

[https://www.madinamerica.com/2020/08/deep-sleep-therapy-australia/?mc\\_cid=6b3283cc7f&mc\\_eid=8e512ac240](https://www.madinamerica.com/2020/08/deep-sleep-therapy-australia/?mc_cid=6b3283cc7f&mc_eid=8e512ac240)

(Vertaling door [www.ncrm.nl](http://www.ncrm.nl) )

## **Deep Sleep Therapy in Australië in de jaren zestig en zeventig: zou iets dergelijks ook nu kunnen gebeuren?**

Door Philip Hickey, PhD, 27 augustus 2020

Hierbij een interessant verhaal uit Australië, dat onlangs weer in de schijnwerpers kwam.

Van 1962 tot 1979 beoefende psychiater Harry Bailey, MD, werkzaam als hoofdpsychiater in het Chelmsford Private Hospital in New South Wales, "*deep sleep therapy*" ('diepe slaap therapie'), waarbij mensen dagen of zelfs weken in door barbituraat (kalmeringsmiddel) veroorzaakte coma's werden gehouden. Vierentwintig van de personen die deze "behandeling" ontvingen, stierven terwijl ze nog in het ziekenhuis lagen. Veel meer stierven later of vertoonden na ontslag blijvende hersenschade.

Volgens Wikipedia is [deep sleep therapy](#) (ook bekend als langdurige slaapbehandeling of voortdurende narcose): "een psychiatrische behandeling waarbij medicijnen worden gebruikt om patiënten gedurende een periode van dagen of weken bewusteloos te houden."

Deep sleep therapy heeft een bewogen geschiedenis. Het werd voor het eerst geprobeerd door Neil Macleod, een Schotse psychiater, aan het begin van de twintigste eeuw, maar het sloeg niet aan en werd al snel verlaten. Het werd in 1915 opnieuw geïntroduceerd door Giuseppe Epifanio, een Italiaanse psychiater, die barbituraten gebruikte om slaap op te wekken.

In de jaren 1920 werd de procedure aangepast door Jakob Klaesi, een Zwitserse psychiater, die ook barbituraten gebruikte die op de markt werden gebracht door het farmaceutische bedrijf Roche. In Klaesi's eerste publicatie over deze kwestie erkende hij dat drie van de 26 patiënten tijdens het onderzoek waren overleden als gevolg van bronchopneumonie of hartbloedingen (hier pp 334-335). Dit is ongeveer 12%. Desalniettemin verwierf de methode enige populariteit in de jaren '50 en '60 en werd ze gebruikt door William Sargant in het VK en Donald Cameron in Canada. Beide werden beschouwd als vooraanstaande psychiaters: Dr.Sargant was president van de psychiatrische afdeling van de Royal Society of Medicine, 1956-1957, en was een van de oprichters van de World Psychiatric Association. Dr. Cameron was voorzitter van de American Psychiatric Association (1952-53), Canadian Psychiatric Association (1958-59), American Psychopathological Association (1963), Society of Biological Psychiatry (1965) en World Psychiatric Association (1961-66). Hij is bekritiseerd vanwege het toedienen van elektrische schokken en drugs zonder toestemming en voor zijn rol bij de ontwikkeling van psychologische marteltechnieken. ([hier](#))

In 1972 schreef dr. Sargant samen met Eliot Slater en Desmond Kelly *An Introduction to Physical Methods of treatment in Psychiatry* (Edinburgh: Churchill Livingstone, 1972). Hier is een citaat uit de tekst, ontleend aan het Wikipedia-artikel over [Deep Sleep Therapy](#):

"Veel patiënten die een lange ECT-kuur niet kunnen verdragen, kunnen dit doen wanneer de angst wordt verlicht door narcose ... Wat zo waardevol is, is dat ze over het algemeen geen herinnering hebben over de werkelijke duur van de behandeling of het aantal gebruikte ECT ... Bij 4 behandelingen [zonder narcose] kunnen ze vragen om ECT stop te zetten vanwege een toenemende angst voor verdere behandelingen. Door slaap te combineren met ECT kan dit worden vermeden ... Terwijl de patiënt slaapt, kunnen allerlei soorten behandelingen worden gegeven, waaronder een verscheidenheid aan medicijnen en ECT [die] samen over het algemeen een aanzienlijk geheugenverlies veroorzaken tijdens de narcotische periode. De patiënt weet in de regel niet hoelang hij heeft geslapen of welke behandeling, zelfs inclusief ECT, hij heeft gekregen. Onder de slaap... kan men nu vele soorten lichamelijke behandelingen geven, noodzakelijk, maar vaak niet gemakkelijk te verdragen. We zien hier misschien een nieuw opwindend begin in de psychiatrie en de mogelijkheid van een behandelingsperiode zoals gevolgd door de introductie van anesthesie bij operaties. "

Men kan zich afvragen wat de "vele soorten lichamelijke behandelingen die nodig waren, maar vaak niet gemakkelijk te verdragen" inhielden. Het Wikipedia-artikel over [Dr. Sargant](#) is niet vleiend, bijvoorbeeld:

"Sargant gebruikte narcose (slaapbehandeling) om de weigering van een patiënt voor elektroconvulsietherapie te overwinnen, of om het zelfs zonder hun medeweten af te leveren."

En: "Er waren echter meerdere doden."

Harry Bailey, de eerder genoemde Australische psychiater, was blijkbaar geïnspireerd door de methoden van Sargant. Ze bleven in nauw contact, en naar verluidt wedijverden ze zelfs met elkaar om te zien welke een patiënt in de diepste coma kon houden ([hier](#)).

### **Doden en deep sleep therapy**

"Diepe slaaptherapie werd... beoefend (in combinatie met elektroconvulsietherapie... en andere therapieën) door Harry Bailey tussen 1962 en 1979 in Pennant Hills, New South Wales, in het Chelmsford Private Hospital. Zoals toegepast door Bailey, omvatte diepe slaaptherapie langdurige perioden van door barbituraat geïnduceerd bewusteloosheid. Het werd voorgeschreven voor verschillende aandoeningen, variërend van schizofrenie en depressie tot obesitas, premenstrueel stress-syndroom en verslaving. " ([Wikipedia](#))

"Zesentwintig patiënten stierven in het Chelmsford Private Hospital in de jaren zestig en zeventig. Na het falen van de instanties voor medisch en strafrechtelijk onderzoek om klachten over Chelmsford aan te pakken, legden een reeks artikelen begin jaren tachtig in de Sydney Morning Herald en televisieverslaggeving in *60 Minutes* de misstanden in het ziekenhuis bloot, waaronder 24 sterfgevallen als gevolg van de behandeling [ diepe

slaaptherapie]. Dat dwong de autoriteiten tot actie en de Chelmsford Royal Commission werd benoemd. De Citizens Commission on Human Rights (CCHR), opgericht door de Scientology Kerk en emeritus hoogleraar psychiatrie Dr. Thomas Szasz in 1969, was een pleitbezorger voor slachtoffers ... "( [Wikipedia](#))

Aanvullende details van deze zaken worden uiteengezet in een document met de titel "[Deep Sleep Tragedy](#)", geschreven door het Public Interest Advocacy Centre (PIAC), een Australische non-profitorganisatie.

Hier zijn enkele citaten uit het rapport van PIAC:

"Patiënten werden dagen of weken in comateuze toestand gehouden door enorme doses barbituraten. Ze lagen naakt op bedden en werden door buizen gevoerd en kregen soms krampachtige elektrische schokken toegediend terwijl ze in coma waren.

"De belangrijkste voorstander van de behandeling, dr. Harry Bailey, beweerde dat diepe slaaptherapie depressieve ziekten en dwangmatig gedrag zoals drugs- en alcoholverslaving genas.

"Andere psychiaters twijfelden aan de waarde van de behandeling en waren bezorgd over de risico's ervan. Dr. Bailey en zijn kleine groep collega's waren de enige psychiaters [in Chelmsford] die met enige frequentie diepe slaaptherapie gebruikten.... "

"In 1980 stuurde de CCHR documenten die het van Chelmsford had gekregen door naar het televisieprogramma *60 Minutes*. Het verhaal van 60 minuten dat naar aanleiding van die documenten werd uitgezonden, was een krachtige aanklacht tegen dr. Bailey en zijn collega's en tegen inactiviteit van de overheid. De autoriteiten werden uiteindelijk tot enige actie aangezet, maar wat volgde was een betreurenswaardige reeks mislukkingen door verschillende delen van de bureaucratie, die 11 jaar later uiteindelijk leidden tot het schrappen van procedures wegens wangedrag tegen de Chelmsford-artsen vanwege deze vertraging .... "

"Rond die tijd werden er verschillende onderzoeken gehouden naar de dood van patiënten en was er een aanklacht wegens doodslag in behandeling tegen dr. Bailey ...."

"Na verdere schermutselingen in de rechtszaal verwees de Onderzoekscommissie de klachten naar het Tuchtcollege, de instantie die artsen uitschrijft. Na verdere vertragingen kwam de hoorzitting over uitschrijving uiteindelijk in juni 1986. Dr. Bailey had in de tussenliggende periode zelfmoord gepleegd. "

Uiteindelijk werd de zaak van de eisers afgewezen op grond van het feit dat de lange vertragingen van het onderzoek de psychiaters (let op: de *psychiaters*) ongemak veroorzaakten en dat de eisers hun eigen zaak hadden moeten voortzetten toen ze zich realiseerden dat de regering te traag was geweest.

## Andere rapporten

Het Chelmsford-schandaal, zoals het bekend werd, veroorzaakte destijds veel discussie en shock. Hier zijn enkele aanvullende zaken die aan het licht zijn gekomen door verschillende onderzoeken en rapporten.

Uit de [Australian Dictionary of Biography: Bailey, Harry Richard \(1922-1985\)](#)

"In 1979, toen Bailey's praktijk in Chelmsford werd gesloten, waren er ten minste vierentwintig patiënten overleden, anderen hadden zelfmoord gepleegd en veel overlevenden leden aan lichamelijke en psychische complicaties als gevolg van hun behandeling."

'De sluier van professionele reputatie die Bailey beschermdde, begon te ontrafelen. Vanaf 1972 documenteerde een verpleegster uit Chelmsford, Rosa Nicholson, onregelmatigheden in de behandeling; ze gaf dit bewijs door aan het Citizens Committee on Human Rights, een tak van de controversiële Scientology Kerk. In 1978 schreef de commissie aan de procureur-generaal met details over het bewijs van medische wanpraktijken, en kranten begonnen hun aantijgingen te rapporteren. Dat jaar ondermijnden de zelfmoord van de danseres Sharon Hamilton, een patiënt en geliefde van Bailey, en onthullingen dat hij de begunstigde van haar landgoed was, zijn reputatie nog meer."

'Een goedgeklede, knappe charmeur met een engelengezicht. Bailey was charismatisch, ondanks af en toe een dronken woede. Een bekende levensgenieter, hij was geneigd zijn prestaties te overdrijven. Hoewel hij verviel in periodes van diepe somberheid, verzacht door drank en medicatie, bleef hij beweren dat zijn methoden doeltreffend waren. Hij zag zichzelf als een martelaar, opgejaagd door religieuze fanatici en onwetende critici."

"Bailey genoot van de attributen van professionele macht en maakte gebruik van de kwetsbaarheden van degenen onder zijn hoede door seksuele relaties te hebben met een aantal vrouwelijke patiënten en sommige werknemers."

"In 1988 stelde de regering van Greiner een koninklijke commissie in voor diepe slaaptherapie. De commissaris concludeerde dat de gebeurtenissen in Chelmsford betreurenswaardig waren en vond aanwijzingen voor fraude, belemmering van de rechtsgang en ernstige medische nalatigheid. Hij veroordeelde alle betrokken artsen, maar concludeerde dat Bailey centraal stond en dat er zonder hem geen diepe slaaptherapie zou zijn geweest. Het parlement van New South Wales verbood de behandeling en stelde strengere regels vast voor de toelating en behandeling van psychiatrische patiënten. "

Uit: [Chelmsford Scandal: Harry Bailey & Chelmsford Private Hospital:](#)

"In de nasleep van het Chelmsford-schandaal waren er ingrijpende hervormingen nodig bij de psychiatrie. De aard van Chelmsford als een privéziekenhuis betekende dat het niet onder de aandacht van het volksgezondheidssysteem kwam. De regulering van Chelmsford was dus matig, en er was op dat moment geen goede ethische code binnen de psychiatrie (Wilson, 2003). Er werd langzaam vooruitgang geboekt nadat het schandaal van Chelmsford aan het

licht was gekomen; er vond wederopbouw plaats van een nieuwe klachteneenheid binnen de afdeling gezondheidsdiensten, waardoor leden van het publiek een directere en onafhankelijker plek kregen om hun zorgen kenbaar te maken (Swan, 1991). Dit was iets dat ernstig ontbrak in de hoogtijdagen van Chelmsford, aangezien veel patiënten de media als een openbaar forum moesten gebruiken om hun stem te laten horen. Een ethische code voor de psychiatrie werd in 1992 geïmplementeerd door het Australische en Nieuw-Zeelandse College of Psychiatrists (Wilson, 2003) en in 2010 werden medische professionals wettelijk verplicht om andere medische professionals die hun geneeskunde beoefenden buiten de normaal aanvaarde vormen te rapporteren. "

"Veranderingen in de wet- en regelgeving zijn niet zonder weerstand en angst doorgevoerd vanuit psychiatrische kringen. Veel professionals waren bang dat de regels die in de nasleep van Chelmsford werden geïmplementeerd, te reactief zouden zijn en het beroep zouden verstikken, waardoor de psychiaters niet meer in staat zouden zijn om nieuwe en 'innovatieve' technieken te oefenen. (Boettcher, 1998) "

Van [Psychiatric Coma Treatment in Australia, 1959-1982](#) (recensie van Amazon-pagina voor het boek: Deep Sleep: Harry Bailey and the Scandal of Chelmsford door B. Bromberger en J. Fife-Yeomans):

"De behandeling omvatte mensen die naakt werden verpleegd op gemengde afdelingen, onderworpen aan sondevoeding. Af en toe ontsnapten patiënten en waren bewoners af en toe getuige van mensen die naakt over straat renden met een slang aan de neus. Naar verluidt was de stank van urine op de afdeling overweldigend. Harry Bailey had seksuele relaties met een aantal van zijn patiënten en had een speciale kamer in het privéziekenhuis waar hij werkte om daar privétijd te hebben met geselecteerde patiënten. "

'Geen enkele arts die naar zijn privéziekenhuis verwijst, heeft ooit iets in twijfel getrokken. Geen enkele verpleegkundige heeft problemen aan de orde gesteld bij een onderzoeksinstantie. Een verpleegster in opleiding die geschokt was door wat ze zag, nam in 1972 contact op met de gezondheidsdienst, maar kreeg geen antwoord. Pas toen de Scientology Kerk erbij betrokken raakte, werd een proces in gang gezet om psychiatrische comabehandeling uit te bannen. De medische professie sloot echter de rijen en alleen Bailey kreeg de schuld. "

Uit "[Horror Tales Emerge from Australian Hospital](#)", door Michael Perry. Artikel in The Jakarta Post (Indonesië), 28 december 1990, [uit de bestanden van Leonard Roy Frank](#):

"Tussen 1963 en 1979 stierven minstens 24 patiënten als gevolg van DST [diepe slaaptherapie]. Nog eens 24 pleegden zelfmoord nadat ze waren ontslagen.

"In totaal overleden 183 diep-slaappatiënten in het ziekenhuis of binnen een jaar na terugkeer naar de buitenwereld, terwijl bij 977 patiënten hersenbeschadiging werd vastgesteld."

'De verschrikkingen van Chelmsford zouden nooit aan het licht zijn gekomen als er niet één persoon, verpleegster Rosa Nicholson, moedig was geweest.

“Nadat een vriendin stierf na een diepe slaapbehandeling, probeerde ze 18 maanden lang een baan te krijgen bij Chelmsford. Medio 1977 gaf een advertentie in een krant in Sydney haar een kans.

'De daaropvolgende twee jaar smokkelde ze ziekenhuis- en patiëntendossiers Chelmsford uit, kopieerde ze en gaf ze terug.

'Ze bleef tien jaar undercover en lekte schadelijk bewijsmateriaal tegen Bailey uit naar degenen die wilden luisteren.

“Het personeel zei dat Bailey seks had gehad met zijn vrouwelijke patiënten en ze vaak 's avonds laat per taxi naar zijn kantoor of naar huis stuurde.

"Commissaris Justitie John Slattery zei in zijn 12-delige rapport dat er' sterke vermoedens 'waren dat Bailey betrokken was bij de zelfmoord van zijn patiënt en geliefde, zangeres Sharon Hamilton.

"Bailey was de enige begunstigde van Hamilton's testament.

" Niemand heeft Bailey ondervraagd omdat hij de leider was in zijn vakgebied, 'zei Whitty [voormalig' patiënt ']. 'Hij had alle kwalificaties van een eminente specialist - je kon niet anders dan in hem geloven. "

Uit "[Australian deep sleep report awakens anger.](#)" BMJ deel 302, jan. 1991, blz. 70-71.

“Sommige [van de' patiënten '] ondergingen psychochirurgie, waarvan Bailey een vooraanstaand voorstander was. Hij geloofde dat homoseksualiteit een indicatie was voor een hersenoperatie.

Uit "Australian Deep Sleep Report wekt woede op." BMJ deel 302, jan. 1991, blz. 70-71.

“Sommige [van de' patiënten '] ondergingen psychochirurgie, waarvan Bailey een vooraanstaand voorstander was. Hij geloofde dat homoseksualiteit een indicatie was voor een hersenoperatie.

'De commissaris meldde dat dr. Bailey overlijdensakten had vervalst en had gelogen tegen coroniale gerechtelijke onderzoeken die teruggaan tot 1967.

"Private ziekenhuizen worden nu zogenaamd veel nauwkeuriger geïnspecteerd en de huidige minister van Volksgezondheid van de staat heeft een sterk standpunt ingenomen met betrekking tot controversiële behandelingen in de psychiatrie - wat overigens problemen heeft veroorzaakt voor het plaatselijke College van Psychiaters, dat niet wil zien psychochirurgie is bijvoorbeeld volledig verboden. "

## **Observaties en commentaar**

Misschien wel het meest opmerkelijke kenmerk van deze hele zaak is het feit dat bekend was dat de continue narcoseprocedure al in 1922 een significant risico op overlijden of invaliditeit

met zich meebracht - veertig jaar voordat de zeer vooraanstaande Dr. Bailey's 'behandelingen' begonnen. Denk aan het sterftcijfer van 12% van Dr. Klaesi!

Bovendien heeft de 1963-editie van Tabers Cyclopedic Medical Dictionary het volgende te zeggen over het gebruik van barbituraten om sedatie of diepe slaap te produceren voor legitieme chirurgische doeleinden:

"Nazorg: Terwijl hij bewusteloos is, plaats hem op zijn zijkant tenzij een luchtweg is ingebracht, wanneer de patiënt op de rug kan liggen. Let op een rustige ademhaling en een grijze gezichtskleur die onmiddellijk aan de chirurg moet worden gemeld. Zorg dat er zuurstof bij de hand is. Laat de patiënt nooit buiten bewustzijn." (p B-9)

Uit dit citaat blijkt duidelijk dat er al in 1963 een erkenning was binnen de huisartsgeneeskunde van de risico's die het gebruik van barbituraten met zich meebrengt om slaap op te wekken, zelfs voor korte periodes. De redenen voor de bezorgdheid zijn ten eerste dat barbituraten de ademhaling onderdrukken, en ten tweede dat de fatale dosis relatief dicht bij de dosis ligt die nodig is om slaap op te wekken. Ondanks dit, en het hoge sterftcijfer, liep het gebruik van continue narcose in het Chelmsford Private Psychiatric Hospital van 1962 tot 1979 - in totaal 17 jaar.

## Toen en nu

Je zou natuurlijk kunnen zeggen dat de jaren zestig en zeventig lang geleden waren; dat psychiaters nu veel voorzichtiger zijn; en dat zulke dingen vandaag niet zouden gebeuren.

Hmm.

## Acathisie

In 1983 verscheen een artikel met de titel "[Suicide Associated with Acathisia and Depot Fluphenazine Treatment](#)" in de Journal of Clinical Psychopharmacology. De auteurs waren Katherine Shear, MD, Allen Frances, MD, en Peter Weiden, MD. Het artikel presenteert twee casestudies van personen die zelfmoord hadden gepleegd terwijl ze leden aan de effecten van depotfluphenazine geïnduceerde acathisie. Fluphenazine is een neurolepticum dat in de VS op de markt wordt gebracht als Modecate en Prolixin, naast andere merknamen. Hier is de conclusie van het stuk:

"Hoewel we er niet zeker van kunnen zijn dat acathisie de dood van onze patiënten veroorzaakte, leken symptomen van acathisie onmiddellijke versnellers van suïcidaal gedrag te zijn. We dringen er bij artsen op aan alert te zijn op het ongemak van acathisie en deze agressief te behandelen."

Merk op dat hoewel de auteurs erkennen dat ze er niet zeker van kunnen zijn dat door fluphenazine geïnduceerde acathisie de individuen tot zelfmoord heeft gedreven, de toon van het artikel en de gepresenteerde feiten de lezer er weinig twijfel over laten bestaan dat dit het geval was. Ik heb [elders uitgebreider](#) over dit onderwerp geschreven.

De gebruikelijke behandeling die wordt aanbevolen voor door neuroleptica geïnduceerde acathisie, is overigens het staken of verminderen van de medicatie.

Elf jaar later (1994) werd DSM-IV gepubliceerd, met Allen Frances als redactievoorzitter. In deze editie van de handleiding werd het bestaan van door neuroleptica geïnduceerde acathisie erkend en gecategoriseerd als een diagnose "die verder onderzoek vereist". Het was gecodeerd als 333,99. Aan de beschrijving werden tweeënhalve bladzijde (744-746) gewijd. Hier een citaat:

"Het subjectieve leed als gevolg van acathisie is aanzienlijk en kan leiden tot het niet naleven van neuroleptische behandelingen. Acathisie kan gepaard gaan met dysforie, prikkelbaarheid, *agressie of zelfmoordpogingen*. Verergering van psychotische symptomen of gedragsstoornis kan leiden tot een verhoging van de dosis neuroleptische medicatie, wat het probleem kan verergeren. Acathisie kan zeer snel ontstaan na het starten of verhogen van neuroleptica. De ontwikkeling van acathisie lijkt dosisafhankelijk te zijn en wordt vaker geassocieerd met bepaalde neuroleptische medicatie. Acute acathisie heeft de neiging om aan te houden zolang neuroleptische medicatie wordt voortgezet, hoewel de intensiteit in de loop van de tijd kan fluctueren. De gerapporteerde prevalentie van acathisie bij personen die neuroleptische medicatie krijgen, loopt sterk uiteen (20% -75%). " (p 745) [*italic toegevoegd*]

Nog een citaat uit dezelfde sectie van DSM-IV:

"**Serotonine-specifieke heropnameremmer antidepressiva** kunnen acathisie veroorzaken die identiek lijkt te zijn in fenomenologie en behandelingsreactie op door neuroleptica geïnduceerde acute acathisie." (p 745) [Vetgedrukt origineel]

Acathisie kan dus ook worden veroorzaakt door SSRI's.

"Serotonine-specifieke heropnameremmer antidepressiva kunnen acathisie veroorzaken die identiek lijkt te zijn in fenomenologie en behandelingsreactie op door neuroleptica geïnduceerde acute acathisie." (p 745) [Vetgedrukt origineel]

Acathisie kan dus ook worden veroorzaakt door SSRI's.

In DSM-IV-TR (Text Revision), 2000, werden dezelfde twee-en-een-halve pagina's tekst opgenomen, met de toevoeging 'Hoewel de atypische [d.w.z. nieuwere] neuroleptische medicijnen veroorzaken minder acathisie dan de typische [d.w.z. oudere] neuroleptica, maar deze medicijnen veroorzaken bij sommige personen acathisie. " (p 801)

In DSM-5 (2013) zijn de enige vergelijkbare referenties echter 333,99, "Medicatie-geïnduceerde acute acathisie", wat neerkomt op een totaal van vier en een halve tekstregel:

"Subjectieve klachten van rusteloosheid, vaak vergezeld van waargenomen excessieve bewegingen (bijv. Onrustige bewegingen van de benen, schommelen van voet naar voet, ijsberen, onvermogen om stil te zitten of staan), ontwikkelen zich binnen een paar weken na het starten of verhogen van de dosering van een medicatie (zoals een neurolepticum) of na het verlagen van de dosering van een medicijn dat wordt gebruikt om extrapiramidale symptomen te behandelen. " (blz 711)

en 333,99 tardieve acathisie, die wordt gecombineerd met 333,72 tardieve dystonie en die samen naar nog eens drieënhalve regels tekst leiden:



"Tardief syndroom waarbij andere soorten bewegingsproblemen betrokken zijn, zoals dystonie of acathisie, die zich onderscheiden door hun late opkomst tijdens de behandeling en hun mogelijke aanhouden gedurende *maanden tot jaren*, zelfs wanneer de neuroleptica wordt stopgezet of de dosering wordt verlaagd." (p 712) [*cursief toegevoegd*]

Let op de erkenning dat de acathisie "maanden tot jaren" kan duren, zelfs als de medicijnen worden stopgezet. Het idee dat mensen lijden aan acathisie gedurende een periode van "maanden tot jaren" is gewetenloos. Desalniettemin kostte het de APA zestig jaar neuroleptisch gebruik en onvermijdelijk zestig jaar tardieve acathisie voordat ze erkenden dat dit probleem door hun medicijnen werd veroorzaakt. En vergeet niet dat de uitdrukking "maanden tot jaren" permanent kan betekenen.

Lezers kunnen [hier](#) clips van slachtoffers van acathisie bekijken.

Hier een samenvatting van het acathisie-materiaal in DSM-IV (1994) dat de DSM-5 niet heeft gehaald:

1. Acathisie kan gepaard gaan met dysforie, prikkelbaarheid, agressie of zelfmoordpogingen.
2. Acathisie kan zich zeer snel ontwikkelen na het starten of verhogen van neuroleptische 'medicatie'.
3. De ontwikkeling van acathisie lijkt dosisafhankelijk te zijn. De gerapporteerde prevalentie is 20% -75%.
4. Het verhogen van de dosis neuroleptica zal acathisie vaak verergeren.
5. Selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) antidepressiva kunnen acathisie veroorzaken die identiek lijkt te zijn aan die welke wordt geïnduceerd door neuroleptica.
6. Acathisie kan samen voorkomen met door neuroleptica geïnduceerde tardieve dyskinesie.
7. "In de meest ernstige vorm is het mogelijk dat het individu niet langer dan een paar seconden in een positie kan blijven." (blz 744)

Dit zijn de kritische vragen: waarom heeft de APA de betreffende vermelding ingekort van tweeënhalve pagina tot een totaal van acht regels? Waarom hebben ze de kritieke veiligheidsinformatie in DSM-IV onderdrukt, met name het gevaar van zelfmoord en agressie? En waarom werd het specifieke en duidelijk aangegeven causale verband met neuroleptica en antidepressiva in DSM-IV verdund in DSM-5?

In mijn [notitie van 8 november 2016](#) heb ik talloze verslagen gegeven van personen die actief suïcidaal of gewelddadig werden toen ze last hadden van acute acathisie.

Het Australische schandaal is in deze context bijzonder opmerkelijk, omdat de procedure - en de sterfgevallen - gedurende een periode van zeventien jaar werden voortgezet en waarbij 24 sterfgevallen in het 'ziekenhuis' en meerdere zelfmoorden en opkomende hersenbeschadiging na ontslag betrokken waren.

Waarom stopten de psychiaters de procedure niet eerder - na bijvoorbeeld één overlijden, of, beter nog, helemaal niet begonnen, aangezien de gevaren al algemeen bekend waren?

Een andere interessante vraag is waarom de andere psychiaters in de faciliteit de vooraanstaande Dr. Bailey niet confronteerden en / of zijn daden niet aan de juiste autoriteiten rapporteerden. Waarom moest het een verpleegster zijn - Rosa Nicholson - om stiekem de nodige informatie te verkrijgen en alarm te slaan? Hoelang zou het bloedbad hebben geduurd als ze die dappere initiatieven niet had genomen? Zijn de huidige psychiaters moediger dan hun Australische collega's in New South Wales in de jaren '60 en '70? Zijn er psychiaters aan het werk in de shockwinkels van vandaag die zich realiseren welke schade er wordt aangericht, maar zich niet durven uit te spreken tegen de "vooraanstaande" psychiaters die de leiding hebben?

Hoewel diepe slaap "therapie" hopelijk tot het verleden behoort, is de psychiatrie naar mijn mening altijd meer bereid geweest dan echte doktoren om het leven en de veiligheid van hun "patiënten" in gevaar te brengen en af te zien van de vervelende formaliteiten van *informed consent* (geïnformeerde toestemming). Van ongeveer 1907 tot 1930 was Henry Cotton de medisch directeur van het New Jersey State Hospital. Dr. Cotton geloofde, zonder enig bewijs, dat infecties de bron waren van "psychische aandoeningen", en lanceerde een programma voor het verwijderen van tanden, amandelen, baarmoeder, milt, enz., Onder het mom van "behandeling" ([hier](#)). Andere gevaarlijke en niet bewezen 'behandelingen' die door psychiaters worden gebruikt, zijn onder meer: malariatherapie, insuline-comatherapie, lobotomie en ijsbaden. Het toedienen van elektrische schokken onder hoogspanning aan de hersenen wordt nog steeds toegepast ondanks overvloedig bewijs van schade.

Er is een groeiend prima facie bewijs van een verband tussen het gebruik van psychiatrische medicijnen, vooral SSRI's, en de ogenschijnlijk ongemotiveerde massamoorden / zelfmoorden die de afgelopen 30 jaar een vrij constant aspect van het Amerikaanse leven zijn geweest.

Bijvoorbeeld:

1. Op 20 april 1999 openden Eric Harris en Dylan Klebold het vuur op klasgenoten op Columbine High School in Columbine, Colorado, waarbij 12 studenten en een leraar omkwamen. Het paar maakte vervolgens een einde aan hun leven. Bij autopsie had Eric Harris Luvox (fluvoxamine, een SSRI) in zijn bloedbaan.

2. Op 20 juli 2012 ging James Holmes de Century 16 bioscoop in Aurora, Colorado binnen. Hij schoot 12 mensen dood en raakte er 70 gewond. Hij had van half maart tot 26 juni een toenemende dosis sertraline (Zoloft, een SSRI) gekregen. Er is gesuggereerd dat hij op het moment van de schietpartij ontwenningssymptomen of "stopzettingssymptomen" had.

3. Op 14 december 2012 vermoordde Adam Lanza zijn moeder, Nancy Lanza, en schoot later 20 kinderen en 6 volwassen personeelsleden op de Sandy Hook Elementary school. Hij maakte toen een einde aan zijn leven. Hoewel er geen informatie openbaar is gemaakt (2013 [freedom of information hearing](#) hier over) over psychofarmaca die Lanza mogelijk heeft gebruikt, heeft de assistent-procureur-generaal Patrick B. Kwanashie verklaard dat hij deze informatie over Adam Lanza niet wil vrijgeven, omdat, omdat een dergelijke actie:

"... tot gevolg zou kunnen hebben dat veel mensen stoppen met het innemen van hun medicijnen, stoppen met samenwerken met hun behandelende artsen ..." (fragment vanaf

1:04 in de video) wat, naar ik aanneem, geen twijfel laat bestaan dat Adam Lanza op dat moment psychiatrische medicijnen gebruikte.

4. Op 16 september 2013 schoot Aaron Alexis 12 mensen dood bij de Washington Navy Yard in DC, en werd hij later zelf vermoord door de politie. Alexis gebruikte trazadon (een antidepressivum SSRI).

5. Op 24 maart 2015 sloot de co-piloot Andreas Lubitz van Germanwings de piloot uit de cockpit en vloog het vliegtuig opzettelijk de Franse Alpen in, waarbij alle 144 passagiers en 6 bemanningsleden omkwamen. Autopsierapport toonde aan dat Lubitz op het moment van zijn overlijden citalopram (een SSRI) en mirtazapine (een atypisch antidepressivum (NaSSA) in zijn bloedbaan had.

En vergeet niet dat dit slechts een korte lijst is van de moord / zelfmoorden die het nieuws hebben gehaald. De overgrote meerderheid van deze incidenten vindt plaats binnen gezinnen of kleine groepen, en wordt vaak niet eens buiten de lokale omgeving gemeld.

Er zijn enkele voorlopige verkenningen van dit probleem geweest. In 2010 bijvoorbeeld, Moore et al. publiceerde [Prescription Drugs Associated with Reports of Violence Towards Others](#) op PLOS One. Ze concludeerden:

"Geweld tegen anderen is een echte en ernstige bijwerking van drugs die verband houdt met een relatief kleine groep drugs. Varenicline [een hulpmiddel om te stoppen met roken], dat de beschikbaarheid van dopamine verhoogt, en antidepressiva met serotonerge effecten [SSRI's] waren de sterkst en consequent betrokken geneesmiddelen. Prospectieve studies om deze bijwerking systematisch te evalueren zijn nodig om de incidentie vast te stellen, verschillen tussen geneesmiddelen te bevestigen en bijkomende gemeenschappelijke kenmerken te identificeren. "

In 2015 publiceerden Tiihonen et al. [een brief](#) in World Psychiatry, 14: 2, juni 2015, met een risicoverhouding voor moordzaken van 1,31 (95% BI: 1,04-1,65) voor huidig versus niet huidig gebruik van antidepressiva. Met andere woorden, huidige gebruikers van antidepressiva hadden ongeveer 31% meer kans om moorden te plegen dan mensen die deze drugs niet gebruikten.

Het jaar daarop publiceerden [Flynn et al. Een paper](#) over 60 gevallen van moord en zelfmoord in de sociale psychiatrie en psychiatrische epidemiologie (2016) 51: 877-884, waarin staat: "Drieëndertig (62%) was eerder gediagnosticeerd met een psychische stoornis. De meest voorkomende diagnose was depressie, psychose was zeldzaam en bij geen van de overtreeders was de diagnose persoonlijkheidsstoornis gesteld. *Bijna een derde had op het moment van de moord psychotrope medicatie gekregen - zelfmoord, meestal antidepressiva.* " [cursivering toegevoegd]

Zoals we eerder hebben gezien, zijn er veel meldingen geweest van een verband tussen acute acathisie en zelfmoord / geweld. Maar het is waarschijnlijk dat er ook andere bemiddelingsmechanismen aan het werk zijn. Dit is wat Joanna Moncrieff, een Britse psychiater, schreef in *The Myth of the Chemical Cure* (2008):

"Geweld en vijandigheid zijn ook in verband gebracht met het gebruik van SSRI's. Nogmaals, kwantitatief bewijs is moeilijk te vinden omdat extreem geweld, net als zelfmoord, zeldzaam is. Bewijs uit casusrapporten van gewelddadige incidenten, waaronder juridische rapporten en gegevens van drugsmonitoringinstanties, suggereren echter dat een verband tussen SSRI's en geweld op zijn minst een mogelijkheid is. De associatie, als die bestaat, kan opnieuw worden toegeschreven aan activering of agitatie; of het kan te wijten zijn aan emotionele afstompende effecten, of deze nu specifiek zijn voor SSRI's of generiek voor alle psychoactieve drugs. " (blz 170)

Andere auteurs hebben overtuigend over deze kwestie geschreven, met name Peter Breggin, MD (Talking Back to Prozac, 1995) en Joseph Glenmullen, MD (Prozac Backlash, 2001), maar voor zover ik weet, is er nooit een grootschalige systematische poging om de mogelijkheid te onderzoeken dat moorden, zelfmoorden en de massamoorden / zelfmoorden causaal verband houden met het gebruik van acathisie-inducerende SSRI's en neuroleptica. Waarom heeft de APA of een andere psychiatrische instantie, of zelfs een groep bezorgde psychiaters, geen definitief onderzoeksproject ondernomen om deze mogelijkheid te onderzoeken? Kan het ze niet schelen wat er gebeurt met de mensen die hun drugs gebruiken? En waarom heeft de APA in zo'n context de kritieke veiligheidsinformatie in de DSM ingekort van tweeënhalve pagina tot acht regels?

Feit is dat neuroleptica en SSRI's twee van de belangrijkste geneesmiddelen van de psychiatrie zijn. Het voorschrijven van medicijnen en het toedienen van elektrische schokken is op dit moment vrijwel het geheel van psychiatrische activiteiten. Maakt de APA zich zorgen dat het blootstellen van de relatie in kwestie aan nauwkeurig onderzoek de verkoop van deze producten zou onderdrukken en een negatieve invloed zou hebben op de macht en het prestige van hun leden? Maken ze systematisch de openbare veiligheid ondergeschikt aan de gildebelangen van hun leden? Ze klampen zich vast aan de goedkeuring van de FDA als het groene licht om het medicijn in kwestie voor te schrijven, ook al is algemeen bekend dat er lacunes en belangenconflicten in het goedkeuringsproces zitten. (Bijvoorbeeld [hier](#) en [hier](#).)

De overleden Australische psychiater, Henry Bailey, voerde 17 jaar lang zijn gevaarlijke en misleide behandelingsfilosofie uit, een proces dat de directe dood van 24 mensen met zich meebracht. Acute en tardieve neuroleptica-geïnduceerde acathisie is bij ons sinds de jaren vijftig. Acute en tardieve SSRI-geïnduceerde acathisie is bij ons sinds ongeveer 1990. De cumulatieve dodentol als gevolg van deze reacties is onbekend en waarschijnlijk niet in te schatten. Wordt het geen tijd om de fundamentele vraag te beantwoorden: veranderen deze drugs anders gezagsgetrouwe mensen in suïcidale moordenaars? En zijn de ontvangers van deze medicijnen op de hoogte gebracht van deze risico's?

In 1998 schoot Donald Schell, die al twee dagen Paxil (een SSRI) had gebruikt, zijn vrouw Rita, zijn dochter Deborah en zijn negen maanden oude kleindochter Alyssa dood en doodde vervolgens zelfmoord. In 2001 ontdekte een jury uit Wyoming in Tobin vs. SmithKline Beecham:

"... SmithKline 80% aansprakelijk voor de acties van Schell ... beweren dat Paxil ertoe kan leiden dat sommige mensen moord en / of zelfmoord plegen. " ([Hier](#))

## Ongevallen met motorvoertuigen

In 2012. Chia-Ming Chang et al. publiceerde [“Psychotropic drugs and risk of motor vehicle accidents: a population-based case-control study”](#) in het British Journal of Clinical Pharmacology. Het onderzoek, dat werd uitgevoerd in Taiwan, vond een significant verhoogd risico op motorvoertuigongevallen bij bestuurders die antidepressiva slikten in verschillende tijdsbestekken voordat de ongevallen plaatsvonden. De tijdframes, aangepaste odds ratio's en 95% betrouwbaarheidsintervallen worden hieronder gegeven:

binnen 1 maand (AOR 1,73, 95% BI 1,34-2,22)

binnen 1 week (AOR 1,71, 95% BI 1,29-2,26)

en binnen 1 dag (AOR 1,70, 95% BI 1,26-2,29) voordat de crashes plaatsvonden.

(Blz. 1125)

Bestuurders die zelfs maar één dag antidepressiva hadden gebruikt, hadden ongeveer anderhalf keer meer kans om betrokken te raken bij een auto-ongeluk dan vergelijkbare controles die de drugs niet hadden gebruikt.

Het is van bijzonder belang dat antidepressiva, zowel tricyclische als SSRI's, het risico op een ongeval meer verhogen dan benzodiazepinen, die traditioneel worden erkend als een beperking voor de bestuurder. In 2018 waren er 36.560 verkeersdoden in de VS (hier). Hoeveel hiervan zijn toe te schrijven aan autorijden onder invloed van SSRI's of andere psychiatrische medicijnen? Kunnen psychiaters dit iets schelen? Voelen ze enig verantwoordelijkheidsgevoel, of wordt het simpelweg gezien als bijkomende schade in hun voortdurende en heroïsche strijd tegen "psychische aandoeningen"?

In de loop der jaren heb ik af en toe gehoord van mensen die erkennen dat ze zich tijdens het rijden onder invloed van SSRI's onoverwinnelijk zouden voelen. Ze zouden agressief naar achteren gaan, versnellen, dubbele gele lijnen doorgeven, enz. Horen psychiaters deze verhalen? Vragen ze naar deze zaken? Kan het ze schelen?

## Publieke perceptie

Tot op de dag van vandaag beschouwt de overgrote meerderheid van het publiek acathisie en gerelateerde door drugs veroorzaakte bewegingsstoornissen als een integraal onderdeel van de 'psychische aandoeningen' van het individu. Dat brengt ons bij een andere vraag:

Waarom starten de APA en soortgelijke instanties in andere landen geen uitgebreide PR-campagnes om de zaken recht te zetten: om het grote publiek te informeren dat deze stigmatiserende bewegingsstoornissen nadelige effecten zijn van psychiatrische medicijnen?

Maken ze ook hier het algemeen welzijn ondergeschikt aan hun belangen?

## En tenslotte

[In november 2016 schreef ik:](#)

"Op 28 september diende de Amerikaanse senator John McCain (R-AZ) een wetsvoorstel in de Senaat in met de titel [Veteran Overmedication Prevention Act \(S. 3410\)](#). Dit is een begeleidend wetsvoorstel voor [HR 4640, Veteran Suicide Prevention Act](#) die eerder dit jaar in het Huis is geïntroduceerd door Congreslid David Jolly (R-FL). Het doel van beide wetsvoorstellen is om sterfgevallen door zelfmoord te bestrijden door ervoor te zorgen dat er nauwkeurige informatie beschikbaar is over de relatie tussen zelfmoorden en voorgeschreven 'medicatie'. Op dit moment sterven er dagelijks twintig Amerikaanse veteranen door zelfmoord. "

Voor zover ik kan nagaan, kregen deze rekeningen geen steun van de georganiseerde psychiatrie en stierven ze in de commissie.

## MAAR

Er zijn nu nog twee wetten (*in de VS – vert.*):

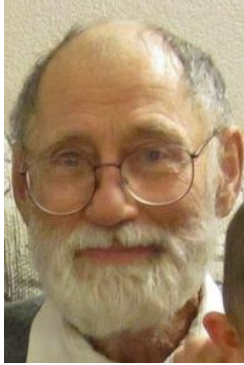
[HR 100, Veteran Overmedication and Suicide Prevention Act of 2019](#), vereist dat het Department of Veteran Affairs (VA) verschillende informatie verzamelt over veteranen die in de afgelopen vijf jaar door zelfmoord zijn overleden, waaronder: een uitgebreide lijst van voorgeschreven medicijnen ... inclusief toxicologische rapporten ... specifiek een opsomming van alle medicijnen die een black box-waarschuwing bevatten, die waren voorgeschreven voor off-label gebruik, psychotroop waren of waarschuwingen bevatten die suïcidale gedachten bevatten.

[S 2991](#): Zelfde titel; dezelfde bewoording.

Het is onvermijdelijk dat er tegen beide maatregelen een enorme weerstand zal zijn van zowel democraten als republikeinen, en de farmaceutische vrijgevigheid zal waarschijnlijk zorgen voor een flinke geldstroom. Als u in de VS woont, bel dan uw vertegenwoordigers van het Huis en de Senaat en moedig hen sterk aan om deze rekeningen te steunen. De huissponsor is Vern Buchanan (Florida). De sponsor van de Senaat is Dan Sullivan (Alaska). In beide kamers zijn al co-sponsors van beide partijen aan boord. Als u niet weet hoe u contact moet opnemen met uw vertegenwoordigers, gaat u [hierheen](#).

Ik daag ook psychiaters uit, zowel individueel als collectief, om deze wetten te steunen. Als wordt aangetoond dat de medicijnen in dit opzicht onschadelijk zijn, wat hebben ze dan te vrezen? Maar zo nee, is het dan niet beter om de risico's te kennen in plaats van door te gaan met geblinddoekt voorschrijven?

--0--



Philip Hickey, PhD

Behaviorisme en geestelijke gezondheid: Philip Hickey is een gepensioneerde psycholoog. Hij heeft gewerkt in gevangenissen (VK en VS), verslavingsafdelingen, gemeenschapscentra voor geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuizen en in privépraktijken. Hij en zijn vrouw, Nancy, wonen in Colorado en hebben vier volwassen kinderen. Zijn berichten zijn ook te zien op zijn website, [Behaviorism and Mental Health](#).