manglende interesse eller glæde*. Konsensusen degraderer disse til en femte og sjetteplads på listen.

“Nu foreslår rapporten,” skriver Jacobson, “at de væsentligste indikatorer for depression er de fysiologiske symptomer: appetit- og vægtforandring, søvnforstyrrelser, forhøjet eller nedsat bevægelsesaktivitet samt træthed og nedsat energi.”

Det er svært at forestille sig ældre, der ikke har - om ikke alle - så i hvert fald nogle af disse symptomer som en naturlig konsekvens af alder.

Særlig betydningsfuldt er, som Jacobson forklarer, at “Depression således næsten er adskilt fra sindet, ændret til en særskilt biologisk størrelse, en fysisk sygdom, der er lige så specifik som højt blodtryk eller galdesten.”

Jacobson siger, at beviserne for den biologiske dominans ved depression er svage, og at konsensusudtalelsen ikke kunne anbefale nogen speciel diagnostisk test til denne “fysiske” sygdom. Ikke desto mindre konkluderer konsensuserklæringen rask væk, at “Deprimerede ældre mennesker bør behandles massivt med tilstrækkelige doser antidepressivt i tilstrækkelig lang tid for at opnå størst mulig sandsynlighed for helbredelse.”

Det oplagte bliver i følge Jacobson helt overset af disse “eksperter”. Han siger, “Ikke en eneste gang i løbet af de 22 sider anerkender konsensuserklæringen, at bevidstheden om den forestående død kunne være en medvirkende faktor til depression sent i livet.”

Han foreslår, at, “ måske har eksperterne brug for at blive mindet om, at vi består af krop og sind. Enhver trussel om tab sent i livet kan forrykke systemets balance, chokere sindet til en bevidsthed om

livets sårbarhed, udfordre evnen til at tilpasse sig en fundamentalt uvelkommen realitet og medføre tanker og følelser, der set ude af sammenhæng kan forekomme patologiske, selvom de er ligeså naturlige som angsten for en tornado, der nærmer sig.”²⁹

Men på trods af al logik er ældre et yndet marked for professionelle inden for det psykiatriske sundhedsvæsen. Alle bliver trods alt ældre før eller siden. Det er årsagen til, at de større hospitaler sender bunker af breve ud til ældre som f.eks. en brochure i 1995, med symptomoverskrifterne: “Søvnløshed, tab, nedsat evne til at køre bil, nedgang i indkomst, sygdom, ensomhed, død,” og andre af de normale problemer, som ældre står overfor.

Brochuren konkluderer, “Hvis De eller en af Deres kære oplever problemer med hukommelsen, forvirrende stemninger og adfærd eller besvær med at håndtere dagligdags aktiviteter – så ring i dag for at få en gratis, fortrolig vurdering.”

Jacobson kommenterer spidst, at “manglende evne til at nære tillid til den livskraft og de ressourcer, som en vellykket aldring kræver (og som de fleste mennesker har i sig) er et betydeligt større sundhedsproblem for offentligheden end alderdomsdepressioner.”²⁰

Endnu engang har vi en opdigtet sindssygdom.

Det er fiktionen “psykisk sygdom”. Dog er der en vis grad af sandhed i det.

Sindssygdom findes.

Sandheden er, at alle mennesker har en almindelig trang til at overleve. De ønsker overlevelse for dem selv, deres familier, deres tilhørsgrupper. Det *er* den kraft, der driver en person gennem livet. Han ønsker at overleve og få fremgang.

Vi kan definere det meste af rationel og irrationel adfærd ud fra, hvor godt den stemmer overens med overlevelse.

På et eller andet tidspunkt foretager vi alle irrationelle ting, adfærd der strider i mod overlevelse. For megen alkohol, vi slår vores børn, utroskab, destruktive raserianfald. Somme tider gør vi ting, der ikke er logiske, og som sårer os og dem, vi elsker.

Nogle mennesker gør den slags oftere end andre. Nogle opfører sig irrationelt på et område og klarer sig godt på et andet.

Nogle er så sindssyge, at de tilsyneladende slet ikke kan overleve selv. Og disse mennesker har i sandhed brug for hjælp.

For dem, der ikke er så forstyrrede, kan hjælpen være ganske enkel.

Op gennem tiderne har vi som race været i stand til at opsamle uddrag af visdom om, hvordan vi kan håndtere vore menneskelige svagheder.

Moral har, uanset hvor skadelig den måtte være, været et magtfuldt redskab, der har bidraget til at begrænse vores svagheder, så sjælefreden og overlevelsen har fået overhånd.

Et påfaldende stort antal “psykiske sygdomme” er i virkeligheden moralsk fiasko: drikfældighed, skyld, manglende selvdisciplin, dovenskab, løgnagtighed, uretfærdighed, promiskuitet – den slags ødelægger sindets velbefindende.

Faktisk kan og vil alle disse “symptomer” – depression, følelse af, at man er skør, følelse af, at man bliver forfulgt, voldelige impulser o.s.v. – dukke op, når en person overtræder den sunde fornufts dyder.

Uanset hvor meget psykiateren ynder at harcelere over moralen som værende for stress-fremkaldende, og hvor meget han promoverer den opfattelse, at “folk ikke kan gøre for det”, er sandheden den, at det er lykkedes for os alle at hæve os over vores mere primitive impulser, når nødvendigheden har krævet det.

Det er ikke bare muligt men i modsætning til det, psykiateren lærer os, er det også *nødvendigt* for at bevare sit mentale helbred.

Ikke så få personer har gennemgået en mirakuløs forandring af deres mentale tilstand ved at ophøre med amoralsk adfærd og beslutte sig til at leve et “rent” liv.

For visse mennesker er dette imidlertid ikke tilstrækkeligt til at løse deres problemer. De kan have brug for at tale om deres vanskeligheder med en ven, et familiemedlem, en religiøs vejleder eller simpelthen én, de stoler på.

Nogle kan have brug for at adskille sig fra mennesker eller situationer, der giver dem kroniske problemer.

Der er imidlertid visse mennesker, som simpelthen er så tyngede og forstyrrede, at samtale eller moraliseren ikke vil kunne hjælpe dem.

De har brug for hjælp. Og det *er* muligt at få den.

NÅR FYSISK SYGDOM OVERVÆLDER SINDET

I en artikel i *American Journal of Psychiatry* fra 1967 skrev forskerne Richard Hall og Michel Popkin følgende: “De mest almindelige, medicinforårsagede psykiatriske symptomer er apati, angst, visuelle hallucinationer, stemnings- og personlighedsforandringer, demens, depression, vrangforestillinger, søvnforstyrrelser (hyppig eller tidlig opvågning om morgenen) dårlig koncentration, ændrede talemønstre, tachycardi [øget hjerterytme], nykturi [overdreven natlig vandladning], skælven og forvirring.

“Især indikerer forekomsten af synshallucinationer, falske forestillinger eller tankeforvrængninger en medicinsk ætiologi [årsag], indtil andet er bevist. Det er vores erfaring, at det er den mest pålidelige faktor, der afgør forskellen [mellem medicinske og mentale problemer]. Vi var i stand til at fastslå en specifik medicinsk årsag hos 97 af 100 patienter med udtalte synshallucinationer.”²¹

Denne rapport fortæller os, at 97 % af de tilfælde med synshallucinationer, de så, havde *medicinsk* oprindelse.

Synshallucinationer har altid været et klassisk træk hos den sindssyge eller skizofrene. Når man tager den kendsgerning i betragtning, at folk har fået lobotomi, har fået chok og massive doser medicin eller er blevet henvist til de fjerneste afdelinger på statshospitalerne for resten af deres liv, fordi de har “set ting”, udgør disse 97 % en ret massiv – og nøgtern – betydning.

Denne enkeltstående psykiatriske fejltagelse udgør måske i sig selv sidestykket til et Medicinsk Holocaust.

I denne og andre rapporter, vi har hørt om, viser undersøgelser igen og igen, at det, der hos et stort antal patienter lader til at være “mentale” problemer, i virkeligheden er forårsaget af fysiske sygdomme.

Og disse er generelt almindelige medicinske problemer, der ikke har noget med psykiatri at gøre.

Hall og Popkin påstår, at disse mentale symptomer ofte er de første eller de eneste tegn på en underliggende fysisk sygdom.

Det her er ikke engang nye nyheder.

I 1936, rapporterede I. B. Comroe i *Journal of Nervous Mental Disorders*, at 24 ud af 100 patienter rubriceret som *neurotiske*, udviklede en organisk sygdom i løbet af otte måneder, fra de havde fået deres oprindelige diagnose.²²

En undersøgelse fra 1949 konstaterede, at 44 % af alle psykiatriske patienter var fysisk syge.²³

En rapport, der blev offentliggjort i 1965, angav en forekomst på 42 % af “fysisk sygdom, der var årsag til oprindeligt psykiatriske symptomer.” Samme forsker konstaterede, at 58 % af de patienter, der besøgte hans psykiatriske klinik, led af en eller anden form for fysisk sygdom.²⁴

En undersøgelse i *American Journal of Psychiatry* fra 1967 efterforskede 46 patienter, der havde carcinoma (en form for cancer) i bugspytkirtlen, en sygdom der er meget vanskelig at diagnosticere i dens tidlige stadier. Resultatet var, at 76 % havde psykiatriske symptomer, som viste sig at være tæt forbundet til den begyndende tilstedeværelse af carcinomavæksten. Symptomer på depression, angst og forvarsel om alvorlig sygdom var karakteristiske. De “psykiatriske symptomer” optrådte før nogen af de andre hos næsten halvdelen af patienterne.²⁵

Forskeren Erwin Koranyis undersøgelse fra 1972, der blev offentliggjort i *Canadian Psychiatric Association Journal* og forelagt på den Sjette Psykiatriske Verdenskongres i 1977 viste, at halvdelen af de mennesker, der opsøgte en psykiatrisk klinik havde let diagnosticerbare fysiske problemer, der ofte var den eneste årsag til deres mentale symptomer.

I en undersøgelse fra 1977 af dødsfald blandt psykiatriske patienter, fandt Koranyi, at 80 % var fysisk syge, da de døde. Mennesker er døde af udiagnosticerede eller fejldiagnosticerede fysiske sygdomme, som f.eks. cancer i bugspytkirtlen, vand i hjernen, kræft i bronkierne, syfilis, diabetes og åreforkalkning.

I 1979 rapporterede Koranyi, at ud af 2.090 psykiatriske patienter på en ambulant canadisk klinik led 43 % af en eller flere alvorlige, hidtil uopdagede fysiske sygdomme, bl.a. hepatitis, syfilis, malaria, cancer, anæmi, vitaminmangel, blodmangel, epilepsi, hjertesygdom, astma eller mavesår.

Han konstaterede: “Tilstande, som man først troede var psykiatriske eller ‘psykosomatiske’ men som i virkeligheden skjulte en fysisk sygdom, kan gemme sig bag et slør af depression, angsttilstand, apati, ...aggression, forskellige seksuelle problemer, vrangforestillinger, hallucinationer, forvirringstilstande eller forandringer i den hidtidige personligheds karaktertræk. Der findes ingen psykiatriske symptomer, der ikke til tider kan være forårsaget eller forværret af forskellige fysiske sygdomme.”²⁶

En større rapport, der bekræfter disse fund, blev fremstillet på American Psychiatric Associations kongres i 1980. Det fremgik, at ud af 100 patienter:

- var 76 % psykotiske på indlæggelsestidspunktet.
- 46 % af de 100 patienter havde en hidtil uerkendt eller udiagnosticeret medicinsk sygdom, der lå til grund for eller skærpede deres mentale problemer.
- 28 % af disse 46 patienter (61 %) viste en dramatisk og hurtig afklaring af deres mentale problemer, efter at have modtaget behandling for deres medicinske tilstand.
- yderligere 18 patienter oplevede en betydelig forbedring af deres mentale tilstand efter en medicinsk behandling.
- 80 % af patienterne i undersøgelsen havde en tidligere uopdaget fysisk sygdom, der krævede behandling.

Dette fænomen illustreres i tilfældet med Jeanette Wright fra Bear Creek, Wisconsin. I 35 år var hun blevet diagnosticeret henholdsvis skizofren, maniodepressiv og akut psykotisk. Hun blev behandlet med store doser psykofarmaka såvel som elektrochok. Efter at have gennemlevet dette mareridt det meste af sit liv fik hun til sidst korrekt diagnosticeret nedsat skjoldbruskkirtelfunktion af en læge.

Hun blev rask i løbet af 11 dage.

I følge dr. Douglas Hunt, forfatter til en selvhjælps-bog om angsttilstande fra 1988, “forekommer mange af de symptomer, der ses hos patienter med en overaktiv skjoldbruskkirtel også hos dem, der har et højt angstniveau. Enhver patient, der lider af voldsom angst, bør naturligvis screenes for sygdomme i skjoldbruskkirtlen for at undgå fejldiagnosticering.”²⁷

Psykiatere har adgang til denne enorme datamængde; mange kender til den. Hvorfor bruger de den ikke?

Trods den indlysende rolle medicinske sygdomme spiller, skrev lægerne E. Cheraskin og W. M. Ringsdorf, jr. fra Alabama Universitet i 1974: “I en uofficiel undersøgelse af psykiatere i Washington D.C.-området konstaterede en højtstående embedsmand i Amerikansk Psykiatrisk Selskab, at ikke en eneste nogensinde havde spurgt om medicinske oplysninger af nogen art, når de modtog en ny patient til behandling. Kun sjældent spurgte de en patient, om han tog stoffer, før de udskrev deres egen yndlings-medicin, til trods for den mulighed, at deres ordination kunne være skæbnesvangert uforenelig med noget, der allerede befandt sig i patientens medicinskab.”²⁸

Kosten spiller også en faktor.

I 1975 beskrev den verdensberømte diætist Carlton Fredericks tilfælde med patienter, der reagerede umiddelbart på vitamin- og mineralterapi efter, at de ikke havde vist fremskridt med konventionel psykiatri.

Dr. H.L. Newbold underviste i traditionel psykiatri på NorthWestern University's medicinske fakultet, indtil han opdagede forbindelsen mellem ernæringssygdomme og psykisk uro. I sin bog, *Mega-Nutrients for Your Nerves* fra 1975 beskriver Newbold hundredvis af casestories, bl. a. sin egen, hvor let angst og depression kunne elimineres ved anvendelse af den seneste videnskabelige viden om ernæring.²⁹

George Watson, tidligere professor i filosofi og samfundsfag på University of South California blev klar over, at mange mentale og emotionelle sygdomme stammer fra fysisk dysfunktion af kroppens stofskifte. I sin bog *Nutrition and Your Mind: The Psychochemical Response* fra 1972, beskriver han videnskabelige undersøgelser, hvor mere end 300 patienter opnåede betydelig bedring:

“Det fremskridtsniveau, vi har fundet blandt dem, der lider af stort set enhver form for mental sygdom, er meget højt – cirka 80 % – og vi har set dramatiske tilfælde af total bedring af det., der hidtil har været betragtet som nærmest uhelbredelig sygdom.”³⁰

Eric Braverman, forskningsleder på Atkins Center i New York City og Carl Pfeiffer, leder af Brain Bio Center i Rocky Hill, New Jersey, dokumenterede den terapeutiske effekt af aminosyrer (som er bestanddele af protein) på det mentale og fysiske helbred. I deres *The Healing Nutrients Within: Facts, Findings and New Research on Amino Acids*, præsenterede disse læger hundredvis af kliniske undersøgelser af medicinske anvendelser af disse næringsstoffer. De hævdede, at aminosyrer kan bruges til at behandle depression og er et alternativ til psykofarmaka.³¹

Nervøs anoreksi, en tilstand der er kendetegnet ved manglende appetit og dødelig udsultning, har også vist sig at mindskes ved at indtage doser af zink eller aminosyrer.³²

Tidligere psykiater William H. Philpott, nu specialist i ernæringsallergier i hjernen, rapporterer, “Psykisk sygdom og en række fysiske sygdomme kan være resultat af lav koncentration i hjernen af et af følgende vitaminer:

“Thiamin (B-1), niacin (B-3), pyridoxine (B-6), hydroxocobalamin (B-12), pantotensyre (B-5), folinsyre og ascorbinsyre (C).

Frivillige fik en kost, der var fattig på pantotensyre og blev meget hurtigt emotionelt ophidsede, irritable, kværulerende, gnavne, deprimerede og svimle.

Symptomer, der skyldes B-12-mangel varierer fra dårlig koncentration til sløv, depressiv tilstand, alvorlig uro og hallucinationer.

Der er beviser for, at visse næringsmidler kunne standse neurotiske og psykotiske reaktioner, og at resultaterne viser sig prompte”³³.

Indlærings- eller adfærdsproblemer, ofte kaldet opmærksomhedssvigt (ADD) i den psykiatriske verden, kan også reagere på ernæringsmæssige tiltag. En undersøgelse offentliggjort i 1986 sammenholder en kostændring på 803 folkeskoler i New York City med betydeligt forbedrede test-scoringer. I fire år blev sukkerindholdet i elevernes kost reduceret, hvorefter disse børns faglige præstationer kom til at ligge 16 % over landsgennemsnittet.³⁴

Der er muligvis også en sammenhæng mellem kost og en del kriminel adfærd. Undersøgelser på ungdomsinstitutioner i Virginia, Alabama og Californien afslørede, at en begrænsning i kost med store allergiske potentialer reducerede antisocial adfærd dramatisk.³⁵

Ikke-psykiatriske metoder har også vist sig at kurere fobier. I 1986 fremførte dr. Harold Levinson, gæsteprofessor i psykiatri på medicinstudiet på New Yorks Universitet, at de fleste fobier skyldes en dysfunktion i det indre øre, som er let at diagnosticere, og ikke en emotionel sygdom. I sin bog *Phobia Free* forklarer Levinson, at 90 % af alle fobier skyldes et skjult fysisk problem og reagerer på motion, medicin for transportsyge samt hvile.³⁶

Dr. Douglas Hunt, en af USAs mest fremtrædende fobi-eksperter, kurerede sin egen fobi med et ernæringsprogram med vitaminer, mineraler og aminosyrer. I *No More Fears* skriver Hunt, at angst kan stamme fra ernæringsmæssige mangler og forklarer, hvordan disse mangler opstår, og hvordan ernæringstilskud kan give positive resultater.³⁷

Dr. Alan Goldstein, professor i psykiatri på Temple Universitet i Philadelphia, er enig i, at vitaminmangel kan forværre fobier. I sin bog, *Overcoming Agoraphobia: Conquering Fear of the Outside World* fra 1987 skitserer han sit yderst effektive, medicinfrige program, der har hjulpet hundreder af mennesker til at overvinde deres angst. Goldstein opdagede, at selv de mest alvorlige fobier kan overvindes, hvis man trækker vejret nede fra mellemgulvet, retter sin opmærksomhed mod nuet og ser på de ting, der er i ens umiddelbare omgivelser. Han forklarer, at beroligende midler skaber en psykologisk afhængighed, idet de ødelægger patientens evne til at genvinde kontrollen over sin egen reaktion på sine problemer. “Jeg har aldrig set nogen, der var i stand til at ændre sin egen opfattelse af ‘syg’ til ‘rask’, mens vedkommende var på medicin,” siger Goldstein.³⁸

I følge resultater fra Rådet for Miljøundersøgelser og Toksikologi fra Det Nationale Akademi for Samfundsfag, er én ud af syv amerikanere overfølsomme for husholdningskemikalier.³⁹

Denne overfølsomhed kan medføre manifestationer på mentale problemer. Det samme er tilfældet med høje værdier af tungmetaller, som f.eks. bly eller cadmium, i kroppen.

Pædiateren Doris Rapp forklarer i *The Impossible Child*, hvordan børns overfølsomhed over for almindelige husholdningsmidler kan skabe problemer for unge, men ikke desto mindre kan opdages og behandles effektivt.⁴⁰

Dr. John Nash Ott (opfinderen af tidsforkortet fotografering) opdagede, at nogle mennesker kan blive anspændte og irritable, hvis de udsættes for fluoriserende lys over længere tid . Han opdagede, at emotionel adfærd bliver dramatisk forbedret, når man i stedet anvender fuld-spektrum-lys, designet til at ligne dagslys.⁴¹

Selv perioder af tilbagetrækning fra overvældende mange sansestimuli medfører radikale fremskridt ved forskellige psykiske sygdomme.

I sin bog, *Rickie*, fra 1990 fortæller Frederic Flach den rystende historie om, hvad der skete med hans datter, da han overlod hende til det mentale sundhedssystem. Efter et emotionelt udbrud, da hun var 13 år, kom Rickie på institution og blev diagnosticeret skizofren. I ti år gennemlevede hun svære prøvelser ved indlæggelser på privat- og statshospitaler, bl. a. fiksering, medicinering og elektrochok.

Da en fremtrædende psykiater anbefalede at give Rickie lobotomi, satte Flach sig endelig til modværge over for sin professions praksis og søgte alternativer. Dr. Melvin Kaplan opdagede, at Rickie havde et problem med synet; dr. Carl Pfeiffer fra Brain Bio Center opdagede, at Ricki desuden havde en stofskifteubalance. Omfattende vitaminbehandling og special-briller, der indeholdt prismer, befriede Rickie for hendes tidligere “psykiatriske symptomer” og genopbyggede hende til en produktiv tilværelse.

Alle de “respekterede” psykiatere, Flach havde konsulteret i løbet af Rickies ti år lange prøvelser, havde undgået denne alternative behandling. Flach berettede, at på grund af hans egen psykiatriske uddannelse, “forekom tanken om, at diæt kunne overvinde psykiske problemer mig absurd”. Ikke desto mindre røbede dr. Pfeiffer over for Flach, at andre læger også havde benyttet sig af ernæringsprogrammet på Bio Centeret, når det var deres barn eller nogen, de holdt af, der havde brug for hjælp.

I bogen *Psychodietetics* fra 1974, bemærker forfatterne Cheraskin, Ringsdorf og Brecher, “Al vores forskning, alle vores kliniske erfaringer gennem de sidste 25 år, har overbevist os om, at man kan forbedre sin emotionelle tilstand ved at forbedre sin kost: ved at sikre at hver kropscelle modtager den optimale mængde af alle de essentielle næringsmidler.”

Kort sagt, er der en hel del ikke-psykiatrisk hjælp tilgængelig for dem, der søger den.

Det er *ikke* kunstigt skabte kendsgerninger.

Det er faktiske fysiske løsninger på reelle medicinske problemer.

Det er de virkelige svar på det, der i virkeligheden er galt med de mentalt belastede – langt fra det overfladiske, uløselige svar: “psykisk sygdom”.

VIRKELIG HJÆLP TIL DE PSYKISK SYGE

Det første skridt, man bør tage for at hjælpe dem, der har psykiske vanskeligheder, er *ikke* at fortælle dem, at de er psykisk syge. Lad være med at sige til dem, at de har en psykiatrisk sygdom. De har problemer nok i forvejen. De har ikke brug for en spærreild af gode råd om, hvor alvorlig deres psykiske sygdom er, eller hvor forkerte de er.

Frem for alt har de brug for hvile og tryghed.

For det andet bør man ikke anbringe dem på psykiatriske institutioner, sådan som forholdene er i dag disse steder; det forøger blot den miljømæssige belastning, de allerede lider under og overvælder et i forvejen overvældet sind.

I sjældne tilfælde kan en velovervejet brug af medicin indledningsvis være nødvendig for at håndtere voldelige eller ekstreme situationer som f.eks. livstruende søvnløshed, udsultning o.s.v.

Så hurtigt som muligt bør personen have foretaget en fuldstændig og dybtgående undersøgelse af en læge.

Det bør gøres for at *finde ud af*, hvad der er galt, ikke for at se, om der er noget galt. Der bør ligeledes undersøges for ernæringsmangler.

Der kan være mange årsager.

Hall og Popkin har registreret:

- 21 medicinske forhold, der kan forårsage angst.
- 12 tilstande, der kan forårsage depression.
- 56 forhold, der kan forårsage generel psykisk ubalance.
- 40 typer medicin, der kan medføre “medicinske symptomer”.

Bogen *Ill Not Insane* fra 1986 opremser over 140 lægelige problemer, der kan forårsage mentale problemer.⁴¹

Behandl det, der dukker op i den lægelige undersøgelse. Foretag yderligere tests, hvis der ikke dukker noget op.

Den sindssyge person har typisk smerter, og ved det måske ikke engang. Hans "omstillingsbord" kan være så overbelastet af disse stimuli, at han ikke længere kan fungere og opfører sig underligt.

Foruden den nødvendige lægelige behandling bør *personen have lov til at hvile ud i trygge omgivelser uden forstyrrelser og med næringsrig kost.*

Han kan have brug for at hvile i kort eller lang tid, alt afhængigt af hans tilstand og ham selv. Tolerance og tålmodighed er den fornemste dyd, hvis man skal hjælpe en sådan person.

Bemærk: mennesker med en lang fortid med psykiatrisk behandling kan have det meget svært. Medicin og elektrochok kan have belastet deres sind og nervesystem og de naturlige helbredelsesmekanismer kan være ændret eller i ekstreme tilfælde ødelagt hos disse mennesker. Uanset omstændighederne kan det betale sig at gøre en indsats.

Hvis personen behandles som ovenfor nævnt, har han eller hun en chance for at komme sig.

I modsætning til dem, der bliver behandlet med chok og medicin, vil han virkelig forstå, hvad der skete og vil ikke bruge resten af sit liv på at spekulere over, hvad der er "galt" med ham.

Og han vil formentlig ikke få tilbagefald, når den fysiske tilstand er blevet afdækket.

Men hvis psykosen genopstår, gentages programmet. Den fysiske tilstand kan være genopstået, eller der kan være opstået noget nyt eller noget, der ikke blev opdaget i første omgang.

ET KIG IND I FREMTIDEN

Almindelige (ikke-psykiatriske) lægelige behandlinger kan helbrede mange – måske de fleste – tilfælde af "psykisk sygdom."

Hvile og mad i uforstyrrede omgivelser kan hjælpe mange.

Og det er ikke-voldelige midler. Ingen indtrængende stoffer, kirurgiske indgreb eller chok.

Det giver den mentalt forstyrrede en virkelig human chance for at begynde at leve igen.

I 1978 forudsagde psykiateren E. Fuller Torrey, daværende direktør for St. Elizabeth's Hospital, en psykiatrisk institution i Washington D. C., at psykiatere ikke vil have flere patienter, hvis fysiske sygdomme bliver henvist til passende og mere kompetente specialister, og hvis mennesker med simple "problemer med tilværelsen" bliver henvist til ikke-psykiatriske fagfolk, der bruger pædagogiske fremgangsmetoder.

"Når der ikke længere er nogen at kalde patient," skrev han, " vil psykiatri sygne hen og dø."⁴²