

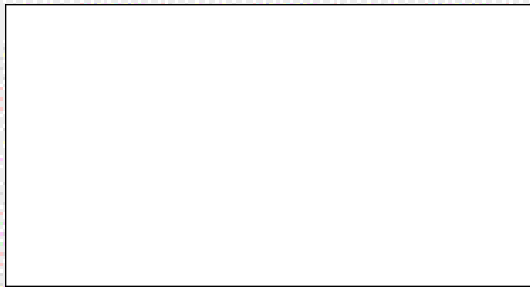
CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS

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. Haar medeoprichter is Dr. Thomas Szasz, emeritus professor in de psychiatrie en internationaal bekend schrijver. CCHR heeft vandaag de dag meer dan 130 afdelingen in ruim 30 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 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.

VOOR MEER INFORMATIE:

CCHR International
6616 Sunset Blvd.
Los Angeles, CA, USA90028
Tel.: (323) 467-4242
(800) 869-2247 • Fax: (323) 467-3720
www.cchr.org
e-mail: humanrights@cchr.org



DE SAMENLEVING GERUINEERD

GEDWONGEN PSYCHIATRISCHE ZORG



In het algemeen belang openbaar gemaakt door de
Citizens Commission on Human Rights



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 delichamelijke lobotomie waarvoor de psychotrope drugs in de plaats kwamen."

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

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 worden uitgegeven?

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

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 verstrekking van 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 bedroeg de geschatte kosten van neuroleptica voor de behandeling van zogenaamde schizofrenepatiënten in de Verenigde Staten meer dan \$ 10 miljoen per dag.¹

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 zoveel". Kwalitatief hoogwaardige zorg die resulteert in herstel en reintegratie in de maatschappij hoeft helemaal niet duur te zijn. We hebben het wel over snel, permanent, energiegelijk, *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) patiënten het veel beter deden dan in de Verenigde Staten en vier andere ontwikkelde landen. Een vervolgonderzoek kwam tot dezelfde conclusie.²

In de Verenigde Staten was aan het eind van deze vijftig 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

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 effecten ervan de hersenen en het leven beschadigen.
- Jan Eastgate

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 hebbende Verenigde Staten de hoogste consumptie van neuroleptica op de wereld.

Depsychiatrie promoot al 50 jaar de theorie dat de enige "behandeling" voor ernstige geestelijke ziekten bestaat uit neuroleptische [antipsychotische] drugs. De waarheid is dat het drogeren van ernstig geestelijk gestoorde onnodig is, erg duur en dus winstgevend is en dat het de hersenen en het leven beschadigende effecten heeft.

De simpele waarheid is dat er werkbare alternatieven zijn voor de psychiatrische behandeling die schadelijk zijn. 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 de hulp te realiseren voor diegenen die het nodig hebben.

Jan Eastgate,
Woordvoerder Citizens Commission
on Human Rights International

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. De CMH Centra werden gepromoot als de oplossing voor alle problemen binnen de instellingen. Men 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 zorg dragen 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.

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.”³

Dr. Thomas Szasz, emeritus professor in de psychiatrie, verklaarde dat deze miraculeuze aanbiedingen “simpelweg de laatste wondermidde-

“Community Mental health zou niet alleen mensen behandelen maar hele gemeenschappen; ze zouden, de hele gemeenschap behandelen en niet alleen individuele burgers... het waren de drugs die hen voorzaggen van hun meest krachtige technologie...”

— Peter Shrag, schrijver van Mind Control.

len waren van de psychiatrische beroepsgroep: drugs en de-institutionalisatie. Zoals gebruikelijk definiëerden 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.”⁴

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 werkeloosheid en intolerantie voor verschillen.”⁵

Psychiatrists have consistently blamed the failure of deinstitutionalization on a lack of funding. In reality, they create the drug-induced crisis themselves and then, shamelessly, demand yet more money.

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.

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, of zware kalmerende middelen.

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.”

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.”⁶

De dakloze individuen die we op straat tegen zichzelf

zien praten en grimassen trekken, vertonen de effecten van door drugs veroorzaakte beschadigingen. “Tardive Dyskinesia” (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 ondervinden om als “normaal” geaccepteerd te worden door de gewone man op straat”, schreef Pam

Gorring, schrijver van *Mental Disorder or Madness?* 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

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, schrijver van *Mad in America*

een slechte concentratie.⁷

Het staat buiten kijf dat het publiek beschermd moet worden tegen gewelddadig en psychotisch of dol gedrag. Echter, dat dithet belangrijkste risico is dat we kunnen verwachten van ernstig geestelijk gestoorde patiënten van wege hun geestelijketoestand, 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 plattespuiten met neuroleptische drugs, indien nodig tegen hun wil. Dewaarheid is dat noch de afwezigheid, noch het niet innemen van die drugs het probleem vormt. De drugs zelf veroorzaken gewelddadig gedrag.

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

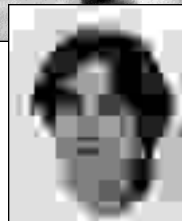
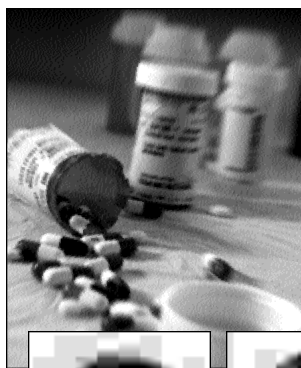
vaak voorgeschreven kalmerend middel de helft van de patiëntenduidelijk agressievermaakte.⁸

Volgens een studie van een minder belangrijk kalmerend middel “ontstond een geweldig 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”.

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”.⁹ Tussen 1994 en 2002 ontwikkelden 288 patiënten die nieuwe antipsychotica slikten diabetes; 75 werden er ernstig ziek en 23 mensen overleden.

In plaats van minder bijwerkingen hebben de nieuwe antipsychotica meer ernstige bijwerkingen. Hieronder vallen: blindheid, fatale bloedproppen, hartritme stoornissen, 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.



Zware tranquillizers (antipsychotica) beschadigen het extrapiramidale systeem, het uitgebreide en ingewikkelde netwerk van zenuwvezels, die de motoriek aansturen. Dit resulteert in speilstijfheid en verschillende onwillekeurige bewegingen, die het lichaam verwringen en het gezicht vertrekken in rare grimassen.

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.¹⁰

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.

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'."

Terrence Campbell schreef in een artikel in de *Michigan Bar Journal* uit 1994: "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%, het gemiddelde ligt op ongeveer 85%."

In 2002 verduidelijkte Kimio Moriyama, de vice-voorzitter van de Japanse Vereniging voor Psychiatrie, waarom de psychiatrie onmogelijk kan voorspellen of iemand gevaarlijk is of niet.¹¹

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.

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...¹²

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,

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

geen acceptabele optie meer” in de overleggen die plaatsvinden over het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg.

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.

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.

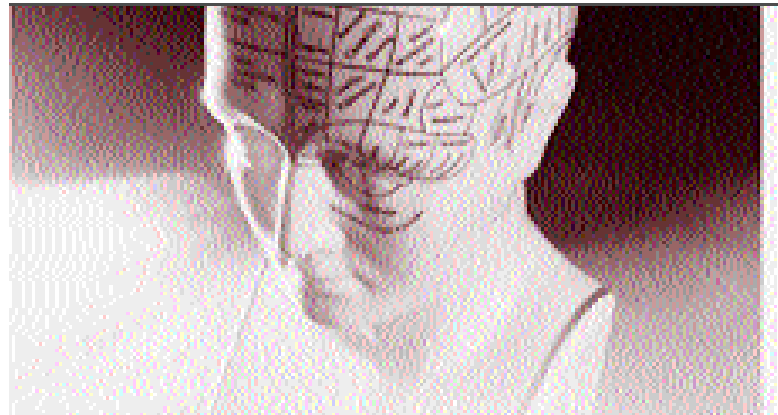
DE PSYCHIATRISCHE RECHTBANKEN

“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. De overtreder wordt veroordeeld tot een psychiatrische diagnose en behandeling met drugs.

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.

De 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.

HOOFDSTUK VIER VERZONNEN ZIEKTEN



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 diagnosticeren van geestelijke stoornissen is het *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* of de *DSM*, van de American Psychiatric Association (APA). “In tegenstelling tot medische diagnoses die een mogelijke oorzaak, passende behandelingen 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 commissie leden van de APA. Het boek is voornamelijk bedoeld om rekening te houden met de wetenschap, zegt Dr. Tana Dineen in een rapport.¹³ Het heeft niets te maken met objectieve wetenschap.

Dr. Sydney Walker, psychiater, neuroloog en schrijver van *A Dose of Sanity* waarschuwt voor de gevaren van het vertrouwen op de *DSM*: “Hij 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 ontfangen zonder toestemming van de rechtbank. Als het toekennen van zoveel macht aan één boek angstigend overkomt: dat is het ook.

“... De etiketten uit de *DSM* niet alleen waardeloos zijn als medische diagnoses, maar ze kunnen ook uiterst gevaarlijk zijn. Zeker als deze diagnoses worden gebruikt om de menselijke vrijheid ontnemen, wordt of als wapens gebruikt worden door psychiaters, die optreden als ingehuurde krachten voor het justitiële systeem”.¹⁴

HOOFDSTUK VIJF HET VERBETEREN VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID



Als iedere psychiater juridisch het recht heeft om met geweld iemand gedwongen te laten opsluiten (kiddnappen), 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 gevangnissen, 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 onevenwichtigheid" of een "hersenziekte, maar over een echte lichamelijke conditie die behandeld kan worden door een competente medische arts.

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.

AANBEVELINGEN

- 1 Sta erop dat de wetten over behandeling in de samenleving die gebaseerd zijn op rechterlijke machtigingen 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.
- 2 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.
- 3 Als jijzelf, een familielid of vriend gedwongen is behandeld of mishandeld door een psychiater, raadpleeg dan een advocaat om vast te stellen of je de verantwoordelijke psycholoog of psychiater, hun collega's en medeplichtigen strafrechtelijk of civiel kunt vervolgen.

Waarschuwing: Stop nooit met het gebruik van psychiatrische drugs zonder het advies en de begeleiding van een goede, niet-psychiatrische arts.



Deze publikatie is mogelijk gemaakt door een donatie van de International Association of Scientologists Members' Trust uit de V.S.

1. Allen Jones, Investigator in the Commonwealth of Pennsylvania Office of Inspector General (OIG), Bureau of Special Investigations, Law Project for Psychiatric Rights, Internet address: <http://psychrights.org>, 20 Jan. 2004, p. 31.
2. Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (Perseus Publishing, Cambridge, Massachusetts, 2002), pp. 227-228.
3. Peter Schrag, *Mind Control* (Pantheon Books, New York, 1978), p. 45.
4. Thomas Szasz, M.D., *Cruel Compassion* (John Wiley & Sons, Inc., New York, 1994), p. 160.
5. 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.
6. Vera Hassner Sharav, "Children in Clinical Research: A Conflict of Moral Values," *The American Journal of Bioethics*, Vol. 3, No. 1, 2003.
7. Op. Cit. Whitaker, p. 256.
8. *Ibid.* p. 188.
9. Erica Goode, "Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny," *The New York Times*, 20 May 2003.
10. "Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States," Final Report, Mannheim, Germany, 15 May 2002, Intro, pp. 2-8.
11. "Diet Mulls Fat of Mentally Ill Criminals," *The Japan Times*, 8 June 2002.
12. Michael McCubbin and David Cohen, "The Rights of Users of the Mental Health System: The Tight Knot of Power, Law, and Ethics", XXIVth International Congress on Law and Mental Health, Toronto, June 1999.
13. Dr. Tana Dineen, Ph.D., *Manufacturing Victims*, Third Edition (Robert Davies Multimedia Publishing, 2001), p. 86.
14. Sydney Walker III, *A Dose of Sanity: Mind, Medicine and Misdiagnosis* (John Wiley & Sons, Inc, New York, 1996), pp. 207, 225.

FOTO'S DOOR: Omslag: Mark Peterson/Corbis; 2: Peter Turnley/Corbis; 5: Wally McNamee/Corbis; 10: Peter Turnley/Corbis.

© 2004 CCHR. Alle rechten voorbehouden. CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS, CCHR en het CCHR zijn handelsmerken en servicemerken in eigendom van de Citizens Commission on Human Rights. Printed in the U.S.A. Item #FLO19137