

RUINOVÁNÍ SPOLEČNOSTI

Vnucovaná psychiatrická „péče“

OBSAH

Úvod: Poškození lidí
s duševními problémy2

Kapitola jedna: Původ programů
veřejného duševního zdraví5

Kapitola dvě:
Nebezpečná „léčba“9

Kapitola tři:
„Krutý soucit“15

Kapitola čtyři:
Zlepšování duševního zdraví21

Doporučení24

Mezinárodní občanská
komise za lidská práva25





ÚVOD

Poškozování lidí s duševními problémy

Při rychlém nárůstu vládních programů „veřejného duševního zdraví“ pro lidi s vážnými duševními problémy, které dnes stojí miliardy dolarů, jak je na tom duševní zdraví ve společnosti?

Americká Komise nové svobody pro duševní zdraví vydala v roce 2003 zprávu, která tvrdí: „U nejzávažnějších duševních nemocí a vážných emocionálních poruch jsou nyní dostupné pokročilé efektivní léčebné postupy, které jsou *životně důležité* pro kvalitní péči a uzdravení.“¹

Těm, kteří vědí málo o psychiatrii a „veřejném duševním zdraví“, se to jeví jako skvělá zpráva. Avšak co přesně představuje tyto *životně důležité* „léčebné postupy“?

Převážně mezi ně patří *automatické* předepsání léků zvaných neuroleptika (z řečtiny, „nervy zachvacující“), což napovídá, že tyto léky fungují jako chemická lobotomie.

Zpráva z roku 2004 odhaduje cenu neuroleptik pro léčbu takzvaných schizofrenních pacientů v celých Spojených státech na více jak 10 milionů dolarů denně.² Léčba je obvykle celoživotní.

A tedy znovu, kolik *bychom měli* platit za kvalitní pokročilou péči, za uzdravení, za možnost, aby se tito lidé vrátili k produktivnímu životu?

Podle několika nepsychiatrických a nezávislých výzkumných experimentů je odpovědí na tuto otázku: „Vůbec ne moc.“ Kvalitní péče, jejímž výsledkem je uzdravení a opětovné zařazení do společnosti může

být velmi *nenákladná*, stejně jako rychlá, s trvalými účinky a, co je nejdůležitější, *bez drog*.

Světová zdravotnická organizace došla po osmileté studii k zjištění, že pacientům s duševními problémy se ve třech ekonomicky slabých zemích, jejichž léčebné plány se tolik nespolehnají na léky – v Indii, Nigerii a Kolumbii – dařilo podstatně lépe než pacientům ve Spojených státech a ve čtyřech dalších rozvinutých zemích. Následná studie dospěla k podobným závěrům.³

„Psychiatrie prosazuje, že jedinou ‚léčbou‘ pro závažné duševní ‚nemoci‘ jsou neuroleptické [antipsychotické] léky. Pravdou je, že drogování pacientů s vážnými duševními problémy je nejen zbytečné – a drahé, ale také vyvolává účinky, které poškozují mozek a život pacienta.“
– Jan Eastgateová

Experiment dnes již zesnulého dr. Lorena Moshera s názvem Dům vykoupení (Soteria House), prováděný v 70. letech ve Spojených státech, se zakládal na myšlence, že „schizofrenii“ lze překonat bez pomoci drog. Pacienti

Domu vykoupení, kteří nedostávali neuroleptika si ve skutečnosti vedli nejlépe v porovnání s léky léčenými kontrolními subjekty z léčebny. Švýcarští, švédští a finští vědci tento experiment opakovali a jeho závěry potvrdili.

V Itálii vyprázdnil v letech 1973 až 1996 dr. Giorgio Antonucci některé z nejkrutějších psychiatrických oddělení tím, že vážně narušené pacienty léčil soucitem, úctou a *bez jakéhokoli použití* léků. Za pár měsíců se nejbrutálnější oddělení stala těmi nejpoklidnějšími.

Robert Whitaker ve své knize *Šilencem v Americe* (Mad In America) odhaluje, že se léčebné výsledky u lidí se „schizofrenií“ za posledních 25 let skutečně zhoršily. Dnes nejsou o nic lepší než na začátku 20.

ÚVOD K ČESKÉMU VYDÁNÍ

Tento materiál byl sestaven Občanskou komisí za lidská práva (Citizens Commission on Human Rights – CCHR) na základě průzkumů a zkušeností pocházejících z Evropy, Spojených států, Austrálie, ale i dalších částí světa. V různých zemích se vzhledem k odlišnému historickému vývoji a několika dalším faktorům může popisovaná situace lišit, v některých ohledech může být lepší, ale v některých také podstatně horší.

Díky globálnímu postupu psychiatrie můžeme v ČR očekávat snahu o přizpůsobení se Evropě a USA, což je v případě zlepšení situace v oblasti lidských práv a práv pacientů vítanou změnou,

v případě implementace prokazatelně škodlivých psychiatrických a psychologických postupů a zvyšování negativního psychiatricko-psychologického vlivu naprosto nepřijatelným trendem, který by politici, úřady, nevládní organizace a angažovaní občané neměli dovolit. Stejně tak by neměli dovolit stávající zneužívání, ke kterému v České republice dochází. Předkládaný materiál je inspirací pro jeho odhalení a pro zavedení opatření, která povedou k zajištění lidských práv tak, jak je definují mezinárodní dokumenty, jejichž je ČR signatářem. Zejména Všeobecná deklarace lidských práv a Mezinárodní úmluva o občanských a politických právech.

Občanská komise za lidská práva ČR

století, přesto mají Spojené státy zdaleka nejvyšší spotřebu neuroleptik ze všech zemí.

Co to vše znamená?

Každý vědec z oboru přírodních věd s dostatkem sebeúcty vám řekne, že teorie je dobrá jen do té míry, do jaké funguje. Ví, že když narazí na skutečnosti, které do teorie nezapadají, musí pokračovat ve zkoumání a teorii založenou na dosavadních objevených důkazech musí upravit nebo zavrhnout.

Psychiatrie již téměř 50 let prosazuje svou teorii, že jedinou „léčbou“ pro závažné duševní „nemoci“ jsou neuroleptické léky. Tato myšlenka ovšem spočívá na lživé konstrukci. Pravdou je, že drogování pacientů s vážnými duševními problémy je nejen zbytečné – a drahé, a tím ziskové –, ale také vyvolává účinky poškozující mozek a život pacienta.

Tato publikace odhaluje zmíněnou lživou konstrukci, některé z jejích vymyšlených pojmů, podvody, lži a další klamně údaje. Při seznámení se s těmito informacemi je velmi snadné pochopit, proč psychiatři budou napadat každé alternativní a lepší řešení problému závažných duševních obtíží.

Neboť pravdou je, že máme tu čest nejen s absencí vědeckých dovedností či metod nebo dokonce s pseudovědou. Zdánlivě neškodná prohlášení jako například: „Existuje jasný vědecký důkaz, že novější třída léků může lépe léčit symptomy schizofrenie a deprese za mnohem menších vedlejších účinků,“ nejsou doložena žádnými důkazy a představují vyložený lékařský podvod.

Přístup psychiatrie k léčbě lidí s vážnými duševními problémy – „pokročilá“ a „vědecká“ operační páteř „veřejného duševního zdraví“ a dalších psychiatrických programů – je špatná věda a špatná medicína, ale pro psychiatrii velmi dobrý ‚byznys‘.



Prostou pravdou je, že alternativy k psychiatrickým léčením poškozujícím mysl, mozek a tělo existují. Zatímco psychiatrie v současné době volá po plošném povinném screeningu duševních nemocí u dospělých a dětí, naléháme na všechny, kdo mají zájem na zachování duševního zdraví, tělesného zdraví a svobody rodin, společností a národů, aby si tuto publikaci přečetli. Musí se něco udělat, aby tu byla pomoc pro ty, kteří ji potřebují.

S úctou,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Jan Eastgateová'.

Jan Eastgateová, prezidentka
Citizens Commission
on Human Rights International

DŮLEŽITÁ FAKTA

- 1 „Veřejné duševní zdraví“ (Community Mental Health – CMH) se propagovalo a propaguje jako řešení ústavních problémů. Jde však o nákladné fiasko.
- 2 V 70. letech se mimo psychiatrické léčebny předepisovalo takové množství neuroleptických léků a antidepresiv, že by se z toho daly trvale na léčích udržovat tři až čtyři miliony Američanů.
- 3 Holandský Ústav pro duševní zdraví a závislosti informoval, že program typu CMH („veřejné duševní zdraví“) vytvořil bezdomovectví, drogovou závislost, zločinné aktivity, narušení veřejného klidu a pořádku a nezaměstnanost.
- 4 V roce 1993 oznámil v Austrálii federální Komisař pro lidská práva Brian Burdekin, že deinstitucionalizace byla „podvodem“ a fiaskem. V roce 1999 její selhání potvrdili i britští představitelé.
- 5 Rozpočet na psychiatrické „veřejné duševní zdraví“ v USA v letech 1969 až 1997 vzrostl o více než 6 000 %. Dnes činí odhadované náklady asi 11 miliard USD.





KAPITOLA JEDNA

Původ programů veřejného duševního zdraví

Program „veřejného duševního zdraví“ (Community Mental Health – CMH) je hlavní expanzivní iniciativou psychiatrie. Začal ve Spojených státech v 60. letech a v 80. letech se rozšířil do ostatních zemí. Za poslední čtyři desetiletí jeho prostřednictvím psychiatrie nalovila mnoho miliard dolarů.

Předtím byli pacienti uskládováni za podmínek připomínajících Bedlam (Bedlam – starý blázinec sv. Marie Betlémské v Londýně, nechvalně známý pro brutální zvrhlou léčbu nucenou pacientům) v psychiatrických ústavech, napumpování léky, které je činily submisivními, a ponechání utápět se v drogami navozené strnulosti. V 50. letech narůstal tlak ze všech částí společnosti, aby se něco udělalo s otřesnými podmínkami, nedostatkem výsledků a rostoucími finančními náklady.

CMH se propagovalo jako řešení všech ústavních problémů. Předpokladem, který se téměř zcela zakládal na vývoji neuroleptických léků, bylo, že pacienti nyní lze úspěšně vypustit zpět do společnosti. Pokračující péče se bude poskytovat pomocí státem financovaných

jednotek s názvem „centra veřejného duševního zdraví“ (Community Mental Health Centers – CMHC). Tato centra budou pečovat o pacienty v rámci společnosti, vydávat neuroleptika, která je udrží pod kontrolou. Vlády ušetří peníze a u pacientů dojde rychleji k zlepšení. Plán se nazýval „deinstitucionalizace“.

Psychiatr Jack Ewalt tehdy zmínil globálnější záměr deinstitucionalizace: „Program by měl sloužit lidem s problémy, narušeným, duševně omezeným, nemocným a *zdravým*

všech věkových skupin.“⁴ Jinak řečeno se psychiatrii chystali překročit rámec lidí s duševními problémy a získat pro podávání léků klientelu zdravých lidí.

„Programy ‚veřejného duševního zdraví‘ by neléčily pouze lidi, ale celou veřejnost, převzaly by, pokud by to šlo, starosty a lidi, kteří se starají o města..., jako ‚klienty‘, léčily by samotnou společnost ne pouze její jednotlivé občany... a byly to drogy, co jim dalo jejich nejmocnější technologii...“

*– Peter Schrag,
autor knihy *Kontrola mysli**

Od „hadích jam“ k „hadímu mazání“

Peter Shrag napsal, že se v polovině 70. let „mimo nemocnice a léčebny předepisovalo množství neuroleptických léků a antidepresiv postačujících k udržení asi

tří až čtyř milionů lidí trvale na lécích – přibližně desetinásobného počtu těch, kteří podle vlastních argumentů [psychiatrů] byli natolik šílení, že by, pokud by neexistovaly léky, museli být zavřeni v léčebnách“.⁵

Podle dr. Thomase Szasze, emeritního profesora psychiatrie, byly zázračné nabídky

psychiatrie „jednoduše nejmodernějším hadím mazáním psychiatrické profese: léky a deinstitucionalizace. Psychiatrii jako obvykle definovali svůj poslední výstřelek jako kombinaci vědecké revoluce a morální reformy a dodali mu tvar rétorikou léčby a občanských svobod.“ Tvrdili, že

psychotropní léky „zmírnily příznaky duševní nemoci a umožnily propuštění pacientů z léčeben pro duševně choré. Centra veřejného duševního zdraví byla hlasitě propagována jako poskytování nejméně restriktivního uspořádání pro dodávání nejlepší dostupné péče v oblasti

duševního zdraví. Tak zněla tvrzení psychiatrů ospravedlňující politiku násilného drogování a přemísťování hospitalizovaných pacientů. Znělo to impozantně. Bohužel to byla lež.”⁶

Dokonce i publikace Americké psychiatrické asociace (APA) *Šílenství a vláda (Madness and Government)* připustila: „...Psychiatrii vytvořili u volených představitelů zdání, že vyléčení jsou pravidlem, nikoli výjimkou... nafouknutá očekávání prošla nezpochybněna“. Stručně řečeno, CMHC se prodávala jako léčebné organizační jednotky.”⁷

CMHC se vpravdě stala místy legálního prodeje drog, která dodávala léky nejen

bývalým pacientům léčeben, ale zabývala se také předepisováním léků i lidem, kteří netrpěli „závažnými duševními problémy“.

Deinstitucionalizace selhala a společnost od té doby bojuje s jejími katastrofickými následky.

Dr. Dorine Baudinová z holandského Ústavu pro duševní zdraví a závislosti v roce 2001 uvedla, že program CMHC v Evropě vytvořil „bezdomovectví, drogovou závislost, zločin, narušení

Veřejné duševní zdraví je „značně oslavovanou avšak selhávající sociální inovací...“ Toto „již nese známky dřívějších slibů ohledně duševního zdraví, které byly iniciovány uprostřed obrovské morální horlivosti, zvýšily falešné naděje o blízkých řešeních a skončily jen rekapitulováním problémů, které měly vyřešit...”

– Ralph Nader,
advokát obhajující práva spotřebitelů, USA



Ralph Nader



veřejného klidu a pořádku, nezaměstnanost a nenasátenost k deviantnímu chování“.⁸

Americký advokát obhajující práva spotřebitelů Ralph Nader nazval CMHC „značně oslavovanou avšak selhávající sociální inovací“. „Toto již nese známky dřívějších slibů ohledně duševního zdraví, které byly iniciovány uprostřed obrovské morální horlivosti, zvýšily falešné naděje o blížících řešeních a skončily jen rekapitulováním problémů, které měly vyřešit.“⁹

V roce 1993 oznámil v Austrálii federální Komisař pro lidská práva Brian Burdekin, že deinstytucionalizace byla „podvodem“ a fiaskem. V roce 1999 přiznali fiasko veřejného duševního zdraví také britští oficiální představitelé.¹⁰

Rozpočet psychiatrie na CMHC mezitím ve Spojených státech prudce vzrostl ze 143 milionů USD v roce 1969 na více než 9 miliard v roce 1997 – což je nárůst o více než 6 000 % u financování a pouze 10násobný nárůst v počtu pacientů a to bez žádných výsledků. Dnes činí odhadované náklady zhruba 11 miliard dolarů ročně.

Jako kdyby inkasování těchto miliard v nafouknutých úhradách za nefunkční léčbu nebylo dost špatné, v roce 1990 zjistil kongresový výbor, že CMHC směřovala 40 až 100 milionů USD na nesprávné účely, tj. přímo do kapes psychiatrů.¹¹

Psychiatrii neustále obviňují ze selhání deinstytucionalizace nedostatek financování pro oblast veřejného duševního zdraví. Ve skutečnosti sami vytvářejí drogami zapříčiněnou krizi a pak bezostyšně vyžadují ještě více peněz.

VEŘEJNÉ DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Přemrštěné náklady, kolosální fiasko

Náklady na centra veřejného duševního zdraví (CMHC) ve Spojených státech vzrůstaly více než 100krát rychleji než počet lidí využívajících jejich služby. Tyto kliniky navzdory spotřebě miliard z peněz daňových poplatníků svým pacientům nepomohly a staly se jen o málo více než místa pro legální dealerství drog pro bezdomovce.

6 242 %



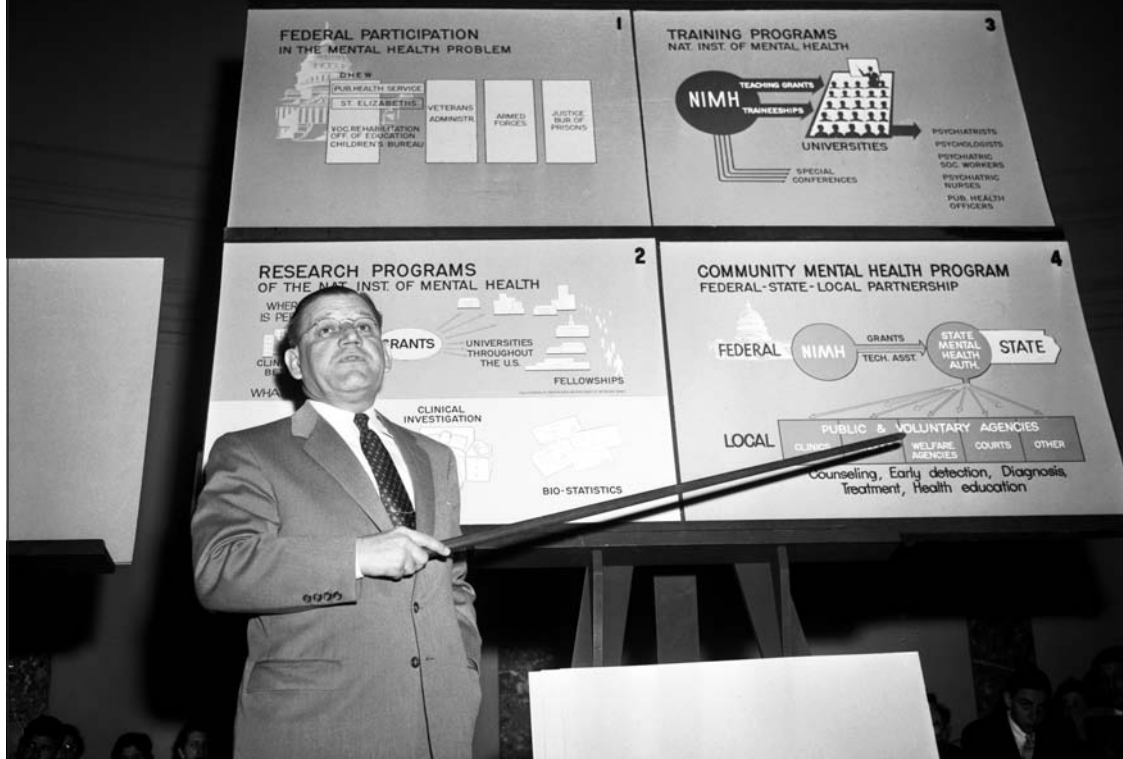
607 %

nárůst využívání amerických
CMHC a psychiatrických
ambulantních klinik

nárůst nákladů na americká
CMHC a psychiatrické
ambulantní kliniky

FIASKO VEŘEJNÉHO DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ:

V roce 1963 zavedl výzkumný psychiatrický orgán Národní institut duševního zdraví (NIMH) vedený psychiatrem Robertem Felixem (vpravo) program veřejného duševního zdraví, který se téměř výhradně spoléhal na použití psychotropních psychiatrických léků. Dal vzniknout mezinárodnímu trendu a poslal neschopné nadopované pacienty bez přístřeší do ulic. Po výdajích ve výši více než 47 miliard dolarů jen v letech 1969 až 1994 je tento program žalostným fiaskem.



DŮLEŽITÁ FAKTA

- 1 Neuroleptické léky pozměňující způsob myšlení a chování jsou hlavním destruktivním artiklem programů veřejného duševního zdraví.
- 2 Tyto léky brání normální mozkové činnosti a vyvolávají patologické stavy, hodně podobně jako lobotomie, kterou psychotropní léky nahradily.
- 3 Bezdomovci, které běžně můžeme vidět na ulicích, jak hovoří sami k sobě s grimasami v obličeji, vykazují symptomy poškození navozeného psychiatrickými léky.
- 4 Novější neuroleptika (antipsychotika) se prodávají za podstatně vyšší ceny, v jednom případě dokonce za 30násobek ceny dřívějších verzí léků. Jeden z nových antipsychotických léků stojí na pacienta o 3 000 USD až 9 000 USD více, bez prospěšného vlivu na symptomy, vedlejší účinky nebo celkovou kvalitu života.
- 5 Tyto léky mohou vyvolat vážné vedlejší účinky, hlavně diabetes, což v některých případech vede k úmrtí. V letech 1994 až 2002 se u 288 pacientů užívajících nová antipsychotika objevil diabetes, 75 závažně onemocnělo a 23 zemřeli.
- 6 Tyto léky mohou vyvolat sebevražedné sklony nebo násilnické chování.





KAPITOLA DVĚ

Nebezpečná „léčba“

Příchod psychiatrických programů „veřejného duševního zdraví“ by nebyl možný bez vývoje a použití neuroleptických léků, známých také jako antipsychotika, pro duševně narušené lidi.

První generace neuroleptik, nyní obecně označovaných jako „typická antipsychotika“, se objevila v 60. letech. Ve velké míře se propagovaly jako „zázračné“ léky, které „umožnily, aby většina duševně nemocných byla úspěšně a rychle léčena ve vlastním prostředí mimo ústavy a aby se rychle vrátili na užitečné místo ve společnosti“.¹²

Tato tvrzení byla lživá. V článku z *Amerického časopisu pro bioetiku* (*American Journal of Bioethics*) z roku 2003 uvedla Vera Sharavová: „Realitou bylo, že tyto terapie ničily frontální mozkové laloky, které drží rozlišovací funkci v lidském mozku. Neuroleptické léky používané od 50. let ‚fungovaly‘ tak, že bránily normálním mozkovým funkcím: utlumily psychózu, ale vyvolaly patologické stavy často horší než stav, kvůli kterým byly předepsány – podobně jako fyzická lobotomie, kterou psychotropní léky nahradily.“¹³

Bezdomovci, které běžně můžeme vidět na ulicích, jak hovoří sami k sobě s grimasami v obličeji, vykazují účinek poškození navozeného

psychiatrickými léky. „Tardivní dyskineze“ (*tardivní* znamená „pozdní, zpožděný a *dyskineze* abnormální pohyby svalstva) a „tardivní dystonie“ (*dystonie*, abnormální svalové napětí) jsou trvalé stavy způsobené uklidňujícími léky, při kterých se svalstvo v obličeji a na těle nekontrolovatelně svíjí a stahuje.

„Krátké řečeno, léky vyvolané reakce jsou takového charakteru, že pozorovateli lze odpustit, když takto postiženou osobu považuje za duševně nemocnou a možná dokonce nebezpečnou. Člověk,

který takovou reakcí trpí, byť i jen v malé míře, bude mít velké problémy, aby jej lidé na ulici akceptovali jako ‚normálního‘;“ napsala Pam Goringová, autorka knihy *Duševní porucha nebo šílenství? (Mental Disorder or Madness?)*¹⁴

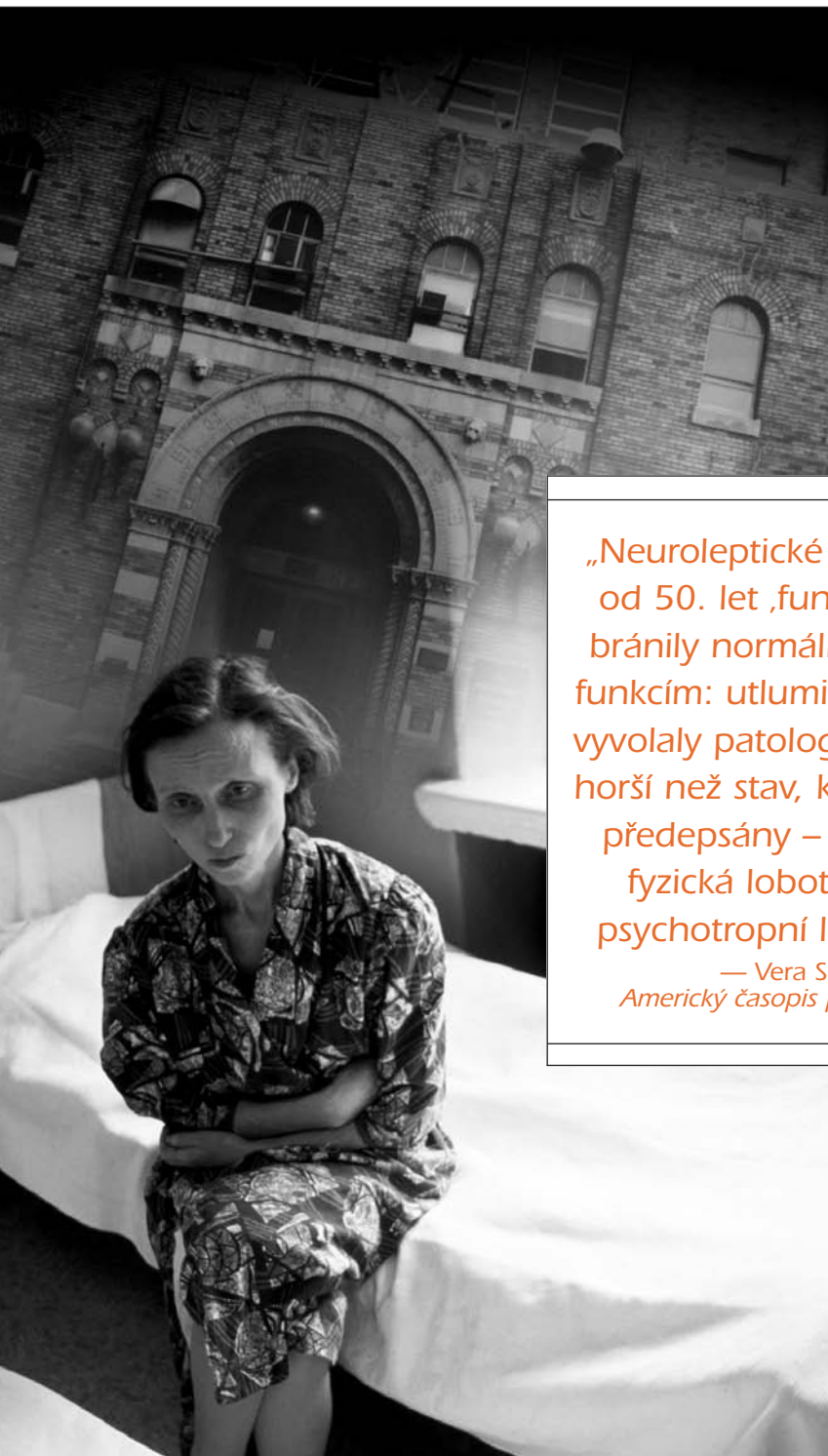
Pacienti na neuroleptikách se stali pomalými, apatickými, byli neochotní chodit, méně bdělí a měli prázdný pohled – bezduchost výrazu – ve tváři. Pomalu a monotónně mluvili. Také si stěžovali na ospa-

lost, slabost, netečnost, nedostatek iniciativy a ztrátu zájmu o okolí.¹⁵

Robert Whitaker, autor knihy *Šílenec v Americe* uvedl: „Představa, kterou dnes o schizofrenii máme, není představa o šílenství – cokoli by jím mohlo být – v jeho přirozené podobě. Všechny rysy, které jsme začali spojovat se schizofrenií – neohrabaná chůze,

„Vytvoření pohádky o průlomovém léku lze pečlivě naplánovat. Tak to bylo s [novými neuroleptiky] a za veřejnou fasádou je příběh vědy zohyzdění chamtivostí, smrti a vědomým klamáním americké veřejnosti.“

– Robert Whitaker, *Šílenec v Americe: Špatná věda, špatná medicína a trvalé špatné zacházení s duševně nemocnými*



„Neuroleptické léky používané od 50. let ‚fungovaly‘ tak, že bránily normálním mozkovým funkcím: utlumily psychózu, ale vyvolaly patologické stavy často horší než stav, kvůli kterým byly předepsány – podobně jako fyzická lobotomie, kterou psychotropní léky nahradily.“

— Vera Sharavová,
Americký časopis pro bioetiku, 2003

trhavé pohyby paží, prázdný výraz ve tváři, ospalost, nedostatek iniciativy – jsou symptomy způsobené, přinejmenším z velké části“ účinky neuroleptik. „To, jak vnímáme jak nemocní ‚schizofrenií‘ myslí, chovají se a vypadají, jsou všechno dojmy z lidí, kteří byli změněni léky, nikoli přirozeným průběhem ‚nemoci‘.“¹⁶

Co se týká zlepšení kvality pacientova života, neuroleptika dosáhla ubohého rekordu. Průzkum mezi pacienty z roku 1999 zjistil, že 90 % z těch, kteří užívají neuroleptika, se cítí deprimováni, 88 % jako pod sedativy, 78 % si stěžovalo na špatné soustředění. Více než 80 % lidí s diagnózou

„schizofrenie“ je chronicky nezaměstnaných.¹⁷ Jinak řečeno, desetiletím slibů, že dojde k vyléčení se žádné neuskutečnilo.

V 80. letech s vypršením patentové ochrany a větší dostupností léků v levnější generické formě prudce klesly ceny hlavních značek, které přestaly nést zisk.¹⁸ To se vše změnilo na začátku 90. let, kdy byla dokonce s ještě většími fanfárami než u jejich předchůdců představena nově patentovaná neuroleptika známá jako „atypická antipsychotika“. Stará neuroleptika byla najednou

označena za špatné léky.¹⁹

Byl zaangažován expertní psychiatrický *posudek* pro rozšiřování tvrzení jako „Existuje jasný vědecký důkaz, že novější třídy léků mohou lépe léčit symptomy schizofrenie a deprese za mnohem menších vedlejších účinků“. Tato posouzení se označila jako „Expertní konsenzuální směrnice“ navzdory naprosté absenci vědeckých analýz, výzkumných šetření a klinických zkoušek.²⁰

Když už měli v rukou tyto směrnice, shledali psychiatři nakonec vhodným veřejně připustit to, co

vždy věděli, že dřívější léky nedostaly pod kontrolu bludy nebo halucinace, že dvě třetiny drogovaných pacientů měly „trvalé psychotické symptomy rok od prvního psychotického zhroucení“ a že 30 % pacientů vykazovalo na léky rezistenci – míru „rezistence“, která byla do konce 80. let sotva kdy zmíněna.

Nová antipsychotika se prodávají za podstatně vyšší ceny, v jednom případě dokonce za 30násobek ceny starších léků.²¹ Další z nových antipsychotických léků stojí na pacienta o 3 000 USD až 9 000

USD více, bez prospěšného vlivu na symptomy, vedlejší účinky nebo celkovou kvalitu života. V letech 1991 až 2003 vzrostl objem prodeje antipsychotik ve Spojených státech o 1 500 % z necelých 500 milionů USD na více než 8 miliard. Mezinárodně dosáhl více než 12 miliard dolarů v roce 2002.²²

Není sporu o tom, že veřejnost se musí chránit před násilnickým a psychotickým nebo šíleným chováním. Avšak myšlenka, že je to hlavní riziko, kterému čelíme u závažně duševně narušených

NIČENÍ ŽIVOTŮ

Neuroleptiky zapříčiněné poškození

Většina lidí, kterým se předepisují psychofarmaka, je zřídka informována, že mohou trpět znetvořujícími obličejovými a tělesnými křečemi jako trvalým vedlejším účinkem těchto léků. Neuroleptika (antipsychotika) poškozují extrapyramidový systém (EPS), rozsáhlou a složitou strukturu nervových vláken, která reguluje motorickou kontrolu, což vede ke svalové ztuhlosti, křečím a nejružnějším mimovolným pohybům (vpravo). Svaly ve tváři a na těle se stahují, což v obličeji vytváří ohyzdny šklob a grimasy a tělo se kroutí v bizarních figurách.

Psychiatři jsou si vědomi ničivého poškození nervů, které jejich léky způsobují, a rizika, že pacient bude trpět neuroleptickým maligním syndromem, životu nebezpečnou toxickou reakcí, při níž pacienti upadnou do horeček, začnou být zmatení, rozrušení a trpí extrémní svalovou ztuhlostí. Tento stav může vést a také vedl k úmrtí desetitisíců lidí.

Další věc, o které se psychiatři nezmiňují, je, že diagnostikují trvalé poškození způsobené léky jako „duševní poruchu“ a díky tomu mohou zdravotním pojišťovnám vystavovat za „léčbu“ „dvojité účet“. Mezi takové poruchy patří neuroleptický maligní syndrom a neuroleptiky navozený parkinsonismus. Není překvapující, že tyto látky jsou schopné uvrhnout mysl svých uživatelů do zmatenosti a existuje k nim dobře zdokumentovaná historie, kdy způsobily šílenství lidí, kteří je užívali.



pacientů z důvodu jejich mentálního stavu, je lež vyrobená samotnými psychiatry. Stejně tak je to s myšlenkou, že bychom měli toto „riziko“ minimalizovat tím, že pacienty nadopujeme neuroleptiky, pokud to je potřeba, proti jejich vůli. Není pravdou, že problém spočívá v tom, že pacient tyto léky nedostane nebo je neužívá. Tyto léky samy o sobě *vyvolávají* násilnické impulzy.

■ „I když si veřejnost může myslet, že se ‚šilení‘ lidé budou pravděpodobně chovat jako násilníci“, Robert Whitaker zjistil, že tomu tak u „duševně nemocných pacientů“ před zavedením neuroleptik nebylo. Před rokem 1955 zjistily čtyři studie, že pacienti propuštění z psychiatrických léčeben páchali trestnou činností na stejné nebo nižší úrovni výskytu jako všeobecná populace. Nicméně „osm studií prováděných v letech 1965 až 1979 určilo, že úroveň počtu zatčení propuštěných pacientů přesahovala úroveň u běžné populace... Akatizie [extrémní neklid vyvolaný lékem] byla také zcela jasně přispívajícím faktorem.“²³

■ Antipsychotické

Studie došly k závěru, že střední až vysoké dávky jednoho z neuroleptik učinily polovinu pacientů znatelně agresivnější. Pacienti popisovali „prudká nutkání napadnout kohokoli nablízku“.



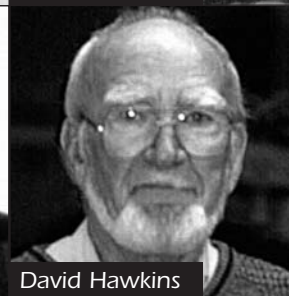
Mamoru Takuma



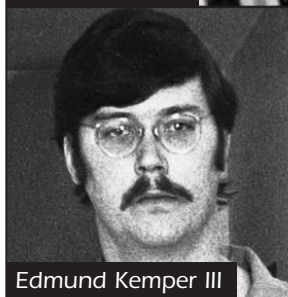
Andrea Yatesová



Eric Harris



David Hawkins



Edmund Kemper III



Jeremy Strohmeier

Řada lékařských studií uvádí svědectví o tom, že psychiatrické léky vyvolávají násilnické nebo sebevražedné chování. Fotografie ukazují vrahy z USA, Austrálie a Japonska, kteří brutálně zabíjeli v době, kdy podstupovali psychiatrickou léčbu a užívali psychofarmaka.

léky mohou psychózu dočasně utlumit, avšak z dlouhodobého hlediska k ní zvýší biologickou náchylnost pacientů.²⁴

■ Studie *Časopisu pro nervové a duševní choroby* (*The Journal of Nervous and Mental Disease*) z roku 1988 týkající se používání neuroleptik u schizofreniků zjistila značný nárůst násilnického chování u středně vysokých dávek neuroleptik.²⁵

■ Studie z roku 1990 došla k závěru, že 50 % všech rvaček na jednom psychiatrickém oddělení mohlo být dáno do souvislosti s akatizií. Jiná studie zjistila, že střední až vysoké dávky jednoho z antipsychotik učinila polovinu pacientů znatelně agresivnější. Pacienti popisovali „zúřivé nutkání napadnout kohokoli nablízku“.²⁶

■ Podle studie prováděné u jednoho anxiolytika se „objevil extrémní hněv a nepřátelské chování u osmi z 80 pacientů léčených“ zkoumaným lékem. Jedna žena, která před užíváním anxiolytika neměla žádné předchozí záznamy o násilí „čtvrtý den propukla v křik a několik minut držela své matce u krku nůž na maso“.

FALEŠNÉ „ZAZRAKY“

Život ohrožující terapie

Nová „zázračná“ neuroleptika (nebo „atypická antipsychotika“) nesplnila to, co sliboval mediální a profesní humbuk.²⁷ V jejich příběhu jde o daleko víc než jen o lživou propagaci kvůli maximalizaci zisků.

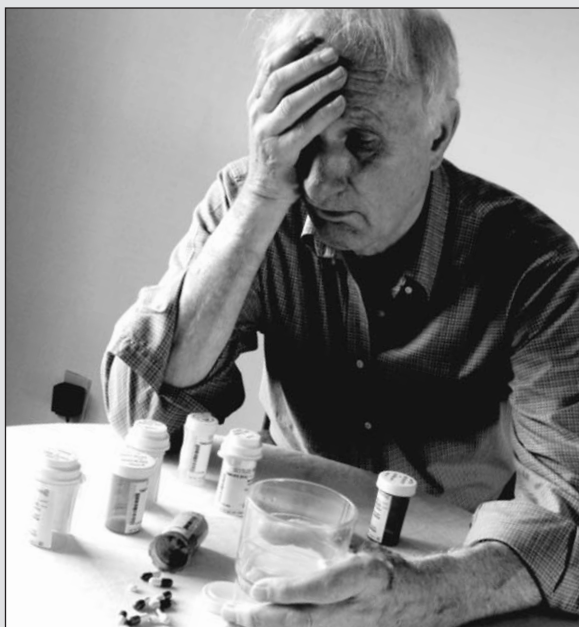
■ Za použití amerického zákona o svobodném přístupu k informacím Robert Whitaker, autor vědeckých publikací, zjistil, že zkoušky atypických léků nepodporují tvrzení psychiatrického průmyslu, že nejnovější neuroleptika jsou bezpečnější nebo účinnější než dosavadní léky: Každý 145. pacient, který se podílel na klinických testech, zemřel, tato úmrtí se však nikdy ve vědecké literatuře nezmiňují, a při testech jednoho z léků prodělal každý 35. pacient závažnou reakci, kterou FDA definuje jako život ohrožující událost nebo událost vyžadující hospitalizaci.

■ V roce 2000 publikoval *Britský lékařský časopis* (*British Medical Journal*) výsledky několikaleté studie dr. Johna Geddesa, který prováděl revize nezávislých klinických zkoušek na více než 12 000 pacientech a zkoumal účinnost a rizika atypických a typických antipsychotik. Výsledek: „Neexistuje jasný důkaz o tom, že atypická antipsychotika jsou účinnější nebo mají lepší snášenlivost než antipsychotika konvenční.“²⁸

■ Studie výzkumných pracovníků z Yale publikovaná v listopadu 2003 v *Časopise americké lékařské asociace* (*Journal of the American Medical Association*) také neshledala žádné statisticky nebo klinicky významné výhody těchto nových léků.²⁹

■ Noviny *New York Times* v roce 2003 působivě odvolaly svou dřívější chválu na tato antipsychotika, když uvedly: „Byly ohlášeny jako téměř zázračné léky, mnohem

bezpečnější a účinnější při léčbě schizofrenie než cokoli, co tu dosud bylo.“ Avšak dnes „existuje rostoucí podezření, že mohou vyvolat vážné vedlejší účinky, hlavně diabetes, což v některých případech vede k úmrtí.“³⁰ V letech 1994 až 2002 se u 288 pacientů užívajících nová antipsychotika objevil diabetes, 75 z nich těžce onemocnělo a 23 zemřeli.



■ Noviny *New York Times* se také odkazovaly na to, o čem se vědělo více než 20 let, že u jednoho z těchto léků existují záznamy, že způsobil život ohrožující krevní onemocnění a že navíc k nákladům za lék pacienti potřebovali pravidelné krevní testy pro sledování této vedlejší reakce.

■ Článek také uvedl, že některé z novějších léků lze spojit se zánětem slinivky břišní. Existoval také problém s nárůstem tělesné hmotnosti, kde někteří pacienti přibrali až 30 kilogramů. Studie uka-

zují, že když pacienti přestali tyto léky užívat, došlo u nich ke zlepšení.³¹

Spíše než méně vedlejších účinků mají nová antipsychotika ještě závažnější vedlejší účinky: oslepnutí, smrt způsobující krevní sraženiny, srdeční arytmii, srdeční infarkt, oteklé prsy s výtokem, impotenci a sexuální dysfunkci, krevní onemocnění, bolestivé kožní vyrážky, záchvaty, poškození plodu, extrémní vnitřní úzkost a neklid, úmrtí na selhání jater, úroveň počtu sebevražd dvakrát až pětkrát vyšší než u běžné „schizofrenní“ populace, násilnost a zmrzačení, zejména u mladých pacientů.

Problém se neomezuje jen na tělesné účinky. Řada pacientů si stěžuje, že tyto léky otupují ducha, okrádají je o jakoukoli schopnost se radovat, o sílu jejich vůle a o jejich pocit existence. Zatímco konkrétní rizika a popisy vedlejších účinků se změnily, typická neuroleptika stále fungují jako „chemická lobotomie“.³²

DŮLEŽITÁ FAKTA

1 Než tuto publikaci dočtete, bude na světě o několik desítek lidí více – jeden z nich může být třeba váš přítel, člen rodiny nebo soused – nedobrovolně hospitalizováno v psychiatrickém ústavu a ve většině případů budou brutálně léčeni.

2 Proces nedobrovolné hospitalizace může člověka zadržovat v léčebně několik let. Při propuštění mohou pacienti dostat příkaz k povinné ambulantní „léčbě“.

3 Většina zákonů o nedobrovolné hospitalizaci se zakládá na konceptu, že člověk může být nebezpečný sobě nebo svému okolí, pokud není umístěn do ústavu. Psychiatři však připouštějí, že nejsou schopni předvídat nebezpečné chování.

4 Většina lidí, kteří byli nedobrovolně hospitalizováni, má méně práv a méně právní ochrany než zločinci, přestože neporušili žádné právní předpisy.

5 PhDr. Michael McCubbin, mimořádný vědecký pracovník, a PhDr. David Cohen, profesor sociálních služeb, oba z Montrealské univerzity, uvádějí, že „právo na léčbu“ je dnes mnohem častěji „právem“ dostat vnucenou léčbu.“³³





KAPITOLA TŘI

„Krutý soucit“

Psyhiatrický tlak na rozšiřování „veřejného duševního zdraví“ doprovází jejich požadavek na větší pravomoci pro nedobrovolné hospitalizování lidí.

Podle MUDr. Baudiše, vědeckého sekretáře České psychiatrické společnosti, je zhruba 20 % hospitalizací v České republice nedobrovolných.

Ve Spojených státech je v současné době nedobrovolně umístěna do psychiatrického zařízení jedna osoba každou 1 a 1/4 minuty. Studie z roku 2002 zjistila rostoucí počet nedobrovolných hospitalizací v Rakousku, Anglii, Finsku, Francii, Německu a Švédsku, v Německu s rekordním 70% nárůstem během osmi let.³⁴

Než tuto publikaci dočtete, bude na světě o několik desítek lidí více – jeden z nich může být třeba váš přítel, člen rodiny nebo soused – nedobrovolně hospitalizováno v psychiatrickém ústavu a s velkou pravděpodobností budou brutálně „léčeni“.

Psychiatři nečestně argumentují, že nedobrovolná hospitalizace nebo nedobrovolná ambulantní léčba je aktem laskavosti, že je kruté nechávat pomateného nebo duševně narušeného, aby se trápil. Tato tvrzení se však zakládají na dvojím předpokladu: 1) nejprve, že psychiatři disponují funkční léčbou, která pomáhá a 2) že jsou psychiatři vybaveni nějakou odborností v diagnostikování a předpovídání nebezpečnosti.

Oba předpoklady jsou jasně falešné.

Jak již bylo řečeno, psychiatrická neuroleptická „léčba“ nejen *vyvolává* ten druh násilí nebo duševní nezpůsobilosti, která dle současných zákonů zavdává příčinu pro nedobrovolnou hospitalizaci nebo vnučovanou ambulantní (veřejnou) léčbu, ale také pacienty vystavuje vyššímu riziku z hlediska duševního i tělesného. Následkem vnučované veřejné duševní léčby dnes máme miliony drogovaných a neschopných lidí, kteří se jako bezdomovci potloukají v ulicích.

Psychiatrická detence se může stát rozsudkem na doživotí. Nehledě na skutečnost, že proces nedobrovolné hospitalizace může člověka zadržovat v léčebně neomezeně dlouho, jakmile dojde k propuštění, pacientovi může být nařízena povinná ambulantní „léčba“.

Robert Whitaker to vyjadřuje takto: „Státy prosazují právo vyžadovat, aby lidé ambulantně užívali ‚antipsychotické‘ léky, což představuje rozsáhlou

„Přesnost, s jakou klinický posudek předpovídá budoucí události je často jen o málo lepší než náhodný výběr. Nashromážděná vědecká literatura ukazuje, že chyby v předpovídání nebezpečnosti se pohybují v úrovni od 54 % do 94 % s průměrem okolo 85 %.“

– Terrence Campbell,

Časopis Michiganské advokátní komory, 1994

expanzi kontroly státu nad duševně nemocnými.“³⁵

Většina zákonů o nedobrovolné hospitalizaci se zakládá na konceptu, že člověk může být nebezpečný sobě nebo svému okolí, pokud není umístěn do ústavu. Pracovní skupina Americké psychiatrické asociace však v roce 1979 ve své zprávě pro Nejvyšší soud USA připustila, že „psychiatrická odbornost v předpovídání ‚nebezpečnosti‘ není stanovena“.

Terrence Campbell v roce 1994 napsal v článku v *Časopise Michiganské advokátní komory (Michigan Bar Journal)*: „Přesnost, s jakou klinický posudek předpovídá budoucí události je často jen o málo lepší než náhodný výběr. Nashromážděná vědecká literatura ukazuje, že chyby v předpovídání nebezpečnosti se pohybují v úrovni od 54 % do 94 % s průměrem okolo 85 %.“

V roce 2002 vyjádřil Kimio Moriyama, viceprezident Japonské psychiatrické asociace, psychiatrickou neschopnost správně předvídat budoucí chování člověka. „Pacientova duševní choroba a zločinecké sklony se od sebe podstatně liší a lékařská věda není schopna říci, zdali u někoho existuje vysoký potenciál opakovat trestný čin.“³⁶

Následkem vnucované veřejné duševní léčby dnes máme miliony nadrogovaných a neschopných lidí, kteří se jako bezdomovci potloukají v ulicích.

Další psychiatrickou lstí je tvrzení, že nedobrovolná hospitalizace chrání „právo na léčbu“ dotčené osoby. Kromě výmyslu o „léčení“ jsou zákony o nedobrovolné hospitalizaci totalitární.

Podle profesora Szasze: „Ať si to připustíme, či nikoli, máme na výběr mezi péčí o ostatní tak, že je k tomu donutíme, a péčí výhradně s jejich souhlasem. V tuto chvíli není péče bez donucení – když se při profesních debatách o politice v oblasti duševního zdraví zdánlivý problém příjemce péče definuje jako duševní nemoc – přijatelnou variantou“. „Obvyklým vysvětlením pro vyloučení této varianty je, že pacient s duševní chorobou trpí onemocněním mozku, které anulují jeho schopnost racionálně spolupracovat.“



Profesor Szasz tvrdí, že je to lež. „Celá historie nás učí mít se na pozoru před dobrodinci, kteří ty, jimž poskytují dobro, zbavují svobody.“³⁷

PhDr. Michael McCubbin, mimořádný vědecký pracovník a PhDr. David Cohen, profesor sociálních služeb, oba z Montrealské univerzity, uvádějí, že „právo na léčbu“ je dnes mnohem častěji „právem“ dostat vnucenou léčbu.“³⁸

Článek 5 Evropské úmluvy o lidských právech garantuje, že „každý, kdo byl zbaven svobody zatčením nebo jiným způsobem, má právo podat návrh na řízení, ve kterém by soud urychleně rozhodl o zákonnosti jeho zbavení svobody a nařídil propuštění, je-li zbavení svobody nezákonné.“ Všeobecná deklarace lidských práv doporučuje podobné ochranné prostředky.

Přesto v důsledku psychiatrických zákonů o nedobrovolném umístění do psychiatrického zařízení dochází každý týden k zadržení tisíců lidí bez patřičného zákonného procesu. Většina lidí má méně práv a méně právní ochrany než zločinci, přestože neporušili žádné občanské ani trestní zákony.

Goerge Hoyer, profesor komunitní medicíny na univerzitě v Tromsø v Norsku, napsal: „Pacienti s vážnou duševní poruchou netrpí nedostatkem rozumu ani jejich způsobilost není snížena.“³⁹

Zbavit člověka s „duševní poruchou“ svobody prostřednictvím nedobrovolné hospitalizace v psychiatrickém zařízení a pak mu vnucovat „léčbu“, zejména poté, co explicitně odmítne potenciálně nebezpečnou léčbu podstoupit, porušuje nejzákladnější svobody, kterým se těší všichni ostatní lidé včetně těch, kteří podstupují léčbu v rámci medicíny.

Porušování lidských práv

Jak snadno vás mohou zavřít do ústavu? Velmi snadno. Podívejte se na následující příklady:

■ 74letý William trpící městnavým selháváním srdce a závislý na kyslíkovém přístroji v roce 1992 řekl „ano“, když se ho domácí ošetřovatelka zeptala, jestli se cítí deprimován. Za 30 minut k němu domů dorazil zřízenec z místní psychiatrické léčebny, a když s ním William odmítl jít, zavolal policii. Policie přijela, odpojila kyslíkový přístroj, starého muže



ZTRACENÁ SPRAVEDLNOST

„Soudy duševního zdraví“

Soudy duševního zdraví“ jsou orgány zřizované pro řešení případů obviněných, kteří jsou zadržováni kvůli přečinům nebo nenásilným trestným činům. Spíš než aby došlo k jejich potrestání nebo jim bylo dovoleno za své zločiny převzít zodpovědnost, dochází k jejich převedení do psychiatrického léčebného střediska, a to na základě předpokladu, že trpí „duševní nemocí“, která bude pozitivně reagovat na antipsychotické léky. Jde o další formu vnucované „veřejné duševní léčby“.

PhDr. Nancy Wolffová, ředitelka Centra pro služby v oblasti duševního zdraví a výzkum v oblasti trestního soudnictví (Center for Mental Health Services and Criminal Justice Research) uvádí, že „...neexistuje k předložení důkaz, že duševní nemoc sama o sobě je hlavní nebo bezprostřední příčinou závažného jednání... Ačkoliv věřit v léčbu jako v ochranný štít je přitažlivé, ...většina klientů, kteří se aktivně účastnili asertivních veřejných léčebných programů, stále pokračovala v častých kontaktech s trestním systémem... těm, kteří byli jako zločinci neaktivnější, se dostávalo nejnejkladnějších služeb a péče...“

Wolffová dále uvádí: „Tento druh zvláštního statutu pro pachatele s duševní nemocí udržuje za jednání odpovědnou danou nemoc, nikoli dotyčného, a jako takový pachatelům otevírá možnost používat nemoc pro ospravedlnění svého jednání.“⁴⁰

Při prověrce 20 soudů duševního zdraví zjistilo Bazelonovo centrum pro zákony duševního zdraví (Bazelon Center for Mental Health Law), že tyto soudy „mohou fungovat jako donucovací činitel – v mnoha ohledech podobný kontroverznímu zásahu, nařízení ambulantní léčby – nutící pacienty účastnit se léčby pod hrozbou sankcí ze strany soudu. Nicméně pacientovi dostupná péče může být pouze ta, kterou nabízí systém, jenž už v dodávání pomoci selhal. Příliš mnoho systémů veřejného duševního zdraví nabízí o málo víc než medikaci.“⁴¹

Shrneme-li to, existují jasné ukazatele, že vládní schválení soudů duševního zdraví a programu „community policing“ (jak se nazývají v některých evropských zemích) způsobí, že bude více pacientů nuceno do života duševně a fyzicky nebezpečné konzumace léků a závislosti, bez naděje na vyléčení.

prohledala, jestli nemá zbraň, nacpala jej do policejního auta a odvezla do nemocnice, odkud ho převezli do psychiatrického zařízení. Bez jakéhokoli vyšetření byl přijat jako pacient se „sebevražděnými sklony“ a 72 hodin nedobrovolně držen – na „pozorování“. Následně psychiatr určil, že musí být držen ještě dalších 48 hodin a možná až šest měsíců. Williama „zachránil“ jen náběh na srdeční infarkt. Převezli jej do všeobecné nemocnice, kde lékař určil, že psychiatrickou hospitalizaci nepotřeboval. Williamova zdravotní pojišťovna dostala účet na 4 000 USD za čtyři dny v psychiatrickém zařízení (ačkoli tam byl jen dva dny a navíc nedobrovolně) a jemu osobně bylo naúčtováno 800 USD.

■ V roce 1997 rodiče z Massachusetts urychleně přivezli do nemocnice svého 8letého syna trpícího epilepsií, aby mu tam změnili léky, protože začal zažívat halucinace. Ale spíš než aby upravovali léky, zaměstnanci jej převezli a umístili do psychiatrického zařízení. Zoufalým rodičům trvalo celý den, než zajistili jeho převoz do běžné nemocnice, kde se mu dostalo patřičné péče.

■ V roce 1999 psychiatři v Německu nedobrovolně hospitalizovali 79letou ženu, protože její sousedi udávali, že se „podivně“ chová. Navzdory dlouho-



Profesor Szasz poukazuje, že „...psychiatři jsou převážně zodpovědní za vytvoření problémů, které se zdánlivě pokoušeli vyřešit“. Proto jsou těmi posledními lidmi, na něž bychom se měli obracet kvůli vyřešení problému bezdomovců, problémů s násilím a obecným duševním zdravím.

dobé cukrovce a stavu jejích jater, ledvin a srdce, jí předepsali pěti až dvacetinásobek běžné dávky silných uklidňujících prostředků. O šest dní později ji museli urychleně převézt do všeobecné nemocnice na pohotovost, kde zemřela. Pitva určila, že zemřela na dýchací potíže – komplikaci z uklidňujících prostředků.

■ Když přemlouvali 19letou „Jo“, aby se nechala přijmout do psychiatrické léčebny v Anglii, zatímco se zotavovala z problémů s jídlem, řekli jí, že bude moci odpočívat, chodit na procházky a dostávat poradenství. „Představa mého psychiatra o poradenství byla dát mi antipsychotické léky a kdykoli jsem měla problém, zvýšit dávku“, řekla jedněm londýnským novinám v roce 2000. Nedalo se tam dělat nic jiného než jíst, dívat se na televizi a kou-

řit. Po léčbě „jsem začala být agresivní a poprvé jsem si pořezala ruce“, uvedla. „Čím déle jsem tam byla, tím méně jsem byla duševně zdravá.“ Když utekla, vrátili ji do léčebny a nedobrovolně hospitalizovali. Znásilnil ji jiný pacient. Když o tom řekla personálu, řekli jí, že ten muž je prostě „jenom nemocný“. Po pár měsících a předtím než jí matka zařídila propuštění řekla: „Když se dívám zpátky, je těžké uvěřit, co se mi stalo. Šla jsem si tam odpočinout, ale vyšla jsem jako naprostá troska.“⁴²

VYMYŠLENÉ NEMOCI

Diagnostická pseudověda

V pozadí všech problémů diskutovaných v této publikaci a mnoha dalšího stojí diagnostická soustava duševních poruch, která je nevědecká do té míry, že se jedná o vyložený podvod.

Psychiatrickou biblí pro diagnostikování duševních poruch je *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*). Poprvé byl publikován v roce 1952, jeho poslední vydání *DSM-IV* obsahuje 374 duševních poruch. Z této příručky pocházejí diagnózy, kterými psychiatrie označuje lidi. Protože psychiatrie není schopna vyléčit žádnou z duševních nemocí, protože nezná jejich příčiny, jedná se také o označení, které člověku zůstane až do konce života.

„Na rozdíl od diagnóz v medicíně, které poskytují pravděpodobnou příčinu, odpovídající léčbu a pravděpodobnou prognózu, jsou poruchy uvedené v *DSM-IV* [a *MKN-10**] termíny získané souhlasem skupiny lidí“ – hlasováním členů výboru APA – a v převážné míře uzpůsobené pro účely účtování zdravotním pojišťovnám, uvádí kanadská psycholožka dr. Tana Dineenová.⁴³ Není na tom nic objektivně vědeckého.

Psychiatři připouštějí, že nejsou dokonce ani schopni definovat, co „léčí“.

■ U schizofrenie *DSM-II* připustil, že „I kdyby se o to výbor pokusil, nemohl by dosáhnout shody v otázce, co tato porucha je. Výbor se jen dokázal shodnout na tom, jak ji nazvat.“

■ Psychiatři v *DSM-III* přiznali: „... etiologie [příčina duševních poruch] je neznámá. Byla rozvinuta řada

teorií... ne vždy přesvědčivých – pro vysvětlení vzniku těchto poruch.“

■ *DSM-IV* tvrdí, že pojem „duševní porucha“ se v publikaci nadále objevuje, „protože jsme za něj ještě nenalezli odpovídající náhradu“.

Dr. Sydney Walker, psychiatr, neurolog a autor knihy *Trocha zdravého rozumu* (*A Dose of Sanity*) varoval před nebezpečím spoléhání se na *DSM*: „Bohužel, *DSM* může mít vážný dopad na váš život...

Vliv této příručky lze pocítit daleko za hranicemi lékařských ordinací – doma, v práci, u soudu a ve vězení. *DSM* je možné použít pro určení vaší způsobilosti jako rodiče, vaší schopnosti vykonávat práci, dokonce i vašeho práva podporovat určitou politickou stranu.

„Dá se použít pro držení zločince ve vězení nebo pro vypuštění vraha zpět do společnosti. Dá se použít pro zpochybnění vaší závěti, zrušení vašich uzavřených smluv nebo k odeprání práva uzavřít sňatek bez povolení soudu. Jestli svěřením takového množství pravomocí jedné knize zní hrozně, je to hrozné. Ale není to žádné přehánění...“

„Věřím, že tomu tak bude, dokud veřejnost a sama psychiatrie neuvidí, že označení z *DSM* jsou nejen zbytečná jako lékařské ‚diagnózy‘, ale že mají také potenciál způsobit velké zlo – zejména když se používají jako prostředky pro odeprání individuálních svobod nebo jako zbraně psychiatrů, kteří jednají jako najatí pistolníci v právním systému.“⁴⁴



*MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, kapitola duševních chorob.

DŮLEŽITÁ FAKTA

1 Psychiatrie nikdy nic nevyléčila. Místo toho, následkem rozsáhlého používání nebezpečných antipsychotických léků, vytvořila většinu duševního „nezdraví“, které dnes zoufale volá po vyléčení.

2 Lékařské studie ukazují, že to, co se u řady pacientů jeví jako duševní problém, je ve skutečnosti způsobeno nediagnostikovaným tělesným onemocněním nebo stavem. To neznamená „chemickou nerovnováhu“ nebo „mozkovou“ nemoc, nýbrž skutečný tělesný stav se skutečnou patologií, kterým se může zabývat kompetentní lékař.

3 Studie publikovaná v časopise Archiv všeobecné psychiatrie (Archives of General Psychiatry) uvádí, že některé nemoci blízce napodobují schizofrenii, do toho patří i léky navozená psychóza s bludy o pronásledování a halucinacemi.

4 Důkladné lékařské vyšetření pacientky „paní J.“, které byla diagnostikována schizofrenie, když začala v hlavě slyšet hlasy, zjistilo, že špatně metabolizovala glukózu, kterou mozek potřebuje kvůli energii. Jakmile se začala léčit, uzdravila se a neprojevují se u ní žádné dozvuky předchozího duševního stavu.

5 Dr. Thomas Szasz, emeritní profesor psychiatrie, radí: „Veškeré kriminální chování by mělo být kontrolováno prostředky trestního práva, z jehož vykonávání by psychiatrii měli být vyloučeni.“





KAPITOLA ČTYŘI

Zlepšování duševního zdraví

Kdyby někoho na ulici chytil amok, začal by chytat lidi, protože by neschvaloval jejich chování, zavíral by je a mučil psychotropními léky nebo elektřinou, způsobilo by to veřejné pobouření. Pachatel by byl obviněn z napadení a mrzačení a byl by uvězněn na mnoho let.

Ale protože pachatelem je psychiatr a brutální činy, které páchá, jsou zamlženy pojmy jako je „péče o duševní zdraví“ nebo pacientovo „právo na léčbu“, každoroční systematické sociální a mentální mrzačení milionů lidí je ignorováno. Nevinný pacient je uvězněn, pachateli zneužívání se dovoluje toulat na svobodě a páchat své zločiny.

Když má každý psychiatr plné zákonné právo zařídit nedobrovolné fyzické zadržení pomocí síly (únos), aby dotčeného člověka vystavil fyzické bolesti a duševnímu stresu (mučení), které z něj udělá trvale mentálně poškozeného (kruté a neobvyklé tresty), vše bez prokázání toho, že se dotčený člověk dopustil protiprávního jednání (prostřednictvím řádného a nezávislého soudního procesu) pak, podle definice, existuje totalitární stát.

Dr. Szasz ve své knize *Psychiatrické otroctví (Psychiatric slavery)* napsal: „Když lidé nevědí, co jiného si počít s, řekněme, letargickým, otažitým, nezletilým, drobným kriminálníkem, exhibicionistou nebo

obtížným prarodičem – naše společnost jim v podstatě říká, aby ‚provinilce‘ dali do psychiatrické léčebny. Abychom tento stav překonali, budeme muset vytvořit rostoucí počet humánních a racionálních alternativ k nedobrovolné hospitalizaci v léčebnách. Domovy důchodců, dílny, dočasné domovy pro lidi, kteří je potřebují a jejichž rodinné svazky se rozpadly, progresivní vězeňské komunity – tyto a řada dalších zařízení bude potřeba, aby se mohly převzít úkoly nyní svěřené psychiatrickým léčebnám.“

„Tělesné onemocnění nesprávně diagnostikované jako duševní porucha může vést k životu strávenému na psychotropních lécích, ztrátě produktivity, tělesnému a společenskému úpadku a zničeným snům.“

– dr. Sydney Walker III, neurolog a psychiatr,
autor knihy *Trocha zdravého rozumu*

Odpovídající lékařské vyšetření nepsychiatrickým diagnostickým specialistou je důležitým předběžným krokem při naplňování léčby každého duševně narušeného jedince. Lékařské studie ukazují znovu a znovu, že to, co u mnoha pacientů vypadá jako duševní problémy, je ve skutečnosti

zapříčiněno nediagnostikovanou tělesnou nemocí nebo stavem. Tím se nemyslí „chemická nerovnováha“ nebo „onemocnění mozku“, ale skutečný tělesný stav se skutečnou patologií, který může řešit kompetentní doktor medicíny.

Běžné zdravotní problémy mohou ovlivnit chování a postoj k životu. Bývalý psychiatr William H. Philpott, dnes specialista na nutriční mozkové alergie, podává zprávu: „Příznaky zapříčiněné nedostatkem vitamínu B12 jdou v rozsahu od špatné koncentrace až po otupělou depresi,

závažné podráždění a halucinace. Důkazy ukázaly, že určité živiny mohou zastavit neurotické a psychotické reakce a že výsledky mohou být okamžité.“

Je naprosto nezbytné, aby zařízení pro duševní zdraví disponovala úplnou sadou diagnostického vybavení a kompetentními (nepsychiatrickými) lékaři.

Co se týká nebezpečného člověka, který páchá násilí, s takovým musí být naloženo nezávisle na psychiatrech. Profesor Szasz říká: „Buďme si jisti, někteří

lidé jsou nebezpeční.“ Avšak „o nebezpečnosti se nepředpokládá, že je abstraktním psychologickým stavem přičítaným člověku. Místo toho se předpokládá, že jde o závěr odvozený od faktu, že člověk spáchal násilný čin, který je nezákonný, byl z něj obviněn, byl souzen a shledán vinným. V takovém případě by měl být potrestán, nikoli ‚léčen‘ – jít do vězení, nikoli do léčebny.“

Když člověk spáchá nebezpečný zločin, existují trestní předpisy, které to řeší. Szasz dále říká: „Veškeré kriminální chování by mělo být kontrolováno

FUNGUJÍCÍ LÉČBA

Skutečná pomoc

Doktor Giorgio Antonucci z Itálie věří v hodnotu lidského života a v to, že nikoli vynucené uvěznění a nelidské metody tělesného léčení, ale komunikace může vyléčit i ty nejvážnější duševní potíže.

V ústavu Osservanza v italské Imole dr. Antonucci léčil desítky takzvaných schizofrenních žen, které byly trvale připoutány k lůžkům nebo drženy ve svěracích

kazajkách. Veškerá „obvyklá“ psychiatrická léčba byla zrušena. Dr. Antonucci ženy propustil z jejich uvěznění a strávil mnoho hodin v rozhovorech s nimi, přičemž „pronikal do jejich blouznění a úzkostí“. Naslouchal příběhům o letech zoufalství a utrpení v ústavní péči.

Zajistil, že se s pacientkami zacházelo soucitně, s úctou a bez použití léků. Ve skutečnosti se za jeho vedení oddělení přeměnilo z nejnebezpečnější na nejklidnější část ústavu.

Po několika měsících se jeho „nebezpečné“ pacientky svobodně a klidně procházely po zahradě léčebny. Nakonec byly z léčebny propuštěny a řada z nich se poprvé v životě učila starat se o sebe a pracovat.

Vynikající výsledky dr. Antonucciho také byly mnohem méně nákladné. Takové programy tvoří trvalé svědectví o existenci skutečných odpovědí i o naději pro lidi s vážnými potížemi.



Dr. Antonucci léčil své pacienty pomocí komunikace a soucitu, bez léků.

prostředky trestního práva, z jehož vykonávání by psychiatři měli být vyloučeni.“

Ohledně rostoucího bezdůvodného násilí, kriminality, sebevražd mladých lidí, armád bezdomovců toulajících se městy a řady dalších negativních ukazatelů duševního zdraví v dnešní společnosti neexistuje žádné tajemství. Nejsou ovšem rostoucím problémem s *duševními nemocemi*, který by vyžadoval rozsáhlejší „lечение“ v rámci programů veřejného duševního zdraví. Spíš představují rostoucí problémy s duševním zdravím *vytvořené* psychiatrie a jejich léčebnými postupy.

Psychiatrie nikdy nic nevyлечila. Místo toho, následkem rozsáhlého používání nebezpečných antipsychotických léků, vytvořila většinu duševního „nezdraví“, které dnes zoufale volá po vyléčení.

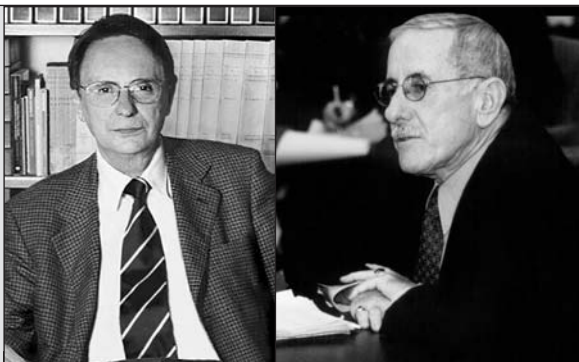
V konečném součtu, jak profesor Szasz poukazuje, „...jsou psychiatři převážně zodpovědní za vytvoření problémů, které se zdánlivě pokoušeli vyřešit“. Proto jsou těmi posledními lidmi, na něž bychom se měli obracet kvůli vyřešení problému bezdomovců, problémů s násilím a duševního zdraví ve společnosti obecně.

Útočiště naděje

Následující napsal v roce 1999 dr. Loren Mosher, klinický profesor psychiatrie na lékařské fakultě Kalifornské univerzity v San Diegu (School of Medicine, University of California, San Diego), který v minulosti působil jako vedoucí Centra výzkumu schizofrenie amerického Národního institutu pro duševní zdraví (U.S. National Institute of Mental Health's Center for Studies of Schizophrenia).⁴⁵

„Dům vykoupení jsem otevřel v roce 1971... V něm mladí lidé s diagnózou ‚schizofrenie‘ žili bez užívání léků a spolu s neprofesionálním personálem vyškoleným naslouchat, rozumět jim a zabezpečit jim podporu, bezpečí a potvrzení platnosti toho, co prožívají. Myšlenka projektu spočívala v tom, že schizofrenie může být často překonána pomocí smysluplných vztahů namísto léků...“

Tento projekt porovnával metodu léčení v Domě



Odvaha by se dala popsat jako schopnost vytrvat při překonávání všech překážek a komunikace jako srdce života. Tyto dvě vlastnosti bylo možno v hojně míře vidět u dvou vynikajících lékařů: dr. Giorgia Antonucciho (vlevo) a dr. Lorena Moshera, kteří pomohli doslova navrátit život stovkám pacientů ztracených v degradaci psychiatrických léčeben.

vykoupení s „obvyklými“ léčebnými postupy za pomoci léků na oddělení běžného psychiatrického ústavu u lidí s nově diagnostikovanou schizofrenií.

„Experiment byl úspěšnější, než se čekalo. Po šesti týdnech od přijetí došlo u obou skupin k podstatnému zlepšení, ačkoli pacienti z Domu vykoupení nedostávali obvykle žádné antipsychotické léky! Po dvou letech od přijetí pracovali lidé léčení v Domě vykoupení v podstatně náročnějších zaměstnáních, mnohem častěji žili nezávisle nebo s rovnocennými partnery a méně často se vraceli do nemocnice. Zajímavé

je, že pacienti léčení v Domě vykoupení, kteří nedostávali žádnou neuroleptickou medikaci... nebo u nichž se předpokládalo, že jsou odsouzeni k těm nejhorším výsledkům, si vedli ve skutečnosti v porovnání s léky léčenými kontrolními subjekty z léčeben nejlépe.“



DOPORUČENÍ

Doporučení

- 1 Žádný člověk by neměl být nikdy nucen podstoupit elektrošokovou léčbu, psychochirurgii, vnucenou psychiatrickou léčbu nebo vnucené užívání psychotropních léků. Parlament by měl takovéto zneužívání postavit mimo zákon.
- 2 Mělo by se trvat na zrušení zákonů o veřejné duševní léčbě, které se spoléhají na povinná a tudíž donucovací opatření, a mělo by se zabránit vytvoření „soudů duševního zdraví“, které jsou jen další cestou pro dopování společnosti léky.
- 3 Ubytování a práce pro bezdomovce udělají mnohem více, než život utlumujících psychiatrických léků a dalšího psychiatrického léčení, které ničí zodpovědnost. Řada z těchto lidí chce prostě dostat šanci.
- 4 V psychiatrických zařízeních by se měl zřídit úplný tým kompetentních (nepsihiatrických) lékařů spolu s diagnostickým vybavením pro nalezení skrytých a nediagnostikovaných tělesných stavů.
- 5 Měla by se zavést systematická kontrola dodržování práv jedince, specificky u psychiatrických pacientů, dle úmluv a paktů, ratifikovaných Českou republikou, jakými jsou například Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní úmluva o občanských a politických právech a další relevantní nástroje.
- 6 Pokud se člověk stal obětí napadení ze strany psychiatrie, obětí podvodu, nezákonného prodeje léků či jiného zneužití, měl by podat trestní oznámení a jeho kopii zaslat CCHR. Jakmile dojde k podání trestního oznámení, měly by se podat také stížnosti na příslušné lékařské komory, které jsou oprávněny stíhat lékaře disciplinárně. Také byste měli vyhledat právní radu ohledně možnosti podání občanskoprávní žaloby a domáhat se práv na ochranu osobnosti, případně náhrady škody.
- 7 Je důležité prosazovat právo pacientů a jejich zdravotních pojišťoven na vrácení prostředků vydaných na duševní léčbu, která nedosáhla slíbených výsledků nebo zlepšení nebo vyústila v poškození pacienta, čímž by se zajistilo, že odpovědnost bude ležet na jednotlivém lékaři a psychiatrickém zařízení.



Mezinárodní občanská komise za lidská práva

O bčanská komise za lidská práva (CCHR) byla založena v roce 1969 Scientologickou církví za účelem vyšetřování a odhalování porušování lidských práv psychiatrů a za účelem očistění oblasti duševního léčení. Dnes má více než 130 poboček v 31 zemích. Její výbor se skládá z poradců, kteří se nazývají zmocněnci, mezi něž patří lékaři, právníci, pedagogové, umělci, podnikatelé a obhájci občanských a lidských práv.

I když CCHR neposkytuje lékařské ani právní poradenství, úzce spolupracuje s lékaři a podporuje uplatňování medicíny. Klíčovou věcí, na kterou se zaměřuje, je psychiatrické podvodné používání subjektivních „diagnóz“ postrádajících náležité vědecké nebo lékařské opodstatnění. Psychiatrie na základě těchto lživých diagnóz obhájce a předepisuje život poškozující léčebné postupy, mezi nimi používání psychotropních léků, které zakrývají skryté potíže pacienta a brání mu v jeho uzdravení.

Její práce je v souladu s Všeobecnou deklarací

lidských práv OSN, zejména následujícími ustanoveními, která psychiatři denně porušují:

Článek 3: „Každý má právo na život, svobodu a osobní bezpečnost.“

Článek 5: „Nikdo nesmí být mučen nebo podrobován krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.“

Článek 7: „Všichni jsou si před zákonem rovni a mají právo na stejnou zákonnou ochranu bez jakéhokoli rozdílu.“

Skrze lživé diagnózy psychiatrů, stigmatizující označení, zákony umožňující snadné omezení či zbavení osobní svobody, brutální odosobňující „léčbu“ jsou poškozovány tisíce lidí a jsou jim odírána jejich nezcizitelná lidská práva.

CCHR se zasloužila o stovky reforem tím, že vypovídala při legislativních jednáních a prováděla veřejná slyšení o psychiatrickém zneužívání, jakož i spoluprací s médii, s orgány činnými v trestním řízení a veřejnými činiteli po celém světě.



POSLÁNÍ CCHR

OBČANSKÁ KOMISE ZA LIDSKÁ PRÁVA

Občanská komise za lidská práva vyšetřuje a odhaluje psychiatrická porušování lidských práv. Bok po boku spolupracuje s podobně smýšlejícími skupinami a jednotlivci, kteří sdílí společný cíl: očistění oblasti duševního zdraví. A bude v tom pokračovat, dokud nebudou zastaveny všechny zneužívající a donucovací praktiky psychiatrie a všem lidem nebudou navrácena jejich lidská práva a důstojnost.

Rosa Anna Costaová

radní regionu Piemonte – zdravotní výbor

„Musíme dále promlouvat za ty, kteří nemohou... Musíme převzít zodpovědnost, jako instituce, vést kampaň a já naprosto oceňuji CCHR za to, co v této oblasti dělá. Existují situace, o kterých dokonce nevíme a je důležité, že nám sdružení jako [CCHR] dávají šanci se o nich dozvědět... Věřím, že [práce CCHR] by se měla rozšířit, aby se více lidí mohlo dozvědět, jaký druh zneužívání praktikují ‚ne zcela etičtí‘ lékaři... Chci poděkovat CCHR za to, co dělá.“

Ctihodný Raymond N. Haynes

Vláda státu Kalifornie

„Příspěvní, která Mezinárodní občanská komise za lidská práva učinila na místní, národní a mezinárodní úrovni ve prospěch

záležitostí z oblasti duševního zdraví, jsou neocenitelná a odrážejí organizaci oddanou nejvyšším ideálům o péči v oblasti duševního zdraví.“

Johanna Reeve-Alexanderová,

lékařská specialistka na výživu,

zdravotní středisko Tara, Západní Austrálie

„V CCHR jsem viděla obětavou, humanitární organizaci věci oddaných profesionálů, kteří pomáhají vynést na světlo otřesnou pravdu, která se skrývá v pozadí některých psychiatrických praktik... Bez toho, aby CCHR otevřela brány a osvětlila tyto praktiky pomocí své literatury, veřejných informačních kampaní, intervencí na úrovni vlády a pokračujícím výzkumem, by si veřejnost nebyla dostatečně vědoma zneužívání v této oblasti medicíny.“

Další informace u:

CCHR International (Mezinárodní občanská komise za lidská práva)

6616 Sunset Blvd.

Los Angeles, California 90028, USA

Telefon: (323) 467-4242 • (800) 869-2247 • Fax: (323) 467-3720

www.cchr.org • e-mail: humanrights@cchr.org

Nebo kontaktujte nejbližší pobočku CCHR.

Kanceláře CCHR



CCHR Česká republika

Občanská komise za lidská práva
Václavské náměstí 17
110 00 Praha 1, Česká republika
Tel./Fax: 420-224-009-156
E-mail: lidskaprava@cchr.cz

CCHR Australia

Citizens Commission on Human Rights Australia
P.O. Box 562
Broadway, New South Wales
2007 Australia
Phone: 612-9211-4787
Fax: 612-9211-5543
E-mail: cchr@iprimus.com.au

CCHR Austria

Citizens Commission on Human Rights Austria
(Bürgerkommission für Menschenrechte Österreich)
Postfach 130
A-1072 Wien, Austria
Phone: 43-1-877-02-23
E-mail: info@cchr.at

CCHR Belgium

Citizens Commission on Human Rights
Postbus 55
2800 Mechelen 2,
Belgium
Phone: 324-777-12494

CCHR Canada

Citizens Commission on Human Rights Toronto
27 Carlton St., Suite 304
Toronto, Ontario
M5B 1L2 Canada
Phone: 1-416-971-8555
E-mail: officemanager@on.aibn.com

CCHR Denmark

Citizens Commission on Human Rights Denmark
(Medborgernes Men-neskerettighedskommission—MMK)
Faksingevej 9A
2700 Brønshøj, Denmark
Phone: 45 39 62 9039
E-mail: m.m.k.@inet.uni2.dk

CCHR Finland

Citizens Commission on Human Rights Finland
Post Box 145
00511 Helsinki, Finland

CCHR France

Citizens Commission on Human Rights France
(Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme—CCDH)
BP 76
75561 Paris Cedex 12, France
Phone: 33 1 40 01 0970
Fax: 33 1 40 01 0520
E-mail: ccdh@wanadoo.fr

CCHR Germany

Citizens Commission on Human Rights Germany—National Office
(Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e.V.—KVPM)
Amalienstraße 49a
80799 München, Germany
Phone: 49 89 273 0354
Fax: 49 89 28 98 6704
E-mail: kvpm@gmx.de

CCHR Greece

Citizens Commission on Human Rights
65, Panepistimiou Str.
105 64 Athens, Greece

CCHR Holland

Citizens Commission on Human Rights Holland
Postbus 36000
1020 MA, Amsterdam
Holland
Phone/Fax: 3120-4942510
E-mail: info@ncrm.nl

CCHR Hungary

Citizens Commission on Human Rights Hungary
Pf. 182
1461 Budapest, Hungary
Phone: 36 1 342 6355
Fax: 36 1 344 4724
E-mail: cchrhun@ahol.org

CCHR Israel

Citizens Commission on Human Rights Israel
P.O. Box 37020
61369 Tel Aviv, Israel
Phone: 972 3 5660699
Fax: 972 3 5663750
E-mail: cchr_isr@netvision.net.il

CCHR Italy

Citizens Commission on Human Rights Italy
(Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani—CCDU)
Viale Monza 1
20125 Milano, Italy
E-mail: ccdu_italia@hotmail.com

CCHR Japan

Citizens Commission on Human Rights Japan
2-11-7-7F Kitaotsuka
Toshima-ku Tokyo
170-0004, Japan
Phone/Fax: 81 3 3576 1741

CCHR Lausanne, Switzerland

Citizens Commission on Human Rights Lausanne
(Commission des Citoyens pour les droits de l'Homme—CCDH)
Case postale 5773
1002 Lausanne, Switzerland
Phone: 41 21 646 6226
E-mail: cchrlau@planet.ch

CCHR Mexico

Citizens Commission on Human Rights Mexico
(Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos—CCDH)
Tuxpan 68, Colonia Roma
CP 06700, México DF
E-mail: proteglasaludmental@yahoo.com

CCHR Monterrey, Mexico

Citizens Commission on Human Rights Monterrey, Mexico
(Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos—CCDH)
Avda. Madero 1955 Poniente
Esq. Venustiano Carranza
Edif. Santos, Oficina 735
Monterrey, NL México
Phone: 51 81 83480329
Fax: 51 81 86758689
E-mail: ccdh@axtel.net

CCHR Nepal

P.O. Box 1679
Baneshwor Kathmandu, Nepal
E-mail: nepalcchr@yahoo.com

CCHR New Zealand

Citizens Commission on Human Rights New Zealand
P.O. Box 5257
Wellesley Street
Auckland 1, New Zealand
Phone/Fax: 649 580 0060
E-mail: cchr@xtra.co.nz

CCHR Norway

Citizens Commission on Human Rights Norway
(Medborgernes menneskerettighets-kommisjon, MMK)
Postboks 8902 Youngstorget
0028 Oslo, Norway
E-mail: mmknorge@online.no

CCHR Russia

Citizens Commission on Human Rights Russia
P.O. Box 35
117588 Moscow, Russia
Phone: 7095 518 1100

CCHR South Africa

Citizens Commission on Human Rights South Africa
P.O. Box 710
Johannesburg 2000
Republic of South Africa
Phone: 27 11 622 2908

CCHR Spain

Citizens Commission on Human Rights Spain
(Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos—CCDH)
Apdo. de Correos 18054
28080 Madrid, Spain

CCHR Sweden

Citizens Commission on Human Rights Sweden
(Kommittén för Mänskliga Rättigheter—KMR)
Box 2
124 21 Stockholm, Sweden
Phone/Fax: 46 8 83 8518
E-mail: info.kmr@telia.com

CCHR Taiwan

Citizens Commission on Human Rights
Taichung P.O. Box 36-127
Taiwan, R.O.C.
E-mail: roysu01@hotmail.com

CCHR Ticino, Switzerland

Citizens Commission on Human Rights Ticino
(Comitato dei cittadini per i diritti dell'uomo)
Casella postale 613
6512 Giubiasco, Switzerland
E-mail: ccdu@ticino.com

CCHR United Kingdom

Citizens Commission on Human Rights United Kingdom
P.O. Box 188
East Grinstead, West Sussex
RH19 4RB, United Kingdom
Phone: 44 1342 31 3926
Fax: 44 1342 32 5559
E-mail: humanrights@cchruk.org

CCHR Zurich, Switzerland

Citizens Commission on Human Rights Switzerland
Sektion Zürich
Postfach 1207
8026 Zürich, Switzerland
Phone: 41 1 242 7790
E-mail: info@cchr.ch

1. "Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America," The President's New Freedom Commission on Mental Health Report, 22 July 2003, p. 68.
2. Paper written by Allen Jones, Investigator in the Commonwealth of Pennsylvania Office of Inspector General (OIG), Bureau of Special Investigations, Law Project for Psychiatric Rights, Internet address: <http://www.psychrights.org>, 20 Jan. 2004, p. 31.
3. Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (Perseus Publishing, Cambridge, Massachusetts, 2002), pp. 227–228, citing L. Jeff, "The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-Year Follow-Up Findings," *Psychological Medicine* 22 (1992), pp. 131–145; Assen Jablensky, "Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures, a World Health Organization Ten-Country Study," *Psychological Medicine*, Supplement (1992), pp. 1–95.
4. J.R. Ewalt, Foreword in Gryenebaum (ed.), *The Practice of Community Mental Health* (Little, Brown & Co., Boston, 1970).
5. Peter Schrag, *Mind Control* (Pantheon Books, New York, 1978), p. 45.
6. Thomas Szasz, M.D., *Cruel Compassion* (John Wiley & Sons, Inc., New York, 1994), p. 160.
7. Steven Foley and Henry Sharfstein, *Madness and Government* (American Psychiatric Association Press, Washington, D.C., 1983), p. 25.
8. Dr. Dorine Baudin, "Ethical Aspects of Deinstitutionalization in Mental Health Care," Final Report, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Program No. BMH 5-98-3793, July 2001, p. 14.
9. Franklin Chu and Sharland Trotter, *The Madness Establishment* (Grossman Publishers, New York, 1974), pp. xi, xiii, 203–204.
10. Tony Jones and Adrian Bradley, "Sane Reaction," *Australian Broadcasting Corporation*, 10 June 1999.
11. Rael Issac and Virginia Armat, *Madness in the Streets* (The Free Press, New York, 1990), p. 98.
12. *Ibid.*, p. 156.
13. Vera Hassner Sharav, MLS, "Children in Clinical Research: A Conflict of Moral Values," *The American Journal of Bioethics*, Vol. 3, No. 1, 2003.
14. "Psychiatric Drugs—The Need to Be Informed," Report on the Public Hearing on Psychiatric Drugs, presented by the NSW Committee on Mental Health Advocacy, Nov. 1981, p. 22, quoting Pam Goring, *Mental Disorder or Madness?* (University of Queensland Press, Australia, 1979).
15. *Op. cit.*, Robert Whitaker, *Mad in America*, p. 144.
16. *Ibid.*, p. 164.
17. *Ibid.*, p. 256.
18. *Ibid.*, pp. 257–258.
19. *Ibid.*, pp. 253–254.
20. *Op. cit.*, Allen Jones, p. 6.
21. *Op. cit.*, Robert Whitaker, *Mad in America*, p. 286.
22. "Leading Therapy Classes by Global Pharmaceutical Sales, 2003," *IMSHealth.com*, 2004.
23. *Op. cit.*, Robert Whitaker, *Mad in America*, p. 186.
24. *Ibid.*, pp. 183, 186.
25. John H. Herrera, Ph.D., et al., "High Potency Neuroleptics and Violence in Schizophrenics," *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 176, No. 9, 1988, p. 558.
26. *Ibid.*
27. Erica Goode, "Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny," *The New York Times*, 20 May 2003.
28. *Op. cit.*, Robert Whitaker, *Mad in America*, p. 282.
29. Rosei Mestel, "New Schizophrenia Treatment at Issue," *Los Angeles Times*, 26 Nov. 2003.
30. *Op. cit.*, Erica Goode.
31. *Ibid.*
32. Robert Whitaker, "Forced Medication is Inhumane. ..." *The Boston Globe*, 9 June 2002.
33. Michael McCubbin and David Cohen, *The Rights of Users of the Mental Health System: The Tight Knot of Power, Law, and Ethics*, Presented to the XXIVth International Congress on Law and Mental Health, Toronto, June 1999.
34. "Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients—Legislation and Practice in EU-Member States," Final Report, Mannheim, Germany, 15 May 2002, Introduction, pp. 2–8.
35. *Op. cit.*, Robert Whitaker, "Forced Medication is Inhumane. ..."
36. "Diet Mulls Fate of Mentally Ill Criminals," *The Japan Times*, 8 June 2002.
37. *Op. cit.*, Thomas Szasz, M.D. *Cruel Compassion*, p. 205.
38. *Op. cit.*, Michael McCubbin and David Cohen.
39. Thomas Szasz, M.D., *Liberation By Oppression* (Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey 2002), p. 127.
40. Nancy Wolff, Ph.D., "Courts as Therapeutic Agents: Thinking Past the Novelty of Mental Health Courts," *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, Vol. 30, 2002, pp. 431–437.
41. "The Role of Mental Health Courts is System Reform" Judge David L. Bazelon Center for Mental Health Law, Washington D.C., Jan. 2003.
42. Sam Hart, "Mind Control, The Shocking Truth about Britain's Mental Hospitals, Exclusive Survey," *The Big Issue*, No. 412, 13–19 Nov. 2000.
43. Dr. Tana Dineen, Ph.D., *Manufacturing Victims*, Third Edition (Robert Davies Multimedia Publishing, Canada, 2001), p. 86.
44. Sydney Walker, *A Dose of Sanity: Mind, Medicine and Misdiagnosis* (John Wiley & Sons, Inc; New York, 1996), pp. 207, 225.
45. Loren Mosher, "Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review," *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 187, 1999, pp. 142–149.