



DE SAMENLEVING GERUÏNEERD

Gedwongen psychiatrische 'zorg'

Rapport en aanbevelingen over het mislukken
van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en andere
opgedrongen psychiatrische programma's

Gepubliceerd door de
Citizens Commission on Human Rights
Opgericht in 1969





BELANGRIJKE AANTEKENING

Voor de lezer

De psychiatrische beroepsgroep beweert de enige deskundige te zijn op het gebied van geestelijke gezondheid en “ziekten” van de geest. De feiten laten echter iets anders zien:

1. PSYCHIATRISCHE “STOORNISSEN” ZIJN NIET HETZELFDE ALS LICHAAMELIJKE ZIEKTEN.

In de geneeskunde bestaan duidelijke criteria voor ziekten: een voorspelbare groep symptomen met een bewezen, vastgestelde oorzaak of begrip van hun samenstelling en functie. Koorts en koude rillingen zijn symptomen. Malaria en tyfus zijn ziekten. Het bestaan van ziekten wordt bewezen door objectief bewijs en lichamelijke testen. Vooralsnog is er geen bewijs voor het bestaan van geestelijke “ziekten”.

2. PSYCHIATERS BEHANDELEN ALLEEN GEESTELIJKE “STOORNISSEN”, GEEN AANGETOONDE ZIEKTEN.

Terwijl de geneeskunde ziekten behandelt, kan de psychiatrie alleen “stoornissen” behandelen. Zonder een oorzaak of fysiologie wordt een groep symptomen, die bij veel verschillende patiënten wordt gezien, een stoornis of syndroom genoemd. Psychiater Joseph Glenmullen, verbonden aan de Universiteit van Harvard, zegt dat in de psychiatrie “alle diagnoses enkel syndromen [of stoornissen] zijn, groepen van symptomen waarvan wordt verondersteld dat ze samenhangen, geen ziekten.” Dr. Thomas Szasz, emeritus professor in de psychiatrie, stelt: “Er is geen bloedtest of andere biologische test om de aanwezigheid of afwezigheid van een geestelijke ziekte vast te stellen, zoals die wel bestaan voor de meeste lichamelijke ziekten.”

3. DE PSYCHIATRIE HEEFT NOG NOOIT DE OORZAAK VAN EEN “GEESTELIJKE STOORNIS” VASTGESTELD.

Toonaangevende psychiatrische organisaties zoals de World Psychiatric Association en het Amerikaanse National Institute of Mental Health geven toe dat psychiaters geen oorzaken van of geneeswijzen voor geestelijke stoornissen kennen, en ze weten ook niet wat hun “behandelingen” precies doen bij een patiënt. Ze

hebben alleen theorieën en verdeelde meningen over hun diagnoses en methoden die elke wetenschappelijke basis missen.

Zoals een voormalig woordvoerder van de World Psychiatric Association stelde: “De tijd dat psychiaters dachten dat ze geestelijke ziekten konden genezen is voorbij. In de toekomst zullen de geesteszieken moeten leren leven met hun ziekte.”

4. DE THEORIE DAT GEESTELIJKE STOORNISSEN EEN GEVOLG ZIJN VAN EEN “CHEMISCHE ONEVENWICHTIGHEID” IN DE HERSENEN, IS EEN ONBEWEZEN MENING, GEEN FEIT.

Een heersende psychiatrische theorie (die een grote rol speelt bij de verkoop van bewustzijnsveranderende drugs) is dat geestelijke stoornissen een gevolg zijn van een chemische onevenwichtigheid in de hersenen. Net als bij hun andere theorieën, is er ook hier geen biologisch of andersoortig bewijs om die te onderbouwen. Dr. Eliot Valenstein, vertegenwoordiger van een grote groep medische en biochemische experts, schrijver van *Blaming the Brain*, zegt: “Er bestaan geen testen die de chemische status van de hersenen van een levende persoon kunnen vaststellen.”

5. ALLEDAAGSE PROBLEMEN WORDEN NIET VEROORZAAKT DOOR DE HERSENEN.

Mensen kunnen problemen en tegenslagen in het leven, die kunnen leiden tot geestelijke problemen, soms als heel ernstig ervaren. Maar het pretenderen dat deze problemen worden veroorzaakt door ongeneeslijke “hersenziekten” die alleen verlicht kunnen worden met gevaarlijke pillen, is oneerlijk, schadelijk en vaak dodelijk. Zulke drugs richten vaak meer schade aan dan een verdovend middel en zijn in staat om iemand tot geweld of zelfmoord aan te zetten. Ze maskeren de werkelijke oorzaak van problemen en verzwakken het individu, waardoor hem of haar de mogelijkheid en de hoop wordt ontnomen om werkelijk te herstellen.

DE SAMENLEVING GERUÏNEERD

Gedwongen psychiatrische 'zorg'

INHOUDSOPGAVE

Inleiding: Schade toebrengen
aan de geestelijk gestoorden2

Hoofdstuk één: Het ontstaan
van de ambulante geestelijke
gezondheidszorg5

Hoofdstuk twee:
Gevaarlijke "behandelingen"9

Hoofdstuk drie:
Een "wreed mededogen"15

Hoofdstuk vier: Het verbeteren
van geestelijke gezondheid21

Aanbevelingen24

De Citizens Commission on
Human Rights International25





INLEIDING

SCHADE TOEBRENGEN AAN GEESTELIJK GESTOORDEN

Hoe gaat het eigenlijk met de geestelijke gezondheid in onze maatschappij na de snelle groei van de, door de overheid opgezette, ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ernstig geestelijk gestoorde personen waaraan miljarden euro's wordt uitgegeven?

De Amerikaanse New Freedom Commission on Mental Health gaf in 2003 een rapport uit dat claimde: "Er zijn nu ultramoderne effectieve behandelingen die *vitaal* zijn voor de zorg en het herstel van de meest serieuze geestelijke ziekten en serieuze geestelijke stoornissen".¹

Voor degenen die niet zoveel weten over de psychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg lijkt dit geweldig nieuws. Waar bestaan deze *vitale* behandelingen echter uit?

Het gaat in principe om de *automatische* verstrekking van *individuele* recepten voor drugs die neuroleptica worden genoemd (van het Griekse woord voor "aantasten van de zenuwen"), hetgeen weergeeft hoe deze drugs werken als een lobotomie.

In 2004 bedroegen de geschatte kosten van neuroleptica voor de behandeling van zogenaamde schizofrene patiënten in de Verenigde Staten meer dan \$ 10 miljoen per dag.² De behandeling is meestal levenslang.

Maar ja, wat moet je betalen voor ultramoderne hoogwaardige zorg voor herstel, voor de mogelijkheid dat mensen weer een productief leven kunnen leiden?

Volgens verschillende niet-psychiatrische onderzoeken en experimenten is het antwoord op deze vraag: "helemaal niet zo veel". Kwalitatief hoogwaardige zorg die resulteert in herstel en reïntegratie in de maatschappij hoeft helemaal niet

duur te zijn. We hebben het wel over snel, permanent, en erg belangrijk, *drugsvrij*.

Een acht jaar durend onderzoek van de World Health Organization onthulde dat ernstig gestoorde patiënten in drie landen met een slechte economie waar de behandeling niet gebaseerd was op drugs (India, Nigeria en Colombia) de patiënten het veel beter deden dan in de Verenigde Staten en vier andere ontwikkelde landen. Een vervolgonderzoek kwam tot dezelfde conclusie.³

In de Verenigde Staten was aan het eind van de zeventiger jaren het experiment met het Soteria Huis van Dr. Loren Mosher gebaseerd op het idee dat "schizofrenie" overwonnen kan worden zonder drugs. De cliënten van Soteria die geen neuroleptica kregen, deden het feitelijk het beste, vergeleken met controle groepen

in ziekenhuizen en instellingen waar mensen wél drugs kregen. Zwitserse, Zweedse en Finse onderzoekers kwamen tot soortgelijke resultaten en loofden het experiment.

In Italië ontmantelde Dr. Giorgio Antonucci, tussen 1973 en 1996, enkele van de meest onderdrukkende psychiatrische afdelingen, doordat hij ernstig gestoorde patiënten met mededogen en respect en *zonder* drugs, behandelde. Binnen enkele maanden veranderden de meest gewelddadige afdelingen in de rustigste.

Robert Whitaker onthulde in zijn boek *Mad in America* dat de behandelingsresultaten van mensen met "schizofrenie" feitelijk achteruit gegaan waren in de laatste 25 jaar. De huidige behandelingen zijn niet beter dan die aan het begin van de 20ste eeuw, toch hebben de Verenigde Staten de hoogste consumptie van neuroleptica op de wereld.

"De psychiatrie promoot dat de enige 'behandeling' voor ernstige geestelijke ziekten bestaat uit neuroleptische [antipsychotische] drugs. De waarheid is dat het drogeren van de ernstig geestelijk gestoorde onnodig is, erg duur, en dat het de hersenen en het leven beschadigende effecten heeft."
– Jan Eastgate

Wat betekent dit nu allemaal?

Zoals elke zichzelf respecterende wetenschapper je zal vertellen, is een theorie goed zolang als hij werkt. Hij weet dat als hij feiten tegenkomt die de theorie tegenspreken hij verder zal moeten gaan met zijn onderzoek of zijn theorie zal moeten aanpassen aan het feitelijke bewijsmateriaal dat hij heeft ontdekt.

De psychiatrie promoot al 50 jaar de theorie dat de enige "behandeling" voor ernstige geestelijke ziekten bestaat uit neuroleptische [antipsychotische] drugs. Dit idee is echter gebaseerd op een verkeerde denkwijze. De waarheid is dat het drogeren van ernstig geestelijk gestoorden onnodig is, erg duur en dus winstgevend is en dat het de hersenen en het leven beschadigende effecten heeft.

Deze publicatie onthult deze verkeerde denkwijze, de manier waarop deze is opgebouwd, de fraude, de leugens, het bedrog en andere misleidingen. Met deze kennis is het erg makkelijk om te zien, waarom de psychiaters een aanval uitvoeren op elke andere en betere oplossing voor de problemen van ernstige geestelijke stoornissen.

De waarheid is namelijk dat we niet alleen te maken hebben met een gebrek aan wetenschappelijke vaardigheden of methoden, of zelfs met een pseudo-wetenschap. Uitspraken zoals: "Er is duidelijk wetenschappelijk bewijs dat de nieuwere soorten medicatie de symptomen van schizofrenie en depressies behandelen met minder bijwerkingen", zijn uitspraken die niet onderbouwd worden met bewijzen, hetgeen betekent dat we het hebben over regelrechte medische fraude.

De psychiatrische benadering van de behandeling van ernstig geestelijk gestoorden, de "ultramoderne", "wetenschappelijke" ruggengraat van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en andere psychiatrische programma's, is slechte wetenschap en slechte geneeskunde maar hele goede business voor de psychiatrie.

De simpele waarheid is dat er werkbare alternatieven



zijn voor de psychiatrische behandelingen die schadelijk zijn voor het verstand, de hersenen en voor het lichaam. Nu de psychiatrie roept om gedwongen onderzoeken naar geestelijke ziekten bij volwassenen en kinderen overal ter wereld, dringen wij erop aan dat iedereen die een belang heeft bij het behouden van de geestelijke gezondheid, de lichamelijke gezondheid en de vrijheid van gezinnen, gemeenschappen en landen, deze brochure leest. Er moet iets worden gedaan om echte hulp te realiseren voor diegenen die het nodig hebben.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jan Eastgate". The signature is stylized and cursive.

Jan Eastgate
Woordvoerder
Citizens Commission on Human Rights International

BELANGRIJKE FEITEN

- 1** Ambulante geestelijke gezondheidszorg werd gepromoot als oplossing voor de problemen in instellingen. Het is echter een dure mislukking geworden.
- 2** Rond de zeventiger jaren werden er voldoende neuroleptische drugs en antidepressiva voorgeschreven buiten psychiatrische inrichtingen om ongeveer 3 tot 4 miljoen mensen fulltime onder invloed van drugs te houden.
- 3** Het Nederlandse Trimbos Instituut rapporteerde dat het Europese programma voor ambulante geestelijke gezondheidszorg had geresulteerd in meer dak- en thuislozen, drugsverslaafden, criminaliteit, verstoring van de openbare orde en werkloosheid.
- 4** In Australië kondigde de Nationale Mensenrechten Commissaris Brian Burdekin in 1993 aan dat het de-institutionaliseren een "fraude" en een mislukking was. In 1999 bevestigden Engelse woordvoerders deze mislukking ook.
- 5** Het psychiatrische budget voor Community Mental Health in Amerika steeg met 6.000% tussen 1969 en 1997. De geschatte kosten bedragen op dit moment \$11 miljard per jaar.





HOOFDSTUK EEN

Het ontstaan van de ambulante geestelijke gezondheidszorg

Het Community Mental Health (CMH) programma is een groot psychiatrisch expansie programma. Het begon in de Verenigde Staten in de zestiger jaren en verspreidde zich naar andere landen rond de jaren tachtig. Het heeft de psychiatrie in de laatste veertig jaar vele miljarden dollars opgeleverd.

Voor dit programma werd ingevoerd zaten patiënten massaal opgesloten in psychiatrische instellingen onder Bedlam-achtige omstandigheden. Ze werden volgestopt met drugs om ze meegaand te maken om vervolgens achtergelaten te worden in hun door drugs veroorzaakte bedwelming. Tijdens de jaren vijftig werd er van alle kanten druk uitgeoefend om de verschrikkelijke omstandigheden te verbeteren. Er was kritiek op het gebrek aan resultaten en de stijgende kosten.

De CMH Centra werden gepromoot als de oplossing voor alle problemen binnen de instellingen. Een aanname die bijna geheel gebaseerd was op de ontwikkeling van neuroleptische drugs, ging ervan uit dat patiënten nu met succes vrijgelaten konden worden in de maatschappij. Er zou doorlopende zorg geleverd worden vanuit, door de overheid gefinancierde, Community Mental Health Centra (CMHC). Deze centra konden vanuit de gemeenschap zorgdragen voor de behoeften van de patiënten en de

patiënten hun neuroleptica verstrekken om ze onder controle te houden. De regeringen zouden veel geld besparen en de patiënten zouden sneller vooruit gaan. Het plan werd "de-institutionalisatie" genoemd.

Psychiater Jack Ewalt verwees naar een wereldwijde intentie voor het de-institutionaliseren op dat moment: "Het programma zou de mensen met problemen moeten helpen; de gestoorde mensen, de langzame mensen, de zieken en de *gezonde* mensen in alle leeftijds-categorieën..."⁴ Met andere woorden, de psychiaters moesten zich niet alleen bemoeien met de geestelijk gestoorde, ze moesten gezonde klanten aan de drugs helpen.

"Community Mental health zou niet alleen mensen behandelen maar hele gemeenschappen; ze zouden, indien mogelijk, de 'burgemeesters en andere betrokkenen' aannemen als 'cliënten', ze zouden de hele gemeenschap behandelen en niet allen individuele burgers...het waren de drugs die hen voorzagen van hun meest krachtige technologie..."

– Peter Shrag, schrijver van *Mind Control*.

Van "ziekenhuizen" naar "wondermiddelen"

Schrijver Peter Shrag schreef dat er rond de zeventiger jaren in de V.S. voldoende neuroleptische drugs en antidepressiva voorgeschreven werden, buiten psychiatrische inrichtingen, om ongeveer 3 tot 4 miljoen mensen fulltime onder invloed van drugs te houden. Grofweg 10 maal meer dan het aantal mensen dat [volgens

psychiaters] gek genoeg was om op te sluiten in psychiatrische inrichtingen als er geen drugs waren geweest."⁵

Dr. Thomas Szasz, emeritus professor in de psychiatrie, verklaarde dat deze miraculeuze aanbiedingen "simpelweg de laatste wondermiddelen waren van de psychiatrische beroepsgroep: drugs en de-institutionalisatie. Zoals gebruikelijk definieerden de psychiaters hun laatste gril als

een combinatie van wetenschappelijke doorbraken en morele hervormingen. Ze plaatsten het in de lijn van behandelingen en burgerrechten". Ze claimden dat psychotrope (bewustzijnsveranderende) drugs "de symptomen van geestelijke ziekten verminderden en het voor de patiënt mogelijk maakten om ontslagen te worden uit de

psychiatrische inrichting. De Community Mental Health Centra werden aangewezen als de minst beperkende plek voor het leveren van de meest hoogwaardige diensten op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. Dit waren de claims van de psychiatrie om het beleid voor het gedwongen drogeren van patiënten en het elders onderbrengen van hun interne

patiënten te rechtvaardigen. Het klonk geweldig. Helaas was het een leugen."⁶

Zelfs de publicatie van de American Psychiatric Association (APA) *Madness and Government* gaf toe dat; "...Psychiaters de indruk wekten bij volksvertegenwoordigers dat genezing de regel was en niet de uitzondering... opgeblazen verwachtingen werden niet getoetst. In het kort, CMHC werden te mooi aangeprezen als de organisaties die het zouden oplossen."⁷

De waarheid is dat de CMHC plaatsen werden waar legaal drugs werden verstrekt, ze voorzagen niet alleen de voormalige patiënten van de inrichtingen van drugs, ze verstrekten ze ook aan mensen die helemaal geen "serieuze geestelijke problemen" hadden.

Het leegmaken van de inrichtingen mislukte en de samenleving heeft sindsdien geworsteld met de desastreuze gevolgen ervan.

In 2001 rapporteerde Dr. Dorine Baudin van het Nederlandse Instituut voor Geestelijke Gezondheid en Verslaving (Trimbos Instituut) dat het Europese programma voor ambulante geestelijke gezondheidszorg had geresulteerd in meer dak- en thuislozen, drugsverslaafden, criminaliteit, verstoring van de openbare orde en werkloosheid en intolerantie voor verschillen."⁸

Community Mental Health is een "sterk aanbevolen maar falende sociale interventie..." Het "laat nu al het bekende patroon zien van vroegere beloften van de geestelijke gezondheidszorg, ze worden met veel overtuiging gestart, wekken valse hoop op oplossingen maar verergeren uiteindelijk de problemen die ze hadden moeten oplossen".

- Ralph Nader, consumenten advocaat, V.S.



Ralph Nader



De Amerikaanse consumentenwoordvoerder Ralph Nader noemde CMHC een "sterk aanbevolen maar falende sociale interventie..." Het laat nu al het bekende patroon zien van vroegere beloften van de geestelijke gezondheidszorg, ze worden met veel overtuiging gestart, wekken valse hoop op oplossingen maar verergeren uiteindelijk de problemen die ze hadden moeten oplossen".⁹

In Australië kondigde de Nationale Mensenrechten Commissaris Brian Burdekin in 1993 aan dat het de-institutionaliseren (leegmaken van de inrichtingen) een "fraude" en een mislukking was. In 1999 bevestigden Engelse woordvoerders deze mislukking ook.¹⁰

Ondertussen steeg het psychiatrische budget voor CMHC in de Verenigde Staten van \$143 miljoen in 1969 tot meer dan \$9 miljard in 1997- een stijging van meer dan 6.000%, terwijl het aantal patiënten maar 10 maal zoveel steeg en wat belangrijker was, zonder resultaten. Op dit moment zijn de geschatte kosten ongeveer \$11 miljard per jaar.

En alsof het ontvangen van de opgeblazen vergoedingen voor niet-werkende behandelingen nog niet erg genoeg was, ontdekte een onderzoekscommissie van het Congres in 1990 dat er bij de CMHC's tussen de \$40 miljoen en \$100 miljoen was uitgegeven aan verkeerde doelen, met andere woorden, dit geld was verdwenen in de zakken van de psychiaters.¹¹

Psychiaters hebben het falen van de de-institutionalisatie altijd afgewenteld op een gebrek aan geld voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In werkelijkheid veroorzaken ze zelf de door drugs veroorzaakte crisis om vervolgens, schaamteloos, om meer geld te vragen.

AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Exorbitante kosten, kolossale mislukking.

De uitgaven voor de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (CMHC's in Amerika) zijn meer dan 100 maal sneller toegenomen dan het aantal mensen dat gebruik maakt van CMHC klinieken. Ondanks het opsouperen van miljarden aan belastinggeld blijven de klinieken in gebreke tegenover hun patiënten en zijn ze weinig meer dan gelegaliseerde drugsdealers voor de thuislozen.

6.242%

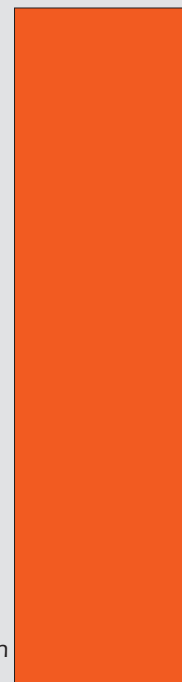


607%

Toename in gebruik =



Toename in kosten =

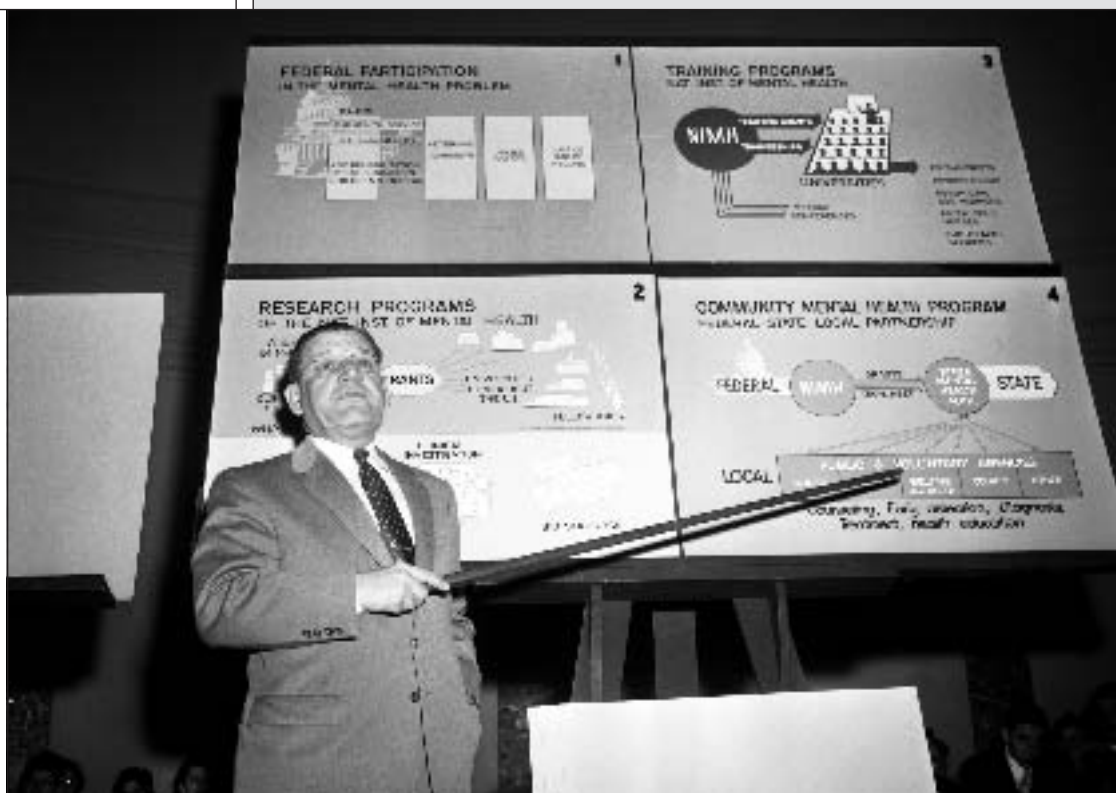


De stijging van het aantal patiënten in Amerikaanse CMHC en ambulante psychiatrische klinieken.

De stijging in de kosten door Amerikaanse CMHC en ambulante psychiatrische klinieken.

HET FALEN VAN DE AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG:

In 1963 implementeerde een Amerikaans onderzoeksinstituut, National Institute of Mental Health (NIMH), onder psychiater Robert Felix (rechts) een programma voor ambulante geestelijke gezondheidszorg dat gebaseerd was op het gebruik van bewustzijns-veranderende psychiatrische drugs. Dit zette een internationale trend, gedrogeerde patiënten werden de straat opgestuurd, dakloos en incapabel. Na het investeren van meer dan \$47 miljard tussen 1969 en 1994 is het project een trieste mislukking.



BELANGRIJKE FEITEN

- 1** Bewustzijnsveranderende neuroleptische drugs zijn het destructieve hoofdbestanddeel van ambulante programma's in de gemeenschap.
- 2** De drugs verhinderen het normale functioneren van de hersenen en veroorzaken effecten die veel lijken op die van lobotomie. Psychiatrische drugs zijn in de plaats gekomen van lobotomie.
- 3** De dakloze individuen die we op straat tegen zichzelf zien praten en grimassen trekken, vertonen de symptomen van door drugs veroorzaakte beschadigingen.
- 4** Nieuwere neuroleptica (antipsychotica) worden tegen aanzienlijk hogere prijzen verkocht, in één geval is de prijs 30 maal hoger dan die van de oudere soorten. Eén nieuwe soort antipsychotische drugs kost €2.456 tot €7.368 meer per patiënt, zonder verbetering in de symptomen, bijwerkingen en de algemene kwaliteit van het leven.
- 5** Deze drugs kunnen ernstige bijwerkingen hebben waaronder diabetes, hetgeen in sommige gevallen fataal kan zijn. Tussen 1994 en 2002 ontwikkelden 288 patiënten die nieuwe antipsychotica slikten diabetes; 75 mensen werden ernstig ziek en 23 mensen overleden.
- 6** De drugs kunnen zelfmoordneigingen of gewelddadig gedrag veroorzaken





HOOFDSTUK TWEE

Gevaarlijke “behandelingen”

De komst van de ambulante geestelijke gezondheidszorg was niet mogelijk geweest zonder de ontwikkeling en het gebruik van neuroleptische drugs, ook bekend als antipsychotica, voor gestoorde individuen.

De eerste generatie neuroleptica, nu algemeen aangeduid als “typische antipsychotica” of “typische” verscheen tijdens de zestiger jaren. Ze werden zwaar aangeprezen als “wonder” drugs die “het mogelijk maakten voor de meeste geestelijk zieken om succesvol en snel behandeld te worden in hun eigen omgeving en terug konden keren naar een nuttige plaats in de samenleving.”¹²

Deze claims waren onjuist. In een artikel in het *American Journal of Bioethics* in 2003 stelde Vera Sharav: “In werkelijkheid richtten de therapieën schade aan in de frontale hersenkwabben die een wezenlijk onderdeel vormen van de hersenen. De neuroleptische drugs die sinds de jaren vijftig worden gebruikt ‘werken’ door het verhinderen van normale functies in de hersenen: ze verminderen de psychose, maar produceren

een ziektebeeld dat vaak erger is dan de conditie waarvoor ze worden voorgeschreven, het lijkt op de lichamelijke lobotomie waarvoor de psychotrope drugs in de plaats kwamen.”¹³

De dakloze individuen die we op straat tegen zichzelf zien praten en grimassen trekken, vertonen de effecten van door drugs veroorzaakte beschadigingen. “*Tardive Dyske-*

nesia” (tardive laat zichtbare en dyskinesia, abnormale bewegingen van de spieren) en “Tardive Dystonie” (*dystonia*, abnormale spierspanning) zijn blijvende condities die veroorzaakt worden door kalmerende middelen. Ze zorgen voor onvrijwillige, oncontroleerbare samentrekkingen in het gezicht en het lichaam.

“Kortweg, de door drugs veroorzaakte reacties zijn van dien aard, dat men het de toeschouwer niet kwalijk kan nemen als hij denkt dat de persoon met deze neigingen geestelijk ziek is en misschien zelfs gevaarlijk. Een persoon

die lijdt aan deze reacties, ook al is het in geringe mate, zal grote problemen onderkennen om als “normaal” geaccepteerd te worden door de gewone man op straat”, schreef Pam Gorrington, schrijver van *Mental Disorder or Madness?*¹⁴

Neuroleptische patiënten werden traag, apathisch, afkerig van lopen, minder alert en ze hadden een lege blik, een gebrek aan uitdrukking op hun gezicht. Ze spraken langzaam en monotoon. Patiënten klaagden ook over slaperigheid, zwakte,

apathie, een gebrek aan initiatief en verlies van interesse in hun omgeving.¹⁵

Robert Whitaker, schrijver van: *Gestoord in Amerika*, zegt: “Het beeld dat we tegenwoordig hebben van schizofrenie is niet het beeld van gekte, wat dat ook moge zijn, in zijn natuurlijke staat. Alle uiterlijke kenmerken die wij zijn gaan associëren met schizofrenie, het onhandige

“Het creëren van een verhaal rond een nieuwe ontdekking op het gebied van medicatie kan zorgvuldig voorbereid zijn. Dit was het geval met de nieuwe neuroleptica. Achter de publieke façade van medische resultaten ligt een verhaal over wetenschap die ontsierd wordt door hebzucht, sterfgevallen en de opzettelijke misleiding van het Amerikaanse publiek.”

– Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*



“In werkelijkheid richtten de therapieën schade aan in de frontale hersenkwabben die een wezenlijk onderdeel vormen van de hersenen. De neuroleptische drugs die sinds de jaren vijftig worden gebruikt ‘werken’ door het verhinderen van normale functies in de hersenen: ze verminderen de psychose, maar produceren een ziektebeeld dat vaak erger is dan de conditie waarvoor ze worden voorgeschreven, het lijkt op de lichamelijke lobotomie waarvoor de psychotrope drugs in de plaats kwamen.”

– Vera Sharav in het *American Journal of Bioethics*, 2003

loopje, de trekkende bewegingen met de armen, de lege gezichtsuitdrukking, de slaperigheid, het gebrek aan initiatief, het zijn voor het grootste deel symptomen van de effecten van neuroleptica. Onze waarneming van de manier waarop ‘schizofrene mensen’ denken, zich gedragen en eruit zien zijn allemaal de waarnemingen van mensen die veranderd zijn door medicatie en niet door een natuurlijk verloop van de ‘ziekte’.”¹⁶

En wat het verbeteren van de levenskwaliteit van de patiënten betreft, hebben de neuroleptica een miserabel record gevestigd. Een enquête onder patiënten in 1999 toonde aan dat 90% van de neuroleptische patiënten zich depressief voelde, 88% voelde zich verdoofd en 78%

klaagde over een slechte concentratie. Meer dan 80% van de met de diagnose “schizofrenie” zijn chronisch werkeloos. Met andere woorden: ondanks decennia van beloofde genezingen is er niets van terecht gekomen.¹⁷

In de tachtiger jaren, toen de bescherming van de patenten verliep en de drugs verkrijgbaar werden in veel goedkopere vormen, daalden de prijzen voor de grote merken sterk waardoor ze niet meer winstgevend waren.¹⁸ Hierin kwam verandering aan het begin van de jaren negentig toen de nieuwe gepatenteerde neuroleptica, bekend als “atypische

antipsychotica” of “atypische”, werden geïntroduceerd met dezelfde fanfare als hun voorgangers. De oude neuroleptica werden opeens afgeschilderd als gebrekkige drugs.¹⁹

Deskundige psychiatrische *opinions* werden geworven om de stellingen te verspreiden dat: “Er duidelijk wetenschappelijk bewijs was, dat de nieuwe soorten medicatie de symptomen van schizofrenie en depressies veel beter konden behandelen en met veel minder bijwerkingen”. De meningen werden gelabeld als “deskundige richtlijnen waar consensus over was” ondanks het complete ontbreken van wetenschappelijke bewijzen, evaluaties van onderzoek of klinische testen.²⁰

Met het installeren van deze richtlijnen vonden de psychiaters dat het juiste moment gekomen was om publiekelijk toe te geven wat ze al die tijd al geweten hadden: dat de eerdere drugs geen beheersing gaven over waanvoorstellingen of hallucinaties; dat tweederde van de gedroegde patiënten "een jaar na hun eerste psychotische aanval last bleef houden van psychotische symptomen" en dat 30% van de patiënten helemaal niet reageerde op de drugs, een percentage "niet reageren" dat tot de jaren tachtig bijna nooit werd vermeld.

De nieuwe antipsychotica worden voor aanzienlijk hogere prijzen verkocht, in één geval was de prijs 30 maal hoger dan die van de oudere drugs.²¹ Een andere soort antipsychotische drugs kost € 2.456 tot € 7.368 meer per patiënt, zonder verbetering in de symptomen, bijwerkingen en de algemene kwaliteit van het leven. Tussen 1991 en 2003 steeg de verkoop van antipsychotica in de Verenigde Staten met 1.500%, van minder dan \$500 miljoen naar meer dan \$8 miljard. De internationale verkoop overschreed de \$12 miljard in 2002.²²

HET VERNIETIGEN VAN LEVENS

Schade door neuroleptische middelen

De meeste mensen die psychiatrische drugs voorgeschreven kregen, werden zelden geïnformeerd dat ze last konden krijgen van verlamme krampen in het gezicht en het lichaam, door een permanente bijwerking van vele van deze drugs. De belangrijkste kalmerende middelen (antipsychotica) beschadigen het extrapyramidale systeem (EPS), het uitgebreide en ingewikkelde netwerk van zenuwdraden dat onze motorische bewegingen bestuurt, waardoor stijfheid van spieren, verlammingen en verscheidene onwillekeurige bewegingen ontstaan (rechts). De spieren van het gezicht en die in het lichaam trekken samen, waardoor het gezicht afschuwelijke uitdrukkingen en grimassen krijgt en het lichaam verwrongen houdingen aanneemt.

Psychiaters kennen de vernietigende schade die hun drugs aan de zenuwen toebrengen en van het risico dat hun patiënten het "neuroleptisch maligna syndroom" krijgen, een vergiftigingsreactie die mogelijk dodelijk is en waardoor patiënten hoge koortsen krijgen, verward raken, opgewonden en extreem stijf worden. Dit kan resulteren en heeft geresulteerd in tienduizenden doden.

Iets anders dat psychiaters verzwijgen is, dat zij de door drugs veroorzaakte permanente schade die ze hun patiënten hebben toegebracht, als een "geestelijke stoornis" hebben beschreven, waardoor ze nu dubbele rekeningen kunnen schrijven aan de verzekeringsmaatschappijen voor de behandeling ervan. De stoornissen omvatten het neuroleptisch maligna syndroom en neuroleptisch geïnduceerd Parkinsonisme. Het is dus niet verrassend dat deze chemicaliën in staat zijn om chaos in het verstand van de gebruikers te veroorzaken en ze hebben een lange en goed gedocumenteerde geschiedenis wegens het veroorzaken van krankzinnigheid bij de personen die het innemen.



Het staat buiten kijf dat het publiek beschermd moet worden tegen gewelddadig en psycho-tisch of dol gedrag. Echter, dat dit het belangrijkste risico is dat we kunnen verwachten van ernstig geestelijk gestoorde patiënten vanwege hun geestelijke toestand, is een leugen die door de psychiaters zelf is gefabriceerd. Dat is ook het geval met het idee dat we het "risico" moeten minimaliseren door patiënten plat te spuiten met neuroleptische drugs, indien nodig tegen hun wil. De waarheid is dat noch de afwezigheid, noch het niet innemen van die drugs het probleem vormt. De drugs zelf veroorzaken gewelddadig gedrag.

■ "Hoewel het publiek misschien denkt dat 'gekke' mensen zich vaak op een gewelddadige manier gedragen," ontdekte Robert Whitaker dat dit niet het geval was bij 'gestoorde patiënten' vóór de toepassing van neuroleptische drugs. Vóór 1955 vonden vier studies dat patiënten die waren ontslagen uit psychiatrische ziekenhuizen, misdaden begingen in dezelfde verhouding of minder dan het publiek in het algemeen. Echter, 'acht studies die waren uitgevoerd tussen 1965 en 1979 stelden vast dat ontslagen patiënten werden gearresteerd in een verhouding die veel hoger was dan het publiek in het algemeen...' Akathisia (een extreme rusteloosheid, veroorzaakt door medicijnen) was duidelijk een factor die hiertoe bijdroeg.

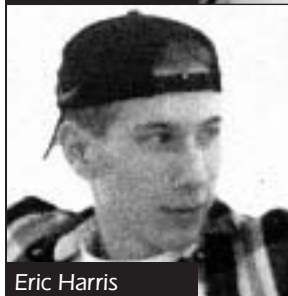
Onderzoeken concludeerden dat matige tot hoge doseringen van een vaak voorgeschreven kalmerend middel de helft van de patiënten duidelijk agressiever maakte. Patiënten beschreven "een geweldige drang om iemand in de buurt aan te vallen".



Mamoru Takuma



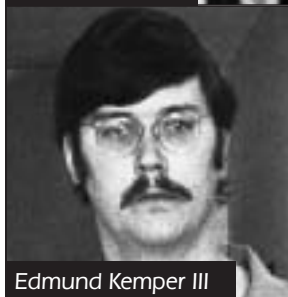
Andrea Yates



Eric Harris



David Hawkins



Edmund Kemper III



Jeremy Strohmeyer

Vele medische onderzoeken leveren bewijzen dat psychiatrische drugs gewelddadig en suïcidaal gedrag veroorzaken. De personen hierboven uit de V.S., Australië en Japan pleegden 39 moorden terwijl ze psychiatrische behandelingen onder andere met psychiatrische drugs.

■ Antipsychotische drugs kunnen misschien tijdelijk een psychose verminderen, maar maken patiënten er op de langere termijn biologisch meer vatbaar voor.

■ Een studie uit 1988 in het "Journal of Nervous and Mental Disease" over het gebruik van neuroleptische medicijnen door personen met schizofrenie, vond een duidelijke toename in gewelddadig gedrag bij matig tot hoge doseringen van een neuroleptisch middel.

■ Een studie uit 1990 stelde vast dat 50% van alle vechtpartijen op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis konden worden teruggevoerd op akathisia. Een andere studie concludeerde dat matige tot hoge doseringen van een vaak voorgeschreven kalmerend middel de helft van de patiënten duidelijk agressiever maakte. Patiënten beschreven "een geweldige drang om iemand in de buurt aan te vallen".

■ Volgens een studie van een minder belangrijk kalmerend middel "ontstond een geweldige woede en vijandig gedrag bij acht van de tachtig patiënten die waren behandeld" met de drug. Een vrouw die geen geschiedenis had van geweld voor het nemen van de drug "barstte in gillen uit op de vierde dag en hield gedurende meerdere minuten een vleesmes bij de keel van haar moeder".

VALSE “WONDEREN”

Levensbedreigende therapieën

De nieuwe “wonderbaarlijke” neuroleptica (of “atypische antipsychotica”) hebben niet voldaan aan de verwachtingen die gecreëerd waren door de media en de beroepsgroep.²³ Hun verhaal gaat veel verder dan het publiceren van leugens in advertenties om een maximale winst te maken.

■ Door gebruik van de Amerikaanse Freedom of Information Act (FOIA) ontdekte de schrijver Robert Whitaker dat de onderzoeken naar atypische drugs de claims van de industrie dat de nieuwste neuroleptica veiliger en effectiever waren, niet ondersteunden. Eén op elke 145 patiënten die meededen aan het onderzoek overleed, en toch werden deze sterfgevallen nooit genoemd in de wetenschappelijke literatuur. Eén op de 35 patiënten in een onderzoek naar één atypische drug had last van ernstige bijwerkingen, door de FDA gedefinieerd als levensbedreigende gebeurtenissen

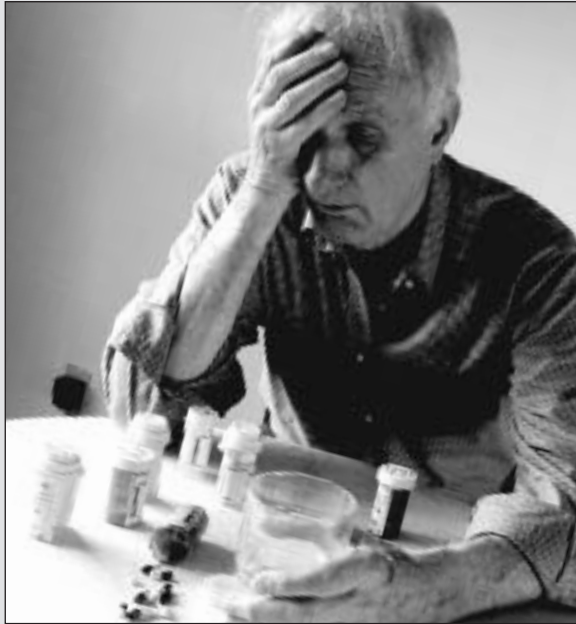
die onmiddellijke opname in het ziekenhuis noodzakelijk maakten.

■ In 2000 publiceerde het *British Medical Journal*, de resultaten van een vele jaren durend onderzoek door Dr. John Geddes, die onafhankelijke klinische onderzoeken had bekeken op de gevaren van atypische antipsychotica en typische antipsychotica, waarbij 12.000 patiënten betrokken waren geweest. Het resultaat: “Er is geen duidelijk bewijs dat de atypische antipsychotica effectiever zijn en beter getolereerd worden dan de oudere antipsychotica.”²⁴

■ Een onderzoek uitgevoerd door onderzoekers van Yale dat gepubliceerd werd in 2003 in het *Journal of the American Medical Association*, vond ook geen serieuze statistische of klinische voordelen van deze nieuwe drugs.

■ In 2003 trok *The New York Times* haar eerdere lof voor deze antipsychotica in door te stellen: “Ze werden naar voren geschoven als wondermiddelen, veel veiliger en effectiever in de behandeling

van schizofrenie dan alles dat ze daarvoor gehad hadden”. Er is nu echter “een stijgende achterdocht dat ze ernstige bijwerkingen hebben, namelijk diabetes die in sommige gevallen tot de dood kan leiden”.²⁵ Tussen 1994 en 2002 ontwikkelden 288 patiënten die nieuwe antipsychotica slikten diabetes; 75 werden er ernstig ziek en 23 mensen overleden.



■ De *New York Times* refereerde ook aan wat al meer dan 20 jaar bekend was: dat van één van deze drugs bekend was dat hij een levensbedreigende verstoring van het bloed veroorzaakte en dat patiënten regelmatig bloedonderzoeken moeten ondergaan om deze bijwerking in de gaten te houden.

■ Het artikel stelde tevens dat sommige van de nieuwere drugs in verband worden gebracht met pancreatitis (ontsteking van de alveesklier). Gewichtstoename was een probleem waarbij sommige patiënten 65 pond aankwamen. Onder-

zoeken toonden aan dat het beter ging met de patiënten als ze stopten met de drugs.²⁶

In plaats van minder bijwerkingen hebben de nieuwe antipsychotica meer ernstige bijwerkingen. Hieronder vallen: blindheid, fatale bloedproppen, hartritmestoornissen, gezwollen en druppelende borsten, seksuele disfunctie, afwijkingen in het bloedbeeld en overlijden door een niet-werkende lever. Verder zelfmoordcijfers die twee tot vijf maal hoger liggen dan bij de algemene “schizofrene” populatie, gewelddadig gedrag en baldadigheid, het laatste specifiek bij jongere patiënten.

De lichamelijke bijwerkingen zijn echter nog niet het einde van het probleem. Vele patiënten klagen over het feit dat de drugs hen geestelijk dood maken, hen beroven van elk gevoel van plezier, van hun wilskracht en van hun gevoel van zijn. Hoewel de precieze gevaren en bijwerkingen veranderd zijn fungeren de atypische drugs nog steeds als een “chemische lobotomie”.²⁷

BELANGRIJKE FEITEN

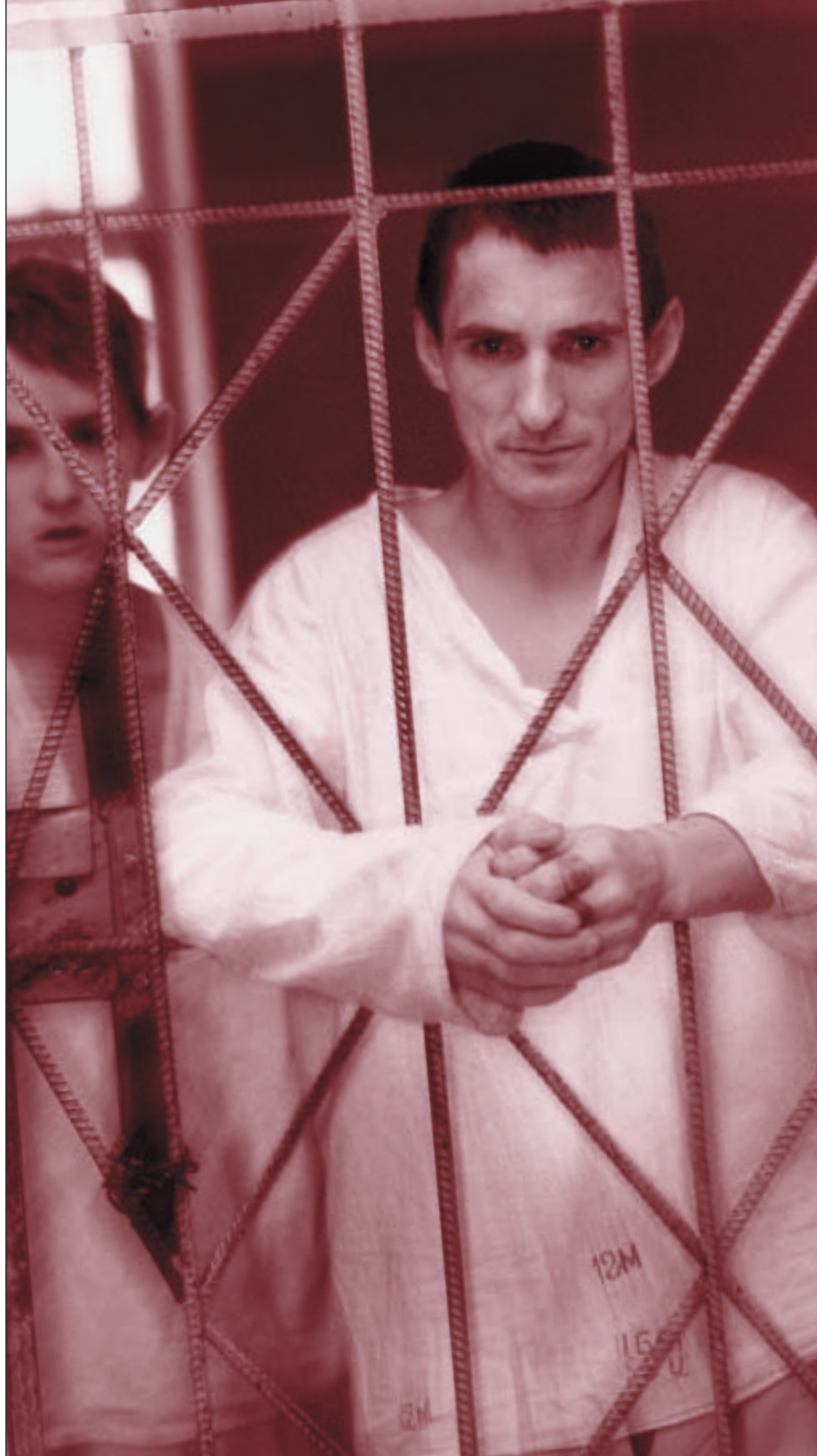
I Voor je klaar bent met het lezen van deze uitgave zijn er 20 mensen, waarvan er één een vriend, familielid of buur van je kan zijn, opgenomen in psychiatrische inrichtingen en (vaker wel dan niet) onderworpen aan een wrede behandeling.

2 De procedures rond gedwongen opnamen kunnen ervoor zorgen dat iemand jarenlang opgesloten wordt. Bij het ontslag uit de instelling kan de patiënt opgezadeld worden met een verplichting om deel te nemen aan "nabehandelingen".

3 De meeste wetten voor gedwongen opname zijn gebaseerd op het concept dat een persoon een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving kan vormen als hij niet wordt opgenomen in een inrichting. Daartegenover staat dat de psychiaters toegeven dat ze gevaarlijk gedrag niet kunnen voorspellen.

4 De meerderheid van de gedwongen opgenomen patiënten hebben minder rechten en wettelijke bescherming dan een crimineel, terwijl ze geen enkele wet hebben overtreden.

5 Dr. Michael McCubbin, onderzoeker en Dr. David Cohen, professor in de Sociale Dienstverlening (beiden aan de Universiteit van Montreal) zeggen dat het "recht op behandeling" momenteel vaak het 'recht' op gedwongen behandeling is...²⁸





HOOFDSTUK DRIE

Een “wreed mededogen”

Samen met de druk van psychiaters voor het uitbreiden van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, komt hun vraag om meer macht om mensen gedwongen te kunnen opnemen.

Op dit moment wordt er in de Verenigde Staten elke 75 seconden iemand gedwongen opgenomen in een psychiatrische inrichting. Een onderzoek uit 2002 toonde een stijging in het percentage gedwongen opnamen aan in Oostenrijk, Engeland, Finland, Frankrijk, Zweden en Duitsland, van 70% in een periode van 8 jaar.²⁹

Voor je klaar bent met het lezen van deze brochure zijn er 20 mensen, waarvan er één een vriend, familielid of buur van je kan zijn, opgenomen in psychiatrische inrichtingen en (vaker wel dan niet) onderworpen aan een wrede behandeling.

Psychiaters redeneren onoprecht, dat gedwongen opnamen in inrichtingen of gedwongen behandeling in de samenleving een daad van mededogen is omdat het wreed zou zijn om de dementerende of gekwelde persoon

in die staat te laten. Dit soort claims zijn echter gebaseerd op de tweeledige aanname dat: 1) psychiaters de beschikking hebben over behulpzame en werkbare technieken en 2) psychiaters enige vorm van deskundigheid bezitten in het diagnostiseren en het voorspellen van het gevaarscriterium.

Beide uitgangspunten zijn aantoonbaar niet waar.

Zoals we al besproken hebben creëert de "behandeling" met neuroleptica het soort geweld en geestelijke

incompetentie, die aanleiding geeft tot gedwongen opnamen of gedwongen behandelingen in de samenleving. Met de huidige wetgeving betekent dit een groter risico voor de patiënt, geestelijk en lichamelijk. Als gevolg van de opgedrongen ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben we nu miljoenen gedroegerde en incapabele mensen die dakloos over straat zwerven.

De duur van gevangenschap in een psychiatrische inrichting kan oplopen tot levenslang. De procedures rond gedwongen opnamen kunnen ervoor zorgen dat iemand jarenlang opgesloten wordt. Bij het ontslag uit de instelling kan de patiënt opgezadeld worden met een verplichting tot het volgen van een "nabehandeling".

Robert Whitaker zegt het op de volgende wijze: "Regeringen eigenen zich het recht toe om van iemand die in de samenleving leeft te eisen dat hij 'antipsychotica' gebruikt. Daarmee is een duidelijke uitbreiding tot stand gekomen van de controle van de staat over geesteszieken."³⁰

De meeste wetten voor gedwongen opname zijn gebaseerd op het concept dat een persoon een gevaar is voor zichzelf of zijn omgeving als hij niet wordt opgenomen in een psychiatrische instelling. Een werkgroep van de American Psychiatric Association (APA) gaf echter toe in een brief aan het Amerikaanse Hooggerechtshof in 1979 dat: "Er geen psychiatrische expertise bestaat in het voorspellen van 'gevaar'."

“De accuraatheid waarmee een klinische beoordeling de gebeurtenissen in de toekomst kan voorspellen, is vaak niet veel beter dan een blinde gok. De verzamelde onderzoeksliteratuur beschrijft het percentage fouten dat gemaakt wordt in het voorspellen van het gevaarscriterium tussen de 54% en 94%, gemiddeld ongeveer 85%”.

– Terrence Campbell, Michigan Bar Journal, 1994

Terrence Campbell schreef in een artikel in de *Michigan Bar Journal* uit 1994: "De accurateheid waarmee een klinische beoordeling de gebeurtenissen in de toekomst kan voorspellen is vaak niet veel beter dan een blinde gok. De verzamelde onderzoeksliteratuur beschrijft het percentage fouten dat gemaakt wordt in het voorspellen van het gevaarscriterium tussen de 54% en 94%, het gemiddelde ligt op ongeveer 85%."

In 2002 verduidelijkte Kimio Moriyama, de vice-voorzitter van de Japanse Vereniging voor Psychiatrie, waarom de psychiatrie niet kan voorspellen of iemand gevaarlijk is of niet: "De geestelijke ziekte en de criminele neigingen van een patiënt verschillen essentieel van elkaar en het is onmogelijk voor de medische wetenschap om te voorspellen of iemand zijn misdaad gaat herhalen of niet".³¹

Een andere psychiatrische kunstgreep is de claim, dat een gedwongen opname het "recht" van de patiënt op behandeling" beschermt. Los van het verzinsel over "behandeling", zijn de wetten rond gedwongen opnamen totalitair.

Volgens professor Szasz: "Of we het toegeven of niet, we hebben de keuze tussen het zorgen voor anderen onder dwang of het zorgen voor anderen met hun instemming. Op dit moment is zorg zonder dwang, wanneer het probleem

van de zogenaamde protégé gedefinieerd is als een geestelijke ziekte, geen acceptabele optie meer" in de overleggen die plaatsvinden over het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg. "De normale verklaring voor het uitsluiten van deze optie is, dat de geestelijke

Als gevolg van de opgedrongen ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben we nu miljoenen gedrogeerde en incapabele mensen die dakloos over straat zwerven.



gestoorde patiënt lijdt aan een hersenziekte die zijn vermogen om rationeel mee te werken annuleert.”

Professor Szasz zegt dat dit niet klopt: “De geschiedenis leert ons om uit te kijken voor weldoeners die ons van onze vrijheid beroven.”³²

Dr. Michael McCubbin, onderzoeker en Dr. David Cohen, professor in de Sociale Dienstverlening (beiden aan de Universiteit van Montreal) zeggen dat het “recht op behandeling” momenteel vaak het ‘recht’ op gedwongen behandeling is...³³

In Artikel 5 van de Europese Mensenrechten Conventie staat de volgende garantie: “Iedereen die van zijn vrijheid is beroofd of gevangen zit, heeft het recht om een procedure bij een rechtbank te starten zodat er snel een besluit kan worden genomen over de rechtmatigheid van zijn gevangenschap. De rechtbank kan hem snel in vrijheid stellen als dit niet het geval is.” De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van de Verenigde Naties adviseert een soortgelijke bescherming.

Toch worden er elke week duizenden mensen gevangen gezet zonder gerechtelijke procedure als gevolg van psychiatrische wetten voor gedwongen opnamen. De meerderheid van deze burgers heeft minder rechten en minder wettelijke bescherming dan een crimineel, toch hebben ze geen enkele wet overtreden.

George Hoyer, professor in de Volksgezondheid aan de Universiteit van Tromsø in Noorwegen schreef: “Ernstig geestelijk gestoorde patiënten hebben geen gebrek aan inzicht noch een verminderde competentie...”³⁴

Het afnemen van de vrijheid van een “geestelijk gestoord” persoon door een gedwongen opname in een psychiatrische instelling om hem vervolgens gedwongen te behandelen, specifiek na de expliciete weigering van zo'n persoon, schendt de meest fundamentele vrijheden die wel genoten worden door andere burgers inclusief degenen die een medische behandeling ondergaan.

Het schenden van mensenrechten

Hoe gemakkelijk kun je opgenomen worden? Heel gemakkelijk. Hier volgen een paar voorbeelden:

■ De 74-jarige William leed aan hartklachten en was aangewezen op een zuurstoftank om te kunnen ademen. Hij zei “ja” toen zijn wijkverpleegster hem vroeg of hij zich



JUSTITIE OP DRIFT

De psychiatrische rechtbanken

“Psychiatrische rechtbanken” zijn opgezet voor zaken waarbij de verdachten zich schuldig hebben gemaakt aan kleine criminaliteit en geweldsloze misdrijven. De verdachten wordt niet toegestaan om verantwoordelijkheid te nemen voor hun misdaden, ze worden naar een psychiatrisch instituut gebracht omdat ervan uitgegaan wordt dat ze aan een “geestelijke stoornis” lijden die positief zal reageren op een behandeling met antipsychotica. Het is een andere vorm van “gedwongen behandelingen in de samenleving”.

Dr. Nancy Wolff, directeur voor het centrum voor Mental Health Services and Criminal Justice Research, 2002 rapporteert: “...er is geen bewijs dat geestelijke ziekten zonder uitzondering de belangrijkste oorzaak zijn voor crimineel gedrag...Hoewel het verleidelijk is om te geloven dat psychiatrische behandelingen ons hiertegen kunnen beschermen,...bleven de meeste cliënten die aan pretentieuze sociale programma's hadden meegedaan, regelmatig in contact komen met justitie...De meest criminele cliënten kregen het duurste pakket aan diensten aangeboden...”

Wolff zegt verder: “Deze speciale status voor wetsovertreders die een geestelijke ziekte hebben, maakt de geestelijke stoornis verantwoordelijk voor zijn gedrag en niet het individu zelf. Dit geeft mensen de mogelijkheid om stoornissen te gaan gebruiken om hun gedrag te rechtvaardigen.”³⁶

In een evaluatie van 20 zaken van de psychiatrische rechtbank concludeerde het Bazelon Center for Health Law, dat deze rechtbanken: “kunnen functioneren als een dwangmaatregel, gelijk aan de omstreden regeling waarmee mensen thuis gedwongen medicatie krijgen. Mensen worden gedwongen om aan een behandeling mee te werken onder bedreiging van gerechtelijke stappen. De aangeboden diensten komen echter van een systeem dat al heeft gefaald om te helpen. Teveel openbare geestelijke gezondheidssystemen bieden niets meer dan alleen medicatie...”

Samengevat zijn er duidelijke indicatoren dat steun van regeringen aan psychiatrische rechtbanken of “meldpunten” (zoals het genoemd wordt in sommige Europese landen) zullen zorgen dat meer patiënten gedwongen worden tot een leven met geestelijk en lichamelijk gevaarlijke drugs, afhankelijkheid en verslaving, zonder hoop op een oplossing.

depressief voelde. Binnen 30 minuten arriveerde er een medewerker van het plaatselijke psychiatrische ziekenhuis en toen William weigerde met hem mee te gaan werd de politie gebeld. Toen ze arriveerden koppelde de politie zijn zuurstoftank los, onderzocht of hij wapens droeg, stopte hem in een politieauto en reden hem naar de psychiatrische inrichting. Zonder verder onderzoek werd William 72 uur gedwongen opgenomen "ter observatie" omdat hij "suïcidaal" zou zijn. De volgende dag stelde zijn psychiater dat hij nog eens 48 uur moest blijven en vermoedelijk wel 6 maanden. William werd "gered" door een beginnende hartaanval. Hij werd overgebracht naar een algemeen ziekenhuis waar een medische arts vaststelde dat er geen psychiatrische opname nodig was. De ziektekostenverzekering van William kreeg een rekening van \$4.000 voor 4 dagen opname in de psychiatrische

inrichting terwijl hij er maar twee dagen was geweest (en niet vrijwillig), William zelf kreeg nog een rekening van \$800.

■ In 1997 brachten ouders uit Massachusetts hun 8-jarige epileptische zoon met spoed naar het ziekenhuis omdat hij hallucinaties had en zijn medicatie aangepast moest worden. In plaats daarvan liet de staf hem opnemen in een psychiatrische instelling. Het kostte de zeer bezorgde ouders een hele dag om zijn terugkeer naar het ziekenhuis te regelen voor de benodigde medische zorg.

■ In 1999 namen psychiaters uit Duitsland een 79-jarige



Professor Szasz wijst erop dat
 "...psychiaters grotendeels verantwoordelijk zijn voor het creëren van de problemen die ze ogenschijnlijk zo hard proberen op te lossen. Ze zijn daarom de laatste mensen waartoe we ons moeten richten om de problemen van onze daklozen, van het geweld en van de geestelijke gezondheid op te lossen".

vrouw gedwongen op omdat de burens klaagden dat zij zich "vreemd" gedroeg. Ondanks haar langdurige diabetes, lever-nier en hartconditie, kreeg ze 5 tot 20 maal de aanbevolen hoeveelheid zware kalmerende middelen voorgeschreven. Zes dagen later moest ze met spoed naar een ziekenhuis gebracht worden, waar ze stierf. Een autopsie toonde aan dat ze overleden was aan ademhalingsproblemen ten gevolge van de kalmerende middelen.

■ Toen de 19-jarige Jo overgehaald werd om zich te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis in Engeland om te herstellen van problemen met eten, werd haar verteld dat ze zou mogen rusten, wandelingen maken en begeleiding zou krijgen. "Het idee dat mijn psychiater had over begeleiding was het voorschrijven van antipsychotica. Als "ik een probleem had werd de dosering verhoogd," vertelde ze aan een Londense krant in 2000. Er was niets anders te

doen dan eten, tv kijken en roken. Van de drugs "werd ik agressief en ik begon voor het eerst in mijn armen te snijden", zei ze. "Hoe langer ik daar was hoe meer mijn geestelijke gezondheid verslechterde". Toen ze wegliep werd ze teruggebracht naar de inrichting en gedwongen opgenomen. Ze werd verkracht door een medepatiënt. Toen ze dit aan de staf rapporteerde werd haar verteld dat deze man "alleen ziek" was. Na diverse maanden kon haar moeder haar vrijlating bewerkstelligen. "Erop terugkijkend is het moeilijk te geloven wat er met me gebeurd is. Ik ging erheen om rust te krijgen en kwam eruit als een volledig wrak."³⁵

VERZONNEN ZIEKTEN

Diagnostische pseudo-wetenschap

Achter alle problemen die in deze brochure zijn besproken, en nog vele andere, ligt een diagnostisch systeem voor geestelijke stoornissen dat onwetenschappelijk is tot aan het punt waarop het regelrechte oplichterij wordt.

De psychiatrische bijbel voor het diagnostiseren van geestelijke stoornissen is het *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* of de *DSM*, van de APA. De eerste editie kwam uit in 1952, in de laatste editie van de *DSM-IV* staan 374 geestelijke stoornissen beschreven. Uit dit handboek komen de diagnoses voort waarmee mensen een etiket opgeplakt krijgen. Omdat de psychiatrie geen enkele geestelijke ziekte kan genezen, aangezien zij de oorzaken ervan niet weet, is dat een etiket dat iemand de rest van diens leven blijft houden.

“In tegenstelling tot medische diagnoses die een mogelijke oorzaak, passende behandeling en prognose weergeven, zijn de diagnoses die in de *DSM-IV* [en *ICD-10*] tot stand gekomen door consensus in een groep”, een stemming onder de commissieleden van de APA. Het boek is voornamelijk bedoeld om rekeningen uit te kunnen schrijven, zegt Dr. Tana Dineen in een rapport.³⁷ Het heeft niets te maken met objectieve wetenschap.

Psychiaters geven toe dat ze niet eens kunnen definiëren wat ze “behandelen”.

■ Over schizofrenie gaven de schrijvers van de *DSM-II* toe dat: “Zelfs al had de Commissie het geprobeerd, ze had geen overeenstemming kunnen bereiken over wat deze stoornis inhield; ze kon het alleen eens worden over de naam”.

■ In de *DSM-III* erkende een psychiater: “...De etiologie [oorzaak van geestelijke stoornissen] is onbekend. Er is een grote

variëteit aan theorieën ontwikkeld...niet altijd overtuigend om uit te leggen hoe deze stoornissen ontstaan.”

■ In de *DSM-IV* wordt gesteld dat de term “geestelijke stoornis” in het boek blijft voorkomen “omdat we nog geen passende vervanging hebben gevonden”.

Dr. Sydney Walker, psychiater, neuroloog en schrijver van *A Dose of Sanity* waarschuwde voor de gevaren van het vertrouwen op de *DSM*: “Helaas kan de *DSM* een serieuze invloed

op je leven hebben... de effecten van dit het handboek zijn ver buiten de spreekkamer van de dokter te voelen, thuis, in bedrijven, rechtszalen en gevangenissen. De *DSM* kan gebruikt worden om jouw geschiktheid als ouder vast te stellen, je bekwaamheid om een beroep uit te oefenen en zelfs jouw recht om een bepaalde politieke partij te steunen.

“Het kan gebruikt worden om een crimineel in de gevangenis te houden of om een moordenaar vrij te laten in de maatschappij. Het kan gebruikt worden om jouw testament ongeldig te verklaren, om je het recht om te trouwen te ontzeggen zonder toestemming van de rechtbank. Als het toekennen van zoveel macht aan één boek beangstigend overkomt: dat is het ook. Maar we overdrijven hier niet...”

“Ik geloof dat het publiek en de psychiatrie zelf tot de conclusie moeten komen dat de etiketten uit de *DSM* niet alleen waardeloos zijn als medische ‘diagnoses’, maar dat ze gevaarlijk kunnen zijn. Zeker als deze diagnoses ervoor zorgen dat mensen hun vrijheid ontnomen wordt of als wapens gebruikt worden door psychiaters, die optreden als ingehuurd krachten voor het justitiële systeem”.³⁸



*ICD-10: International Classification of Diseases, sectie over geestelijke stoornissen

BELANGRIJKE FEITEN

1 De psychiatrie heeft nog nooit iets genezen. In plaats daarvan, als gevolg van hun uitgebreide gebruik van gevaarlijke psychotrope (bewustzijnsveranderende) drugs, heeft ze de slechte geestelijke gezondheidstoestand gecreëerd waarvoor nu zo wanhopig naar oplossingen wordt gezocht.

2 Medische onderzoeken tonen aan dat bij veel patiënten dat wat een geestelijke stoornis lijkt te zijn, eigenlijk veroorzaakt wordt door een ongediagnostiseerde lichamelijke conditie. Dit betekent niet een "chemische onevenwichtigheid" of een "hersenziekte", maar een echte lichamelijke conditie met een echt ziektebeeld dat vastgesteld kan worden door een competente medische arts.

3 Een studie, gepubliceerd in de *Archives of General Psychiatry*, stelde vast dat verschillende ziekten dezelfde symptomen hebben als schizofrenie, inclusief door drugs veroorzaakte psychoses, compleet met achtervolgingswanen en hallucinaties.

4 Een grondig lichamelijk onderzoek bij "mevrouw J" een patiënte met de diagnose schizofrenie omdat ze stemmen in haar hoofd hoorde, onthulde dat ze de glucose die de hersenen nodig hebben om te kunnen functioneren niet goed verwerkte. Toen ze hieraan behandeld was vertoonde ze geen spoor meer van haar voormalige geestelijke conditie.

5 Dr. Thomas Szasz, professor emeritus in de psychiatrie, adviseert: "Al het criminele gedrag moet onder controle gebracht worden door het gebruik van het strafrecht, een systeem waar psychiaters van uitgesloten moeten worden."





HOOFDSTUK VIER

Het verbeteren van geestelijke gezondheid

Als iemand rondrent op straat en willekeurig mensen meeneemt omdat hun gedrag hem niet aanstaat, ze opsluit en martelt met bewustzijnsveranderende drugs of elektriciteit, zou er een boel publieke verontwaardiging ontstaan. De overtreder zou aangeklaagd worden wegens mishandeling en jarenlang opgesloten worden.

Maar als deze overtreder een psychiater is en de wrede acties die hij uitvoert verhuld worden met termen als "geestelijke gezondheidszorg" of het "recht op behandeling" van de patiënt, wordt het systematisch geestelijk en lichamelijk kreupel maken van miljoenen mensen elk jaar genegeerd. De onschuldige patiënt wordt opgesloten; de dader van de mishandeling mag echter vrij blijven rondlopen om zijn misdaden te herhalen.

Als iedere psychiater juridisch het recht heeft om met geweld iemand gedwongen te laten opsluiten (kidnappen), hem aan lichamelijke pijn en geestelijke stress te onderwerpen (marteling), die hem permanent geestelijk beschadigt (wrede ongebruikelijke straffen), allemaal zonder te bewijzen dat hij een misdaad heeft gepleegd, dan hebben we, per definitie, te maken met een totalitaire staat.

In zijn boek, *Psychiatric Slavery*, schreef dr. Szasz: "Als mensen niet weten wat ze 'anders' moeten doen aan bijvoorbeeld; apathie een teruggetrokken tiener, een kleine crimineel, een exhibitionist of een lastige grootouder,

vertelt onze samenleving ze dat ze de 'lastpak' in een inrichting moeten stoppen. Om dit te veranderen moeten we een groeiend aantal menswaardige en rationele alternatieven hebben voor gedwongen opnamen in psychiatrische instellingen. Bejaardentehuizen, workshops, tijdelijke opvang voor de behoeftige zonder familiebanden, vooruitstrevende gevangenissen, deze en nog vele andere instellingen zullen nodig zijn om de taken die nu toevertrouwd zijn aan psychiatrische centra over te nemen."

Goed medisch onderzoek door niet-psychiatrische diagnostische specialisten is een eerste stap op de weg naar herstel voor elke geestelijk gestoorde persoon. Medisch onderzoek toont steeds weer aan dat bij veel patiënten dat wat lijkt op een geestelijke stoornis in werkelijkheid veroorzaakt wordt door een ongediagnostiseerde lichamelijke ziekte of conditie. We hebben het niet over een "chemische one-

"Een lichamelijke ziekte die niet correct gediagnosticeerd wordt kan leiden tot een levenslang gebruik van psychotrope drugs, verlies van productiviteit, lichamelijke en sociale achteruitgang en gebroken dromen".

*- Dr. Sydney Walker III, neuroloog en psychiater, schrijver van *A Dose of Sanity**

venwichtigheid" of een "hersenziekte, maar over een echte lichamelijke conditie die behandeld kan worden door een competente medische arts.

Gewone medische problemen kunnen gedrag en de kijk op het leven beïnvloeden. Voormalig psychiater William H. Philpott, nu een specialist in voeding en hersenallergieën, rapporteert: "Symptomen die voortkomen uit een tekort aan vitamine B12 variëren van een slechte concentratie tot een gevoelloze depressie, ernstige onrust en hallucinaties. Er is bewijs dat bepaalde nutriënten neurotische en psychotische reacties bijna onmiddellijk kunnen stoppen."

Het is van vitaal belang dat instellingen voor geestelijke gezondheidszorg een volledige diagnostische uitrusting hebben en competente medische (niet psychiatrische) artsen.

Gevaarlijke personen die gewelddadig zijn, moeten onafhankelijk van psychiaters behandeld worden. Prof. Szasz zegt: "Er zijn zeker mensen die gevaarlijk zijn". Maar "gevaar zou geen abstracte psychologische conditie moeten zijn die een persoon wordt toegewezen; in plaats daarvan zou het een gevolgtrekking moeten zijn uit het feit dat de

persoon een strafbare gewelddadige daad heeft gepleegd, ervoor aangeklaagd en er schuldig aan bevonden is. In dat geval moet hij gestraft worden, niet 'behandeld', hij moet naar de gevangenis, niet naar een ziekenhuis".

Als een persoon een gevaarlijke overtreding begaat zijn er criminele wetten om hem te corrigeren. Szasz zegt verder: "Al het criminele gedrag moet onder controle gebracht worden door het gebruik van het strafrecht, een systeem waar psychiaters van uitgesloten moeten worden".

WERKBARE BEHANDELING

Echte hulp

Dr. Giorgio Antonucci in Italië gelooft in de waarde van een mensenleven en dat communicatie, niet gedwongen gevangenschap en onmenselijke lichamelijke behandelingen zelfs de meest ernstig gestoorde geest beter kan maken.

In het instituut Osservanza (Observatie) in Imola, Italië behandelde dr. Antonucci tientallen zogenaamd schizofrene vrouwen, waarvan de meeste voortdurend aan hun bed

vastgebonden waren geweest of in dwangbuizen gehouden. Alle "gewone" psychiatrische behandelingen werden afgeschaft. Dr. Antonucci bevrijdde de vrouwen uit hun boeien en besteedde elke dag vele, vele uren aan het met hen praten om "door te dringen in hun deliriums en angsten". Hij luisterde naar verhalen van jaren van wanhoop en institutioneel lijden.

Hij zorgde ervoor dat patiënten werden behandeld met mededogen, respect en zonder het gebruik van drugs. In

feite veranderde de afdeling onder zijn leiding van de meest gewelddadige in de meest vreedzame van de inrichting. Na een paar maanden waren zijn "gevaarlijke" patiënten vrij en wandelden rustig in de tuin van de inrichting. Uiteindelijk waren ze stabiel en werden ze ontslagen uit het ziekenhuis, nadat velen voor het eerst van hun leven was geleerd hoe ze moesten werken en voor zichzelf moesten zorgen

De geweldige resultaten van dr. Antonucci waren



Dr. Antonucci behandelde zijn patiënten met communicatie, mededogen en zonder drugs.

Er is niets geheimzinnigs aan de stijging van zinloos geweld, criminaliteit, zelfmoord onder jongeren, legers van daklozen die rondzwerven in onze steden en talloze andere negatieve aanwijzingen over de geestelijke gezondheid in onze huidige samenleving. Het gaat niet om een groter wordend probleem rond “geestelijke ziekten” die meer “behandelingen” in de samenleving noodzakelijk maken. Deze problemen representeren een toenemend probleem, dat veroorzaakt is door psychiaters en hun behandelingen.

De psychiatrie heeft nog nooit iets genezen. In plaats daarvan, als gevolg van hun uitgebreide

gebruik van gevaarlijke psychotrope (bewustzijnsveranderende) drugs, heeft ze de slechte geestelijke gezondheidstoestand gecreëerd waarvoor nu zo wanhopig naar oplossingen wordt gezocht.

De kern van de zaak, zoals Prof. Szasz laat zien is, dat: “Psychiaters grotendeels verantwoordelijk zijn voor het creëren van de problemen die ze ogenschijnlijk zo hard proberen op te lossen”. Ze zijn daarom de laatste mensen waartoe we ons moeten richten om de problemen van onze daklozen, van het geweld en van de geestelijke gezondheid op te lossen.

ook veel goedkoper. Zulke programma's vormen een permanente getuigenis voor het bestaan van zowel echte antwoorden, als hoop voor degenen met echte problemen.

Een veilige haven van hoop

Het volgende is geschreven in 1999 door Dr. Loren Mosher, professor in de klinische psychiatrie aan de School of Medicine, Universiteit van Californië, San Diego en eens het hoofd van het Amerikaanse National Institute of Mental Health's Center for Studies of Schizophrenia.³⁹

“Ik opende het Soteria Huis in 1971...daar leefden jongeren met de diagnose ‘schizofrenie’ een drugsvrij leven met een niet-professionele staf die getraind was om te luisteren en ze te begrijpen, ze te steunen en veiligheid en zekerheid te bieden voor het opdoen van hun eigen ervaringen. Het idee was dat schizofrenie vaak overwonnen kan worden met behulp van betekenisvolle relaties, in plaats van met drugs...”



Moed kan gedefinieerd worden als het overwinnen van alle obstakels en communicatie als het hart van het leven. Deze twee kwaliteiten waren ruimschoots aanwezig bij twee opmerkelijke artsen: Dr. Giorgio Antonucci (links) en Dr. Loren Mosher, die beiden letterlijk hielpen om het leven terug te geven aan honderden patiënten die verloren waren in de degraderende omstandigheden in psychiatrische ziekenhuizen.

Het Soteria Huis vergeleek hun behandeling met “gebruikelijke” methoden waarbij psychiatrische drugs werden gebruikt voor mensen die onlangs de diagnose schizofrenie hadden gekregen.

“Het experiment werkte beter dan verwacht. Zes weken na de opname was er een duidelijke verbetering zichtbaar bij beide groepen ook al hadden de cliënten van het Soteria Huis geen anti-psychotische drugs gebruikt! Twee jaar na het project werkten de mensen die in het Soteria Huis behandeld waren in beduidend hogere functies, leefden vaker zelfstandig of in groepen en waren

minder vaak opnieuw opgenomen. Interessant was dat cliënten uit het Soteria huis die geen neuroleptische drugs hadden gekregen... of waarvan werd gedacht dat ze het slechtste zouden doen, het feitelijk het beste deden vergeleken met de controle groep uit het ziekenhuis die wel behandeld was met drugs.”³⁹



AANBEVELINGEN

Aanbevelingen

- 1** Geen enkele persoon zou ooit gedwongen moeten worden om elektroshock behandelingen, psychochirurgie of andere gedwongen psychiatrische behandelingen te ondergaan of om gedwongen te worden om psychiatrische drugs te slikken. Regeringen zouden dit soort misstanden bij wet moeten verbieden.
- 2** Sta erop dat de wetten over behandeling in de samenleving die gebaseerd zijn op rechterlijke machtigheden en daardoor gedwongen maatregelen, afgeschaft worden en ontmantel of voorkom het ontstaan van psychiatrische rechtbanken omdat ze een vrijbrief zijn voor het drogeren van onze samenleving.
- 3** Huisvesting en werk zullen meer goed doen voor de daklozen dan de levensverminderende effecten van psychiatrische drugs en andere psychiatrische behandelingen die de persoonlijke verantwoordelijkheid vernietigen. Velen van hen willen alleen maar een kans.
- 4** Installeer een volledige diagnostische uitrusting in psychiatrische instellingen onder leiding van een team competente lichamelijke (niet-psychiatrische) artsen om de onderliggende en ongediagnostiseerde lichamelijke condities te lokaliseren.
- 5** Er zou juridische bescherming gerealiseerd moeten worden die ervoor zorgt dat psychiaters en psychologen de burgerlijke, politieke, economische, sociale en culturele rechten van mensen niet langer met voeten kunnen treden zoals die beschreven staan in de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens en de Internationale Verklaring over Burgerlijke en Politieke Rechten en andere relevante documenten.
- 6** Doe aangifte van elk voorval van psychiatrisch misbruik, fraude of het illegaal verkopen van drugs. Stuur een kopie van de aangifte naar het CCHR. Als dit is gebeurd moeten er ook klachten ingediend worden bij de bevoegde autoriteiten zoals het Medisch Tuchtcollege. Dit soort organisaties kunnen een onderzoek instellen en een psychiater zijn vergunningen om een praktijk te voeren tijdelijk of definitief intrekken.
- 7** Patiënten en hun verzekeringsmaatschappijen moeten het recht krijgen om geld terug te claimen voor behandelingen die niet het beloofde resultaat of verbetering hebben opgeleverd, of resulteerde in bewezen schade bij de persoon. Hierbij moet vastgesteld worden dat de individuele zorgverlener en de psychiatrische instelling verantwoordelijk zijn en niet de regering of haar instanties.



Citizens Commission on Human Rights International

De Citizens Commission on Human Rights (CCHR) werd in 1969 vanuit de Scientology Kerk opgericht met het doel om psychiatrische schendingen van mensenrechten te onderzoeken en aan de kaak te stellen en om het veld van de geestelijke gezondheidszorg op te schonen. CCHR heeft vandaag de dag meer dan 130 afdelingen in 31 landen. Adviseurs, die Commissarissen genoemd worden, vormen de Adviesraad en deze bestaat uit artsen, advocaten, onderwijskundigen, artiesten, zakenmensen en vertegenwoordigers van burger- en mensenrechtenorganisaties.

CCHR verstrekt geen medisch of juridisch advies, maar werkt wel nauw samen met artsen en ondersteunt medische beroepsbeoefenaars. CCHR houdt zich voornamelijk bezig met het frauduleuze gebruik van subjectieve "diagnoses" die niet op wetenschappelijke of medische feiten gebaseerd zijn. Gebaseerd op deze valse diagnoses rechtvaardigen psychiaters het voorschrijven van schadelijke behandelingen met o.a. bewustzijnsveranderende drugs die het onderliggende probleem van de persoon maskeren en zijn/haar herstel in de weg staan.

Het werk van CCHR sluit aan bij de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van de VN, specifiek op de volgende punten die psychiaters dagelijks overtreden:

Artikel 3: "Een ieder heeft recht op leven, vrijheid en onschendbaarheid van zijn persoon."

Artikel 5: "Niemand zal onderworpen worden aan foltering, noch aan wrede, onmenselijke of ontorende behandeling of bestraffing."

Artikel 7: "Allen zijn gelijk voor de wet en hebben zonder onderscheid aanspraak op gelijke bescherming door de wet."

Door de valse diagnoses, stigmatiserende labels, wetten voor gedwongen opnamen en wrede depersonaliserende "behandelingen" van de psychiatrie, worden duizenden mensen geschaad en worden duizenden hun bij geboorte gekregen mensenrechten ontzegd.

CCHR heeft vele honderden hervormingen bewerkstelligd door te getuigen bij openbare hoorzittingen die over psychiatrische mishandelingen gehouden werden en door samen te werken met de media, wetsdienaren en overheidsfunctionarissen.



DOEL VAN DE ORGANISATIE

DE CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS

onderzoekt en onthult schendingen van mensenrechten in de psychiatrie. Zij werkt nauw samen met gelijkgestemde groepen en personen die ook werken aan het opschonen van de geestelijke gezondheidszorg. CCHR zal dit blijven doen tot de schadelijke en gedwongen praktijken van de psychiatrie ophouden te bestaan en mensenrechten en de menselijke waardigheid hersteld zijn voor iedereen.

Rosa Anna Costa

Raadslid voor Volksgezondheid, Regio Piemonte

“We moeten doorgaan met spreken voor degenen die dat zelf niet kunnen...We moeten verantwoordelijkheid nemen, als organisaties, om de campagne te leiden. Ik erken CCHR voor wat ze heeft gedaan in dit veld. Er zijn situaties waar zelfs wij niets vanaf weten en het is belangrijk dat samenwerkingsverbanden, zoals die met CCHR, ons de kans geven om hier kennis over te verkrijgen...Ik geloof dat het werk [van CCHR] uitgebreid moet worden zodat meer mensen te horen krijgen wat voor mishandelingen er uitgevoerd worden door de ‘niet zo ethische’ medische dokters...Ik wil de mensen van CCHR bedanken voor wat ze doen.”

Raymond N. Haynes

Assemblé van de Staat Californië

“De bijdragen die de Citizens Commission on Human Rights International heeft geleverd

aan de lokale, nationale en internationale zaken met betrekking tot de geestelijke gezondheid zijn van onschatbare waarde en reflecteren een organisatie die toegewijd is aan de hoogste idealen voor de geestelijke gezondheidszorg.”

Johann Reeve-Alexander,

N.D, Dip. Ho. Dip. Nut.

Tara Gezondheidscentrum, West Australië

“Ik heb bij CCHR een zorgzaam, toegewijd, menselijk en vastbesloten team van professionele mensen leren kennen die helpen om licht te werpen op de weerzinwekkende waarheid over psychiatrische praktijken... Zonder CCHR dat de deuren opent en het licht laat schijnen over deze praktijken door hun boeken, bewustwordingscampagnes, interventie op overheidsniveau en doorlopend onderzoek, zou het publiek zich niet bewust zijn van de schadelijke praktijken in deze medische sector.”

Voor meer informatie:

CCHR International

6616 Sunset Blvd.

Los Angeles, CA, USA 90028

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

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

CCHR KANTOREN



CCHR Australië

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

CCHR België

Citizens Commission on Human Rights
Postbus 55
2800 Mechelen 2,
België
Tel.: 324-777-12494

CCHR Canada

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

CCHR Denemarken

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

CCHR Duitsland

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

CCHR Engeland

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

CCHR Finland

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

CCHR Frankrijk

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

CCHR Griekenland

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

CCHR Hongarije

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

CCHR Israël

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

CCHR Italië

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

CCHR Japan

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

CCHR Mexico

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

CCHR Monterrey, Mexico

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

CCHR Nederland

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

CCHR Nepal

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

CCHR Nieuw Zeeland

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

CCHR Noorwegen

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

CCHR Oostenrijk

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

CCHR Rusland

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

CCHR Spanje

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

CCHR Taiwan

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

CCHR Tsjechië

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

CCHR Zuid-Afrika

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

CCHR Zweden

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

CCHR Zwitserland: Lausanne

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

CCHR Zwitserland: Ticino

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 Zwitserland: Zürich

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

REFERENTIES

Referentias

1. "Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America," *The President's New Freedom Commission on Mental Health Report*, 22 July 2003, p. 68.
2. Allen Jones, Investigator in the Commonwealth of Pennsylvania Office of Inspector General (OIG), Bureau of Special Investigations, 20 Jan. 2004.
3. Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*, (Perseus Publishing, 2002), pp. 227-228, citing L. Jeff, "The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-Year Follow-Up Findings," *Psychological Medicine* 22 (1992), pp. 131-145; Assen Jablensky, "Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures, a World Health Organization Ten-Country Study," *Psychological Medicine*, supplement, (1992): 1-95.
4. J.R. Ewalt, Foreword in Gryenebaum (ed.) *The Practice of Community Mental Health*, (Boston: Little, Brown & Co., 1970).
5. Peter Shrag, *Mind Control*, (Pantheon Books, New York, 1978), p. 45.
6. Thomas Szasz, M.D., *Cruel Compassion*, (John Wiley & Sons, Inc., New York, 1994) p. 160.
7. Steven Foley and Henry Sharfstein, *Madness and Government*, (American Psychiatric Association Press, Washington, D.C., 1983) p. 25.
8. Dr. Dorine Baudin, "Ethical Aspects of Deinstitutionalization in Mental Health Care, Final Report, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Program No. BMH 5-98-3793, July 2001, p. 14.
9. Franklin Chu and Sharland Trotter, *The Madness Establishment*, (Grossman Publishers, New York, 1974), pp. xi, xiii, 203-04.
10. Tony Jones and Adrian Bradley, "Sane Reaction," *Australian Broadcasting Corporation*, 10 June 1999.
11. Rael Issac and Virginia Armat, *Madness in the Streets*, (*The Free Press*, New York, 1990), p. 98.
12. *Ibid.*, p. 156.
13. Vera Hassner Sharav, MLS, "Children in Clinical Research: A Conflict of Moral Values," *The American Journal of Bioethics*, 3(1), 2003.
14. "Psychiatric Drugs—The Need to be Informed," Report on the Public Hearing on Psychiatric Drugs, presented by the NSW Committee on Mental Health Advocacy, Nov. 1981, p. 22, quoting Pam Gorrington, *Mental Disorder or Madness?* (University of Queensland Press, 1979).
15. *Op. Cit.*, Robert Whitaker, p. 143.
16. *Ibid.*, p. 164.
17. *Ibid.*, p. 256.
18. *Ibid.*, p. 257-258.
19. *Ibid.*, p. 257-258.
20. *Op. Cit.*, Allen Jones.
21. *Ibid.*, p. 286.
22. "Leading Therapy Classes by Global Pharmaceutical Sales, 2003," *IMSHealth.com*, 2004.
23. Erica Goode, "Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny," *The New York Times*, 20 May 2003.
24. *Op. Cit.*, Whitaker, *Mad in America*, p. 282.
25. *Op. Cit.*, Erica Goode.
26. *Ibid.*
27. Robert Whitaker, "Forced medication is inhumane....," *The Boston Globe*, 9 June 2002.
28. Michael McCubbin and David Cohen, *The Rights of Users of the Mental Health System: The Tight Knot of Power, Law, and Ethics*, Presented to the XXIVth International Congress on Law and Mental Health, Toronto, June 1999.
29. "Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States," Final Report, Mannheim, Germany, May 15, 2002, Introduction: pages 2-8.
30. Robert Whitaker, "Forced medication is inhumane....," *The Boston Globe*, 9 June 2002.
31. "Diet mulls fat of mentally ill criminals," *The Japan Times*, 8 June 2002.
32. *Op. Cit.*, Dr. Szasz, *Cruel Compassion*, p. 205.
33. Michael McCubbin and David Cohen, "The Rights of Users of the Mental Health System: The Tight Knot of Power, Law, and Ethics," presented to the XXIVth International Congress on Law and Mental Health, Toronto, Junw 1999.
34. Thomas Szasz, M.D., *Liberation By Oppression* (Transaction Publishers, New Brunswick, 2002), p. 127.
35. Sam Hart, "Mind Control, The shocking truth about Britain's mental hospitals, Exclusive survey," *The Big Issue*, 13-19 Nov. 2000, No. 412.
36. Nancy Wolff, Ph.D., "Courts as Therapeutic Agents: Thinking Past the Novelty of Mental Health Courts," *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 30:431-7, 2002.
37. Dr. Tana Dineen, Ph.D., *Manufacturing Victims*, Third Edition, (Robert Davies Multimedia Publishing, 2001), p. 86.
38. Sydney Walker, *A Dose of Sanity: Mind, Medicine and Misdiagnosis*, (John Wiley & Sons, Inc, NY, 1996), pp. 207 and 225.
39. Loren Mosher, "Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review," *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 187, 1999, pp. 142-149.

Citizens Commission on Human Rights HET VERHOGEN VAN HET BEWUSTZIJN

Educatie is een essentieel onderdeel van elk initiatief dat gericht is op het omkeren van sociale neergang. CCHR neemt deze verantwoordelijkheid heel serieus. Door de grootschalige verspreiding van de internet site, boeken, nieuwsbrieven en andere publicaties van CCHR, worden meer en meer patiënten, gezinnen, mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg, politici en talloze anderen op de hoogte

gebracht van de feiten over de psychiatrie en over effectieve maatregelen die genomen kunnen en moeten worden.

De publicaties van CCHR – verkrijgbaar in 15 talen – laten de schadelijke invloed van de psychiatrie zien op racisme, onderwijs, recht, het afkicken van drugs, normen en waarden, bejaardenzorg, religie en vele andere gebieden. De lijst publicaties bevat ondermeer:

DE WERKELIJKE CRISIS *in de huidig gezondheidszorg*

Rapport en aanbevelingen over het gebrek aan wetenschappelijkheid en resultaten in de geestelijke gezondheidszorg

GROOTSCHALIGE OPLICHTERIJ *De psychiatrie is een corrupte industrie*

Rapport en aanbevelingen over het criminele monopolie van de geestelijke gezondheidszorg

PSYCHIATRISCH BEDROG *De ondermijning van de geneeskunde*

Rapport en aanbevelingen over de invloed van de psychiatrie op de gezondheidszorg

PSEUDO-WETENSCHAP *De valse diagnoses van de psychiatrie*

Rapport en aanbevelingen over de onwetenschappelijke werkwijze van de psychiatrie

SCHIZOFRENIE *Een 'ziekte' die winst oplevert voor de psychiatrie*

Rapport en aanbevelingen over psychiatrische leugens en valse diagnoses

DE WREDE REALITEIT *Schadelijke psychiatrische 'behandelingen'*

Rapport en aanbevelingen over de destructieve gevolgen van elektroshocks en psichochirurgie

VERKRACHTING IN DE PSYCHIATRIE *Mishandeling van vrouwen en kinderen*

Rapport en aanbevelingen over de wijdverspreide seksuele misdrijven tegen patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg

DODELIJKE DWANGMAATREGELEN *Mishandeling als 'therapie' in de psychiatrie*

Rapport en aanbevelingen over het gewelddadig en gevaarlijk gebruik van dwangmaatregelen in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg

PSYCHIATRIE *zet de wereld aan de drugs*

Rapport en aanbevelingen over de rol van de psychiatrie in het ontstaan van de huidige drugs crisis

HET BEDROG ROND AFKICKEN *Psychiatrische zwendel met drugs*

Rapport en aanbevelingen betreffende methadon en andere desastreuze psychiatrische, op drugs gebaseerde 'rehabilitatie' programma's

KINDEREN AAN DE DRUGS *De psychiatrie vernietigt levens*

Rapport en aanbevelingen over frauduleuze psychiatrische diagnoses en het gedwongen aan de drugs zetten van de jeugd

HET SCHADEN VAN DE JEUGD *De psychiatrie vernietigt kinderen*

Rapport en aanbevelingen over schadelijke beoordelingen, evaluaties en programma's op onze scholen

DE SAMENLEVING GERUÏNEERD *Gedwongen psychiatrische 'zorg'*

Rapport en aanbevelingen aangaande het mislukken van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en andere opgedrongen psychiatrische programma's

HET SCHADEN VAN ARTIESTEN *De psychiatrie vernietigt creativiteit*

Rapport en aanbevelingen over de psychiatrische aanvallen op de creatieve beroepen

EEN GODDELOZE AANVAL *Psychiatrie versus religie*

Rapport en aanbevelingen over de negatieve psychiatrische invloed op religie

HET RECHT ONDERMIJND *De psychiatrie besmet het rechtssysteem*

Rapport en aanbevelingen over de negatieve psychiatrische invloed op rechtbanken en justitiële instellingen

MISHANDELING VAN OUDEREN *Wrede programma's in de geestelijke gezondheidszorg*

Rapport en aanbevelingen over de mishandeling van ouderen door de psychiatrie

CHAOS EN TERREUR *Het product van de psychiatrie*

Rapport en aanbevelingen over de rol van de psychiatrie in het internationale terrorisme

HET CREËREN VAN RACISME *Het verraad van de psychiatrie*

Rapport en aanbevelingen over het veroorzaken van rassenhaat en genocide door de psychiatrie

CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS

De internationale waakhond over de geestelijke gezondheidszorg

WAARSCHUWING: Stop nooit met het slikken van psychiatrische drugs zonder het advies en de begeleiding van een betrouwbare, niet-psychiatrische arts.



Deze publicatie is mogelijk gemaakt
door een donatie van de
International Association of Scientologists.

Uitgegeven door de
Citizens Commission on Human Rights

FOTO'S: 1: Mark Peterson/Corbis; 4: Wally McNamee/Corbis; 6: Reuters/Corbis; 7: Bettmann/Corbis; 10: Peter Turnley/Corbis; 13: The Sankei Shimbun; 12: Corbis; same : Reuters News Media Inc./Corbis; same : NewsPix (NZ); same : AP Wide World Photos; 14: Peter Turnley/Corbis; 16: Doug Menezes/Getty; 17: Bill Ross/Corbis.

*“Het is niet eerlijk om te doen
alsof gedwongen hulp voor
geestelijk gestoorden altijd goed
voor ze is en dat het niet toepassen
van dwang hetzelfde is als
“zorg onthouden”... de geschiedenis
leert ons uit te kijken voor
weldoeners die ons
van onze vrijheid beroven.”*

*— Thomas Szasz
emeritus professor in de psychiatrie*