

SCHIZOFRENIE

Psychiatrická „choroba“ přinášející zisk

OBSAH

Úvod: Zoufalá
potřeba pomoci2

Kapitola jedna:
Poškození zranitelných5

Kapitola dvě:
Diagnostický podvod a zrada11

Kapitola tři: Dosahování
skutečného duševního zdraví17

Doporučení21

Mezinárodní občanská
komise za lidská práva24





ÚVOD

Zoufalá potřeba pomoci

Život může být někdy těžkou zkouškou. A může být vskutku velmi drsný. Rodina, která čelí závažně duševně narušenému a iracionálnímu členu, se při pokusech vzniklou krizi řešit může stát zoufalou.

Na koho se obrátíme, když se něco takového stane?

Podle psychiatrů bychom to měli konzultovat s nimi jako s těmi *pravými* odborníky na duševní zdraví. To je však klam, jak mělo možnost zjistit mnoho lidí, kteří se na ně obrátili.

Dr. Megan Shieldsová, již 25 let praktická lékařka, členka poradního výboru Občanské komise za lidská práva, varuje: „Psychiatři nevědí nic o mysli, zacházejí s člověkem jako s ničím víc než orgánem v hlavě (mozkem) a mají asi takový zájem o duchovní rozměr života, standardní medicínu a léčení jako má kat na záchraně života.“

Ve filmu *Čistá duše* je nositel Nobelovy ceny John Nash vyobrazen jako člověk, který se spoléhá na nejnovější psychiatrické průlomové léky, které brání recidivě jeho „schizofrenie“. Jde však o hollywoodskou fikci, jak Nash sám oponuje filmovému portrétu, podle kterého v době získání Nobelovy ceny užíval „novější

léky“. V té době už 24 let nebral žádné psychiatrické léky a z rozrušeného stavu se zotavil přirozenou cestou.

Tím nechceme říci, že by se kdokoli, kdo užívá předepsané psychotropní léky, jich měl okamžitě zbavit. Kvůli jejich nebezpečným vedlejším účinkům se nedoporučuje přerušit užívání žádného psychiatrického léku bez doporučení a pomoci od kvalifikovaného nepsychiatrického lékaře.

Nicméně bychom si přáli vyzdvihnout skutečnost, že *existují* řešení pro závažná duševní narušení, která zabraňují vážným rizikům a vadám, které jsou psychiatrii vrozené.

Každý psychiatr nebo psycholog, který tvrdí, že se „vážné duševní nemoci“ neliší od srdečních potíží, gangrény na noze nebo běžného nachlazení, jedná podvodně.

Jak uvádí dr. Thomas Szasz, emeritní profesor psychiatrie ze Státní univerzity v New Yorku, Syrakusách: „Pokud si máme myslet, že duševní nemoc je podobná tělesnému onemocnění, měli bychom mít biochemický nebo patologický důkaz.“ A pokud má mít „nemoc“ nějaký „vědecký význam, musí být možné k ní přistoupit, měřit ji nebo testovat nějakým vědeckým způsobem, jako například pomocí krevního testu nebo elektroencefalografu [zaznamenávání elektrické aktivity mozku].

„Psychiatři nevědí nic o mysli, zacházejí s člověkem jako s ničím víc než orgánem v hlavě (mozkem) a mají asi takový zájem o duchovní rozměr života, standardní medicínu a léčení jako má kat na záchraně života.“

– dr. Megan Shieldsová, praktická lékařka, členka poradního výboru CCHR International

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

Pokud ji takto měřit nelze – jak je tomu u... „duševní nemoci“ – pak je fráze „nemoc“ přinejlepším metaforou a přinejhorším mýtem, a proto se „léčení“ těchto „nemocí“ rovná... nevědeckému podnikání.“¹

V praxi existuje hojnost důkazů o tom, že skutečné tělesné onemocnění se skutečnou patologií může závažně ovlivnit duševní stav a chování člověka. Psychiatrie naprosto ignoruje váhu tohoto vědeckého důkazu a raději viní ze všech nemocí údajnou „chemickou nerovnováhu“ v mozku, jejíž existence nebyla nikdy prokázána, a veškerou praxi omezuje na brutální léčení, které nedělá nic jiného, než že trvale poškozuje mozek a dotčeného jedince.

Psychiatrie neví téměř nic o mysli, mozku nebo o skrytých příčinách vážného duševního narušení a nadále „opéká“ mozek pomocí elektrošoků, ničí jej pomocí psychochirurgie a hubí jej pomocí nebezpečných drog. Za naprostého ignorování toho, s čím zachází, prostě raději dává přednost přístupu, kdy se „do telefonní ústředny hodí granát, aby se opravila“. Zní to a vypadá velkolepě, ale ničí se při tom obrovské množství funkčních věcí, nedosahuje se žádného vyléčení a navíc to stojí daňové poplatníky miliardy dolarů ročně.

Po zničení částí mozku je člověk povolnější, ale méně živý. Původní duševní narušení stále zůstává, je jen potlačené. Takto psychiatrie léčí narušené jedince.

Informace v této publikaci jsou varováním pro lidi, kteří mohou v životě prožívat závažné obtíže, nebo znají někoho, kdo takové potíže prožívá, a hledají odpovědi.



Alternativy k psychiatrické léčbě existují. Hledejte je a podporujte, neboť jsou schopny dosahovat nápravy a pomáhat. Také fungují. Vyhněte se psychiatrii, neboť ta jen rve a ničí. A nikdy nefunguje.

S úctou

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jan Eastgateová".

Jan Eastgateová, prezidentka
Citizens Commission on
Human Rights International

DŮLEŽITÁ FAKTA

- 1 U „schizofrenie“ neexistuje žádná tělesná abnormalita, a proto nejde o *nemoc*.
- 2 U prvních pacientů diagnostikovaných jako schizofrenici bylo později zjištěno, že trpí virovým onemocněním způsobujícím zánět mozku, což vede k bizarnímu chování.
- 3 Neuroleptické (nervy zachvacující) léky používané k léčbě schizofrenie mohou způsobit poškození nervového systému, vedoucí k permanentnímu zhoršení pacienta či dokonce k úmrtí.
- 4 Léčebné studie ukazují na mnohem vyšší úspěšnost v chudších zemích (kde se neuroleptika používala u menšího počtu pacientů) než v zemích prosperujících.
- 5 Studie ukazují, že extrémní násilí je zdokumentovaným vedlejším účinkem při užívání i vysazení psychofarmak.





KAPITOLA JEDNA

Poškozování zranitelných

Většina lidí se domnívá, že hlavním úkolem psychiatrie je léčba pacientů s vážnými či dokonce životu nebezpečnými duševními poruchami.

Tím nejčastěji uváděným je stav, který koncem 19. století nazval německý psychiatr Emil Kraepelin *dementia praecox* (předčasná demence), v roce 1908 jej pak švýcarský psychiatr Eugen Bleuler pojmenoval „schizofrenie“.

Psychiatr E. Fuller Torrey prohlašuje, že Kraepelin „dal finální vědecké razítko na iracionální chování tím, že ho pojmenoval a kategorizoval. Iracionální chování nyní mohlo sebevědomě existovat v lékařské společnosti, neboť mělo jméno... Jeho systém klasifikace si udržuje dominantní pozici v psychiatrii až do dnešních dnů nikoli proto, že prokázal svoji hodnotu..., ale protože posloužil jako lístek umožňující vstup iracionálního chování do medicíny.“²

Robert Whitaker, autor knihy *Šilencem v Americe* (*Mad in America*), však říká, že pacienti, kterým Kraepelin dal diagnózu *dementia praecox*, trpěli komplexním tělesným onemocněním *encephalitis lethargica* [zánět mozku způsobující letargii], které bylo tehdejšími lékaři neznámé: „Tito pacienti divně chodili, trpěli obličejovými tiky, svalovými křečemi a náhle upadali do spánku. Jejich zornice pomalu reagovaly na světlo. Také slintali, měli problém polykat, měli chronickou zácpu a nebyli schopni dokončovat volní tělesné úkony.“³

Psychiatrie nikdy neprovedla revizi Kraepelinových materiálů, aby zjistila, že schizofrenie byla jednoduše nediagnostikovaný a neléčený tělesný problém. „Schizofrenie byla příliš důležitým konceptem pro tvrzení psychiatrické profese o své lékařské legitimnosti... Tělesné symptomy nemoci se potichu hodily přes palubu... Co zůstalo jako nejdůležitější rozlišovací znaky, byly duševní symptomy: halucinace, bludy a bizarní myšlenky,“ uvádí Whitaker.

Psychiatrie nadále zaujatě nazývá „schizofrenii“

duševní nemocí, navzdory naprosté absenci objektivního důkazu po sto letech výzkumu, že schizofrenie existuje jako reálná nemoc nebo fyzická abnormalita mozku.

„Diagnostikovat někoho jako schizofrenika se na první pohled může zdát vědecké, zvláště pak když biopsychiatrie neustále tvrdí, že zde hraje roli genetické onemocnění mozku. Když se však s odstupem podíváte, co tito výzkumníci ve skutečnosti dělají, divíte se, jak mohou svoji práci obhajovat... Tohle není věda.“

— PhDr. Ty C. Colbert, *Mohou za to geny* (*Blaming Our Genes*), 2001

Kontrola pomoci léků

Neuroleptika (nervy zachvacující léky), také známá jako antipsychotika, předepisovaná na tak-

zvanou schizofrenii, poprvé vyvinuli Francouzi k „otupení nervového systému během chirurgických operací“. Psychiatři velmi záhy zjistili, že neuroleptika vyvolávají Parkinsonovu chorobu a symptomy encephalitis lethargica [zánět mozku způsobující letargii] – skutečný problém, který Kraepelin špatně identifikoval a nazval *dementia praecox*.⁴

Tyto léky poškozují extrapyramidový systém (EPS), rozsáhlou a složitou strukturu nervových vláken, která regulují motorickou kontrolu, což vede ke svalové ztuhlosti, křečím a nejružnějším mimovolním pohybům.⁵



taker říká, že v padesátých letech se lékaři i široká veřejnost o nových lécích dozvídali jen upravené informace: „Toto formování názoru samozřejmě sehrálo klíčovou roli v přehodnocení neuroleptik na bezpečné *antischizofrenické* léky pro duševně nemocné.“⁸

Výsledky nezávislých výzkumů však byly znepokojující. Světová zdravotnická organizace došla po osmileté studii k zjištění, že pacientům ve třech ekonomicky slabých zemích – „v Indii, Nigerii a Kolumbii – se dařilo podstatně lépe než pacientům ve Spojených státech a ve čtyřech dalších rozvinutých zemích“. Po pěti letech „64 % pacientů v chudých zemích nevykazovalo žádné symptomy a normálně fungovalo“. Naproti tomu se v bohatých zemích dařilo dobře pouze 18 % pacientů.⁹

Západní psychiatři zareagovali tvrzením, že lidé v chudších zemích prostě vůbec netrpěli schizofrenií. Nicméně doplňující druhá studie užívající tatáž diagnostická kritéria došla ke stejnému závěru.¹⁰ Zatímco v chudých zemích bylo na neuroleptikách udržováno pouze 16 % pacientů, v bohatých zemích to bylo 61 %. Neuroleptika byla viditelně zapletena do značně horšího výsledku západu. Zkušenosti ze západních zemí rovněž ukázaly, že u pacientů neléčených léky dochází k menšímu počtu recidiv.¹¹

Americká psychiatrická asociace však varování svým členům vydala teprve až v roce 1985, a to po předchozích několika široce medializovaných soudních procesech, ve kterých „byli psychiatři a instituce, pro něž pracovali, shledáni vinnými ze zanedbávání svých povinností, protože pacienty na toto riziko neupozorňovali, a náhrada škod u jednoho případu přesáhla 3 miliony dolarů“.

Důvody pro toto mlčení neměly nic společného s lékařskou praxí. Zatímco původní investice do chlorpromazinu v roce 1954 činila 350 000 dolarů, výnosy z prodeje jen tohoto jediného léku dosáhly v roce 1970 výše 116 milionů dolarů.

MARKETINGOVÉ UBLIŽOVÁNÍ PRO ZISK:
50.–70. léta
20. století: Na negativní publicitu psychiatrických léků se odpovídalo články a reklamami v lékařských časopisech, které pravidelně přeháněly prospěšnost antipsychotických léků, zatímco bezostyšně ignorovaly nesčetná rizika.

Lékem vyvolaný vedlejší účinek *tardivní dyskineze* (*tardivní* znamená „pozdní, zpožděná“ a *dyskineze* „abnormální pohyby svalstva“) je trvalé poškození volných pohybů rtů, jazyka, čelisti, prstů na horních a dolních končetinách i pohybů jiných částí těla. Objevil se u 5 % pacientů během jednoho roku od zahájení léčby neuroleptiky.⁶

Vědci a psychiatři také věděli o nebezpečí maligního neuroleptického syndromu, což je životu nebezpečná toxická reakce, při níž pacienti upadnou do horeček, začnou být zmatení, rozrušení a trpí extrémní svalovou ztuhlostí. Odhaduje se, že následkem syndromu zemřelo na 100 000 Američanů.⁷

Články v lékařských časopisech ve snaze vylepšit negativní obraz na veřejnosti obvykle nadhodnocovaly přínos nových léků a zamlžovaly možná rizika. Whi-



„V devatenáctém století dal německý psychiatr Emil Kraepelin (vlevo) finální vědecké razítko na iracionální chování tím, že ho pojmenoval a kategorizoval... Jeho systém klasifikace si udržuje dominantní pozici v psychiatrii až do dnešních dnů..., protože posloužil jako lístek umožňující vstup iracionálního chování do medicíny,“ – psychiatr E. Fuller Torrey

Mezitím zvyšování veřejné informovanosti o tom, že neuroleptika „často způsobují nevratná poškození mozku, hrozilo tím, že tyto rychlé peníze přestanou téct“, říká Whitaker. V 90. letech byly jako odpověď představeny nové „atypické“ [neobvyklé, s menšími účinky na EPS] léky na schizofrenii, které slibovaly méně vedlejších účinků.

Novější neuroleptické léky mají však ještě závažnější vedlejší účinky: oslepnutí, krevní sraženiny způsobující smrt, srdeční arytmie, oteklé prsy s výtokem, sexuální dysfunkce, krevní onemocnění, bolestivé kožní vyrážky, záchvaty, poškození plodu, diabetes a extrémní vnitřní úzkost a neklid.

Jeden z těchto atypických léků byl testován v 60. letech. Tehdy se zjistilo, že způsobuje záchvaty, otupělost, značné slintání, zácpu, nedostatečnou činnost svěračů močového měchýře, přibírání na váze, zástavu dýchání, srdeční infarkt a vzácně náhlou smrt. Lék pronikl do Evropy v sedmdesátých letech, ale byl stažen z prodeje, když se zjistilo, že až u 2 % pacientů způsobuje agranulocytózu, což je ztráta bílých krvinek, při které dochází k ohrožení života.¹²

20. května 2003 oznámily noviny *The New York Times*, že atypická neuroleptika mohou vyvolat diabetes, „v některých případech končící smrtí“. Dr. Joseph Devereugh-Geiss, profesor psychiatrie na Dukeově univerzitě, prohlásil, že spojení s diabetem „vypadá hodně podobně jako to, co jsme viděli před 25 lety s [tardivní dyskinezi]“.¹³

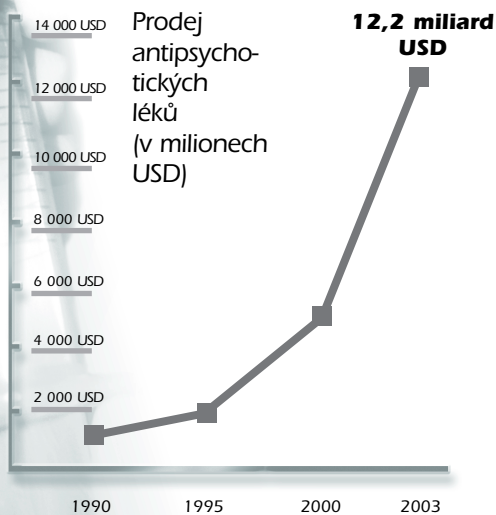
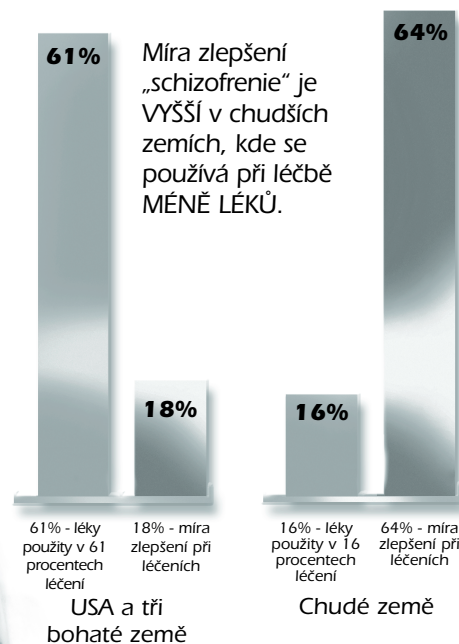
V květnu 2003 zjistila studie zabývající se používáním antipsychotických léků v 17 zdravotnických centrech pro veterány, že jeden antipsychotický lék stojí na pacienta o 3 000 USD až 9 000 USD více než dřívější léky, bez příznivého účinku na symptomy, na vedlejší účinky parkinsonského typu nebo na celkovou kvalitu života.¹⁴

V roce 2000 dosahoval roční objem prodeje antipsychotických léků v USA více než 4 miliardy dolarů. Do roku 2003 dosáhl roční objem prodeje 8,1 miliardy USD. Mezinárodně to bylo přes 12 miliard USD.¹⁵

Psychiatrie dnes houževnatě lpí na antipsychotikách jako na léčbě „schizofrenie“, navzdory prokázaným rizikům a studiím, které ukazují, že když pacienti přestanou užívat atypické léky, zlepší se.¹⁶

Léčení „schizofrenie“: Porovnání zemí

Několik studií Světové zdravotnické organizace prokázalo, že zlepšení „schizofrenie“ je mnohem větší v chudších zemích, které používají v léčení mnohem méně psychotropních léků, jako opak k bohatým národům, které se spoléhají výhradně na léky.



Trh s léky na „schizofrenii“ měl v roce 1999 hodnotu lukrativních 5 miliard USD a do roku 2002 dosáhl hodnoty 12,2 miliardy USD. Spodní graf ukazuje součet objemu prodeje v USA, Velké Británii, Kanadě, Francii, Německu, Itálii, Japonsku a Španělsku.

ZPŮSOBOVÁNÍ POŠKOZENÍ

Násilí vyvolané léky



Útočník na prezidenta:
30. března 1981 byl ukázán ve věznici
v Quanticu ve Virginii John Hinckley jr.,
který se pokusil o vraždu prezidenta
Ronalda Reagana. Psychiatr později
připsal Hinckleyho útok na prezidenta
a ostatní horkokrevní agresí vyvolané
psychiatrickým lékem.

„Veřejnost nemohla prakticky tušit, že šílenec, jenž se jí zjevoval v nočních můrách a který zabíjel bez varování a zjevného důvodu, nebyl hnán nějakým vnitřním zlem, ale spíše populárním lékem.“¹⁷

— Robert Whitaker, autor knihy *Šlencem v Americe: Špatná věda, špatná medicína a trvalé špatné zacházení s duševně nemocnými* (*Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and The Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*), 2002

Psychiatři z násilných zločinů obviňují pacientovo selhání pokračovat v užívání léků, i když vědí, že extrémní násilnost je doloženým vedlejším účinkem při užívání i vysazení psychofarmak.

■ 20. června 2001 v Texasu naplnila Andrea Yatesová, žena v domácnosti a matka, vanu vodou a utopila v ní svých pět dětí ve věku od 6 měsíců do 7 let. 37letá paní Yatesová se po mnoho

let probíjovávala hospitalizacemi, předepsanými psychiatrickými léky a pokusy o sebevraždu. 12. března 2002 však porota zamítla její obhajobu založenou na nepřítomnosti, shledala ji vinnou a odsoudila k smrti.

Pro právníky a média tím příběh skončil a případ je uzavřen. Omluvy ze strany psychiatrie se dají předvídat: Paní Yatesová trpěla závažnou duševní nemocí, která „vzdorova-

la léčení“, případně jí byla „odepřena přiměřená a kvalitní psychiatrická péče“.

Texaská pobočka CCHR se s tím nespokojila a nechala si vypracovat nezávislý lékařský posudek jejího chorobopisu. Odborný poradce PhDr. Edward G. Ezrailson ho prostudoval a oznámil, že kombinace léků předepsaných paní Yatesové způsobila *nedobrovolnou intoxikaci*. „Předávkování“ jedním antidepresivem a „náhlé vysoké dávky“ dalšího „zhoršily její chování“, napsal. To „vedlo k vraždě“.¹⁸

■ Rozsáhlý průzkum Roberta Whitakera objevil, že antipsychotické léky mohou psychózu dočasně utlumit, ovšem z dlouhodobého hlediska k ní zvýší biologickou náchylnost pacientů. Dalším paradoxním účinkem, který se objevil spolu se silnějšími neuroleptiky, je vedlejší účinek nazývaný *akatzie* [a, bez; *kathisia*, sedící; neschopnost vydržet v klidu, v nehnuté

poloze]. Tento jev byl dán do souvislosti s útočným, násilným chováním.¹⁹

■ Studie z roku 1990 došla k závěru, že 50 % všech rvaček na jednom psychiatrickém oddělení mohlo být dáno do souvislosti s akatizií. Pacienti popisovali „zuřivé nutkání napadnout kohokoli nablízku“.²⁰

■ Britská zpráva z roku 1998 odhalila, že přinejménším 5 % pacientů léčených antidepresiv typu selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) trpí „obecně známými“ vedlejšími účinky, mezi něž patří rozrušení, úzkost a nervozita. Přibližně 5 % případů mezi hlášenými vedlejšími účinky tvoří agresivita, halucinace, neklid a depersonalizace (odosobnění).²¹

■ V roce 1995 referovalo devět australských psychiatrů, že se pacienti užívající SSRI [selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu] úmyslně pořezali nebo dostávali agresivní nálady. „Nechtělo se mi zemřít, jen se mi chtělo roztrhat si tělo na kusy,“ řekl psychiatrům jeden z pacientů.²²

Důsledky vysazení léků

■ V roce 1996 vydalo Národní centrum pro prioritní léky (National Preferred Medicines Center Inc.) na Novém Zélandu zprávu o „akutních abstinenčních příznacích“, v níž se píše, že

přerušení léčby psychoaktivními léky může způsobit 1) zpětné účinky, které zesilují předchozí symptomy „nemoci“ a 2) nové symptomy, které nemají souvislost s původním stavem a jimiž pacient předtím netrpěl.²³

■ Dr. John Zajecka v *Časopise pro klinickou psychiatrii* (*Journal of Clinical Psychiatry*) uvedl, že rozrušení a vznětlivost proží-

vané pacienty při přerušení léčby SSRI u nich může vyvolat „agresivitu a sebevražednou impulzivnost“.²⁴

■ Dr. Miki Bloch popisoval v britském lékařském časopise *Lancet*, že pacienti získali sebevražedné a vražedné sklony po vysazení antidepresiv, přičemž jeden muž měl myšlenky, že ublíží „vlastním dětem“.²⁵

■ 25. května 2001 obvinil soudce Nejvyššího soudu Nového Jižního Walesu v Austrálii Barry O'Keefe antidepresivum z toho, že mírumilovného a zákonů dbalého Davida Hawkinse změnilo v zuřivého zabijáka (své ženy). Barry O'Keefe prohlásil, že kdyby Hawkins neužíval antidepresiva, „je nanejvýš pravděpodobné, že by paní Hawkinsová nebyla zabita...“.

■ V červnu 2001 přikla porota ve Wyomingu odškodnění ve výši 8 milionů dolarů příbuzným Donalda Schella, který se po požití antidepresiv stal zuřivým střelcem. Porota uznala, že lék byl z 80 % zodpovědný za vyvolání vražedného záchvatu.²⁶

V roce 1995 referovalo devět australských psychiatrů, že se pacienti užívající antidepresiva typu SSRI úmyslně pořezali nebo dostávali agresivní nálady. „Nechtělo se mi zemřít, jen se mi chtělo roztrhat si tělo na kusy,“ řekl psychiatrům jeden z pacientů.



David Hawkins

Andrea Yatesová

Kip Kinkel

LÉČBA SPOJENÁ S NÁSILÍM:

- 1) David Hawkins: 74letý muž, který se předtím nedopustil žádného násilí, zabil svou ženu, zatímco byl na antidepresivu. Soudce rozhodl, že lék nese část viny.
- 2) V roce 2001 naplnila Andrea Yatesová vanu a utopila svých 5 malých dětí. Lékařští odborníci zastávají názor, že nadměrné dávky určitých psychiatrických léků ji přiměly k vraždě.
- 3) Kip Kinkel, 14 let, zabil 2 lidi a 22 zranil při střelbě na střední škole ve státě Oregon. Také bral psychiatrické léky.

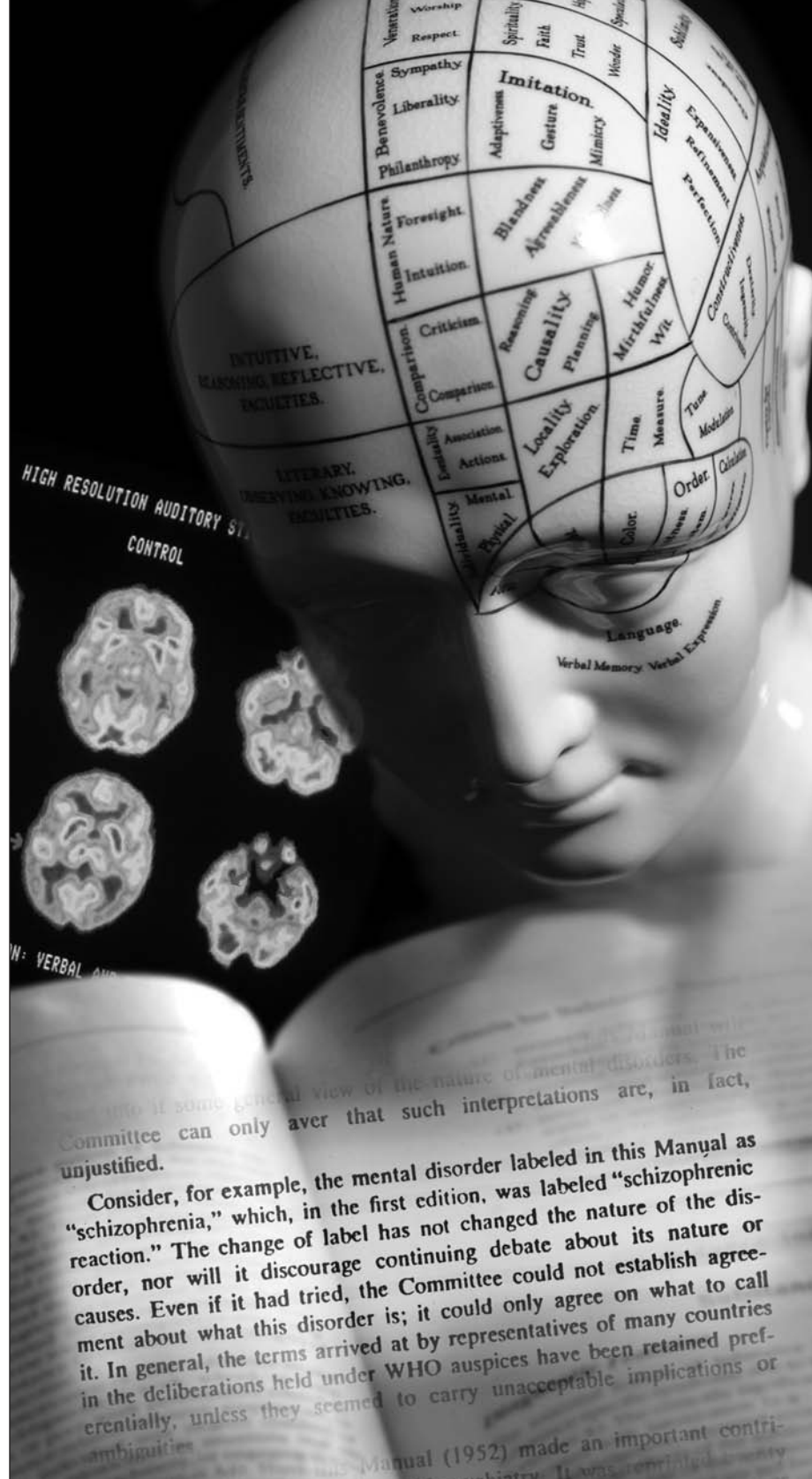
DŮLEŽITÁ FAKTA

1 Psychiatrický *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – IV (DSM)* v současnosti obsahuje 374 poruch, jejichž subjektivní charakter dovoluje kohokoli označit za „duševně nemocného“ a dávat mu léky.

2 Psychiatrie nebyla schopna dosáhnout souhlasu na tom, co schizofrenie je, pouze na tom, jak ji nazývat.

3 „Schizofrenie“, „bipolarita“ a další psychiatrické nálepky mají jediný účel: vydělat miliony na úhradách ze zdravotního pojištění, ze státního financování a na ziscích z prodeje léků.

4 Základním stavebním kamenem současného psychiatrického modelu nemoci je představa, podle níž je příčinou duševní nemoci chemická nerovnováha v mozku. Stejně jako ostatní modely duševních „chorob“ byl i tento koncept naprosto zdiskreditován vědeckými pracovníky.



Psychiatři již téměř sto let používají termín „schizofrenie“, aby popsali nejrůznější „iracionální“ chování jako „duševní choroby“ - navzdory chybějícím vědeckým důkazům. Dlouhou dobu se nemohou shodnout na tom, co je podstatou schizofrenie, nicméně tuto lukrativní nálepku stále používají. Výťah z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch [DSM-II] z roku 1973 na obrázku uvádí: Podívejme se například na duševní poruchu označenou v tomto manuálu jako „schizofrenie“, která byla v prvním vydání označena jako „schizofrenická reakce“. Změna označení nezměnila podstatu této poruchy, ani neodradí od pokračující diskuze o její podstatě nebo příčinách. 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...



KAPITOLA DVĚ

Diagnostický podvod a zrada

Americká psychiatrická asociace (APA) vyvinula jako náhradu za duševní léčení *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – IV* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*), materiál, který obsahuje 374 údajných duševních poruch. Jeho diagnostická kritéria jsou natolik nejasná, subjektivní a expanzivní, že je pravděpodobné, že dnes není na živu jediný člověk, který by za použití tohoto standardu unikl označení za duševně nemocného. To samozřejmě psychiatrům přináší o hodně víc „byznysu“ s duševním „nezdavím“.

Psychiatři mezitím nejen přiznávají, že nevědí, co způsobuje tyto údajné „nemoci“, nemají ani žádný vědecky podložený důkaz, že tyto stavy vůbec existují jako samostatná fyzická onemocnění.

Emeritní profesor psychiatrie Thomas Szasz uvádí: „Hlavním účelem a cílem DSM je propůjčit důvěryhodnost různým tvrzením, že určité způsoby chování, či spíše nevhodného chování, jsou duševní poruchy a tyto poruchy jsou tudíž z medicínského hlediska nemoci. Tak získává patologická hráčská vášeň stejný status, jako má infarkt myokardu (odumření části srdečního svalu, způsobené krevní sraženinou v srdeční tepně).“

Pacienti jsou zrazováni, když se jim říká, že jejich emocionální problémy jsou geneticky nebo

biologicky podmíněné. PhDr. Elliot Valenstein říká, že „i když se pacientům může ulevit, když se dozvědí, že trpí ‚tělesným onemocněním‘, mohou přijmout při svém uzdravování pasivní roli a stát se naprosto závislými na tělesné léčbě, která má napravit jejich stav“.²⁷

Psychiatři nejsou schopni definovat schizofrenii

Psychiatři doslova hlasují o tom, z čeho se ses-

tává duševní nemoc či porucha, zvedáním rukou na svých konferencích. To vysvětluje, proč nejsou schopni vědecky definovat, co léčí. V *DSM-II* uvádějí: „I kdyby se o to výbor [APA] pokusil, nemohl by dosáhnout shody v otázce, co tato porucha je. Výbor se jen dokázal shodnout na tom, jak ji nazvat.“²⁸

„Těžko by pro popis stavů
klasifikovaných v *DSM-IV*
existoval méně vhodný termín
než duševní porucha.“

– Allen J. Frances, profesor psychiatrie
a předseda zvláštní pracovní
skupiny pro *DSM-IV*

Allen J. Frances, profesor psychiatrie na lékařské fakultě Dukeovy univerzity (Duke University Medical Center) a předseda zvláštní pracovní skupiny pro *DSM-IV*, připustil: „Těžko by pro popis stavů klasifikovaných v *DSM-IV* existoval méně vhodný termín než duševní porucha.“ Samotný *DSM-IV* uvádí, že pojem „duševní porucha“ se v publikaci nadále objevuje, „protože jsme za něj ještě nenalezli odpovídající náhradu“.

Prof. Szasz dále prohlašuje: „Schizofrenie je definována tak nejasně, že jej ve skutečnosti ti, kdo

Žádný rentgen, krevní testy nebo mozková tomografie nemůže určit výskyt takzvané duševní nemoci. A předpoklad, že psychiatrický stav je způsoben „biochemickou nerovnováhou v mozku“, není podložen žádným vědecky ověřeným důkazem.

tento termín vyslovují, často používají pro označení téměř jakéhokoli chování, které se jim nelíbí.“

Kromě schizofrenie existuje řada dalších stavů nebo chování, která psychiatři definovali jako nemoci a jejichž pomocí vydělávají miliony na úhradách ze zdravotního pojištění, z vládního financování a na ziscích z prodeje léků.

„Bipolární porucha“

Psychiatrie činí „nepodložená prohlášení, že deprese, bipolární choroba, úzkost, alkoholismus a řada dalších poruch mají ve skutečnosti primárně biologický a pravděpodobně genetický původ... Tento druh víry ve vědu a pokrok je překvapující, a to nezmiňuji naivní a zřejmě klamný,“ uvádí psychiatr David Kaiser.

■ Bipolární porucha je údajně charakterizována střídáním období deprese a mánie – odtud „dvoupólová“ nebo „bipolární“. V lednu 2002 uvedl internetový magazín *eMedicine Journal*: „Etiologie a patofyziologie (funkční změny) bipolární poruchy (BP) ještě nebyly určeny a neexistují žádné objektivní biologické markery, které definitivně korespondují s tímto chorobným



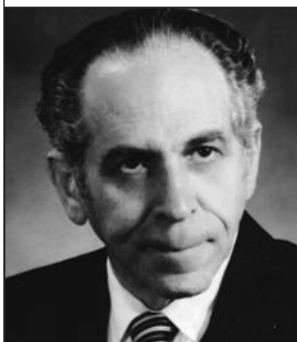
„Zaprvé, u žádné psychiatrické poruchy nebyla prokázána žádná biologická etiologie [příčina]... navzdory desetiletím výzkumu... Takže neakceptujte mýtus, že jsme schopni udělat ‚přesnou diagnózu‘... Ani byste neměli věřit, že vaše problémy tu jsou výhradně kvůli ‚chemické nerovnováze‘.“

— Dr. Edward Drummond, autor knihy
Úplný průvodce psychiatrickými léky, 2000

stavem.“ Stejně tak pro BP „nebyly definitivně identifikovány“ žádné geny.²⁹

■ Craig Newnes, ředitel psychologických terapií v Centru pro péči o komunitní a duševní zdraví v anglickém Shropshire, uvedl příběh tří psychiatrů, kteří řekli jisté nabručené babičce, že její vnuk trpí bipolární poruchou způsobenou „biochemickou nerovnováhou v mozku“. Klidně, ale důrazně se zeptala, jaký mají důkaz, že má něco v nepořádku s mozkiem. Řekli, že jeho nálady a chování ukazují na závažný problém. Zeptala se, jak vědí, že je to způsobeno chemií jeho mozku. Její vnuk byl rychle přeložen do zařízení, které místo léků nabízelo „terapii mluvením“. „Představte si stejnou situaci v onkologii: řeknou vám, že máte asi rakovinu, neukáží žádné testy a řeknou, že půjdete na dvě operace, následně na radio-

terapii a ovšem dostanete léky, po kterých vám vypadají vlasy. Taková představa je absurdní... Až vám příště řeknou, že psychiatrický stav je způsoben biochemickou nerovnováhou v mozku, zeptejte se, zda můžete vidět výsledky testů,“ říká Newnes.



„Schizofrenie je definována tak nejasně, že jej ve skutečnosti ti, kdo tento termín vyslovují, často používají pro označení téměř jakéhokoli chování, které se jim nelíbí.“

– dr. Thomas Szasz, emeritní profesor psychiatrie, 2002

Deprese

Za pokračující podvodné analogie s lékařstvím psychiatrii dnes běžně tvrdí, že deprese je také „nemoc stejně jako srdeční onemocnění nebo astma“.

DSM uvádí, že pro diagnostikování deprese musí být splněno 5 kritérií z devíti, kde mezi kritéria patří hluboký smutek, apatie, únava, rozrušení, poruchy spánku a změny v chuti k jídlu. I samotní psychiatrii projevují obavy nad takovými pokusy „udělat nemoc z toho, co vypadá jako normální životní vzestupy a pády“.³⁰

■ Dr. Joseph Glenmullen z lékařské fakulty Harvardské univerzity, říká: „...Symptomy [deprese] jsou subjektivní emocionální stavy, což činí diagnózu značně mlhavou.“³¹

■ Glenmullen říká, že hodnotící stupnice povrchných kontrolních seznamů používané ke screeningu na depresi jsou „uzpůsobené, aby korespondovaly s účinky léků, zdůrazňují ty tělesné symptomy deprese, které nejvíce reagují na antidepressivní medikaci... I když přiřadit číslo pacientově depresi může vypadat vědecky, když člověk prozkoumá pokládané otázky a používané stupnice, jedná se o zcela subjektivní měřítka založená na tom, co uvádí pacient a jaký je dojem člověka, který provádí ohodnocení.“³²

■ David Healy, psychiatr a ředitel katedry psychologické medicíny Waleské univerzity v Severním Walesu (North Wales Department of Psychological Medicine), sděluje: „V lékařské komunitě narůstají obavy, že rozvoj v oblasti věd o nervové soustavě nejenže nepřináší žádné poznatky o podstatě psychiatrických poruch, ale ve skutečnosti odklání pozornost od klinického výzkumu...“³³

Prof. Szasz zdůrazňuje: „Kdyby se například ukázalo, že schizofrenie má biochemickou příčinu a lze ji biochemickou cestou vyléčit, pak by přestala být nemocí, kvůli které je třeba pacienta nedobrovolně hospitalizovat. Ve skutečnosti by se pak její léčby ujali neurologové a psychiatrii by s ní měli společného asi tolik jako s glioblastomem [zhoubným nádorem], Parkinsonovou chorobou a dalšími onemocněními mozku.“



„Nikdo nemá nic víc nežli matnou představu chemických efektů [psychotropních] léků na živý lidský mozek.“
– Dr. Joseph Glenmullen,
Lékařská fakulta
Harvardské
univerzity

PSEUDOVĚDA

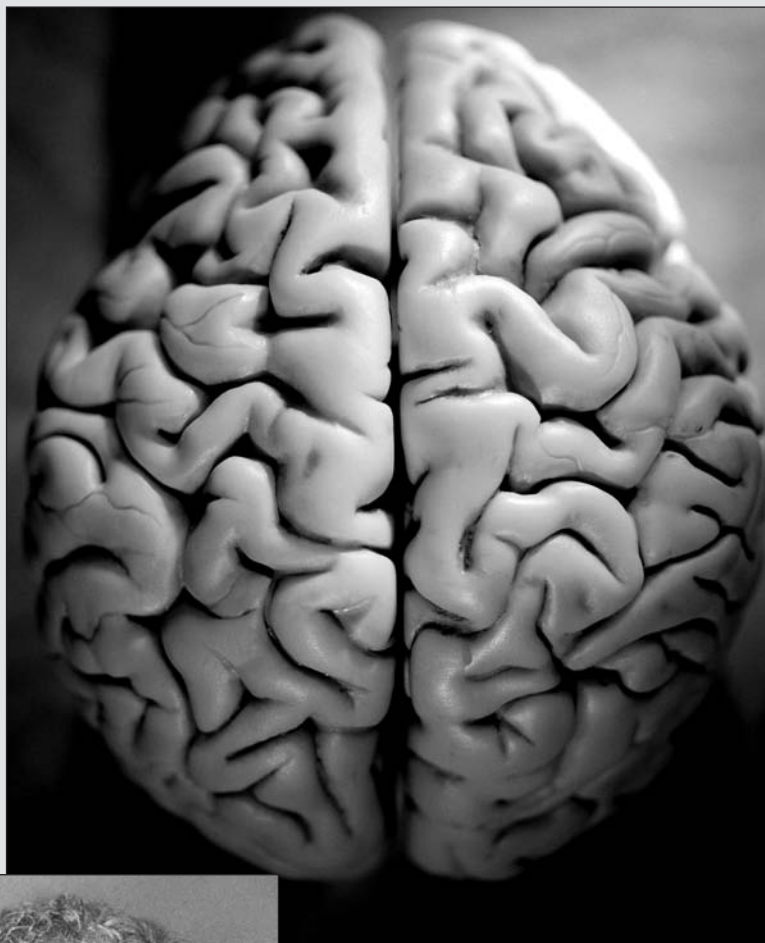
Obviňování mozku

„Více a více problémů bylo předefinováno na ‚poruchy‘ nebo ‚nemoci‘, údajně způsobené genetickými predispozicemi a biochemickou nerovnováhou. Životní události se degradují na pouhou roznětku pro skrytou biologickou časovanou bombu. Z pocitu velkého smutku je ‚depresivní porucha‘. Příliš mnoho starostí je ‚úzkostná porucha‘... Vytváření seznamů chování, používání lékařsky znějících označení na lidi, kteří je vykazují, a pak používání těchto chování jako důkaz, že mají danou duševní nemoc, je z vědeckého hlediska bezvýznamné.“³⁴

— John Read, přednášející v oboru psychologie na Aucklandské univerzitě na Novém Zélandu, 2004

Základním stavebním kamenem současného psychiatrického modelu nemoci je představa, podle níž je příčinou duševní nemoci chemická nerovnováha v mozku.³⁵ Přes popularizaci masivním marketingem jde však jednoduše o zbožné přání psychiatrů. Stejně jako ostatní modely duševních „chorob“ byl i tento koncept naprosto zdiskreditován vědeckými pracovníky.

■ Dr. Valenstein hovoří jednoznačně: „Nemáme



Elliot Valenstein

FALEŠNÁ MOZKOVÁ TEORIE

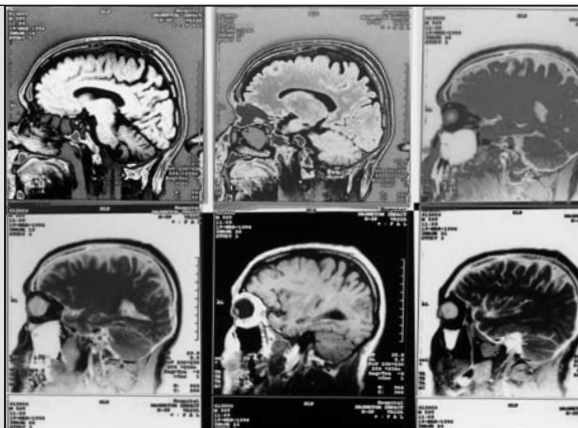
V bezpočtu ilustrovaných prezentací v populárních časopisech byl mozek pitován, opatřován nálepkami a analyzován, zatímco se na veřejnost útočilo s nejmodernější teorií o tom, co je s ním v nepořádku. Co ovšem jako u všech psychiatrických teorií chybí, je vědecký fakt. Jak vysvětlil dr. Elliot Valenstein: „Nemáme k dispozici žádné testy, které by stanovily chemický stav mozku živého člověka.“

k dispozici žádné testy, které by stanovily chemický stav mozku živého člověka.³⁶ Stejně tak „nebyly nalezeny žádné biochemické, anatomické ani funkční příznaky, které spolehlivě odlišují mozky duševně nemocných pacientů“.³⁷

■ Dr. Colbert říká: „Víme, že model chemické nerovnováhy u duševní nemoci nebyl nikdy vědecky prokázán. Také víme, že veškeré rozumné důkazy místo toho ukazují na model mrzačících účinků psychiatrických léků. Dále také víme, že výzkum účinnosti a efektivnosti léků je nespolehlivý, protože zkoušky měří efektivnost založenou na *redukci symptomů, nikoli na vyléčení*.“³⁸

■ Prof. Thomas Szasz uvedl: „Narozdíl od situace u většiny tělesných chorob neexistují žádné krevní nebo jiné biologické testy, které by byly schopné potvrdit nebo vyvrátit přítomnost duševní nemoci. Kdyby se takový test vyvinul (pro něco, co se předtím považovalo za psychiatrickou nemoc), potom by příslušný stav přestal být duševní nemocí a namísto toho by byl překlasifikován jako symptom tělesného onemocnění.“

■ Dr. Edward Drummond, lékařský ředitel centra pro duševní zdraví Seacoast v Portsmouthu, New Hampshire, ve své knize *Úplný průvodce psychiatrickými léky (The Complete Guide to Psychiatric Drugs)* uvedl: „Zaprvé, u žádné psychiatrické poruchy nebyla prokázána žádná biologická etiologie [příčina]... navzdory desetiletím výzkumu... Takže neakceptujte mýtus, že jsme schopni udělat ‚přesnou diagnózu‘... Ani byste neměli věřit, že vaše problémy tu jsou



Psychiatrie činí „nepodložená prohlášení, že deprese, bipolární choroba, úzkost, alkoholismus a řada dalších poruch mají ve skutečnosti primárně biologický a pravděpodobně genetický původ... Tento druh víry ve vědu a pokrok je překvapující, a to nezmiňuji naivní a zřejmě klamný.“

– psychiatr dr. David Kaiser

výhradně kvůli ‚chemické nerovnováze‘.“³⁹

■ Článek publikovaný v květnu 2004 v amerických novinách *The Mercury News* varuje, že tomografie mozku rovněž nemůže stanovit „duševní nemoc“: „Řada lékařů varuje před používáním zobrazovací techniky SPECT (single photon emission computed tomography – jednofotonová emisní počítačová tomografie) [u mozku] jako diagnostického nástroje s tím, že je neetické – a potenciálně nebezpečné, aby lékaři používali SPECT pro určení emocionálních, behaviorálních a psychiatrických problémů pacienta. Vyšetření za 2 500 USD nenabízí žádnou užitečnou nebo přesnou informaci,“ uvádějí.⁴⁰

■ Ve stejném článku citovaný psychiatr M.

Douglas Mar řekl: „Neexistuje žádný vědecký základ pro tato tvrzení [o používání tomografie mozku pro psychiatrickou diagnózu]. Pacientům by se minimálně mělo sdělit, že SPECT je vysoce kontroverzní.“⁴¹

■ „Přesná diagnóza založená na tomografii prostě není možná,“ připustil dr. Michael D. Devous z Fakulty nukleární medicíny Texaské univerzity.⁴²

Ačkoli není o biochemická vysvětlení pro psychiatrické stavy nouze, Joseph Glenmullen zdůrazňuje: „Ani jedno nebylo prokázáno. Opak je pravdou. Ve všech případech takové domnělé nerovnováhy bylo později dokázáno, že jde o omyl.“⁴³

Podle Valensteina se na „platnosti teorií trvá nejen proto, že neexistuje nic, co by je nahradilo, ale i proto, že je lze využít pro propagaci farmakoléčby“.⁴⁴

DŮLEŽITÁ FAKTA

- 1 Výsledkem efektivního duševního léčení by bylo duševní zdraví.
- 2 Zatímco v medicíně existují vyléčení tělesných onemocnění, u duševních poruch v psychiatrii o vyléčeních hovořit nemůžeme.
- 3 Podloženým lékařským faktem je skutečnost, že nediagnostikovaná tělesná nemoc či zranění může vyvolat emocionální obtíže.
- 4 Několik studií ukazuje, že lidé s diagnózou „duševní nemoci“ ve skutečnosti trpěli *tělesným* stavem.
- 5 Skutečné řešení řady duševních obtíží začíná důkladným tělesným vyšetřením kompetentním – nepsychiatrickým – lékařem.





KAPITOLA TŘI

Dosahování skutečného duševního zdraví

John Nash jasně ukázal, že svého uzdravení dosáhl svojí vlastní vůlí. Proč vymýšlet fiktivní hollywoodské zakončení jeho životního příběhu, když pravda – že se byl schopen zbavit svých „démonů“ bez pomoci léků – dává mnohem větší inspiraci?

Psychiatrii propagují duševní zdraví jako věc stejné priority jako zdraví tělesné. Když v této analogii budeme pokračovat, stejně jako tělesné zdraví bude výsledkem účinného tělesného léčení, musí být duševní zdraví výsledkem účinného léčení duševního.

Považujeme následující body za základní kritéria pro vytvoření duševního zdraví:

1. Efektivní technologie duševního léčení a léčby, které zlepšují a posilují jednotlivce, a tak i společnost, tím, že obnovují jejich osobní sílu, schopnosti, kompetenci, jistotu, stabilitu, zodpovědnost a duševní vyrovnanost.

2. Vysoce vzdělání, etičtí lékaři, kteří jsou primárně oddáni blahu svých pacientů a jejich rodin a kteří dovedou splnit a opravdu splní to, co slíbí.

3. Duševní léčení dodávané v klidné atmosféře charakterizované tolerancí, bezpečím a respektem k potřebám a právům lidí.

Od jednotlivců až po vlády příliš mnoho lidí předpokládá, že takto vypadá duševní léčba dneška. Trpkou realitou však je, že analogie mezi tělesným a duševním léčením bere za své, když dáme do kontrastu výsledky tělesného léčení s výsledky toho, co se pod vlivem psychiatrie dnes považuje za duševní léčbu. Jednoduše řečeno, zatímco vyléčení v medicíně existují, v psychiatrii nikoli.

V dnešní době pod vedením psychiatrie neexistuje žádné duševní léčení. To logicky znamená, že psychiatrie nedosahuje žádného zlepšení duševního zdraví.

Je důležité vědět, že řada citlivých a fungujících lékařských programů pro vážně psychicky rozrušené jedince nespočívá na psychiatrickou léčbu. Projekt Dům vykoupení (Soteria House) dr. Lo-

rena Moshera a italský program dr. Giorgia Antonucciho (popsané v této publikaci dále) dosáhly mnohem větších úspěchů než psychiatrie se svým odlidštěním a chronickou farmakoléčbou. Tyto alternativní programy navíc společnost stály mnohem méně. Tyto a mnoho dalších podobných programů, které stále fungují, představují trvalý důkaz existence jak opravdového řešení, tak naděje pro ty, kdo mají vážné potíže.

„Odborníci na duševní nemoci pracující v rámci systému péče o duševní zdraví mají profesní a zákonnou povinnost u pacientů rozpoznat přítomnost tělesného onemocnění... Tělesná onemocnění mohou zapříčinit duševní poruchu [nebo] mohou duševní poruchu zhoršit...“

– Příručka hodnotící lékařská obory
Kalifornského úřadu péče o duševní zdraví, 1991



Ve filmu o držiteli Nobelovy ceny Johnu Nashovi Čistá duše byl hlavní důvod jeho zotavení ze „schizofrenie“ ignorován – odmítl pokračovat v užívání psychiatrických léků. Nash (nahore se svou ženou při předávání Nobelových cen v r. 1994) nebral žádné psychiatrické léky po 24 let a z rozrušeného stavu se zotavil přirozenou cestou.

Podloženým lékařským faktem je skutečnost, že nediagnostikovaná tělesná nemoc či zranění může vyvolat emocionální obtíže. Dr. William Crook ve své knize *Odhalování vašich skrytých alergií* (*Detecting Your Hidden Allergies*) uvádí, že lidé trpící podrážděností, depresí, hyperaktivitou, únavou a úzkostí potřebují okamžité a komplexní fyzické vyšetření a komplexní testy na alergie na jídlo, které u člověka dokáží vyvolat právě takové duševní změny.

■ Jedna studie dospěla k závěru, že 83 % pacientů doporučených klinikami a sociálními pracovníky k psychiatrické léčbě mělo nediagnostikovanou fyzickou nemoc, jiná studie, že u 42 % pacientů s „psychózou“ bylo později zjištěno tělesné onemocnění, a další studie, že 48 % lidí s diagnózou duševní nemoci stanovenou psychiatrem mělo nediagnostikovaný fyzický problém.⁴⁵

■ Některé nemoci se velmi podobají schizofrenii a oklamou pacienta i lékaře. Dr. A. A. Reid uvádí celkem 21 různých takových stavů. Jako první popisuje stále častější „dočasnou psychózu vyvolanou intoxikací amfetaminy“. Dr. Reid vysvětluje, že psychóza navozená psychoaktivními látkami naplňuje všechny příznaky psychózy včetně bludů o pronásledování a halucinací a dále uvádí, že je „často nerozlišitelná od akutní či paranoidní schizofrenie“.⁴⁶

■ „Paní J.“ byla diagnostikována schizofrenie poté, co začala v hlavě slyšet hlasy. Její stav se zhoršil natolik, že přestala mluvit, nemohla se mýt, jíst ani chodit na záchod bez cizí pomoci. Důkladné lékařské vyšetření stanovilo, že špatně metabolizovala glukózu, kterou mozek potřebuje kvůli energii. Jakmile se začala léčit, její stav se dramaticky zlepšil. Úplně se vyléčila a neprojevují se u ní žádné dozvuky předchozího duševního stavu.

■ Jedenapadesátileté Anne Gatesové, matce pěti dětí, bylo předepsáno antidepresivum na

bipolární poruchu, když zažívala opakující se emocionální strádání. Měla myšlenky na sebevraždu. Nikdo však nezkoumal její zpomalující se menstruační cyklus a, jak stanovilo vyšetření kompetentním lékařem, skutečně přecházela do menopauzy a potřebovala estrogen.⁴⁷ Hypoglykémie (abnormální pokles hladiny krevního cukru), alergie, citlivost na kofein, problémy se štítnou žlázou, nedostatek vitamínu B a přemíra mědi v těle se může projevovat jako „bipolární porucha“.⁴⁸

■ Dr. Thomas Dorman říká: „...Mějte prosím na paměti, že většina lidí trpí organickým onemocněním. Kliničtí lékaři by v první řadě měli pamatovat na emocionální stres spojený s chronickou nemocí nebo bolestivými stavy, které mohou zapříčinit změnu chování pacienta.“⁴⁹

V seznamu přání, jak by se měla změnit péče o duševní zdraví, uvedl autor knihy *Šílencem v Americe* Robert Whitaker: „Na první místo bych umístil žádost o upřímnost. Přestaňte tvrdit lidem s diagnózou schizofrenie, že trpí



„Mějte prosím na paměti, že většina lidí trpí organickým onemocněním. Kliničtí lékaři by v první řadě měli pamatovat na emocionální stres spojený s chronickou nemocí nebo bolestivými stavy, které mohou zapříčinit změnu chování pacienta.“

– dr. Thomas Dorman,
internista a člen Britské
a Kanadské královské lékařské univerzity

přílišnou aktivitou dopaminu nebo serotoninu a že léky upraví „rovnováhu“ těchto látek v mozku. Všechny tyto řeči jsou jenom druhem lékařského podvodu a nelze si představit, že by nějaká jiná skupina pacientů – trpících řekněme rakovinou nebo kardiovaskulárními nemocemi – byla klamána stejným způsobem.“

Skutečné řešení řady duševních obtíží nezačíná kontrolním seznamem symptomů, ale zajištěním důkladného tělesného vyšetření kompetentním nepsychiatrickým lékařem.

Postupy pro dosahování duševního zdraví by se měly posuzovat podle toho, nakolik zlepšují a posilují jednotlivce, jejich zodpovědnost a duchovní vyrovnanost – bez spoléhání se na návykové léky.

Léčba, která uzdravuje,

je, by se měla dodávat v klidné atmosféře charakterizované tolerancí, bezpečím a respektem k právům lidí.

Funkční a humánní systém duševního zdraví je to, k čemu směřuje práce Občanské komise za lidská práva (CCHR).

SKUTEČNÁ POMOC

Fungující léčba

Dr. Loren Mosher

Zesnulý dr. Loren Mosher byl profesorem klinické psychiatrie na Lékařské fakultě Kalifornské univerzity v San Diegu (School of Medicine, University of California). Byl také vedoucím Centra výzkumu schizofrenie amerického Národního institutu duševního zdraví (U.S. National Institute of Mental Health's Center for Studies of Schizophrenia).⁵⁰ Napsal:

„Dům vykoupení jsem otevřel v roce 1971... Mladí lidé s diagnózou ‚schizofrenie‘ v něm 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 vykoupení s „obvyklými“ zákroky na oddělení běžného psychiatrického ústavu u lidí s nově diagnostikovanou schizofrenií.

„Experiment byl úspěšnější, než se čeka-

lo. 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 po celé dva roky nedostávali žádnou neuroleptickou medikaci... nebo u nichž se předpokládalo, že jsou odsouzeni k těm nejhorším výsledkům, si vedli ve skutečnosti v po-

rovnání s léky léčenými kontrolními subjekty z léčeben nejlépe,“ uvedl dr. Mosher.

Dr. Giorgio Antonucci

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 vězení 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 „nebez-

pečné“ pacientky svobodně a klidně procházely po zahradě léčebny. Nakonec byly stabilní a z léčebny propuštěny poté, co se řada z nich poprvé v životě učila pracovat a starat se o sebe.

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.



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

– dr. Loren Mosher, bývalý vedoucí výzkumu schizofrenie amerického Národního institutu duševního zdraví (U.S. National Institute of Mental Health), 2002



DOPORUČENÍ

Doporučení

- 1 Lidem v zoufalé situaci musí být poskytnuta řádná a účinná lékařská péče. Lékařská, nikoli psychiatrická péče, správná výživa, zdravé a bezpečné prostředí a činnost, která podporuje sebedůvěru, bude mnohem účinnější než brutální psychiatrická farmakoléžba.
- 2 Náhradou za donucovací psychiatrické ústavy musí být zřízeny domovy duševního zdraví. Tyto musí mít lékařské diagnostické vybavení, které mohou nepsychiatřičtí lékaři používat pro důkladné vyšetření a otestování všech skrytých tělesných problémů, které se mohou projevovat jako nenormální chování. Do této oblasti by měly směřovat prostředky ze státních i soukromých zdrojů, spíše než do zneužívajících psychiatrických ústavů a programů, jejichž nefunkčnost se prokázala.
- 3 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 občansko-právní žaloby a domáhat se práv na ochranu osobnosti, případně náhrady škody.
- 4 Prosazovat právo pacientů a jejich zdravotních pojišťoven na vrácení prostředků vydaných na duševní léčbu, která nedosáhla slíbených výsledků nebo zlepšení nebo vyústila v prokázané poškození pacienta, čímž by se zajistilo, že odpovědnost bude ležet na jednotlivém lékaři a psychiatrickém zařízení.
- 5 Zhoubný vliv psychiatrie způsobuje zkázu v celé společnosti, zejména ve věznicích, nemocnicích a vzdělávacím systému. Nevládní organizace a zodpovědní vládní představitelé by měli spolupracovat na dosažení toho, že vlády nejprve odhalí psychiatrickou skrytou manipulaci společnosti a následně budou pracovat na jejím odstranění.



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 obhajuje 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.

dr. Giorgio Antonucci,
lékař Itálie

„Z mezinárodního hlediska je CCHR jedinou skupinou, která účinně bojuje proti psychiatrickému zneužívání a zastavuje jej.“

dr. Fred Baughman jr.
neurolog

„Myslím, že dnes existuje řada organizací, které znepokojuje vliv psychiatrie na společnost a na školství, avšak žádná jiná organizace nebyla ve snaze o odhalování podvodného diagnostikování a dopování dětí léky ve školách tak efektivní jako CCHR. Zcela určitě se jedná o vysoce efektivní organizaci a o potřebného spojence pro každého,

kdo sdílí stejné obavy a pokouší se tyto problémy dát do pořádku.“

dr. Julian Whitaker
ředitel Whitaker Wellness Institute
v Kalifornii, autor publikace „Zdraví
a léčení“ (Health & Healing)

„CCHR je jedinou neziskovou organizací, která se zaměřuje na zneužívání páchaná psychiatry a psychiatrickou profesí. Nadměrné podávání léků, označování, chybné diagnózy, absence vědeckých norem, na všechny tyto věci, kterých si nikdo nevšiml, se CCHR zaměřila, uvedla v pozornost veřejnosti a dosahuje pokroku při zastavování drtícího účinku psychiatrické profese.“

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 českou pobočku CCHR:

Václavské nám. 17, 110 00 Praha 1

Tel./fax: 224 009 156; e-mail: lidskaprava@cchr.cz

1. Richard E. Vatz, Lee S. Weinberg, and Thomas S. Szasz, "Why Does Television Grovel at the Altar of Psychiatry?," *The Washington Post*, 15 Sept. 1985, pp. D1–2.
2. E. Fuller Torrey, M.D., *Death of Psychiatry* (Chilton Publications, Pennsylvania, 1974), pp. 10–11.
3. Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (Perseus Publishing, New York, 2002), p. 166.
4. *Ibid.*, p. 203.
5. *Ibid.*, pp. 253–254; Ty C. Colbert, *Rape of the Soul, How the Chemical Imbalance Model of Modern Psychiatry has Failed its Patients* (Kevco Publishing, California, 2001), p. 106.
6. George Crane, "Tardive Dyskinesia in Patients Treated with Major Neuroleptics: A Review of the Literature," *American Journal of Psychiatry*, Vol. 124, Supplement, 1968, pp. 40–47.
7. *Op. cit.*, Robert Whitaker, p. 208.
8. *Ibid.*, p. 150.
9. L. Jeff, "The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-Year Follow-Up Findings," *Psychological Medicine*, Vol. 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.
10. *Op. cit.*, Robert Whitaker, p. 229.
11. *Ibid.*, p. 182.
12. *Ibid.*, p. 258.
13. Erica Goode, "Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny," *The New York Times*, 20 May 2003.
14. *Ibid.*
15. "IMS HEALTH Reports 14.9 Percent Dollar Growth in U.S. Prescription Sales to \$145 Billion in 2000," *IMSHealth.com*, 31 May 2001; "IMS Reports 11.5 Percent Dollar Growth in '03 U.S. Prescription Sales," *IMSHealth.com*, 17 Feb. 2004.
16. *Op. cit.*, Erica Goode.
17. *Op. cit.*, Robert Whitaker, p. 189.
18. Edward G. Ezrailson, Ph.D., Report on Review of Andrea Yates' Medical Records, 29 Mar. 2002.
19. *Op. cit.*, Robert Whitaker, pp. 182, 186.
20. *Ibid.*, p. 188.
21. Charles Medawar, "Antidepressants Hooked on the Happy Drug," *What Doctors Don't Tell You*, Vol. 8., No. 11, Mar. 1998, p. 3.
22. David Grounds, et. al., "Antidepressants and Side Effects," *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 29, No. 1, 1995.
23. "Acute Drug Withdrawal," *PreMec Medicines Information Bulletin*, Aug. 1996, modified 6 Jan. 1997, Internet URL: <http://www.premec.org.nz/profile.htm>, accessed: 18 Mar. 1999.
24. Joseph Glenmullen, M.D., *Prozac Backlash* (Simon & Schuster, New York, 2000), p. 78.
25. *Ibid.*, p. 78.
26. Jim Rosack, "SSRIs Called on Carpet Over Violence Claims," *Psychiatric News*, Vol. 36, No. 19, 5 Oct. 2001, pp. 6.
27. Elliot S. Valenstein, Ph.D., *Blaming the Brain* (The Free Press, New York, 1998), p. 225.
28. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II* (American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968), p. ix.
29. Stephen Soreff, M.D. and Lynne Alison McInnes, M.D., "Bipolar Affective Disorder," *eMedicine Journal*, Vol. 3, No. 1, 7 Jan. 2002.
30. Herb Kutchins and Stuart A. Kirk, *Making Us Crazy* (Simon & Schuster, Inc., New York, 1997), p. 36.
31. *Op. cit.*, Joseph Glenmullen, p. 205.
32. *Ibid.*, p. 206.
33. David Healy, *The Anti-Depressant Era* (Harvard University Press, 1999), p. 174.
34. John Read, "Feeling Sad? It Doesn't Mean You're Sick," *New Zealand Herald*, 23 June 2004.
35. *Op. cit.*, Joseph Glenmullen, p. 195.
36. *Op. cit.*, Elliot S. Valenstein, p. 4.
37. *Ibid.*, p. 125.
38. *Op. cit.*, Ty C. Colbert, p. 97.
39. Edward Drummond, M.D., *The Complete Guide to Psychiatric Drugs* (John Wiley & Sons, Inc., New York, 2000), pp. 15–16.
40. Lisa M. Krieger, "Some Question Value of Brain Scan; Untested Tool Belongs in Lab Only, Experts Say," *The Mercury News*, 4 May 2004.
41. *Ibid.*
42. *Ibid.*
43. *Op. cit.*, Joseph Glenmullen, p. 196.
44. *Op. cit.*, Elliot S. Valenstein, p. 4.
45. David E. Sternberg, M.D., "Testing for Physical Illness in Psychiatric Patients," *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 47, No. 1, Jan. 1986, p. 5; Richard C. Hall, M.D., et al., "Physical Illness Presenting as Psychiatric Disease," *Archives of General Psychiatry*, Vol. 35, Nov. 1978, pp. 1315–1320; Ivan Fras, M.D., et al., "Comparison of Psychiatric Symptoms in Carcinoma of the Pancreas with Those in Some Other Intra-abdominal Neoplasms," *American Journal of Psychiatry*, Vol. 123, No. 12, June 1967, pp. 1553–1562.
46. Patrick Holford and Hyla Cass, M.D., *Natural Highs* (Penguin Putnam Inc., New York, 2002), pp. 125–126.
47. Leslie Goldman, "Finding Clues to Unmask Depression," *Chicago Tribune*, 22 Aug. 2001.
48. "Alternatives for Bipolar Disorder," Safe Harbor, Alternative On-Line. Internet address: <http://www.alternativementalhealth.com>, 2003.
49. Thomas Dorman, "Toxic Psychiatry," Internet address: <http://www.dormanpub.com>.
50. 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.