

PSYCHIATRICKÝ PODVOD

Podvracení medicíny

OBSAH

Úvod:	
Manipulování medicíny	2
Kapitola jedna:	
Dobry obchod, špatná medicína	5
Kapitola dvě:	
Psychiatrie versus medicína	11
Kapitola tři:	
Parodie na lékařství a vědu	17
Kapitola čtyři:	
Poškozování zranitelných	23
Kapitola pět:	
Poskvvrnění lékařské etiky	29
Kapitola šest:	
Kudy dál?	31
Doporučení	34
Mezinárodní občanská komise za lidská práva	35





ÚVOD

Manipulování medicíny

Alan I. Leshner, psychiatr a bývalý ředitel Národního institutu drogových závislostí (National Institute of Drug Abuse) v roce 1998 uvedl: „Jsem přesvědčen, že v dnešní době, v roce 1998, by měli být do vězení zavřeni ti z vás [lékařů], kteří odmítnou proti depresi předepsat S.S.R.I. [nový typ antidepresiv]. Stejně tak jsem přesvědčen, že za pět let od této chvíle by měli být zavřeni do vězení ti, kteří odmítnou poskytnout závislým na cracku léky, na jejichž vývoji nyní pracujeme.“¹

Za 25 let práce na reformě péče o duševní zdraví jsem hovořila se stovkami lékařů a tisíci pacientů, přičemž jsem pomáhala odhalit četné případy poškozování lidských práv ze strany psychiatrie. Ale až donedávna mě ani nenapadlo, že by mohlo být útočeno

i na práva lékařů. Proč by měl být lékař za odmítnutí předepsat na depresi antidepresivum uvězněn?

Řada lékařů z oblasti základní péče uvádí řadu fyzických problémů, které mohou způsobovat poruchy chování a emoční problémy, a hovoří o životně důležité potřebě kontrolovat tento aspekt jako první. Z toho vyplývá, že spolehnout se na antidepresiva k potlačení emočních symptomů bez předchozího hledání a nápravy možného skrytého fyzického onemocnění by mohlo být jednoduše dáváním chemické berličky pacientovi, přičemž mu necháme nemoc, která se může dále zhoršovat.

Co kdyby lékař z oblasti základní péče nebo internista tuto fyzickou nemoc správně diagnostikoval a vyléčil a deprese by *bez* pomoci psychofarmak pominula?

Mohl by potom takový lékař být obviněn z neetického chování nebo dokonce odsouzen a uvězněn za „zločinné zanedbání lékařské péče“, protože nepředepsal antidepresivum?

Zdá se vám to šílené? Že by se to nemohlo stát? Možná. Nicméně se zdá, že nadešla doba, kdy může být dobrý lékař obviněn z *neetického* chování kvůli provozování *etické* medicíny. V současnosti může být všeobecný lékař, specialista a kdokoli jiný kritizován, zastrašován a může s ním být zacházeno jako s člověkem na

okraji společnosti kvůli tomu, že praktikuje tradiční, fungující diagnostickou medicínu.

Tato publikace byla sepsána s cílem oslovit lékaře, především ty, kteří chtějí provozovat nepsychiatrickou medicínu, lékaře, kteří se řídí vzneseným a humánním cílem

„Psychiatrická diagnostická soustava se neobjevila v duchu profesního respektu k tradicím a znalostem medicíny základní lékařské péče a dalších lékařských specializací.“

– Jan Eastgateová

podle té nejlepší hippokratovské tradice a kteří chtějí mít klid, aby se mohli dál starat o zdraví lidí podle svých nejlepších schopností. Je určena lékařům, které znepokojuje skutečnost, že miliony dětí užívají proti údajné duševní poruše – syndromu hyperaktivity a snížené pozornosti (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD) – předepsaná návyková stimulancia podobná metamfetaminu.

Byla také napsána i pro každého, kdo si myslí, že když státní zaměstnanci vyhrožují rodičům žalobami pro zanedbání péče, protože odmítají nadopovat své dítě stimulancii – k čemuž dnes dochází, je to mnohem více než jen trochu podivné. Jak k tomu došlo? Věříme, že tato brožura pomůže na tuto otázku odpovědět.

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 angažování 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

Způsob myšlení z oblasti péče o duševní zdraví proniká do oblasti současné medicíny základní lékařské péče. Je to především díky „úspěchu“ psychiatrické diagnostické soustavy, *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch* (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM-IV*). Tato soustava byla spolu s kapitolou duševních poruch v *Mezinárodní klasifikaci nemocí* (MKN-10) široce propagována jako nezbytně nutná norma pro duševní poruchy pro lékaře nepsyhiatry.

Je zde však ještě něco jiného. Mezi mnoha tlaky, kterým lékaři v současnosti musí čelit, existuje jeden, který je unikátní v tom, že ho doprovází propracované zákeřné vnucování. Psychiatrická diagnostická soustava k nim nepřišla v duchu profesního respektu k tradicím a znalostem medicíny základní lékařské péče a jiných lékařských specializací.

Nepřišel žádný úvodní dopis, kde by se psalo: „Respektujeme nadřazenost a nedotknutelnost vašeho vztahu s vašimi pacienty a vaše přání se o ně co nejlépe postarat. Zde máte naši diagnostickou soustavu, prosím prostudujte si ji a přesvědčte se na základě vlastní zkušenosti, že jsme na správné cestě. Oceníme vaše připomínky a konstruktivní kritiku. Pokud nás budete potřebovat, křičte všemi prostředky o pomoc. S pozdravem v úsilí o lepší zdraví.“

Namísto toho byl systém uveden v platnost v následujícím duchu: „Tady je dítě s vážnými duševními problémy. Odbornou diagnózu jsme už vypracovali, takže nemusíte dělat nic víc, než se řídit podle našich striktních pokynů na předepisování léků a podrobit se našemu odbornému dohledu.“ Nebo je jinými slovy řečeno: „Zdá se, že pacienti vám věří více než nám, takže tímto způsobem musíte diagnostikovat duševní nemoc, kterou bezpochyby trpí.“

Toto je donucovací podtón, který nesmazatelně charakterizuje psychiatrii od té doby, co před 200 lety ve



svých sanatoriích poprvé převzala zodpovědnost za pečovatelské povinnosti. Projevuje se mnoha různými způsoby a ať se připele kamkoliv, může značně poničit jistotu, hrdost, poctivost, pracovitost, iniciativu, integritu, duševní pohodu, zdraví a přičetnost. Musíme bojovat, abychom tyto kvality uchovali pro všechny pacienty. *A také pro všechny lékaře.*

S úctou

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

Jan Eastgateová, prezidentka
Citizens Commission on
Human Rights International

DŮLEŽITÁ FAKTA

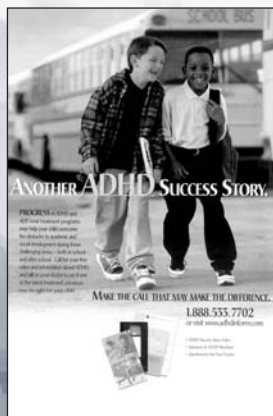
1 Po 40 letech musí „biologická psychiatrie“ stále ještě dokázat, že jakýkoli psychiatrický stav či diagnóza je abnormalita nebo nemoc nebo něco „neurologického“, „biologického“, „chemicky nerovnovážného“ nebo „genetického“.

2 Konsensuální konference o ADHD (syndrom hyperaktivity a snížené pozornosti) amerických Národních zdravotních institutů v roce 1998 nenašla žádný „důkaz, že by ADHD byl způsoben chemickou nerovnováhou...“²

3 Německý dětský psychiatr dr. Paul Runge říká, že kdyby ADHD mělo biologický základ, „opravdová a účinná léčba by vyžadovala lék, který ovlivňuje jen tuto specifickou biologickou poruchu“.³ Taková léčba neexistuje.

4 Zpráva Parlamentního shromáždění Rady Evropy z roku 2002 požadovala „přísnější kontrolu diagnóz a léčby“ ADHD a dále, že by se měl „provést rozsáhlejší výzkum alternativních forem léčení, jako např. úpravou stravy“.⁴

5 Celosvětová produkce metylfenidátu (Ritalinu) vzrostla během 90. let z 2,8 tuny na 15,3 tuny.⁵



Pracovníci školy přinutili Matthewa Smithe užívat psychiatrické stimulans, které mu mělo pomoci lépe se „soustředit“. V roce 2000, ve věku 14 let, však zemřel na srdeční infarkt, který koroner přisoudil předepsanému stimulans. Stále více dětí dostává diagnózu ADHD, nemoci, jejíž existence nebyla nikdy klinicky prokázána. Za nárůst je v převážné míře zodpovědný masivní marketing.



KAPITOLA JEDNA

Dobrý obchod, špatná medicína

Matthewu Smithovi byl v sedmi letech ve škole diagnostikován syndrom hyperaktivity a snížené pozornosti (ADHD). Jeho rodičům bylo řečeno, že musí užívat stimulanty pro zlepšení koncentrace. Matthewovi rodiče zpočátku odporovali, ale bylo jim sděleno, že pokud neuposlechnou, mohou být obžalováni ze zanedbávání synových výchovných a citových potřeb. „Báli jsme se s manželkou, že bychom mohli přijít o děti, pokud neuposlechneme,“ řekl Lawrence Smith, Matthewův otec. Matthewovi rodiče se tlaku podvolili poté, co jim bylo řečeno, že na „lécích“ není nic špatného a že synovi mohou jenom pomoci.

21. března 2000 při ježdění na skateboardu Matthew zemřel na srdeční infarkt. Koroner stanovil, že Matthewovo srdce nese jasné známky poškození drobných krevních cév způsobené povzbuzujícími drogami podobnými amfetaminům a dospěl k závěru, že zemřel

následkem dlouhodobého užívání *předepsaného* stimulantu.

Navzdory tvrzením psychiatrů, kteří tvrdí opak, celosvětové předepisování léků podobných kokainu dětem je na hony vzdálené průkazné vědě. Většina dostupných údajů obsahuje neobyčejné množství zkreslených faktů. Následující informace

stručně představují alternativní pohled a jsou určeny lékařům, kterých se situace týká.

Konference amerických Národních zdravotních institutů (National Institutes of Health – NIH) z roku 1998 za účasti hlavních světových obhájců ADHD byla nucena dojít k závěru, že neexistují žádné údaje potvrzující, že ADHD je mozková dysfunkce. Konference připustila, že „naše znalosti o příčině či příčinách ADHD zůstávají převážně spekulativní“. Národní ústav pro klinickou kvalitu (National Institute for Clinical Excellence) ve Velké Británii uznal, že „...příčiny a diagnostická platnost ADHD zůstávají stále kontroverzní“.⁷

„Diagnóza ADD [syndrom snížené pozornosti – Attention Deficit Disorder] je zcela subjektivní... Neexistuje žádný test. Záleží jen na interpretaci... Hranice mezi zdravým, temperamentním dítětem a dítětem, které trpí ADD, může být velmi nejasná.“⁶

— Dr. Joe Kosterich, federální předseda
odboru praktických lékařů Australské
lékařské asociace, 1999

Dominick Riccio, výkonný ředitel Mezinárodního centra pro studium psychiatrie a psychologie uvádí: „Museli by mi ukázat přímou příčinnou souvislost mezi jakoukoli chemickou látkou v mozku a symptomy ADHD... probírají se dopaminovou hypotézou. Probírají se serotoninovou hypotézou. Žádná z nich nemá příčinnou souvislost.“⁸

Dr. Louria Shulamitová, izraelská praktická lékařka, to objasňuje: „ADHD je syndrom, nikoli choroba (z definice). Jako takový se definuje pomocí symptomů. Jeho symptomy jsou tak obvyklé, že můžeme dojít k závěru, že každé dítě – hlavně chlapci – jeho diagnózu splňuje.“⁹

Podle Dr. Williama Careyho, uznávaného pediatra z Filadelfské dětské nemocnice: „Součas-



nemá v naší společnosti, mimo sanatoria pro starší lidi a ústavy pro duševně nemocné, obdoby.“¹¹

Žádná chemická nerovnováha

Psychiatri argumentují, že zdrojem ADHD je chemická nerovnováha, která vyžaduje „medikaci“ stejně jako diabetes vyžaduje léčbu inzulínem.

PhDr. Elliot Valenstein však říká: „Nemáme k dispozici žádné testy, které by stanovily chemický stav mozku živého člověka.“¹² Joseph Glenmullen z lékařské fakulty Harvardské univerzity prohlašuje: „Ve všech případech takové domnělé nerovnováhy bylo později dokázáno, že jde o omyl.“¹³

Psychiatr M. Douglas Mar v roce 2004 prohlásil: „Neexistuje žádný vědecký základ pro toto tvrzení [o používání tomografie mozku pro psychiatrickou diagnózu].“¹⁴

„Přesná diagnóza založená na tomografii prostě není možná,“ souhlasil dr. Michael D. Devous z fakulty nukleární medicíny Texaské univerzity.¹⁵

Doktorka Mary Ann Blocková, autorka knihy *Už žádný ADHD (No More ADHD)*, kategoricky nesouhlasí: „ADHD není jako diabetes a Ritalin není jako

„Jak je možné, že miliony dětí užívají látku, která je po farmakologické stránce velice blízká jiné droze, kokainu, který je nejen považován za nebezpečný a návykový, ale jehož koupě, prodej a užívání se navíc považuje za zločin?“

– Richard DeGrandpre, profesor psychologie a autor knihy *Ritalinový národ (Ritalin Nation)*

ná formulace ADHD, která přiřazuje diagnózu ve chvíli, kdy je u dítěte přítomen určitý počet problematických chování a jsou splněna některá další kritéria, přehlíží skutečnost, že tato chování jsou pravděpodobně obvykle normální.“¹⁰

Thomas Moore, autor knihy *Předpisy pro katastrofu (Prescriptions for Disaster)* prohlásil, že současné užívání léků jako je Ritalin uvádí generaci dětí do „otřesného rizika“. Lék se podává, jak uvádí, pro účely „krátkodobé kontroly chování – nikoli s cílem snížení identifikovatelného zdravotního rizika [u dítěte]. Takové širokospektrální chemické ovládnutí lidského chování

inzulín. Diabetes je reálná nemoc, kterou lze objektivně diagnostikovat. ADHD je vymyšlená nálepka bez jakýchkoli objektivních a platných způsobů identifikace. Inzulín je přirozený hormon produkováný organismem a nezbytný pro život. Ritalin je chemicky získaná droga podobná amfetaminu, která pro život nezbytná není. Diabetes je nedostatek inzulínu. Poruchy pozornosti a chování nejsou nedostatkem Ritalinu.“¹⁶

V roce 2001 prohlásil PhDr. Ty C. Colbert: „Stejně jako u všech ostatních duševních poruch neexistuje pro ADHD žádný biologický test nebo biologický marker.“¹⁷

Nebezpečné účinky léků

S předepisováním léků pozměňujících způsob myšlení a chování na tzv. ADHD a další poruchy učení se pojí řada zdravotních rizik a dalších nesrovnalostí.

Podle *Lékařské příručky (Physician's Desk Reference Guide)* může být zrychlený tep a zvýšený tlak následkem užívání Ritalinu pro „léčení“ ADHD.¹⁸ Časopis *americké lékařské asociace* v srpnu 2001 opakovaně zdůraznil, že Ritalin se chová hodně podobně jako kokain.¹⁹

Dlouhodobé škodlivé vedlejší účinky se mohou projevit až po mnoha letech užívání léku nebo po skončení jeho užívání.²⁰ „Negativní účinek na růstový hormon je tak běžný a předvídatelný, že podle něj lze určovat, zda v organismu dítěte [stimulans] působí či nikoli.“²¹ „Narušeno je i sexuální dospívání dítěte.“²² Při vysazení tohoto stimulans a podobných látek na bázi amfetaminu je hlavní komplikací sebevražda.²³

Podle dr. Sydney Walkera III, autora knihy *Podvod s hyperaktivitou (The Hyperactivity Hoax)*: „I když studie naznačují, že tato látka (metylfenidát) je pravděpodobně jenom slabý karcinogen [způsobuje rakovinu], zvyšování budoucího rizika vzniku rakoviny u milionů dětí – byť jen o trochu – by se nemělo lehkovážně tolerovat. Další zpráva z nedávné doby upozorňuje, že [toto stimulans] může mít trvalý kumulativní vliv na myokard (silnou svalovou vrstvu tvořící převážnou část srdeční stěny).“²⁴

USA spotřebovává 85 % celosvětové produkce metylfenidátu (Ritalinu).²⁵ V roce 2002 zjistilo Parlamentní shromáždění Rady Evropy vysokou míru spotřeby metylfenidátu v zemích, které si mnohdy Česká republika bere za svůj vzor. V Německu, Belgii, v Lucembursku, Nizozemí, Švýcarsku, ve Velké Británii a na Islandu. Ve Velké Británii vzrostla míra předepisování stimulans dětem o 9 200 % v letech 1992 až 2000, zatímco v Austrálii se za posledních dvacet let zvýšila 34krát.²⁶ Francie udávala 600% nárůst počtu dětí označených jako „hyperaktivní“ za dobu od roku 1989 do roku 2002.²⁷ V Mexiku vzrostl objem prodeje metylfenidátu o 800 % v letech 1993 až 2001.

„Jak je možné, že miliony dětí užívají látku, která je po farmakologické stránce velice blízká jiné droze, kokainu, který je nejen považován za nebezpečný a návykový, ale jehož koupě, prodej a užívání se navíc považuje za zločin?“ ptá se Richard DeGrandpre, profesor psychologie a autor knihy *Ritalinový národ (Ritalin Nation)*.²⁸

Navíc k uvedeným stimulanciím užívá 1,5 milionu dětí a nezletilých ve Spojených státech antidepresiva typu SSRI.²⁹ U antidepresiv vzrostla v letech 1995 až 1999 ve Spojených státech míra jejich užívání dětmi ve věku 7 až 12 let o 151 % a o 580 % u dětí mladších 6 let. Již 5leté děti užívající předepsaná antidepresiva typu SSRI spáchaly sebevraždu. V Británii se během deseti let počet předpisů na antidepresiva také více než zdvojnásobil.³⁰

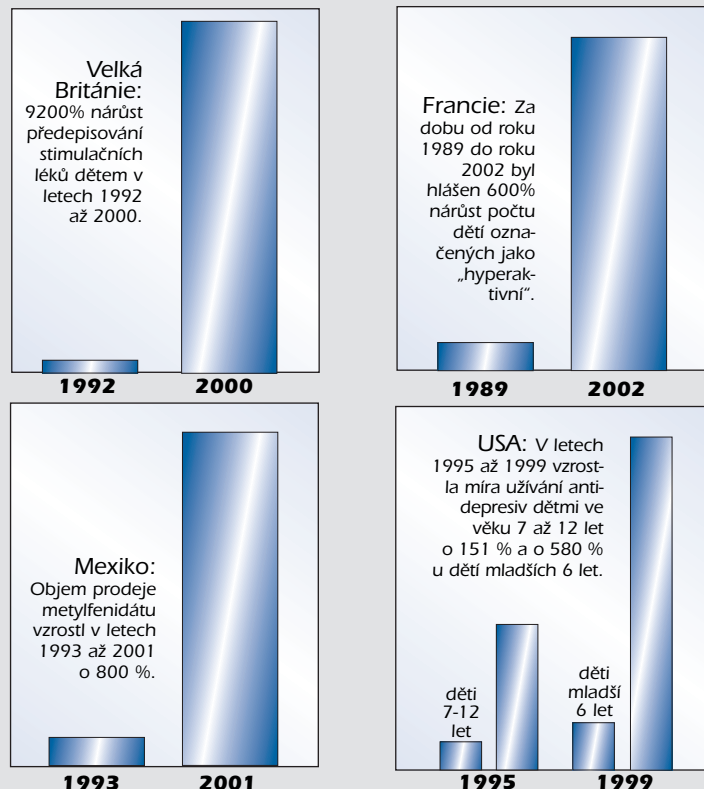


„Pokud neexistuje platný test na ADHD, žádné údaje prokazující, že ADHD je mozková dysfunkce, a pokud léky nezlepšují výkon dětí ve škole ani sociální dovednosti a jejich užívání může vést k užívání nelegálních drog, proč se milionům dětí... dává nálepka ADHD a předepisují tyto léky?“

– dr. Mary Ann Blocková, autorka knihy *Už žádný ADHD*

Prudký nárůst objemu prodeje a používání léků

USA spotřebovává 85 % celosvětové produkce metylfenidátu (Ritalinu), ovšem v roce 2002 zjistilo Parlamentní shromáždění Rady Evropy vysokou míru spotřeby metylfenidátu v Belgii, Německu, na Islandu, v Lucembursku, Nizozemí, Švýcarsku a ve Velké Británii. Statistiky ukazují na prudký nárůst míry používání léků:



Střevní potíže diagnostikované jako ADHD

Austina Harrise přivítali s velkou slávou jako „učebnicový příklad dítěte se syndromem hyperaktivity a snížené pozornosti“. Bylo to dítě, se kterým nikdo nechtěl mít nic společného, během tří let ho vyhodili z jedenácti školek, protože dělal všechno možné, sprostě pokřikoval, bil ostatní děti a dokonce štolouchl učitele tužkou do oka. Byla mu nasazena léčba stimulancií.

Když však šel Austin do nemocnice na odstranění blokády tračníku, stalo se něco neočekávaného. Dítě, se kterým nikdo nechtěl strávit ani minutu, zničehonic přestalo terorizovat učitele a spolužáky. Austin, kterému je nyní 10 let, byl schopen v klidu sedět a dělat všem jen radost. Přestal brát léky.

Podle předních pediatrických gastroenterologů není spojení mezi chováním a chronickou zácpou u dětí neobvyklé. „Špatné chování mizí, jakmile dojde k odstranění blokády,“ prohlásil doktor Paul Hyman, vedoucí dětské gastroenterologie na lékařské fakultě Kansaské univerzity v Kansas City. Hyman řekl, že odmítavé chování může být způsobeno strachem a bolestí, jichž si dítě ani nemusí být vědomo.³³



V roce 2003 varoval britský úřad pro kontrolu léčiv lékaře, aby nepředepisovali SSRI osobám mladším 18 let kvůli riziku sebevraždy. 22. března 2004 uvedl americký úřad pro kontrolu potravin a léků (Food and Drug Administration – FDA) ve svém doporučení pro lékaře: „Úzkost, rozrušení, záchvaty paniky, nespavost, podrážděnost, hostilita [sklon k nepřátelství a agresivitě], impulzivnost, akatizie [závažný neklid], hypomanie a mánie byly hlášeny u dospělých a pediatrických pacientů léčených antidepresivy [SSRI]... jak psychiatrických, tak nepsychiatrických.“³¹

Poradní shromáždění FDA v září 2004 také doporučilo umístit na obaly SSRI zvláštní viditelné varování před možným rizikem sebevraždy. Tyto a vůbec všechny psychotropní léky by však měly být skutečně zakázány kvůli obecné nebezpečnosti a vysokému potenciálu fatálních následků.

Robert Whitaker, autor vědeckých publikací a knihy *Šlencem v Americe (Mad in America)*, říká: „Co tu máme po letech prudkého nárůstu používání psychotropních látek je krize duševního zdraví, epidemie duševních nemocí u dětí. Namísto abychom byli svědky lepšího duševního zdraví i při zvýšeném podávání léků, vidíme jeho zhoršování.“³²

„Jedna z nesmírně těžkých věcí, se kterou se musím vyrovnat,“ říká Lawrence Smith, „je to, že Matthew léky nikdy nechtěl. Kolik dalších čtrnáctiletých Matthewů Smithů bude ještě muset zemřít, než někdo učiní přítrž tomuto největšímu zdravotnickému podvodu všech dob?“

Ve skutečnosti to byl psychiatr, kdo Matthewovi předepsal smrtící léky, nikoli „zdravotnictví“. Nicméně přijetím psychiatrického systému diagnózy a léčby se také i samo všeobecné lékařství může vystavit riziku a kontroverzi, jak budou neúspěchy a nedostatky tohoto systému vycházet najevo.

Existuje však ještě jedno významné profesní riziko. Pokud všeobecná lékařská praxe a ostatní lékařské obory přijmou psychiatrický způsob myšlení nebo s ním dokonce splynou, mohou být v očích veřejnosti spojovány nejen se špatnou pověstí průmyslu péče o duševní zdraví, ale i s velkou částí pochybné psychiatrické historie. Ta stojí za bližší pohled.

VAROVÁNÍ PŘED ZANEDBÁVÁNÍM PÉČE

Porušování práva na informovaný souhlas

dr. Fred A. Baughman jr.

Dr. Baughman je diplomovaný neurolog, dětský neurolog a člen Americké neurologické akademie (American Academy of Neurology). Objevil a popsal skutečné choroby, avšak nenašel žádné abnormality u dětí, o nichž se tvrdilo, že trpí ADD/ADHD a „poruchami učení“.

V osmdesátých a devadesátých letech jsem byl svědkem explozivní epidemie ADHD. Tak jako bylo mojí povinností vůči každému pacientovi diagnostikovat jeho skutečné onemocnění, když existovalo, stejně tak bylo mojí povinností vysvětlit mu, že žádnou nemocí netrpí, pokud tomu tak nebylo – to jest, když nebyla zjištěna žádná abnormalita. Dále bylo mojí povinností znát vědeckou literaturu zabývající se všemi skutečnými neurologickými chorobami, ale také i všemi neurologickými chorobami domnělými. V kontrastu s tím „biologická psychiatrie“ za 40 let dosud neprokázala, že jakýkoli psychiatrický stav či diagnóza je abnormalita nebo nemoc nebo něco „neurologického“, „biologického“, „chemicky nerovnovážného“, případně „genetického“.

Při neexistenci jakékoli abnormality u „ADHD dítěte“ není tato pseudolékařská nálepka ničím jiným



Apeluji na všechny lékaře: „Žádná prokazatelná fyzická nebo chemická abnormalita – žádná nemoc!“

než stigmatem a neodůvodněná farmakoléčba, která vždy následuje, je fyzickým útokem na pacienta. „Léky“, které se běžně předepisují na ADHD a „poruchy učení“, jsou nebezpečné a návykové látky podobné amfetaminům.

Níže uvedené děti už nejsou hyperaktivní nebo nepozorné – jsou mrtvé. V letech 1994 až 2001 jsem byl požádán o konzultaci, lékařskou či

právní, oficiální či neoficiální v následujících případech, které skončily smrtí:

■ Stephanie, 11 let, byla jí předepsána stimulancia, zemřela na srdeční arytmií.

■ Matthew, 13 let, byla mu předepsána stimulancia, zemřel na kardiomyopatii [nemoc srdečního svalu].

■ Macauley, 7 let, byla mu předepsána stimulancia a tři další psychiatrické léky, došlo u něj k srdeční zástavě.

■ Travis, 13 let, byla mu předepsána stimulancia, trpěl kardiomyopatií.

■ Randy, 9 let, předepsána stimulancia a několik dalších léků, zemřel na zástavu srdce.

■ Cameron, 12 let, předepsána stimulancia, zemřel na hyper-eozinofilní syndrom [nadměrný

nárůst počtu bílých krvinek eozinofilů].

To je vysoká cena za „léčbu“ neexistující „nemoci“. Když psychiatr, aniž by to měl vědecky podložené, nazývá ADHD abnormalitou nebo nemocí, vědomě lže a porušuje právo pacienta a rodičů na informovaný souhlas. To je *de facto* zanedbání povinné péče.

Apeluji na všechny lékaře: „Žádná prokazatelná fyzická nebo chemická abnormalita – žádná nemoc!“

DŮLEŽITÁ FAKTA

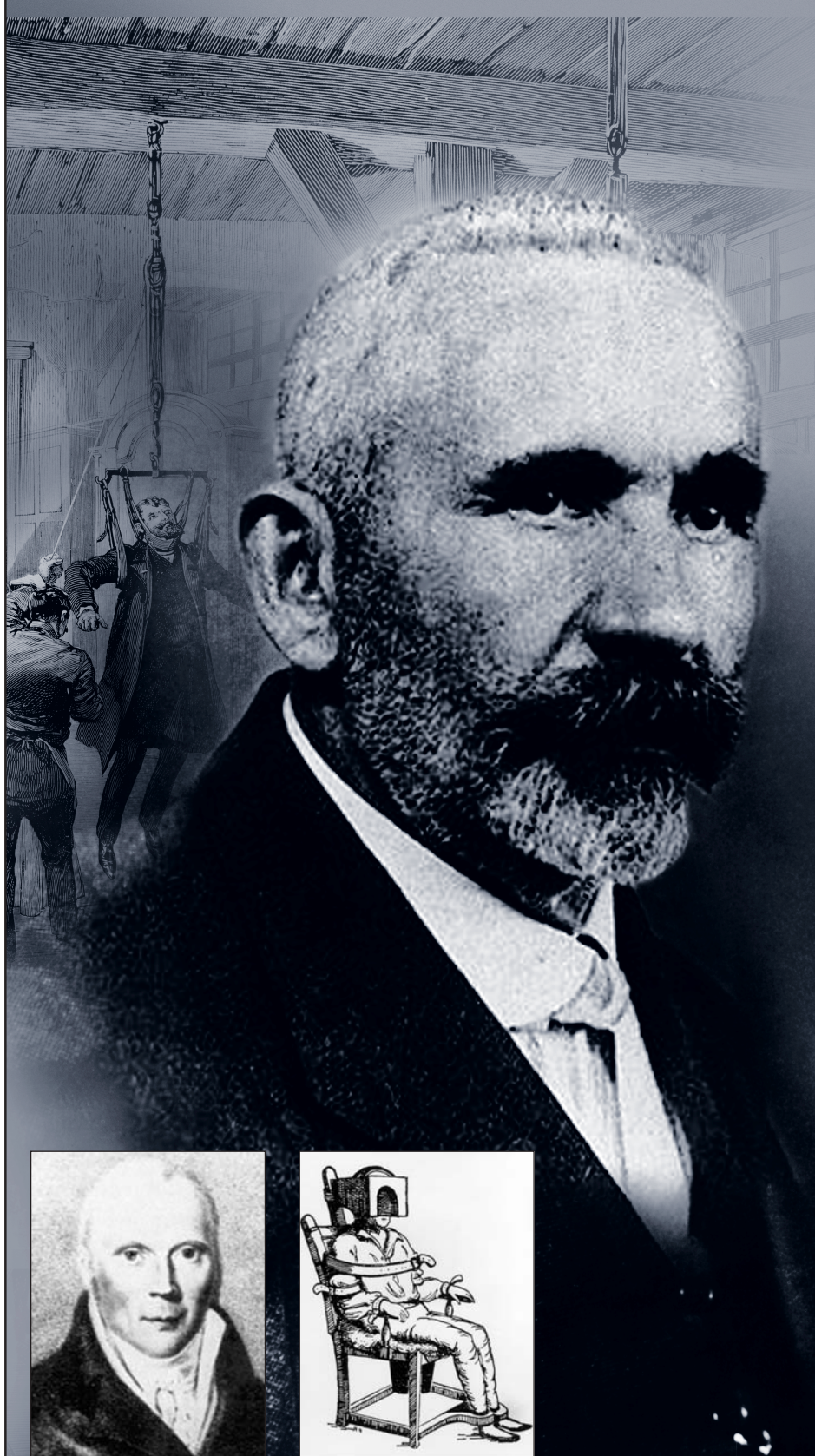
1 Zatímco medicína na cestě vědy pokročila k významným objevům, psychiatrie se nikdy vědecky nevyvíjela a není o nic blíže pochopení nebo vyléčení duševních problémů.

2 Ve 30. a 40. letech se psychiatrie pokusila napodobit medicínu pomocí tělesného „lечения“ jako např. inzulinový šok, psychochirurgie a elektrošoková léčba. Tato „lечения“ vyprodukovala brutální výsledky a nikdy nevyléčila.

3 V 50. a 60. letech psychiatrie parodovala medicínu psychoaktivními léky, které pouze potlačují symptomy, a pomocí své pseudovědecké diagnostické soustavy, *DSM*.

4 V roce 1989 radila Americká psychiatrická asociace svým členům, aby o sobě dávali „více vědět mezi nepsihiatrickými lékaři“ prostřednictvím používání *DSM*, aby „zvýšili své zisky díky většímu počtu pacientů, kteří jim tak budou doporučení“.³⁴

5 V roce 1998 vydala Světová psychiatrická asociace (World Psychiatric Association – WPA) materiál s názvem „Duševní poruchy v základní péči“ s cílem přimět lékaře z oblasti základní péče diagnostikovat duševní nemoci.³⁵



Od roku 1808, kdy Johann Reil (vlevo) vymyslel slovo „psychiatrie“ do začátku 20. století, kdy Emil Kraepelin (nahore) definoval psychiatra jako „absolutního vládce, který... bude schopen nelitostně zasáhnout do životních podmínek lidí“, až do moderní doby, se psychiatři marně pokoušeli vyrovnat medicíně. Po staletích potlačování symptomů pomocí bolesti a síly (např. pomocí „uklidňujících židle“ – vpravo) ještě stále nedefinovali šílenství, natož aby zjistili jeho příčiny nebo jak jej vyléčit.



KAPITOLA DVĚ

Psychiatrie versus medicína

Nejlepší způsob, jak pochopit dnešní psychiatrii, je porozumět psychiatrii včerejška.

Na rozdíl od lékařství jako takového, jehož historie sahá přinejmenším do antického Řecka, je psychiatrie pouhé batole. Profesor Edward Shorter, autor knihy *Dějiny psychiatrie (A History of Psychiatry)*, říká: „Až do konce 18. století něco takového jako psychiatrie neexistovalo.“³⁶ Lékaři Franz G. Alexander a Sheldon T. Selesnick líčí, že v 18. a 19. století nespádali duševně nemocní do rámce tělesných léčebných metod.³⁷

V roce 1676 vydal Ludvík XIII dekret, na jehož základě byly po celé Francii zakládány *hospitaux generaux* (všeobecné nemocnice), v nichž měli být umístěni „zhýralci, rozmařilí otcové, marnotratní synové, rouhači, lidé, kteří „se chtějí zničit, [a] prostopášníci“. Tento dekret stál na počátku „velkého věznění duševně nemocných“.³⁸

Z blázinců pochází kvalifikace ústavního dozorce, který je přímým předchůdcem ústavního psychiatra. Slangový výraz pro „psychiatrickou léčebnu“ – *hadí jáma* – pochází z těchto raných časů věznění, kdy byli šílenci vhazováni do jam plných hadů, aby se šokem přivedli zpátky k rozumu.

Degradování do pozice práce v blázinci tito první „psychiatři“ neustále tvrdili, „že mají

právoplatný nárok na statut lékařského cechu, neboť terapeutické provozování ústavu je umění nebo věda stejně komplikovaná jako chemie či anatomie“.³⁹ Psychiatrie se tohoto tvrzení vytrvale držela po 100 let, navzdory pádným důkazům o pravém opaku.

Přestože byla psychiatrie tolerována jako „potřebná“, lékařská věda k ní přistupovala s nedůvěrou a postarala se o to, aby byla „udržována na okrajové pozici“.

V roce 1858 vydal Rudolf Virchow knihu

Celulární patologie (Die Cellularpathologie), která signalizovala zrod moderní medicíny jako profese založené na empirické vědě. Studium patologie coby fenomenologie nemoci spolu se studiem bakteriologie jako etiologie [příčiny] infekčních nemocí usadilo medicínu

jako studium tělesných chorob na pevné základy moderní vědy.⁴⁰

Zatímco medicína rychle putovala po svém jistém, vědecky podloženém chodníku směrem k důležitým objevům, psychiatři si vytvořili své vlastní představy nezávislé na vědeckém modelu.

V roce 1803 Johann Reil, který později vymyslel slovo „psychiatrie“ (znamenající léčení duše), napsal o prvních ústavních opatrovatelích, že „okamžitě vykročili, aby zlepšili úděl duševně chorých“. Mluvil o nich jako o „odvážných mužích“, kteří se odvážili přijmout zodpovědnost

„Měli bychom mít na paměti
lékařské umění a dbát slov
muže, jenž napsal
[Hippokratovu] přísahu...“

– dr. John Dorman, lékař,
Stanfordská univerzita, *Časopis
amerického univerzitního lékařství*, 1995

Rané brutální metody

Od počátků psychiatrie jsou její metody brutálně invazivní, k fyzickému a mentálnímu podrobení již narušených osob bylo různým způsobem používáno síly. Již v 18. století trvali lidé odpovědní za bláznovství na tom, že jejich barbarské praktiky jsou jedinou „funkční metodou“.

Tyto metody však nikdy neléčily, vedly jen k omezení a podmanění duševně nemocných.

1) Historicky mezi psychiatrickou léčbu patřilo bičování, poutání pacientů řetězy ke zdi nebo jejich omezování v „nástěnné kamizole“ nebo sřerací kazajce (vpravo).

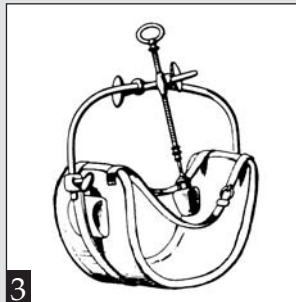


1



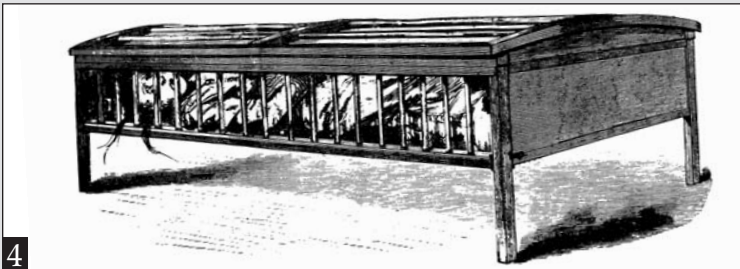
2

2) Mezi další metody patřilo překoapování pacientů náhlým vhozením do studené vody, kde se po nějakou dobu nechávali, zatímco se jim na hlavu lila voda s cílem dosáhnout strachu a „osvěžujícího“ účinku (vlevo).



3

3) Lidé byli vyděšeni a stávali se poddajnými díky „vaječnickovému kompresoru“, který se dával hysterickým ženám (vpravo), nebo 4) zamykání lidí do různých pomůcek jako je toto klecové lůžko (dole).



4

za onu „gigantickou myšlenku“ na „očištění povrchu zemského od jedné z nejzloubnějších morových ran“.⁴¹ Tedy jinými slovy průkopníci psychiatrie věřili, že mohou vymýtit šílenství.⁴²

Reil byl první, kdo označil „psychické metody léčení“ za součást lékařských a chirurgických postupů. Jeho „duševní léčba“, to byly masáže, bičování, mrskáni a podávání opia. Dr. John G. Howells v knize *Světové dějiny psychiatrie* (*World History of Psychiatry*) píše, že Reilova doporučení těchto „metod pro vyléčení duševních chorob“ znamenala „významný příspěvek k zavedení psychiatrie jako lékařské specializace“.⁴³ Ve čtyřicátých letech 19. století doktor Thomas S. Kirkbrade, ředitel Pensylvánské nemocnice pro duševně choré oznámil, že „nedávné případy šílenství jsou obecně velmi dobře vyléčitelné...“.⁴⁴

Do takových „případů vyléčení“ patřilo i „tzv. Darwinovo křeslo“, na němž se „duševně chorý otáčel tak dlouho, dokud mu z úst, nosu a uší nevytékala krev. Používalo se také léčení pomocí kastrace a hladovění.“⁴⁵

Roku 1918 definoval průkopník psychiatrie Emil Kraepelin psychiatra jako „absolutního vládce, který, veden našimi dnešními poznatky, bude schopen nelítostně zasáhnout do životních podmínek lidí a zcela určitě v několika desítkách let dosáhne odpovídajícího poklesu rozšíření šílenství“.⁴⁶ V době, kdy zuřila první světová válka, založil Kraepelin v Německu výzkumné psychiatrické středisko „za účelem určení povahy duševních nemocí a nalezení technik na jejich prevenci, zmírnění a léčbu“. Prohlásil, že již bylo dosaženo vítězství, „která nám umožní zvítězit nad nejstrašnějším neštěstím, jež může sužovat člověka“.⁴⁷

Téměř o století později americký vědec Shepherd Ivory Franz napsal: „Nemáme žádná fakta, která by nám v současnosti umožňovala lokalizovat duševní procesy v mozku lépe než před 50 lety.“⁴⁸ A tak po stu letech byla skutečnost taková, že psychiatrie přes sebevědomé vychloubání nebyla o nic blíže k porozumění či schopnosti léčit šílenství nebo duševní potíže.



1

HISTORIE NEBEZPEČNÝCH LÉČEBNÝCH POSTUPŮ

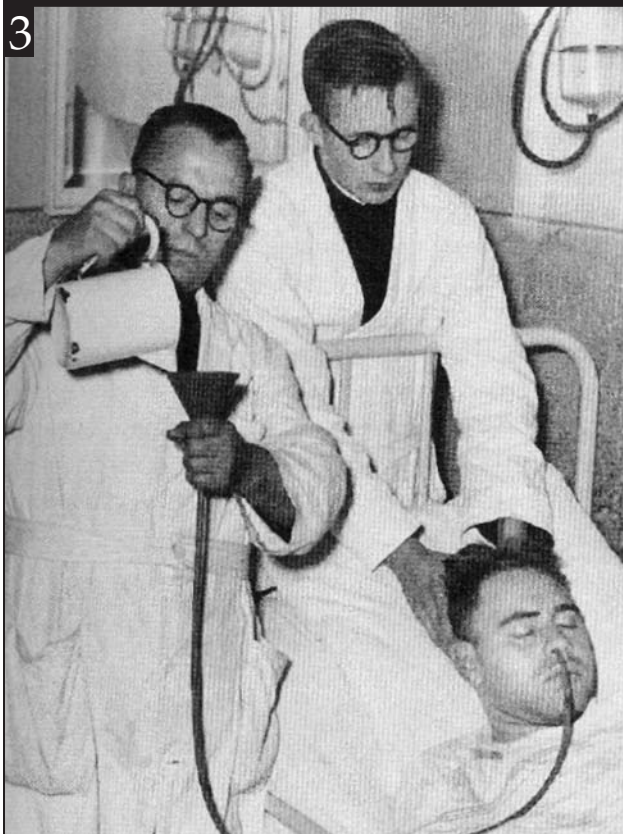
O psychiatrických praktikách, které vyřezávají zdravou mozkovou tkáň, způsobují nevratné poškození mozku a ničí základní sociální dovednosti se tvrdí, že „fungují“. Patří mezi ně 1) psychochirurgie (nahore), 2) elektrošoky (vpravo), 3) inzulinové šoky (dole) a 4) cardiazolové (metrazolové) šoky (vpravo dole).

V dnešní době došlo jen k malým změnám. „Moderní“ léčebné postupy psychiatrů nadále představují pošlapávání lidských práv, psychiatři přesto tvrdí, že jejich metody jsou špičkové. Protože nerozumí příčinám duševního traumatu a ani nedosahují jeho vyléčení, běžně pacienty, kteří mají problémy, poškozují.

2



3



4



Ve 30. a 40. letech došlo k posunu směrem k tělesným „léčebným postupům“. PhDr. Elliot S. Valenstein k tomu podotkl: „Tělesná léčba také psychiatrům pomohla získat v oblasti medicíny respektovanou pozici a umožnila jim úspěšněji konkurovat neurologům, kteří často léčili pacienty s takzvanými „nervovými poruchami“.⁴⁹ V desetiletí mezi roky 1928 a 1938 psychiatrie zavedla takové hrůzy jako jsou metrazolové šoky, inzulinové šoky, elektrošoky a psychochirurgie. Navzdory těmto „vědeckým objevům“ však většina ostatních lékařů stále měla konkrétně o psychiatrech obzvlášť nevalné mínění.⁵⁰

V 50. a 60. letech se začaly zavádět psychotropní léky, které měly zmírnit symptomy „duševních nemocí“ a ulehčit tak práci těm, kdo

Dnes již psychiatrie díky rozsáhlému marketingu svých diagnóz a léků nebojuje o to, aby se vyrovnala medicíně a získala její uznání a přijetí. Stala se její nedílnou součástí.



zodpovídali za péči o pacienty. Ve stejné době zavedla psychiatrie diagnostický systém pro duševní poruchy. Profesor Shorter tuto dobu nazývá obdobím „druhé biologické psychiatrie“. Panovala domněnka, že duševní nemoci jsou způsobeny „genetikou a vývojem mozku“ a že léčba je možná pomocí psychoaktivních látek a neformální psychoterapie.

V následujících 30 letech se psychoaktivní látky rychle staly hlavní oporou psychiatrických léčebných postupů a psychiatrický průmysl – plně vybavený vlastními léky a vlastním diagnostickým systémem –

byl připraven k expanzi. V roce 1989 se v materiálech Americké psychiatrické asociace sdělovalo členům: „Zvýšení popularity psychiatrie u lékařů jiných odborností udělá jediné dobře. A pro ty z vás, kteří jsou praktičtější zaměřeni – úsilí, jež věnujete na

Nejmodernější psychiatrické léky se propagují jako všelék na všechny druhy duševních poruch mladých i starých lidí, ačkoli jsou podle časopisu *Annals of Pharmacology* spojeny s rozvojem akatizie, záchvaty, sexuální dysfunkcí, koktáním, tiky, ztrátou sluchu, manickými příhodami, paranoidními reakcemi a intenzivní tvorbou sebevražedných představ.



vybudování této popularity, má potenciál přinést ovoce v podobě většího počtu doporučených pacientů.⁵¹

V roce 1998 vyvinuli psychiatři koordinované úsilí – především prostřednictvím Mezinárodního neuro-psychofarmakologického kolegia (Collegium Internationale Neuro-psychofarmacologicum – CINP), Národních institutů duševního zdraví (National Institutes of Mental Health – NIMH) a Světové psychiatrické asociace (World Psychiatric Association – WPA), aby získali podporu lékařů. Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala materiál nazvaný „Duševní poruchy v základní péči“ (Mental Disorders in Primary Care), který se celosvětově distribuoval, aby praktickým lékařům ulehčil diagnostikování duševních nemocí.⁵²

Materiál založený na DSM-IV a MKN-10 byl v první řadě koncipován tak, aby do systému péče o duševní zdraví přivedl větší „byznys“. Čeho se psy-

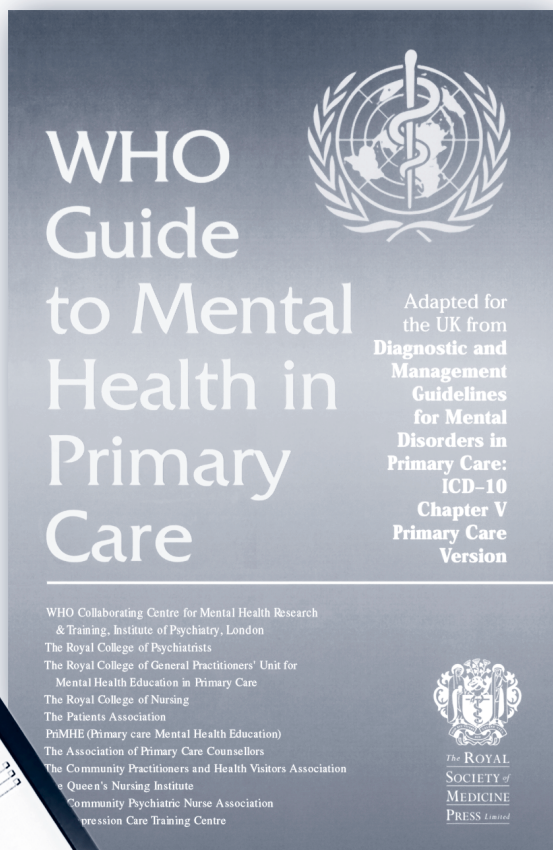
chiatrii tradičně nedostávalo po vědecké stránce, bylo zcela zjevně nahrazeno marketingem.

Do tohoto marketingu patří bezbožné spojení s farmaceutickým průmyslem. Pat Bracken a Phil Thomas, psychiatři – konzultanti a vedoucí výzkumní pracovníci na Bradfordské univerzitě ve Velké Británii uvádějí: „Psychiatrie je hlavní oblastí růstu pro farmaceutický průmysl. Ovlivňováním způsobu, jakým psychiatři koncipují problémy duševního zdraví, tento průmysl rozvinul nový (a lukrativní) trh pro své výrobky.“⁵³

Carl Elliot, bioetik z Minnesotské univerzity,

BUDOVÁNÍ ‚BYZNYSU‘

V roce 1998 psychiatrie pronikla do domény lékařů, když Světová zdravotnická organizace vydala materiál s názvem „Duševní poruchy v základní péči“ uzpůsobený tak, aby lékařům pomohl a přiměl je používat psychiatrické behaviorální kontrolní seznamy pro diagnostikování duševních poruch. Absence vědecké hodnoty v psychiatrii byla kompenzována marketingem „tvdého prodeje“.



Předpřipravený výčet symptomů umožňuje diagnostikovat podle kontrolního seznamu s předurčeným léčebným plánem a odesláním pacientů k psychiatrovi.

říká: „Způsob, jak prodat léky, je prodat psychiatrickou nemoc.“⁵⁴

Po zvládnutém prodeji duševních nemocí oblasti základní péče následoval prodej psychiatrických léků. Dr. Joseph Glenmullen píše: „Když se pak věci dají do pohybu, užívání léků se šíří za hranice psychiatrie a předepisují je všeobecní lékaři na léčbu běžných každodenních potíží.“⁵⁵

Dnes již psychiatrie díky rozsáhlému marketingu svých diagnóz a léků nebojuje o to, aby získala od medicíny uznání a přijetí. Stala se její nedílnou součástí.

DŮLEŽITÁ FAKTA

1 Kapitola duševních poruch *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)* a *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM)* byly zaměřeny na odstranění špatné reputace psychiatrie mezi lékařskými profesionály.

2 *DSM* se věnuje pouze kategorizaci symptomů, nikoli *nemocí*. Žádná z jeho diagnóz není podepřena objektivním důkazem o tělesném onemocnění nebo duševní *nemoci*.

3 PhDr. Elliot Valenstein říká: „Nemáme k dispozici žádné testy, které by stanovily chemický stav mozku živého člověka.“⁵⁶

4 Po zavedení neuroleptických léků v 50. letech explodoval počet duševních poruch ze 163 v *DSM-II* (1968) na 374 v *DSM-IV* (1994).

5 V roce 2000 dosahoval roční objem prodeje antipsychotických léků v USA více než 4 miliardy USD. Do roku 2003 dosáhl roční objem prodeje 8,1 miliardy USD.⁵⁷



Na rozdíl od lékařské praxe v psychiatrické profesi neexistují žádné testy, které by potvrdily jakoukoli z duševních poruch jako „chorobu“. Existence řady poruch je bez vědeckého základu nebo důkazu doslova odhlasována.



KAPITOLA TŘI

Parodie na lékařství a vědu

Zatímco publikování Virchowovy *Cellulární patologie* v roce 1858 postavilo lékařství na pevné vědecké základy, psychiatrie stále tápala mezi brutálními léčebnými kúrami a nedostatkem jakéhokoli systematického přístupu k duševnímu zdraví až do 50. let dvacátého století. Neexistence rovnocenného diagnostického systému pro duševní potíže zásadně přispěla ke špatné reputaci psychiatrie celkově v očích odborníků i veřejnosti.

Příprava šestého vydání *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)*, vydaného WHO v roce 1948, kam byly poprvé začleněny psychiatrické poruchy a vydání *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM)* ve Spojených státech v roce 1952 byly první pokusy o vytvoření zdání systematické diagnózy.

Později pod vlivem vlny kritiky, která nastala kvůli rozporům a nepřesnostem v *DSM-II*, se psychiatrie snažila vytvořit „nový a vylepšený“ diagnostický systém, který by poskytl odsouhlasený mezinárodní základ pro celou profesi.

Podle Davida Healyho, psychiatra a ředitele katedry psychologické medicíny Waleské univerzity v Severním Walesu byl výsledkem *DSM-III*, který považuje za „revoluci od zasedacího stolu“.⁵⁹

Politicky byl odhlasován systém klasifikace zásadně odlišný a cizí všemu, co lékařská věda

dosud poznala. Mezi řadou dalších rozdílů vyčnívala skutečnost, že nový *DSM* byl zaměřen pouze na diagnózu a kategorizaci symptomů a nikoli na nemoc. Dalším rysem bylo, že žádná z diagnóz nebyla podložena objektivním důkazem fyzické choroby nebo duševní nemoci.

Psychiatr David Kaiser prohlašuje: „Symptomy jsou definovány jako vnější projevy hlubšího procesu. To je zcela zřejmé. Ze strany moderní (tj. biologické) psychiatrie však bylo vyvíjeno značné

a do velké míry nepřiznané úsilí ztotožnit symptomy s duševními nemocemi.“ Říká, že by byl „špatným psychiatrem“, kdyby měl jako jediný nástroj na léčení bloček na předepisování léků, které mohou „zmírnit symptomy“, ale které „neléčí duševní one-

mocnění jako takové“. A že je stále odkázán „sedět naproti nešťastnému pacientovi, který si chce popovídat o svém trápení“.⁶⁰

Ve své knize *Dělají z nás blázny*, vydané roku 1997, profesori Herb Kutchins a Stuart A. Kirk píší, že proces přeměny psychiatrického diagnostického manuálu je „příběhem boje Americké psychiatrické asociace o získání respektu v rámci lékařské vědy a o udržení dominantní pozice mezi množstvím odborníků v oblasti péče o duševní zdraví“.⁶¹

Dr. Thomas Dorman, internista, člen Královské lékařské univerzity Velké Británie

„Hořkou medicínou‘ je to, že *DSM* se ‚neúspěšně‘ pokusil medikalizovat příliš mnoho lidských potíží.“⁵⁸

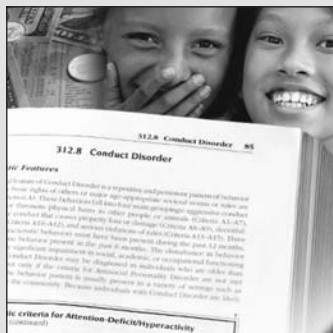
– Profesor Herb Kutchins a profesor Stuart A. Kirk, *Dělají z nás blázny*, 1997

Prodej psychiatrické „nemoci“

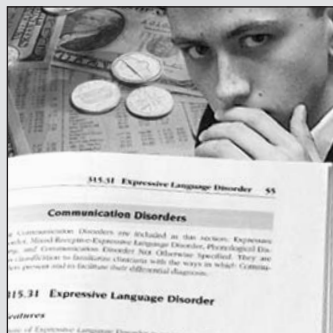
Od prvního Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob (DSM), který obsahoval 112 duševních poruch, až k poslednímu vydání, které dnes obsahuje takových poruch 374, jsou kritéria používaná pro psychiatrickou diagnózu parodií na vědě se zakládajících nemocí. Psychiatři je používají k okrádání nemocnic, státu a pojišťoven, což kazí jméno medicíny. Do seznamu, za který lze vystavovat účty, patří:



S kofeinem spojená porucha DSM str. 212



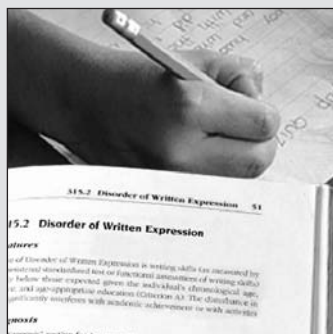
Porucha chování DSM str. 85



Porucha expresivního vyjadřování – DSM str. 55



Matematická porucha DSM str. 50



Porucha písemného projevu DSM str. 51

(Royal College of Physicians of the United Kingdom) a člen Kanadské královské lékařské univerzity (Royal College of Physicians of Canada), o tom napsal: „Stručně řečeno celý postup vytváření psychiatrických kategorií ‚nemocí‘, jejich formulace na základě konsenzu a následné přisuzování diagnostických kódů, které potom slouží jako prostředek vyúčtování práce lékaře, není ničím jiným než zvětšováním podvodu, který psychiatrii poskytuje pseudovědeckou auru. Pachtelé se samozřejmě přizívají na úkor veřejnosti.“⁶²

Psychiatr Matthew Dumont také napsal o falešných nárocích DSM na vědeckou vážnost a spolehlivost: „Skromnost a arogance se v této próze nedají téměř rozlišit... Říkají, že: ‚...i když tento manuál poskytuje klasifikaci duševních poruch... žádná definice adekvátně nespecifikuje přesné hranice tohoto pojmu...‘ [Americká psychiatrická asociace, 1987]... Pak pokračují: ‚...neexistuje předpoklad, že každá z duševních poruch je samostatnou entitou s ostrými hranicemi mezi ní a ostatními duševními poruchami nebo mezi ní a žádnou duševní poruchou‘ [APA, 1987].“⁶³

Shorter o tom mluví následovně: „Co je příčinou například takové erotomanie, klamné představy, že vás někdo jiný miluje? To nikdo neví... Tyto úvahy naznačují, že při provádění klasifikace se psychiatrie může velmi snadno dostat na scestí.“⁶⁴

Biopsychiatrické mýty

Ve snaze o získání státní podpory pro výzkum prohlásil Steven Miran, odborný ředitel APA, při slyšení před komisí Kongresu Spojených států v roce 2000, že „vědecké výzkumy v posledních dvaceti letech ukázaly, že závažné duševní nemoci a závislostní poruchy jsou... nemoci mozku se silným genetickým a biologickým základem“.⁶⁵

Naproti tomu Healy sděluje: „V lékařské komunitě narůstají obavy, že rozvoj v oblasti věd o nervové soustavě nejenže nepřináší žádné

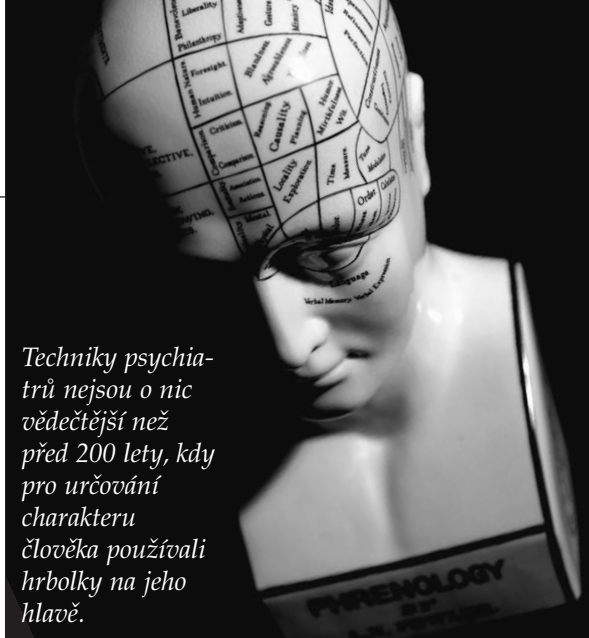
poznatky o podstatě psychiatrických poruch, ale ve skutečnosti odklání pozornost od klinického výzkumu... v oblasti věd o nervové soustavě došlo k neobyčejnému pokroku, nicméně v porozumění depresi jsme pokročili jen o málo, pokud vůbec.“⁶⁶

Glenmullen z Harvardu referuje, že při „neexistenci ověřitelných nemocí“ se psychofarmakologie „nerozpakovala vytvořit ‚modely nemocí‘ pro potřeby psychiatrických diagnóz. Tyto modely jsou hypotetické dohady o *možných* fyziologických příčinách – například o nerovnováze serotoninu.“⁶⁷

Protlačování psychiatrického obalu

V červnu 2000 vyšel v kanadském časopisu *Globe and Mail* v Torontu článek s titulkem „Rozdíl mezi psychiatrií a rodinným lékařstvím mizí“, v němž se psalo, že „psychiatrii nepřilíš důvěřují neobeznámenosti, kterou praktičtí lékaři často vykazují v souvislosti s problematikou duševního zdraví“. Článek citoval Glenna

Techniky psychiatrů nejsou o nic vědecktější než před 200 lety, kdy pro určování charakteru člověka používali hrbolky na jeho hlavě.



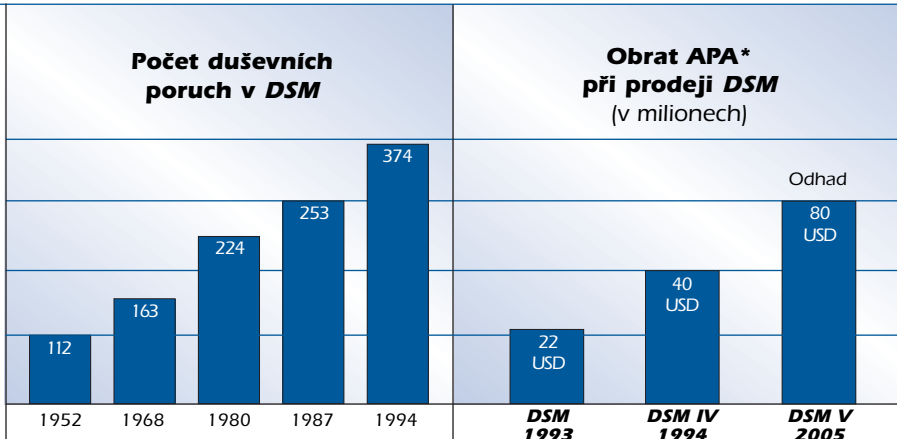
Thompsona, výkonného ředitele ontarijské sekce Kanadské asociace pro duševní zdraví, který prohlásil, že není nic špatného na tom, že lékaři z oblasti základní péče jsou „pro pacienta první vhodnou zastávkou“ za předpokladu, že lékař je v kontaktu s psychiatrem.

„Duševní problémy“, na které se článek odkazuje, jsou samozřejmě popsány v *DSM*. Tento vykonstruovaný diagnostický systém a nevyhnutelné předepsání psychoaktivního léku je jedinou „odborností“, kterou psychiatrie může nabídnout.

Přijetí psychiatrického způsobu uvažování a praxe v nepсихiatrickém lékařství může být drazé zapláceno. J. Allan Hobson a Jonathan A. Leonard, autoři knihy *Smyslů zbavená: Psychiatrie v krizi, volání po reformě* (*Out of Its Mind: Psychiatry in Crisis, A Call for Reform*), říkají: „...autoritativní pozice *DSM-IV* a jeho podrobný charakter má tendenci vyvolávat dojem přijatelnosti mechanické diagnózy a plošného předepisování léků.“⁶⁸

PRŮMYSL S OBROVSKÝM NÁRŮSTEM

Pravděpodobně nejlukrativnějším výdobytkem psychiatrie je její Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) vydávaný Americkou psychiatrickou asociací (APA). Pomocí vynalézání stále většího počtu duševních chorob s cílem jejich zařazení do DSM a iniciování expanzivních kampaní pro zvýšení průniku na trhu nashromáždili psychiatři milióny jen prodejem DSM a ještě více ze státních dotací – bez jakéhokoli měřitelného prospěchu pro společnost.



*APA: Americká psychiatrická asociace, vydavatel *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM)*.

PSYCHIATRICKÝ PODVOD

Záměrná diagnóza

profesor Thomas Szasz

*Dr. Thomas Szasz,
emeritní profesor psy-
chiatrie Centra zdravotní
vědy Státní univerzity
v New Yorku (State
University of New York
Health Science Center)
a autor více než 30 knih.*

Časopis *Parade* na základě průzkumu zdraví populace došel k závěru, že deprese je „třetí nejběžnější „nemocí““. Když se však respondentů dotazovali „Jakého zdravotního problému se osobně nejvíce obáváte?“, deprese vůbec nezmiňovali. Obávali se rakoviny a srdečních chorob.

Přestože lidé akceptovali zařazení deprese mezi nemoci, nebojí se jí, neboť intuitivně vědí, že je to osobní problém a nikoli nemoc. Bojí se rakoviny a srdečních chorob, neboť vědí, že to jsou nemoci – skutečné zdravotní problémy – a ne jenom jména.

Allen J. Frances, profesor psychiatrie na lékařské fakultě Dukeovy univerzity (Duke Univer-

sity Medical Center) a předseda zvláštní pracovní skupiny pro *DSM-IV*, píše: „*DSM-IV* je příručka o duševních poruchách, ale vůbec není jasné, co to duševní porucha je... Těžko by pro popis stavů klasifikovaných v *DSM-IV* existoval méně vhodný termín než duševní porucha.“ Proč tedy APA tento termín stále používá?

Hlavním účelem a cílem všech variant *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



„Na rozdíl 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, potom by příslušný stav přestal být duševní nemocí a namísto toho by byl překlasifikován jako symptom tělesného onemocnění.“

– dr. Thomas Szasz,
emeritní profesor psychiatrie, 2002

hráček vášně stejný status jako má infarkt myokardu (odumření části srdečního svalu, způsobené krevní sraženinou v srdeční tepně). V podstatě tak APA tvrdí, že sázení je cosi, co pacient nemůže ovládat, a že v obecné rovině jsou psychiatrické „symptomy“ a „poruchy“ mimo pacientovu kontrolu. Já toto tvrzení odmítám jako vyložené falešné.

Zdánlivá platnost *DSM* je podpořena tvrzeními psychiatrie, že duševní nemoci jsou onemocnění mozku – tato domněnka je údajně založena na nedávných objevech v oblasti zkoumání nervové soustavy, jež byly umožněny zobrazovacími technikami diagnózy a farmakologickými prostředky léčby. To není pravda. Neexistuje žádný objektivní diagnostický test, který by dokázal potvrdit nebo vyvrátit diagnózu deprese. Ta může a musí být vypracována pouze na základě pacientova vzhledu a chování.

Na rozdíl 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, potom by příslušný stav přestal být duševní nemocí a namísto toho by byl překlasifikován jako symptom tělesného onemocnění.

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 psychiatři by s ní měli společného asi tolik jako s glioblastomem [zhoubným nádorem], Parkinsonovou chorobou a dalšími onemocněními mozku.

VINEN JE MOZEK

Podvod s chemickou nerovnováhou

*„Příchod psychotropních látek dal také vzniknout novému biologickému jazyku užívanému v psychiatrii. Míra, do jaké se tento jazyk stal součástí obecné kultury, je v mnoha ohledech překvapující... Tento úspěch však není bez nejasností. Lze dosti oprávněně položit otázku, zda tento biologický jazyk nepřináší více v rámci marketingových sloganů než z hlediska klinického významu.“*⁶⁹

— Dr. David Healy,
Éra antidepresiv, 1999.

Základním stavebním kamenem současného psychiatrického modelu nemoci je představa, podle níž je příčinou duševní nemoci chemická nerovnováha v mozku. Přes popularizaci masivním marketingem jde však jednoduše o fantazii psychiatrů. Stejně jako ostatní psychiatrické modely nemocí byl i tento koncept vědeckými pracovníky plně vyvrácen.

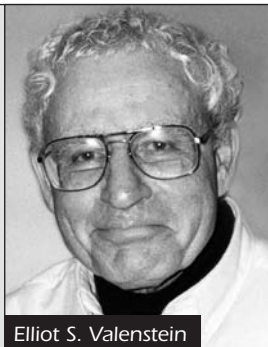
PhDr. Elliot Valenstein hovoří jednoznačně: „Nemáme k dispozici žádné testy, které by stanovily chemický stav mozku živého člověka.“⁷⁰ Stejně tak „nebyly nalezeny žádné biochemické, anatomické ani funkční příznaky, které spolehlivě odlišují mozky duševně nemocných pacientů“.⁷¹

Článek z května 2004, publikovaný v amerických novinách *The Mercury News*, uvedl: „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.“⁷²

Dr. Julian Whitaker, autor uznávané publikace *Zdraví a léčení* říká: „Když psychiatři dají dítěti nebo [dospělému] nálepku, dělají tak na základě symptomů. Psychiatři nemají žádné patologické diagnózy, nemají žádné laboratorní diagnózy, nejsou schopni předvést žádnou diferenciaci, která by podpořila diagnózu těchto

„Nemáme k dispozici žádné testy, které by stanovily chemický stav mozku živého člověka.“

– PhDr. Elliot Valenstein



Elliot S. Valenstein

PhDr. Ty Colbert říká: „Víme, že model chemické nerovnováhy u duševní nemoci nebyl nikdy vědecky prokázán. Také víme, že veškeré rozumné důkazy místo toho ukazují na mrzačící účinky psychiatrických léků. Navíc víme, že výzkum účinnosti a efektivnosti léků je nespolehlivý, protože zkoušky měří efektivnost založenou na *redukci symptomů*, nikoli na *vyléčení*.“⁷³

Podle Valensteina se „tyto teorie udržují nejen proto, že neexistuje nic jiného, co by je mohlo nahradit, ale také proto, že jsou užitečné při propagaci farmakolécby“.⁷⁴

psychiatrických „chorob“. Zatímco když máte srdeční záchvat, můžete najít poškození, když máte diabetes, hladina vašeho krevního cukru je velmi vysoká, když máte artritidu, ukáže se to na rentgenu. V psychiatrii jde jen o hádání z křišťálové koule a věštění, je to naprosto nevědecké.“

DŮLEŽITÁ FAKTA

1 Německý psychiatr Emil Kraepelin nejdříve definoval „schizofrenii“ jako *dementia praecox* na konci 19. století. Pojem „schizofrenie“ vymyslel v roce 1908 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler.

2 Později bylo objeveno, že Kraepelinovi schizofreničtí pacienti trpěli komplexním tělesným onemocněním nazvaným *encephalitis lethargica* [zánět mozku způsobující letargii], které způsobovalo duševní narušení.

3 *DSM-II* připouští, že „i kdyby to výbor [APA] zkusil, nemohl by dosáhnout shody v otázce, co tato porucha je. Výbor se jen dokázal shodnout na tom, jak ji nazvat.“⁷⁵

4 Léky předepisované na „schizofrenii“ vyvolávají násilnické manické chování jak během léčby, tak při vysazení.

5 Úspěšné programy ve Spojených státech a Itálii dokázaly, že „schizofrenie“ se dá vyřešit bez pomoci psychiatrických léků.





KAPITOLA ČTYŘI

Poškozování zranitelných

Zatímco psychiatrie díky úspěchu *DSM* a psychotropních léků proniká stále hlouběji do našeho každodenního života, většina lidí si stále myslí, že jejím hlavním úkolem je léčba pacientů s vážnými, životu nebezpečnými duševními poruchami.

V tomto případě psychiatrii pracují s „nemocí“, kterou koncem 19. století Kraepelin nazval *dementia praecox*, v roce 1908 ji 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 jména... 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.“⁷⁷

Robert Whitaker však zjistil, že pacienti, kterým Kraepelin dal diagnózu *dementia praecox*, trpěli komplexním tělesným onemocněním, *encephalitis lethargica* [zánět mozku způsobující nadměrnou netečnost nebo spavost]: „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.“⁷⁸

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 stu letech výzkumu, že schizofrenie existuje jako

reálná nemoc nebo tělesná abnormalita.

Neuroleptika či antipsychotika předepisovaná na tento stav poprvé vyvinuli Francouzi k „otupení nervového systému během chirurgických operací“. Psychiatrii velmi záhy zjistili, že neuroleptika vyvolávají symptomy Parkinsonovy choroby a *encephalitis lethargica*.⁷⁹

„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, díváte se, jak mohou svoji práci obhajovat... Tohle není věda.“⁷⁶

– PhDr. Ty C. Colbert,
Mohou za to geny, 2001



I když hollywoodský film Čistá duše zobrazuje držitele Nobelovy ceny dr. Johna Nashe jako člověka, který se zotavuje ze „schizofrenie“ za pomoci nejmodernějších psychiatrických léků, Nash tuto fikci vyvrací. Ve skutečnosti po 24 let psychiatrické léky neužíval a z rozrušeného stavu se zotavil přirozenou cestou.

Tardivní dyskineze (tardivní znamená „pozdní, zpožděná“ a dyskineze trvalé poškození volných pohybů rtů, jazyka, čelisti, prstů na horních a dolních končetinách i pohybů jiných částí těla) se objevila u 5 % pacientů do jednoho roku od zahájení léčby neuroleptiky.⁸⁰ Vědělo se rovněž 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.⁸¹

Články v lékařských časopisech ve snaze vylepšit negativní obraz na veřejnosti obvykle nadhodnocovaly přínos nových léků a zamlžovaly možná rizika. Whitaker říká, že v 50. letech se lékaři i široká veřejnost o nových léčích dozvídali jen upravené informace: „Toto formování názoru samozřejmě sehrálo klíčovou roli v přehodnocení neuroleptik na bezpečné antischizofrenické léky pro duševně nemocné.“

Výsledky nezávislých výzkumů však byly znepokojující. Světová zdravotnická organizace došla po osmileté studii k zjištění, že pacientům ve třech ekonomicky slabých zemích, které se ve svých zdravotních plánech nemohly spoléhat tak silně na léky – 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“. V kontrastu s tím se v bohatých zemích dařilo dobře pouze 18 % pacientů.⁸² Doplnující druhá studie užívající tatáž diagnostická kritéria došla ke stejnému závěru.⁸³ Neuroleptika byla viditelně zapletena do značně horšího výsledku v západních zemích.

APA však varování svým členům o potenciálních smrtelných účincích léků 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.



„Myšlenka projektu spočívala v tom, že ‚schizofrenie‘ může být často překonána pomocí smysluplných vztahů namísto léků a že taková léčba nakonec povede k nepochybně zdravějšímu životu.“

– dr. Loren Mosher, bývalý vedoucí Centra výzkumu schizofrenie amerického Národního institutu duševního zdraví

Náhrada škod u jednoho případu přesáhla 3 miliony dolarů“.

V 90. letech byly jako odpověď představeny nové „atypické“ [neobvyklé] léky na schizofrenii, které měly mít méně vedlejších účinků.⁸⁴ Jeden z těchto atypických léků však byl testován už v šedesátých 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 také agranulocytózu, což je ztráta bílých krvinek, při které dochází k ohrožení života.⁸⁵

V oskarovém snímku „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.

I když se na to v psychiatrii sponzorovaných knihách o historii zapomíná, je nezbytně nutné vědět, že celá řada soucitných a fungujících lékařských programů pro vážně narušené jedince se nespolehala a nespolehá na silnou farmakoléčbu.

Funkční léčba

Zesnulý dr. Loren Mosher byl vedoucím Centra výzkumu schizofrenie amerického Národního institutu duševního zdraví (U.S. National Institute of

Mental Health's Center for Studies of Schizophrenia) a později profesorem klinické psychiatrie na lékařské fakultě Kalifornské univerzity v San Diegu (School of Medicine, University of California, San Diego) a ředitelem společnosti Soteria Associates v kalifornském San Diegu. V roce 1971 otevřel Dům vykoupení (Soteria House), ve kterém 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 a že taková léčba nakonec povede k nepochybně zdravějšímu životu,“ uvedl.

Dr. Mosher dále řekl: „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 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 léky léčenými kontrolními subjekty z nemocnic nejlépe.“

Dr. Giorgio Antonucci léčil v ústavu Osservanza v italské Imole desítky takzvaných násilnických schizofrenních žen, z nichž většina byla připoutána

k lůžku (některé až 20 let). Používaly se svěrací kazajky a také umělohmotné masky, které pacientkám bránily v kousání. Dr. Antonucci začal ženy propouštět z jejich vězení a strávil mnoho hodin v rozhovorech s nimi, přičemž „pronikal do jejich blouznění a úzkostí“. U každé z nich naslouchal příběhům o letech zoufalství a utrpení v ústavní péči. Pod vedením dr. Antonucciho se upustilo od všech psychiatrických způsobů „léčení“ a některá z nejhorších oddělení byla zrušena. 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 číst, psát, 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.

Terapeuti z ústavu v Horních Poustevnách ze



Dr. Giorgio Antonucci (vlevo, nahoře s pacientem) opakovaně dosáhl mezi lety 1973 a 1996 zrušení těch nejkrutějších psychiatrických oddělení provozovaných ve stylu koncentračního tábora. Zajistil, že pacienti byli léčeni se soucitem, úctou a bez použití drog.

Dr. Giorgio Antonucci, druhý zprava, a pacienti, kterým pomohl komunikací a soucitem.

západních Čech přednesli na půdě senátu ČR v listopadu 2003 svou několikaletou zkušenost z práce s pacienty, kteří v jiných zařízeních obvykle skončí uvěznění v klecových lůžkách nebo pod vlivem vysokých dávek psychiatrických léků. Na případu agresivního chlapce, který v pěti letech smrtelně zranil ročního bratra, popsali, jak lze individuální péči takové dítě zvládnout i bez klecí.



VAROVÁNÍ PRO VEŘEJNOST

Násilí vyvolané léky

Řada lékařských studií uvádí důkazy o tom, že psychiatrické léky vyvolávají násilnické nebo sebevražedné chování. Tito zabijáci (dole) z USA, Austrálie a Japonska brutálním způsobem zavraždili 39 lidí v době, kdy podstupovali psychiatrickou farmakoléžbu.

Dne 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 probíjávala hospitalizacemi, pokusy o sebevraždu a záchvaty deprese. 12. března 2002 však porota zamítla její obhajobu postavenou na nepřičetnosti, uznala ji vinnou z vraždy 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 „vzdorovala léčení“, případně jí byla „odeřena 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 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“.⁸⁶

Výzkum Roberta Whitakera zjistil, 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 akatizie [a, bez; *kathisia*, sedící; neschopnost vydržet v klidu, v nehnuté poloze]. Tento jev byl dán do souvislosti s útočným, násilným chováním.⁸⁷

■ 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“.⁸⁸

■ Britská zpráva z roku 1998 odhalila, že přinejmenším 5 % pacientů léčených 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).⁸⁹

■ V roce 1995 referovalo devět australských psychiatrů, že se pacienti užívající 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.⁹⁰

Důsledky vysazení léků

■ V roce 1996 vydalo Národní centrum pro prioritní léky (National Preferred Medicines Center Inc.) na Novém Zélandu zprávu o „akutních abstinčních 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.⁹¹

■ Dr. John Zajecka v *Časopise pro klinickou psychiatrii* (*Journal of Clinical Psychiatry*) uvedl, že rozrušení a vznětlivost prožívané pacienty při přerušení léčby SSRI u nich může vyvolat „agresivitu a sebevražednou impulsivnost“.⁹²

■ Dr. Miki Bloch popisoval v britském lékařském časopise *Lancet* případy pacientů, kteří získali sebevražedné a vražedné sklony po vysazení antidepresiv, přičemž jeden muž měl myšlenky, že ublíží „vlastním dětem“.⁹³

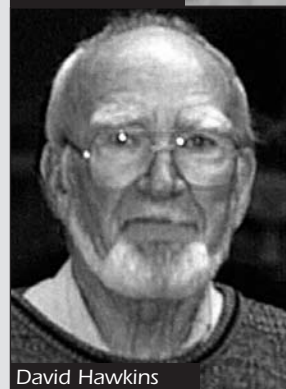
■ I když psychiatri nadále zlehčují spojení lék-sebevražda-násilí jako pouhý „žert“, soudy začínají jednat tam, kde nezakročí psychiatrické asociace.

■ 25. května 2001 australský soudce obvinil psychiatrické antidepresivum z toho, že mírumilovného a zákonů dbalého Davida Hawkinsa změnilo v zuřivého zabijáka. Soudce Nejvyššího soudu Nového Jižního Walesu Barry O’Keefe prohlásil, že kdyby pan Hawkins neužíval antidepresiva, „je nanejvýš pravděpodobné, že paní Hawkinsová by 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.⁹⁴



Andrea Yatesová



David Hawkins



Mamoru Takuma



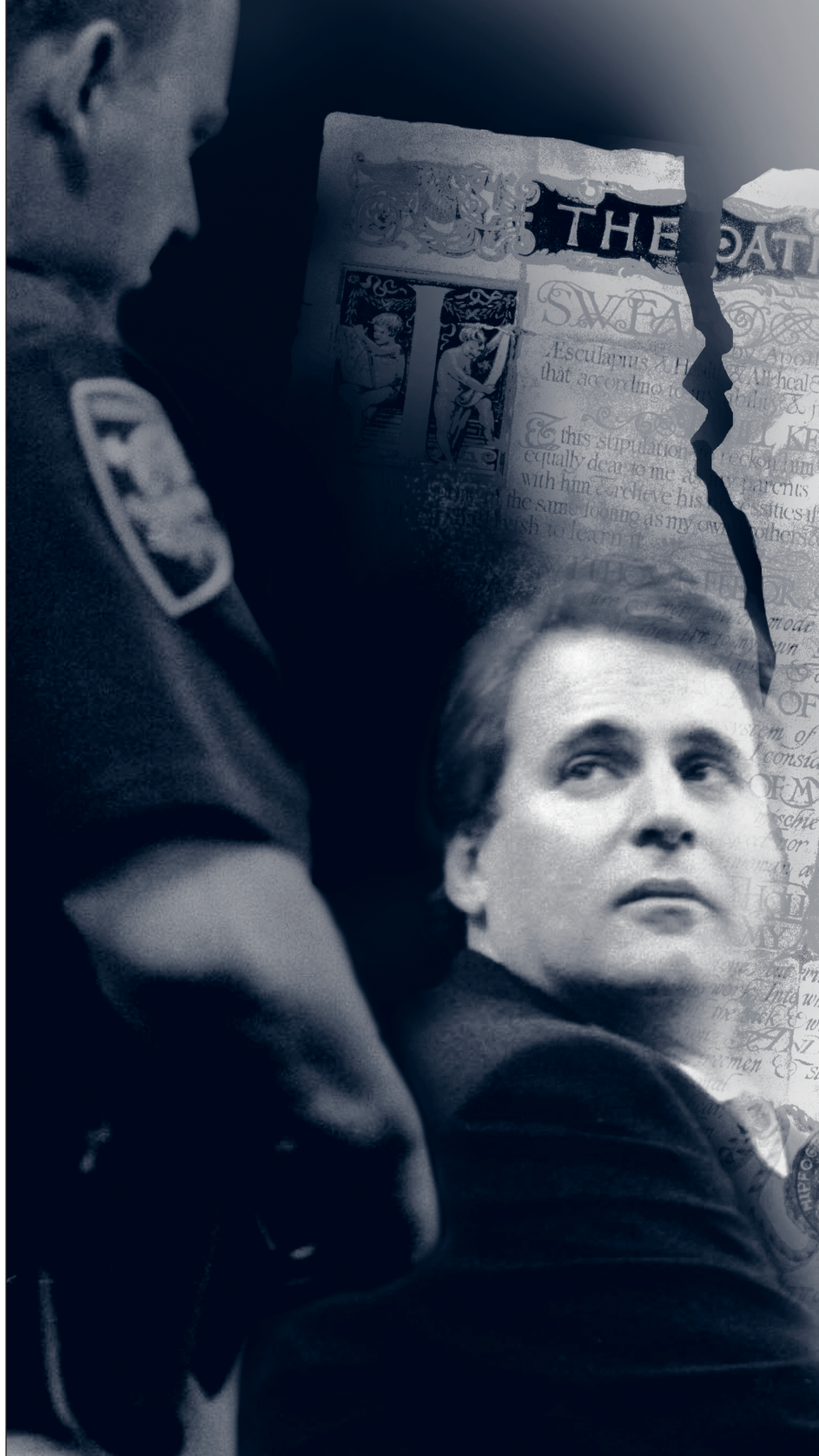
Jeremy Strohmeyer



Kip Kinkel

DŮLEŽITÁ FAKTA

- 1 Americká psychiatrie má nejhorší záznamy o zpronevěrách na zdravotním pojištění ze všech lékařských oborů.⁹⁵
- 2 Deset procent psychiatrů a psychologů připouští sexuální zneužívání svých pacientů.
- 3 Jedna studie zjistila, že každý 20. klient, sexuálně zneužitý svým terapeutem, bylo dítě, u dívek průměrně ve věku 7 let a 12 let u chlapců.⁹⁶
- 4 Průzkum provedený u více než 530 psychiatrů ukázal, že 25 % z nich si vybralo obor psychiatrie kvůli svým vlastním psychiatrickým problémům.⁹⁷
- 5 Psychiatři mají nejvyšší úroveň počtu sebevražd a zneužívání léků a drog mezi lékaři.⁹⁸



Americký psychiatr Michael DeLain byl v roce 2002 odsouzen ke 2 rokům vězení za pohlavní zneužívání 16leté pacientky. Psychiatři od počátku neustále a systematicky porušovali Hippokratovu přísahu.



KAPITOLA PĚT

Poskvrnění lékařské etiky

Kromě řady platných lékařských důvodů, proč by měli lékaři nepsychiatrii odolat psychiatrické představě duševního zdraví, je zde i otázka zachování jejich profesní integrity a reputace.

Zatímco medicína svojí péčí dosáhla záviděníhodných úspěchů a je všeobecně akceptována, psychiatrii si veřejnost stále spojuje s hadími jámami, svěřacími kazajkami a „Přeletem nad kukaččím hnízdem“. Vyvinutím brutálních léčebných postupů, jako jsou ECT, psychochirurgie, chemické svěřací kazajky v podobě antipsychotických léků, a dlouhou řadou léčebných neúspěchů, psychiatrický průmysl zcela určitě příliš pro zlepšení svého obrazu na veřejnosti neučinil.

Psychiatrie se příliš často objevuje ve spojitosti s podvody. Největší soudní proces v historii USA týkající se podvodů ve zdravotní péči se týkal duševního zdraví, oblast duševního zdraví však představuje ve zdravotní péči ten nejmenší sektor.⁹⁹ Podle jistého zkušeného vyšetřovatele pojišťovacích podvodů z Kalifornie je jedním z nejsnazších způsobů, jak odhalit podvod, kontrola předpisů na léky vystavených psychiatrem.

Sexuální zločiny

Výsledkem rozboru opatření lékařské rady Spojených států proti 761 lékařům potrestaným za sexuální prohřešky v letech 1981 až 1996 vypracova-

vaného v roce 1998 bylo zjištění, že psychiatři a dětští psychiatři byli zastoupeni ve výrazně vyšším poměru. Zatímco tvořili jen 6,3 % lékařů v zemi, představovali 28 % lékařů potrestaných za sexuální prohřešky.¹⁰⁰

Zpráva vypracovaná v roce 1998 Sociální radou ve Švédsku (Socialstyrelsen) – úřad pro zdravotnictví – ukázala, že u případů ohlášených radě se téměř na polovinu špatného zacházení s pacienty podíleli psychiatři. Některé prohřešky byly tak závažné –

zahrnovaly násilí a sexuální zneužívání –, že musely být předány státnímu žalobci.¹⁰¹

10 až 25 % lékařů a praktiků z oblasti duševního zdraví *připouští*, že sexuálně zneužívá své pacienty. Americká národní studie ohledně sexu terapeuta s klientem včetně nezletilých odhalila, že terapeuti zneuží-

vají více dívky než chlapce. Věk obětí ženského pohlaví se pohybuje od 3 do 17 let. Věk zneužitých chlapců od 7 do 16 let.¹⁰²

Psychiatrii zatím snaživě pracují na tom, aby mohli operovat pod dobrým jménem medicíny. Také rozšiřují počet svých pacientů ovlivňováním oblasti základní lékařské péče, aby používala jejich kontrolní seznamy založené na DSM. Protože etičtí lékaři jsou základní součástí obrazu celé profese, bylo by vhodné, aby lékaři nepsychiatrii zvážili možné následky poškození dobrého jména medicíny jako takové.

„Sebevraždy, stres, rozvod – psychologové a další profesionálové z oblasti duševního zdraví mohou být ve skutečnosti neurotičtější než všichni ostatní.“

– *Psychology Today*, 1997

DŮLEŽITÁ FAKTA

1 Jedna studie dospěla k závěru, že 83 % pacientů doporučených klinikami a sociálními pracovníky k psychiatrické léčbě mělo nediagnostikovanou fyzickou nemoc, jiná, že u 42 % pacientů s „psychózou“ bylo později zjištěno tělesné onemocnění.¹⁰³

2 Podle lékařských odborníků má nechtěné nebo nadměrně aktivní, „hyperaktivní“ chování mnoho příčin od alergií, potravinových přísad, jedů v životním prostředí, nedostatečného spánku až k některým lékům.

3 Studie uvedená v časopise *Journal of Pediatrics* ukázala, že sacharóza může u dětí způsobit 10násobné zvýšení hladiny adrenalinu, což má za následek „potíže s koncentrací, podrážděnost a neklid“.





KAPITOLA ŠEST

Kudy dál?

V průzkumu provedeném v roce 2002 mezi lékaři ve Spojených státech, České republice a dalších dvou evropských zemích 72 % dotazovaných mezi vlastnostmi dobrého lékaře uvedlo soucit, starostlivost, příjemné vystupování, schopnost naslouchat a dobré komunikační dovednosti. Domnívali se, že s těmito vlastnostmi mohou nejlépe pomoci svým pacientům k lepšímu zdraví a zdravějšímu životu.

Na otázku, jak odlišit „duševní poruchu“ a fyzickou nemoc, odpovědělo 65 % respondentů, že především by se měla na základě tělesných vyšetření a klinických diagnostických testů vyloučit možnost fyzických potíží.

Psychiatrii zřídka provádějí testování a diagnostikování tělesného stavu. Zkontroluje se seznam způsobů chování a stanoví se „diagnóza“. Pak už jen zbývá předepsat psychoaktivní lék.

V rámci boje proti ochabujícímu zájmu o psychiatrii vydala mezitím Světová psychiatrická asociace (WPA) „Základy studijních osnov psychiatrie pro studenty medicíny“ (Core Curriculum in Psychiatry for Medical Students).¹⁰⁴ Cílem je vyškolení všechny budoucí lékaře, aby byli schopni identifikovat a léčit duševní nemoci. Autoři upřímně prohlašují, že „vzhledem k tomu, že většina studentů se psy-

chiatrů nebude zabývat, je nanejvýš důležité, aby si osvojili *správné postoje*“, které by měly být přednášeny i v rámci ostatních předmětů, nejen v psychiatrii.¹⁰⁵

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

PhDr. David B. Stein, klinický psycholog a mimořádný profesor psychologie říká:

„Lékaři jsou vzděláni k tomu, aby léčili. Chtějí pomáhat. Často říkají, že nemají jinou alternativu – že léky jsou jediná možnost, jak těmto dětem [s ADHD, poruchami učení] pomoci. Kromě toho jim rodiče a učitelé neustále drží nůž na krku a chtějí předepsat léky. Chtějí neklidné dítě dostat pod kontrolu okamžitě. Některým lékařům se to nelíbí, mnozí touží po alternativě.“¹⁰⁶

S rostoucím vlivem psychiatrických diagnóz a léčebných metod prostřednictvím základní

„Ano, jsem přesvědčen o platnosti Hippokratovy přísahy – věřil jsem v ni v červnu 1990 (kdy jsem ji složil), nyní v březnu 2001 a v každý den svého života v řadách stavu, jehož mám tu čest být příslušníkem. Co tvoří základ této přísahy? ‚Budu pečovat o ostatní tak, jak bych chtěl, aby oni pečovali o mne‘.“

– lékař, 2001



Je nutné klást důraz na fungující lékařské testy a léčení, které člověka zlepšují a posilují a mohou jej zachránit před životem plným psychiatrického zneužívání.

lékařské péče je třeba zdůrazňovat alternativní možnosti. Následuje seznam navrhovaných alternativ, jež pocházejí z dlouholeté spolupráce lékařských odborníků, kteří jsou kvalifikováni k řešení takových zdravotních problémů.

1) Pátrejte po skrytém tělesném problému

Oborová lékařská hodnotící příručka vypracovaná kalifornským Úřadem péče o duševní zdraví uvádí: „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...“¹⁰⁷

V roce 1998 uvedla švédská Sociální [lékařská] rada několik případů, kdy bylo vedeno disciplinární

řízení proti psychiatrům, mezi nimi příklad pacienta, jenž si stěžoval na bolesti hlavy, závratě a vrávorání při chůzi. Na tyto potíže si stěžoval psychiatrickému personálu celých pět let, než lékařské vyšetření odhalilo, že má nádor na mozku.¹⁰⁸

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. Ve své praxi jsem se setkal s bezpočtem lidí s chronickou bolestí zad, kteří byli označováni za neurotiky. Typická věta těchto pacientů zní: „Skutečně jsem si myslel, že se ze mě stává blázen.““ Podle jeho názoru může problém často spočívat „jednoduše v nediodagnostikovaných obtížích spojených se zádovými vazy“.¹⁰⁹

2) Lze pomoci bez léků pozměňujících způsob myšlení a chování

Německý psychiatr Paul Runge tvrdí, že pomohl více než stovce dětí bez předepsání psychofarmak. Rovněž pomohl snížit dávky léků předepisovaných jinými lékaři.¹¹⁰

Dr. L.M.J. Pelssová z holandského Centra pro výzkum hyperaktivity a ADHD (Onderzoeks Centrum voor Hyperactiviteit en ADHD) v Middelburgu zjistila, že u 62 % dětí s diagnózou „ADHD“ došlo během tří týdnů k výraznému zlepšení chování následkem změny jídelníčku.¹¹¹

Doktorka Mary Ann Blocková, která tisícům dětí umožnila neužívat, případně přestat s užíváním psychiatrických léků, říká: „Mnozí lékaři před předepsáním psychiatrických léků neprovádějí tělesné vyšetření... [Děti] navštíví lékaře, ale ten neprovede tělesné vyšetření ani nepátrá po zdravotních potížích nebo problémech s učním, stanoví diagnózu ADHD a předepíše léky. Učili mne, že medicína se má praktikovat jinak. Ve škole mi říkali, že se má nejdříve prozkoumat průběh nemoci a provést fyzické vyšetření. Učili mne brát v úvahu to, čemu se říká ‚diferenciální diagnóza‘. Proto se musely zvažovat veškeré možné příčiny symptomů.“¹¹² Dr. Blocková provádí testy na alergie a řeší „behaviorální“ problémy úpravou jídelníčku. Odkazuje na studii uvedenou v *Pediatrickém časopise (Journal of Pediatrics)* (1995), která dokládá, že sacharóza může způsobit až desetinásobný vzestup hladiny adrenalinu a vést k „problémům s koncentrací, k podrážděnosti a úzkosti“.

3) Psychotropní léky mohou zakrýt tělesné potíže dítěte

Podle lékařských odborníků a odborníků na vzdělávání může mít nežádoucí chování nebo přílišná aktivita řadu příčin, mezi nimi mimo jiné alergie, potravinářské přísady, toxiny v okolí, špatný spánek, některé léky, neznalost studijních návyků, opomíjení slov, kterým dítě nerozumí, nuda při výuce zapříčiněnou výjimečnou inteligencí nebo tvořivostí.

Psychiatr dr. Sydney Walker ve své knize *Podvod s hyperaktivitou* uvádí řadu možných příčin hyperaktivního chování: „Děti s mozkovými nádory v počátečním stádiu mohou vykazovat symptomy hyperaktivního chování nebo špatné koncentrace. Totéž platí o dětech s otravou olovem nebo pesticidy. A dále o dětech s náběhem na diabetes, se srdečními nemocemi, parazity, virovými nebo bakteriálními infekcemi, podvýživou, poraněním hlavy, genetickými poruchami, alergiemi, otravou rtutí nebo manganem, se slabými epileptickými záchvaty a stovkami – ano, stovkami – dalších malých, větších i životu nebezpečných zdravotních problémů. Všechny tyto děti jsou však označeny jako hyperaktivní nebo ADD.“¹¹³

Dr. Walker poznamenal, že předepisování psychotropních léků na neexistující nemoc je tragédie, protože „potlačení symptomů u dítěte umožňuje, aby se skryté poruchy dále rozvíjely a v mnoha případech zhoršovaly“.¹¹⁴

Tuto praxi přirovnává dr. Walker k situaci, kdy pacient přijde k lékaři s otokem nohy. Doktor stanoví diagnózu „boule“ a předepíše mu aspirin, aniž by zjišťoval, jestli je „boule“ nádor, otok po štípnutí hmyzem nebo gangréna.

Existuje příliš mnoho fungujících alternativ k farmakoléčbě na to, aby je zde bylo možné uvést všechny. Psychiatrie by naopak dala přednost tvrzení, že jiné alternativy neexistují a usilovala by o zachování stávajícího stavu. Lékař tak má na vybranou mezi realitou a fikcí, léčbou a nátlakem, medicínou a manipulací.

V nejvyšší možné míře respektujeme medicínu provozovanou jako medicínu, s upřímným, etickým úsilím a při respektování nadřazenosti potřeb a zdraví pacientů. Nicméně v žádném případě nesouhlasíme s klamáním a poskvřňováním lékařství ze strany lékařských šarlatánů, jejichž opovrženíhodná selhání ohrožují nejenom postavení, čest, humánnost a kvalitu medicíny, ale hrozí zničit životy milionů pacientů, kteří se na lékaře jednoduše obracají s prosbou o pomoc.

Předepisovat psychotropní léky na nemoc, která neexistuje, je tragédie, protože „zakrývání symptomů dítěte pouze umožňuje, aby se skryté poruchy dále rozvíjely a v mnoha případech zhoršovaly“.

– dr. Sydney Walker,
autor knihy *Podvod s hyperaktivitou*, 1998





DOPORUČENÍ

Doporučení

- 1 Zajistit plný stav diagnostického vybavení v psychiatrických zařízeních k nalezení skrytých a nediodnostikovaných fyzických stavů. Pro výkon této funkce zajistit přijetí nepsyhiatrických lékařů.
- 2 Žádná z 374 poruch z *DSM/MKN* by neměla být schválena pro krytí ze zdravotního pojištění, protože neexistuje žádný vědecký fyzický důkaz, který by potvrdil jejich pravdivost.
- 3 Provést klinické a finanční audity u všech státních i privátních psychiatrických zařízení, která dostávají vládní finanční podporu nebo platby ze zdravotního pojištění pro zajištění odpovědnosti a možnosti postihu a věrohodnosti statistických údajů o přijetích, léčbě a úmrtích.
- 4 Financování a krytí z pojištění poskytovat pouze v případech ověřené funkční léčby, která radikálně zlepšuje duševní problémy a způsobuje jejich vyléčení.
- 5 Zajistit vyšetření dopadu žalob, které jsou podávány na psychiatrii kvůli podvodům a špatnému zacházení, na všeobecné lékařství a na cenu pojištění, které zaplatí nepsyhiatrickí lékaři.
- 6 Žádný člověk by neměl být nikdy nucen podstoupit elektrošokovou léčbu, psychochirurgii, vnucenou psychiatrickou léčbu nebo vnucené užívání psychotropních léků. Vlády by měly taková zneužívání postavit mimo zákon.
- 7 Měla by se zavést zákonná ochrana, která zajistí, že psychiatrům a psychologům bude zakázáno porušovat právo každého člověka na výkon všech občanských, politických, ekonomických, sociálních a kulturních práv, jak určuje Ústava, Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a další relevantní nástroje.



Mezinárodní občanská komise za lidská práva

O občanská 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 náležitě vědecké nebo lékařské opodstatnění. Psychiatrie na základě těchto lživých diagnóz obhazuje 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.

Ctihodný Raymond N. Haynes
představitel státu Kalifornie

„CCHR je proslulá svou dlouhodobou prací zaměřenou na ochranu před nepatřičným nálepkováním a drogováním dětí psychotropními léky... Přispění, 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.“

dr. Julian Whitaker
ředitel Whitaker Wellness Institute
autor publikace *Zdraví a léčení (Health & Healing)*

„Snaha CCHR a úspěchy, jichž dosáhla, jsou pro tuto civilizaci obrovským přínosem. Učinila velký pokrok. Je velkou podporou

pro rodiče a děti, kteří byli *ohavně zneužití* psychiatry a psychology... 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.“

dr. Fred Baughman, jr.
pediatrický 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 organizace a o potřebného spojence pro každého, kdo sdílí stejné obavy a pokouší se tyto problémy dát do pořádku.“

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.

CCHR INTERNATIONAL

Zmocněnci a poradní výbor

Zmocněnci jednají s oficiálním pověřením CCHR a pomáhají CCHR při dosahování reformy v oblasti duševního zdraví a zajišťování práv duševně nemocných.

Mezinárodní prezident

Jan Eastgate
Citizens Commission on
Human Rights International
Los Angeles

Prezident CCHR USA

Bruce Wiseman
Citizens Commission on
Human Rights United States

Člen výboru Citizens Commission on Human Rights

Isadore M. Chait

Zakládající zmocněnec

Dr. Thomas Szasz
Professor of Psychiatry Emeritus
State University of New
York Health Science Center

Umělci

David Campbell
Raven Kane Campbell
Nancy Cartwright
Kate Ceberano
Chick Corea
Bodhi Elfman
Jenna Elfman
Isaac Hayes
Steven David Horwich
Mark Isham
Donna Isham
Jason Lee
Geoff Levin
Gordon Lewis
Juliette Lewis
Marisol Nichols
John Novello
David Pomeranz

Harriet Schock
Michelle Stafford
Cass Warner
Miles Watkins
Kelly Yaegermann

Politika a právo

Tim Bowles, Esq.
Lars Engstrand
Lev Levinson
Jonathan W. Lubell, LL.B.
Lord Duncan McNair
Kendrick Moxon, Esq.

Věda, medicína a zdravotnictví

Giorgio Antonucci, M.D.
Mark Barber, D.D.S.
Shelley Beckmann, Ph.D.
Mary Ann Block, D.O.
Roberto Cestari, M.D.
(také President CCHR Italy)
Lloyd McPhee
Conrad Maulfair, D.O.
Coleen Maulfair
Clinton Ray Miller
Mary Jo Pagel, M.D.
Lawrence Retief, M.D.
Megan Shields, M.D.
William Tutman, Ph.D.
Michael Wisner
Julian Whitaker, M.D.
Sergej Zapuskalov, M.D.

Pedagogika

Gleb Dubov, Ph.D.
Bev Eakman
Nickolai Pavlovsky
Prof. Anatoli Prokopenko

Náboženství

Rev. Doctor Jim Nicholls

Podnikatelé

Lawrence Anthony
Roberto Santos

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 Men-
schenrechte 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 Menschen-
rechte 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
2-11-77F 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:
protegelasaludmental@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 Rät-
tigheter—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@cchr.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. David Samuels, "Saying Yes to Drugs," *The New Yorker*, 23 Mar. 1998.
2. Ty C. Colbert, Ph.D., *Rape of the Soul: How the Chemical Imbalance Model of Modern Psychiatry Has Failed its Patients* (Kevco Publishing, California, 2001) pp. 74–75
3. "Controlling the diagnosis and treatment of hyperactive children in Europe," Parliamentary Assembly Council of Europe Preliminary Draft Report, Mar. 2002, Statement from Dr. Paul Runge.
4. *Ibid.*, point 46.
5. "Evolution of the number of prescriptions of Ritalin (Methylphenidate) in the Canton of Neuchatel between 1996 and 2000," Dr. Jean-Blaise Montandon, Public Health Service and Laurent Medioni, Chief of Pharmaceutical Control and Authorization Division, Switzerland.
6. David Reardon, "Mind drugs are hurting normal children: AMA," *Sydney Morning Herald*, 6 Feb. 1999.
7. *Op. cit.*, Parliamentary Assembly Council of Europe Preliminary Draft Report, Mar. 2002.
8. "The ADHD Debate—Parents, doctors and educators struggle to define—and treat—attention deficit hyperactivity disorder," *Daily News* (New York), 9 Apr. 2001.
9. Louria Shulamit, M.D., family practitioner, Israel, 2002—quote provided to CCHR International 22 June 2002.
10. Gina Shaw, "The Ritalin Controversy—Experts Debate Use of Drug to Curb Hyperactivity in Children," *The Washington Diplomat*, Mar. 2002.
11. Jeanie Russell, "The Pill That Teachers Push," *Good Housekeeping*, Dec. 1997.
12. Elliot S. Valenstein, Ph.D., *Blaming the Brain* (The Free Press, New York, 1998), p. 4.
13. *Ibid.*, p. 196.
14. Lisa M. Krieger, "Some question value of brain scan; Untested tool belongs in lab only, experts say," *The Mercury News*, 4 May 2004.
15. *Ibid.*
16. Dr. Mary Ann Block, *No More ADHD* (Block Books, Texas, 2001), p. 35.
17. *Op. cit.*, Ty C. Colbert, Ph.D., p. 74.
18. *Physician's Desk Reference—1998* (Medical Economics Co., N.J.), pp. 1896–1897.
19. Brian Vastig, "Pay Attention: Ritalin Acts Much Like Cocaine," *Journal of the American Medical Association*, 22/29 Aug. 2001, Vol. 286, No. 8, p. 905.
20. Dr. David Stein, Ph.D., *Unraveling the ADD/ADHD Fiasco* (Andrews Publishing, Kansas City, 2001), p. 22.
21. *Ibid.*, p. 20.
22. *Ibid.*
23. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IIIIR)* (American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987), p. 136.
24. Sydney Walker III, M.D., *The Hyperactivity Hoax* (St. Martin's Paperbacks, New York, 1998), p. 47.
25. *Op. cit.*, Dr. Jean-Blaise Montandon and Laurent Medioni.
26. Lucy Johnston, "These youngsters are like guinea pigs in a huge medical experiment..." *Sunday Express*, 15 June 2003.
27. K. Minde, M.D., FRCPC, "The Use of Psychotropic Medication in Preschoolers: Some Recent Developments," *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 43, 1998.
28. Richard De Grandpre, *Ritalin Nation* (W.W. Norton & Co., New York, 1999), p. 177.
29. Kate Muldoon, "Shooting spurs debate on Prozac's use by kids," *The Oregonian*, 1 June 1998.
30. "The eating cure: Forget drugs—diet is the way forward in treating mental illness..." *The Guardian* (London), 4 May 2004.
31. "Worsening Depression and Suicidality in Patients Being Treated with Antidepressants Medications," U.S. Food and Drug Administration Public Health Advisory, 22 Mar. 2004.
32. Kelly Patricia O'Meara, "GAO 'Study' Plays Guessing Games," *Insight Magazine*, 16 May 2003.
33. R.S. Pollack, "A Boy's Behavioral Problems Stop after a Blockage is Removed from His Colon," *Sun Sentinel News*, 4 Mar. 2002.
34. American Psychiatric Association Campaign Kit 1989: "Opening letter by Harvey Ruben, M.D."; sections on "About this year's campaign"; "About legislators"; "About the public."
35. "Acknowledgements," *A WHO Educational Package—Mental Disorders in Primary Care*, 1998, p. 3.
36. Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylums to the Age of Prozac* (John Wiley & Sons, Inc., New York, 1997), p. 1.
37. Franz G. Alexander, M.D., and Sheldon T. Selesnick, M.D., *The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present* (Harper & Row Publishers, New York, 1966), p. 4.
38. Thomas Szasz, M.D., *The Manufacture of Madness* (Harper & Row, New York, 1970), p. 299.
39. *Op. cit.*, Edward Shorter, p. 17.
40. Thomas Szasz, M.D., *Pharmocracy* (Praeger Publishers, Westport, CT, 2001), p. 6.
41. *Ibid.*
42. *Ibid.*
43. John G. Howells, M.D., *World History of Psychiatry* (Brunner/Mazel, Inc., New York, 1975), p. 264.
44. *Ibid.*
45. *Op. cit.*, Szasz, *The Manufacture of Madness*, p. 305.
46. Erwin H. Ackerknecht, *A Short History of Psychiatry* (Hafner Publishing Co., New York, 1959), pp. 33–34.
47. Thomas Roder, Volker Kubillus, Anthony Burwell, *Psychiatrists—The Men Behind Hitler*, (FREEDOM Publishing, Los Angeles, 1995), p. 28, citing: Friedrich Nietzsche, Book III, p. 67.
48. Stanley Finger, *Origins of Neuroscience: A History of Explorations into Brain Function*, (Oxford University Press, New York, 1994), p. 58.
49. Elliot S. Valenstein, Ph.D., *Blaming the Brain*, (The Free Press, New York, 1998), p. 19
50. *Ibid.*, p. 19.
51. *Op. cit.*, American Psychiatric Association Campaign Kit.
52. „Acknowledgements," *A WHO Educational Package—Mental Disorders in Primary Care*, 1998, p. 3.
53. Sarah Boseley, "Psychiatric Agenda 'set by drug firms,'" *The Guardian*, 9 July 2001.
54. Shankar Vedantam, "Drug Ads Hying Anxiety Make Some Uneasy," *The Washington Post*, 16 July 2001.
55. Joseph Glenmullen, M.D., *Prozac Backlash* (Simon & Schuster, New York, 2000), p. 12.
56. *Op. cit.*, Elliot S. Valenstein, p. 4.
57. "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.
58. Herb Kutchins & Stuart A. Kirk, *Making Us Crazy: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders* (The Free Press, New York, 1997), pp. 260, 263.
59. David Healy, *The Anti-Depressant Era* (Harvard University Press, 1999), p. 233.
60. David Kaiser, M.D., "Against Biological Psychia-

- try," Dec. 1996, <http://www.antipsychiatry.org/kaiser.htm>.
61. *Op. cit.*, Herb Kutchins, Stuart A. Kirk, p. 22.
62. "Introducing Thomas Dorman, M.D.," Internet address: <http://www.libertyconferences.com/dorman.htm>, accessed: 27 Mar. 2002.
63. Paula J. Caplan, Ph.D., *They Say You're Crazy* (New York: Addison-Wesley Publishing Company, 1995), pp. 221–222.
64. *Op. Cit.*, Valenstein, Ph.D., pp. 147–148.
65. Steven Miran, M.D., "Testimony of the APA before the House Subcommittee on Labor, Health & Human Services and Education Appropriations," 5 Apr. 2000.
66. *Op. cit.*, David Healy, p. 174.
67. *Op. cit.*, Elliot S. Valenstein, p. 4.
68. *Ibid.*, p. 125.
69. *Op. cit.*, Lisa M. Krieger, *The Mercury News*, 4 May 2004.
70. *Op. cit.*, Ty C. Colbert, Ph.D., *Rape of the Soul*, p. 97.
71. *Op. cit.* Elliot S. Valenstein, p. 4.
72. *Op. cit.*, David Healy, Intro., p. 5.
73. *Op. cit.*, Joseph Glenmullen, p. 195.
74. J. Allan Hobson & Jonathan A. Leonard, *Out of Its Mind, Psychiatry in Crisis, A Call for Reform* (Perseus Publishing, Cambridge, Massachusetts, 2001) p. 125.
75. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II* (American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968), p. ix.
76. Ty C. Colbert, Ph.D., *Blaming the Genes* (Kevco Books, California, 2001), p. 73.
77. E. Fuller Torrey, M.D., *Death of Psychiatry* (Chilton Publications, Pennsylvania, 1974), pp. 10–11.
78. Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (Perseus Publishing, New York, 2002), p. 183.
79. *Ibid.*, p. 203.
80. *Ibid.*, p. 191, citing George Crane, "Tardive Dyskinesia in Patients Treated with Major Neuroleptics: A Review of the Literature," *American Journal of Psychiatry*, 124, supplement, 1968, pp. 40–47.
81. *Op. cit.*, Whitaker, p. 208, citing estimates of incidence rates for NMS vary from 0.2% to 1.4%. At a rate of 0.8%, that would mean approx. 24,000 cases annually from the 1960s to the 1980s (with 3 million Americans on the drugs), with total deaths of 5,280 (24,000 x 22% mortality rate) annually. Over a 22 year period, that would lead to more than 100,000 deaths. At 0.4%, the number would be 50,000.
82. *Op. cit.*, Whitaker, 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.
83. *Op. cit.*, Robert Whitaker, p. 229.
84. *Ibid.*, pp. 253–254.
85. *Ibid.*, p. 258.
86. Edward G. Ezrailson, Ph.D., Report on Review of Andrea Yates' Medical Records, 29 Mar. 2002.
87. *Op. cit.*, Robert Whitaker, pp. 182, 186.
88. *Ibid.*, p. 188.
89. Charles Medawar, "Antidepressants Hooked on the Happy Drug," *What Doctors Don't Tell You*, Vol. 8., No. 11, Mar. 1998, p. 3.
90. David Grounds, et. al., "Antidepressants and Side Effects," *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 29, No. 1, 1995.
91. "Acute Drug Withdrawal," *PreMec Medicines Information Bulletin*, Aug. 1996, modified 6 Jan. 1997, Internet address: <http://www.premec.org.nz/profile.htm>, accessed: 18 Mar. 1999.
92. *Op. cit.*, Joseph Glenmullen, p. 78.
93. *Ibid.*, p. 78.
94. Jim Rosack, "SSRIs Called on Carpet over Violence Claims," *Psychiatric News*, Vol. 36, No. 19, 5 Oct. 2001.
95. Interview with New York State Dept. of Law, Medicaid Fraud Control Unit, 15 Dec. 1995, regarding 1995 health care fraud convictions in 1995 and 1992 report, "Special Prosecutor Arrests Westchester Psychiatrist—NY State Employee—In \$8200 Medicaid fraud," Special Prosecutor for Medicaid Fraud Control News release, 6 Feb. 1992; Gilbert Geis, Ph.D., et. al., "Fraud and Abuse of Government Medical Benefit Programs by Psychiatrists," *Am. J. Psychiatry*, 142:2, Feb. 1998, p. 231.
96. Kenneth Pope, "Sex Between Therapists and Clients," *Encyclopedia of Women and Gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender* (Academic Press, Oct. 2001).
97. Sydney Walker, *A Dose of Sanity: Mind, Medicine and Misdiagnosis* (John Wiley & Sons, Inc., NY, 1996), p. 132.
98. Martin L. Gross, *The Psychological Society, A Critical Analysis of Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalysis and the Psychological Revolution* (Simon and Schuster, New York, 1978), p. 46.
99. *Op. cit.*, Interview with New York State Dept. of Law
100. "Physicians Disciplined for Sex-Related Offenses," Christine E. Dehlendorf, BSc, Sidney M. Wolfe, M.D., *JAMA*, 17 June 1998, Vol. 279, No. 23.
101. Tomas Bjorkman, "Many Wrongs in Psychiatric Care," *Dagens Nyheter*, 25 Jan. 1998.
102. *Op. cit.*, Kenneth Pope.
103. David E. Sternberg, M.D., "Testing for Physical Illness in Psychiatric Patients," *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 47, No. 1, Jan. 1986, Supplement, p. 5;
- Richard C. Hall, M.D. et al., "Physical Illness Presenting as Psychiatric Disease," *Archives of General Psychiatry*, Vol. 35, Nov. 1978, pp. 1315–20; Ivan Fras, M.D., Edward M. Litin, M.D., and John S. Pearson, Ph.D., "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. 1553–62.
104. "Attitude objectives," *Core Curriculum in Psychiatry for Medical Students* (1996), WPA website, <http://www.wpanet.org/sectorial/edu5-1.html>.
105. Ahmed Mohit, *Psychiatry and Mental Health for Developing Countries, Challenges for the 21st Century*, Jan. 25–28, 2001, p. 4; World Federation for Medical Education website, <http://www.sund.ku.dk/wfme>.
106. David B. Stein, Ph.D., *Ritalin is Not the Answer: A Drug-Free, Practical Program for Children Diagnosed with ADD or ADHD* (Jossey-Bass, Inc., Publishers, San Francisco, 1999), p. 16.
107. Lorrin M. Koran, *Medical Evaluation Field Manual*, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University Medical Center, California, 1991, p. 4.
108. Tomas Bjorkman, "Many Wrongs in Psychiatric Care," *Dagens Nyheter*, 25 Jan. 1998.
109. Thomas Dorman, "Toxic Psychiatry," Thomas Dorman's website, 29 Jan. 2002, Internet address: <http://www.dormanpub.com>, accessed: 27 Mar. 2002.
110. *Op. cit.*, Dr. Paul Runge.
111. *Op. cit.*, Parliamentary Assembly Council of Europe Preliminary Draft Report, Mar. 2002, point 19.
112. *Op. cit.*, Dr. Mary Ann Block, pp. 19–20.
113. *Op. cit.*, Sydney Walker III, *The Hyperactivity Hoax* p. 6.
114. *Ibid.*, p. 12.