

LA BUGIA DELLO “SQUILIBRIO CHIMICO” CONDANNA IL CONSENSO INFORMATO

(testimonianza di Fred A. Baughman, 23 marzo 2006 – traduzione a cura di Giulia Faccioli)

Incontro FDA del comitato consultivo psicofarmacologico

La realtà è che non c'è malattia (anormalità obiettiva =malattia) come l' ADHD. E' frutto di un'invenzione, un disturbo fasullo, un'illusione. Stando così le cose, i bambini che ricevono tale diagnosi sono normali/senza alcuna malattia e dare loro farmaci per l'ADHD o altri psicofarmaci non è trattamento, ma avvelenamento.

“Appena il Ritalin o altri psicofarmaci cominciano a scorrere nei loro corpi, essi diventano, per la prima volta, fisicamente, neurologicamente e biologicamente anormali.”[1]

In medicina, le diagnosi devono risultare complete prima di tutto, scientifiche, logiche: i trattamenti possono essere progettati e il consenso informato può essere elicitato.

Inizialmente, le diagnosi richiedono la risposta a una domanda: E' presente un'anormalità oggettiva-sì o no?Se si risponde “ sì”, devono essere effettuati esami successivi e test per determinare quale disturbo è presente. Se è presente un'anormalità macroscopica, microscopica o chimica, evidente in vita, o riscontrabile in autopsia, alla morte -è presente un disturbo.

A causa dell'assenza di anormalità obiettive in psichiatria non esiste un disturbo come quello psichiatrico/malattia/squilibrio chimico.

Gli psicofarmaci furono commercializzati negli anni 50. Psichiatria e Big Pharma “ si unirono” e diedero vita a una strategia di mercato che possiamo chiamare della“ grande bugia”, attraverso la quale avrebbero classificato ogni cosa con il termine “squilibrio chimico”,emozionale e psicologico, del cervello, curabile attraverso “ compensatori chimici”, pillole.

Il 29 settembre 1970, il deputato Cornelius Gallagher del New Jersey inaugurò l'udienza congressuale, Coinvolgimento Federale Nell'uso Di Farmaci Per La Modificazione Del Comportamento Su Ragazzi Dei Scuole Medie: Farmaci Per La Modificazione Del Comportamento Per Bambini In Età Scolare, dicendo: “Ho ricevuto lettere di critica sulla disfunzione minima cerebrale, uno dei 38 nomi legati a questa condizione”.

Ma la strategia dello “squilibrio chimico” era chiaramente stata attivata. Il dottore Ronald Lipman, capo della sezione di studi Clinici, FDA, testimoniò: “...l'ipercinesia è una sindrome medica. Dovrebbe essere propriamente diagnosticata da uno specialista medico.”

Nel 1948 la “Neuropsichiatria” era divisa in “neurologia “ che trattava anomalie, disfunzioni, malattie fisiche e “psichiatria”, che trattava emozioni e comportamenti.[2].

Nel DSM-III del 1980 era ADD, nel DSM-III-R del 1987 ADHD; nel DSM-IV del 1994 era ADHD nuovamente.

Il 22 dicembre 1994, Paul Leber, MD, Direttore; Divisione di Prodotti Farmaceutici neurofarmacologici del FDA, mi scrisse: ...non è stata delineata una distinta patofisiologia per il disturbo (ADHD)”

Il 13 maggio 1998, F.Xavier Castellanos del NIMH mi scrisse ”...non abbiamo ancora affrontato l'onere di dimostrare la specifica patofisiologia che crediamo sia alla base di questa condizione.”

Il 16-18 novembre 1998, Conferenza Consensus, William B. Carey [3], parlando del soggetto: “E’ l’ADHD una valida malattia?”concluse: “Quello che... è descritto come ADHD negli U.S. sembra essere un’ insieme di variazioni comportamentali normali...”

James M.Swanson and F. Xavier Castellanos [4] rividero la ricerca MRI strutturale/anatomica[5-18] concludendo che ”...soggetti con ADHD hanno di media un’atrofia del cervello pari al 10%.”

Un microfono in platea (Baughman) sfidò Swanson: “*Perchè non dici che praticamente tutti i soggetti con ADHD sono sottoposti a terapia con stimolanti e che questa è la causa più probabile della loro atrofia al cervello?*”

Con la loro principale prova smascherata, la Conferenza Consensus obiettò:”..non abbiamo un valido e indipendente test per L’ADHD...non ci sono dati per indicare che ADHD è legata ad una malformazione del cervello.”

Palco del NPR osservò:”ADHD è come la definizione della pornografia data dalla Corte Suprema: “*La conosci quando la vedi*”.

Il 9 Ottobre 2002, Castellanos, et al.[19], pubblicò l’unico e il solo studio MRI su un gruppo ADHD non sottoposto a trattamento. Inspiegabilmente, fallirono a usare i controlli incrociati, annullando lo studio. ADHD rimase senza convalida come un disturbo mentre i farmaci per ADHD- metilfenidato e anfetamine- rimasero la probabile causa del “10% di atrofia cerebrale, in media”.

Nel 2002, Weinberger [20] del NIMH rivendicò che “le maggiori malattie psichiatriche”...sono associabili a “cambiamenti sottili ma oggettivamente riscontrabili”. In ogni caso, non riportò nessuna prova.

Nel 2002, La Commissione di Vigilanza Olandese riportò che la Brain Foundation - Olanda definiva la ADHD una disfunzione cerebrale congenita e questo“...dava una rappresentazione sbagliata e confondente e gli ha incoraggiato a fermarsi.

Nel 2003, Irlanda ha proibito alla GSK (GlaxoSmithKline) di riportare sul libretto informativo del suo paxil /paroxetina:” funziona riportando i livelli di serotonina alla normalità”.

Mentre Goodman della FDA riconobbe che affermare che gli SSRI correggono uno squilibrio serotoninico va “troppo lontano”, ed ebbe la temerarietà di suggerire:” questa è una sintesi per affermare che è un problema dovuto a un’anomalia cerebrale o chimica”.

Affermare che ogni diagnosi psichiatrica è un problema cerebrale e che i farmaci hanno funzioni normalizzanti è una bugia anti scientifica, pro-farmaco e riflette generalmente la politica governativa e della FDA.

Non c’è niente di più spregevole di un medico che intenzionalmente dice ai suoi pazienti che sono malati ,per profitto. Questa è diventata una pratica standard in medicina, e nella FDA (Food and Drug Administration), APA(Associazione americana Psichiatri), AMA (Associazione americana medici), AACAP (Accademia Americana della psichiatria infantile e dell’adolescenza), Accademia Americana Pediatri(AAP), Accademia Americana Neurologi (AAN), Società Neurologica Infantile(CNS), Accademia Americana Di Pratica Familiare (AAFP) e altre organizzazioni.

Tutti gli agenti e le organizzazioni sanitarie, tutti i produttori farmaceutici devono smetterla con le loro rappresentazioni di diagnosi psicologiche e psichiatriche come disturbi o squilibri chimici. Il diritto del consenso informato, universalmente abrogato da queste bugie, deve essere riportato nella medicina degli Stati Uniti.

Voi- Dov'è la prova(1) che l'ADHD è una malattia? Dateci le prove, le citazioni. Ora, per favore. Dateci le prove, gli esempi di test che mostrano[2] un'anormalità obiettiva, bambino per bambino. I membri del convegno non mi hanno riportato nessuna prova, al momento della mia domanda, né prima, né durante, né dopo il giorno della conferenza.

RIFERIMENTI

1. Baughman FA, Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, JAMA, 1999;281: 1490.
2. Cohen MM, editor. American Academy of Neurology: The first 50 years, 1948–1998 p 1-8. (1998). St. Paul (Minnesota): American Academy of Neurology.
3. Carey WB, NIH Consensus Conference on ADHD, November 16-18, 1998.
4. Swanson J, Castellanos FX, Biological Bases of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, NIH Consensus Development Conference on ADHD (p 37-42, program and abstracts), November 16-18, 1998, National Institutes of Health, Bethesda, MD
5. Hynd GW, Semrud-Clikeman M, Lorys AR, et al., Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit disorder/hyperactivity. Arch Neurol, 1990;47:919-926.
6. Hynd GW, Semrud-Clikeman M, Lorys AR, et al., Corpus callosum morphology in attention-deficit hyperactivity disorder: morphometric analysis of MRI., J Learn Disabil.1991;24:141-146.
7. Hynd GW, Hern KL, Novey ES, et al., Attention deficit hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus, J Child Neurol. 1993;8:339-347.
8. Giedd JN, Castellanos FX, Casey BJ, et al., Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder, Am J Psychiatry, 1994;151:665-669.
9. Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P, et al., Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder, Am J Psychiatry, 1994;151:1791-1796.
10. Semrud-Clikeman M, Filipek PA, Biederman J, et al., Attention-deficit hyperactivity disorder: magnetic resonance imaging morphometric analysis of the corpus callosum, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994;33:875-881.
11. Baumgardner TL, Singer HS, Denckla MB, et al., Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder, Neurology, 1996;47:477-482.
12. Aylward EH, Reiss AL, Reader MJ, et al., Basal ganglia volumes in children with attention-deficit hyperactivity disorder, J Child Neurol, 1996;11:112-115.295.
13. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, et al., Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder, Arch Gen Psychiatry, 1996;53:607-616
14. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, et al, Volumetric MRI analysis comparing attention-deficit hyperactivity disorder and normal controls, Neurology, 1997;48:589-601.
15. Casey BJ, Castellanos FX, Giedd JN, et al., Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/hyperactivity disorder, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997;36:374-383.
16. Mataro M, et al., Archives of Neurology, 54 (1997):963-68
17. Berquin PC, Giedd JN, Jacobsen LK, et al., The cerebellum in attention-deficit/hyperactivity disorder: a morphometric study, Neurology, 1998;50:1087-1093.
18. Mostofsky SH, Reiss AL, Lockhart P, Denckla MB., Evaluation of cerebellar size in attention-deficit hyperactivity disorder, J Child Neurol, 1998;13:434-439.
19. Final statement of the Panel of the Consensus Panel, November 18, 1998.
20. Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, F. Xavier Castellanos, Patti P. Lee, MD; Wendy Sharp, MSW; Neal O. Jeffries, PhD; Deanna K. Greenstein, PhD; Liv S. Clasen, PhD; Jonathan D. Blumenthal, MA; Regina S. James, MD; Christen L. Ebens, BA; James M. Walter, MA; Alex Zijdenbos, PhD; Alan C. Evans, PhD; Jay N. Giedd, MD; Judith L. Rapoport, MD JAMA, 2002;288:1740-1748 .

21. Wayne K. Goodman, MD Chair of the US Food and Drug Administration (FDA) Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee, quoted in Canadian Medical Association Journal, March 14, 2006. SSRI ads questioned. Colin Meek. Wester Ross, Scotland