

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/323268262>

Toxische Psychologie und Psychiatrie: Depression und Selbstmord

Book · February 2010

CITATIONS

0

READS

265

1 author:



[Jarosław Stukan](#)

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom

19 PUBLICATIONS 35 CITATIONS

SEE PROFILE

Jarosław Stukan

Toxische Psychologie und Psychiatrie

Depression und Selbstmord



Jaroslav Stukan

Toxische Psychologie und Psychiatrie Depression und Selbstmord

Depression, als eine Störung oder eine Krankheit betrachtet, ist lediglich
das Produkt der Phantasie von Tausenden von Psychiatern und
Psychologen in der ganzen Welt



Übersetzung von A.A. Bonus
Verlagsredaktion: Dariusz Radko

© Copyright by Jarosław Stukan 2010

Verleger:
PROMETEUSZ



prometeusz.wydawnictwo@wp.pl

ISBN 978-83-934324-1-7

Verteiler:
MTM FIRMA s.c Beata Motyl i Marek Motyl
01-219 Warszawa Zwrotnicza 6
tel.+0048(22) 632 83 74, 782 977 801
e-mail: mtm-motyl@wp.pl

ISBN 978-83-934324-1-7



9 788393 432417 >

Preis: 6 Euro

INHALT

Vorwort	4
Was ist eine psychische Krankheit?	8
Ist ein Selbstmörder psychisch krank?	15
Mythen zum Thema Selbstmord die unter den Psychiatern und Psychologen funktionieren	18
Depression und Leiden	26
Depression und Störung	34
Angebliche Antidepressiva	44
Nebenwirkungen der Medikamente aus der Gruppe „S“	59
Somatische Krankheiten mit „Depression“ im Verlauf	64
Schwere „Depression“ und Elektroschock-„Therapie“	66
System	72
„Depression“ und Selbstmord	87
Die Zukunft	97
Über den Autor	103
Literatur	104

Vorwort

Da ich mich seit Jahren mit dem Thema Menschenrechte im Kontext der Zwangspsychiatrie befasse, bat mich der Autor, dieses Vorwort zu schreiben. Keine einfache Aufgabe, weil das Wort „Psychiatrie“ in dieser Arbeit oft in einem Atemzug mit dem Wort „Professionalität“ gebraucht wurde... Dennoch betrachte ich dieses Buch als einen wichtigen, empfehlenswerten Beitrag. Vor allem für die Leser, die leiden und noch nicht in der psychiatrischen Praxis gelandet sind.

Es ist verdammt schwer einem Otto-Normal-Verbraucher zu erklären, dass Psychiatrie und das Ganze drum herum eine Lüge ist. Von überall prasselt psychiatrische „Propaganda“ auf uns herab, das Wort „Depression“ z.B. scheint schon allgegenwärtig zu sein. Es wurde uns gesagt und durch ständige Wiederholung eingeprägt, dass jemand, wenn er traurig ist, nicht eben traurig ist, weil er leidet und dass es eines Tages einfach vorübergehen wird, sondern lediglich dass er „krank sei“. Das Kranksein wird hier per Unterschrift eines angeblichen „Arztes“ festgestellt. Dem Betroffenen wird vorgegaukelt, es gäbe schon eine ganze Reihe von modernen Wundermedikamenten für diese „Volks-krankheit“ und schon bekommt er sein erstes Rezept...

Die erste „Dosis“ wird in diesem Fall eine amphetaminähnliche Substanz sein, die - typisch für Drogen dieser Art - vorübergehende „Glücksgefühle“ bewirkt. Man nimmt also etwas, es geht einem damit für paar Stunden besser, also... warum nicht noch ein Rezept holen? Depression ist in aller Munde, jeder hat doch das Recht „mal krank zu sein“?

Nach kurzer Zeit, spätestens nach den vom „Arzt“ empfohlenen ersten „6-Wochen-Pharmaka-Therapie“, haben wir einen vom natürlichen Leid betroffenen Menschen, der sowieso noch trauert, der aber zusätzlich drogenabhängig gemacht wurde. Niemand hat ihn zuvor informiert, dass die verschriebenen Pillen gefährliche Drogen sind, deren Absetzen in vielen Fällen gewaltige Schwierigkeiten mit sich bringen wird. Keiner hat dem Betroffenen gesagt, dass er nach längerer Einnahme dieser Substanzen sog. psychotische Anfälle „bekommen“, Selbstmordgedanken haben und seine Aggressivität auf einem hohem Level landen könnte. Keiner warnt den Betroffenen davor, dass eben all die genannten Folgen

der „Medikamenten“-Einnahme bald als Symptome einer zusätzlichen „psychischen Krankheit“ dargestellt werden und zusätzliche „Pharmakabehandlung mit Neuroleptika“ angeordnet wird. Wir nehmen diese „Tabletten“ selber ein oder wir lassen unsere Kinder dieses Zeug schlucken, wir vertrauen, wir wissen doch, es sollen Ärzte sein, die uns nach ihrem Berufskodex zu Diensten stehen und wenn „der Arzt“ es sagt, dann ist es auch so... Oder nicht? Wir geben auch bedenkenlos unsere Kinder in diese „vertrauten Hände des Mediziners“, weil wir uns selbst oft nicht zu helfen wissen und in der Psychiatrie auf „fachliche Hilfe“ hoffen.

Und jetzt die Überraschung! Nein, es sind keine Medikamente in dem Sinne, wie wir uns das vorstellen. Im Falle der sog Antidepressiva haben wir es mit drogenähnlichen, psychoaktiven Substanzen zu tun. Drogenabhängigkeit ist die Folge. Neuroleptika (richtiger Name ist hier Neuroplegika, jedoch aus markttechnischen Gründen wurde in den 1950er Jahren ein „abgeschwächter“ Name „Neuroleptika“ verwendet, damit die öffentliche Meinung „keine Schierigkeiten macht“... Hätte man den wirklichen Namen verwendet, hätte doch möglich sein können, dass einer nachschlägt und schaut, was *Plegie* in Griechisch bedeutet? *Plegie* (griechisch *plēgē* πλῆγή, ‚Schlag‘, ‚Lähmung‘) - versteht man eine vollständige Lähmung) dagegen sind hochgiftige Chemikalien, die beim Ministerium für Gesundheit in der gleichen Gefahrenklasse wie ein chirurgischer Eingriff eingestuft sind! Diese Substanzen haben auch nicht zum Ziel, wie irrtümlich geglaubt wird, jemanden von irgendetwas zu „heilen“, es sind lähmende Mittel, die die Neuronen paralysieren, damit der Betroffene (mit all seinen inzwischen weiter angewachsenen Lebensschwierigkeiten, die zum Teil durch Wirkung dieser Substanzen entstanden sind) kein Problem für „die Gesellschaft“ darstellt. Es wird also nichts geheilt, der Mensch wird nur sediert. Probieren sie zu protestieren, sich zur Wehr zu setzen, die Pharmakabehandlung anzuzweifeln, so wird schnell zum psychiatrischen Zwang gegriffen, der dann per Gerichtsbeschluss angeordnet wird. Davon erfahren wir per Briefzustellung.

Nur diejenigen in Deutschland, die sich mit einer speziellen Patientenverfügung gegen psychiatrische Zwangsmaßnahmen abgesichert haben, können sich seit 2009 überhaupt erfolgreich bei Gericht zu Wehr setzen (siehe dazu: www.patverfü.de). Alle anderen sind machtlos den

psychiatrischen Maßnahmen ausgeliefert, weil sich plötzlich herausstellt, dass wir es im Falle der Psychiatrie mit einem rechtslosen Raum zu tun haben und eine psychiatrische Diagnose ganz schnell auch eine Entmündigung (seit 1992 irreführend „Betreuung“ genannt) bedeuten kann.

Wie es hinter den Kulissen der klinischen Psychiatrie und Psychologie aussieht, wie sich immer alles nur ums Geschäft und kaum um den Hilfesuchenden dreht, wird durch Stukan in klaren und verständlichen Worten dargestellt. Er hat seine Arbeit auf die Diagnose „Depression“ fokussiert, zeigt dabei auf, welche Mechanismen wirken, damit wir an die psychiatrischen „Wunderpillen“ glauben, uns selbst in eine fiktive Welt begeben und gleichzeitig an dieser Fiktion schuldig sind. In diesem für den Leser einigermaßen verständlichem Buch beweist Stukan, dass die „Depression“ in dem allgemein angenommenen Kontext nicht existiert und nur einen ökonomischen Betrug darstellt, wobei die sog. *Antidepressiva der dritten Generation* nicht als *Medikamente gegen „Depression“* bezeichnet werden dürften.

Nach Stukan ist das Prozedere des angeblichen Heilens durch die angeblichen Antidepressiva indirekt und/oder direkt für steigende Selbstmordraten in der Welt verantwortlich. Laut dem Autor muss also angenommen werden, dass der beobachtete und vorhersehbare Anstieg von „depressiven Erkrankungen“ und die Zunahme von Selbstmorden Probleme sind, die durch die Pharmaunternehmen produziert wurden. Diese Unternehmen tragen nach Meinung des Autors die volle Verantwortung für den Tod von zigtausend Menschen...

In einem Interview sagte Stukan:

Das, was ich sage, mag für viele Psychologen seltsam erscheinen, gerade für diejenigen, die im Gesundheitswesen nicht gearbeitet haben - fast jeder, wenn er noch nicht klinisch gearbeitet hat, sieht immer in seinem Gegenüber eine Person, die Hilfe benötigt und nicht einen Kranken. Eben, „sie“ wissen vieles nicht... Was musste ich tun, als ich eine Mutter mit Kind aufnahm, das lebendig und beweglich war und nicht in der Schulbank ruhig sitzen blieb, was nach Meinung der Lehrerin ADHS bedeutete? Was musste ich mit einer Frau machen, deren Ehemann wegging, weil ihr Zusammenleben nicht mehr klappte? Wenn die Arbeit verloren ging und man deswegen traurig war, etc? Abgesehen

von all den Aktivitäten, wie psychologische Hilfe, darunter Psychotherapie, musste ich das "Klassifikationsbuch der psychischen Krankheiten" aufmachen und eine Diagnose benennen. Einfach so, weil das dazu gehört. Anders geht es nicht. Diese unglückliche Diagnose war leider zu oft die "Depression". Leider, weil das die Menschen, die psychisch völlig gesund waren, ohne jeden Grund in die Pharmakabehandlung mit toxischen Substanzen, genannt Antidepressiva, manövrierte. Wieso? Ich hatte keine Ahnung...

Und da habe ich angefangen nachzudenken, was für die Routine nicht förderlich ist. Als zu diesen Tatsachen noch mein tiefes Interesse für das Thema "Selbstmord" hinzu kam (ich habe mehrere Jahre Suizidalpatienten geführt) - besonders viele mit der Diagnose „Borderline“ - hatte ich schon keine Zweifel mehr, dass ich einer Gehirnwäsche unterzogen wurde. Wahrscheinlich in der subtilsten Materie der Psychologie und Psychiatrie: bei der "Depression", habe ich solche „Lücken“ entdeckt, dass man sie nicht rational füllen konnte. Das alles führte dazu, dass ich dieses Buch geschrieben habe.

Ich denke nicht, dass ich „aus der Reihe tanzte“. Vielmehr kehrte ich auf den richtigen Weg eines echten Psychologen zurück. Wenn man aber von "aus der Reihe tanzen" spricht, dann nur aus der klinischen Psychologie, ohne jetzt eine dieser Perversionen zu nennen, wie beispielsweise die Neuropsychologie, mit der ich mich auch beschäftigt hatte. Diese Wissenschaftsbereiche sind für mich bis heute sehr wichtig, aber ihr Zustand, der durch faule und reflektionslose Wissenschaftler kreiert wird, nach meiner Meinung sehr viel zu wünschen übrig lässt. Diese Wissenschaft und ihre Wissenschaftler sind auch im großen Maße von pathologisierender, akademischer Psychiatrie abhängig. Pathologisierend, weil sie natürliche Zustände des menschlichen Geistes als Krankheit bezeichnet und chemischer „Behandlung“ unterzieht. /.../

Bitte stellen sie sich vor, dass eine ähnliche Arbeit, die ich über die „Depression“ geschrieben habe, über fast jeden emotionalen Zustand, der in der Klassifizierung ICD-10 aufgelistet ist und dort als "Störung" oder "Krankheit" bezeichnet wird, geschrieben werden kann. Hier gilt die einfache Tatsache: Ein Psychiater mit seiner Haus-Apotheken-Tasche wird hier überhaupt nicht gebraucht, nicht benötigt; ja! Er kann sogar schädlich sein.

Andrzej Skulski, Berlin, 15.XI.2011

Was ist eine psychische Krankheit?

Auf die ganze Menschheitsgeschichte blickend, stellen wir fest, Verrücktheit gab es schon immer. Thomas Szasz, einer der hervorragendsten Vertreter der Antizwangspanychiatrie, definiert sie wie folgt: Die psychische Krankheit ist *„nichts anderes als Stigma, das eine Segregation unbequemer Gesellschaftsmitglieder, die von der Mehrheit nicht akzeptiert werden, ermöglicht.“* Den historischen Beweisen nach müsste man also die Existenz einer psychischen Krankheit anerkennen. Was jedoch als psychische Krankheit verstanden wird sowie die „Evolution“ (Erkenntniswandel), welche sie in der Vergangenheit durchlief, ist aber mehr von kulturellen Bedingungen als von ihrem Charakter abhängig. Dies ist in folgenden Zusammenhängen zu betrachten, nämlich dass:

- in bestimmten Kulturen psychische Störungen existieren, die in anderen Kulturen gar nicht vorhanden sind (z.B. Koro, Amok, Dhat u.v.a.);
- sie sich unmittelbar in einem Zeitraum menschlicher Geschichte entwickeln - manche „Krankheiten“ verschwinden mit der Zeit (z.B. Hysterie und andere Zwänge sowie Persönlichkeitsstörungen, u.a. depressive Persönlichkeiten), manche erscheinen neu (wie heutigen tags: leichte und mittelschwere „Depression“, um gierig das natürliche Leiden an sich zu reißen), also nichts Krankhaftes;
- ihr Erscheinen bzw. Verschwinden unmittelbar mit einer einfachen Abstimmung eines psychiatrischen Gremiums zusammenhängt (bis Mitte der siebziger Jahre d.v. Jhdt. gehörte z.B. Homosexualität zu den „psychischen Krankheiten“; unter wachsendem Gesellschaftsdruck einigte man sich 1973 in solch einer Abstimmung und strich Homosexualität aus der Liste „psychischer Krankheiten“, womit diese zu existieren aufhörte);
- in bestimmten Situationen, auch in westeuropäischen Kulturen, ernst genommene psychopathologische Symptome wie Einbildungen, Halluzinationen, woanders nicht nur als nicht-krank betrachtet, eher sogar als „Erleuchtung der Heiligen“ begriffen werden, was oft Massenpilgern nach sich zieht (induzierte Störungen...?).

Beispiele lassen sich multiplizieren. Es kann also auch behauptet werden, dass „psychische Krankheit“ nicht existiert, wenn sie in keinem historischen, kulturellen, religiösen und formalen Kontext steht. Wenn wir also annehmen, dass die in der jetzigen Klassifizierung der „psychischen Krankheiten und Störungen“ ICD-10 (1998) kategorisierte „Störungen“ schon immer existierten und erst jetzt erkannt und beschrieben wurden, dann müssen wir offen sagen, dass diese nur wenige Prozente von allen klinischen Zuständen erfassen. Was ist also der Rest und was hat dieser in einer Klassifizierung zu suchen, die die Norm von der Pathologie unterscheidet? In der Tabelle 1 wurde die quantitative Beziehung der sog. Krankheiten und Nicht-Krankheiten aufgelistet, die in der ICD-10 zu finden sind; es werden hier nur die Hauptgruppen der klassifizierten Einheiten erwähnt.

Tabelle 1. Norm v. Pathologie in der ICD-10

„Psychische Krankheiten“	Zustände, die keine Krankheiten sind
F00-09 Organische psychische Störungen	F10-19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-29 Schizophrenie und schizotype Störungen	<u>F30-39 Affektive Störungen</u> - leichte, mittelschwere und schwere, nicht-psychotische Depression
<u>F30-39 Affektive Störungen</u> - nur schwere, psychotische Depression und bipolare Störung	F40-48 Neurotische, Belastungs und somatoforme Störungen
	F50-59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	F60-69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	F70-79 Intelligenzminderung
	F80-89 Entwicklungsstörungen
	F90-98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Einheiten, die als „psychische Krankheit“ klassifiziert wurden, gibt es nicht viele (weniger als 50), bei den Hauptgruppen sogar weniger als 10. Dafür sind in der Gruppe der Nicht-Krankheiten über 100 Einheiten vorhanden. Nur die in der Tabelle unterstrichene Kategorie der „affektiven Störungen“ beinhaltet Einheiten, die man den angeblichen „psychischen Krankheiten“, sowie den nicht-pathologischen Zuständen zuordnen kann, die jedoch als „Störungen“ anerkannt sind („leichte“, „mittelschwere“ und „schwere“, nicht-psychotische „Depression“). Es muss also hervorgehoben werden, dass die meisten Patienten, die in psychiatrischen Einrichtungen nach Hilfe suchen, zu den Personen aus der 2. Gruppe gehören und in Wirklichkeit psychisch gesund sind. Somit betrifft alle Patienten, die unter den in der rechten Tabellenhälfte er-

wählten „Störungen“ leiden und sich beim Psychiater melden, dass diese keine fachlich spezialisierte Betreuung bekommen, da der Psychiater ein Fachmann für Patienten mit „psychischen Krankheiten“ sein soll, die in der linken Tabellenhälfte aufgeführt sind.

Zwecks besserem Verständnis der Einheiten, die in der Tabelle geordnet sind, müssen wir die Wichtigsten präsentieren, also die als „psychische Krankheiten“ bezeichneten:

- F00-09 - Morbus Alzheimer, vaskuläre Demenz, Morbus Pick, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Huntington, Parkinson und andere Demenzen, Delirium, wahnhafte und Stimmungs- sowie Persönlichkeitsstörungen, die organische Ursache haben,
- F20-29 - Schizophrenie und alle schizotypen und wahnhaften Störungen,
- F30-39 - Manie, bipolare Störung und schwere, psychotische Depression.

Zu den wichtigsten Zuständen und Einheiten, die keine „psychische Krankheit“ sind, gehören:

- F10-19 - Abhängigkeit von Alkohol und Drogen und anderen psychoaktiven Substanzen,
- F30-39 - leichte, mittelschwere und schwere, wiederkehrende oder episodische Depression, sowie wiederkehrende affektive Störung,
- F40-48 - Angststörungen, einschließlich Phobien, Zwangsstörungen, posttraumatische, adaptive, dissoziative Störungen, somatoforme und andere neurotische Erkrankungen,
- F50-59 - Anorexie, Bulimie, Schlaf-, sexuelle Funktionsstörungen und Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Wochenbett,
- F60-69 - Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Impulskontrolle, der sexuellen Identität, sexuelle Vorlieben u.ä.,
- F70-79 - Intelligenzstörung,
- F80-89 - spezifische Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, spezifische Entwicklungsstörungen schulischer Fähigkeiten (Lese- und Rechtsschreibstörung etc.) und verschiedene Formen von Autismus,

- F90-98 - ADHS, Verhaltensstörungen, Angstzustände bei Kindern (Isolations-, Sozialangst, Phobien), selektiver Mutismus, Bindungs- und Beziehungsstörungen, Tics, Enuresis, Stottern und andere.

Man muss erläutern, was am meisten die „psychischen Erkrankungen“ im Vergleich zu den anderen klassifizierten „Nicht-Krankheiten“ unterscheidet. Es gibt mehrere Faktoren, die fast ausschließlich unter „psychischen Erkrankungen“ auftreten und als solche von ihrer Definition her die übrigen Zustände der emotionalen Disharmonie ausschließen. Es sind dies:

- Bewusstseinsveränderungen, die nicht vom Konsum psychoaktiver Substanzen oder anderen Faktoren verursacht sind (z.B. organische-, posttraumatische- oder Veränderungen nach einer Krankheit usw.).
- Dieser Kontaktverlust mit der Realität wird meist von bestimmten Phänomenen begleitet, die in den „nicht-kranken“ Zuständen fehlen, wie: Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Illusionen (positive Symptome), Benommenheit, Getöse, spezifische Denkstörungen, wie Hemmung, Zurückhaltung, psychomotorische Fähigkeiten, wie Echolalie, Echopraxie, etc., motorische Automatismen und viele andere.
- Die erwähnten Symptome: Wahnvorstellungen, Halluzinationen usw. werden vom Patienten als Teil einer bestehenden Realität interpretiert, es fehlt ihm an Kritik diesen gegenüber. Da er darauf adäquat reagiert, ziehen sie Veränderungen in der Verhaltensweise und im Ausdruck von Gefühlen nach sich, manchmal ist es die unmittelbare Reaktion auf diese Symptome (z.B. handelt der Patient so, wie es ihm die Stimmen vorschreiben, die er hört, er leidet, weil er überzeugt ist, dass ihm alle Unrecht antun wollen, etc.).
- Wesentliche Veränderungen in der allgemeinen Funktionsweise: des geistigen, kognitiven und/oder emotionalen Verhaltens, ausgedrückt durch z.B.: extreme Unruhe oder Hemmung (mehrwöchige Immobilität), die Unfähigkeit selbstständig zu funktionieren (z.B. bei Demenz, der Patient kann sich in seit Jahren vertrauter Umgebung verirren, er bedarf ständiger Pflege), der Mangel an Kontakt mit der Umwelt und andere.
- Alle oben erwähnten Symptome haben nicht den Charakter einer einzelnen Episode, nach der sie nie wieder auftreten.

Diese Phänomene erscheinen nie unter den „Nicht-Krankheiten“, die in der ICD-10 klassifiziert sind. Ausnahmen sind hier bestimmte Persönlichkeitsstörungen (positive Symptome), Autismus und intellektuelle Behinderung (im Zusammenhang mit der Notwendigkeit der ständigen Pflege) und psychotische Zustände im Wochenbett (psychopathologische Symptome haben episodischen Charakter und wiederholen sich nicht). Natürlich, viele von ihnen treten auch unter dem Einfluss verschiedener psychoaktiver Substanzen auf, aber sie werden direkt durch deren Konsum verursacht und haben nicht die beschriebene Qualität (u.a. Verlust der Zurechnungsfähigkeit).

Zwischen Gruppen von Einheiten, die in der Tabelle 1 aufgeführt wurden, zeigen sich daher signifikante Unterschiede, die die Folge ihrer Natur sind:

Tabelle 2. Die Unterschiede zwischen den psychischen Erkrankungen und den anderen in der ICD-10 beschriebenen Zuständen

Psychische Krankheiten	Zustände, die keine Krankheiten sind
Es erscheint der Verlust der Zurechnungsfähigkeit (Verlust des Kontaktes mit der Wirklichkeit, mit anderen Menschen, etc.).	Der Verlust der Zurechnungsfähigkeit tritt nicht ein (nur einzeln nach Konsum von psychoaktiven Substanzen oder mit fixem Charakter, der jedoch nach längerem Konsum dieser Substanzen von vorübergehendem Charakter ist).
Die Ätiologie ist unbekannt.	Die Ätiologie ist allgemein bekannt und verstanden (in greifbarer psychologischer Diagnostik, aber nicht in der Psychiatrie).
Die Gründe sind meist biologischen Ursprungs (insbesondere bipolare Störung, in geringerem Maße schwere Depressionen – es wurde psychologische Ätiologie gezeigt, nachhaltige Rezeptorische Veränderungen in der frühen Kindheit und Schizophrenie - es gibt erhebliche kulturelle Unterschiede).	Die Gründe sind meist reaktiv (Syndrom tritt oft unmittelbar nach Ereignissen und manchmal bleibt für viele Jahre oder ganzes Leben bestehen). Wenn sie festen Charakter einnehmen, spricht man über Persönlichkeit oder ihre Veränderungen (z.B. posttraumatische oder Veränderungen nach einer Krankheit, etc.).
Oft Kritikverlust der Krankheit gegenüber.	Kritik der Krankheit gegenüber beibehalten.
Verlust der Fähigkeit emotionaler Kontrolle.	Fähigkeit emotionaler Kontrolle beibehalten.
Erste Hilfe ist oft durch die Reaktion der Umwelt (meist Familie) bedingt.	Selbstständige Suche nach professioneller Hilfe.
Oft die Unfähigkeit, selbstständig zu funktionieren (Haushalt-, Körperpflege, Arbeitsaufnahme, etc.).	Fähigkeit des selbstständigen Funktionierens beibehalten (nicht bei schwerer intellektuellen Behinderung und Autismus*).
Pharmakotherapie ist die effektivste Form der Behandlung - zu verstehen, als die Wiederherstellung des Zustandes vor der Erkrankung.	Psychotherapie ist die effektivste Form der Behandlung, häufig brauchen die Patienten tatsächlich nur Unterstützung, menschlichen Kontakt und nichts weiter.

*Autismus ist mehr eine spezifische Behinderung geistiger Funktionen, als eine Krankheit.

Aus der Sicht dieser Arbeit verdient besondere Aufmerksamkeit der letzte Unterpunkt, der die führenden Behandlungsmethoden angibt. Während für alle Amateure und Profis klar ist, dass „psychische Störungen“ am stärksten und am effektivsten mit Pharmakotherapie zu

behandeln sind (für eine kurze Zeit), ist nur für eine Minderheit von Spezialisten klar, dass die primäre Methode der Behandlung, der Hilfe also, bei Zuständen, die als „Nicht-Krankheit“ aufgeführt sind, eine psychologische Unterstützung und/oder Psychotherapie notwendig sind. Es geht jedoch nicht um "Behandlung", die vorübergehende Erleichterung bringt, sondern um eine Behandlung, die "Heilen" kann.

In der täglichen Praxis werden Patienten mit sog. Persönlichkeits-, Ess-, Neurosen-, Angst-, Stressestörungen, aber auch Kinder, die als hyperaktiv bezeichnet werden, Schlafstörungen, Enuresis haben, etc., mit verschiedenen Arten von psychotropen Substanzen „gefüllt“. Psychiatrie hat für jede „Krankheit“ nur eine Pille als Gegenmittel. Man sollte hier nicht allzu sehr überrascht sein, weil nichts anderes von der Medizin erwartet wird. Es scheint jedoch sehr deutlich zu sein, dass Psychiatrie sich von anderen Medizingebieten wesentlich unterscheidet. Edukation der Psychiater und Ihre Einstellung gegenüber einer Behandlung müssten etwas mehr ganzheitlich sein! Es erscheint unverständlich, warum man sich hier, allem Anschein zum trotz, immer noch auf chemische Veränderungen im Gehirn als Grundlage für „psychische Krankheiten“ begrenzt.

Für die meisten der Behandler ist also die Tablette das Heilmittel gegen alles Übel. Die Tablette führt aber oft nur zu einer zeitweiligen Verbesserung, so lange, bis die verschriebene Menge aufgebraucht ist und der Patient sich wegen des nächsten Rezeptes meldet. Was heißt das? Hier gibt es viele Fakten, denen das ganze Buch gewidmet ist; es sollen nur zwei genannt werden: Der Patient wird auf diese Weise „süchtig“ und in den darauf kommenden Monaten oder Jahren von Psychopharmaka und vom Arzt zu einem „Patienten“ gemacht, der regelmäßig wiederkommen wird, um ein Rezept abzuholen (Tabletten dämpfen die Symptome und nicht die Gründe dafür, und der Zustand des Leidens wird auf diese Weise viele Jahre „konserviert“. Dieses ist nicht eine physiologische Abhängigkeit, insbesondere nicht im Falle der SSRI-Antidepressiva, wie behauptet wird). Mit anderen Worten, der Arzt hat ein regelmäßiges Einkommen. In Polen ist jeder Besuch bei einem Psychiater oder Psychologen, der manchmal sogar nur fünf Minuten dauert, mit respektablen Gewinnen verbunden, wofür die Krankenkasse bezahlt. Das ist die Regel.

„Pharmakotherapie“ im Falle von „Nicht-Krankheiten“ ist für die

Patienten nicht perse bösartig, wenn sie bei extrem schwerem Leiden, wie es bei posttraumatischer Belastungsstörung der Fall sein kann, mit Psychotherapie kombiniert wird, weil sie ihnen Besänftigung des Seelenleidens ermöglichen kann. Sie ist dann quasi als Mittel gegen Schmerzen zu betrachten. Die Anwendung der Pharmakotherapie ist jedoch immer latrogen, also auf den Arzt zurück zu verfolgen, wenn damit die in der Tabelle 1 aufgeführten „Nicht-Krankheiten“ in erster Linie mit diesen „Medikamenten“ und unter Ausschluss einer psychologischen Beratung und Psychotherapie behandelt werden. Als Ergebnis dessen haben wir es dann oft mit langjähriger „Sucht“ zu tun; symptomatische Behandlung (medikamentös) im Gegensatz zu der kausalen Behandlung (Psychotherapie - nicht alle ihre Arten) bewirkt, dass das Leiden auch nach vielen Jahren wiederkehrt, auch wenn der Patient beschließt, die „Medikamente“ abzusetzen, um sein Problem ohne diese zu bewältigen.

Ist ein Selbstmörder psychisch krank?

Die Frage, die in diesem Untertitel gestellt wird, ist schon seit langem ein Streitpunkt nicht nur unter den Spezialisten für psychische Gesundheit, sondern auch unter Ethikern, Philosophen, Theologen und vielen anderen Denkern. Die folgenden Informationen können hier, obwohl sie nur aus einer klinischen Perspektive betrachtet sind, zumindest ein wenig Klarheit schaffen.

In der vom Autor durchgeführten Analyse (Stukan, 2008) über Suizidgefahren bei allen einzelnen „psychischen Störungen und Krankheiten“, die in der ICD-10 kategorisiert sind, wurden nur diejenigen ausgesucht, die sehr stark mit hohem Selbstmordrisiko korrelieren. Sie wurden als absolute Faktoren genannt. Ihre Darstellung zeigt die Tabelle 3.

Tabelle 3. Höchstes Selbstmordrisiko bei den in der ICD-10 beschriebenen Krankheiten und Zuständen

	Diagnostische Kategorien ICD-10
Absolutes Selbstmordrisiko	F02.2, F07.2, F10, F11, F14, F18, F19, F20, F23, F31, F32-33 (SD schwere Depression), F43.1, F43 (Y07), F43 (Z61.Z62), F43 (Z87a) <60 Jahre alt, F44.81, F45, F45.2, F50.0, F50.2, F50.4, F60 (Bündel B), F60.3, F63, F64, F66.0-9, F91.0-9.

Der einfachste Weg zu bestimmen, in welchem Grad ein Selbstmord das Ergebnis einer „psychischen Krankheit“ ist und in welchem das Produkt nicht-pathologischer Zustände, wird dadurch beschränkt, dass die o.a. Krankheiten und Zustände denen in der Tabelle 1 aufgeführten „psychischen Krankheiten“ und „Zuständen, die keine Krankheit sind“, zugewiesen werden.

Tabelle 4. Psychische Krankheiten und emotionale Störungen in Relation zum Selbstmordrisiko.

Psychische Krankheiten	Zustände, die keine psychische Krankheiten sind
F02.2, F07.2, F20, F23, F31, F32-33 (SD)	F10, F11, F14, F18, F19, F43.1, F43 (Y07), F43 (Z61.Z62), F43 (Z87a, <60 Jahre alt), F44.81, F45, F45.2, F50.0, F50.2, F50.4, F60 (Bündel B), F60.3, F63, F64, F66.0-9, F91.0-9

Demnach werden Selbstmorde stark mit sechs „psychischen Krankheiten“ in Relation gesetzt, wie:

- Demenz bei Chorea Huntington (F02.2),
- Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2),
- Schizophrenie (F20),
- Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23),

- Bipolare affektive Störungen (F31),
- sowie depressive Störungen, auch mit psychotischen (rezidivierenden) Depressionen (F32-33, SD).

Unter den Zuständen, die nicht zu den „psychischen Krankheiten“ gehören und auch keine Störungen sind, geschehen Selbstmorde am meisten bei:

- Psychischen- und Verhaltensstörungen, die durch die Nutzung von: Alkohol (F10), Opioiden (F11), Kokain (F14), flüchtigen Lösungsmitteln (F18), mehreren Stoffen oder anderen psychoaktiven Substanzen (F19),
- posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1),
- Gewalt in der Familie (F43.1/Y07),
- Gewalt Kindern gegenüber (F43/Z61, Z62),
- Schmerz und somatischer Krankheit (F43/Z87a, <60 Jahre alt),
- Multipler Persönlichkeitsstörung (F44.81),
- Somatisierungsstörungen (F45.0),
- Hypochondrischen Störungen (F45.2),
- Anorexia nervosa (F50.0),
- Bulimia nervosa (F50.2),
- Essattacken bei anderen psychischen Störungen (F50.4 - nur Kinder betroffen),
- Spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60) – insbesondere bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (F60.3),
- Pathologischem Spielen (F63.0),
- Transsexualismus (F64.0),
- Psychischen- und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66.0-9),
- und bei Störungen des Sozialverhaltens (F91.0-9)

So ist also die überwiegende Mehrheit der o.a. emotionalen Zustände keine „psychische Krankheit“, die mit einem erhöhten Suizidrisiko korreliert und in vielen Fällen sogar (wie z.B. bei Sucht oder „Störungen“ aus der Gruppe F43, etc.) nicht mal eine emotionale Störung, weil sie eine natürliche Reaktion auf schwierige Lebensereignisse (auch auf ihre Wahrnehmung und deren Interpretation) oder auf chronischen Substanzkonsum darstellen. In vielen Fällen sind diese angeblichen „Störungen“

nichts mehr, als ein Symptom von Stress und Krisen oder bei den meisten ist es einfach die speziell geformte menschliche Persönlichkeit, die ein Feedback-Faktor bei Wahrnehmung, Interpretation und Reaktion auf alle Lebensereignisse und auf jedes Ausbleiben der Bedürfniserfüllung oder die Art, wie diese erfüllt werden, ist.

Es wird damit gezeigt, dass ein Selbstmord sehr häufig in Gefühlszuständen begangen wird, die keine psychischen Krankheiten und nicht mal emotionale Störungen sind.

Es sollen hier zwei Reflexionen hinzugefügt werden:

1. Es ist klar, dass für einen Selbstmord irgendein innerer Grund existiert, die Tabelle 4 zeigt das jedoch nicht. Sie enthält nur die Krankheiten und emotionale Zustände, die mit Selbstmord korrelieren und es gibt hier keinen Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung.
2. Es ist anzumerken, dass „psychische Erkrankungen“ die meisten Selbstmordopfer nach sich ziehen, wobei aber die Statistiken nicht eindeutig sind. Zum Beispiel: bei schwerer Depression weiß man nur, dass die Sterblichkeit beim ersten Selbstmordversuch am höchsten ist, später aber die Gefahr geringer wird als bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, wo Patienten mehrere Selbstmordversuche begehen (dies ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für Suizid). Im Gegensatz zu dem im Kapitel „System“ dargestellten Sachverhalt, verlieren diese statistischen Daten jedoch vollständig ihre Macht und sind keine zuverlässige Quelle, die die tatsächliche Relation zwischen klinischem Zustand und Selbstmord klären könnte.

Mythen zum Thema Selbstmord die unter den Psychiatern und Psychologen funktionieren

Dieses Kapitel stellt einige Fakten zum Thema Selbstmord zusammen, die nicht dem üblichen Fachwissen entsprechen. Man hat sie auf der Grundlage von hunderten wissenschaftlichen Artikeln bestimmt, wo sie als Tatsachen präsentiert werden. Hierfür gibt es mehrere Gründe und zu den wichtigsten gehören:

Mythen hängen mit der Tatsache der Generalisierung zusammen. Dies bedeutet, dass das Fachwissen sehr häufig nicht auf Grundlagen systematischer Forschung, sondern allein oder überwiegend auf praktischen Erfahrungen basiert. In diesem Fall wird diese Erfahrung oft zum entscheidenden Faktor, der das klinische Bewusstsein hervorbringt, auch weil das Selbstmord-Phänomen sehr schlecht erforscht und beschrieben wurde. Schlussfolgerungen, manchmal anhand von Beobachtungen eines einzigen Patienten erstellt, werden hierbei als angeblich für die gesamte Population geltend mittels der „Schöpfung“ des Begriffs einer bestimmten „Störung“ verallgemeinert.

Die in professionellen, wissenschaftlichen Fachzeitschriften präsentierten Studien basieren typischerweise auf einer schmalen Literaturauswahl. Es werden dort ausgewählte Artikel zitiert, meist zum selben Thema. Äußerst selten passiert es, dass der Autor alle vorhandenen Studien zu einem bestimmten Thema sorgfältig überprüft und genaue Rückschlüsse zieht. Viele Faktoren nehmen hier Einfluss, wie z. B.:

- Verwendung von Datenbanken, nur im Bereich des eigenen Arbeitsplatzes bekannt und erstellt,
- Mangel an Zeit, die benötigt wird, Hunderte von wissenschaftlichen Arbeiten zu studieren (oft ist die Ortung entsprechender Literatur zu einem bestimmten Thema zeitaufwändiger, als das Studieren dieser selbst),
- Verwendung von Schriften, die ausschließlich in der Muttersprache geschrieben sind (in der polnischen Realität ist das oft so, besonders unter den Psychologen),
- mangelndes Engagement, eigene Mittel für den Kauf von fremdsprachigen Büchern und Zugang zu wissenschaftlichen Artikeln auf-

- zubringen,
- Schreiben „aus Pflicht“ (im Rahmen eines Doktorats oder einer Habilitation), in diesen Arbeiten werden sogar oft nur Schlussfolgerungen „dafür“ und nicht etwa die „dafür und dagegen“ vorgestellt, was gleichzeitig ein methodisches Problem bildet genauso, wie im Falle von Wissenschaftlern, die ihre Forschung auf Grund eigener Erwartungen interpretieren (z.B. bei Bestätigung des eigenen Wissens aus klinischer Praxis).

Mythos: In der Population ist „Depression“ die Hauptursache für Selbstmord.

Fakt ist: Die „schwere Depression“ ist bei einer großen Gruppe von „Störungen“ platziert, die in der Tabelle 3 unter den „absoluten Faktoren“ für „höchstes Selbstmordrisiko“ aufgeführt sind und sie korreliert stark mit dem Risiko einer Lebensbedrohung. „Schwere Depression“ findet sich jedoch nicht unter den Top-Fünf der am häufigsten gefundenen suizidären „psychischen Störungen“, die sowohl durch hohe Mortalität, wie auch durch eine hohe Zahl von Selbstangriffen auf das eigene Leben charakterisiert werden. Dazu gehören:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (F11),
- Schizophrenie (F20),
- Bipolare affektive Störung (F31),
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1),
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3).

Mythos: Wahnvorstellungen und Halluzinationen erhöhen das Suizidrisiko bei einer „schweren Depression“.

Fakt ist: Es gibt keine Beweise dafür, dass Wahnideen und Halluzinationen bei einer schweren Depression zum erhöhten Suizidrisiko führen. Grunebaum und Mitarbeiter (2001) bewiesen, dass das Vorhandensein von Wahnideen bei Patienten mit „schweren Depressionen“ weder mit den vorherigen Selbstmordversuchen korreliert, noch die Wahl zwischen mehreren letalen Methoden für Suizid beeinflusst, sowie, dass auch die Anzahl der Selbstmordversuche im gesamten Leben des Betroffenen nichts mit dem Vorhandensein von Wahnideen zu tun hat. Zu ähnlichen

Schlussfolgerungen kamen Lykouras, Gournellis, Fortos, Oulis und Christodoulou (2002) durch den Vergleich mit älteren Patienten, die an psychotischen und nicht-psychotischen „Depressionen“ erkrankten. Zwischen beiden untersuchten Gruppen gab es keine Unterschiede in der Zahl der vollzogenen Selbstmorde. Diese Ergebnisse bestätigten Black, Winokur und Nasrallah (1988) in ihrer Studie, einer Stichprobe von 1.593 Patienten mit „schwerer Depression“ und „bipolarer Störung“.

Mythos: Wahnvorstellungen und Halluzinationen erhöhen das Suizidrisiko bei Schizophrenie.

Fakt ist: Ähnlich, wie bei „schwerer Depression“, konnte auch hier nicht wissenschaftlich bewiesen werden, dass eine solche Verbindung besteht, zumindest gibt es keine eindeutigen Untersuchungsergebnisse dazu. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass es keine Verbindung gibt und den „Wahnvorstellungen“ sogar eine protektive Bedeutung zugeschrieben wird - Analyse von 29 empirischen Studien in diesem Bereich (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair und Deeks, 2005).

In Studien von Nieto, Viet, Gasto, Vallejo und Cirera (1992) wird aufgezeigt, dass die Selbstmorde während „positiver“ Krankheitssymptomatik zustande kamen (80%) - die Autoren berichteten auch, dass die Selbstmörder vor der Tat selten von depressiven Symptomen betroffen waren. Kelly, Shim, Feldman, Yu und Conley (2004) berichteten darüber, dass Selbstmorde bei Schizophrenie-Betroffenen angeblich mit der Zahl positiver Symptomatik während ihres gesamten Lebens zusammenhängen würden, gleichzeitig haben sie jedoch keinen direkten Zusammenhang zwischen Symptomatik und Selbstmordversuchen belegt. Allerdings sind einige Studien konsistent und zeigen eine positive Relation von paranoiden Wahnvorstellungen mit einem erhöhten Risiko von Selbstmord (Krupinski et al., 2000; Saarinen, Lehtonen und Lönnqvist, 1999). Anders verhält es sich bei Halluzinationen.

In einigen Studien hatten Halluzinationen und Wahnvorstellungen keinen Einfluss auf Selbstmordatentate (Stephens, Richard und McHugh, 1999). Andere Autoren haben festgestellt, dass das Vorhandensein von Halluzinationen kein Prädiktor für Suizid ist (Harkavy-Friedman et al., 2003). Einige wiederum haben zeigen können, dass es bei Patienten mit imperativen Halluzinationen und denjenigen, die sie nicht hatten, keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Zahl der Suizidversuche

sowie aggressiven Verhaltens gab. Patienten mit unterschiedlichen Halluzinationen, unabhängig von ihrer Art, zeigten nur eine etwas größere Amplitude und Verstärkung der Suizidgedanken (Hellerstein, Frosch und Königsberg, 1987; Zisook, Byrd, Kuck und Jeste, 1995). Auch Rudnick (1999) beschrieb in einer 1966 bis 1997 durchgeführten Analyse von 41 empirischen Forschungen, dass die meisten von ihnen nicht auf einen Zusammenhang zwischen imperativen Halluzinationen und Selbstmord oder sonstiger Gewalt hinwiesen. So ist es nicht wahr, dass positive Symptome im Allgemeinen das Selbstmordrisiko erhöhen. Die meisten Studien bestreiten hier sogar einen Zusammenhang.

Mythos: Bei der Schizophrenie ist das Verhalten des Patienten in solchem Ausmaß desorganisiert (unabhängig von ihm), dass keine Signale der Suizidgefahr aufgegriffen werden können.

Fakt ist: In Studien, die sich auf der Suche nach Signalen einer verbalen Selbstmorddrohung bei Patienten in einer akuten Phase konzentrierten, wurde deren Existenz in 84% der Fälle festgestellt, immer mit diese Drohung/en begleitendem Selbstmordversuch. Der Vergleich der Ergebnisse mit den Absichten der suizidalen Patienten drei Monate vor der jeweiligen Selbsttatsache hat gezeigt, dass die Mitglieder der Kontrollgruppe es häufiger tun (56%), als Menschen ohne Psychose (41%, Heil et al., 1998). Die zitierten Studienergebnisse widersprechen definitiv der üblichen Behauptung, dass Patienten, die an Schizophrenie leiden, impulsive Angriffe auf ihr eigenes Leben vornähmen, die schwer vorhersehbar sind.

Mythos: Die Anwendung von äußerst wirksamen Selbstmordmethoden bei diesen dennoch Überlebt wird (Schusswaffe, Sprung aus großer Höhe und Erhängen), ist ein Ausdruck fester Selbstmordentschlossenheit, demonstriert die Gefahr weiterer Suizidversuche und wird mit der höchsten Sterblichkeitsrate assoziiert.

Fakt ist: Es ist nicht wahr, dass das höchste Risiko des Verlustes des Lebens, aber auch die Wiederholungswahrscheinlichkeit nachfolgender Selbstmordversuche, mit der Wahl von äußerst effektiven Selbstmordmethoden zusammenhängt. Es wurde eindrücklich bewiesen, dass die drei am häufigsten in der Welt verwendeten Selbstmordmethoden:

Erhängen, Erschießen, und Sprung aus großer Höhe, die gleichzeitig am häufigsten todbringenden sind, nicht am stärksten mit Wiederholungsversuchen und im Endeffekt nicht mit dem Begriff Selbsttötung korrelieren. Diese Methoden korrelieren positiv „nur“ mit höchster Sterblichkeit (niedrigste Rettungsrate).

Empirische Forschungen haben gezeigt, dass nach einer Wiederbelebung höchste Mortalität bei wiederholtem Selbstmordversuch mit nachfolgend aufgelisteten Methoden korreliert: Ersticken mit einer Plastiktüte (21,0% - der Prozentsatz der Sterblichkeit in den wiederholten Versuchen), Vergiften durch Autoabgase (15,2%), Ertrinken (13,3%), Gasvergiftung (7,0%), durch Gift (6,8%), Erschießen (6,2%), Sprung aus großer Höhe (6,0%), Selbstverstümmelung mit scharfem Gegenstand (4,8%), Medikamentenvergiftung (4,4%), Erhängen (3,9%) und Brandstiftung (0,0%) (Card, 1974; nach: Stone, 2001).

Über den Index der zukünftigen Bedrohung kann man nicht nur in Relation zur Wahl von wahrscheinlich mehr oder weniger wirksamen Selbstmordmethode sprechen, sondern auch im Hinblick auf medizinische Konsequenzen, die diese Tatergebnisse mit sich bringen. Auch Card hat bestimmt, dass das Risiko künftiger Selbstmorde in Bezug auf die medizinischen Konsequenzen eines aktuellen Versuches (die Notwendigkeit Hilfe zu leisten oder nicht) sich wie folgt darstellt:

- Selbsthilfe oder keine Behandlung (10,8% - der Prozentsatz der Selbstmorde, die in der Zukunft durchgeführt werden),
- Aufnahme in das Krankenhaus, Grundversorgung (7,1%),
- Bereitstellung von medizinischer Nothilfe und Entlassung nach Hause (4,3%),
- Therapieaufnahme auf Intensivstation (2,7%),
- sowie Zwangseinweisung zur Beobachtung und Behandlung (0,6%).

Die Ergebnisse der hier präsentierten Forschungen können in vielerlei Hinsicht interpretiert werden. Hier wird nur die Aufmerksamkeit auf die Tatsache gelenkt, dass diese Studien ebenfalls bestätigen, dass der Selbstmörder, der Methoden mit höchstwahrscheinlich letalem Ausgang aussucht, um sich das Leben zu nehmen, dieses nur selten wiederholt, weil Menschen, die sich angeschossen haben, aus großer Höhe gesprungen sind oder versucht haben, sich zu erhängen, zur Gruppe derer gehören, die hernach fast immer medizinische Hilfe benötigen. Sie

werden also derjenigen Gruppe zugewiesen, die intensiv therapiert wird und sie werden oft zur Beobachtung und Behandlung zwangseingewiesen.

Mythos: Wiederholungstäter als Selbstmörder wollen tatsächlich leben (sie sind höchst ambivalent) und kommen bei einem Selbstmordanschlag nicht um.

Fakt ist: Das, was Stone (2001) schrieb, spiegelt in dieser Hinsicht alle Zweifel wieder:

Medizinische Literatur erkennt in der Regel Medikamentenvergiftungen und Selbstverstümmelungen als nicht genügend „eindeutig“, „risikogering“ und lediglich als „Hilferuf“ an, da hierbei die Sterblichkeitsquote relativ gering ist. Das Ergebnis dieses Ansatzes ist oft die Tatsache, dass die überlebenden Opfer nicht „ernst genommen“ werden. Doch die Opfer, glaubten, bevor sie ihre Selbstmordmethode verübten, dass diese sich als tödlich erweisen würde – sie riefen nicht „um Hilfe“, sie wollten sich tatsächlich selbst töten. Nachlässige Behandlung solcher Versuche kann zu einem weiteren Selbstangriff beitragen, jedoch das nächste Mal unter Einsatz einer effektiveren Methode... Manche Menschen sterben, obwohl sie es nicht wollten, weil sie die gewählte Methode unterschätzten und andere sterben nicht, obwohl sie es wollten, weil sie die Letalität überschätzten.

Dieser Mythos wird weitgehend durch die Tatsache bedingt, dass bis heute nicht bewiesen wurde, dass es eine tatsächliche Relation zwischen Selbstmordmethodenauswahl, Selbstmordversuchshäufigkeit, ihrer Relation zum klinischen Zustand, etc. gibt. Nach einem Selbstmordversuch werden Patienten sehr oft für Menschen gehalten, die eigentlich leben wollen (weil sie sich ja schon „so oft“ selbst töten wollten und es ihnen nicht gelungen war), wobei hier nur ein Wunschdenken offensichtlich wird - dazu hat die These Farberow's beigetragen, die besagt, dass Selbstmord „Ein Schrei nach Hilfe“ sei, was erlaubt, den Patienten den Wunsch nach Leben zuzuweisen und damit eben auch „suizidale Ambivalenz“ begründbar wurde. Mit anderen Worten: Die These, Selbstmord sei „Ein Schrei nach Hilfe“, konnte global, durch hieraus resultierendes unzureichendes Verständnis dieses Phänomens und die unangemessene

Beziehung der Spezialisten zu parasuizidalen Patienten, zur Zunahme von Selbstmorden beigetragen haben.

Das oben erwähnte Wunschdenken, dass der Patient leben wolle, basiert nicht auf empirischen Studien. Seriös betriebene Wissenschaft behauptet hier das Gegenteil und stellt fest, dass jeder weitere Suizidversuch auf der Lebenslinie in der Zukunft die Wahrscheinlichkeit der Selbsttötung erhöht (dies wurde in vielen Studien weltweit nachgewiesen). Ähnliche Bedeutung wird der Selbstverstümmelung zugeordnet, die in den Jahren nach ihrer erstmaligen Anwendung durch eine progressive Erhöhung der Selbstmordgefahr (Hawton, 2000; Hawton, Zahl und Weatherall, 2003) charakterisiert ist.

Mythos: Pharmakotherapie soll als primäre Hilfsmethode zur Verhinderung von Selbstmorden bei Depressionspatienten sein.

Fakt ist: Studien von Simon und Savarino (2007) zeigten, dass die höchste Zahl von Suizidversuchen während der ersten Episode der Erkrankung nach einem Besuch beim Psychiater und Verschreibung von Antidepressiva auftritt (1.124/100000), weniger dagegen bei Patienten, die eine Psychotherapie begannen (778/100000) und am niedrigsten bei denen, die eine medikamentöse Therapie in Absprache mit ihren Hausärzten (301/100000) gestartet hatten. Es ist schwierig, diese niedrige Frequenz der Selbstmordversuche nach Beginn der Behandlung in der primären Gesundheitsversorgung zu erklären. Umso mehr, da Patienten den psychiatrischen Mitarbeitern ihren Suizidvorsatz öfter kommunizieren (59%) als dem Personal in der allgemeinen medizinischen Versorgung (19%). Darüber hinaus erhalten sie häufiger Antidepressiva von einem Psychiater (60% v. 16%) als von einem Arzt in der Grundversorgung (Isometsä, Aro, Henriksson, Heikkinen und Lönnqvist, 1994).

Offenbar ist, dass die psychiatrische Behandlung einer schweren Depression mittels Antidepressiva kein unbedingter Faktor zur Verhütung eines Selbstmordes ist. Eine unterstützende, therapeutische Beziehung zu einem Arzt oder Psychologen kann für den Patienten weit mehr Bedeutung erlangen, als eine Pharmakotherapie. Die überraschende Tatsache, dass die Patienten der Allgemeinärzte in der Grundversorgung am wenigsten zum Selbstmordversuch neigen, hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass diese Ärzte anstatt der Antidepressiva andere beruhigende Medikamente verschreiben, die sofort wirken. Diese Annahme

stellt allerdings keine belegte Schlussfolgerung dar.

In Anbetracht der Bedeutung, die diese Daten für die erwähnten Kontexte aufweisen, kommen wir in weiterem Verlauf auf sie zurück. An dieser Stelle wollen wir uns jedoch auf die angezielte Diskurslinie konzentrieren und erklären, was eine „Depression“ ist, und worin sie sich vom Leiden unterscheidet.

Depression und Leiden

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurde keine psychologische Studie gefunden, die die Kenntnis über menschliches, psychisches Leiden systematisiert. Es ist daher unmöglich, hier eine Definition des Leidens zu geben, seinen Charakter zu beschreiben und zu bestimmen, wann es ein natürlicher Zustand ist und ab wann die Grenze zum Krankhaften überschritten wurde.

Die gesamte Spezifikation von Leiden zwingt zweifellos zu einer Menge Forschung und Reflexion über dessen Charakter, was einer gesonderten Arbeit bedarf. Deshalb kann hier nur in allgemeiner und stark abgekürzter Form bestimmt werden, wie Leiden verstanden werden soll. In jedem Ansatz bedeutet Leid ein psychisches (mentales) Leiden und das egal, ob man es unter phänomenologischen, literarischen, philosophischen Aspekten oder nur auf eigener Erfahrung basierenden Erlebnissen eines jeden Menschen betrachtet. Dies ist die einfachste und kürzeste Definition. Man wird hier immer von Gefühlen begleitet, die eindeutig mit diesem Zustand verbunden sind. In der folgenden Tabelle werden einige dieser Gefühle, die mit der in diesem Kapitel diskutierten Thematik assoziiert werden, zusammengestellt. Wir sollten sie uns genauer anschauen und bestimmen, ob wir sie wirklich alle mit dem Leiden in Verbindung setzen. Das ist eine Bitte, die mit bewusstem Betrachten eines gewissen Faktors zusammenhängt, der auf darauf folgenden Seiten dargestellt wird.

Tabelle 5. Symptome eines psychischen Leidens

Leidenssymptome (oft dauern sie mehrere Monate an)
Traurigkeit, depressive Stimmung, Schwierigkeiten beim Einschlafen, verkürzter Schlaf, Appetitlosigkeit, Verzweiflung, Weinen, Suizidgedanken, Dissoziation - Konzentrations- und Aufmerksamkeitschwäche, reduziertes Interesse am Umfeld, reduziertes Interesse an Vergnügungen, kein Ausdruck von Freude, Abneigung, etwas zu tun, Abneigung gegenüber dem Leben, Gefühl der Einsamkeit, psychische Anspannung, Schuldgefühle, Müdigkeit, Autodegradierung, Hoffnungslosigkeit, pessimistische Visionen der Zukunft, allgemeines Gefühl, dass es an etwas mangelt, Mangel am Glauben an eine Wende zum Besseren, das Gefühl, Kontrolle über Emotionen zu verlieren, das Gefühl, „psychisch krank“ zu sein, Mangel an Zukunftsplänen (weil der Schwerpunkt des Denkens aufs Leiden konzentriert ist) und viele andere.

Nach der Klassifikation Psychischer- und Verhaltensstörungen ICD-10 (2000) wird „Depression“ als „depressive Episode“ definiert und mit

den Symbolen F32, bzw., wenn sie wiederholt auftritt, F33 codiert. Diese Codes beinhalten alle drei Arten von „Depressionen“: „leichte“, „mittelschwere“ und „schwere“. Folgende gemeinsame Anzeichen werden erwähnt:

- keine manischen oder hypomanischen Symptome im gesamten Lebensverlauf,
- keine psychotischen Zustände, die auf Konsum von psychoaktiven Substanzen oder auf organische Störungen hinweisen,
- deutlich gedrückte Stimmung, die nicht zu einer bestimmten Person passt, fast den ganzen Tag andauert, fast jeden Tag auftritt, in der Regel keinen Außeneinflüssen unterliegt und für mindestens 2 Wochen anhält,
- Verlust von Interessen oder keine Freude an Aktivitäten, die normalerweise Vergnügen bereiten,
- verminderte Energie oder erhöhte Müdigkeit,
- Verlust des Vertrauens oder der Selbstachtung,
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwäche,
- geringes Selbstwertgefühl und geringer Glaube an sich selbst,
- pessimistische Zukunfts-Visionen,
- irrationales Gefühl der Reue oder übermäßiges und ungerechtfertigtes Schuldgefühl,
- wiederkehrende Gedanken an Tod und Selbstmord oder irgendein anderes suizidales Verhalten,
- Beschwerden über verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeiten oder ihre Erscheinungsformen, wie Unentschlossenheit oder Zögern,
- Veränderungen in psychomotorischer Aktivität in der Form von subjektiv oder objektiv beobachtbarer Erregung oder Hemmung,
- Schlafstörungen jeglicher Art,
- Appetitstörungen.

Wie erwähnt, wurden in der Tabelle 5 alle diagnostischen Kriterien der „Depression“ zusammen aufgeführt, manchmal in leicht veränderter, aber die Bedeutung beibehaltender Form, aber auch andere, denn sie alle sind eine Dimension von psychologischem Schmerz. Wenn die meisten Leidenssymptome klinische Symptome der Depression manifestieren, besteht ein Problem in ihrer Unterscheidung. Die Kriterien, die in der Klassifizierung aufgezählt sind, sind unter keinen Umständen ausreichend.

end.

Wenn formal nicht zwischen Leiden und „Depression“ unterschieden werden kann, kann vom Letzteren nicht gesprochen werden. Die „Depressions“-Diagnose ist bei der Menge gegenwärtiger Erscheinungsformen des Leidens nur von der Unterscheidung zwischen leichtem, mittlerem oder schwerem Leidenszustand abhängig und nicht von einer Störung. Aus bestimmten Gründen kann eine „Depression“ nämlich nicht festgelegt werden.

Das Gleiche betrifft „affektive Störungen“, die im Allgemeinen u.a. ein Synonym für „Depression“ darstellen. Wie kann man über Stimmungsstörungen reden, wo keine Stimmungsnorm festgelegt wurde? Ist es die Stabilität? Mit Sicherheit nicht, weil „Depression“ für eine längere Zeitspanne stabil bleiben kann. Unveränderlichkeit? Gewiss nicht, weil es schwierig ist, die Behauptung zu akzeptieren, dass der Mensch auf Veränderungen in seiner Umwelt, die Stimmungsveränderungen mit sich bringen, nicht reagiert. An dieser Stelle kann man hinzufügen, dass eine wirksame Stimmungsverbesserung bei einer schwerer Depression bei Jugendlichen, die durch Behandlung mit Venlafaxin (z. B. Efectin) erreicht wurde, in keiner Weise das Risiko von Selbstmord, der Nomen est Omen ein Ausdruck des Leidens ist, verringerte (Emslie, Findling, Yeung, Kunz und Li, 2007). Ähnliche Ergebnisse wurden bei Erwachsenen Borderline-Patienten gewonnen - dank der Behandlung mit SSRI stabilisierte man die Stimmung, aber es wurden keine Änderungen in der Intensität von Aggressivität und Impulsivität assoziiert (Rinne, van den Brink, Wouters und van Dyck, 2002). Anhand vieler weiterer, weltweiter Studien scheint es nicht so zu sein, dass die Stimmungsverbesserung mit einer Verringerung der Gefahr von Selbstmord positiv korreliert. So ist es sehr unwahrscheinlich, dass es eine enge Beziehung zwischen „Depression“ („Störungen“ der Stimmung) und Selbstmord gibt.

Die Behauptung, dass eine Senkung der Stimmung eine „Störung“ sei, impliziert, dass deren Abwesenheit, aber auch das Gegenteil, Glücksgefühl oder Heiterkeit, ein natürlicher Zustand des Geistes seien. Aber schon ab dem Zeitpunkt der Geburt und vom ersten Klaps an, den ein Baby bekommt, um zum Atmen bewegt zu werden, hört man ein Weinen, was Ausdruck von Leid bedeutet. Im Laufe der folgenden Jahre, in Kindheit und Erwachsensein, ringt jeder Mensch mit anderen Mensch-

en, wegen unbefriedigter Bedürfnisse, mit eigenen Einschränkungen im Verhältnis zu anderen, mit vielen körperlichen und mentalen Mängeln und oft auch mit eigener, schmerzhafter Vergangenheit und Kindheit voller Gewalt; all dies beeinflusst das zukünftige Leben. Von Geburt an muss der Mensch mit kontinuierlichen Verlusten leben: Gefühl der Sicherheit, Verwandte, Illusionen, Glaube, Wünsche und letztlich Verlust des Lebens; manchmal will es der Betroffene unterbrechen, nach Fehlschlägen und Enttäuschungen in seinem Leben und sogar deren Antizipation - und er begeht Selbstmord.

Es kann sein, dass allen Aussagen zum Thema „Depression“, in denen behauptet wird, dass sie eine „psychische Störung“ sei, der naive Glaube zu Grunde liegt, dass die moderne Gesellschaft so ideal sei, dass sich hier jeder wohl fühlen müsse und nicht leiden sollte, und wenn jemand leidet, dann habe er eine „Störung“, da er wahrscheinlich den Charme seines idyllischen und bunten Lebens nicht erkenne. Er sieht doch alles nur durch eine dunkle Brille. Es scheint so zu sein, als ob hier die Umweltauswirkungen auf das menschliche Leben überbewertet würden, was direkt mit dem schädlichen Phänomen der „Soziologisierung“ der Psychologie zusammenhängt, wobei hier auch die Gesellschaftspsychologie Einfluss nimmt. Dieses Thema wird hier jedoch nicht weiter entwickelt werden.

Ändert es also irgendetwas, wenn die in Psychologie und Psychiatrie mit Absicht getriebene Abkehr von Werturteilen und stigmatisierenden Begriffen und die Benennung der Krankheit oder Störung als: Episode, emotionaler Zustand, emotionale Reaktion, fehlende Harmonie, fehlendes Gleichgewicht, etc. betrieben wird? Patienten landen doch weiterhin in Krankenhäusern, wo das Personal sie mit Gewalt „zu heilen“ versucht und sie ihrer Autonomie und persönlichen Freiheit beraubt (vgl. Kapitel: *Schwere „Depression“ und Elektrokrampftherapie*). Sind diese beiden Bereiche nicht gerade dadurch in immer größerem Grad zu „Institutionen der Gesellschaftsindoktrinierung“ anstatt Hilfestellung geworden? Denn durch Benennung von Normen und Pathologien selektieren sie Personen, die von anderen getrennt werden sollen, sie behandeln sie ohne ihre Einwilligung und mit unverständlichen Methoden, damit sie nach einigen „Episoden“, als „Gesunde“, an die anderen angepasst, ihren Weg in die Gesellschaft oder eben ihren Weg in die Arztpraxis zurückfinden, um Gewinne zu bringen, was schon mehr an den in diesem Buch ange-

sprochenem Faden erinnert.

Die Patienten haben hier nichts zu sagen. Sie erhalten eine Diagnose und wissen nicht, ob sie richtig ist oder nicht, ob sie angemessen behandelt werden oder nicht und schließlich, ob es überhaupt notwendig ist, eine „Behandlung“ über sich ergehen zu lassen - was für körperliche Krankheiten fast immer gilt. Sie erfahren oft, dass sie an Störungen leiden, Depression haben und behandelt werden müssten, während ihr Zustand seit Tausenden von Jahren für Menschen ganz natürlich ist; diese Menschen leiden einfach. Das schließt natürlich nicht aus, dass sie professionelle Hilfe bräuchten, jedoch nicht jede Art, insbesondere Pharmakotherapie, scheint angemessen zu sein, weil sie geistig gesunde Menschen sind.

Schon der erste Absatz dieses Kapitels zeigt, abgesehen von der o.ä. Abschweifung, dass unabhängig von der Qualität und Zuverlässigkeit der Depressionskriterien, hier nicht vom Leiden unterschieden werden kann, weil „Depression“ nicht über eigene Definition und Diagnosekriterien verfügt. Jegliche Devianz in diesem Bereich, die versuchen sollte zu überzeugen, dass eine „Depression“ als Krankheitseinheit mit spezifischen Eigenschaften, mit bestimmter Dauer, mit bestimmtem Charakter existiert, etc., von vornherein zum Scheitern verurteilt ist, weil die Existenz des Designats („Depression“) ohne Bestimmung seiner ursprünglichen Denotation (Leiden) frei von den grundlegenden Prinzipien der Logik und des gesunden Menschenverstandes ist und doch jede Art von „Depression“, als Zustand des Leidens angesehen wird. Deshalb kann „Depression“ eigentlich nicht mal konventionell existieren, weil die Hauptklasse für jeden psychischen Schmerz (Leiden) nicht näher definiert ist, wie das bei „Depression“ bestimmt und definiert wurde. Wenn „Depression“ aber ein natürliches Leiden ist, was macht sie dann in der Klassifikation von „psychischen Störungen“ und warum sollte sie pharmakologisch behandelt werden?

Depression, als eine Störung oder eine Krankheit betrachtet, ist lediglich das Produkt der Phantasie von Tausenden von Psychiatern und Psychologen in der ganzen Welt. Jedoch als Leiden anerkannt, findet sie auf diese Weise zu ihrem Ausgangspunkt, zur Differenzierung des tatsächlichen Zustandes - des für den Menschen natürlichen, mentalen Schmerzes und dessen, was man in extremen Situationen als Störung bezeichnen könnte, zurück. Denn fast immer gibt es einen Grund, um es

so benennen zu können, egal, ob es innere oder äußere Gründe sind. Aus dieser Sicht kann nichts als Störung betrachtet werden, wenn es als angemessene Reaktion auf einen bestimmten Reiz dargestellt wird auch dann, wenn es viele Jahre zuvor geschah, bevor die Reaktion aufgetreten ist. Angemessener ist also die Behauptung, „Depression“ als ein Leiden zu bezeichnen, dessen Gründe unbekannt sind, als die Behauptung, dass sie eine Störung sei, denn der Grund hierfür ist schwer fassbar.

Alle Experten auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit, die ausnahmslos behaupten, dass sie es hier mit „affektiven Störungen“ zu tun hätten, zeigen nichts weiter als Mangel an Demut gegenüber eigener Unwissenheit, sowie übermäßiges Vertrauen in die heute erreichte Entwicklung der Medizin und Psychologie. Wie zu vermuten ist, werden sich diese beiden Wissensfelder noch des Öfteren verändern und das Verhältnis der Spezialisten zu den von ihnen ausgearbeiteten „Störungen“ wird sich - hoffentlich - in eine positive Richtung entwickeln. Bisher bestimmt nur der materielle Gewinn, der durch Diagnostizieren von natürlichen menschlichen mentalen Zuständen gemacht werden kann, indem „Depression“ als heilungsnotwendig erklärt wird.

Auf diese Weise wurden die Psychologie und Psychiatrie in der Geschichte zum Werkzeug für:

- Indoktrinierung und soziale Diskriminierung (in Aufstellung von Normen des Verhaltens - Störung von Normen; in die Klassifikation von „psychischen Störungen“ und „Krankheiten“ gehören so gewöhnliche Zustände, wie z.B. Schwierigkeiten mit Lesen- und Schreibenlernen bei Kindern, etc.). Da muss man aber differenzieren zwischen einfachen Schwierigkeiten und Handicaps, die zuerst als solche nicht offensichtlich sind, aber das braucht hier auch nicht ausgeführt zu werden);
- Verfolgung zum Zwecke der Reduzierung von Chancen, z.B. bei beruflicher Weiterentwicklung - in vielen Berufen ist eine psychiatrische Krankheitsgeschichte für den Kandidaten disqualifizierend (durch Diagnostik und Etikettierung);
- Entmenschlichung (z.B. Vernichtungslager und Experimente an Menschen und Lehre, wie Menschen manipuliert werden);
- Institutionelle Gewalt (Zwangsbehandlung, mangelnde Kompetenz bei Psychologen. Schuld trägt hier u.a. die akademische Psychologie,

Einweisung von Patienten, die keiner pharmakologischen Behandlung bedürfen);

- die Unternehmen (durch Empfehlung einer kostenpflichtigen Behandlung von „Nicht-Krankheiten“);
- und sogar für Rassismus - als im neunzehnten Jahrhundert in den Vereinigten Staaten die Sklaven von den Plantagen entkamen, hat man sie nicht als Menschen betrachtet, die ihre Freiheit wiedererlangen wollten, sondern als leidende an einer „Störung“: Drapetomanie (aus dem Griechischen Δραπετης - Drapetes - entlaufene Sklaven und μανια - Manie - verrückt /Cartwright, 1851/), was eine offiziell geltende Diagnose war genauso, wie es derzeit die Depression ist.

Zuzugeben ist, dass die Depression kein Existenzrecht hat, weil sie nicht als Störung und schon gar nicht als Krankheit angesehen werden kann. Bevor in der Psychologie der normative Charakter des Leidens nicht sehr genau definiert und spezifiziert wird (Leidenssyndrom) - seine natürliche Dauer, gleiche Symptomatik für alle Menschen, abhängig oder unabhängig von vielen Charakterfaktoren, wie Stress, Krisen, etc., die in der Regel nur angemessene Reaktionen auf einen bestimmten Reiz sind - kann also auch nicht von Störungen gesprochen werden. Aus dieser Perspektive betrachtet wird eine Pharmakotherapie sehr ernste Auswirkungen auf diese Zustände haben, was eine unethische und illegale Handlung ist, und zwar:

- aufgrund von Betrug (den Patienten wird eine Krankheit eingeredet, während sie gesund sind),
- wegen der Gewinne, die durch diesen Betrug erzielt werden - die Verschreibung von überflüssigen Medikamenten (auch, wenn sie helfen - was hier noch erläutert wird – wird hier nicht ehrlich erklärt, dass man leidet, sondern man redet ihnen ein, dass sie krank seien, dass es dafür Medikamente gäbe, die über mehrere Jahre hinaus eingenommen werden müssten, wobei man von vornherein genau weiß, dass sie nicht geheilt werden können, weil diese Behandlung nur symptomatisch ist),
- (und vor allem) im Zusammenhang mit Nebenwirkungen dieser „Medikamente“.

In den weiteren Kapiteln dieses Buches wird eine Analyse sowohl über den Charakter der erwähnten „Medikamente“, wie auch über deren Nebenwirkungen vorgenommen. Es wird aber auch gezeigt, auf welche Art und Weise es zu der Situation kam, dass „leichtes“ und „mittleres“ Leiden, Freudelosigkeit, in vielen Situationen sogar melancholisches Temperament, als Krankheit betrachtet und für eine Pharmabehandlung klassifiziert wurde. Man muss bedenken, dass es in der Vergangenheit nur eine schwere, psychotische Depression als Krankheit gab und - konventionell - eine reaktive, die als Diagnose für alle anderen Krisenarten verwendet wurde.

Depression und Störung

Bereits Hippokrates erwähnte die Existenz von „Depression“ (Melancholie). Es wird behauptet, dass er damit den Zustand von Apathie, Traurigkeit, Abneigung zum Leben beschrieben hätte, kombiniert mit einer Dominanz schwarzer Galle - dem Element der Erde (Millon, Grossman und Meagher, 2004). Es könnte sein, dass sich in den 2400 Jahren nichts geändert hat und so ist es auch tatsächlich. Hippokrates hat nicht die „Depression“ beschrieben aber das menschliche Leiden, als führendes Thema aller antiken Tragödien und Mythen, das aus fast jeder Seite der Bibel trieft, und tatsächlich immer, sowohl in der Literatur als auch der Geschichte, allgegenwärtig war und ist. Wie schon beschrieben, sind Menschen an Leiden von den ersten Augenblicken ihres Lebens angewöhnt und ringen damit während ihrer gesamten Lebenszeit. Sie müssen sich mit verschiedensten Arten von Verlust, Schmerz und nachteiligen Veränderungen herumplagen, etc.

Wie es jedoch scheint, haben sich Menschen manchmal sogar „zu sehr“ an das Leiden „gewöhnt“, womit es so alltäglich wurde, dass es eines theatralischen, dramatischen Ausdrucks bedurfte, um überhaupt auffallen zu können. Auf diese Weise erschien im späten neunzehnten Jahrhundert die „Hysterie“, die immer ein Ausdruck von traumatischen Ereignissen aus der Vergangenheit oder aktuellen, unerfüllten Bedürfnissen und Fantasien war. So schnell, wie sie erschien, verschwand sie jedoch auch, denn sobald die Psychoanalytiker erklärten, dass Hysterie einen sexuellen Hintergrund hätte, wurde sie für Frauen ziemlich „unbequem“.

Dieses Beispiel demonstriert unter anderem, dass eine „Störung“ ein Symptom und nicht ein Syndrom sein kann, weil hier die Hysterie sicherlich nur eine Erscheinungsform von etwas anderem war - von Leiden. Es zeigt auch, auf welche Art und Weise „Störungen“ manchmal bei Menschen erscheinen und kurz danach für immer verschwinden oder ihr Image ändern. Anderes gesagt: ihre „Existenz“ hängt sehr stark mit ihrer sozialen Konnotation zusammen. Ähnlich ist es auch mit den „Störungen“, die allgemein als „positiv“ empfunden werden. Eine von ihnen ist zweifellos die „Depression“ und das in solchem Maß, dass nur von ihr gesprochen wird. Menschen müssen nicht mehr leiden - sie haben

„Depression“, Anpassungsstörungen in Verbindung mit ihr oder einem anderen klinischen Status. Jeder Leser, der den obigen Satz einer Reflexion unterziehen möchte, kann gerne überlegen, wann er zuletzt im Fernsehen oder in einer Zeitung das Wort „Leiden“, ohne Verbindung mit körperlichem Schmerz, gehört oder gelesen hat. Wie es scheint, wird das nicht einfach sein. Das Wort „Leiden“ verschwindet einfach aus unserem Sprachgebrauch. Seinen Platz nimmt die Depression ein. Es ist daher notwendig zu untersuchen, wie es dazu kam.

Freud (gest. 1939) hat im Jahre 1917 den Charakter der Melancholie als Störung und als Norm beschrieben. Im ersten Fall war das ein depressiver Zustand ohne einen Auslösefaktor. Ein Patient litt an Depression durch einen inneren Verlust (eigentlich „aufgrund“ seiner Persönlichkeitsstruktur). Im zweiten Fall war das Leiden eine Reaktion auf einen tatsächlichen Verlust, zum Beispiel der Tod eines geliebten Menschen. Freud prägte diese Sichtweise über „Depression“ (Leiden) und so verstand man sie über längere Zeiträume. Man differenzierte zwischen einer endogenen und einer reaktiven „Depression“ und das war nichts weiter als eine Fortsetzung seiner (Freuds) Gedanken. So wurde „Depression“ in den ersten Klassifikationen als „psychische Störung“ wahrgenommen.

Diese Klassifizierungen wurden schon am Ende des neunzehnten Jahrhunderts veröffentlicht, es finden sich jedoch keine gedruckten Ausgaben mehr davon. Die erste schriftlich dokumentierte Version (auch nicht gedruckt) kommt aus dem Jahre 1948 anlässlich einer internationalen Konferenz in Paris, in der sechsten Revision der internationalen Krankheits- und Todesursachenliste, die unter dem abgekürzten Namen ICD-6 bekannt ist. Es wurde dort auf die Existenz von zwei Depressionarten hingewiesen:

- involutive Melancholie (psychotische Depression) - im Kontext der psychotischen Erkrankungen weitergehend unterschieden (zum ersten Mal verwendete man diesen Begriff bereits in arabischer Medizin im zehnten Jahrhundert);
- neurotisch-depressive Reaktionen - (reaktive Depression oder Neurose) - herausgehoben von den psychoneurotischen Störungen, im Kontext der depressiven Erkrankungen unterschieden.

Die Papierausgabe der ICD-7 aus dem Jahre 1962 wich geringfügig ab von den Erkenntnissen, die aus der bisherigen Klassifizierung bekannt waren – es veränderten sich die Krankheitscodes, aber immer noch wurde nur zwischen „psychotischen“ und „reaktiven Depressionen“ differenziert, die unverändert zu den „neurotischen Störungen“ zählten - diesmal unter dem Namen: „depressive Reaktion“.

In Kontinuität dieser Klassifizierung kam dann 1968 die nächste Revision. Die ICD-8 brachte jedoch nichts Neues. Unter den affektiven Psychosen wurde weiterhin die involutive Melancholie diagnostiziert, zusätzlich erschienen jedoch andere psychotische Zustände, um als Kriterien für genaueres Definieren behilflich zu sein. Hervorgehoben war:

- involutive Melancholie,
- Depression oder Melancholie, die mit der Menopause zusammenhängt,
- Depression mit Aufregung,
- depressives Agitieren,
- und undefinierte Melancholie.

Darüber hinaus gab es eine separate Kategorie: „andere Psychosen“. In dieser Gruppe fand auch die „depressiv-psychotische Reaktion“ ihren Platz. Es war notwendig, um sie von der „neurotischen Depression“ zu unterscheiden. Sie wurde auch als "psychogene, depressive Psychose" oder "reaktive Melancholie" bezeichnet. In der Wahrnehmung änderte sich jedoch gar nichts und auch in der ICD-8 wurde sie weiterhin nur dann als Krankheit betrachtet, wenn sie von psychotischen Symptomen begleitet war. Hingegen war die „Depression“ weiterhin unter den Neurosen (neurotischen Störungen) kodiert. Unsere Aufmerksamkeit verdient jedoch etwas anderes.

In dieser Klassifizierung erschienen zum ersten Mal „affektive Persönlichkeitsstörungen“, zu denen drei Arten gezählt wurden: hyperthymische, hypothymische und zylothymische (auf letztere wurde schon in früheren Klassifikationen hingewiesen). Diese „Störungen“ sollten wahrscheinlich eine Alternative für Patienten mit „bipolarer Störung“ bieten, wenn diese keine der diagnostischen Kriterien erfüllten. In der Zusammenfassung sollte darauf geachtet werden, dass hier von einer persönlichen, also fest konstituierten Disposition eines Menschen zum

Erleben von verschiedenen emotionalen Zuständen, inklusive „depressiven“, zu sprechen begonnen wurde.

Die nächste Überarbeitung der Klassifizierung erfolgte im Jahre 1979 und existierte formell bis 1998, obwohl die Weltgesundheitsorganisation schon im Jahre 1992 ihre zehnte Revision veröffentlichte. In Polen wurde die Klassifizierung der psychischen Störungen erst im Jahre 1998 veröffentlicht (Forschungs-Diagnostikkriterien - ed. WHO, 1993) und im Jahre 2000 (Klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien - ed. WHO, 1992).

In der ICD-9-CM verstand man „schwere Depression“ weiterhin als „psychische Krankheit“, die unter „affektive Psychosen“ klassifiziert wurde. Mit folgenden Hauptgruppen:

- schwere depressive Störungen, einzelne Episode (in der Kategorie: affektive Psychosen),
- schwere depressive Störungen, rezidivierende Form (in der Kategorie: affektive Psychosen),
- psychotische Depression (in der Kategorie: andere nicht-organische Psychosen),
- neurotische Depression (in der Kategorie: neurotische Störungen),
- affektive Persönlichkeitsstörungen (in der Kategorie: Persönlichkeitsstörungen),
- adaptive Reaktion mit kurzer depressiven Reaktion (in der Kategorie: adaptive Reaktionen),
- adaptive Reaktion mit verlängerter, depressiver Reaktion (in der Kategorie: adaptive Reaktionen).

Wie man also sehen kann, kam es in der ICD-8 zu keinen größeren Veränderungen. Allerdings wurden die „depressiven Störungen“ erweitert. Erst die heute geltende Klassifizierung brachte viel Neues. Die ICD-10 gibt jetzt folgende Kategorien von „depressiven Störungen“ an:

- leichte depressive Episode,
- mittelschwere depressive Episode,
- schwere depressive Episode:
 - mit psychotischen Symptomen,
 - ohne psychotische Symptome;
- rezidivierende depressive Störungen (wiederkehrende Störungen sind

Fortsetzung der Episoden, wenn sie sich wiederholen - die diagnostischen Kriterien bleiben unverändert),

- rezidivierende depressive Störungen, aktuell im Remissionszustand,
- andere rezidivierende depressive Störungen,
- rezidivierende, unbestimmte depressive Störungen,
- Zykllothymie,
- Dysthymie,
- andere, anhaltende (fixierte) affektive Störungen,
- anhaltende (fixierte), unbestimmte affektive Störungen,
- gemischte, affektive Episode,
- wiederkehrende, kurzfristige affektive Störungen,
- undefinierte affektive Störungen,
- gemischte depressive- und Angststörungen,
- adaptive Störungen:
 - kurze depressive Reaktion,
 - verlängerte depressive Reaktion,
 - abwechselnde depressive- und Angststörungen;
- depressive Verhaltensstörungen (bei Kindern und Jugendlichen).

In der obigen Aufzählung wurden organische affektive und einige depressive Zustände (nach einer Störung) weggelassen, weil sie keine Relevanz für die hier angesprochenen Themen haben. Ein genauerer Blick auf die Einstufung von depressiven Zuständen, von ICD-6 bis ICD-10, ermöglicht einige Schlussfolgerungen:

- in den vergangenen 50 Jahren wuchs die Anzahl der Beschreibungen von „depressiven Störungen“,
- in allen Klassifizierungen, mit Ausnahme der jüngsten ICD-10, wurde generell nur zwischen zwei Depressionsarten - psychotischer (Krankheit) und reaktiver oder neurotischer (ein auslösendes Ereignis von Persönlichkeitsstörung) differenziert,
- verschwand ohne Ausnahme die „Depression“ aus der Psychosen-Kategorie in der ICD-10 und fand sich in eigener Kategorie wieder in Form von „affektiven Störungen“ (bipolar) - in der alle oben beschriebenen „Depressionen“, ohne die letztere, ihren Platz fanden,
- in der ICD-10 erschien zum ersten Mal die „leichte“ und „mittelschwere Depression“, die von der „schweren“ (bis in die ICD-9 CM wurde sie unter Psychosen, also psychotischen Krankheiten klassifi-

ziert) durch Intensität und Menge der gleichen Symptome unterschieden wurde.

Sofern früher - noch bis 1998 (offiziell - ICD-9 CM) - generell die „Depression“ als „psychische Krankheit“ oder reaktiver bzw. neurotischer Zustand (entstanden im Zuge einer Krise oder Neurose) betrachtet wurde, kann heute, nach Einführung der „leichten“ und „mittelschweren“ Klassifizierung, nicht mehr so einfach von einer „Krankheit“ oder „Störung“ gesprochen werden. Wenn wir einen Blick auf die diagnostischen Kriterien für eine „Depression“ werfen (wie auf Seite 31 beschrieben), die eindeutig mit menschlichem Leid und nicht mit krankhaften Zuständen zusammenhängen, kann nicht mehr zwischen natürlichem Leiden und einer Störung unterschieden werden, weil Ersteres praktisch „nicht mehr existiert“ (abgesehen von allen Schlussfolgerungen aus dem vorigen Kapitel). Diagnostiziert wird anhand der Zahl der auftretender Symptome (4 Symptome bei der „leichten“, 5 bei „mittelschwerer“ und 7 Symptome bei „schwerer Depression“), wobei der Einfluss von psychoaktiven Substanzen und/oder organischen Faktoren ausgeschlossen wurde.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache ist höchst beachtlich, dass somit jeder Mensch, der sich in schlechter Stimmung befindet - was vollkommen natürlich sein kann, wenn man mit offenen Augen das Weltgeschehen betrachtet, wenn man einsam ist, wenn man schlechte Erinnerungen hat usw. - pessimistisch in die Zukunft blickt (was Persönlichkeitseigenschaft sein, mit Erfahrungen, Temperament usw. zusammenhängen kann), dekonzentriert ist und Schwierigkeiten beim Einschlafen hat, von jedem Psychiater und Psychologen als „Depressionskrank“ diagnostiziert und „behandelt“ werden wird. Wenn zu diesen „Symptomen“ weitere hinzukommen, wie z.B. „Appetitlosigkeit“, lautet die Diagnose schon „mittelschwere Depression“ und schlimmer noch, wenn weitere derartige „Symptome“ auftauchen - was natürlich ist, weil wenn man in gesenkter Stimmung ist, pessimistisch in die Zukunft blickt usw., dann gleichzeitig und adäquat zu dieser Stimmung erscheinen bzw. koexistieren eben Zustände, wie Abneigung gegen Spiel, Spaß und Freizeitaktivität.

Vermutlich würde niemand, der angemessenen Kontakt zur Realität hat, das Erscheinen von oben erwähnten „Symptomen“ mit einem Krank-

heitsbild oder einer Störung in Verbindung setzen. Allerdings nach den Kriterien der Klassifikation „psychischer Störungen“ kann eine „Krankheit“ diagnostiziert werden. Hierbei dürfen wir nicht vergessen, dass diese Klassifizierung im Allgemeinen nur ein statistisches Symptomen-Verzeichnis ist, wo diese, aufgrund ihres gemeinsamen Auftretens, als „Syndrome“, also Krankheitsbilder, beschrieben wurden. Deswegen ist der geringe meritorische Wert von ICD-10 auch auf fast jeder seiner Seite sichtbar. Im Bezug auf diagnostische Kriterien für „Depression“ nehmen wir nur zwei der „Syndrome“ unter die Lupe: Selbstvertrauen- und Selbstwertverlust begleitet von depressiver Stimmung und z.B. Müdigkeit, was die Diagnose „leichte Depression“ ermöglicht. Man braucht hier nur noch „pessimistisches Zukunftsdenken“ hinzuziehen und schon wird über die „mittelschwere Depression“ gesprochen. Nimmt man noch „unberechtigte Schuldgefühle“ und „Ambivalenz“ oder „Zögern“ mit „hohen Intensität“ hinzu (diese Arten von Kriterien sind ein Beispiel für geringen inhaltlichen Wert und sogar fehlende Verbindung zu beschriebener „Störung“), so wird man sofort eine „schwere Depression“ diagnostizieren dürfen. Das, was bei all den erwähnten „Symptomen“ auffällt, ist die Tatsache, dass es sich überwiegend um verfestigte Eigenschaften handelt, die mit der Persönlichkeit eines Menschen zu tun haben und nicht mit vorübergehendem emotionalen Zustand. Diese beschriebenen Kriterien wurden schlicht und einfach falsch entwickelt; allem Anschein nach, haben sie jedoch ihren Hauptzweck erreicht - die Möglichkeit gegeben, Depression bei jedem psychisch gesunden Menschen zu diagnostizieren.

Daraus ist zu schlussfolgern, jeder Mensch, egal in welcher Lebensphase er sich befindet, kann zu einem Psychiater gehen und eine Depressions-Diagnose („leichte“, „mittelschwere“ oder sogar „schwere“) bekommen und als Gegenmittel werden „Antidepressiva“ verabreicht. Die diagnostischen Kriterien sind nämlich so konstruiert, dass sie bei normaler Traurigkeit und Bitterkeit (weil die anderen „Symptome“, angemessen dem Zustand, fast immer begleitend sind), bei jedem und in jeder Lage eine „Depression“ zu diagnostizieren erlauben. Es ist daher zu fragen, ob die „Depression“ in einer bestimmten Lebensphase ein Element eines jeden Menschenlebens ist, oder ist es ein Leiden, da es so alltäglich ist? Ist Leiden eine Störung? Sollten wir alle „behandelt“ werden, wenn es uns schlecht geht?

Natürlich kann jeder Leser auf diese und andere Fragen selbst antworten, der Autor wird dieses Thema nicht weiter entwickeln. Er wird eher auf die Ursache für diesen Zustand aufmerksam machen: die Wichtigste, wenn nicht sowieso die einzige Ursache, ist: Geschäft. Beschriebene Krankheitsbilder, die es in früheren Klassifikationen von „psychischen Störungen“ nicht gab, entstanden nur deswegen, damit die Pharma-Unternehmen Gewinne durch den Verkauf vom „Antidepressiva der neuen Generation“ erzielen können und die Psychiater und Psychologen Warteschlangen vor ihren Praxen haben. Alle wollen sich hier aufgrund eines natürlichen, menschlichen Leidens freudig bereichern. Zur gleichen Zeit ist sogar niemand hier das Opfer, einschließlich der Patienten, die nach Linderung ihres Leidens suchten und es doch meist gefunden haben (nicht notwendigerweise durch verschiedenen „Medikamente“, aber durch andere Faktoren, die einen Arztbesuch wegen Rezeptverschreibung begleitend auch ausmachen, wie z.B. sozialer und sprachlicher Kontakt). Darüber hinaus erhält der Patient eine „Diagnose“, für die er sich nicht zu schämen braucht, weil die Behandlung von „Depressionen“ mit keinen negativen sozialen Untertönen assoziiert ist - das ist die Folge der seit 20 Jahren andauernden und bislang in ungekanntem Ausmaß angetriebenen Pro-„Depression“-Propaganda.

Um zum Hauptthema zurückzukehren: es ist kein Zufall, dass die diagnostischen Kriterien, die in der Klassifikation von psychischen Störungen für „leichte“ und „mittelschwere Depression“ beschrieben wurden, mehr oder weniger zur gleichen Zeit mit der Produktion der „dritten Generation“ von Antidepressiva erschienen sind, die den Serotonin-Spiegel regulieren sollen, um eine Verbesserung der Stimmung beim „Kranken“ zu bewirken. Zu dieser Gruppe gehört das hochgepriesene „Prozac“ (Fluoxetin) - eingeführt zum Verkauf 1988 und vier Jahre später kam die ICD-10 mit einer ganz anderen Sicht über Depression, als die, die in der immer noch geltenden Ausgabe ICD-9-CM ihre Gültigkeit hatte.

Die Kriterien für eine Diagnose Depression wurden in solcher Art und Weise ausgebaut, dass bei so vielen mentalen Zuständen, wie nur möglich, „Antidepressiva“ verordnet werden können. Sie kommen auch in Stress- und Krisensituationen zum Einsatz, die in der ICD-10 als „Anpassungsstörungen“ beschrieben wurden - obwohl wir es hier mit natürlichen Zuständen zu tun haben, die immer mit schwierigen Leben-

sereignissen verbunden sind. Es ist eine Art Alternative zur „richtigen Depression“, bei der der befreiende Faktor schwieriger herauszufinden ist. „Anpassungsstörungen“ mit Depression im Verlauf - so wurde einmal die „reaktive Depression“ diagnostiziert und verstanden.

Das Problem, das hier auftaucht, betrifft die Tatsache, dass alle neurotischen oder Krisenstörungen, und als solche sollte die „reaktive Depression“ betrachtet werden, immer mit Psychotherapie „behandelt“ wurden (weil sie keine Krankheiten sind und somit keine pharmakologische Behandlungen zulässig sind - zulässig ist jede Art von psychologischer Hilfe; medikamentöse Behandlung kann in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen angewendet werden. Denn wie wir wissen - der Patient kann sich dadurch besser fühlen, er wird jedoch nicht geheilt). Ähnlich ist es mit der „leichten“, „mittelschweren“ und „schweren Depression“, weil hier, wie zu vermuten ist, die Ätiologie in der Persönlichkeit des Patienten liegt. Aber es ist auch im Einvernehmen (mit traditionellem Ansatz) mit seiner spezifischen Wahrnehmung und Realitätsempfindung, die durch das Prisma der in ihm gebildeten Erkenntnis- und Emotionsstrukturen entwickelt werden.

Allerdings, so wie bei den „neuen“, setzt die heutige „moderne Psychiatrie“ mit Druck auch bei den klassischen „depressiven Störungen“ die Pharmakotherapie auf den ersten Platz der „Behandlungsmethoden“, weil angeblich ein „Medikament“ entdeckt wurde, das das Richtige bei dieser „Erkrankung“ sei, nicht toxisch sei und nicht abhängig mache (wie behauptet wird). Dazu kommt noch die radikale Abkehr von kausaler Diagnose zur symptomatischen Behandlung. So können „Antidepressiva“ nicht nur bei „Depressionen“ verabreicht werden, sondern auch bei jedem Zustand und bei jeder Krankheit, die von kurzen „depressiven“ Stimmungen begleitet werden.

Derzeit braucht sich kein Arzt mehr nach den Gründen des Leidens seines Patienten zu erkundigen, um ihm die „richtige Medizin“ zu verschreiben. Er muss es nicht tun, weil es unwichtig ist, ob diesem „depressiven Zustand“ schwierige Ereignisse vorausgingen oder nicht, also, ob der Patient gesund ist, oder „krank“ - oder, ob er aufgrund einer „Krise“ leidet oder ob er eine „Persönlichkeitsstörung“ hat, Schizophrenie, Krebs usw. All das ist unwichtig, wenn die Kriterien einer „depressiven Störung“ erfüllt sind, unabhängig von ihrer Schwere und der Tatsache, ob es sich hier um gesunde Menschen handelt (im Stress,

Krisen, im Leiden) oder Patienten mit anderen „Erkrankungen“, in jedem Fall wird das gleiche Medikament verabreicht und in dessen Patienten-karteikarte wird eingetragen: „Schizophrenie mit Depression im Verlauf“, „adaptive Störungen mit einer längeren depressiven Reaktion“, „depressive Episode bei Alkoholabhängigkeit“, „depressive Episode bei Krebs“, etc. Eventuell wird dem Patienten weitere psychologische oder psychotherapeutische Beratung als „Zusatzbehandlung“ empfohlen.

Diese Schlussfolgerungen beziehen sich auf das Titelthema - Depression und Suizid - und wir kehren im folgenden Kapitel zu ihnen zurück, da sie in enger Beziehung zu der inneren Korruption des Verhältnisses von Pharmaunternehmen und Arzt stehen. Darüber spricht oder weiß man nichts.

An dieser Stelle sollten die „Antidepressiva“ etwas näher betrachtet werden, um damit „Medikamente“ kennen zu lernen, die die Psychiatrie und die moderne Welt „veränderten“. Zuvor ist es jedoch sinnvoll, die o. gen. Informationen zusammenzufassen:

Im vorangegangenen Kapitel lag der Fokus auf dem Mangel an Gründen, die „Depression“ als Krankheit oder Störung bei fehlender Spezifikation für das Leiden anzuerkennen.

In diesem Kapitel drehte es sich darum, wie Medizin die Tatsache „verwendet“, dass das natürliche psychische Leiden unbestimmt ist, was die Einführung von „leichter“ und „mittelschwerer Depression“ ermöglichte (die von natürlichem Leiden kaum zu unterscheiden zu sein scheinen), die dann als eine Krankheit „behandlungsbedürftig“ wurde.

Es spiegelt unverändert die Passivität der Allgemeinen Psychologie wieder und diese trägt die volle Verantwortung für das o. Dargestellte. Denn die klinische Psychologie ist, wie die Psychiatrie, abhängig. Dank der Existenz psychologischer diagnostischer Einheiten gewinnen Tausende von Fachärzten mehr Patienten, die regelmäßig zu therapeutischen Sitzungen kommen und das Einkommen steigern. Wenn also auch die Psychologie „infiziert“ ist und ihre Existenz von der Existenz der falschen Diagnostik abhängig ist, dann nimmt jede Hoffnung auf wesentliche Veränderungen dieser „Ordnung“ ab.

Angebliche Antidepressiva

Also hat die „Depression“, zumindest die „leichte“ und „mittelschwere“, keine logische und ethische Daseinsberechtigung (denn selbst das Bewusstsein, dass Depression ein natürlicher Leidenszustand sein könnte, der durch fehlende Spezifikation von der „Krankheit-Depression“ nicht unterscheidbar ist, lässt bei Verwendung des Wortes „Depression“ schon über die Ethik der Wortschöpfung „Störungen“ in diesem Zusammenhang nachdenken). Was schlagen Medizin und Psychologie jenen Patienten vor, denen sie eine solche Störung mit Behandlungsbedarf aufdrängen?

Wir richten hier die Aufmerksamkeit auf „leichte“ und „mittelschwere Depression“, da die Einführung dieser Klassifikationen die Fähigkeit zur Differenzierung, was Norm und was „pathologisch“ sei, verzerrte. Wichtig ist weiterhin die Tatsache, dass die neue Generation von Antidepressiva, die vor allem für diese beiden Zustände bestimmt sind, dadurch auffällt, dass sie bei „schwerer Depression“ nicht wirken soll, weil sie angeblich „zu schwach“ sei - man verwendet dann andere Medikamente, die hier nicht angesprochen werden.

Im vorigen Kapitel wurde der zeitliche Zusammenhang erwähnt, zwischen der Markteinführung der besprochenen „Medikamente“ und der Einführung in die Klassifikation psychischer Störungen der „leichten“ und „mittelschweren Depressionen“ - in genau dieser Reihenfolge. Das ist ein klarer Präzedenzfall, weil es noch nie zuvor erst das Medikament gab und danach erst die Krankheit dazu „entwickelt wurde“ und außerdem können diese Zustände nahezu universell bei jeder anderen Krankheit diagnostiziert werden, nicht nur bei „psychischen Krankheiten“. (Man sollte einen genaueren Blick auf diese „Medikamente“ werfen und erklären, wie sie nach Meinung der Ärzte und Produzenten wirken sollen).

Kurz gesagt: Der Einsatz von Pharmakotherapie bei „depressiven Zuständen“ wird mit chemischen Veränderungen im Gehirn gebilligt und erklärt.

Damit ist aber bislang noch nicht im Geringsten erklärt, ob erst die Veränderungen im Gehirn und dann im Verhalten und Wohlbefinden auftreten - also ursprünglich für den „Depressionszustand“ sind, dass erst

etwas Trauriges im Leben des „Kranken“ geschieht (von außen oder von Innen) und danach gibt es dann die Veränderungen im Gehirn, d.h. sie wären sekundär. Es gibt hier keine Klarheit, obwohl die meisten Forschungsergebnisse psychologische Faktoren nahe legen, auch bei „schwerer Depression“.

Erwähnte negative Faktoren, die die Manifestation von "Depression" (Leiden) beeinflussen können, sind oft schwere Ereignisse in der Vergangenheit, deren Wirkung, über mehrere Jahre verteilt, in Erscheinung tritt. Nach Ansicht des Autors, die später noch erläutert wird, ist kaum zu erwarten, dass bei anscheinendem Mangel von greifbaren Gründen, obwohl diese in der Regel vorhanden sind, meist ein endogener, biologischer, etc., Zustand interpretiert wird. Die statistische Klassifikation der Erkrankungen, ICD-10, ist eine Methode, um diese Gründe diagnostisch zu liefern - wie Sie wissen, es wird in der Regel überhaupt nicht danach gesucht, weil die Diagnose als "symptomatisch" gilt und die Gründe für eine medikamentöse „Behandlung“ ohne Bedeutung sind. Dies ist jedoch eine Abschweifung und Erläuterung, wie eine „schwere Depression“ auch bei scheinbarem Fehlen auslösender Faktoren zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben auftreten kann. In Wirklichkeit existieren diese Vorkommnisse, jedoch in ferner Vergangenheit des Patienten, mit anderen Worten, in dessen Lebensgeschichte (in seinem Gedächtnis und seiner „Vergessenheit“) und nicht in Veränderungen im Gehirn, die unbekannter Herkunft seien.

Folglich scheint Pharmakotherapie nicht die richtige Lösung zu sein. Sie wird jedoch nicht nur bei „endogenen“ Zuständen, sondern auch in den „reaktiven“: z.B. bei Stress und Krisen angewandt. Es sollte überprüft werden, ob z.B. bei Stress und Krisen, aber auch bei anderen Zuständen, Veränderungen im Gehirn stattfinden, die den Einsatz von „Antidepressiva“ rechtfertigen könnten. Doch bevor dies geschieht, ist eine kurze Einführung zum Charakter der „Antidepressiva der neuen Generation“ angemessen.

Vorhin erwähnter Zusammenhang von „Antidepressiva“ mit „leichter“ und „mittelschwerer Depression“ betrifft „Medikamente“, die im Gehirn das Serotoninniveau regeln (die SSRI, SSRE und SNRI). Ähnlich wirken ältere, trizyklische „Medikamente“, sie sind jedoch viel giftiger, besonders beeinträchtigen sie Herzfunktionen, weil gerade sie für diese Zustände verschrieben werden. Ganz allgemein sollen diese „Medika-

mente“ das Serotoninniveau im Gehirn erhöhen, was rückwirkend die Stimmung verbessern soll. Dieser Mechanismus ist somit sehr einfach. Wie bereits gesagt, ist kaum bekannt, ob chemische Veränderungen im Gehirn primär oder sekundär nachhaltig (mindestens für 2 Wochen) zu den exogenen Faktoren oder verzögerten endogenen Faktoren (Vergangenheit des Patienten) gehören, denn für die Wirkung der „Antidepressiva“ hat es keine Bedeutung, weil sie theoretisch in beiden Fällen wirken. Durch Zufall wurde während der Forschung zur Tuberkulosebehandlung ein Wirkstoff gegen „Depression“ entdeckt (Monoaminoxidase-Hemmer/IMAO-Hemmer - eine sehr giftige und in vielen Ländern gleich nach der Einführung von TLPD zurückgezogene Substanz), nun wurde behauptet, dass unter den vielen Verbindungen, die in IMAO zu finden waren, Serotonin am wichtigsten für die Behandlung von „Depression“ wäre („Medikamente“ vor IMAO und TLPD wurden auf der Basis von Amphetaminen hergestellt - um die Kranken zu stimulieren - und wurden seit den 30er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts verwendet).

„Medikamente“ aus der Gruppe TLPD, die in den Verkauf in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eingeführt wurden, waren schon auf diese Regulierung gerichtet. Die Gruppe der SSRI, SSRE und SNRI (Gruppe „S“) wurde in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre entdeckt, und in den 1980er Jahren kamen die meisten in den Handel. Zuerst kam 1982 Zimelidin, was schon ein Jahr später vom Markt genommen wurde, da es bei einem der Patienten Guillain-Barré-Syndrom induziert hatte (Shorter, 2005). Man soll also nicht staunen, dass während der Entwicklung dieser „Medikamente“ sehr große Hoffnungen in sie gesetzt wurden, weil sie weniger giftig als die bisherigen waren und - wie behauptet wurde - keine Abhängigkeit hervorriefen, und ihre spezifische Wirkung auf das serotonerge System verfeinert wurde.

Es wurde weiter gesucht. Klinische Studien wurden durchgeführt, um genau die unspezifischen Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Substanzen zu bestimmen. Auf diese Weise wurden viele neue Fakten zum Thema „Antidepressiva der neuen Generation“ entdeckt - und das mehr oder weniger im letzten Vierteljahrhundert. U.a. fand man heraus, dass sie außer bei depressiven auch in vielen anderen psychopathologischen Zuständen wirksam waren, weil hier auch ein gesenkter Serotoninspiegel aufgezeichnet wurde, den die Medikamente aus der Gruppe „S“ regu-

lierten. Dementsprechend war ihr umfassender Einsatz nicht nur wegen der Behandlung der „Begleiterkrankungen“ bei vielen „Depressionsstörungen“ gerechtfertigt, sondern auch aufgrund des niedrig gemessenen Serotoninspiegels, wie bei einer „Depression“.

Auf diese Weise wurde gezeigt, dass „Antidepressiva der dritten Generation“ sehr breite Anwendbarkeit haben können. Aber es hat sich auch herausgestellt, dass sie sich im Bereich, wo die größten Hoffnungen bestanden hatten - also in der Behandlung von „schwerer Depression“ - nicht gewirkt hatten, weil sie „zu schwach“ wären. Man hatte ein Medikament gegen „schwere Depression“ ausprobiert, das sich nicht bewährt hatte. Auf diese Weise wurde die „leichte“ und „mittelschwere Depression“ geboren. Da die „neuen Medikamente“ mehrere Jahre Untersuchungen und großen finanziellen Einsatz erforderten, musste nun rekompensiert werden.

Hier ist anzumerken, welche „Zustände“, „Störungen“ und „Krankheiten“, außer den „depressiven“, durch niedrige Serotoninspiegel gekennzeichnet sind und bei welchen dieser Zustände der Einsatz von „Antidepressiva“ aus der Gruppe "S" gerechtfertigt werden könnte, um das Wohlbefinden der Patienten zu verbessern. Es wurde in wissenschaftlichen Untersuchungen bewiesen, dass niedriger Serotoninspiegel im Gehirn mit Folgendem korreliert:

1. Bei Stress: - es muss infrage gestellt werden, dass Schlussfolgerungen aus Studien an Nagetieren auf den Menschen verallgemeinert werden können, aber solche Untersuchungen bilden aufgrund ihrer genauen Kontrolle der Bedingungen die Grundlage für viele Studien (Perveen, Zehra, Haider, Akhtar und Haleem, 2003).

Aber wichtig ist, der Stress kann auch den Serotoninspiegel im Gehirn erhöhen (Bliss, Ailion und Zwanziger, 1968). Es scheint so zu sein, dass es vom Stresscharakter abhängt: starker und kurzfristiger Stress (erhöhter Serotoninspiegel - eine Abwehrreaktion) versus chronischer Stress (gesenkter Serotoninspiegel - in Übereinstimmung mit dem Mechanismus der Ausbeutung von Abwehrressourcen im Körper). Oben zitierte Autoren, die in der Studie bei Stress erhöhte Serotoninspiegel beobachteten, interpretierten diese Tatsache auf folgende Weise: Die anfängliche Überproduktion von Serotonin wird als Reaktion auf ihren zu großen und plötzlichen Verlust erkannt, was

durch Stress verursacht wurde. Mit anderen Worten: Bei Stress wird übermäßig Serotonin verbraucht, was zur Verringerung des Serotoninspiegels führt, was - nach Meinung des Autors - objektiv zum Vorschein kommt (in Form von niedriger Serotoninkonzentration), wenn der Körper nicht mehr in der Lage ist, diese Defizite auszugleichen (nach der Stresstheorie von Sely).

2. Bei Hungersnot - was in den oben zitierten Studien offensichtlich wird, da hier Nahrungsentzug ein kontrollierter Faktor war, um Stress auszulösen. Allerdings kam es zu Veränderungen im Serotoninspiegel, abhängig von der Ernährung, was eine direkte Abhängigkeit suggeriert.
3. Bei Aggression - (Brown et al., 1982; Coccaro, 1989; Frankl et al., 2005; Kaye und Strober, 1999 u.a.).
4. Bei Gewaltopfern - es betrifft Opfer, die Gewalt von ihren Nächsten erfuhr; man untersuchte aggressive, missbrauchte Kinder mit ADHS (Halperin et al., 1997). In anderen, sehr wichtigen Studien wurde bewiesen, dass Stressfaktoren und Gewalt, die auf das Kind in den ersten Lebensjahren wirkten, den gesamten Aufbau des Gehirns (Hauptdefizite: Reduktion der Benzodiazepinrezeptoren, Hemmung des Wachstums des Corpus Callosum, erhöhte Aktivität des limbischen Systems) und seiner Funktion (Erhöhung des Dopamin- und Verringerung des Serotoninspiegels in den Mandelkernen) beeinflussen konnte, was bei einigen Menschen (wegen der kritischen Phase der Hirnentwicklung) dauerhaft zur Verringerung von Fähigkeiten führte, z.B. Freude zu empfinden, aggressives und Sexualverhalten zu kontrollieren und zu steuern, was anti-soziale Persönlichkeit erzeugte, Borderline-Persönlichkeiten formte und ADHS, PTBS, Depression und Süchte induzierte (Teichert, Andersen, Polcan, Anderson und Navalta, 2002; Teichert et al., 2003).

Hier zitierte Studien bestätigten die Ergebnisse des ersten Unterpunktes von Stress (diesmal auf Menschen bezogen) und betonten, dass chronischer Stress die Konzentration von Serotonin nicht nur vorübergehend, sondern dauerhaft senken kann. An dieser Stelle wandeln sich alle psychoanalytischen und psychologischen Exkurse über die Auswirkungen der frühen Kindheit auf den Rest des Lebens von der sehr wahrscheinlichen Hypothese in eine greifbare Sicherheit um, was vollständig objektiv bestätigt werden kann - daher die Hypo-

these, dass viele psychiatrische „Erkrankungen“ (nicht nur im vorliegenden Kontext - Koexistenz mit gesenktem Serotoninspiegel) eine psychologische und nicht biologische Ätiologie haben - wie es scheint, werden ähnliche Fakten oft falsch als genetische Störungen interpretiert.

5. Bei Selbstmördern - (Beskow, Gottfries, Roos und Winblad, 1976; Brown et al., 1982; Coccaro, 1989; Lloyd, Farley, Deck und Hornykiewicz, 1974; Owen et al., 1983; Shaw, Camps und Eccleston, 1967; Stone, 2001). Was hier wichtig erscheint, in den vom Autor entdeckten dutzenden von Studien, die in den letzten 40 Jahren durchgeführt wurden (einige von ihnen wurden oben aufgeführt), die nach Verbindung zwischen gesenktem Serotoninspiegel und Selbstmord suchten, wurde nur in weniger als der Hälfte der Fälle positive Korrelation gefunden (7 Studien v. 8 - postmortale Untersuchungen, Selbstmörder und Kontrollgruppe). Allerdings bei depressiven, von Suizid bedrohten Patienten beobachtete man des Öfteren eine Verbindung des gesenkten Serotoninspiegels mit einem Selbstmord (14 v. 8), was uns in einem gewissen Grad berechtigt, das Selbstmordphänomen unter die Faktoren zu subsumieren, mit denen niedriger Serotoninspiegel korreliert; diese Situation ist jedoch nicht geklärt, bzw. diesbezügliche Forschungen sind nicht überwiegend, somit nicht signifikant.

Hier ist wichtig zu erwähnen, dass angesichts der großen Zahl von anderen Faktoren, in denen eine niedrige Konzentration von Serotonin auftritt, sich die Relation von Depression und Selbstmord entspannt. Es kann nicht mit Nachdruck behauptet werden, dass zwischen diesen Phänomenen eine kausale Verbindung besteht, außer der offensichtlichen, positiven Korrelation. Dies gilt umso mehr, da in den zuvor zitierten Studien auf die Tatsache hingewiesen wurde, dass eine Erhöhung des Serotoninspiegels durch „Antidepressiva“ und damit Verbesserung der Stimmung eines „depressiven“ Patienten, nicht die Suizidgefahr reduziert. Suizide scheinen also nicht die Folge des gesenkten Serotoninspiegels oder damit verbundener Depression zu sein, worauf der Autor einst hingewiesen hatte (Stukan, 2008).

6. Bei Mördern - solche, die nach Kindesmord Selbstmord begangen haben (Lidberg, Asberg und Sundqvist-Stensman, 1984). Andere Studien haben entgegen den vorherigen eine erhöhte Konzentration

von Serotonin im Mördergehirn gezeigt (Lande, 2003). Eigentlich also, obwohl verminderte Konzentration von Serotonin mit Morden verbunden wird, was eine direkte Folge der positiven Korrelation zwischen gesenktem Serotoninspiegel und gesteigerter Aggressivität sein kann, aber, wie zu sehen ist, auch die Erhöhung des Serotoninspiegels kann ähnliche Wirkung haben (mit anderen Worten: Signifikant ist hier die Dysregulation der mittleren Konzentration, unabhängig von der Richtung - es sollte betont werden, dass es hier keine kausale Verbindung gibt, weil es dazu keine Beweise, nur eine Korrelation gibt, weil die Veränderungen der Serotoninkonzentration nur ein Indikator für andere Veränderungen im Gehirn sein können, die sowohl bei Aggression als auch bei Depressionen und anderen Zuständen auftreten).

Erklärung können hier Tierversuche liefern (Ratten, Affen), in denen ebenfalls festgestellt wurde, dass erhöhte Aggressivität bei den oben beschriebenen Tierarten, mit einigen Unterschieden, auftrat - erhöhte Serotoninkonzentration trat bei aggressiven, dominanten Tieren auf (verbunden mit Rudelführung, bzw. einer hohen Position in der Gruppe) und eine niedrige Konzentration mit impulsiver Aggression (Ferris, 2006, Kern, 2004; Moskowitz, Pinard, Zuroff, Annable und Young, 2004; Hollander, Posner und Cherkasky, 2002 und viele andere).

7. Bei Verbrechern - (Caspi et al., 1994; Moore, Scarpa und Raine, 2002).
8. Bei obsessiven Zwangsstörungen - (Goodman und Villapiana, 2001; Stein und Hollander, 1993; Sahley, 2001 und viele andere).
9. Bei Furcht - (Sahley 2001) eine Beziehung kann hier durch Bindung von Angst und Stress, der sie befreit hat, bestehen und es scheint, dass man es nur so interpretieren kann; es existieren nämlich viele Studien, die der Beziehung von geringer Serotoninkonzentration und Angst widersprechen, sie bestätigen jedoch, dass Angst mit hoher Serotoninkonzentration korreliert.
10. Bei Persönlichkeitsstörungen - unter den charakteristischen Eigenschaften des niedrigen Serotoninspiegels werden am häufigsten impulsive Aggression, Instabilität und antisoziales Verhalten erwähnt. Man assoziiert sie meistens mit Persönlichkeitsstörungen, Strahl B. Eine Korrelation zeigen hier Coccaro et al., 1989, 1996, Depue,

Collins und Luciana, 1996) und viele andere.

11. Bei geringem Selbstwertgefühl - wie behauptet wird, generiert ein niedriger Serotoninspiegel ein geringes Selbstwertgefühl (Sprenger 1999).
12. Bei Gedächtnis- und Konzentrationsschwäche - Symptome einer „Depression“, wie sie behauptet werden (Starr, Evers und Starr, 2009).
13. Bei Übermüdung (wie behauptet wird, Symptom einer „Depression“) - was mit dem Einfluss des Serotonins auf den Schlaf- und Wachrhythmus zu tun hat.
14. Bei Abhängigkeit - wahrscheinlich gibt es hier eine Verbindung mit einer Art von „sich fallenlassen“ und Stress, und häufigerem Griff zum Alkohol auch im jüngeren Alter, was auch einen Bezug zur Impulsivität hat (Sahley, 2001; Virkkunen und Linnoila, 1990).

Niedrige Serotoninkonzentration wäre daher dem Alkoholismus gegenüber primär - auf eine interessante Weise verbindet sich diese Tatsache mit den oben zitierten Studien, wo über dauerhafte Veränderungen des serotonergen Systems als Folge der in der frühen Kindheit erlebten Gewalt gesprochen wird - Familienpathologie und Alkoholismus werden hier eng zusammen gesehen.

Darüber hinaus gibt es Studien, bei denen der Alkoholismus des Vaters mit niedrigem Serotoninspiegel bei seinen Kindern in Bezug gesetzt wird (Linnoila und Virkkunen, 1992). Wahrscheinlich hat hier der Stress eine entscheidende Bedeutung.

15. Bei Schlafstörungen - wie behauptet wird, Symptome einer Depression - (Blätter, 2006; Golbin, Freedman und Kravitz, 2004).
16. In der Adoleszenz - im Vergleich zum Erwachsenenalter (Crowell et al 2008; Wrangham und Peterson 1996) - in der ersten der zitierten Studien wird die Aufmerksamkeit auf Konflikte der Jugendlichen in Beziehung zu ihren Eltern gerichtet und der Stress mit Senkung des Serotoninspiegels (Interpretation des Autors) interpretiert, der damit zusammenhängt, was möglicherweise zu Selbstverletzungen führen kann.
17. Bei vielen anderen.

Die meisten Studien lieferten keinen Beweis dafür, dass eine Verbindung zwischen den beschriebenen Faktoren und niedrigem Serotoninspiegel besteht, da sie selten methodisch ordnungsgemäß durchgeführt

wurden. Sehr oft war es so, dass den Patienten mit einer bestimmten Störung Medikamente aus der Gruppe "S" verabreicht wurden, um dann von dieser Verbindung zu behaupten (das ist eine Überinterpretation), dass sie eine Verbesserung ihres Wohlbefindens und Steigerung der Serotoninkonzentration bewirkte. Jedoch sind während des gesamten Stimmungsverbesserungsprozesses noch eine Menge anderer chemischer Verbindungen im Gehirn beteiligt, die auf die Veränderungen der Serotoninkonzentration reagieren (z.B. Dopamin, Endorphine), sowie andere Faktoren, wie therapeutischer Kontakt, Unterstützung, Überwindung der Isolation, etc. Ohne auf Gehirnc Chemie näher einzugehen, da der Autor kein Fachmann auf diesem Gebiet ist, wird hier als Tatsache betrachtet, dass niedriger Serotoninspiegel positiv mit mehreren „psychischen Störungen“, emotionalen Zuständen, Verhalten und sogar Perioden des menschlichen Lebens korreliert (das bedeutet jedoch nicht, dass hier auf irgendeine Weise eine kausale Verbindung besteht, um so mehr, was bereits betont wurde, dass nicht bekannt ist, ob Veränderungen in der Serotoninkonzentration im Gehirn primär von objektiven Veränderungen verursacht sind oder nicht). Das ist aber nicht das Wichtigste.

Nach Akzeptanz der Tatsache, dass die besprochene Korrelation bestünde (unabhängig von ihrem Charakter) und aus den Ergebnissen der oben zitierten Studien geht hervor, dass Antidepressiva aus der Gruppe "S" keine Medikamente gegen Depressionen sind und in keinem Fall so genannt werden dürfen.

Wenn also ein niedriger Serotoninspiegel in so vielen Zuständen vorkommt, die von Depression verschieden sind und die keinen Zusammenhang mit anderen Depressionssymptomen haben, die zu Stimmungssenkung führen, erscheint das Benennen eines Serotoninkonzentration regulierenden Medikamentes als „Antidepressivum“ unberechtigt (egal, ob es um Senkung oder Erhöhung dieser Konzentration geht), denn es ist völlig unspezifisch zu dieser Störung auch dann, wenn es wirksam ist. Die Anwendung eines Medikamentes, das laut oben Gesagtem tatsächlich bei vielen Patienten wie ein Placebo funktioniert (was in Dutzenden von wissenschaftlichen Studien nachgewiesen wurde - Unterschiede zwischen den Patienten, die ein Medikament aus der Gruppe „S“ bekamen und der Placebo-Gruppe waren in der Regel statistisch nicht signifikant, bzw. es gab nur geringe Unterschiede), ist nichts anderes, als nackter Betrug. Dieses Mal geht es hier jedoch im

engeren Sinne und realistischer Weise um die Gewinne für Pharmaunternehmen, die häufig die angesprochenen Forschungen finanzieren - wobei negative Ergebnisse geheim gehalten werden (die Beweise dafür liefert das nächste Kapitel).

Es liegt die Idee nahe, dass hier ein antipharmazeutischer Kreuzzug geführt wird, aber dem ist nicht so. Im Gegenteil: in seiner klinischen Praxis ermutigt der Autor seine Patienten, wenn auch selten, zur Einnahme von „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“, aber nicht „gegen Depression“, sondern in Zuständen, die mit gesenktem Serotoninspiegel in Verbindung gebracht werden - die Bedingung hierbei jedoch ist, dass die Patienten mit allen Tatsachen zu diesem Thema bekannt gemacht werden und dass es ihre souveräne Entscheidung ist.

Die oben beschriebenen Studien zeigen deutlich, dass die „Antidepressiva“ bei vielen Zuständen, auch „depressiven“, wirksam sein können. Auch dann, wenn man ihren Wirkmechanismus nicht kennt. Auf Grund dieser Tatsache kann man sie nicht radikal ablehnen, weil keine Sicherheit besteht, wann sie wie ein Placebo betrachtet werden können und wann sie spezifisch wirken - schlafregulierend, appetitanregend, etc. Patienten sollten sich jedoch dessen bewusst sein, dass sie keine „Antidepressiva“ einnehmen und man sollte aufhören, ihnen solches einzureden. Sie nehmen also Substanzen zu sich, die ihnen helfen könnten, sie sind aber gegen eine „Depression“ unspezifisch und man weiß nie, welche Nebenwirkungen auftreten und ob die gewünschte Wirkung erzielt wird - weil sie selektiv und nur bei einigen Menschen wirken. Es macht also keinen Sinn mehrere Monate zu testen, welches Medikament „wirkt“, was viele Patienten auf Wunsch des Arztes tun, denn wie wir wissen, gibt nur die drei Möglichkeiten (außer noch toxischeren „Medikamenten“): SSRI, SSRE und SNRI. Wenn also maximal nach einem Monat Einnahme eines „Medikamentes“ aus jeder dieser Gruppen keine Verbesserung eintritt, sollten sie endgültig abgesetzt werden, sonst würde nur unnötig Geld ausgegeben. Es werden sich nur die Handelsnamen ändern, aber nicht ihre chemische Zusammensetzung.

Es geht also nicht darum, dass man diese Medikamente überhaupt nicht einnehmen sollte (obwohl das die beste Lösung sein würde) sondern darum, dass die Patienten wissen, was sie einnehmen (im Notfall könnten sie wie ein „Schmerzmittel gegen psychischen Schmerz“ betrachtet werden). Mit anderen Worten: Es geht hier einfach um Ehrlichkeit. Denn,

wie aus dem vorherigen Kapiteln hervorgeht, wenn, gerade die „leichte“ und „mittelschwere“ Depression „nicht existiert“ (in Bezug auf die Existenz vom natürlichen Leiden - nicht auf „Krankheit“), dann sollte kein Medikament dagegen existieren. Medikamente aus der Gruppe „S“ haben mit Depression genau so viel zu tun, wie mit Aggression, Kriminalität, Stress, Pubertät, etc. und mit Sicherheit sind sie keine „Antidepressiva“, es sei denn, wir akzeptieren ersatzweise auch Namen, wie: „Antistressiva“, „Antikriminalitätssiva“, „Antipubertätssiva“, etc. Würden wir die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ als „Antidepressiva“ anerkennen, dann müssten wir analog dazu z.B. Medikamente, die zur Blutdrucksenkung verabreicht werden, der z.B. beim Stress oder Aufregung erhöht ist, als Medikamente gegen Stress oder gegen Aufregung und nicht zur Blutdrucksenkung bezeichnen. So kann man also über die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ nicht mehr sagen als, dass sie:

- fraglich die Serotoninkonzentration im Gehirn regulieren,
- breite Anwendung haben in Anbetracht der Tatsache, dass reduzierte Serotoninkonzentration bei vielen emotionalen Zuständen auftritt. Wenn jedoch ein Psychiater den Eltern eines heranwachsenden Kindes eine „Depression“ bei dem Kind einredet und dann ein „Medikament“ aus der Gruppe „S“ verordnet, was die erwartete Wirkung zeigt, dann wird Unterstützung dieser Art nicht zum Beweis für die Tatsache, dass der Jugendliche eine „Depression“ hatte und dass dabei die Medikamente aus der Gruppe „S“ wirksam gewesen wären, sondern wird im Hinblick auf das Wissen, dass in der Adoleszenz ein gesenkter Serotoninspiegel im Gehirn auftreten kann, in diesem Fall die Verabreichung eines „Medikamentes“ aus der Gruppe „S“ nichts anderes sein, als eine „chemische Kastration des heranwachsenden Lebens“,
- von Patienten eingenommen werden können, wenn diese die Entscheidung treffen, weil es ihnen hilft und wenn nicht, sollten sie es absetzen und sich nach einer anderen Art von professioneller Hilfe umschauen, falls sie diese wünschen. Die einzige objektive Tatsache, die einen Arzt dazu bewegt, dem Patienten eine Pharmakotherapie mit Medikamenten aus der Gruppe „S“ zu verordnen, ist an erster Stelle die, dass er nicht für eine Psychotherapie (alle Neurosen- und Persönlichkeitsstörungen) oder für eine psychologische Unterstüt-

zung qualifiziert ist (eine Grundmethode der Unterstützung bei jeglichen adaptiven Störungen - Stress und Krise),

- in der Tat psychostimulative und drogenähnliche Substanzen sind, ähnlich wirkt die bekannte Droge LSD, die serotonerge Transmission blockiert, oder Ecstasy, das die Zellen stimuliert, die die Serotonin produzieren (viele Patienten behaupten, dass sie nicht ohne die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ funktionieren könnten. Aber es ist nicht deswegen so, weil diese „Medikamente“ ihnen bei „Depression“ helfen, sondern weil sie von ihnen abhängig sind und ein psychisches und physisches Unbehagen empfinden, wenn die Droge in ihrer Wirkung nachlässt, ähnlich wie bei jedem Drogensüchtigen auch).

Wenn angesichts der oben genannten Fakten immer noch Bedenken in der Relation zwischen niedrigem Serotoninspiegel und einer „Depression“ bestehen sollten - selbst, wenn eine Korrelation besteht, ist sie „zufällig“, obwohl zwischen der „Depression“ aus der ICD-10 und den „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ vom Zufall keine Rede mehr sein kann (Erklärung im weiteren Textverlauf) - müssen noch andere Studien genannt werden.

Es wurde nämlich festgestellt, dass ein gesenkter Serotoninspiegel bei romantischer Verliebtheit auftritt (Marazziti, Akiskal, Rossi und Cassano, 1999) - diese Studien konzentrierten sich auf den Vergleich von Personen, die gerade verliebt waren, die nicht verliebt waren und Personen mit Zwangsstörungen. Die verliebten Menschen und Menschen mit sog. Zwangsstörungen hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe einen niedrigen, gesenkten Serotoninspiegel. Dies wurde auch von Fisher (1998) berichtet, der mehrere Forschungsstudien zu diesem Thema zitiert.

Die Wissenschaftler versuchten diese Abhängigkeit zu verstehen, ihre Schlussfolgerungen bezogen sie jedoch auf eine neuronale Ebene, wo sie die Liebe mit Besessenheit verglichen. In Verliebtheit erscheinen in der Tat eine Reihe von Phänomenen, die mit „Obsessionen“ verknüpft werden könnten: völlige Konzentration auf das Objekt der Begierde, obsessive Gedanken über dieses, phantasieren, ständige Bereitschaft zur Fortpflanzung, Schlafstörungen, die mit diesen Gefühlen zusammenhängen, etc. (große Bedeutung hat hier auch der Anstieg von Dopamin, was hier jedoch außer Acht gelassen wird).

Also, wenn man so eine Abhängigkeit bei Gefühlen beobachtet, die in keiner Weise mit gesenktem, eher mit euphorischem und angenehmen Gefühl verbunden werden, wird jede Schlussfolgerung, die einen Verlust von Serotonin mit gesenkter Stimmung bzw. Unbehagen („Depression“) kombiniert, illegitim. Gleichwohl, analog und zum wiederholten Mal, kann in keinem Fall geltend gemacht werden, dass der Ursprung der „Depression“ mit Veränderungen der Serotoninkonzentration zusammenhängt und damit die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ „Antidepressiva“ sind. Man muss hier jedoch auch eine andere Sichtweise vorstellen.

Generell wird angenommen, dass die hier besprochenen „Medikamente“ bei negativen Geisteszuständen helfen und auch beim Leiden (aus verschiedenen Gründen) unterstützend sein sollen. Die Erklärung für ihren Charakter kann man darin finden, dass man nicht nur ihre chemische Wirkung, sondern auch die vorhin aufgelisteten Symptome, die mit gesenkter Serotoninkonzentration im Gehirn einhergehen, in Augenschein nimmt. Auf diese Weise findet sich die Antwort auf die Frage, wie denn die „leichte“ und „mittelschwere“ Depression geboren wurde. In klinischen Studien, die in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, vor der Markteinführung der „Medikamente“ aus der Gruppe „S“, gestartet worden waren, wurde entdeckt, welche emotionalen Zustände sie regulieren. Diese Zustände bildeten die Grundlage für die Entwicklung neuer diagnostischer Kriterien für neue „Depressionen“. Eigentlich ist zu sagen, dass die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ Antidepressiva sind und gegen Depressionen wirken, weil „Depression“ nicht so sehr eine eigenständige Entität, sondern ein „Konstrukt“ ist, das man auf der Grundlage der Wirkung dieser „Medikamente“ zusammengestellt hatte.

Mit anderen Worten: die Symptome der „leichten“ und „mittelschweren Depression“ sind nichts anderes, als miteinander verbundene Auswirkungen der „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ selbst, die erst nach ihrer Herstellung entdeckt oder bestätigt wurden. Durch die Beobachtung ihrer Wirkungen sammelte man Daten darüber, dass sie den Schlaf- und Wachrhythmus regulieren, Stimmungen verbessern, Appetit wiederherstellen, usw., aber nur dann, wenn diese Zustände „leichten“ oder „mittelschweren“ Charakter haben. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Einführung neuer „Krankheitsbilder“ gehabt. Daher sind „leichte“ und „mittleren Depressionszustände“ keine Störungen, sondern nur eine

kommerzielle Lösung - später reichte es, diese als Krankheitseinheiten zur Klassifikation der „psychischen Störungen“ hinzuzufügen, um behaupten zu können, dass die moderne Psychiatrie einen Riesen-Schritt nach vorn gemacht hätte. Nun ja... Einen „Riesen Schritt“ schon... aber nicht bei der Behandlung, sondern im Geschäft.

Aus dem oben Gesagten folgt eine sehr wichtige Tatsache: Dadurch, dass man „Depressionsstörungen“ aufgrund von Auswirkungen der Medikamente aus der Gruppe „S“ regelrecht konstruierte, ja erfand, sind nun daraufhin Störung und das Gegenmittel als Medikament miteinander eng verknüpft und in ihrer Wechselwirkung bestätigt. Nichts anderes sollte von Medikamenten erwartet werden, deren Wirkung jahrelanger Beobachtungen unterzogen wurde und erst danach wurde veröffentlicht, auf welche Zustände sie günstig wirken sollten. So wurden zuerst sorg-fältig durchdachte „Beweise“ einer der Behandlung wertigen imaginären Störung geliefert, die dann als Krankheit definiert werden konnte. Aber kann es denn anders sein, wenn erst das Medikament und dann erst die „Krankheit“ dazu erfunden werden? Der Autor wird sich jedoch darauf nicht weiter konzentrieren, weil die Beziehung von „Depression“ zu „Anti-depressiva“, obwohl falsch, unwiderlegbar ist. Hier wird jedoch eine andere Sichtweise zugrunde gelegt, die das Feld für neue Diskussionen eröffnet. Die Betonung auf die Rolle des natürlichen Leidens eines Menschen, das im Vergleich zur Depression nicht definiert ist, ist also ein Argument, das nicht mit dem Hinweis auf die Wirksamkeit solcher Behandlungen infrage gestellt werden kann, auch nicht mit den diagnostischen Kriterien für „Depressionen“, mit Gehirnchemie, mit gesellschaftlicher Überzeugung oder anderen medizinischen Mythen und Fakten. Jeder von uns, Psychologen und Psychiatern, wird auf die Frage hin: „Was fühlt ein Depressionskranker?“ antworten, dass er an seiner „psychischen Erkrankung“ leidet. Noch mehr: Auch ein „Kranker“ wird das gleiche zu seinem Zustand selbst sagen.

Also, wenn eine „Depression“ kein Existenzrecht hat (weil sie ein natürliches Leiden ist) und die hier verschriebenen „Medikamente“ damit nichts zu tun haben (weil es sich hier um Leid handelt, weil es sich um ein fiktives, im ICD-10-System als „Depression“ beschriebenes Krankheitsbild handelt, haben sie viel weniger als jedes andere Medikament mit jeder anderen Störung zu tun) auch, wenn sie - in den meisten Studien - selektiv mehr oder weniger auf die Hälfte der Patienten wirkten (was

nicht nur eine direkte Konsequenz der geringen Qualität der diagnostischen Kriterien ist, aber vor allem auch wegen der Tatsache, dass „Depression“ sich mit einer viel größeren Menge von „Zuständen“ deckt /insbesondere Persönlichkeitsstörungen/, die für ihre Freilassung verantwortlich sind und man gerade diese beeinflussen sollte, um sie zu beheben, um den vorhandenen Zustand des Leidens zu eliminieren), ist es aus dieser Perspektive legitim, auf ihre Nebenwirkungen zu schauen. Wenn es in der Tat viele davon gibt, und die Medikamente aus der Gruppe „S“ sehr oft wie ein Placebo wirken, dann haben wir es in diesem Fall nicht nur mit einer Irreführung der „Kranken“, sondern auch - durch die angeordnete Notwendigkeit der Einnahme dieser „Medikamente“ - mit einer ungerechtfertigten Gefährdung ihrer Gesundheit und sogar ihres Lebens zu tun.

Nebenwirkungen der Medikamente aus der Gruppe „S“

In der Fachliteratur werden folgende Nebenwirkungen der Medikamente aus der Gruppe "S" aufgezählt:

- Erhöhte Aggression - die zu Gewaltakten gegen andere oder zu Selbstverletzung, einschließlich Selbstmord, führen kann (Bernadt, 2007; Breggin, 2004; Juurlink, Mamdani, Kopp und Redelmeier, 2006, u.a.m.) - es muss hier die Tatsache betont werden, dass „Anti-depressiva“ der ersten und zweiten Generation sehr toxisch waren, ihre negative Wirkung jedoch auf somatische Zustände beschränkt war, während die Selbstmordbedrohungen als Folge der Antidepressivaeinnahme ein neues Problem seien, und dass es nur die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ betrifft - was nicht wahr ist. Denn viele weltweit durchgeführte Studien weisen auf die Ähnlichkeit der Selbstmordbedrohungen bei TLPD und SSRI hin. Man „nivellierte“ bei „Medikamenten der neuen Generation“ viele Nebenwirkungen, womit die mit erhöhtem Selbstmordrisiko auf den ersten Platz vorrückten,
- Unfruchtbarkeit bei Männern - durch Veränderungen der Spermien-DNA (Tanrikut, Feldman, Altemus, Paduch und Schlegel, 2009),
- Herzfehler bei Neugeborenen - Vorhofdefekt - Paroxetin, eingesetzt bei Müttern während des ersten Trimenons (Bakker, Kerstjens-Frederiks, Buys, de Walle und de Jong van den Berg, 2010); Paroxetin und Fluoxetin - in zitierten Studien stellte man bei Kindern eine doppelt so große Gefahr leichter Beschädigungen des Herzens fest, als bei Kindern der Mütter, die während der Schwangerschaft keine solchen SSRI-„Medikamente“ einnahmen (Merlob et al., 2009),
- Vielzahl von Missbildungen bei Kindern - Studien wurden als große Populationsstichprobe an schwangeren Frauen durchgeführt, die SSRI's erhielten (n=1051) und die keine SSRI's erhalten haben (n=150780). Ein erhöhtes Risiko bestand in allen Perioden der Schwangerschaft, das größte Risiko bestand jedoch erwartungsgemäß im ersten Trimenon - die Kinder sind im Vergleich zu den Müttern, die nicht mit SSRI's „behandelt“ wurden, doppelt so häufig mit Geburtsfehlern geboren worden (Wogelius et al., 2006),

- Entzugserscheinungen bei Neugeborenen - was (irgendwie) den Beweis liefert, dass „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ abhängig machen (Klinger und Merlob, 2008),
- Pulmonale Hypertonie bei Neugeborenen - eine tödliche Krankheit; noch in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts war die durchschnittliche Lebenserwartung dieser Kinder 2-3 Jahre, jetzt ist sie ein wenig länger, aber es gibt keine wirksamen Heilmittel dafür. Wissenschaftliche Studien hierzu besagen, dass Kinder von Frauen, die nach der 20. Schwangerschaftswoche die SSRI's einnahmen (es ist sehr wichtig, dass es hier nicht nur um das erste Trimenon geht), sechs Mal häufiger an pulmonaler Hypertonie litten, als Kinder von Frauen, die nicht mit SSRI's „behandelt“ wurden (Chambers et al., 2006),
- Serotonin-Syndrom - kann zum Tode führen. Es ist mit einer „Überdosis“ von „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ und den „Antidepressiva“ älterer Generation zu assoziieren (übermäßige Erhöhung des Serotoninspiegels). Obwohl behauptet wurde, dass es mit der Verabreichung von verschiedenen Medikamenten auftrat, wurden auch Fälle beschrieben, die nur ein „Medikament“ aus der Gruppe „S“ erhielten, z.B. Paroxetin (Altman und Manos, 2007; Frank, 2008; Velez, Sheperd, Roth und Benitez, 2003 u.a.m.),
- Schlaganfallrisiko - in Studien fand man heraus, dass Frauen (50-79 Jahre), die mit SSRI's behandelt worden waren, im Vergleich zu den nicht mit SSRI's behandelten, ein erhöhtes Schlaganfallrisiko aufwiesen und im allgemeinen aus verschiedenen anderen Gründen eher vom Tod bedroht waren (Smoller et al, 2009).

In der obigen Auflistung wurden keine Nebenwirkungen genannt, die in den Medikamentenbeipackzetteln beschrieben werden. Viele von ihnen sind weniger gravierender Natur, wie Mundtrockenheit, Gewichtsschwankungen, Libidoverlust, Kopfschmerzen, Zähneknirschen, Schlafstörungen, Störungen bei der Führung von Kraftfahrzeugen und andere. Eigentlich sind es also unangenehme Folgen der Einnahme von „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“, die viele Patienten in der Lage sind zu akzeptieren - wenn es auch Nebenwirkungen sind, die aus der hier präsentierten Sicht nicht akzeptierbar sein sollten.

In obigen Unterpunkten sind also Nebenwirkungen beschrieben, die der Patient in den Beipackzetteln nicht finden wird und es ist oft so, dass

er diese bei sich nicht bemerkt oder, wenn er sie bemerkt, sie nicht mit der Einnahme von verschriebenen „Medikamenten“ in Verbindung bringt. Allein die Tatsache, dass diese Nebenwirkungen existieren, ist sehr ernst zu nehmen. Aber diese Patienten werden trotzdem nicht entsprechend gewarnt, diese Informationen werden vor ihnen verheimlicht, was keiner besonderen Erklärung bedarf. Das Verheimlichen von Informationen zu Nebenwirkungen von „Antidepressiva“ durch Pharmaunternehmen ist ein Faktum. Am 1. Januar 2005 veröffentlichte der *British Medical Journal* zu diesem Thema einen Artikel (Lenzer, 2005). Etwas früher wurde den Zeitschriftenredakteuren anonym internes Material der Eli Lilly (Hersteller von Prozac) zugespielt. Es waren Forschungsberichte über zwei bedeutende Nebenwirkungen, die bei Prozac-Patienten aufgetreten waren - Stimulation der Angst sowie Aggressivität und erhöhtes Suizidrisiko. Aus diesen Materialien ging hervor, dass der Prozac-Hersteller über diese Nebenwirkungen im Klaren war und diese verheimlichte.

Der offizielle Skandal brach im Jahre 1989 aus, als die Verheimlichung dieser Tatsachen mit einem Massenmord (8 Tote, 15 Verletzte) und anschließendem Selbstmord von Joseph Thomas Wesbecker in Verbindung brachte, der einen Monat vor diesem Attentat mit Fluoxetinnahme begann - der Autor beschreibt diesen Fall in einem anderen Buch, obwohl dort zu Zusammenhängen von Fluoxetin und Massenmord eine abweichende Hypothese aufgestellt wird (Stukan, 2009).

Angeichts all der oben beschriebenen Forschungsergebnisse sollten alle Menschen, vor allem schwangere Frauen, vor „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ dringend gewarnt werden. Erwachsene Patienten können diese Substanzen selbst absetzen, wenn sie schlecht auf ihre Wirkung reagieren. Hingegen könnten schwangere Frauen völlig unbewusst über die beschriebenen Nebenwirkungen sein, selbst dann nicht, wenn diese nach der Geburt des Kindes auftreten.

Schwangerschaft gehört zu den besonderen Zuständen und viele der dabei auftretenden Stimmungsschwankungen haben einen natürlichen Charakter und sind deshalb nicht pharmakologisch zu behandeln. Angesichts des Wissens aus den vorangegangenen Kapiteln, sollte jedoch bedacht werden, dass jede Stimmungsabweichung als „leichte“ bis „mittelschwere Depression“ diagnostiziert werden kann, was schließlich zu der Schlussfolgerung führt, dass während einer Schwangerschaft nicht nur die „Medikamente“ aus der Gruppe "S" sondern auch ganz allgemein

Psychiaterpraxen gemieden werden sollten, wenn nicht eine ernsthafte „psychische Störung“ vorliegt, s. Tab. 1.

Bemerkenswert hierzu ist ein Teil der Arbeit von Patejuk-Mazurek (2007), denn er spiegelt deutlich das Denken der meisten Psychiater und Psychologen:

Es wird eingeschätzt, dass 10 bis 20 Prozent schwangerer Frauen an „Depressionen“ leiden. Es wurde gezeigt, dass größere Intensität der depressiven Symptome mit einer in der Zukunft höheren Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Depressionen bei Kindern verbunden ist. Diagnostische Schwierigkeiten werden hier durch Ähnlichkeit der Symptome bewirkt, die durch Schwangerschaft auftreten im Vergleich zu den somatischen Symptomen einer Depression.

Von der Entwicklung einer Depression sind laut Befragungen stärker Frauen mit psychischen Störungen gefährdet, die während einer Depressionsepisode (behandelt oder nicht) schwanger geworden sind, wobei die Schwangerschaft unerwünscht war. Auch Frauen, die sich in einer schwierigen persönlichen oder sozialen Situation befanden oder von gesundheitlichen Problemen im Zusammenhang mit Schwangerschaft betroffen waren (z.B. Schwangerschaftsdiabetes), aber auch die mit ambivalenter Haltung zur Mutterschaft waren gefährdet. Im Falle einer ungewollten Schwangerschaft waren Angst vor sozialem Druck, vor Konsequenzen im Berufsleben und die Wahrscheinlichkeit, nach der Geburt nicht zurecht kommen zu können, die Hauptgründe für eine Depression. Die meisten Frauen passen sich jedoch an, wonach die depressiven Symptome abklingen.

Vor Beginn einer Depressionsbehandlung müssen die Vorteile dieser im Vergleich zu den Risiken für den Fötus betrachtet werden. Mit der Patientin und ihrem Partner sollte in jeder Phase und bei allen Entscheidungen eng zusammen gearbeitet werden. Es muss dabei sowohl die psychiatrische Geschichte, wie auch aktuelle psychische Verfassung berücksichtigt werden, sowie andere Faktoren, die vorhin schon erwähnt wurden. Im Falle einer schweren oder erheblich das Funktionieren der Patientin störenden Depression ist Pharmakotherapie gerechtfertigt, während im Falle von milden Symptomen, ohne Funktionsbeeinträchtigung, es besser ist, psychotherapeutisch Einfluss zu nehmen und diese Effektivität zu bewerten.

Hier wird nicht auf die Empfehlungen zur Erscheinung von depress-

iven Zuständen geachtet, ob sie angemessen sind, sondern auf das Verständnis der „Depression“ durch die Autorin. Nun, ihrer Meinung nach (und der meisten, anderer Spezialisten) sind eine schwierige persönliche oder soziale Situation, gesundheitliche Probleme, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten, sowie ambivalenter Umgang mit Mutterschaft, sozialer Druck, Sorgen um den Arbeitsplatz, wegen Leistungsangst, Generatoren für Depressionszustände (im Sinne von Erkrankungen, die behandelt werden müssen). An dieser Stelle sollte gefragt werden: „Was ist nun die natürliche Reaktion auf diese beschriebenen Lebensprobleme?“ Keine Trauer zu fühlen? Keine Gedanken zu eigenen Problemen zu haben? Keine Unsicherheit über die Zukunft zu empfinden? Erholsamer Schlaf? Etc?

Solches unterstreicht, in welchem Masse eine falsche „Depression“ das natürliche, menschliche Leiden okkupiert und welche Auswirkungen das auf die Arbeit der Spezialisten hat. In welchem Ausmaß die Psychiatrie und Psychologie die Gesellschaft manipuliert, aber auch sich selbst, weil sie die Depression schon überall dort „sieht“, wo es einem schlecht geht, wo Menschen mit normalen Problemen zu kämpfen haben, wo das Gefühl des psychischen Unbehagen vorkommt, was sogar Manifestation von psychischer Gesundheit ist, überall da werden toxische Substanzen angeordnet, die einem sogar das Leben rauben können - obwohl nur dessen Mangel (z.B. auch bei Schwierigkeiten im Leben gut gelaunt zu sein) kann als besorgniserregend betrachtet werden. Es wird also versucht, Zustände mit Pharma- oder Psychotherapie zu behandeln, die absolut adäquat zu den Reizen sind, die sie hervorriefen. Verwirrung und Irrationalität, die hier Psychologie und Psychiatrie zeigen, sind rational nicht zu erklären.

Somatische Krankheiten mit „Depression“ im Verlauf

Gesenkte Stimmung begleitet viele somatische Krankheiten. In sehr ernsten Zuständen, terminalen Krankheiten, die von starkem Schmerz begleitet werden usw. ist gesenkte Stimmung also völlig natürlich. Obwohl es natürliches Leiden ist, kann der Patient entscheiden, „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ einzunehmen oder nicht und es ist oft begründet, wenn er keine Kraft hat, an therapeutischen Sitzungen teil zu nehmen, keine psychologische Hilfe will, keine Einsicht hat, an solche Art von Hilfe nicht glaubt, in fortgeschrittenem Alter ist und keine Lust hat, sein ganzes Leben bei einer Psychotherapie durchzuarbeiten, sich zu verändern etc.

Hinter folgenden ernsten Zuständen verbergen sich andere, leichtere Krankheiten, die sich auch auf die gesenkte Stimmung auswirken, nicht aber nur aus psychologischen Gründen, weil eben viele dieser Krankheiten auftreten, ohne dem Patienten bewusst zu sein. Kaplan und Sadock (1995) haben Gründe aufgezählt, die mit gesenkter Stimmung assoziiert werden:

- Pharmakologische - Kortikosteroide, Kontrazeptiva, Reserpin, Alpha-Methyldopa, Cholinesterasehemmer, Abstinenz-Syndrom nach Amphetaminen, Cimetidin, Indometacin, Phenothiazine, Thallium, Quecksilber, Cycloserin, Vinblastin, Vincristin,
- Infektiöse - progressive Paralyse=Tertiäre Syphilis, Grippe, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), virale Pneumonie, virale Hepatitis, infektiöse Mononukleose, Tuberkulose,
- Hormonelle - Unter- und Überfunktionen der Schilddrüse, Hyperparathyreoidismus, hormonelle Menstruationsstörungen, postnatale Phase, Cushing-Syndrom, Addison-Krankheit (Nebenniereninsuffizienz),
- Erkrankungen des Bindegewebes - systemischer Lupus erythematoses, rheumatoide Arthritis,
- Neurologische - Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Hirntumoren, komplexe oder partielle Anfälle=Epilepsie, Schlaganfälle, Demenz im Frühstadium, nächtliche Atem-Dysfunktion,
- Ernährung - Mangel an Vitaminen B12, C, Folsäure, Niacin und

- Thiamin,
Krebs - Kopf-, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Multiple Sklerose.

Obige Faktoren, die mit gesenkter Stimmung assoziieren, können bei sehr vielen Personen für viele „Depression“-Fehldiagnosen und deren „Heilung“ mit „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ verantwortlich sein. Patienten können also wegen angeblicher „Depression“ viele Jahre pharmakologisch „behandelt“ werden, wobei der eigentliche Grund für ihre gesenkte Stimmung in Wirklichkeit woanders liegt, z.B. Schilddrüsendysfunktion, Vitaminmangel oder Einnahme einer Antibabypille.

Nur in Krankenhäusern untersucht man routinemäßig z.B. TSH-Spiegel, wobei Patienten der Arztpraxen über Jahre hinaus falsch geführt und mit „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ behandelt werden können, obwohl oft ein einfacher „Eingriff“ gereicht hätte, um die Ursachen für gesenkte Stimmung zu eliminieren. Dazu führt die oben beschriebene Tatsache, dass sich Psychiater nicht für die Ursachen einer „Depression“ interessieren, weil sie in Übereinstimmung mit der ICD-10 diagnostiziert und symptomatisch behandelt wird. Man nähert sich hier einem absurden Paradox! Für den Patienten entstehen ernste Konsequenzen, wie z.B. ökonomische, weil er monatelang viel Geld in „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ investierte, was völlig unnötig war und für seine Gesundheit sogar schädlich sein kann, aber auch, wer ganz artig die Empfehlungen seines Arztes befolgt, bekommt damit keine wirkliche Hilfe. Und das kann nicht mal als Arztfehler verstanden werden, weil der Psychiater hier seinen Verpflichtungen nachgeht, seinen Beruf und seine medizinischen Prozeduren realisiert. Die Psychiatrie scheint also nicht nur auf dem inhaltlichen, sondern auch auf organisatorischem und prozeduralem Niveau, delikat gesagt - fehlerhaft zu sein.

Schwere „Depression“ und Elektroschock-„Therapie“

In den vorangegangenen Kapiteln wurde auf „Behandlung“ von „leichter“ und „mittelschwerer Depression“ fokussiert. Nach Ansicht des Autors ist jedoch klar, dass nicht nur die „leichte“ und „mittelschwere“, sondern auch die „schwere Depression“ ein natürliches Leiden ist, wenn sie - was umstritten ist - nicht psychotisch ist (siehe: „Merkmale psychischer Krankheiten“). In gewisser Weise wird diese Ansicht selbst in der Klassifikation der psychischen Störungen (ICD-10) bestätigt, in der die „schwere Depression“ unter den „affektiven Störungen“ platziert wurde, im Gegensatz zu früheren Klassifizierungen, wo sie unter „Psychose“ kategorisiert war.

Es ist sehr schwer zu entscheiden, ob eine „schwere Depression“ eine „psychische Krankheit“ ist, oder nicht. Unter den Gesichtspunkten der erwähnten diagnostischen Kriterien für depressive Störungen kann konstatiert werden, dass eine „schwere Depression“ keine Krankheit ist; auch dann nicht, wenn ohne Ausnahmen alle ihre Symptome auftreten. Und zwar deshalb, weil sie nicht mit einer Krankheit in Verbindung gesetzt werden kann, mit einem natürlichen Zustand psychischen Unbehagens aber doch. Man müsste sich also auf ihre Intensität konzentrieren. Hier erscheinen jedoch methodologische Schwierigkeiten, die mit subjektiver Beurteilung der Intensität durch einen Arzt oder Psychologen zusammenhängen (als Beweis für Billigkeit ist hier nur die Tatsache, dass ein Spezialist mit einem anderen einverstanden ist - wie es eine Ärztin während einer zusammen mit dem Autor geteilten psychiatrischen „Spezialisierung“ bezeichnete: „Alle haben wir das gleiche Buch gelesen“).

Aus obigen Gründen ist das Bild einer „schweren Depression“ unbestimmt. Um sie etwas untypisch zu präsentieren, bediene ich mich hier einer gewissen Erklärung, was auf Grund der unterschiedlichen diagnostischen Kriterien bei „endogener Depression“ (große, schwere, unipolare) ermöglicht wird, die in amerikanischer Klassifizierung der psychischen Krankheiten DSM-III-R (Kaplan und Sadock, 1995) - auch heute geltender DSM-IV (1994) - inbegriffen sind. Darunter finden wir folgenden Satz:

- *„Die Störung (endogene Depression) ist keine verständliche Reaktion auf den Tod einer geliebten Person“ - wenn sich die Trauer verlängert und auch, wenn dazu Symptome hinzukommen, wie krankhaftes Gefühl der eigenen Wertlosigkeit, Suizidalität, deutlicher Rückgang der körperlichen Leistungsfähigkeit und psychomotorische Retardierung, dann sollte endogene Depression vermutet werden.*

Also, sobald sich das Leiden verlängert, hört es auf, eine natürliche Trauer, ein natürliches Leiden zu sein und es beginnt dann offenbar eine Krankheitseinheit zu werden. Es ist unsachgemäß, weist jedoch auf die Tatsache hin, dass Intensivierung der Symptome im Vergleich zu ihrer Klassifikation entscheidet, jedoch nicht das Wichtigste ist. Es folgen nämlich ernste Konsequenzen, weil „endogene Depression“ mit Elektroschock behandelt wird und das vor allem dann, wenn sie „medikamentenresistent“ ist. An dieser Stelle ist der Standpunkt der Psychiatrie Trauer gegenüber zu beschreiben, weil dies zur Entwicklung eines Begriffes des natürlichen Leidens darstellt. Im Psychiatrielehrbuch (Kaplan und Saddock, 1995), das auf DSM-3-R basiert, wird hervorgehoben:

- *Endogene Depression und Trauer haben ähnliche Symptome - und eigentlich könnte die Diskussion hier beendet werden. Die Symptome sind: Weinen, Gewichtsverlust, verminderte Libido, Isolation, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, erhöhte Anfälligkeit für somatische Erkrankungen,*
- *bei Trauer tritt nicht generell das Gefühl der Wertlosigkeit und Schuld auf.*

Soweit wir annehmen, dass Trauer ein gutes Beispiel wäre, um das Leiden zu beschreiben, stellt die Psychiatrie also selbständig von sich aus klar, was natürliches, menschliches Leiden ist und sie gibt vor, dass es kaum von einer „Depression“ zu unterscheiden wäre. Eine solche Überraschung hat sicherlich niemand von der Psychiatrie erwartet. Hingegen sind Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle eindeutig mit Persönlichkeit assoziierbar und keine emotionalen Symptome, sondern verfestigte Dispositionen, die in der psychischen Funktionsweise der Patienten vorhanden sind, die immer mit anderen Symptomen beim erneuten Auftreten vom Leiden deutlicher werden und immer in der Revision erhalten bleiben, z.B. übermäßige Schuldgefühle, die ungerechtfertigt sind, etc.

Es ist deshalb notwendig zu fragen - wann beginnt der Patient in seiner Trauer eine „Depression“ zu haben, wenn er die ganze Zeit in Trauer ist und diese Zustände einander ähnlich sind? Ist das von der Stärke der Liebe für den Verstorbenen abhängig? Oder, wenn er schon in der Depression ist, ist er dann nicht mehr in Trauer? Da in der DSM-III-R ausdrücklich geschrieben wurde, dass die Symptome hier ähnlich sind und dass es keine strengen Kriterien gibt, um diese Zustände zu unterscheiden, ist die Antwort eindeutig.

Es sind da einige Widersprüche! Auf der einen Seite wird beschrieben, dass bei Intensivierung des Leidens sich die Trauer in eine „endogene Depression“ hinein verändern soll, was impliziert, dass sie pharmakologisch zu behandeln sei! Auf der anderen Seite steht zu dieser Klassifizierung, dass Trauer nicht pharmakologisch zu behandeln sei, weil „Antidepressiva“ hierbei unwirksam wären (was für jede Krise generalisiert werden kann - beispielsweise auch „adaptive Störungen“ und „reaktive Depression“. Leider, wenn es nicht ein Fehler der Autoren ist, dann müsste dies ein logischer Widerspruch sein, entstanden aus der „Frivolität“ der Psychiatrie, ihrem eigenen, eigentümlichen Vorgehen entsprungen. So kann ein trauernder, „medikamentenresistenter Patient“ infolge dieser Tatsache mit am Kopf angeschlossenen Elektroden „enden“. In der Vergangenheit ist es oft genug passiert. Wie es heute scheint, wissen die Psychiater etwas mehr vom Charakter der „Geisteskrankheit“ und ihrer Relation zur Gesundheit. Allerdings sind sie am Ende auch heute nicht klüger, als ihre Kollegen vor 20-30 Jahren. Nicht die Psychiatrie hat sich entwickelt, sondern die Pharmakotherapie! Und inzwischen ist es auch ganz klar, in welche Richtung es ging. „Schwere Depression“ existiert genauso, wie früher und wird auf gleiche Weise behandelt, weil die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ keine Wirkung haben.

Wenn also Trauer ein Leiden ist und sich wenig von einer „schweren Depression“ unterscheidet, dann muss gefragt werden dürfen, auf welcher Grundlage kann festgestellt werden, dass „Depression“ etwas anderes ist als ein natürliches Leiden, dass es eben eine Krankheit ist? Auf der Grundlage der ICD-10 (?), die nicht darauf achtet, was die Gründe für eine Störung sind, womit vom Kennenlernen des Patienten keine Rede sein kann? Ein Psychiater wird während seines Studiums (das ist offensichtlich) oder seiner Spezialisierung nicht darauf vorbereitet, einen anderen Menschen zu verstehen und seine Emotionen zu erforschen; von

der Ausbildung her ist er in diesen Dingen also ein Laie.

Die bisher erwähnten Differenzkriterien scheinen nicht überzeugend oder entscheidend zu sein. Nun also, wenn Nachweise nur vertraglich oder statistisch sind, dann sollte eine Pharmakabehandlung, und vor allem ein Elektroschock, als freie Wahl des Patienten verstanden werden. So geschieht es jedoch nicht und es gibt genügend „polnische“ Beispiele dafür. Am 1. Dezember 2006, um 20:41 Uhr schrieb User „Evitadora“ im Forum (im Bereich, der nur für Ärzte zugänglich ist) des Internetportals „Psychiatrie on-line“ (jetzt „Psychiatria.pl“):

„Ich habe in meiner Abteilung einen Patienten, der des Einsatzes von Elektroschocks bedarf (medikamentenresistente psychotische Depression und toxische Leberschäden). Er ist seit mehr als einem Jahr erkrankt. Allerdings ist der Patient nicht mit ES einverstanden. Gibt es eine Möglichkeit, dass man das Verfahren ohne seine Zustimmung ausführt und nicht mit dem Gesetz kollidiert?“

Diese Beschreibung lässt vermuten, dass der Patient ein Alkoholiker sein könnte wegen Leberschäden, und seine positiven Symptome könnten damit assoziiert sein. Darüber hinaus enthält sie Informationen, dass ein angemessener verbaler Kontakt zwischen Arzt und Patient vorhanden ist und er auf Fragen adäquat antwortet. Vielleicht wurde bei ihm schon ein Elektroschock durchgeführt und deshalb will er diese Prozedur nicht noch einmal erleben. Der führende Arzt versucht ihn jedoch zu dieser unangenehmen Prozedur zu zwingen, nach der über Monate Gedächtnisstörungen auftreten - auch die eigene Person betreffend. Andere Nebenwirkungen sind: Verwirrtheit, verringertes Niveau der intellektuellen Fähigkeiten, gesenkte Urteilsfähigkeit, emotionale Labilität (Euphorie bis Apathie oszillierend), schwere Hirnschäden, die sich durch „akutes organisches Psychosyndrom“ manifestieren, sowie ein kurzfristig erhöhtes Suizidrisiko (Breggin, 1984; Prudic und Sackeim, 1999).

Wie schon vermutet, ist oft der einzige Grund, aus welchem eine Person mit mutmaßlicher „schwerer Depression“ - als Krankheit verstanden, hier zum Beispiel Trauer - einen Suizid begehen könnte, weil man sie ihrer Freiheit und Menschenwürde beraubte, als sie sich nicht wegen fehlender Kraft verteidigen konnte. Der Wille wurde einfach vergewaltigt. Wenn ein Patient mit so einem Arzt, wie „Evitadora“ und ihre sich im Internet äußernden Kollegen, die in dieser Diskussion nicht reagierten (zu opponieren begannen, als der Autor den ethischen Faden in die

Diskussion hineinwarf) zu tun hatte, dann hätte man auch nicht im Krankenhaus nicht reagiert, weil man dort die Kollegin „verstanden“ hätte, dann wäre das Zitat auf dem Umschlag dieses Buches, das von Peter Breggin stammt, ziemlich real.

Es wird hier nicht behauptet, dass Elektroschocktherapie wirkungslos wäre, dass sie schmerzhaft und inhuman sei. Im Gegenteil. Obwohl ihr Wirkmechanismus unbekannt ist (und ihr Ursprung in einem Schlachthof zu finden ist, wo zwei italienische Psychiater die Lähmungsmethode der Schweine vor einer Schlachtung so gefiel /Elektronarkose/, dass sie beschlossen haben, diese Methode an leidenden Menschen zu verwenden) ist sie „wirksam“, wird unter örtlicher Betäubung und mit Einwilligung des Patienten durchgeführt (oder sollte zumindest, wegen der Nebenwirkungen). Die Elektroschock-Methode selbst ist nicht so wichtig, sondern die Einstellung der Ärzte den Patienten und einer Behandlung gegenüber, abgesehen von der Tatsache, dass die Anerkennung der „Depression“ als Krankheit diskussionsbedürftig ist und diese Art von „Behandlung“ bei Menschen, deren Leiden mit Verlust eines Nächsten verbunden ist, sicherlich nicht als sinnvoll klassifiziert werden kann. Vermutlich keinem anderen Arzt, also mit einer anderen Spezialisierung, als die psychiatrische, würde in den Sinn kommen, einen Patienten ohne seine Zustimmung und unter Zwang zu behandeln.

Manche Psychiater, wie die beschriebene Ärztin, können jedoch dazu neigen, den „übermäßigen Wunsch“, dem Patienten mit omnipotentem Gefühl der Gewissheit gegenüber, dass sie es besser wüssten, was für den Patienten gut sei, durchzusetzen zu müssen. Nach Meinung des Autors kann so eine Beraubung von Würde für viele Patienten der Grund dafür gewesen sein, der sie zum Selbstmord getrieben hat, ebenso wie es oft bei Frauen vorkommt, die einer strafrechtlichen Vergewaltigung zum Opfer fielen. Es ist inzwischen bekannt, dass eine pharmakologische Verbesserung der Stimmung - auch durch Elektroschock, wie man vermuten kann - in keiner Weise eng mit Verringerung des Selbstmordrisikos korreliert. Hier wird aber selbstständig eine andere Tatsache aufgenötigt: Die Patienten begehen einen Selbstmord am häufigsten nach dem Verlassen eines Krankenhauses, weil sie u.a. endlich etwas aus eigenem Willen machen können.

Diese Fakten sollten zweifellos sehr ernst genommen werden. Auch, wenn man hier momentan die Problematik: Gesundheit oder Krankheit

beiseite legt, ist das Wichtigste bei Heilung einer Depression (egal ob als Krankheit gewertet oder nicht) die Suizidprävention. Hier stellt der Autor fest, dass medizinische Prozeduren, die den Patienten aus einer tiefen Depression „herausholen“, wonach er (in der Zeit des größten Suizidrisikos) nach Hause entlassen wird, nicht dafür verantwortlich sind, was mit ihm nach der Krankenhausentlassung passiert. Trotz allem jedoch reden wir hier über die Psychiatrie, eine Spezialisierung also, die sich von den anderen medizinischen Disziplinen grundlegend unterscheidet. Wenn sie doch über den gesamten Behandlungsprozess entscheidet, sollte sie ihn auch an die Bedürfnisse des Patienten anpassen, der sich ja sehr wohl von Patienten mit somatischen Erkrankungen unterscheidet, und sich nicht nur auf die Beseitigung des dominierenden Symptoms konzentrieren.

Im Zusammenhang mit der Elektroschock-„Therapie“, sollte ernsthaft überdacht werden, ob nach dieser Art von „Therapie“ die Patienten z.B. nicht länger als zwei Wochen beobachtet werden müssten; umso mehr, weil es Berichte gibt, dass Elektroschock das Suizidrisiko erhöhen kann (Prudic und Sackeim, 1999). Die Autoren spekulieren darüber, dass die suizidale Wirkung dieser „Therapie“ nicht nur akut sei, und somit vorübergehenden Charakter habe, sondern sich über einen viel längeren Zeitraum nach Beendigung der Therapie erstrecken könne. Verdächtigungen dieser Art sollten mit Hilfe wissenschaftlicher Forschung radikal beseitigt werden.

System

Um zu verstehen, dass es weder einen notwendigen Bedarf für die Behandlung von „Depression“ gibt noch Depressionen als „Epidemie“ anzusehen sind sondern eine irrationale Fiktion, sollte das gesamte System in Augenschein genommen werden, welches Psychologen, Psychiater und die ganze Gesellschaft manipuliert. In diesem System finden wir jetzt kaum den Schuldigen, der für diese Perversion verantwortlich sein soll. Seit wann die Mehrheit der Gesellschaft das gesunde Urteilsvermögen verloren hat und alles, was man ihr einredete, als Wahrheit zu betrachten begann. Selbstverständlich sind Psychiater und Psychologen ein integraler Teil dieses Systems, sie informieren ja die Gesellschaft über „Gefahren“ einer nicht behandelten „Depression“ und über angebliche, plötzliche Ausbreitung dieser „Krankheit“ in der Bevölkerung. Gerade diese „Information“ bewirkt in ihrer Konsequenz, dass die „Depression ohne Behandlung“ von der Gesellschaft so verstanden wird, dass „Patientenbesuche“ bei den „Spezialisten“ beunruhigend ansteigen. Man weiß heute nicht, wo dieser Teufelskreis seinen Anfang nahm und wo sein Ende sein soll.

Aber es sind nicht die Psychologen und Psychiater, die die Fäden in der Hand halten, weil sie daran glauben, was sie sagen. Nur wenige sind sich dessen bewusst, an welcher Sache sie unfreiwillig teilnehmen, aber sie schweigen. Sie haben Angst vor der beruflichen Ausgrenzung und manchmal sogar vor echter Bedrohung seitens der Pharmaunternehmen. Es scheint jedoch klar zu sein, dass das Schweigen auch persönlichen Motiven entspringt.

Was würde ein Psychiater noch tun, wenn Menschen nun rational behaupten würden, dass man sie bis dato belogen und manipuliert hat, dass man sie nur „ausgenommen“ hat, indem man ihnen erfundene „Medikamente“ für erfundene „Krankheit“ vorlegte und verkauft hat? Was würde ein Psychologe tun, dessen Warteraum heute voll ist, der endlich, dank der rein erfundenen Diagnosen „leichte“ und „mittelschwere“ Depression, seine Klienten nicht mehr davon überzeugen muss, dass sie sich nicht zu schämen bräuchten, ihn aufzusuchen und plötzlich sagen müsste, dass alles nur ein natürliches Erlebnis wäre und Millionen anderer Menschen es auch so erleben? So hätten diese Spezialisten eine

gähnende Leere in ihren Praxen, da tatsächlich nur sehr wenige Menschen ihrer Hilfe wirklich bedürften? Sie verbreiten also, mehr oder weniger bewusst, die pro-Krankheit-Propaganda, um damit Gewinn zu erzielen. Viele von ihnen behaupten noch dazu in den Medien, dass „immer noch nur“ die Hälfte der „Depressionskranken“ professionelle Hilfe bekämen (wir haben es also in Psychiatrie und Psychologie auch mit Hellschere zu tun!). Öffentlich und schamlos rufen sie zum Aufsuchen ihrer Praxen auf, besser gesagt - zum Füllen ihrer Brieftaschen. Wahrscheinlich würde nun manch' ein Ökonom behaupten – man solle einen Nutzen aus einem Produkt erzielen, da man somit die Wirtschaft in Gang halte... Aber um welchen Preis?

Da tatsächlich die ganze Zeit vom natürlichen Leiden gesprochen wird, also einem Zustand, der einer psychologischen Unterstützung evtl. bedürfen könnte, können sich Psychologen in dieser Hinsicht immer noch ein wenig mehr als Psychiater berechtigt fühlen - obwohl es ihnen viel weniger bewusst ist, weil Psychiater bei diesen gesunden Menschen das Gehirn nur durch chemische Eingriffe manipulieren wollen.

Es ist sogar teilweise zu verstehen. Wenn wir aus der Klassifikation „psychischer Störungen“ alle die Zustände ausschließen, die eindeutig keine psychischen Krankheiten oder Störungen sind, s. Tab. 1, dann blieben nur noch wenig Posten übrig. Es könnte sich beim genauen Hinsehen also herausstellen, dass nichts mehr für die Existenz einer Psychiatrie spräche, weil die restlichen in der ICD-10 aufgeführten „psychischen Krankheiten“ von den Neurologen übernommen werden könnten, zumal mehr als die Hälfte der beschriebenen Erkrankungen organischen Ursprungs sind.

Allerdings haben die beschriebenen Zustände Folgen, die über die Nebenwirkungen der für falsche Erkrankungen verschriebenen falschen Arzneimittel hinausgehen. Dazu gehört unter anderem das Selbstmordrisiko. Es gibt Berichte von Selbstmorden, die „nur“ durch das Einreden „der Existenz einer Depression“ bei gesunden Menschen verursacht wurden. Tötend waren hier also nicht die „Medikamente“ und nicht die angeblichen Anzeichen einer „Erkrankung“, sondern schlicht und einfach die Propaganda und das Verhältnis einer indoktrinierenden Gesellschaft mit einer Lüge. Das folgende Beispiel spiegelt diese Überlegung tragisch wieder:

„Am 10. November 2009 warf sich der berühmte deutsche Torwart,

Robert Enke, vor einen fahrenden Zug. Als Ergebnis vieler Misserfolge in seiner Fußballerkarriere erlebte er ein natürliches Leiden. Dazu kam noch der Verlust seiner Tochter im Jahre 2006. Wahrscheinlich aufgrund dieser beruflichen Probleme konnte Robert Enke seine Trauer nicht wirklich verarbeiten. Ein Psychiater hatte selbstverständlich 'Depression' diagnostiziert und diese pharmakologisch 'behandelt'. In seinem Abschiedsbrief schrieb Robert, dass er seine ständig andauernde Depression verheimlichte, weil er Angst hätte, dass ihm seine Adoptivtochter weggenommen werden würde, wenn die 'Diagnose' herauskäme."

Man kann davon ausgehen, dass Enke nie an einer Depression litt; eher war da die pro-Depressions-Propaganda schon so stark in der Gesellschaft verankert (Robert war natürlich ein Teil von ihr), dass hier den Menschen die „Angst tötete“, dass er von dieser Gesellschaft als „psychisch Krank“ verstanden werden könnte (und das ist die Konsequenz davon, dass man das Leiden in die Klassifizierung als Störung aufnahm), obwohl er völlig gesund war. Er war in Trauer und Stress und daher konnten diese „Arzneimittel“ nicht helfen, weil sie mit seinem Zustand (als Wirkung auf eine Ursache) nichts zu tun hatten, sondern es dafür Gründe gab.

Aber zurück zum eigentlichen Thema: Ein sehr wichtiges Element des Systems ist die „Epidemie“ der „Depression“, von der behauptet wird, sie sei seit geraumer Zeit im Gange. Man könnte meinen, da sie so weit verbreitet sei, dass sie tatsächlich existiert. Aber warum „verbreitet“ sich diese so rapide?

Der Quelle der „Epidemie“ sollte ein wenig mehr Beachtung geschenkt werden, nämlich - im Falle dass wir annähen, „Depression“ hänge unmittelbar von der Lebensqualität ab, dann sollte sie in der heutigen Gesellschaft eher schwinden, da die Bedürfnisse aller Menschen viel besser als früher erfüllt und die Nöte viel schneller beseitigt werden können. Warum sollte dann eine steigende Zahl von Menschen unglücklich sein? Wenn „Depressionen“ hingegen ursächlich von Veränderungen der Hirnchemie herrühren sollten, warum kamen diese dann nicht schleichend sondern so plötzlich?

Die oben beschriebenen Wirkungen der Pro-Depressions-Propaganda sind nur sekundär zum grundsätzlichen Ansatz des Systems positioniert. Sie ergeben sich als die Konsequenz der Ausbildung von Psychiatern und Psychologen, die seit einiger Zeit einer Art Gehirnwäsche unterzogen

werden.

In den frühen 80er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde noch nicht öffentlich über die „Epidemie“ der Depression gesprochen. Es gab nur neue, nicht zum Verkauf zugelassene, „Antidepressiva“ („Medikamente“ aus der Gruppe „S“). Damals gab es auch nur eine „schwere Depression“, einen Zustand, in dem die Patienten eine medizinische Betreuung brauchten (weil in dieser Arbeit die Tatsache nicht bestritten wird, dass bei schwer depressiven Menschen eine ärztliche Konsultation erforderlich ist).

Zusammen mit der Erforschung neuer „Antidepressiva“ bei gleichzeitigem Ausschluss ihrer Wirkung bei Patienten mit einer „schweren Depression“, wie z.B. depressivem Stupor (wir müssen in Erinnerung behalten - es gab nur die eine), erschienen plötzlich die Begriffe der „leichten“ und „mittleren Depression“. Dies war notwendig, um den Verkauf der neuen „Medikamente“ anzutreiben, da die bereits vorhandenen Kenntnisse und die Tatsache, dass Medikamente aus der Gruppe „S“ nicht für die „schwere Depression“ geeignet sind, und waren, deren Verschreibung verhinderten. Ungelöst blieb dabei auch das Problem der Finanzierung solcher „Behandlungen“. Selbstverständlich war das nicht das Problem der Ärzte sondern der Pharmaindustrie. Als sich das Verschreiben dieser „Medikamente“ bei „schweren Depressionen“ als nicht berechtigt erwies, erfand man die „leichte“ und „mittlere Depression“. Diese Probleme wurden gelöst - 1992 erschien die Klassifikation ICD-10, inklusive „leichter“ und „mittlerer Depression“.

Dazu muss erklärt werden, warum hier über „pharmazeutische Unternehmen“ anstatt über „Medizin“ geschrieben wird. Das ist deshalb so, weil die meisten der Forschungszentren von diesen Unternehmen korrumpiert sind. Es geht sogar so weit, dass diese Unternehmen entscheiden, wer an welchen „Untersuchungen“ arbeitet. Vor Arbeitsaufnahme informieren sie sich z.B. über eine bestimmte Person, die nicht akzeptiert werden kann und die Universität erfüllt ihre Wünsche ebenfalls, denn wenn es nicht getan wird, werden erhebliche Subventionen gestrichen (es gibt zu diesem Thema einen interessanten Dokumentarfilm: „Psychiatry: an industry of death“ und einige verwandte Dokumentarfilme - z.B. „Chemische Ruhe“; über diese Problematik können wir auch im Bericht der „Transparency International“ nachlesen). Auch wenn das wichtige Fakten sind, sind sie für dieses Buch irrelevant und

werden hier nicht weiter entwickelt.

Mit der Auflistung der „leichten“ und „mittelschweren Depression“ in der Klassifizierung der psychischen Störungen haben die Pharmaunternehmen folgerichtig eine großangelegte Werbekampagne gestartet, die zwei Ziele im Visier hatte und die bis heute andauert: die Ärzte und die Bevölkerung. Die Bevölkerung sollte davon überzeugt werden, dass das Leiden - das zu jedem Leben gehört - eine zu behandelnde Krankheit sei. Die Ärzte sollten wiederum die Bevölkerung davon überzeugen, dass diese „krank“ sei.

Inzwischen erschienen mehr und mehr „Medikamente“ aus der Gruppe „S“, die von verschiedenen Herstellern produziert wurden. Wie es im Handel „der Gang der Dinge“ zu sein scheint, so will jedes Unternehmen seine Produkte mit hohem Gewinn verkaufen. Pharmaunternehmen dürfen jedoch für ihre „Medikamente“ nicht direkt bei Patienten werben. Sie müssen dies also über die Ärzte tun. Somit sind die Ärzte, sozusagen automatisch, zu „Handelsvertretern“ dieser Unternehmen geworden. Sie hatten und haben die Aufgabe, die Verbreitung von „Wissen über Depressionen“ in den Medien, in Wissenschaftszeitschriften, zu bewirken, welche durch diese Firmen finanziert werden. Und Veröffentlichungen in solchen Zeitschriften sind oft für viele Wissenschaftler die notwendige Bedingung für eine berufliche Karriere.

In der Relation Pharmaunternehmen-Psychiater gab und gibt es zwei Korruptionslinien. Die eine geht in Richtung Lehrstuhlinhaber, für die Ausbildung zukünftiger Ärzte und für das öffentliche Bild der „Störungen“ und deren „Behandlung“ entscheidend. Die andere verläuft in Richtung praktizierender Ärzte. Mit welcher Art Korruption wir es hier zu tun haben, wird beispielhaft im ff. geschildert (es wurden nicht alle, sondern nur die wichtigsten Aspekte ausgewählt):

1. Kleine Geschenke - in der Klinik, in der der Autor arbeitete, erschienen fast täglich Pharmavertreter, manchmal sogar mehrere Male am Tag. Jeder von ihnen brachte Schokolade, Kaffee, Firmengadgets, Proben von Arzneimitteln, Bücher und viele andere Geschenke mit.
2. „Saubere“ Schmiergelder - natürlich, um ein „positives Image des Unternehmens“ aufzubauen, muss es manchmal etwas mehr sein als nur Schokolade. Es existiert eine bestimmte, rechtliche Form „legaler“ Bezahlung, die hinter fiktiven Tätigkeiten des Arztes verborgen

wird - man bezahlt z.B. den Arzt (in der Regel 500-1000 PLN (*in Relation zu Euro kann 1:1 betrachtet werden - A. d. Ü.*) für die Teilnahme an einer „Aktion“, wie zum Beispiel „Depression vorbeugen“: An einem bestimmten Tag wird die Aktion festgelegt, dann aber passiert nichts, der Arzt kommt ganz normal zur Arbeit, alles läuft wie üblich und außer der Geldüberweisung findet keine Aktion statt.

3. Loyalitäts-Programme - ähnlich zur gerade vorgestellten Korruptionsform verpflichtet sich hier aber der Arzt dem Pharmaunternehmen gegenüber z.B. dazu, dass er für ein neues Medikament ein paar neue Patienten findet, die bereit sind, den Ablauf der Behandlung vom Arzt in einem (vom Pharmaunternehmen gestellten) Heft zur Kontrolle aufzuzeichnen. Selbstverständlich interessieren diese Notizen niemanden, weil die Pharmaunternehmen genauestens wissen, welche Nebenwirkungen ihre „Medikamente“ haben, es geht hier lediglich um die psychologische Manipulation, die den Arzt in solche Tätigkeitsfelder einbindet; das bringt zwar einige Umstände mit sich, aber am wichtigsten für den Verkauf ist hierbei die gute Laune des Arztes, wenn er das bestimmte „Antidepressivum“ auf Rezept verschreibt und das mit den positiven Erinnerungen an die erhaltene Gratifikation verbindet.

Im Laufe eines Loyalitäts-Programms werden die Tätigkeiten, die in Pkt. 1 und 2 erwähnt wurden, intensiviert, um den ganzen Prozess zu stärken. Dank dieser Programme kann ein Arzt sehr viele wertvolle Geschenke einheimsen, angefangen von Auslandsreisen bis Autos, oder sogar Häuser (vor allem auf der anderen Seite des Atlantiks – das ist meine persönliche Information von einer Mitarbeiterin eines kanadischen Pharmaunternehmens).

Im Gegensatz zu anderen medizinischen Bereichen wird in der Psychiatrie im gesamten Kontext der „Depression“ eigentlich nicht nach neuen Patienten gesucht, weil „Depression“ - wie o.a. - bei fast jedem diagnostiziert werden kann, um ihm dann ein entsprechendes „Medikament“ aus der Gruppe „S“ zu geben. Dies treibt die falschen Statistiken in die Höhe, weil die Pharmaunternehmen wollen, dass in den von ihnen gestellten Heften über die Behandlungsergebnisse der mit der Diagnose „Depression“ belegten Patienten geschrieben wird.

4. Wertvolle Geschenke - die vorherigen Punkte betrafen die Bemühungen der Pharmafirmen um die Gunst der praktischen Ärzte, hingegen

gehen die wertvollsten Geschenke in Richtung der Wissenschaftler. Hier haben wir es mit einer ganz besonderen Symbiose zu tun, da ein Wissenschaftler ohne sichere Finanzen meist keine wissenschaftlichen Untersuchungen realisieren kann. Kommt dann Hilfe für ihn von außen, so hegt er bestimmte Erwartungen (es handelt sich natürlich um ein Beispiel, weil die Wissenschaftsinstitute meist in einer „Dauerzusammenarbeit“ mit Pharmafirmen stecken). Es kommt also hinzu, dass es dem Autor der Studien um Erfüllung eben dieser Erwartungen geht. Wir sprechen hier über eine wissenschaftliche Karriere, die ohne Gelder der Pharmaunternehmen oft nicht zustande kommen könnte. Im Grunde kann man durch solche „Formatierung“ der „Depression“ in der ICD-10 nicht mehr von unterschiedlichen Erwartungshorizonten der Wissenschaftler und Pharmafirmen sprechen.

Natürlich wird diese Zusammenarbeit auf verschiedene Weise belohnt. Die Auslandsreisen der Professoren zu medizinischen Kongressen, die durch Pharmaunternehmen finanziert werden, sind dabei nur ein unbedeutender Teil der Bemühungen (der Autor dieses Buches selbst hat irrtümlich von einem Pharmaunternehmen per E-Mail eine Einladung und ein elektronisch erstelltes Flugticket nach Acapulco in Mexiko bekommen, das auf den Namen eines bekannten Professor ausgestellt war).

Anhand des oben Dargelegten kann also die Frage gestellt werden: „Wer würde gerne auf das alles verzichten wollen?“ Die Antwort ist eindeutig.

Die „Depression“ wurde zum zentralen Instrument eines sich lohnenden Geschäfts, das eigentlich allen Vorteile bringen soll. Die oben beschriebenen Elemente der Korruption werden durch wissenschaftliche Mitarbeiter unterstützt, die das Denken der Studenten und der Praktiker beeinflussen bis kreieren.

Für das Kreieren der fiktiven „Depressions“-Epidemie sind noch zusätzliche Elemente im Spiel:

1. Bewusstes Einprägen des stigmatisierenden Charakters von psychiatrischer Diagnose - dieses Faktum hat zweifellos Einfluss auf die Auswahl der „Depressions“-Diagnose im Gegensatz zu anderen

„Störungen“, die der Patient präsentiert - z.B. Störungen der Persönlichkeit. Wenn ein Patient in einer Arztpraxis erscheint und eigentlich darunter leidet, wie er innerlich geformt ist, wird der heutige Psychiater gerne „Depression“ als Diagnose stellen, anstatt sich mit den Gründen zu befassen, die diese Person bewegen. Umso mehr, weil er für so eine Diagnose „Medikamente“ einsetzen kann, wobei die Persönlichkeit nicht pharmakologisch behandelt wird, obwohl die Pharmaka bei jeder „Persönlichkeitsstörung“ verschrieben werden können (Gruppe „S“). Wichtig hierbei ist, dass während der Vorbereitung einer Jahresstatistik über „Störungen“ der Polen die Eintragung „Depression“ in die Patientenakte geschrieben wird, obwohl es hier nur ein emotionaler Zustand des Patienten gewesen war, der durch irgendwelche wichtigen Faktoren zum Vorschein kam, mit deren ursächlicher Wirkung sich der verschreibende Arzt gar nicht befasst hatte.

2. Die Konstruktion von ICD-10 - ist so angelegt, dass die „Depressions“-Diagnose bei jeder psychischen und physischen Störung mit aufgeschrieben werden kann. Wichtig ist - wie oft betont wird - dass sehr viele Patienten, die die Arztpraxis wegen anderer Störungen aufsuchen, auch depressive Zustände zeigen. Das reicht, um in die Patientenakte „depressive Episode“ oder „wiederkehrende Depression“ zu notieren und Antidepressiva aus der Gruppe „S“ zu verschreiben. Dahinter steht aber die Notwendigkeit, dass diese Diagnose in der Patientenakte dokumentiert wird und zwar ohne Rücksicht auf die Gründe, die den Patienten tatsächlich leiden lassen. Die Wirkung dieser Aktion ist im obigen Punkt beschrieben.

Nächstes, und wie es scheint, wichtigstes Element ist das bereits erwähnte Faktum, dass die Diagnostikkriterien zur Depression erlauben, jedes beliebige natürliche Leiden als Krankheitseinheit zu begutachten.

3. Das Schaffen von neuen „Depressionsarten“ - in den letzten Jahren kreiert man immer neue Arten der Depression, z.B. die Depression nach den Ferien, nach einer Operation, oder die Saisonale Depression usw. Das ist ein Propagandaelement, die Menschen zu überzeugen die Arztpraxen aufzusuchen. Diese Zustände können laut ICD-10 mit Medikamenten aus der Gruppe „S“ „behandelt“ werden. Der Einfluss auf die Erhöhung der Anzahl angeblich Erkrankter in den Depre-

sionsstatistiken durch das „Anwerben“ neuer „Patienten“ ist eindeutig.

4. Subventionen bei den Antidepressiva - es ist ein Element des Systems, das über einen längeren Zeitraum das Steigen der falschen „Depressions“-Diagnosen generiert; es betrifft die öffentlichen Subventionen für diese Arzneimittel. Sehr oft kommen die Patienten aus armen Verhältnissen. Und es ist egal, was ihnen fehlt, wenn der Arzt entschieden hat, dass die „Antidepressiva“ ihnen helfen sollen. Das subventionierte Rezept bekommen diese Patienten nur dann vergünstigt, wenn in ihren Akten „Depression“ als Diagnose steht.
5. Bereitschaft des Arztes, Hilfe zu leisten - zwischen den erwähnten Punkten findet sich das einzige Element, mittels dessen der Arzt durch seine Maßnahmen keine Krankheitsbilder erzeugt, obwohl auch hierbei die gleichen pathologischen Ergebnisse entstehen, weil so falsche Statistiken produziert werden. Aufgrund seiner Ausbildung kann der Psychiater nichts mehr tun, als dem Patienten ein Medikament zu verschreiben. In Anbetracht dessen, dass die Mehrheit psychiatrischer Patienten, wenn nicht die Gesamtheit, leidet, kann bei allen die Diagnose „Depression“ gestellt werden. Man setzt doch normalerweise voraus, dass der Psychiater dem Patienten helfen will.
Die Propaganda der Pharmaunternehmen, die die Nebenwirkungen der Medikamente aus der Gruppe „S“ verheimlicht, behauptet, dass diese „Antidepressiva“ angeblich nicht abhängig machen, dass das Selbstmordrisiko infolge derer Anwendung nicht steige, etc. Aber auch die Tatsache, dass ein durchschnittlicher Arzt nicht zwischen Depression und Leiden unterscheidet und seine Berufsausbildung ihm das auch erlaubt, führt dazu, Leiden nur im Rahmen eines Krankheitsbildes zu behandeln und dafür „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ zu verschreiben. Er wird dabei diese Pharmakabehandlung nicht nur als begründet, sicher und relevant angesehen, sondern auch als die effektivste Form seiner Hilfe.
6. Erhaltung des Arbeitsplatzes - diese Tatsache ist direkt mit der vorherigen verbunden. Eine der Konsequenzen der Verbreitung der falschen „Depressions“-Epidemie ist, dass die Depressionspatienten die größte Gruppe in den Arztpraxen repräsentieren. Ärzte verschreiben Medikamente, die gar nicht gebraucht werden, oft in der Überzeugung, dass sie dadurch ihren Beruf gut ausüben. Die Praxen

solcher Ärzte sind nämlich privat und es besteht der Verdacht, dass der Patient, die Hilfe, die er sucht, woanders suchen müsste. Somit wird Erleichterung, die der Patient schnellstens empfinden will, zum Wichtigsten und die Konsequenzen einer Langzeitbehandlung mit sog. „Antidepressiva“ bleiben unerwähnt und unberücksichtigt.

7. Erwartungen der Patienten - dieser Punkt ist mit dem vorherigem verbunden. In Zeiten der ständigen Beschleunigung der Alltagsprozesse unserer Welt empfinden viele Patienten leider kein Bedürfnis nach einer gründlichen Behandlung sondern suchen schnelle Hilfe. So werden sie Teil der oben beschriebenen Praxis. Auch, wenn sie die Nebenwirkungen dieser Pharmaka kennen sollten, wären sie entschlossen, diese einzunehmen. Darum wird hier nicht der Standpunkt vertreten, dass die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ als ein destruktives Element der modernen Welt anzusehen seien, und es wird nicht deren Rücknahme aus dem Handel postuliert. Menschen haben die Wahlfreiheit. Das, was ich in dieser Arbeit hervorzuheben versuche, ist die ehrliche Information über die medizinischen Praktiken, ohne Betrug und Indoktrination einer Krankheit da, wo es keine Krankheit gibt und das, obwohl diese Ärzte nichts über Wirkmechanismen der „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ wissen, genauso wenig, wie im Falle der Anwendung der Elektroschock-„Therapie“.

Eine Flasche Wodka kann bei Einschlafproblem genauso effektiv sein, wie ein Schlafmittel; einen Partner für eine einsame Person zu finden wird hier jedoch viel besser wirken, als die Verschreibung von „Antidepressiva“. Es ist angebracht, einige Argumente mehr für die Nutzung von „Antidepressiva“ vorzubringen, als nur Aussagen gekaufter Autoritäten, dass sie effektiv seien, was nunmehr sehr zweifelhaft ist. Psychologen und Psychiater vergaßen hier deutlich ihre Hauptaufgabe - der Bevölkerung zu ihrer psychischen Gesundheit zu verhelfen und nicht unbedingt nur dank „Behandlung“, aber auch durch Aufzeigen eines richtigen Weges, was psychische Gesundheit ist, weil, wie es scheint, das Einreden einer Krankheit einem gesunden Menschen und das Verschreiben von „Medikamenten“ diesen Zweck nicht erfüllt.

Es existiert also eine „Depressions“-Epidemie, die aufgrund vieler Faktoren entstand. Die medizinische Gemeinschaft hat durch ihre Pro-

Depressions-Propaganda seit vielen Jahren großen Einfluss ausgeübt. Aber es geht dabei nicht nur um Einnahmen. Solche Propaganda verweist auch in einer aufwertenden Weise auf eine Psychiatrie, die in ihren Statistiken immer mehr Patienten dokumentiert. Eine „ernste Krise“, mit der wir bei dieser „Spezialisierung“ vom Anfang ihres Bestehens zu tun hatten, scheint im Vergleich zu anderen medizinischen Spezialisierungen erst in den letzten Jahren behoben worden zu sein... Wenn es nicht gerade umgekehrt ist, dass die ernste Krise der Psychiatrie erst noch bevorsteht! Wenn es denn - wie vermutet - so kommen sollte, dann wegen der Tatsache, dass die Psychiatrie die gesamte Weltpopulation betrügt, gesunden Menschen Krankheiten einredet, um so ihre Einnahmen zu erhöhen und dauerhaft zu sichern.

Es gibt keinen Zweifel darüber, dass das Ziel - gesunden Menschen eine Krankheit einzureden - erreicht wurde; Menschen haben begonnen zu denken, sie seien krank und müssten sich behandeln lassen. Schon nach nur wenigen Jahren ist es so weit, dass keiner einen eigenen psychischen Zustand reflektiert und diesen als Teil seiner natürlichen Entwicklung betrachtet, die mit den erlebten Lebensumständen zusammenhängt. Im Gegenteil: Automatisch wird zum Arzt gegangen, der über eine „vorgefertigte“ „Depression“-Diagnose verfügt. Nicht nur das! Die Bevölkerung fängt auch schon an, aktiv an dieser Propaganda teilzunehmen.

Als Beispiel solcher Propaganda, eigentlich Marketing-Strategie, die noch zusätzlich kostenlos in Massenmedien verbreitet wird, nennen wir hier den „Tag des Kampfes gegen Depression“, der schon seit 8 Jahren veranstaltet wird. In einer Zeitung wurde dieses Programm 2010 so beschrieben:

„Die „Nationale Kampagne - Gesellschaftsforum gegen Depression“ wird zum vierten Mal aktiv den Kampf gegen Depression promoten. Diese Informationsveranstaltungen sollen das Bewusstsein der Bevölkerung zum Thema psychischer Störungen verbessern; diese Promotions-Aktionen werden von Silver Polska und ITAKA Foundation organisiert und sollen zur Verbesserung des Umgangs mit Menschen, die unter Depressionen leiden, beitragen. Wie die Spezialisten behaupten, kann nur fachliche Hilfe und aktive Gegenwirkung die Krankheit aufhalten.

Die Organisatoren haben, wie jedes Jahr, viele Attraktionen vorbereitet. Zu den größten gehört die sogenannte „Depression-Bildungsstra-

ßenbahn“, in der man kostenlos alles Mögliche über die Depression, ihre Symptomatik, Auswirkung und Behandlungsmethoden erfahren kann. Man kann einen Umfragebogen ausfüllen, um sein Wissen über Depression zu überprüfen, man kann sogar in begrenzter Zahl einen Gutschein bekommen, der zur kostenlosen Konsultation beim Spezialisten berechtigt. Die Straßenbahn fährt um 12 Uhr am Narutowicz Platz ab. Die Fahrt ist kostenlos.

In anderen Zeitungen äußern sich andere Psychiater so:

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehören die Depressionsstörungen zu den am meisten ernst zu nehmenden Gesundheitsproblemen in der Welt, die im Jahre 2020, nach der Ischämie des Herzens auf Platz 2 aufrücken könnten.

Man kann sagen, dass nach solchen „Depressions“-Propaganda-Aktionen es nicht mehr erstaunlich sein wird, wenn die letzten übriggebliebenen Skeptiker in 10 Jahren auch mit „Depression“ in die Arztpraxis marschieren werden: nach Arbeitsplatzverlust, nach Trennung von einem nahestehenden Menschen, nach seinem Tod, im Winter, weil die Sonne fehlt, weil man gelegentlich keinen Appetit hat, weil man nicht einschlafen und sich bei der Arbeit nicht konzentrieren kann oder, weil man im Allgemeinen traurig ist. Diese Art von o. b. Aktionen sind nichts anderes, als unwissend und kostenlos den Auftrag der Pharmaunternehmen auszuführen, die „Die Tage des Kampfes gegen die Depression“ zu nichts anderem nutzen, wie es auch die Autohersteller tun, die in jedem Januar die Überproduktion des vergangenen Jahres verkaufen wollen.

Es muss einem bewusst werden, dass die „Depressions“-Epidemie keine greifbare Realität, sondern Fiktion ist. Nach solchen Aktionen, wie die gerade beschriebene (und vielen anderen jedes Jahr), erscheinen mehr und mehr neue, leidende Menschen in den Psychiatriepraxen, weil - wie wir wissen - der Unterschied zwischen „leichter“ und „mittelschwerer Depression“ und einem natürlichen Leiden nicht festzustellen ist. Hingegen ist die ICD-10 vorsätzlich so konstruiert, dass das Leiden als Krankheit diagnostiziert werden kann und als habe der Arzt „keine andere Wahl“ gehabt. Auf die folgende Weise - Medienkampagnen erzeugen die Erhöhung der Patientenzahlen; durch die Konstruktion der ICD-10 und

andere Faktoren wird die angebliche Häufigkeit in den Statistiken der „Depression“ künstlich erhöht.

Dank genau jener Art von Aktivität wird die Nationale Gesundheit Foundation (NFZ - öffentliche Institution, die u.a. Behandlungs- und Medikamentenersatzkosten für die Versicherten regelt - Anm. d. Übs.) erkennen müssen, dass immer mehr Menschen an „Depression“ erkranken. Wenn die Weltorganisation für Gesundheit (WHO) die Daten aus verschiedenen Ländern sammelt, dann müssen wir auch nicht darüber staunen, dass auch global in den nächsten Jahren eine kolossale Steigerung der „Depressionsstörungen“ prognostiziert werden kann. Es wird jedoch das Auftreten einer Krankheit geweissagt, die überhaupt nicht existiert! Prognosen der WHO stellen also genau betrachtet schlicht und einfach tatsächlich lediglich eine Bewertung der Marketings- und Korruptionswirksamkeit der Pharmaunternehmen dar (fast analog zu den Aktienkursen der Brokerwelt). Die Bevölkerung bekommt hierbei nur Spezialisten-Kommuniqués zu hören, mit dem Hauptsatz darin, dass eine „Depression“-Epidemie anrollen werde und die Prognosen der WHO werden äußerst beunruhigend sein.

Die Diagnosekriterien der ICD-10 reflektieren also lediglich gängige, kollektive emotionale Zustände in einer Weise, dass ein Zuschauer, der von diesen in den Medien hört, häufig sich selbst schließlich ebenfalls als „krank“ betrachten kann und folglich am nächsten Tag zum Arzt geht. Somit wird der Teufelskreis geschlossen (darum behaupte ich, dass Statistiken unglaubliche Quellen sind, auf deren Basis man keine sinnvollen Schätzungen darüber erheben kann, in welcher Relation die Depression zum Selbstmord stünde; auch in jeder anderen Relation sind diese Statistiken wertlos).

Aus den genannten Gründen ist die „Depressions-Epidemie“ ein durch das pharmazeutisch-psychiatrische und gesundheitspolitische System ursächlich erzeugte, eine „fabrizierte Fiktion“, deren Verbreitung zunehmend jeglicher Kontrolle entgleist. Dieser Mechanismus hat mittlerweile ein Eigenleben. Nun, sobald alle diesen Mythos als ein Faktum anerkannten, in dem Moment in dem Menschen sich entschieden hatten an diesen Mythos also wahrhaftig zu glauben, wurde er zu einem Element der Realität. Es ist jedoch nicht wahr, dass es für Veränderungen zu spät sei, weil die Menschen nicht verrückt sind, sondern betrogen wurden und täglich betrogen werden. Die reale Hoffnung besteht, dass

die Welt von dieser schwerwiegenden medizinischen Lüge über die Menschen deutlich spürbar erschüttert wird, weil die Auswirkungen fatal sein können, wenn die Vermutungen, die der Autor im Kapitel „Die Zukunft“ schildert sich bewahrheiten sollten.

Das beschriebene Phänomen wird also durch die manipulierte Gesellschaft induziert und liefert entsprechende Profite, die sich wegen dieser Mystifikation vor allem zugunsten von Ärzten (seitens der Patienten und Pharmaunternehmen) aber auch Psychologen (seitens der Patienten) erzielen lassen. Beide Wissenschaftszweige lieferten sich ein Wettrennen, um die Schaffung neuer Arten von Fiktionen (wie verschiedene „Depressionen“) und konkurrieren hier immer noch. Dieses scheinbar „intellektuelle“ Rennen, wie auch alle anderen Rennen mit überhöhter Geschwindigkeit, können unterwegs zu vielen Unfällen führen. Aber der größte „Unfall“ hat sich schon längst ereignet - die Erfindung der „leichten“ und der „mittelschweren Depression“.

In der Geschichte der Menschheit hat wohl noch keiner die Menschen so gekonnt und zugleich subtil betrogen, dass sie dabei auch augenscheinlich alle noch zufrieden sein konnten (vielleicht, weil wir es bei „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ mit drogenähnlichen Substanzen zu tun haben) und, um die Mystifikation zu stärken, der Betrug so gut nur durch eigene, vor der Öffentlichkeit verborgene Untersuchungen untermauert wurde und wird. Es wird hier festgestellt, dass das Einreden der Krankheit und die Suggestion einer Behandlungsnot bei Menschen, die gerade leiden, ohne Wenn und Aber der Liste der größten Betrugsfälle aller Zeiten zuzurechnen ist.

Akzeptiert man also die hier vertretene Ansicht des Autors, dass sowohl die „leichte“, wie auch „mittelschwere Depression“ nichts anderes bedeuten, als natürliches menschliches Leiden, kann jedes Buch und jede andere wissenschaftliche Arbeit, die sich mit der „leichten“ und „mittelschweren Depression“ befassen und nach 1992 geschrieben wurden (Veröffentlichung der ICD-10), als Science Fiktion-Literatur betrachtet werden. Sie beschreiben nämlich nicht die Realität, nur ihre alternative Form, in der es nicht an Absurdem fehlt - denn es kam dazu, dass Diagnosekriterien erfunden wurden, um selbst beim Fehlen der klinischen Depressionssymptomatik die „Depressions“-Diagnose zu ermöglichen. Es ist schwer vorstellbar, dass es hierbei nicht nur um die nächstbeste Möglichkeit ging, „Antidepressiva“ verschreiben zu können. ICD-10

zeigt zusätzliche Beschreibungen der depressiven Störungen:

„Bei manchen Kranken zeigt das klinische Bild Bedrängnis, Unruhe und die Stimmungsstörungen. Die können durch solche zusätzlichen Symptome maskiert werden, wie: Reizbarkeit, Alkoholmissbrauch, hysterisches Verhalten, wachsende, früher erkannte Phobien oder Zwangsstörungen, aber auch hypochondrische Beschwerden“.

Besonders bemerkenswert ist hier das Wort „maskiert“, eigentlich der ganze Absatz, weil aus diesem hervorgeht, dass die Depression selbst dann diagnostiziert werden kann, wenn sie nicht diagnostizierbar ist.

Es existiert also der Begriff der „Depression ohne Depression“, der abwechselnd mit dem Begriff „maskierte Depression“ verwendet wird. Das ist die heute geltende Diagnose, die gestellt werden kann, wenn es keine Depressionssymptome gibt!

Es kann sein, dass genauso von „Schizophrenie ohne Schizophrenie“ geredet werden kann, von „Krebs ohne Krebs“ und von „Handbruch ohne Bruch“. Die Feststellung des Begriffs „Depression ohne Depression“ befördert die wichtigste Zusammenfassung aller in diesem Kapitel beschriebenen Fakten, Observationen und Hypothesen ans Licht der Öffentlichkeit.

„Depression“ und Selbstmord

Summieren wir also alle in diesem Buch präsentierten Tatsachen und Hypothesen in Relation zur angeblichen Verbindung der Depression (mit der man erhöhtes Selbstmordrisiko verbindet) zum Selbstmord – somit zum gesenkten Serotoninspiegel im Gehirn. Diese Abhängigkeit ist aus mehreren, verschiedenen hypothetischen Ebenen zu betrachten, zwei grundsätzliche davon sollten hier genannt werden:

- „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ induzieren Selbstmordrisiko,
- „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ wirken nicht suizidogen, haben jedoch keinen Einfluss auf „Depression“ und auf den Schutz vor Selbstmord.

Die erste Ebene ist die Relation zwischen dem Selbstmord und der Tatsache einer symptomatischen Behandlung von Leiden („Depressionen“). Man wird darauf nur dann aufmerksam, wenn man die „Heilung“ des Leidens mit „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ akzeptiert.

Grundsätzliche Schlussfolgerung, dass ein leidender Patient (der die Diagnose „Depression“ bekam) ohne Rücksicht darauf, was ihm fehlt, ob er vom Selbstmord bedroht wird oder nicht, nur damit rechnen kann, dass der behandelnde Psychiater sich mit seiner gesenkten Stimmung befasst - dem Syndrom. Gründe für das Leiden des Patienten werden für seine Behandlung keine Bedeutung haben, ob „Antidepressiva“ verschrieben werden oder nicht.

Medizinische Prozeduren, die sich auf die Beseitigung der Symptome konzentrieren, schieben die Quelle des Leidens auf weiteren Plan vor sich her, somit „verurteilen“ sie gleichzeitig den Patienten zu einem lang-jährigen Leiden dadurch, dass sie die suizidalen Tendenzen und depressiven Zustände erhalten (wenn die „Depression“ wiederkehrend ist) oder gar grundlose Verabreichung von „Medikamenten“, während das Leiden einen reaktiven Charakter hat.

In der Fachliteratur und in Äußerungen von Spezialisten erscheinen in diesem Kontext Kommunikés zum Thema „Antidepressiva“, dass diese dauerhafte Veränderungen bewirken können und oft nur mehrmonatige „Behandlung“ kann als hilfreich und ausreichend angesehen werden.

Sowas gibt es, aber es ist kein Verdienst der „Medikamente“ aus der Gruppe „S“. Sehr oft ist es so, dass sich zur Behandlung eine leidende Person meldet, die gerade in einer Krise ist (wobei sie ihren Zustand nicht mit schwierigen Ereignissen verbindet, weil sie es nicht kann, weil sie allzu sehr an das Wort „Depression“ gewöhnt wurde - also einen Zustand, in dessen Gründe man nicht hinein zu blicken braucht, weil es dagegen eine Pille gibt). Der Patient beginnt die „Pharma-Kur“ und tatsächlich kann er nach einigen Monaten diese „Medikamente“ dauerhaft absetzen. Veränderungen seiner Stimmung haben jedoch nichts mit der Einnahme dieser Mittel zu tun. Ganz einfach: Die Krise ist vorüber, wie z.B. im Falle der Trauer nach dem Tod eines uns nahestehenden Menschen der Fall ist nach ca. 6 Monaten. Hier wird aber der Arzt, wie auch der Patient, dazu tendieren, so eine Zustandsverbesserung der Pharmakologie zuzuschreiben.

Anders ist es bei Wiederkehr depressiver Zustände, weil dann deren Ätiologie in der Persönlichkeit des Patienten gesucht werden kann und vor allem deshalb, weil ein reaktiver Auslösefaktor schwer zu finden ist.

In so einem Fall ist eine symptomatische Behandlung schädlich und kann die suizidalen Tendenzen verstärken, und diese Schlussfolgerung ist aus den im Kapitel „Depression und Leiden“ schon zitierten Studien zu entnehmen, die besagen, dass Stimmungsverbesserungen nicht mit der Reduktion des Selbstmordrisikos gepaart sind.

Der Patient kann in Folge der Erleichterung, die er durch die „Medikamenten“-Einnahme verspürt, vor der eigentlichen Behandlung resignieren, womit sein Leiden („Depression“) Jahre andauern kann, ohne Ende. Der Autor ist sich im Klaren, dass immer öfter eine Bedeutung der gleichzeitigen Pharma- und Therapiebehandlung und psychologischer Hilfe beigemessen werden muss. Die Psychiatrie bewertet nach ihren Studienergebnissen, hat hier keine andere Wahl - diese Empfehlungen sollen auch die Unwirksamkeit der „Antidepressiva“ verwischen (sie weist jedoch darauf hin wie das in der Praxis aussieht: Tausende von Patienten werden nur mit Tabletten „behandelt“). Offensichtlich betreibt man diese Art von „Behandlung“ in diesem System, weil der Patient über die nächsten Monate oder gar Jahre wegen des Rezepts immer wieder kommt.

Die nächste Ebene, die das Phänomen Selbstmord und „Depression“ verbindet, ist die Veränderung der Beziehung zwischen dem Arzt und

dem Patienten, seitdem die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ auf dem Markt erschienen sind. Ehemals versuchte der Arzt näheren Kontakt mit dem „Kranken“ aufzubauen, was nicht nur aus dem Willen des Helfens hervorging, aber auch aus einem Gefühl der Hilflosigkeit - die Medizin hatte keine entsprechenden Mittel geliefert, dank deren Einsatz dem Patienten bei jedem Leiden geholfen werden konnte. Dieses Element wurde nach Einführung der „Medikamente“ aus der Gruppe „S“, nach außen hin verändert.

Das Gefühl, eine pharmakologisch basierte Hilfe zu leisten hat heute zur Konsequenz, dass diese „Medikamente“ auf dem Markt überhaupt existieren. Anhand der biologischen Lehre in der Psychiatrie scheint für viele Psychiater eine pharmakologische Hilfeleistung als ausreichend. Die Verbindung von Leiden und Selbstmord kann sich hier durch die Tatsache zeigen, dass ab der Zeit, ab der der Arzt in seiner Überzeugung etwas Gutes zu tun und über ein wirksames Werkzeug zu verfügen, er viel weniger Zeit als früher dem Patienten widmet. Außerdem ist das auch übereinstimmend mit seiner Ausbildung, die, wie ich schon beschrieben habe, sich nicht mit tiefergehenden, emotionalen Kontakten dem Patienten gegenüber beschäftigt (bei Psychiatern kann das nur ein persönlicher Vorzug sein, auf keinen Fall ein beruflicher). Demnach dient die Tablette vielen Psychiatern als Schutz in der Konfrontation, wo es um Berufskompetenzen geht und wenn eigene berufliche Inkompetenz in der eigenen Person nicht toleriert werden kann - bleibt anzumerken, dass sowohl im Psychiater-, wie auch im Psychologenberuf, das Gefühl der Inkompetenz ein unumgängliches Arbeitselement ist und viele können es bei sich selbst nicht akzeptieren.

Aus der klinischen Erfahrung geht hervor, dass sehr viele der suizidalen Patienten, die mit „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ behandelt werden, eine therapeutische statt pharmakologische Behandlung vorziehen. Vor allem „Borderline-Patienten“, wenn sie richtig geführt werden und relativ oft (1 Session pro Woche), sind durch diesen therapeutischen Kontakt vor autodestruktivem Verhalten im psychotherapeutischen Prozess geschützt und sie bedürfen keiner weiteren Pharmazeutika. Wenn diesen Patienten aber in Privatpraxen „Medikamente“ verschrieben werden, im Vergleich mit Beratungszentren, wo auch Psychotherapeuten arbeiten, dann werden diese Patienten nur mit der Verschreibung eines Rezeptes abgespeist. Eine andere Tatsache ist noch, dass viele Psychiater

mit biologischer Orientierung (Ausbildung nur auf eine einzige Spezialisierung beschränkt), ohne Bedeutung dabei ist, wo er/sie arbeitet und welche anderen Spezialisten noch dabei sind, ihre Patienten ausschließlich pharmakologisch führen. Es ist keine positive Erscheinung und bei der hier vertretenen Meinung, der Beobachtung nach, kann im gewissen Grade die Selbstmorddrohung eskalieren - das ist wahrscheinlich der Fall in den Ländern des ehemaligen Ostblocks, wo biologische Psychiatrie dominiert und die Selbstmordraten am höchsten in der Welt sind.

Nächste Ebene, die Selbstmord mit „Depression“ verbindet, ist die Mutmaßung, dass die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ am häufigsten einfach unwirksam sind. Das hängt mit einer der Haupthypothesen zusammen, die in dieser Arbeit eingebracht wurden, die besagt, dass sie beim umfassendsten Verständnis für das Leiden (einschließlich „Depression“) keine spezifische Wirkung haben. Es hängt mit den Beweisen zusammen, die im breiten Spektrum emotionaler Zustände und Verhalten präsentiert wurden, in denen ein gesenkter Serotoninspiegel aufgezeichnet wurde. Es kann also nicht ein Medikament, das diesen Spiegel reguliert, als Medikament nur für einen Zustand verantwortlich benannt werden, in dem eine Abhängigkeit auftritt, die diese Substanz bewirkt hatte. In diesem Kontext würden die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ nicht nur direkt durch ihre Wirkung weltweit Erhöhung der Selbstmordsrate beeinflussen, sondern auch keinen protektiven Wert für das Phänomen „Selbstmord“ haben, obwohl der Effekt ähnlich sein kann.

Aggression korreliert mit gesenktem Serotoninspiegel, das lässt mehrere interessante Schlussfolgerungen ziehen. Wieder (wie im Pkt. 4 auf Seite 48) lassen sich auf dieser Ebene einvernehmlich psychologische und biologische Faktoren miteinander verbinden.

Nicht nur in den Zeiten des Psychoanalysebooms, bis heute noch behaupten viele Wissenschaftler, dass Selbstmorde das Ergebnis von Aggressionen seien. Aber wenn schon bekannt ist, dass gesenkter Serotoninspiegel genauso mit gesenkter Stimmung sowie mit Aggression korreliert (unabhängig von Richtung), dann können Hypothesen dieser Art die Rolle der Aggression nicht nur bei Selbstmorden bestätigen. Das Dämpfen von Aggression müsste doch als zentraler Punkt betrachtet werden, verantwortlich für das Phänomen „Selbstmord“ (aber auch für die Stimmungssenkung), und es müsste nur das Wissen über das Phänomen verstärken. Aber das Verbessern der Stimmung leidender Menschen

hat das Selbstmordrisiko nicht reduziert und womöglich diese gar von dem Risiko dessen befreit.

Auch Liebe, bei der gleiche chemische Veränderungen im Gehirn beobachtet werden (zumindest ihre Koexistenz mit Verliebtheit), wird in die These über gedämpfte Aggressionen als Quelle der Autodestruktion hineingeschrieben. In der Liebe finden bei Menschen nämlich unbewusste, ursprüngliche Mechanismen statt, die sich einer kulturellen Feminisierung unterzogen. Die Menschen existieren genauso, wie Tausende von Jahren zuvor, sie sind jedoch durch Normen und Umgangsformen unterdrückt oder durch diese bestärkt. Aggression ist seit Tausenden von Jahren unumgängliches Element der „Liebe“, man sollte doch eine Partnerin gewinnen, sie mit Gewalt vor anderen Männchen verteidigen, weil man sie bei sich behalten wollte, schließlich, es sollte ein Männchen gefunden werden, die Rivalinnen „entsorgt“ werden etc., das sind Überlebensumstände für die Gattung Mensch. Aggression musste die Reproduktion begleiten. Also in heutiger Vorbereitungsform zur Reproduktion, bei der Verliebtheit, erscheint Aggression selbstständig und nicht selten, wird sie transformiert in Mord, Selbstmord (wenn sie gedämpft wird) oder in autodestruktive Handlungen, wenn sie vom Partner, um den sie sich bemüht, abgestoßen wurde - oder z.B. verschiedenste Verfolgungen, wie immer öfter auftretendes Stalking-Phänomen, das viel ernster genommen werden sollte als nur mit strafrechtlicher Bedrohung verfolgt.

Es scheint, dass das Regulieren des gesenkten Serotoninspiegels keinen Einfluss auf die wirklichen „Ursachen“ für Selbstmord in der Population hat, weil es die Aggression nicht reduziert, gleichwohl damit verbunden ist. Mit anderen Worten: Die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ beugen keinen Selbstmord vor, und wenn Serotoninspiegelsenkung eben u.a. mit Dämpfung der Aggression verbunden ist (man kann direkt sagen - mit der „Depression“), dann kann ihre chemische Regulation bewirken, dass die Aggression nicht mehr gedämpft wird. Gewalt-, Selbstmord- oder Mordbedrohung - all das schreibt man dieser Gedankenweise zu; die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ können tatsächlich bei manchen Personen Selbstmord induzieren (z.B. beim strengen Ego) - dieses Thema wird hier noch im Kontext von Ursachen und Wirkung erwähnt.

Eine andere Sichtweise auf die Tatsache, dass „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ das Selbstmordrisiko nicht reduzieren, ist ihre Wirkung, bzw. Nicht-Wirkung - der Placebo-Effekt. Der Placebo-Effekt wurde hervor-

rragend von Torrey 1981 beschrieben:

„Der westliche Psychiater händigt dem Patienten ein Rezept aus mit der starken Suggestion: `Bitte, nehmen Sie es drei Mal täglich ein und Sie werden sich besser fühlen. Dieses Medikament löst Ihre Probleme nicht, aber es hilft Ihnen, mit diesen fertig zu werden. Wir reden nächste Woche darüber`. Und das Medikament verbessert wirklich das Patientenbefinden auch dann, wenn es nur Tabletten aus Zucker sind. Der Patient, sozusagen in einer symbolischen Form, nimmt ein Stück vom Therapeuten mit sich nach Hause, das ihm für eine Woche ausreicht und er schafft es tatsächlich besser in dieser Woche seine Probleme zu meistern“.

Es hat hier keinen Sinn, etliche internationale Studienergebnisse zu zitieren, in denen unbedeutende Unterschiede bei therapeutischen Effekten gefunden wurden zwischen Patienten, die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ einnahmen und denen, die ein Placebo erhielten. Es reicht, sich auf schon zitierte interne Dokumente der Pharmafirma Eli Lilly zu berufen, wo Studienergebnisse verschwiegen wurden (Lenzer, 2005). Im Falle der Anwendung von Fluoxetin (Prozac) fand sich ein therapeutischer Effekt nur bei 38% der Patienten und in der Placebogruppe eine Verbesserung bei 19% (das Problem der Verbergung von Todesfällen - Selbstmorden - wurde hier absichtlich weggelassen). Eine Verbesserung nach der Einnahme von Fluoxetin schien gering zu sein und es kann behauptet werden, dass die hier erwähnten „Medikamente“ nur auf eine Minderheit der mit ihnen behandelten Patienten wirkten, was noch einmal in Relation zur Propaganda, die über ihre Wirkung verbreitet wird, den geschäftlichen und nicht den therapeutischen Hintergrund hervorhebt. Es ist so umso mehr, weil wenn wir 19% Verbesserung nach Placeboeinnahme erzielen, dann kann in Wirklichkeit nur bei der Hälfte der wirksam vom Fluoxetin behandelten Patienten der spezifische Effekt festgestellt werden, was auch 19% ergibt. Mit anderen Worten: Fluoxetin wirkt auf 1/5 der Patienten.

Die Realität sieht so aus, dass Millionen von Patienten, die unter keinen Störungen oder Krankheiten leiden - sie haben eine „leichte“ oder „mittelschwere Depression“ diagnostiziert bekommen - „Medikamente“ kaufen, die zur diagnostizierten „Störung“ überhaupt nicht spezifisch sind und zusätzlich noch: Sie wirken kaum.

Wenn wir diese Tatsachen im Kontext mit Selbstmordbedrohung

betrachten, wenn der Patient tatsächlich in einer Risikogruppe ist, dann kann er nur damit rechnen nach Fluoxetineinnahme, dass er unter den 19% von Patienten landet, bei denen das „Medikament“ wirkt - und höchstwahrscheinlich auch wenn ein positiver Behandlungseffekt auftreten sollte, dann wird es nicht ganz klar sein, ob es das Verdienst der Medikamente oder anderer Faktoren ist, die auch mitwirkten, wie z.B.: therapeutischer Kontakt, Abklingen der Krise, bedeutungsvolle Faktoren bei reaktivem Leiden, auch wenn sie bei manchen Persönlichkeitstypen einen chronischen Charakter haben.

Allerdings in Anbetracht dessen, dass diese „Medikamente“ nicht wirken, ist der Patient die ganze Zeit von Selbstmord bedroht, was die Tatsache bestärken könnte, dass er in der Gruppe von 81% derjenigen Patienten sich befindet, bei denen dieses Medikament nicht wirkt. Wenn er ausschließlich Pharmabehandlung bekommt, dann kann er einen Selbstmordversuch nicht nur aufgrund von suiziden Nebenwirkungen von Fluoxetin begehen, aber auch deshalb, weil er keine wirksame Hilfe bei seinem andauernden Leiden bekam.

Gehen wir weiter: Selbst wenn die „Depression“ ein natürliches, menschliches Leiden ist, können ihre Behandlungsmethoden sogar einen suizidogenen Charakter haben. Es scheint nämlich, dass ein leidender Mensch eher einen Lebensrat sucht, als Erleichterung in seinem Leiden. Tatsächlich ist das Problem vieler Patienten, dass sie leiden, ohne Grund für ihren Leidenszustand zu kennen und ohne dafür Lösungen gefunden zu haben. Gründe dafür und Lösungen gibt es jedoch und ein Spezialist kann sie oft mit Leichtigkeit finden. Nicht nur, weil er über fachliches Wissen verfügt aber auch, weil er entsprechende Distanz zu dem hat, was er hört.

In bestimmter Hinsicht betrifft es indirekte Selbstmordbedrohungen, weil es Situationen gibt, wo ein Rat bei der Lösung eines ernsten Problems ausreichend helfen kann, z.B. bei Gewalt in der Familie, wo das Opfer seines Traumas wegen keine eigenständige Entscheidung treffen kann (es ist ein führendes Symptom, das die Intervention einleitet). Dann muss man die Verantwortung für dessen Entscheidungen übernehmen, obwohl es in den meisten Fällen nicht die empfohlene Handlung ist, weil man für den Patienten nicht die Verantwortung übernehmen kann (und es ist eine richtige Einstellung). Obwohl an gezeigtem Beispiel das Nicht-Erledigen des Problems zur Eskalierung der Gewalt und ständiger

Verschlechterung des psychischen Zustand des Opfers führen kann. In diesem Kontext ist die Vergabe von „Medikamenten“ wie ein sekundäres Hineinschieben in die Arme des Täters, weil das Opfer dank ihnen ein sanfteres Ertragen der Erfahrungen erlebt, was aber eigentlich radikal verändert werden sollte.

Generell betrachtend sollte hier die Tatsache hervorgehoben werden, dass diese „Medikamente“ einen negativen, gleichzeitig nicht beobachtbaren Effekt haben können. Sehr oft ist es so, dass Leiden, ähnlich wie Stress, als motivierende Faktoren zu Veränderungen führen und ein pharmakologisches Dämpfen dieser Veränderungen kann dazu beitragen, dass die Person im Kokon eigener Beschränkungen und Mängel bleibt. Das ist eine Form, sich selbst zu betrügen, den Kopf angesichts von Lebensschwierigkeiten in den Sand zu stecken, was ihr Andauern verlängert und sogar ein Überlappen von Krisen bewirkt (wobei das Selbstmordrisiko eskaliert), wenn im Laufe der Jahre das einzige Gegenmittel für jedes Problem eine Tablette ist.

An dieser Stelle sollte der neuralgische Punkt dieser Zusammenfassung beachtet werden. Also, angesichts der gravierend gefälschten Statistiken über die „Depressionserkrankung“ (als ernste Krankheit angesehen), was schon im vorigen Kapitel beschrieben wurde, darf in keinem Fall mit Sicherheit gesagt werden, dass die „Depression“ eng mit Selbstmord verbunden ist, weil diese von Praktikern gestellte Diagnose sehr oft ein Zustand der psychischen Gesundheit ist. Dadurch, dass man diesen Statistiken nicht trauen kann, kann auch nicht bestimmt werden, in welchem Grad der Selbstmord ein Ausdruck von „Störung“ ist und in welchem Bereich von psychischer Norm er sich manifestiert (ausschließlich in Relation zur „Depression“). Darum sind alle oben beschriebenen und nicht beschriebenen Hypothesen auch mit Chaosnimbus belastet, und die „Depression“ kann nicht als Grund für einen Selbstmord anerkannt werden.

Ein verantwortungsvoller Forscher, der sich mit dem Phänomen Selbstmord beschäftigt, sollte diese Statistiken überhaupt nicht beachten, weil sie nutzlos sind. Ein Zusammenhang zwischen „Depression“ und Selbstmord besteht hier ähnlich, wie im Falle von „Depression“ und „erfolgreicher“ Behandlung mit den „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“. Diese Abhängigkeiten sind unwiderlegbar und falsch zugleich. Wesentlich ist hier die Tatsache, dass durch die Häufigkeit der symptoma-

tischen Diagnostik der Depression reale Gründe für einen Selbstmord verwischt werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt einen Anstieg von „depressiven Störungen“ für die kommenden Jahre ein. Sie prognostiziert auch den Anstieg von Selbstmorden. Wenn dieser Anstieg von Selbstmorden aber auf geschätztem Anstieg von „Depression“ basiert, dann ist das genauso falsch, wie die „Depression“ selbst.

Es ist die einzige gute Nachricht von den hier präsentierten Schlussfolgerungen. Weil, wenn die Mode, „Depression“ zu diagnostizieren, ihre tatsächliche Epidemiologie überhöht, dann sollte kein radikaler Anstieg von Selbstmorden zu erwarten sein.

Wenn es aber anders sein sollte, dann kann die Hauptursache tatsächlich an den „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“ liegen - die Tatsache, dass sie doch eine Welle von Selbstmorden in der Population hervorrufen spräche dafür, was das medizinische Umfeld bestreitet, sowie dass sie keine Erleichterung beim Leiden mit sich bringen (was hier schon beschrieben wurde).

Es gibt Berichte, die eindeutig die Erhöhung der Selbstmordrate mit der Einnahme der SSRI's verbinden. In Untersuchungen verglich man diese Wirkung in Relation zu Kontrollgruppen, die Placebo einnahmen – die Analyse von vielen Studien ergab: Doppelte bis achtfache Erhöhung der Selbstmordgefahr bei 87650 Patienten, die SSRI's einnahmen (Fergusson et al., 2005).

In den Jahren von 1987 bis 2001, also seitdem die ersten „Antidepressiva“ der sog. neuen Generation erschienen sind und man große mediale Aktionen begann, stieg die Anzahl der Patienten, die sich mit „depressiven“ Problemen in den Kliniken meldeten, um 70% (Stafford, MacDonald und Finkelstein, 2001). Im Laufe dieser Jahre wurden die trizyklische „Medikamente“ fast völlig eliminiert und im Jahre 2001 wurden sie nur bei 2% der ambulant behandelten Patienten verschrieben. Im gleichen Zeitraum empfahl man hingegen Benzodiazepine nur bei 8% der Patienten, wobei sie noch im Jahre 1987 bei 21% der Patienten verschrieben wurden - hierin kann man die Erklärung für die auf den Seiten 28-29 beschriebenen Tatsachen finden - die meisten Selbstmordfälle passierten nach einem Besuch beim Psychiater und zusammenhängender Einnahme von „Medikamenten“ aus der Gruppe „S“, was im Vergleich zu geringerem Selbstmordrisiko nach einem Besuch beim

Hausarzt oder Psychotherapeuten dafür spricht, dass diese Gefahr durch die „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ induziert wurde - die geringste Gefahr nach einem Besuch beim Hausarzt kann aber auch damit zusammenhängen, dass diese Ärzte, im Gegenteil zu den Psychiatern, den Patienten Benzodiazepine verschreiben, die sofortige Erleichterung bringen.

Ungefähr in der gleichen Zeit wird in den Statistiken, etwa seit Anfang 1980 nach und nach eine Steigerung der Selbstmorde notiert (WHO, 1999). Demgegenüber, in Relation zum Jahre 1995, in dem sich 900 Tausend Menschen das Leben nahmen, wird geschätzt, dass diese Zahl im Jahre 2020 kolossal auf 1,53 Millionen anwachsen wird und dass diese Art von Eskalation bis jetzt noch nicht vermerkt wurde (Bertolote und Fleischmann, 2002). Angesichts dessen scheinen die Gründe für die Eskalation der „Depressions“-Epidemie und der Selbstmordattentate in der Welt ein klares Bild zu bieten.

Wenn wir die oben zitierten Studien in Betracht ziehen (Fergusson et al., 2005), in denen höchstes (achtfaches) Selbstmordrisiko vorliegt, nämlich bei mit „Antidepressiva behandelten“ Patienten, die andere Diagnosen hatten als „schwere Depression“, so stellen wir fest, dass bei gesunden Menschen oder Menschen mit anderen „Störungen“ leichte und mittelschwere „Depression“ diagnostiziert wird - und das auch diese eng in die Eskalationsgefahr eingeflochten werden.

Wir können also davon ausgehen, dass der Anstieg der „Depressions“-Störungen sowie der Selbstmorde, Probleme sind, die von der Pharmaindustrie erzeugt werden, diese „Medikamente“ induzieren Selbstmorde, somit sind sie voll verantwortlich für den Tod von unzählig tausenden Menschen in den vergangenen Jahren.

Es gibt aber auch andere Gefahren, die mit der in dieser Arbeit beschriebenen Propaganda für „Depression“ und deren Behandlung und mit für fiktive „Störungen“ fabrizierten „Medikamenten“ zusammenhängen. Und das sind völlig reale Gefahren und sie sind unabhängig davon, ob die Zahl der Selbstmorde wachsen wird oder nicht.

Man sollte ihnen ein Extrakapitel widmen.

Die Zukunft

Aus dem gesamten Buchtext geht direkt hervor, dass als Grund für Selbstmord die „Depression“ genannt wird - und somit das Leiden an sich. Es scheint, dass logische Argumente verwendet wurden, um zu zeigen, dass das Leiden nicht immer eine Krankheit ist, die man pharmakologisch „heilen“ sollte.

Nicht nur die moderne Psychiatrie neigt dazu, die Norm als Pathologie zu benennen. Das gleiche Phänomen kann in anderen medizinischen Bereichen auch beobachtet werden. Immer öfter zum Beispiel wird das Älterwerden, in eine Erkrankung des Älteren und deren Behandlung - Lebensverlängerung - umgewandelt. Es scheint also nur ein Wortspiel zu sein. Vom Gesichtspunkt der Medizin und Psychologie aus ist der Kampf gegen das Älterwerden und auch gegen das Leiden eine begründete Handlung. Diese Handlung bringt jedoch radikal unterschiedliche Konsequenzen mit sich. Obwohl man im Falle von Lebensverlängerung schwer von negativen Nebenwirkungen sprechen kann, ist bei pharmakologischer „Entsorgung“ des Leidens schon eine ganze Reihe von Nebenwirkungen zu finden.

Rätselhaft ist die Diskrepanz zwischen Psychiatrie und Allgemeinmedizin. In den hochentwickelten Ländern hat der Patient immer mehr Schwierigkeiten, ein simples Antibiotikum gegen Erkältung zu bekommen und das, obwohl er Fieber, Halsschmerzen usw. hat. Den Allgemeinmedizinern ist es immer mehr bewusst, dass die Verabreichung von Medikamenten für den Patienten schädlich ist, trotz ihrer Wirksamkeit - bei Zuständen, mit denen der Organismus im Rahmen des Immunsystems fertig werden muss. Sie wissen, dass in Wirklichkeit der Patient seiner Krankheitsresistenz durch den Medikamenteneinsatz beraubt wird.

In der Psychiatrie haben wir es mit einem radikal anderen Phänomen zu tun. Unter dem Einfluss der Pro-„Depressions“-Propaganda wächst die Zahl der leidenden Patienten und damit wächst auch die Zahl der verschriebenen „Medikamente“ aus der Gruppe „S“. Hier ist auch die begründete Befürchtung vor einer Abschaffung des natürlichen Widerstandes gegen Leiden, den wir im Laufe tausender von Jahren erworben haben, einzuordnen. Hier ist „Pharmakotherapie“ nicht nur für einen

Menschen eine Bedrohung sondern sie bedroht die ganze Menschheit. Selbst anhand der Zahlen in den letzten Jahren anwachsender Zahl von „Depressions“-Patienten ist zu beobachten wie schnell sich die moderne Welt ändert und in welch hohem Grad ein moderner Mensch auf diese Veränderungen reagiert. Es ist der Schluss zu ziehen, dass die hier antizipierte Gefahr sich schon in den nächsten Generationen offenbaren wird. Und es wird nicht den Nebenwirkungen der „Medikamente“ zugerechnet, sondern als „Mutation“ der Gene der menschlichen Gattung dargestellt werden, wobei die Veränderungen nur aus unserer Perspektive sichtbar sind, weil die Zukunftsgeneration nicht im Stande sein wird, diese wahrzunehmen.

Vorauszusetzen ist, dass die „Medikamente“ gegen das Leiden („Depression“) immer „meisterhafter“ beschaffen sein werden. Nächste, die „neue Generation“, kann schon Präparate auf den Markt bringen, gegen die keine Zweifel mehr über ihre Nebenwirkungen herrschen werden, weil diese für den Patienten nicht mehr wahrnehmbar sein werden. Das wird die Pharmaindustrie noch mehr zum Einsatz ihrer Produkte ermuntern. Millionen von nächsten „Patienten“ werden in den Apotheken Erleichterung für ihr Leiden suchen. Nicht zu vergessen, wie diese „Medikamente“ wirken - nicht sofort und nicht nur augenblicklich. In der Zukunft werden mit Sicherheit solche „Medikamente“ hergestellt werden, die in deutlich längeren Zeitabständen eingenommen werden müssen. Man wird sie nicht bei sich tragen müssen und sie werden nicht den ganzen Medikamentenschrank zu Hause füllen. Vielleicht wird im täglichen Leben überhaupt vergessen, dass sie eingenommen werden müssen. Das ist eine etwas dämonisierte Zukunftsvision, die an die Handlung im Film „Equilibrium - Killer of Emotions“ erinnert, sie hat jedoch reale Gründe im Heute.

Analoge Konsequenz zur Schwächung der Krankheitsresistenz des Organismus durch Antibiotikagabe ist auch die Schwächung der Toleranz gegenüber Leiden überhaupt, weil es chemisch gelindert wird. Wenn die „Depression“ quasi zu einem Element der Massenkultur würde, dann sollte man Befürchtungen haben, gegenüber dem, was als Methode zur Bewältigung angeboten wird. Im Vergleich zum hier präsentierten Standpunkt, dass „Depression“ ein natürliches Leiden ist und jede Therapie falsch ist - Pharma- und Psychotherapie genauso.

Um jedoch nicht in Radikalität zu verfallen muss angedeutet werden,

dass eine schwere „Depression“ medizinische Intervention erfordert.

Das Betrachten von Leiden als Krankheit und die entsprechende „Behandlung“, die durch Psychologen und Psychiater präsentiert wird, ist keine geeignete Lösung. Dieser Bereich richtet seine Aufmerksamkeit auf Auswirkungen, die aus fehlender Konfrontation mit Problemen hervorgehen und generell mit der Realität (hier: Quelle des Leidens), die sich in emotionalen Problemen darstellt, nichts zu tun hat, aber gleichzeitig damit einverstanden ist, dass diese Leiden so schnell wie möglich zu beseitigen sind ohne je nach Gründen zu suchen, z.B. durch kognitive Verhaltenstherapie, die aber direkt zu gleichen Effekten führt, wie in der „Pharmakotherapie“, was als ergebnislose Konsequenz gesehen werden kann. Im Falle von „Depression“ ist die Psychologie völlig durch die Medizin indoktriniert, obwohl sie in Opposition zu ihr steht - aber andererseits bei der Klärung der Relation von Norm und Pathologie helfen sollte. Wenn wir tatsächlich damit einverstanden wären, dass die Psychologie durch ihre Nachlässigkeit in Bezug auf Studieren von Leiden zur heutigen Situation geführt hat, so sollte das Reparieren dieses Fehlers zur Aufgabe mit Priorität werden, weil es keine wichtigere Sache gibt als eine richtige Sicht auf diese, die schon heute gewaltigen Einfluss auf die gesamte Population hat und in der Zukunft zu Konsequenzen führen muss.

Psychologen und Ärzte müssen lernen den Patienten zu sagen, dass sie gesund sind und keine „Behandlung“ brauchen. Viele können es schon. Sie verzichten auf Profite für wirkliche Gesundheit des Patienten, auch im Leiden. Das muss jedoch eine allgemein-gültige Tendenz sein, durchschaubar und verständlich.

Hier muss jedoch angemerkt werden, dass das Akzeptieren des Standpunktes, der besagt, dass die „Depression“ nicht so behandelt werden sollte, wie bisher, nicht bedeutet, dass die Spezialisten im Bereich der „psychischen Gesundheit“ mit leeren Händen da stehen würden, ohne die Möglichkeit Hilfe leisten zu können. Sie haben weiterhin Werkzeuge, die die Patienten brauchen und die aus der Perspektive des Spezialisten angewendet werden sollten. Hilfe leisten hier Arbeitstechniken, die in der Krisenintervention angewendet werden, und auch bei Menschen in tiefer Trauer.

Es ist hier von „Debriefing“ die Rede. Hilfe liegt hierbei nicht vordergründig darin, das Leiden zu erleichtern - weil es Natürliches und

Adäquates zu den Geschehnissen, die es hervorriefen darstellt, sondern gegenwärtiges Bewahren vor weiterer emotionaler Dekompensation und/oder Verschlechterung des psychischen Zustandes ist hier zu verhindern. In weiterer Perspektive soll der Patient vor Komplikationen geschützt werden, die aus der Nichtverarbeitung von schwierigen Emotionen entspringen, u.a. aus somatischen Erkrankungen, Persönlichkeitsveränderungen, aber auch deren Transformationen in chronische Zustände. Ein einschlägiges Beispiel ist die Trauer nach dem Tod einer geliebten Person, was pathologische Form zeigen kann: Verlängerte Reaktion, auch über mehrere Jahre, Verabreichung von „Medikamenten“ (Benzodiazepine aber auch „Antidepressiva“) und Alkoholgenuß - also unnatürliches Lindern vom psychischen Schmerz - in den ersten Trauermomonaten kann zum falschen und verlängerten Verlauf führen. Moderne psychologische Hilfe sollte sich also auf die Verstärkung der Geschicklichkeit konzentrieren, mit der Trauer durch ihr Erleben fertig zu werden, und vor allem auf die Erhaltung einer richtigen Beziehung zum Leiden, als einem Element des täglichen Lebens.

Etwas anderes sieht die Problematik bei sog. „wiederkehrender Depression“ aus. Erfahrene Kliniker sind sich im Klaren, dass hier die Basis meist in der Persönlichkeit zu finden ist. Man wird hier nicht von „Störungen“ sprechen, weil hier nur gezeigt wird, dass jemand nicht so ist, wie er in Relation zur Mehrheit hätte sein müssen (der Autor verwendet als Ersatz den Begriff „Zug“ oder „Komponente“). Also ein Patient, der eine starke Abhängigkeitskomponente hat, wird während seines ganzen Lebens leiden („Depression“), weil die Notwendigkeit besteht, Entscheidungen zu treffen, z.B. zum Erhalt seiner Selbstständigkeit, wegen Alleinseins, etc. Ähnlich wird ein Patient mit starker, narzisstischer Komponente jeden Tag Diskomfort erleben, weil er nicht im Zentrum steht, weil seine Bedürfnisse und seine unbegründeten Erwartungen nicht erfüllt werden, etc. - bei dieser Persönlichkeit können depressive Zustände typisch sein. Bei allen klinischen Persönlichkeitstypen werden wiederkehrende „depressive Zustände“ beobachtet, was für diese „Stimmungsstörung“ der häufigste Grund ist.

Das einzige Problem, das hier auftaucht, ist die Fähigkeit, zwischen reaktivem und in der Persönlichkeit fixiertem Leiden zu differenzieren. Ein erfahrener Kliniker kann es vollbringen auch dann, wenn der Patient es zu erschweren versuchte, z.B., wenn er im fixierten Leiden reaktive

Faktoren zu finden versucht oder im Gegenteil, wenn er seine reaktiven Leidensgründe nicht zeigen kann oder möchte, obwohl diese existieren. In beiden Fällen wären „Medikamente“ unwirksam, denn sie konzentrieren sich auf Symptome. Es führt zu o.a. Konsequenzen und zeigt die grundsätzliche Hilfsmethode auf - Psychotherapie (persönlichkeitsbeeinflussende Strategien) oder psychologische Hilfe (reaktive Zustände bearbeitend). Auch in diesem Sinn scheint die Persönlichkeit Grund für Selbstmorde zu sein und nicht vorübergehender, obwohl wiederkehrender, emotionaler Zustand sich verändert hatte.

Die Schlussfolgerung, die aus Obigem gezogen werden kann, ist verbunden mit der Besorgnis um die Abschwächung der Leidensimmunität. Die chemische Beseitigung dieses Zustandes kann bewirken, dass Menschen ihre Fähigkeit verlieren, die tagtägliche Frustration eigenständig zu bewältigen, weil sie nicht adäquat reagieren und empfinden, d.h., sich dieser Herausforderung nicht stellen. Sie verlieren die Fähigkeit zu differenzieren und die reale Gefahr von der imaginären zu unterscheiden. Ihre Fähigkeit, die Quelle des eigenen emotionalen Zustandes wahrzunehmen und die Realität zu testen, ist gesenkt. Schließlich, durch die Flucht ins Leiden, schaffen sie es auch in der Zukunft nicht, klar zu kommen, weil sie öfter entschieden, anstatt dem Hindernis die Stirn zu bieten, den einfachsten Weg zu wählen - die „Tablette“.

Was vermitteln so betroffene Eltern ihren Kindern weiter? Wie reagieren sie auf die Ausdrucksweise des Leidens ihrer Lieblinge? Werden sie es verstehend tolerieren, dass das Leiden ein natürliches Lebenselement ist und dass nicht jedes Bedürfnis eines Kindes gestillt werden kann, um es an das Erwachsenenleben zu gewöhnen? Immer öfter wird darüber berichtet, dass die Kinder von „depressiven“ Eltern auch unter derselben „Störung“ leiden, aber dass es mit den Genen oder der Biologie nichts zu tun hat. Aber es existiert eine noch ernstere Konsequenz dieser Sachlage; vor fast 200 Jahren bemerkte Baronin von Holstein Madame De Staël (1813) in ihren Ausführungen zum Thema Selbstmord, dass: *„Der Schmerz ein Element unserer moralischen Konstruktion ist, essenziell notwendig, damit man Vergnügen empfinden kann“*. Ist das Leiden also nicht eine notwendige Bedingung, um Glück und Freude zu empfinden?

Selbstverständlich glorifiziere ich hier nicht den Wert des Leidens und schreibe nicht, dass man dagegen nicht kämpfen sollte. Es muss

jedoch eine wichtige Rolle des Leidens hervorgehoben werden, die es für unsere Identität spielt. Es scheint, dass die chemische Korrektur nicht so leicht und langfristig ist, wie es die Beseitigung aller physischen Schmerzen erscheinen lässt. Patienten akzeptieren in der Regel physischen Schmerz samt schmerzlicher Behandlung, wenn sie wissen, dass es zu ihrer Heilung führt. Warum sollten sie also nicht akzeptieren sollen, dass das Erleben von psychischem Schmerz - nicht unbedingt in Einsamkeit, aber auch mit Beteiligung des Spezialisten - in der Konsequenz zur „Heilung“ führt, auch zur Stärkung für den Rest des Lebens, was nur ein schnelles Loswerden des Patienten nicht leisten kann.

Die größte zu erwartende Bedrohung wird hier nicht in der Wirkung der „Medikamente“ aus der Gruppe „S“ gesehen und mit Sicherheit nicht in der anderer, noch „perfekterer“ Substanzen, die in der Zukunft erscheinen werden. Diese Bedrohung betrifft die öffentliche Akzeptanz zur Behandlung von natürlichen Geisteszuständen und deren Betrachten in Krankheitskategorien.

Leiden ist ein Element der menschlichen Natur, ist eine Bedingung, um Glück und Freude zu fühlen, um empathische Identifikation mit anderen, leidenden Menschen zu fühlen, ihnen Hilfe zu leisten, ihren Zustand verstehen zu können, und oft ist es auch die Bedingung der psychischen Gesundheit.

Die Erfahrung von Leiden ist eine unentbehrliche Bedingung, um Meisterwerke bewundern zu können, die unter dessen Einfluss entstanden sind. Leiden ist ein unentbehrliches Element subtiler Empfindlichkeit, die es ermöglicht, zeitlose Werte zu erschaffen. Leiden ist ein Fundament, worauf unsere Kultur gebaut wurde; es ist die Quintessenz der Menschheit.

Über den Autor

Klinische und forensische Psychologie absolvierte er 2001 mit 28 Jahren an der Kattowitzer Universität. In den nächsten Jahren schulte er sich in der psychodynamischen Psychotherapie (moderne Psychoanalyse) und spezialisierte sich als psychoanalytischer Kinder-Psychotherapeut. Er besuchte zig Lehrgänge in den Bereichen Diagnostik und psychologische Hilfe, 2008 absolvierte er ein zusätzliches Studium als klinischer Sexuologe und forscht in diesem Bereich bis heute - zur Zeit arbeitet er an einer Doktorarbeit im Rahmen seiner Suizidforschung.

Stukan arbeitete in zahlreichen staatlichen Institutionen der allgemeinen Gesundheitsversorgung in Bereichen: Kinderpsychologie, Erwachsenenpsychiatrie, Krisenintervention. Sporadisch tritt er auch als Gerichtsgutachter auf. In seiner klinischen Arbeit spezialisierte er sich auf "Hilfeleistung für Menschen, die ihre Lust auf Leben verloren haben".

Er hat sich auch als junger Künstler/Maler verwirklicht, stellte erfolgreich seine Arbeiten in Vernissagen aus. Als Autor brachte er bisher 8 Bücher heraus - in allen konzentriert er sich auf Selbstmordprognostik und Selbst- und Mordvorbeugung. Er ist Erfinder von neuen Begriffen, die es ermöglichen, diese Thematik besser zu verstehen, z.B.: "Pseudo-Selbstmord", "Premörderisches Syndrom", "Sauberer Sadismus" und andere. Sein nächstes Buch, das im 2013 auf den polnischen Markt kommt, erschreckt uns wieder mit seinem Titel: "Die Polizisten in weißen Kitteln: Über Kinderpsychiater und -Psychologen".

Literatur

Altman, E.M. und Manos, G.H. (2007). Serotonin syndrome associated with citalopram and meperidine. *Psychosomatics*, 48:361-a-363.

Bakker, M.K., Kerstjens-Frederikse, W.S., Buys, C.H., de Walle, H.E. und de Jong-van den Berg, L.T. (2010). First-trimester use of paroxetine and congenital heart defects: a population-based case-control study. *Birth Defects Res. A. Clin. Mol. Teratol.*, 88(2):94-100.

Bernadt, M. (2007). Drug treatment of depression. W: G. Stein und G. Wilkinson (red.). *Seminars in general adult psychiatry* (second edition). London: Royal College of Psychiatrists.

Bertolote, J.M. i Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2):6-8.

Beskow, J., Gottfries, C.G., Roos, B.E. und Winblad, B. (1976). Determination of monoamine and monoamine metabolites in the human brain: Post mortem studies in a group of suicides and in a control group. *Acta Psychiatr. Scand.*, 53(1):7-20.

Blach, P.A. (2006). *Prescription for nutritional healing: A practical A-to-Z reference to drug-free remedies using vitamins, minerals, herbs and food supplements*. London: Penguin books.

Black, D.W., Winokur, G. und Nasrallah, A. (1988). Effect of psychosis on suicide risk in 1,593 patients with unipolar and bipolar affective disorders. *Am. J. Psychiatry*, 145:849-852.

Bliss, E.L., Ailion, J. und Zwanziger, J. (1968). Metabolism of norepinephrine, serotonin and dopamine in rat brain with stress. *Pharmacology*, 164(1):122-134.

Breggin, P.R. (1984). Electroshock therapy and brain damage: The acute organic brain syndrome and treatment. *Brain Behav. Sc.*, 7:24-25.

Breggin, P.R. (2004). Violence and suicide caused by antidepressants. Report to the FDA, August 23.

Brown, G.L., Ebert, M.H., Goyer, P.F., Jimerson, D.C., Klein, W.J., Bunney, W.E. und Goodwin, F.K. (1982). Aggression, suicide, and serotonin: relationships to CSF amine metabolites. *Am. J. Psychiatry*, 139:741-746.

Card, J.J. (1974). Methods and suicide risk; two distinct concept. *Omega* 5,37-45. In: G.Stone (2001). *Suicide and attempted suicide*. New York: Carroll & Graf Publishers.

Cartwright, S.A. (1851). Diseases and peculiarities of the negro race. Drapetomania or the disease causing negroes to run away. W: J.D.R.De Bow (1851). De Bow's review of the southern and western states. Vol. XI - New series, Vol. IV. 331-333. New Orleans: Office, 22 Exchange Place.

Caspi, A., Moffitt, T.E., Silva, P.A., Stouthamer-Loeber, M., Krueger, R.F. i Schmutte, P.S. (1994). Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, 32:163-194.

Chambers, C.D., Hernandez-Diaz, S., Van Marter, L.J., Werler, M.M., Louik, C., Jones, K.L. und Mitchell, A.A. (2006). Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N. Engl. J. Med.*, 354(6):579-87.

Coccaro, E.F. (1989). Central serotonin and impulsive aggression. *Br. J. Psychiatry*, 155(8):52-62.

Coccaro, E.F., Kavoussi, R.J., Sheline, Y.I., et al. (1996). Impulsive aggression in personality disorders correlates with tritiated paroxetine binding in the platelet. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53:531-536. In: E.Hollander und H.A.Berlin (2008). *Neuropsychiatric aspects of aggression and impulse control disorder*. 535-565. W: S.C.Yudofsky i R.E.Hales (red.). *The American psychiatric publishing textbook of neuropsychiatry and behavioral neurosciences*. Arlington: APA.

Coccaro, E.F., Siever, L.J., Klar, H.M., Maurer, G., Cochrane, K., Cooper, T.B., Mohs, R.C. und Davis, K.L. (1989). Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46(7):587-599.

Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., McCauley, E., Smith, C.J., Vasilev, C.A.

und Stevens, A.L. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 76(1):15-21.

Depue, A., Collins, P.F. und Luciana, M. (1996). A model of neurobiology-environment interaction in developmental psychopathology, 44-81. In: M.F. Lenzenweger und J.J. Haugaard (red.). *Frontiers of developmental psychopathology*. New York: Oxford University Press, Inc.

DSM - 4 (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA.

Emslie, G.J., Findling, R.L., Yeung, P.P., Kunz, N.R. und Li, Y. (2007). Venlafaxine ER for the treatment of pediatric subjects with depression: results of two placebo-controlled trials. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 46(4):479-88.

Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K.C., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P. und Hutton, B. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 330:396-9.

Ferris, C.F. (2006). Neuroplasticity and aggression: an interaction between vasopressin and serotonin. In: R.J. Nelson (red.). *Biology of aggression*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Fisher, H.E. (1998). Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Human Nature*, 9(1):23-52.

Frankle, W.G., Lombardo, I., New, A.S., Goodman, M., Talbot, P.S., Huang, Y., Hwang, D.-R., Slifstein, M., Curry, S., Abi-Dargham, A., Laruelle, M. und Siever, L.J. (2005). Brain serotonin transporter distribution in subjects with impulsive aggressivity: A positron emission study with [^{11}C]McN 5652. *Am. J. Psychiatry*, 162:915-923.

Frank, C. (2008). Recognition and treatment of serotonin syndrome. *Can. Fam. Physician*, 54(7):988-992.

Freud, S. (1917/1992). *Trauer und Melancholie*. W: K. Walewska und J. Pawlik (red.). *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*. Warszawa: PWN.

- Golbin, A.Z., Freedman, N.S. und Kravitz, H.M. (2004). Basic neurophysiological changes in sleep and wakefulness. 3-21. W: A.Z. Golbin, H.M. Kravitz und L.G. Keith (red.). Sleep psychiatry. Abingdon: Taylor & Francis.
- Goodman, L.J. und Villapiano, M. (2001). Eating disorders: the journey to recovery workbook. New York: Brunner Routledge.
- Grunebaum, M.F., Oquendo, M.A., Harkavy-Friedman, J.M., Ellis, S.P., Li, S., Hass, G.L., Malone, K.M. und Mann, J.J. (2001). Delusions and suicidality. *Am. J. Psychiatry*, 158:742-747.
- Halperin, J.M., Newcorn, J.H., Kopstein, I., McKay, K.E., Schwartz, S.T., Siever, L.J. i Sharma, V. (1997). Serotonin, aggression, and parental psychopathology in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 36(10):1391-8.
- Harkavy-Friedman, J.M., Kimhy, D., Nelson, E.A., Venarde, D.F., Malaspina, D. und Mann, J.J. (2003). Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *J. Clin. Psychiatry*, 64(8):871-4.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br. J. Psychiatry*, 177:484-485.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. und Deeks, J.J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br. J. Psychiatry*, 187:9-20.
- Hawton, K., Zahl, D. und Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br. J. Psychiatry*, 182:537-542.
- Heilä, H., Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J. und Lönnqvist, J.K. (1998). Antecedents of suicide in people with schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 173:330-3.
- Hellerstein, D., Frosch, W. und Koenigsberg, W. (1987). The clinical significance of command hallucinations. *Am. J. Psychiatry*, 144(2):219-21.
- Hollander, E., Posner, N. und Cherkasky, S. (2002). Neuropsychiatric

aspects of aggression and impulse control disorders. W: S.C. Yudofsky und R.E. Hales (red.). American psychiatric publishing textbook of neuropsychiatry and clinical neurosciences, Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Publishing.

ICD-7 (1962). Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik. Berlin: Deutsches Zentralverlag.

ICD-8 (1968). Handbuch der internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1968. Stuttgart und Mainz: W. Kohlhammer.

ICD-9 CM: http://www8.cs.umu.se/~medinfo/ICD9/icd9cm_group5.html

ICD-10 (2000). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: UWM „Versalius”.

ICD-10 (1998). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: UWM „Versalius”.

Isometsä, E.T., Aro, H.M., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E. und Lönnqvist, J.K. (1994). Suicide in major depression in different treatment settings. *J. Clin. Psychiatry*, 55(12):523-7.

Juurlink, D.N., Mamdani, M.M., Kopp, A. und Redelmeier, D.A. (2006). The risk of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors in the elderly. *Am. J. Psychiatry*, 163:813-821.

Kaplan, H.I. und Sadock, B.J. (1995). *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner.

Kaye, W.H. und Strober, M. (1999). Serotonin: Implications for the etiology & treatment of eating disorders. *Eat. Disord. Rev.*, 10(3):1-3.

Kelly, D.L., Shim, J.C., Feldman, S.M., Yu, Y. und Conley, R.R. (2004). Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *J. Psychiatr. Res.*, 38(5):531-6.

Kern, S. (2004). *A cultural history of causality: science, murder novels, and systems of thought*. New Jersey: Princeton University Press.

Klinger, G. und Merlob, P., (2008). Selective serotonin reuptake inhibitor induced neonatal abstinence syndrome. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 42(5):107-13.

Krupinski, M., Fischer, A., Grohmann, R., Engel, R.R., Hollweg, M. und Möller, H.J. (2000). Schizophrene Psychosen und Kliniksuzid. Risikofaktoren, psychopharmakologische Behandlung. *Nervenarzt*, 71(11):906-11.

Lande, R.G. (2003). Whole blood serotonin levels among pretrial murder defendants. *J. Psych. Law*, 31(3):287-303.

Lenzer, J. (2005). FDA to review "missing" drug company documents. *BMJ*, 330(7481):7.

Lidberg, L., Asberg, M. i Sundqvist-Stensman, U.B. (1984). 5-Hydroxyindoleacetic acid levels in attempted suicides who have killed their children. *Lancet*, 20;2(8408):928.

Linnoila, V.M. und Virkkunen, M. (1992). Aggression, suicidality, and serotonin. *J. Clin. Psych.*, 53:46-51.

Lloyd, K.G., Farley, I.J. Deck, J.H. und Hornykiewicz, O. (1974). Serotonin and 5-hydroxyindoleacetic acid in discrete areas of the brainstem of suicide victims and control patients. *Adv. Biochem. Psychopharm.*, 11(0):387-397.

Lykouras, L., Gournellis, R., Fortos, A., Oulis, P. und Christodoulou, G.N. (2002). Psychotic (delusional) major depression in the elderly and suicidal behaviour. *J. Affect. Disord.*, 69(1-3):225-9.

Madame De Stael (1813). *Reflections on suicide*. London: Printed for Longman, Hurst, Rees, Orme, and Brown.

Marazziti, D., Akiskal, H.S., Rossi, A. und Cassano, G.B. (1999). Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. *Psych. Med.*, 29:741-745.

Merlob, P., Birk, E., Sirota, L., Linder, N., Berant, M., Stahl, B. und Klinger, G. (2009). Are selective serotonin reuptake inhibitors cardiac teratogens? Echocardiographic screening of newborns with persistent heart murmur. *Birth Defects Res. A. Clin. Mol. Teratol.*, 85(10):837-41.

Millon, T., Grossman, S. und Meagher, S.E. (2004). *Masters of the mind: exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Moore, T.M., Scarpa, A. und Raine, A. (2002). A meta-analysis of serotonin metabolite 5-HIAA and antisocial behavior. *Aggress. Behav.*, 28:299-316.

Moskowitz, D.S., Pinard, G., Zuroff, D.C., Annable, L. und Young, S.N. (2004). Tryptophan, serotonin and human social behavior. In: G.Allegri, C.V.L.Costa, E.Ragazzi, H.Steinhardt i L.Varesio (red.). *Developments in tryptophan and serotonin metabolism. Advances in experimental medicine and biology*, 527:215-225. New York: Springer.

Nieto, E., Vieta, E., Gastó, C., Vallejo, J. und Cirera, E. (1992). Suicide attempts of high medical seriousness in schizophrenic patients. *Compr. Psychiatry*, 33(6):384-7.

Owen, F., Cross, A.J., Crow, T.J., Deakin, J.F., Rerrier, I.N., Lofthouse, R. und Poulter, M. (1983). Brain 5-HT-2 receptors and suicide. *Lancet*, 2(8361):1256.

Patejuk-Mazurek, I. (2007). Jak leczyć depresję w czasie ciąży? *Puls medycyny*, 16:159.

Perveen, T., Zehra, S.F., Haider, S., Akhtar, N. und Haleem, D.J. (2003). Effects of 2hrs. restraint stress on brain serotonin metabolism and memory in rats. *Pak. J. Pharm. Sc.*, 16(1):27-33.

Prudic, J. und Sackeim, H.A. (1999). Electroconvulsive therapy and suicide risk. *J. Clin. Psychiatry*, 60(s.2):104–110.

Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L. und van Dyck, R. (2002). SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 159:2048-2054.

Rudnick, A. (1999). Relation between command hallucinations and dangerous behavior. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.*, 27(2):253-7.

- Saarinen, P.I., Lehtonen, J. und Lönnqvist, J. (1999). Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophr. Res.*, 25(3):533-42.
- Sahley, B.J. (2001). 5-HTP serotonin master controller. Pain & Stress Publications.
- Shaw, D.M., Camps, F.E. und Eccleston, E.G. (1967). 5-Hydroxytryptamine in the hind-brain of depressive suicides. *Br. J. Psychiatry*, 113(505):1407-1411.
- Shorter, E. (2005). A historical dictionary of psychiatry. New York: Oxford University Press, Inc.
- Simon, G.E. und Savarino, J. (2007). Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy. *Am. J. Psychiatry*, 164(7):1029-34.
- Smoller, J.W., Allison, M., Cochrane, B.B., Curb, J.D., Perlis, R.H., Robinson, J.G., Rosal, M.C., Wenger, N.K. und Wassertheil-Smoller, S. (2009). Antidepressant use and risk of incident cardiovascular morbidity and mortality among postmenopausal women in the women's health initiative study. *Arch. Intern. Med.*, 169(22):2128-2139.
- Sprenger, M. (1999). Learning and memory. The brain in action. Alexandria: ASCD.
- Stafford, R.S., MacDonald, E.A. und Finkelstein, S.N. (2001). National patterns of medication treatment for depression, 1987 to 2001. *J. Clin. Psychiatry*, 3(6):232-235.
- Starr, C., Evers, C.A. und Starr, L. (2009). Biology: today and tomorrow with physiology. Belmont: Cengage Learning.
- Stein, D.J. und Hollander, E. (1993). The spectrum of obsessive - compulsive - related disorders. W: E.Hollander (red.). Obsessive-compulsive related disorders. Washington: American Psychiatric Pub.
- Stephens, J.H., Richard, P. und McHugh, P.R. (1999). Suicide in patients hospitalized for schizophrenia: 1913-1940. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 187(1):10-4.
- Stone, G. (2001). Suicide and attempted suicide. New York: Carroll &

Graf Publishers.

Stukan, J. (2008). *Diagnoza ryzyka samobójstwa*. Zdzeszowice: Prometeusz.

Stukan, J. (2009). *Masowi mordercy: mass murderers*. Zdzeszowice: Prometeusz.

Tanrikut, C., Feldman, A.S., Altemus, M., Paduch, D.A. und Schlegel, P.N. (2009). Adverse effect of paroxetine on sperm. *Fertil Steril*, (im Druck).

Teichert, M.H., Andersen, S.L., Polcan, A., Anderson, C.M. und Navalta, C.P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 25(2):397-426.

Teichert, M.H., Andersen, S.L., Polcan, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P. und Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 27(1-2):33-44.

Torrey, E.F. (1981). *Czarownicy i psychiatrzy*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Velez, L.I., Sheperd, G., Roth, B.A. und Benitez, F.L. (2003). Serotonin syndrome with elevated paroxetine concentrations. *Ann. Pharmacother.*, 38(2):269-272.

WHO (1999). *Figures and facts about suicide, technical report*. Geneva: WHO.

Virkkunen, M. und Linnoila, M. (1990). Serotonin in early onset, male alcoholics with violent behavior. *Ann. Med.*, 22(5):327-331.

Wogelius, P., Nørgaard, M., Gislum, M., Pedersen, L., Munk, E., Mortensen, P.B., Lipoworth, L. und Sørensen, H.T. (2006). Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of congenital malformations. *Epidemiology*, 17(6):701-4.

Wrangham, R. und Peterson, D. (1996). *Demonic males: apes and the origins of human violence*. New York: Mariner Books.

Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J. und Jeste, D.V. (1995). Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 56(10):462-5.