



HUR SAMHÄLLET ÖDELÄGGS

Psykiatrins påtvingade vård

Rapport och rekommendationer om
psykiatrins misslyckade öppenvårdsprogram
och andra psykiatriska tvångsprogram

Publicerad av
Kommittén för Mänskliga Rättigheter
Grundad 1969





VIKTIG INFORMATION till läsaren

Den psykiatriska yrkeskåren hävdar att de är ensamma om att ha kunskap om mental hälsa och psykiska "sjukdomar". Fakta visar dock på motsatsen:

1. PSYKISKA "STÖRNINGAR" ÄR INTE MEDICINSKA SJUKDOMAR. Inom medicinen existerar strikta kriterier för att man skall få kalla ett tillstånd för en sjukdom - en förutsägbar grupp av symtom och orsak till dessa symtom eller förståelse för deras fysiologi (funktion) måste etableras och bevisas. Frossa och feber är symtom. Malaria och tyfus är sjukdomar. Sjukdomars existens kan påvisas genom objektiva bevis och fysiska tester. Det finns ännu inga psykiska "sjukdomar" vars medicinska existens har bevisats.

2. PSYKIATRIKER SYSSLAR ENBART MED PSYKISKA "STÖRNINGAR", INTE MED PÅVISADE SJUKDOMAR. Medan man inom traditionell somatisk medicin ägnar sig åt sjukdomar som malaria, bronkit och hepatit, ägnar sig psykiatri åt "störningar". I frånvaro av kända orsaker eller fysiologi kallas en grupp symtom som man har sett hos många olika patienter för en störning eller syndrom. Joseph Glenmullen, psykiatriker vid Harvarduniversitetet, säger att inom psykiatrin, "är alla diagnoser rätt och slätt syndrom [eller störningar], grupper av symtom som anses vara relaterade till varandra, inte sjukdomar." Detta har dr Thomas Szasz, professor emeritus i psykiatri, observerat, "Det existerar inte något blodprov eller annat biologiskt test som kan användas för att konstatera om mentalsjukdom föreligger eller inte, vilket det finns för de flesta kroppsliga sjukdomar."

3. PSYKIATRIN HAR ALDRIG FASTSTÄLLT ORSAKEN TILL NÅGON "PSYKISK STÖRNING". Ledande psykiatriska sammanslutningar som t.ex. World Psychiatric Association och National Institute of

Mental Health i USA medger att psykiatriker varken känner till orsaker eller botemedel för någon psykisk störning eller vad deras "behandlingar" har för specifika effekter på patienterna. De har enbart teorier och motstridiga åsikter om sina diagnoser och metoder, och de saknar vetenskapliga bevis för dem. En tidigare ordförande för World Psychiatric Association konstaterade, "Den tid då psykiatriker ansåg att de kunde bota de psykiskt sjuka är förbi. I framtiden måste de psykiskt sjuka lära sig att leva med sin sjukdom."

4. TEORIN ATT PSYKISKA STÖRNINGAR BEROR PÅ EN "KEMISK OBALANS" I HJÄRNAN ÄR EN OBEVISAD ÅSIKT, INTE ETT FAKTUM. En rådande psykiatrisk teori (och förklaring till att personlighetsförändrande droger säljs) är att psykiska störningar är ett resultat av en kemisk obalans i hjärnan. Som med psykiatrins övriga teorier finns det inga biologiska eller andra bevis som stödjer detta. Elliot Valenstein, fil. dr, representant för en stor och aktiv grupp av medicinska och biokemiska experter och författare till boken Blaming the Brain säger, "Det finns inga tillgängliga tester för att bestämma det kemiska tillståndet hos en levande persons hjärna."

5. ORSAKERNA TILL PROBLEM I LIVET FINNS INTE I HJÄRNAN. Människor har problem och upprördheter i livet som kan leda till psykiska problem, vilka ibland kan vara mycket allvarliga. Men att säga att problemen kommer sig av obotliga "hjärnsjukdomar" som bara kan lindras med farliga piller är oärligt, skadligt och leder ofta till döden. Sådana droger är ofta starkare än narkotika och kan leda till att människor tar till våld eller begår självmord. De döljer de verkliga orsakerna till problemen och gör individen mindre kapabel och hindrar därmed möjligheterna till verkligt tillfrisknande och framtidsstro.

HUR SAMHÄLLET ÖDELÄGGS

psykiatrins påtvingade vård

INNEHÅLL

Inledning:

Att skada de psykiskt störda2

Kapitel ett: Ursprunget

till psykiatrisk öppenvård5

Kapitel två:

Farlig "drogbehandling"9

Kapitel tre: En grym

"barmhärtighet"15

Kapitel fyra: Hur förbättra

psykisk hälsa21

Rekommendationer24

Internationella Kommittén

för Mänskliga Rättigheter25





INLEDNING

Att skada de psykiskt störda

Med den snabba expansionen av statliga program för "psykiatriska öppenvårdsmottagningar" avsedda för allvarligt psykiskt störda individer och som nu kostar miljarder dollar, hur går det med den psykiska hälsan i våra samhällen idag?

USA:s New Freedom Commission on Mental Health gav ut en rapport år 2003 som hävdade att: "Effektiva, moderna behandlingar som använder sig av de senaste rönen och är *vitala* för kvalitetsvård och rehabilitering är nu tillgängliga för de flesta allvarliga psykiska sjukdomar och allvarliga emotionella störningar." [vår kursivering]

För de som bara vet lite om psykiatri och psykiatrisk öppenvård verkar detta vara fantastiska nyheter. Men, exakt vad består dessa *vitala* "behandlingar" av?

De innefattar i princip den rutinmässiga förskrivningen av droger som benämns neuroleptika, från grekiskan med betydelsen "som tar över nerver", en spegling av drogens effekt som kemisk lobotomi.

En rapport från USA, 2004, uppskattade kostnaden för neuroleptika, avsedd för behandling av samtliga så kallade schizofrena patienter, till över 10 miljoner dollar per dag. Behandlingen är vanligen livslång.

Men å andra sidan, vad borde vi betala för toppmodern högkvalitativ omvårdnad för rehabilitering, om man med den hjälper dessa människor tillbaka till arbetslivet?

Enligt flera icke-psykiatriska och oberoende forskningsexperiment så är svaret på den frågan "inte mycket alls". Omvårdnad av hög kvalitet som resulterar i rehabilitering och återintegrering kan vara *väldigt billig*, likaväl som den inte behöver ta lång tid, den ger stabila resultat, och viktigast av allt, den är fri från droger.

I en åttaårig studie fann Världshälsoorganisationen att allvarligt psykiskt störda patienter i tre ekonomiskt eftersatta länder, vars behandlingsplaner inte innefattar att man huvudsakligen förlitar sig på

droger – Indien, Nigeria och Colombia – att patienterna klarade sig oerhört mycket bättre än motsvarande patienter i USA och fyra andra i-länder. En uppföljningsstudie drog liknande slutsatser.

På 1970-talet i USA baserades den nu bort-

gångne dr Loren Moshers Soteria House-projekt på idén att "schizofreni" kan övervinnas utan droger. Soteria-klienter som inte fick neuroleptika klarade sig faktiskt bäst, jämfört med individer i kontrollgrupper som behandlats på sjukhus och fått droger. Schweiziska, svenska och finska forskare har upprepat försöken och styrkt giltigheten i projektet.

I Italien avvecklade dr Georgio Antonucci mellan 1973 och 1996 några av de mest förtryckande psykiatriska avdelningarna genom att behandla allvarligt störda patienter med medmänsklighet, respekt och *utan* droger. På några månader blev de mest våldsamma avdelningarna de lugnaste.

Robert Whitaker avslöjade i sin bok *Mad In America* att behandlingsresultatet för människor med

"Psykiatrin säljer idén att den enda "behandlingen" för allvarlig psykisk "sjukdom" är neuroleptiska [antipsykotiska] droger. Sanningen är att det inte bara är onödigt och dyrt att ge droger till allvarligt psykiskt störda patienter – det orsakar hjärnskador och andra livsfarliga biverkningar."

— Jan Eastgate

”schizofreni” har försämrats under de senaste 25 åren. Idag är de inte bättre än de var i början 1900-talet, ändå har USA med god marginal den högsta konsumtionen av neuroleptika i jämförelse med andra länder.

Vad betyder allt detta?

Som alla vetenskapsmän med självaktning kommer att berätta för dig, så är en teori bra bara så länge som den fungerar. Han vet att när han stöter på fakta som inte passar in i teorin så måste han fortsätta att undersöka och modifiera eller förkasta teorin baserat på faktiska, insamlade bevis.

Under nästan 50 år har psykiatrin vitt och brett fört fram sin teori att den enda ”behandlingen” för allvarlig psykisk ”sjukdom” är neuroleptiska droger. Men, denna idé vilar på lös grund. Sanningen är att det inte bara är onödigt och dyrt att ge droger till allvarligt psykiskt störda patienter – det orsakar hjärnskador och andra livsfarliga biverkningar.

Den här publikationen avslöjar denna lösa grund, en del av vad den består av, bedrägeriet, lögnerna och andra bluffar. När man vet detta så är det mycket enkelt att se varför psykiatriker angriper varje alternativ och bättre lösning på problemen med allvarliga psykiska störningar.

Sanningen är att vi inte bara har att göra med brist på vetenskaplig skicklighet eller metodik, eller med en pseudovetenskap. Skenbart positiva uttalanden som: ”Det existerar klara, vetenskapliga bevis på att nyare klasser av mediciner bättre kan behandla symptomen på schizofreni och depression med långt färre biverkningar”, stöds inte av bevis och utgör rent medicinskt bedrägeri.

Psykiatrins tillvägagångssätt när det gäller behandling av de allvarligt psykiskt störda – den toppmoderna”, ”vetenskapliga” och fungerande ryggraden



i psykiatrisk öppenvård och andra psykiatriska program – utgör dålig vetenskap och dålig medicin men en mycket god affär för psykiatrin.

Den enkla sanningen är att det finns fungerande alternativ till de behandlingar som psykiatrin erbjuder och som är skadliga för sinnet, hjärnan och kroppen. Nu när psykiatrin efterlyser obligatoriska tester för att hitta psykiska sjukdomar hos vuxna och barn, så vill vi uppmana alla som är intresserade av att bevara sin psykiska hälsa, fysiska hälsa och friheten för sina familjer, samhällen och länder, att läsa denna publikation.

Er tillgivna,

Jan Eastgate, ordförande Internationella Kommittén för Mänskliga Rättigheter

VIKTIGA FAKTA

1 Psykiatrisk öppenvård har förts fram som lösningen på problemen hos psykiatrins institutioner, men den har varit ett dyrbart misslyckande.

2 Under 1970-talet förskrevs tillräckligt med neuroleptiska droger och anti-depressiva medel utanför psykiatriska sjukhus för att hålla mellan tre till fyra miljoner amerikaner påverkade av droger dygnet runt.

3 Det holländska institutet för psykisk hälsa och beroende rapporterade att det europeiska programmet för psykiatriska öppenvårdsmottagningar skapar hemlöshet, drogberoende, kriminalitet, störningar av den allmänna ordningen, och arbetslöshet.

4 År 1993 rapporterade den federale människorättsrepresentanten Brian Burdekin, Australien, att av-institutionaliseringen var ett "bedrägeri" och ett misslyckande. Samma sak bekräftades 1999 av brittiska tjänstemän.

5 Budgeten för psykiatrisk öppenvård i USA rusade i höjden med en mer än 60-faldig ökning mellan 1969 och 1997. Idag uppgår de uppskattade kostnaderna till omkring 11 miljarder dollar per år.





KAPITEL ETT

Ursprunget till psykiatrisk öppenvård

Programmet för psykiatrisk öppenvård är ett stort psykiatriskt initiativ för expansion. Detta tog sin början i USA under 1960-talet, och spred sig till andra länder under 1980-talet. Det har renderat psykiatrin många, många miljarder under de senaste fyra årtiondena.

Tidigare hade patienter förvarats under Bedamliknande förhållanden i psykiatriska institutioner, pumpats fulla med droger för att göra dem mer fogliga, och lämnats att vackla omkring i omtöcknat tillstånd. Under hela 1950-talet växte kraven från alla håll för att göra något åt de hemiska förhållandena, bristen på resultat och den växande kostnadsbördan.

Psykiatrisk öppenvård fördes fram som lösningen på alla problem som fanns på institutionerna. Premisserna grundades nästan enbart på utvecklingen av neuroleptiska droger, som innebar att patienter nu kunde komma ut i samhället. Man skulle tillhandahålla kontinuerlig service genom statligt stödda enheter som kallades psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Dessa mottagningar skulle ta hand om patienterna och dela ut neuroleptikan som skulle hålla dem under kontroll. Regeringar skulle spara pengar och individerna skulle förbättras snabbare. Planen kallades "avinstitutionalisering".

Psykiatrikern Jack Ewalt gav en vink om en mer övergripande avsikt för avinstitutionalisering vid den tiden: "Programmet skulle tjäna utsatta, de störda, de långsamma, de sjuka, och de *friska* ur alla åldersgrupper..." [vår kursivering] Med andra ord skulle psykiatrikerna inte bara befatta sig med de psykiskt störda, utan de skulle även droga ner friska människor, och därigenom skaffa sig ett friskt klientel som man också kunde sälja droger till.

Från "ormgropar" till "universalmedicin"

"Psykiatrisk öppenvård skulle inte bara behandla människor utan hela samhällen; den skulle, om möjligt, ta sig an 'borgmästarna och människorna som bryr sig om städerna...som 'klienter'; den skulle behandla samhället självt och inte endast dess individuella medborgare ...och det var drogerna som gav den dess starkaste teknologi..."
— Peter Schrag, författare till *Mind Control*

Författaren Peter Schrag skrev att vid mitten av 1970-talet förskrevs tillräckligt med neuroleptiska droger och antidepressiva medel utanför sjukhusen "för att hålla tre till fyra miljoner människor medicinerade dygnet runt – ungefär 10 gånger det antal som, enligt deras [psykiatrikernas] egna argument, är så vansinniga att de skulle behöva hållas inspärade på sjukhus om det inte fanns några droger."

Dr Thomas Szasz, professor emeritus i psykiatri, förklarade att psykiatrins mirakulösa erbjudanden var "helt enkelt den psykiatriska professionens senaste universalmedicin: droger och avinstitutionalisering. Som vanligt definierade psykiatrikerna sin senaste modefluga som en kombination av vetenskaplig revolution och moralisk reform, och stöpte den i behandlingsretorik och de

medborgerliga fri- och rättigheternas retorik." De hävdade att psykofarmaka "lättnade på symptomen - här kunde man tillhandahålla bästa tänkbara och minst restriktiva psykiatriska vård. Psykiatriska öppenvårdsmottagningar framhölls vitt och brett för att de kunde tillhandahålla den minst restriktiva formen för att

leverera den bästa tillgängliga psykiska hälsovården. Detta var psykiatrikernas påståenden som de använde sig av för att rättfärdiga sina program för tvångsmedicinering och utflyttningen av patienterna från sjukhusen. Var psykiatrikernas påståenden för att rättfärdiga policyt om att med tvång ge droger till och

omlokalisera deras hospitaliserade patienter. Det lät storslaget. Oturligt nog var det en lögn."

Till och med American Psychiatric Association (APA) erkände i publikationen *Madness and Government* att "... psykiatrikerna gav intrycket till politiker att det var regel att de kunde bota, inte ett undantag ...upplåsta förväntningar ifrågasattes ej. För att fatta det kort, psykiatriska öppenvårdsmottagningar blev överreklamerade som organisationsenheter där man kunde bota".

Sanningen är den att psykiatriska öppenvårdsmottagningar blev legaliserade droghandlare som inte bara tillhandahöll psykiatriska droger till tidigare patienter på psykiatriska sjukhus, men också tillhandahöll förskrivningar till individer fria från

"allvarliga psykiska problem".

Avinstitutionaliseringen misslyckades och samhället har kämpat med de katastrofala resultaten ända sedan dess.

År 2001 rapporterade dr Dorine Baudin från det holländska institutet för psykisk hälsa och beroende, att programmet för psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Europa hade skapat "hemlöshet, drogberoende, brott, störningar av den allmänna ordningen,

Psykiatrisk öppenvård är en "våldigt överreklamerad och havererad social innovation..." Den "uppvisar redan de vanliga kännetecknen från tidigare löften från psykiatri som inleddes med stor moralisk iver och framkallade falska förhoppningar om förestående lösningar, och slutade med att återupprepa problemen de skulle lösa..."

— Ralph Nader, amerikansk konsumentförkämpe



Ralph Nader



arbetslöshet och intolerans mot avvikande beteende”.

De amerikanska konsumenternas förkämpe Ralph Nader kallade psykiatrisk öppenvård en ”våldigt över-reklamerad och havererad social innovation...” Den ”uppvisar redan de vanliga kännetecknen från psykiatris tidigare löften som har inletts med stor moralisk iver och framkallat falska förhoppningar om förestående lösningar, och slutligen återupprepat de problem de skulle lösa...”

I Australien tillkännagav den federale människo-rättsrepresentanten Brian Burdekin 1993 att avinstitutionaliseringen var ett ”bedrägeri” och ett misslyckande. År 1999 bekräftade också brittiska tjänstemän den psykiatriska öppenvårdens misslyckande.

Under tiden rusade budgeten i höjden för psykiatris öppenvårdsmottagningar i USA, från 143 miljoner dollar 1969 till över 9 miljarder dollar 1997 – en mer än 60-faldig ökning i budgetanslag för en blott 10-faldig ökning av antalet patienter, och än viktigare: utan några resultat. Idag ligger de uppskattade kostnaderna på runt 11 miljarder dollar per år.

Som om mottagandet av dessa miljarder i skyhöga avgifter för icke-fungerande behandlingar inte var illa nog så fann en kommitté i den amerikanska kongressen 1990 att psykiatriska öppenvårdsmottagningar hade stoppat undan mellan 40 och 100 miljoner dollar till ändamål de inte var avsedda för, d.v.s. rätt ner i psykiatrikernas fickor.

Psykiatriker har hela tiden skyllt avinstitutionaliseringens misslyckande på brist på anslag till psykiatrisk öppenvård. I verkligheten har de själva skapat den drogframkallade krisen och sedan begär de skamlöst ännu mera pengar.

PSYKIATRISK ÖPPENVÅRD

Oerhörda kostnader, kolossala misslyckanden

Kostnaderna för den psykiatriska öppenvården i USA har ökat över tio gånger snabbare än antalet patienter. Trots att de ätit upp miljarder av skattebetalarnas pengar, har klinikerna svikit sina patienter och allra mest kommit att bli legala droglangningsställen för de hemlösa.

6,242%



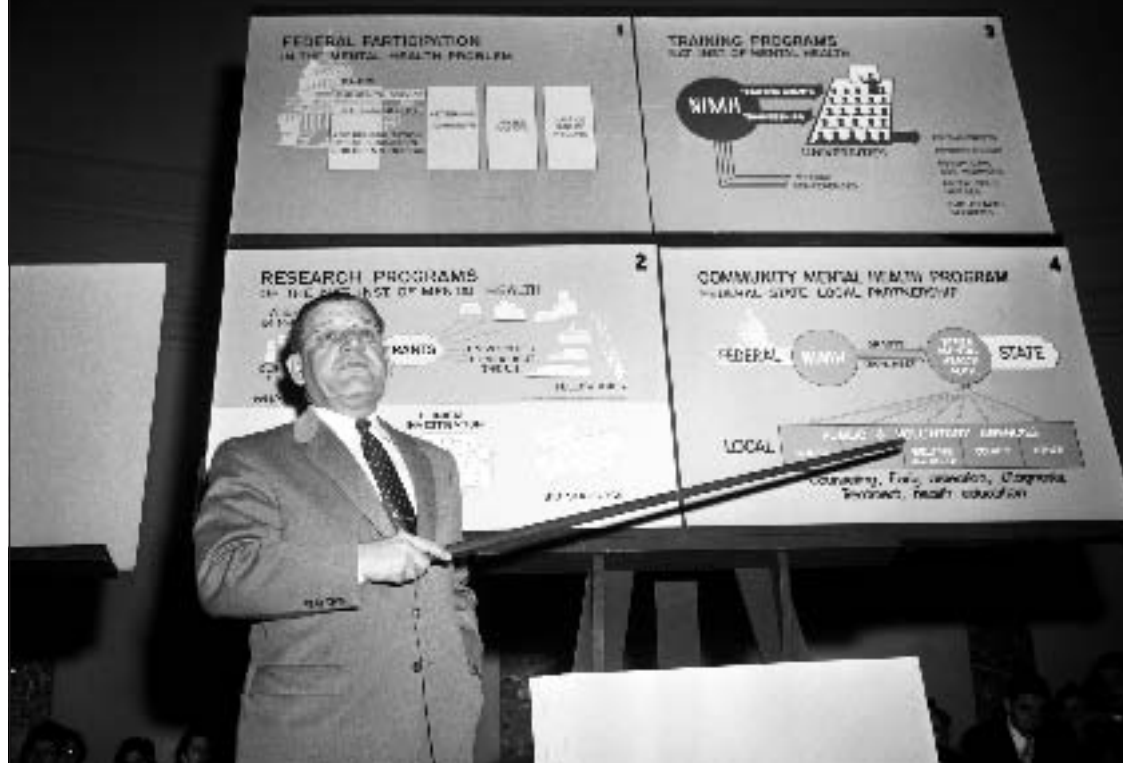
607%

Procentuell ökning av
antalet patientbesök i den
psykiatriska öppenvården

Procentuell ökning av
kostnaderna i den
psykiatriska öppenvården

DEN PSYKIATRISKA ÖPPENVÅRDENS MISSLYCKANDE:

Den psykiatriska forskningsenheten i USA, National Institute of Mental Health, under ledning av psykiatrikern Felix Leiter (till höger) implementerade 1963 ett psykiatriskt öppenvårdsprogram som helt förlitade sig på sinnesförändrande psykiatriska droger. Detta gav upphov till en internationell trend, där neddrogade patienter skickades ut på gatorna, hemlösa och oförmögna att göra någonting vettigt. 47 miljarder dollar har spenderats på programmet enbart mellan 1963 och 1994 och det är ett eländigt misslyckande.



VIKTIGA FAKTA

- 1** Sinnesförändrande neuroleptiska droger utgör den destruktiva huvudstommen i psykiatriska öppenvårdsprogram.
- 2** Drogerna blockerar normala hjärnfunktioner och frambringar en sjukdomsbild som påminner om den man ser hos individer som har utsatts för lobotomi, den behandling som detta droger ersatte.
- 3** De hemlösa individer som går ute på gatorna och grimaserar och pratar för sig själva manifesterar biverkningar av psykiatriska droger.
- 4** självmordsbenägenhet.
Nyare neuroleptika (antipsykotiska preparat) har sålts till avsevärt högre priser än de tidigare preparaten; i ett fall till 30 gånger högre pris.
- 5** Drogerna kan ge allvarliga biverkningar, i synnerhet diabetes, som i en del fall leder till döden. Mellan 1994 och 2002 utvecklade 288 patienter som tog de nya antipsykotiska medlen diabetes; 75 blev allvarligt sjuka och 23 dog.
- 6** Drogerna kan framkalla våldsamt beteende eller självmordsbenägenhet.





KAPITEL TVÅ:

Farlig "drogbehandling"

Tillkomsten av psykiatriska öppenvårdsprogram skulle inte ha varit möjlig utan att neuroleptiska droger, också kända som antipsykotiska medel, hade utvecklats och använts för psykiskt störda individer.

Den första generationen av neuroleptika, som man nu vanligen hänvisar till som "typiska antipsykotiska medel", utvecklades under 1960-talet. De blev kraftfullt marknadsförda som "mirakeldroger" som skulle "göra det möjligt för de flesta psykiskt sjuka att framgångsrikt och snabbt bli behandlade där de befann sig och att sedan återvända till och bli delaktig i samhället". [vår kursivering]

Dessa påståenden var falska. I en artikel i tidskriften *American Journal of Bioethics*, 2003, slår Vera Sharav fast: "Verkligheten var att behandlingarna skadade hjärnans frontallöber, vilka är speciella för den mänskliga hjärnan. De neuroleptiska drogerna som använts sedan 1950-

talet 'fungerade' genom att hindra normal hjärnfunktion: de dämpade psykos, men frambringade en sjukdomsbild som ofta var värre än det psykotiska tillståndet i sig – allt väldigt likt effekterna av de lobotomier som psykofarmakan ersatte."

De hemlösa individerna som vanligen kan ses grimasera och tala med sig själva på gatan manifesterar

skador från biverkningar av psykiatriska droger. "Tardiv dyskinesi" (*tardiv*, sent utvecklad och *dyskinesi*, onormala muskelrörelser) och "tardiv dystoni" (*dystoni*, onormal muskelspänning) är kroniska tillstånd orsakade av lugnande medel där muskler i ansiktet och kroppen ofrivilligt utsätts för spasmer och sammandragningar.

"För att fatta det kort, de drogframkallade reaktionerna är av sådan natur att en som observerar dem kan förlåtas för att han eller hon tror att personen ifrå-

ga är psykiskt sjuk och kanske till och med farlig. En person som lider av en sådan reaktion, även till en mindre grad, har stora svårigheter med att bli accepterad av mannen på gatan som 'normal'," skrev Pam Goring, författare till *Mental Disorder or Madness?*

Neuroleptikapatienter blir tröga, apatiska, ovilliga att gå på promenader, mindre uppmärksamma, blicken blir tom och de förlorar uttrycksfullheten i sina ansikten.

De pratar långsamt med entonig röst. Patienter klagar också på sömnlighet, svaghet, apati, brist på initiativförmåga och ett och att de förlorat intresse för omgivningen.

Whitaker, författare till *Mad in America*, rapporterade: "Bilderna vi har idag av schizofreni är inte bilden av vansinne – vad än det kan vara – i sitt

"Sagan som skapades om en revolutionerande medicin kan kartläggas noggrant. Så var fallet med de nya neuroleptikan, och bakom fasaden av medicinsk framgång finns en historia av vetenskap som vanställs av girighet, dödsfall, och medvetet vilseledande av den amerikanska allmänheten."

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



"Verkligheten var att behandlingarna skadade hjärnans frontallöber, vilka är speciella för den mänskliga hjärnan. De neuroleptiska drogerna som använts sedan 1950-talet 'fungerade' genom att hindra normal hjärnfunktion: de dämpade psykos, men frambringade en sjukdomsbild som ofta var värre än det psykotiska tillståndet i sig – allt väldigt likt effekterna av de lobotomier som psykofarmakan ersatte."

— Vera Sharav, från *American Journal of Bioethics*, 2003

naturliga tillstånd. Alla de kännetecken som vi har kommit att förknippa med schizofreni – det egendomliga sättet att gå, de ryckiga armrörelserna, det tomma ansiktsuttrycket, tröttheten, initiativlösheten – är symptom som till stor del beror på effekterna av neuroleptika. "Våra intryck av hur de som har 'schizofreni' tänker, uppträder och ser ut är alla intryck av människor förändrade av medicinering, och inte av något naturligt resultat av en 'sjukdom'."

När det gäller förbättring av patientens livskvalitet så har neuroleptika åstadkommit ett miserabelt rekord. En undersökning från 1999 fann att 90 procent av patienterna som får neuroleptika

kände sig deprimerade, 88 procent kände sig bedövade, och 78 procent klagade på dålig koncentrationsförmåga. Mer än 80 procent av alla med diagnosen "schizofreni" är långtidsarbetslösa. Med andra ord, trots årtionden av utlovade botemedel har inget någonsin förverkligats.

På 1980-talet när patenten hade gått ut för drogerna och när de började bli tillgängliga i mycket billigare generiska former, föll priset brant för de större märkena vilket gjorde dem olönsamma. Allt detta förändrades på tidigt 1990-tal, när nypatenterade neuro-

leptika kända som "atypiska antipsykotika" introducerades med än fler trumpetfanfarer än föregångarna. De gamla neuroleptikapreparaten beskrevs plötsligt som misslyckade droger.

Expertmässiga psykiatriska åsikter användes för att sprida påståendet att, "Det existerar klara, vetenskapliga bevis på att nyare klasser av mediciner kan behandla symptomen på schizofreni och depression bättre och med långt färre biverkningar". Åsikterna betecknades som "experternas konsensusriktlinjer"

trots deras fullständiga brist på vetenskaplig analys, översyn av studier eller kliniska försök.

Med dessa riktlinjer på plats såg psykiatrikerna det lämpligt att till sist offentligt erkänna vad de hade vetat hela tiden – att de tidigare drogerna inte kontrollerade vanföreställningar eller hallucinationer, att två tredjedelar av de patienter som getts droger hade "kvarstående psykotiska symptom ett år efter deras första psykotiska sammanbrott" och att 30 procent av patienterna inte reagerade på drogerna överhuvudtaget – ett "ingen-respons-förhållande" som fram till

1980-talet knappt hade nämnts någon gång.

De nya antipsykotiska medlen har sålts till avsevärt högre priser, i ett fall till 30 gånger priset för de äldre preparaten. En ny antipsykotisk drog kostar från 3 000 till 9 000 dollar mer per patient, med ger ingen förbättring när det gäller symptom, biverkningar eller allmän livskvalitet. Mellan 1991 och 2003 ökade försäljningen av antipsykotiska droger i USA från mindre än 500 miljoner dollar till över åtta miljarder dollar. Den globala försäljningen nådde över tolv miljarder dollar 2002.

FÖRSTÖR LIV

Skador orsakade av neuroleptika

De flesta personer som förskrivs psykiatriska droger informeras sällan om att de riskerar att drabbas av förlamande kramper i kropp och ansikte som obotliga biverkningar av många av dessa droger. De starkt lugnande medlen (antipsykotiska) skadar det mycket komplexa system av nervfibrer som styr kroppens motorik, vilket resulterar i muskelstelhet, kramper och andra ofrivilliga kroppsrörelser. Musklerna i ansiktet och kroppen dras samman, formar ansiktet i ohyggliga ansiktsuttryck och grimaser och vrider kroppen till bisarra former.

Psykiatriker är medvetna om de förödande nervskador som deras droger förorsakar, och risken för att patienten drabbas av malignt neuroleptikasyndrom, en ofta ödesdiger förgiftningsreaktion där patienter får feber och blir förvirrade, rädda och extremt stela. Detta kan och har resulterat i tiotusentals dödsfall.

Psykiatrikerna talar tyst om att de diagnostiserar dessa obotliga drogframkallade skador, som drabbar patienterna, som "psykisk störning", vilket gör det möjligt för dem att debitera även för "behandlingen" av den.

Bland dessa störningar finns malignt neuroleptikasyndrom och Parkinsonism orsakad av neuroleptika.

Föga förvånande är dessa kemikalier i stånd att försätta användarnas sinnen i kaos och de har en lång och väldokumenterad historia av att göra de personer som tar dem vansinniga.



Det är inte tal om annat än att allmänheten måste skyddas från våldsam och psykotisk eller vansinnigt beteende, men idén att detta är den största risken som vi möter från allvarligt psykiskt störda patienter på grund av deras tillstånd är en lögn påhittad av psykiatrikerna själva. Så är också idén att vi borde minimera denna "risk" genom att ge patienter neuroleptika, mot deras vilja om nödvändigt. Sanningen är att varken frånvaron av sådana droger, eller misslyckandet att ta dem, är problemet. Drogerna i sig själva skapar våldsimpulser.

■ "Även om allmänheten kanske tror att 'galna' människor lätt kan bli våldsamma", fann Robert Whitaker att detta inte var sant när det gällde "mentaltalpatienter" före introduktionen av neuroleptika. Från perioden före 1955 fann fyra studier att patienter som skrevs ut från mentalsjukhus begick brott i samma eller lägre utsträckning än befolkningen i stort. Men: "åtta studier som utfördes från 1965 till 1979 fann att utskrivna patienter arresterades i större utsträckning än befolkningen i stort... Akatisi [oro eller rastlöshet] var också helt klart en bidragande faktor."

Studier har visat att måttliga till höga doser av ett vanligt lugnande preparat gjorde hälften av patienterna klart och tydligt mer aggressiva. Patienter beskrev "starkt behov av att angripa vem som helst som befinner sig i närheten".



Mamoru Takuma



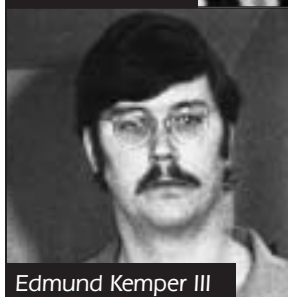
Andrea Yates



Eric Harris



David Hawkins



Edmund Kemper III



Jeremy Strohmeier

Många medicinska studier vittnar om att psykiatriska medel framkallar våldsamt beteende eller självmordsbenägenhet. Personerna ovan, från USA, Australien och Japan, mördade brutalt 39 personer samtidigt som de genomgick psykiatrisk behandling där psykiatriska droger ingick.

■ Antipsykotiska droger kanske temporärt dämpar psykos men gör i längden patienterna biologiskt mer mottagliga för en sådan.

■ En studie från 1988 om vilken det rapporterades i *The Journal of Nervous and Mental Disease* angående användningen av ett starkt lugnande medel för schizofrena patienter fann en tydlig ökning i våldsbe- teende med moderata doser av ett neuroleptikum.

■ En studie från 1990 kom fram till att 50 procent av alla slagsmål på en psykiatrisk avdelning kunde relateras till akatisi. I en annan studie drog man slutsatsen att måttliga till höga doser av ett vanligt starkt lugnande preparat gjorde hälften av patienterna klart och tydligt mer aggressiva. Patienter beskrev "starkt behov av att angripa vem som helst som befinner sig i närheten".

■ Enligt en studie av ett svagt lugnande medel: "Extrem vrede och fientligt beteende uppstod i åtta av åttio fall som behandlades" med drogen. En kvinna som inte hade uppvisat något våldsbe- teende tidigare hade ett utbrott på fjärde dagen av behandlingen då hon "skrek hysteriskt och höll en köttkniv mot sin mammas hals i flera minuter".

FALSKA "MIRAKLER"

Livshotande behandlingar

Den nya "mirakelneuroleptikan" har inte levt upp till den mediala och professionella entusiasmen. Historien om dessa preparat omfattar betydligt mer än den falska marknadsföringen som är avsedd att maximera vinsten.

■ Med användning av U.S. Freedom of Information Act (FOIA), fann vetenskapsskribenten Robert Whitaker att testerna av de atypiska drogerna inte stödde påståenden från industrin om att den senaste neuroleptikan var säkrare eller mer effektiv än de preparat som redan fanns: En av 145 patienter som deltog i försöken dog, och ändå nämndes aldrig dessa dödsfall i den vetenskapliga litteraturen och var 35:e patient upplevde en allvarlig biverkning, definierad av FDA som en livshotande händelse eller en som kräver sjukhusvård.

■ År 2000 publicerade British Medical Journal resultaten av en flerårig studie av dr John Geddes som hade granskat oberoende kliniska försök, som involverade över 12 000 patienter, och granskat effektiviteten och farorna med de atypiska antipsykotiska medlen. Resultatet: "Det finns inga klara bevis på att atypiska antipsykotika preparat är mer effektiva eller att de tolereras bättre än konventionella preparat."

■ En studie utförd av Yale-forskare som publicerades i novemberutgåvan 2003 av Journal of the American Medical Association fann inte heller några statistiskt eller kliniskt signifikanta fördelar med dessa nya droger.

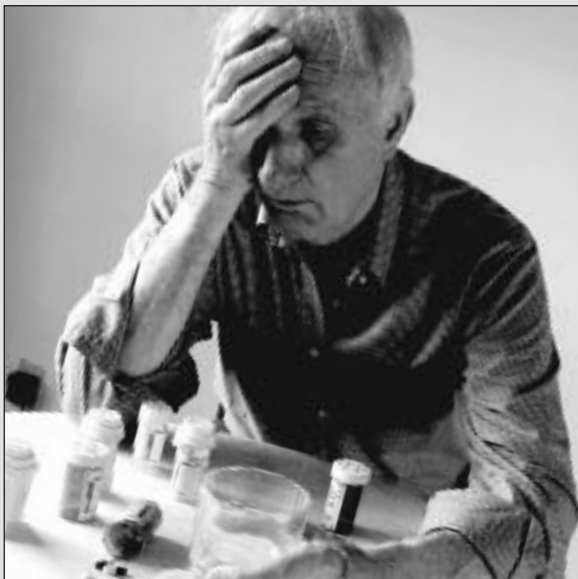
■ År 2003 tog New York Times i praktiken tillbaka sina tidigare entusiastiska ord om dessa antipsykotika genom att fastslå att: "De blev klassade nära nog som mirakeldroger, mycket säkrare och mer effektiva för behandling av schizofreni än någonting som hade funnits tidigare." Men, nu "finns det ökande misstankar

om att de kanske kan orsaka allvarliga biverkningar, i synnerhet diabetes; dödsfall finns rapporterade". Mellan 1994 och 2002 utvecklade 288 patienter som tog de nya antipsykotiska medlen diabetes; 75 blev allvarligt sjuka och 23 dog.

■ New York Times refererade också till vad som har

varit känt under mer än 20 år, att en av dessa droger hade orsakat en livshotande blodsjukdom, och att patienter krävde regelbundna blodprover för att kontrollera denna biverkning, vilket ökade kostnaden för drogen.

■ Vad som också nämndes i artikeln, var att inflammation i bukspottkörteln kan relateras till några av de nyare drogerna. Viktökning var ett problem, vissa patienter gick upp så mycket som 32 kilo. Studier visade att när patienterna upphörde med att ta dessa droger, så blev



de bättre.

Istället för färre biverkningar så ger de nyare antipsykotiska drogerna fler allvarliga biverkningar. Bland dessa finns blindhet, dödliga blodproppar, hjärtarytmi, värmeslag, impotens, nedsatt sexuell förmåga, onormal blodbild, smärtsamma hudutslag, krampor, missbildningar hos nyfödda barn, extrem ångest och rastlöshet, dödliga leverskador, en självmordsfrekvens som är två till fem gånger högre än för "schizofrena" i allmänhet, och våld och misshandel, speciellt bland unga patienter.

Inte heller är fysiska biverkningar hela problemet. Många patienter klagar över att drogerna dödar dem själsligt, att de tar ifrån dem alla känslor av glädje, deras viljestyrka, och deras känsla av att finnas till. Medan de exakta farorna och biverkningarna har ändrat karaktär så fungerar de atypiska neuroleptiska drogerna fortfarande som "kemisk lobotomi".

VIKTIGA FAKTA

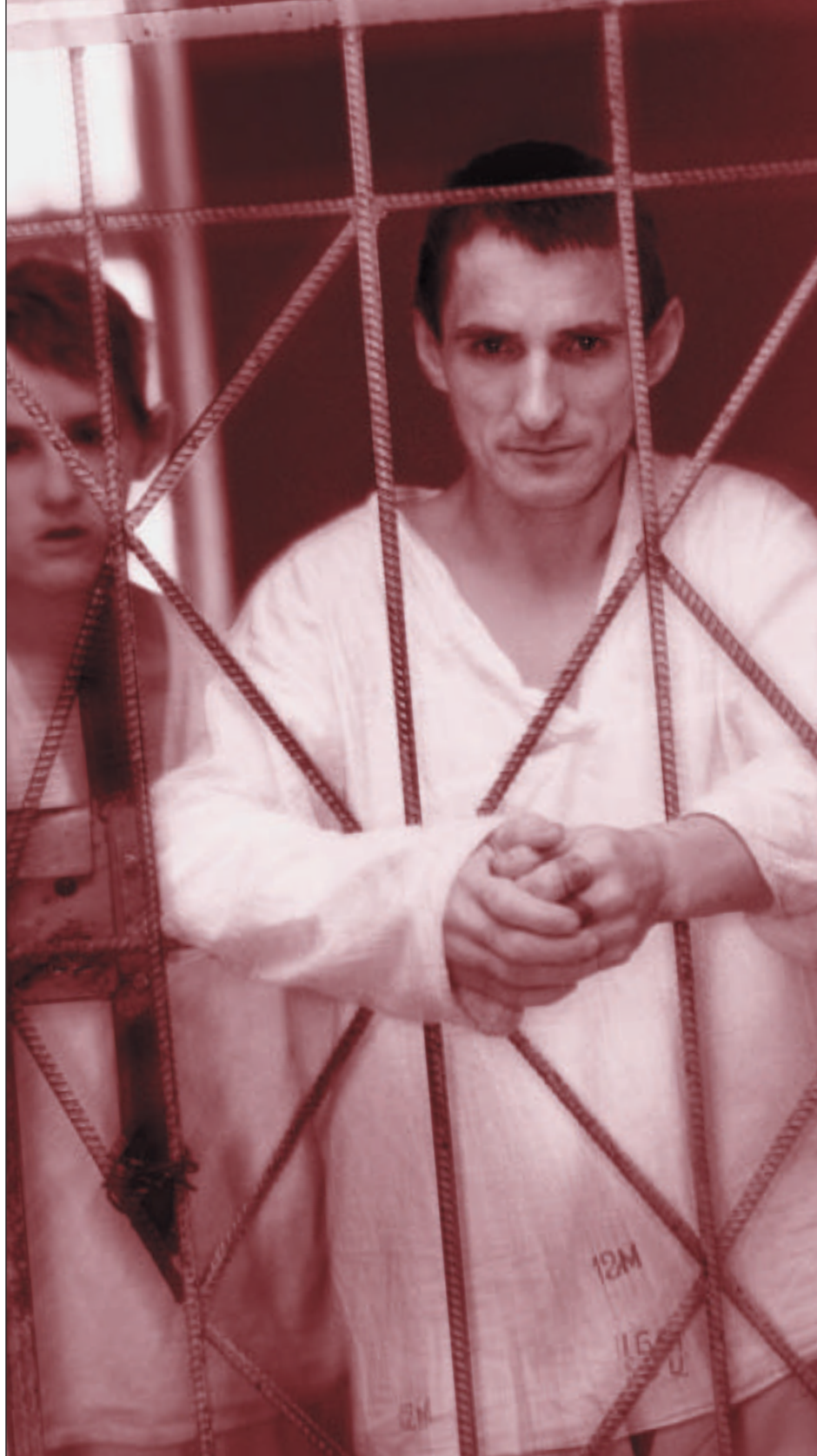
I Innan ni har läst klart denna publikation så har 20 människor – av vilka kanske en är en vän, en familjemedlem eller granne – blivit intagna på en psykiatrisk institution och i majoriteten av fallen blivit brutalt behandlade.

2 Intagningsprocessen kan hålla en person på sjukhuset utan tidsbegränsning under åratals. Vid frisläppande kan patienterna åläggas obligatoriska "behandlingsdirektiv" hos öppenvården.

3 De flesta lagar för intagning baseras på tanken att en person kan utgöra en fara för sig själv eller andra om han inte placeras på en institution. Men: psykiatriker erkänner att de inte kan förutse farligt beteende.

4 Majoriteten av de individer som tvångsintagits har färre rättigheter och mindre skydd av lagen än en kriminell, ändå har de inte brutit mot civilrättsliga lagar eller brottsbalken.

5 Michael McCubbin, Ph.D., associate researcher, och David Cohen, Ph.D., professor of social services, båda vid Montreals universitet, säger att "'rätten till behandling' idag oftare är 'rätten' att ta emot tvångsbehandling..."





KAPITEL TRE

En grym "barmhärtighet"

Med psykiatrikernas ansträngningar att expandera den psykiatriska öppenvården följer deras krav på ökade möjligheter att tvångsinskriva människor.

För närvarande spärras en person in på psykiatrisk inrättning mot sin vilja var 75:e sekund i USA. År 2002 fann man i en studie att antalet tvångsintagningar hade ökat i Österrike, England, Finland, Frankrike, Tyskland och Sverige; ökningen i Tyskland var 70 procent över en period av åtta år.

Innan ni har läst klart denna publikation så har 20 människor – av vilka kanske en är en vän, en familjemedlem eller granne – blivit intagna på en psykiatrisk institution och i majoriteten av fallen blivit brutalt behandlade.

Psykiatriker argumenterar troskyldigt om att tvångsintagning på sjukhus är en empatisk handling, att det är grymt att lämna de vansinniga eller störda åt sig själva. Men, sådana påståenden baseras på förutsättningarna att: 1) psykiatriker till att börja med har fungerande behandlingar som hjälper, och att 2) psykiatriker har kunskap när det gäller att diagnosticera och förutse vem som kommer att vara farlig för sig själv eller andra.

Båda dessa antaganden är klart och tydligt felaktiga.

Som tidigare diskuterats så *skapar* psykiatrisk neuroleptikabehandling inte bara den typ av våld eller

mental oförmåga som skulle ge anledning till inspärning eller påtvingad behandling inom öppenvården under nuvarande lagstiftning, den utsätter också patienten för större fara både psykiskt och fysiskt. Som ett hitillsvarande resultat av öppenvårdens tvångsbehandling har vi nu miljoner hemlösa, som går omkring på gatorna drogpåverkade och kraftlösa.

Tvångsinspärningen inom psykiatri kan bli ett livstidsstraff. Vid sidan av det faktum att intagningsprocessen kan hålla en person på sjukhuset under årtal

utan tidsbegränsning, så kan patienterna, när de väl släpps, lyda under obligatoriska "behandlingsdirektiv".

Robert Whitaker uttrycker det på detta sätt: "Delstaterna har försäkrat sig om rätten att kräva att människor i våra samhällen tar 'antipsykotiska' droger, vilket representerar en omfattande expansion av delstatlig kontroll över de psykiskt sjuka."

De flesta lagar för tvångsintagning baseras på

idén att individer som kan utgöra en fara för sig själv eller andra måste omhändertas på en institution. Men en specialgrupp från American Psychiatric Association (APA) erkände i en inlägga 1979 till USAs högsta domstol, att "Psykiatrisk expertkunskap när det gäller förutsägelse om vem som kommer att vara 'farlig' eller inte, är inte etablerad."

Terrence Campbell skrev 1994 i en artikel i *Michigan Bar Journal*: "Den exakthet med vilken man kan förutsäga

"Den exakthet med vilken man kan förutsäga framtida händelser med hjälp av klinisk bedömning är vanligen i stort sett inte bättre än ren slumpmässighet. Den samlade forskningslitteraturen visar att felbedömningar vad gäller att förutsäga huruvida någon kommer att vara farlig för sig själv eller andra sträcker sig från 54 till 94 procent, med ett genomsnitt på 85 procent."

— Terrence Campbell,
Michigan Bar Journal, 1994

framtida händelser med hjälp av klinisk bedömning är vanligen i stort sett inte bättre än ren slumpmässighet. Den samlade forskningslitteraturen visar att felbedömningar vad gäller att förutsäga huruvida någon kommer att vara farlig för sig själv eller andra sträcker sig från 54 till 94 procent, med ett genomsnitt på 85 procent.”

2002 uttryckte Kimio Moriyama, vice ordförande för Japanese Psychiatrists' Association, psykiatrins oförmåga att korrekt förutse hur en individ kommer att bete sig i framtiden.

”En patients psykiska sjukdom och tendens till kriminellt uppträdande är i grund och botten olika, och det är omöjligt för medicinsk vetenskap att avgöra om någon har benägenhet att upprepa en överträdelse.”

Som ett resultat av påtvingad
behandling i den psykiatriska öppenvården
har vi nu miljoner drogpåverkade
och inkapabla individer som hemlösa
vandrar omkring på gatorna.

Ett annat av psykiatrins trick är påståendet om att tvångsintagning skyddar personens ”rätt till behandling”. Helt bortsett från illusionen om ”behandling” så är lagar för tvångsintagning totalitära.

Enligt professor Szasz: ”Vare sig vi erkänner det eller inte, så kan vi välja mellan att ta hand om andra genom att tvinga dem och att ta hand om dem endast om de samtycker. För tillfället så är vård utan tvång – när mottagarens problem, av denna påstådda vård, definieras som psykisk sjukdom – inte ett acceptabelt alternativ” i yrkesmässiga överläggningar angående policy för psykisk hälsa. ”Den vedertagna förklaringen för att utesluta detta alternativ är att den psykiskt sjuke patienten



lider av en hjärnsjukdom som förstör hans förmåga att samarbeta rationellt.”

Professor Szasz säger att detta är fel. ”All historia lär oss att ta oss i akt för dem som säger sig vilja väl och som berövar dem de säger sig hjälpa deras frihet.”

Michael McCubbin, Ph.D., associate researcher, och David Cohen, Ph.D., professor of social services, båda vid University of Montreal, säger att ”rätten till behandling” idag oftare är ’rätten’ att ta emot tvångsbehandling...”

Artikel 5 i den Europeiska konventionen om de mänskliga rättigheterna säkerställer att: ”Envar, som berövas sin frihet genom arrestering eller eljest, skall äga rätt att inför domstol påfordra, att lagligheten av frihetsberövandet snabbt må prövas samt hans frigivning beslutas, om åtgärden icke är laglig.” FN:s allmänna deklaration om mänskliga rättigheter rekommenderar liknande skydd.

Trots detta grips flera tusen varje vecka utan korrekt juridiskt förfarande som ett resultat av lagar för psykiatrisk tvångsintagning. Majoriteten av dessa medborgare har färre rättigheter och mindre juridiskt stöd än en kriminell, ändå har de inte brutit mot några civilrättsliga lagar eller brottsbalken.

George Hoyer, professor i samhällsmedicin vid universitetet i Tromsø skrev: ”Allvarligt psykiskt störda patienter saknar inte insikt, och inte heller är deras kompetens nedsatt...”

Att beröva en ”psykiskt störd” person friheten genom tvångsinspärning på en psykiatrisk inrättning och sedan påtvinga honom eller henne ”behandling”, speciellt efter personens uttryckliga vägran att undergå potentiellt farlig behandling, bryter mot de mest fundamentala rättigheter som åtnjuts av alla andra medborgare inklusive dem som får medicinsk behandling.

Bryter mot Mänskliga Rättigheter

Hur lätt är det att bli tvångsintagen? Väldigt lätt. Beakta följande exempel:

■ 74-årige William, som led av hjärtsvikt och var beroende av syrgas för att kunna andas, svarade ”ja” när hans hemvårdssköterska 1992 frågade om han kände sig deprimerad. Det tog bara 30 minuter innan en anställd från ett lokalt psykiatriskt sjukhus anlände och



FÖRLORAD RÄTTVISA

Psykiatriska domstolar

”Psykiatriska domstolar” är inrättningar som handhar och dömer fall av förseelser eller brott utan inslag av våld. Istället för att tillåta de skyldiga att ta ansvar för sina brott så slussas de till ett psykiatriskt vårdcenter med förklaringen att de lider av ”psykisk sjukdom” som kommer att svara positivt på behandling med anti-psykotiska droger. Detta är en annan form av ”psykiatrisk öppenvårdsbehandling”, med tvång.

Nancy Wolff, Ph. D., chef för Center for Mental Health Services and Criminal Justice Research, rapporterar: ”...det finns inga bevis för att psykiska sjukdomar är den grundläggande eller omedelbara orsaken till brottsligt beteende... Även om det är en tilltalande idé att behandling skulle kunna vara en skyddande sköld, ...de flesta klienter som var aktiva i behandlingsprogram fortsatte att ha täta kontakter med rättsväsendet... de klienter som var mest aktiva i kriminellt avseende fick den dyraste vården...”

Wolff säger vidare: ”Denna typ av speciell status för brottslingar som har psykiska sjukdomar gör sjukdomen ansvarig för beteendet, inte individen, och skapar möjligheten för individen att använda sjukdomen som ursäkt för sitt beteende.”

I en översyn av 20 mentalvårdsdomstolar fann Bazelon Center for Mental Health Law att dessa domstolar ”kan fungera som tvångsmedel – i mångt och mycket på samma sätt som det kontroversiella ingripandet att tvinga patienter till öppenvårdsmottagningar – man tvingar en person att delta i behandling under hot om rättsliga sanktioner. Hur som helst, den hjälp som kan erbjudas individen är den hjälp som erbjuds av ett system som redan har misslyckats med att hjälpa. Alltför många system av offentliga psykiatriska inrättningar erbjuder föga mer än medicinering...”

Sammanfattningsvis så finns det klara indikatorer på att regeringars godkännande av mentalvårdsdomstolar och ”community policing” (som det benämns i vissa europeiska länder; ”community policing” är ett program för nära samarbete mellan polis och psykiatri – ö. a.), kommer att åstadkomma fler patienter som tvingats in i ett liv av psykiskt och fysiskt farlig drogkonsumtion och beroende, utan något som helst hopp om bättring.

när William vägrade att följa med honom så tillkallade man polisen. Polis­männen kopplade bort syrgasen och kroppsvisiterade William för att finna ut om han bar vapen, och körde honom till ett sjukhus, där man överförde honom till en psykiatrisk inrättning. Utan någon undersökning togs William in som "själv­mordsbenägen" och hölls kvar mot sin vilja i 72 timmar – för "observation". Nästa dag sa en psykiatriker att han behövde hållas kvar ytterligare 48 timmar och kanske så länge som sex månader. William "räddades" bara av att han fick en hjärtattack. Han överfördes till ett allmänsju­khus där en medicinläkare bestämde att William inte hade något behov av psykiatrisk ins­pärning. Williams sjuk­vårdsförsäkring debiterades med 4 000 dollar för fyra dagar på den psykiatris­ka kliniken (trots att han bara hade varit där två dagar och inte efter eget

val), och han fick personligen en räkning på 800 dollar.

■ År 1997 förde ett föräldrapar i Massachusetts sin åttaårige son till ett sjukhus för en justering av hans epilepsimedicin efter att han hade fått hallucinationer. Istället för att justera hans medicindos så tog personal in honom till en psykiatrisk klinik. Hans förtvivlade föräldrar behövde en hel dag för att få honom överförflyttad till en medicinklinik för korrekt behandling.

■ År 1999 tvångsintog en psykiatriker i Tyskland en 79 år gammal kvinna därför att grannar anmälde att hon



Professor Szasz påpekar att
 "...psykiatriker har stor delaktighet
 i att ha skapat de problem som de
 skenbart försöker lösa." Därför är
 psykiatriker de sista människorna som
 skall få förtroendet att lösa problemet
 med våra hemlösa, problemet med
 våld och den psykiska hälsan i
 samhället i största allmänhet.

hade uppfört sig "konstigt". Trots hennes långvariga diabetes och lever-, njur- och hjärtbesvär, så ordinerades hon starkt lugnande medel i doser som var mycket högre än de rekommenderade. Sex dagar senare fördes kvinnan i ilfart till akutintaget på ett sjukhus, där hon senare avled. En obduktion fann att hon dog av andningssvårigheter – en komplikation av de lugnande preparaten.

■ När 19 år gamla "Jo" övertalades att lägga in sig på ett psykiatriskt sjukhus i England medan hon återhämtade sig från ätstörningar, sade man till henne att hon skulle kunna vila, gå på promenader och få stödsamtal. "Min psykiatrikers idé om stödsamtal var att ge mig antipsykotiska droger och när jag hade problem, att öka dosen", berättade hon för en Londontidning år 2000. Det fanns inget att göra förutom att äta, titta på TV och röka. "Jag blev

aggressiv av drogerna, och för första gången började jag att skära mig i armarna", berättade hon. "Ju längre jag var intagen desto mer galen blev jag." När hon rymde blev hon återförd till sjukhuset och tvångsintagen. En patient våldtog henne. Men när hon anmälde detta till personalen så sa de till henne att mannen var "bara sjuk". Det tog flera månader innan Jos mamma lyckades få henne frisläppt. "När jag tittar tillbaka så är det svårt att tro på vad som hände mig. Jag åkte in för att vila upp mig men kom ut som ett fullständigt vrak."

PÅHITTADE SJUKDOMAR

Diagnostisk pseudovetenskap

Bakom de problem som diskuteras i denna publikation och mer därtill ligger ett system av diagnoser på mentala störningar som är ovetenskapliga i en utsträckning som liknar rena bedrägeriet.

Psykatrikernas bibel med vilken de diagnostiserar psykiska störningar är APA:s Diagnostisk och statistisk handbok för mentala störningar eller DSM. Den publicerades första gången 1952; den senaste utgåvan, DSM-IV, omfattar 374 psykiska störningar. Från denna handbok kommer de diagnoser med vilka psykiatriker etiketterar en individ. Eftersom man inte kan bota någon psykisk sjukdom inom psykiatri, och inte känner till dess orsaker, blir det en etikett som personen kommer att få behålla för resten av livet.

”Till skillnad från medicinska diagnoser som anger trolig orsak, lämplig behandling och tänkbar prognos, är de diagnoser som är listade i DSM uppkomna genom ”kollegial konsensus” – omröstning bland APA-medlemmar – och förutbestämda för syftet att debitera”, rapporterar den kanadensiska psykologen Tana Dineen. Det finns inget objektivt vetenskapligt förfarande inblandat i det.

Psykatriker medger att de inte ens kan definiera vad det är de ”behandlar”.

■ Om schizofreni medgav författarna till DSM-II: ”Även om de försökte, kunde kommittén inte komma fram till någon överenskommelse angående denna störning; de kunde bara bestämma vad de skulle kalla den.”

■ I DSM-III medgav psykiatrikerna: ”...etiologin [orsaken] till psykiska störningar är inte känd. Olika teorier har

framförts...alla har inte övertygat — förklarat hur dessa störningar uppkommer.”

■ I DSM-IV skriver man att termen ”psykisk störning” finns kvar eftersom ”vi inte har funnit någon bra ersättning”.

Dr Sydney Walker, psykiatriker, neurolog och författare till *A Dose of Sanity* varnade för faran med att förlita sig på DSM: ”Olyckligtvis så kan DSM ha allvarlig

inverkan på ditt liv... Effekterna av handboken kan uppfattas långt utanför läkares mottagningar – i hem, affärsverksamhet, domstolssalar och fängelser. DSM kan användas för att bedöma hur lämplig du är som förälder, din förmåga att utföra ett arbete, även din rätt att stödja ett specifikt politiskt parti.

Den kan användas för att behålla en brottsling i fängelse eller för att frige en mördare.

Den kan användas för att nedvärdera din vilja, att bryta dina lagliga kontrakt, eller förneka dig rätten att gifta dig utan en domstols godkännande. Om det låter skrämmande att en enskild bok har så mycket inflytande, så stämmer det. Men, det är ingen överdrift...



Jag tror, att tills allmänheten och psykiatrikerna själva inser att DSM-etiketter inte bara är värdelösa som medicinska ’diagnoser’ men också har potentialen att åstadkomma allvarlig skada – speciellt när de används som ett verktyg för att förneka individuella friheter, eller som vapen av psykiatriker som agerar som inhyrda auktoriteter för rättsväsendet.”

*ICD-10: International Classification of Diseases, section on mental disorders

VIKTIGA FAKTA

1 Psykiatri har aldrig botat något. I stället, som en konsekvens av dess utbredda förskrivningar av farliga antipsykotiska droger, har den skapat det mesta av det mentala kaos som nu desperat skriker på hjälp.

2 Medicinska studier visar att det som hos många individer kan se ut som psykiska problem kan vara orsakade av kroppsliga sjukdomar eller tillstånd. Det innebär inte att det finns en "kemisk obalans" eller "hjärnbaserad sjukdom", utan ett verkligt patologiskt tillstånd som kan behandlas av en kompetent läkare.

3 En studie publicerad i Archives of General Psychiatry fann att det finns flera sjukdomar som liknar schizofreni, som t.ex. drogutlösta psykoser med tillhörande förföljelsemani och hallucinationer.

4 Vid en grundlig undersökning av "Fru J." som hade fått diagnosen schizofreni eftersom hon hörde röster upptäckte man att hon inte omsatte glukos som hon skulle. När detta hade behandlats fanns inga rester kvar av hennes tidigare psykiska tillstånd.

5 Dr Thomas Szasz, professor emeritus i psykiatri säger: "Allt kriminellt beteende bör kontrolleras med hjälp av lagen, ett administrativt förfarande som psykiatriker bör uteslutas från."





KAPITEL FYRA

Hur kan psykisk hälsa förbättras

Om någon skulle löpa amok på gatan och ta hand om andra för att han inte tyckte om deras beteende och sedan låsa in dem och tortera dem med personlighetsförändrande droger eller elektricitet, då skulle allmänheten göra uppror. Förövaren skulle fällas för överfall och misshandel, och låsas in i flera år.

Men eftersom förövaren är psykiatriker och de brutala handlingar som han begår döljs av termer som "psykisk hälsovård" eller "patientens rätt till behandling" ignoreras de, och den systematiska sociala och psykiska invalidiseringen av miljontals människor årligen ignoreras. Den oskyldige patienten blir inlåst och förövaren tillåts att härja fritt och upprepa sina brott.

När varje psykiatriker har full laglig rätt att tvinga individer att bli inlåsta mot sin vilja (kidnappade), att utsätta dem för fysisk smärta och psykisk stress (tortyr) som ger kroniska skador (grymt och otillbörligt straff), allt utan att någon framlägger bevis på att han har begått brott, då har vi, per definition, en totalitär stat.

I sin bok *Psychiatric Slavery* skrev dr Szasz: "När människor inte vet 'vad mer de skall göra' med låt oss säga en letargisk, tillbakadragen

ungling, en småtjuv, en exhibitionist, eller en problematisk farförälder – då säger vårt samhälle att vi skall placera 'förövaren' på mentalsjukhus. För att hantera det här kommer vi att behöva skapa fler och fler humana alternativ till ofrivillig mentalvård. Ålderdomshem, workshops, hem för tillfälligt boende för utblottade individer vars familjer har splittrats, progressiva alternativ till fängelser – detta och många fler inrättningar kommer att behövas för att överta de uppgifter

som nu åligger mentalsjukhusen."

Medicinsk screening som utförs korrekt av icke-psykiatriska specialister är ett viktigt steg att börja med när man skall hjälper psykiskt störda individer att återhämta sig. Medicinsk forskning har gång på gång visat att det som verkar vara psykiska

"En fysisk sjukdom som felaktigt diagnostiseras som en psykisk åkomma kan leda till livslång behandling med personlighetsförändrande droger, att individen förlorar sitt arbete, han försämras fysiskt och psykiskt och hans drömmar skingras."

— Dr. Sydney Walker, III, neurolog och psykiatriker,
författare till *A Dose of Sanity*

problem egentligen är orsakade av odiagnostiserade fysiska sjukdomar och tillstånd. Detta innebär inte en "kemisk obalans" eller "sjukdom i hjärnan" utan ett verkligt patologiskt tillstånd som kan behandlas av en kompetent läkare.

Vanliga medicinska problem kan påverka en individs utseende och beteende. F.d. psykiatrikern William H. Philpott, numera specialist på allergier, rapporterar: "Symptom som uppkommer vid brist på vitamin B12 kan omfatta dålig koncentrationsförmåga som närmar sig dvallikande depression,

stark upprördhet och hallucinationer. Det finns bevis för att man kan få neuroser och psykosor att upphöra med hjälp av vissa näringsämnen, och förbättringen kan komma snabbt.”

Det är av yttersta vikt att psykvårdsinrättningar är fullständigt utrustade med diagnostisk apparatur och har tillgång till kompetenta icke-psykiatriska läkare.

Vad beträffar den farliga person som är våldsam, måste han eller hon hanteras oberoende av psykiatriker. Professor Szasz säger: ”Förvisso är

vissa människor farliga.” Men ”farlighet ska inte anses vara ett abstrakt psykologiskt tillstånd som förknippats med en person, däremot, det förväntas vara en slutsats som dragits från det faktum att en person har begått en våldshandling som är olaglig, har åtalats för den, stått inför rätta för den och befunnits skyldig till den. När så är fallet, ska han straffas, inte ’behandlas’ – på ett fängelse, inte på ett sjukhus.”

Om en person begår ett våldsbrott så finns lagar som täcker detta. Szasz säger vidare: ”Allt

BEHANDLING SOM FUNGERAR

Verklig hjälp

Dr Giorgio Antonucci i Italien tror på människolivets värde och att kommunikation, inte tvångsinspärning och inhumana behandlingsmetoder, kan hela den mest störda individ.

På Osservanza-institutet i Imola, Italien, behandlade Antonucci dussintals av s.k. schizofrena kvinnor, av vilka de flesta ständigt hade varit fastspända vid sina sängar eller hållits i tvångströjor. All ”konventionell”

psykiatrisk behandling övergavs. Dr Antonucci började frige kvinnorna från deras fångenskap och pratade med dem dagligen i många, många timmar ”för att penetrera deras delirium och ångest”. I vart och ett av fallen fick Antonucci lyssna till historier fyllda av åratals desperation och lidande.

Han förvissade sig om att patienterna möttes med medmänsklighet och respekt och att de inte

fick några droger. Det var faktiskt så att under hans ledarskap förvandlades avdelningen från att ha varit inrättningens oroligaste till att bli den lugnaste. Efter några månader gick hans ”farliga” patienter fritt omkring i klinikens trädgård. De skrevs slutligen ut från sjukhuset och flera av dem fick nu lära sig att läsa och skriva och, för första gången, lära sig hur man klarar av sina vardagssysslor.



Dr Antonucci behandlade sina patienter med kommunikation och medkänsla men utan piller.

kriminellt beteende bör kontrolleras med hjälp av lagen, ett administrativt förfarande som psykiatriker bör uteslutas från.”

Det ligger inget mysterium bakom den ökning vi ser av det omotiverade våldet, kriminalitet, självmord bland ungdomar, arméer av hemlösa och flertalet andra negativa effekter av psykvårdens influenser idag. Dessa faktorer är dock inte en ökning av *psykiska sjukdomar* som kräver ytterligare behandlingsmöjligheter. De är resultatet av ökande psykisk ohälsa som skapats av psykiatriker och deras behandling.

Psykiatrin har aldrig botat något. Den har i stället, som en direkt konsekvens av dess utbredda användning av farliga antipsykotiska droger, skapat det mesta av det mentala kaos som nu desperat kräver en lösning.

Slutsatsen blir, som professor Szasz påpekar, att ”...psykiatriker har stor delaktighet i att ha skapat de problem som de skenbart försöker lösa.” Därför är psykiatriker de sista människorna som skall få förtroendet att lösa problemet med våra hemlösa, problemet med våld och den psykiska hälsan i samhället i största allmänhet.

Antonuccis förstklassiga resultat kostade också betydligt mindre än andra behandlingsformer. Program som detta utgör ett bestående vittnesbörd om förekomsten av både faktiska svar och hopp för dem i allvarliga psykiska svårigheter.

En hoppets tillflyktsort

Följande skrevs 1999 av dr Loren Mosher, klinisk professor i psykiatri vid School of Medicine, University of California, San Diego och tidigare ledare för National Institute of Mental Health's Center for Studies of Schizophrenia.

”Jag öppnade Soteria House 1971... Där bodde unga människor, som hade diagnostiserats som 'schizofrena', utan medicinering med personal som saknade utbildning men som var utbildade i att lyssna och förstå patienterna, att ge dem sitt stöd, trygghet och att bekräfta deras erfarenheter. Idén byggde på att schizofreni kan övervinnas



Mod kan beskrivas som uthållighet att övervinna alla svårigheter och kommunikation som livets själ och hjärta. Ett stort mått av dessa två kvaliteter visade två enastående läkare prov på: dr Giorgio Antonucci (till vänster) och dr Loren Mosher, som båda har hjälpt hundratals patienter tillbaka till livet från ett degraderat tillstånd efter deras vistelser i psyk-sjukhus.

lättare med hjälp av meningsfulla relationer än med droger...”

Soteria-projektet jämförde sin behandlingsmetod med ”konventionell” psykiatrisk drogbehandling för individer som nyligen fått diagnosen schizofreni.

”Experimentet lyckades bättre än förväntat. Sex veckor efter att behandlingen startat hade individerna i båda grupperna förbättrats markant fastän de på Soteriakliniken inte hade fått antipsykotiska droger. Två år efter intagningen hade de som vistats på Soteriakliniken generellt mer kvalificerade arbeten, det var flera av dem som bodde på egen hand eller tillsammans med

vänner och hade färre återfall. Intressant nog var det de som hade vistats på Soteriakliniken och som inte fick någon neuroleptisk medicinering under hela tvåårsperioden eller som man hade trott hade de sämsta förutsättningarna, som klarade sig bäst i jämförelse med dem som hade behandlats med droger på sjukhus.”



REKOMMENDATIONER

Rekommendationer

- 1** Ingen individ skall någonsin tvingas undergå elchockbehandling, psykokirurgi, psykiatrisk tvångsvård, eller tvingas att ta personlighetsförändrande droger. Dessa övergrepp bör olagligförklaras.
- 2** Kräv att de lagar som godkänner tvångsvård upphävs. Avveckla mentalvårdsdomstolar och, där sådana inte finns, förhindra inrättandet av dem.
- 3** Att ha bostad och arbete hjälper de hemlösa mer än ödeläggande psykiatriska drogerna gör och andra psykiatriska behandlingar som förstör människors förmåga att ta ansvar för sina liv. Flera av dem vill helt enkelt få en chans att lyckas.
- 4** Det är viktigt att psykvårdsinrättningar är fullständigt utrustade med diagnostisk apparatur och har tillgång till kompetenta icke-psykiatriska läkare för att kunna lokalisera underliggande odiagnostiserade kroppsliga tillstånd och därigenom förhindra 40 procent av alla inskrivningar.
- 5** Lagen skall vara utformad på sådant sätt att det klart framgår att det är förbjudet för psykiatriker och psykologer att kränka individers civila, politiska, ekonomiska eller kulturella rättigheter så som dessa är formulerade i FN:s allmänna deklaration om mänskliga rättigheter, i den internationella konventionen om civila och politiska rättigheter och andra liknande dokument.
- 6** Skicka en rapport till polisen på varje fall av psykiatriska övergrepp, bedrägeri eller olovligt drogsäljande. Skicka en kopia av rapporten till KMR. Skicka även rapport på det som inträffat till Socialstyrelsen, som är den myndighet som kan återkalla en psykiatrikers eller psykologs legitimation.
- 7** Fastställ patienters och försäkringsbolags rättigheter att få tillbaka pengar som de lagt ut på psykiatrisk behandling som inte gett de utlovade resultaten, eller som orsakade individen skada. Säkerställ att ansvaret läggs hos den utövande psykiatrikern eller psykologen, eller den psykiatriska inrättningen.



Kommittén för Mänskliga Rättigheter

Kommittén för Mänskliga Rättigheter grundades 1969 av Scientologi-kyrkan för att undersöka och avslöja psykiatriska brott mot de mänskliga rättigheterna och för att rensa upp inom den psykiatriska vården. I dag finns 130 lokalavdelningar i 31 länder. Kommittén har en rådgivande styrelse, vars ledamöter kallas kommissionärer, med bl.a. läkare, jurister, pedagoger, artister, affärsmän samt medborgar- och människorättsrepresentanter.

KMR ger inga medicinska eller juridiska råd, men har ett nära samarbete med läkare och stödjer medicinska, men inte psykiatriska behandlingar. KMR befattar sig i första hand med psykiatrins bedrägliga användning av "diagnoser" som inte är grundade på vetenskap eller medicinska kriterier. Grundat på dessa falska diagnoser rättfärdigar psykiatriker sina skadliga behandlingar, som inbegriper personlighetsförändrande droger, vilka döljer individens underliggande problem och förhindrar tillfrisknande.

KMRs arbete går i linje med FNs allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, framför allt de följande punkterna som psykiatriker överträder dagligen:

Artikel 3: "Envar har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet."

Artikel 5: "Ingen må utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning."

Artikel 7: "Alla är lika inför lagen och är utan åtskillnad berättigade till lika skydd från lagens sida. Alla är berättigade till lika skydd mot varje åtskillnad i strid med denna förklaring och mot varje framkallande av sådan åtskillnad."

Genom psykiatrikers falska diagnoser, stigmatiserande etiketter, godtyckliga lagar för tvångsintagning och brutala avpersonaliserade "behandlingar" skadas tusentals individer samt förnekas sina grundläggande mänskliga rättigheter.

KMR har åstadkommit hundratals reformer genom vittnesmål i samband med utfrågningar inför lagstiftande församlingar, genom offentliga förhör om psykiatriska övergrepp, och genom att samarbeta med media, lagstiftare och statliga befattningshavare över hela världen.



KMRs UPPGIFT

KOMMITTÉN FÖR MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER

undersöker och exponerar kränkningar av mänskliga rättigheter. KMR har ett nära samarbete med andra grupper och personer som har syftet att rensa upp inom den psykiatriska vården, och kommer att fortsätta med det tills psykiatrins övergrepp har upphört, och mänskliga rättigheter och värdighet är en självklarhet för alla människor.

Rosa Anna Costa Piemonte,
Regional rådgivare,
Hälsokommissionen

"Vi måste fortsätta att höja våra röster för dem som själva inte kan göra det... Vi måste ta ansvar, som inrättningar, och leda kampanjen, och jag vill bekräfta KMR för vad de gör i det här området. Det finns situationer som vi inte känner till och det är viktigt att organisationer [KMR] som ger oss kunskap om dessa... Jag tycker att KMR:s arbete skall utökas så att fler människor kan få veta vilka slags övergrepp som begås av 'inte-så-etiska' läkare... Jag vill tacka KMR för vad de gör."

Raymond N. Haynes, Ledamot
California State Assembly

"De insatser som Internationella Kommittén för Mänskliga Rättigheter har gjort på lokal, nationell och internationell

nivå i mentalhälsovårdsfrågor är ovärderliga och avspeglar en organisation som är hängiven de högsta idealen inom mentalhälsovården."

Johann Reeve-Alexander,
Homeopat, Näringsfysiolog
Tara Health Center, Australien

"Hos KMR har jag mött ett hängivet, medkännande, humanitärt team av individer som hjälper till att dra fram de fruktansvärda sanningarna bakom några av psykiatrins utövningar i ljuset... Om KMR inte hade öppnat portarna och satt uppmärksamheten på dessa utövningar med hjälp av sin litteratur, sina kampanjer för att öka medvetenheten, undersökningar på regeringsnivå och kontinuerliga forskning skulle allmänheten vara betydligt mer omedveten om felbehandlingarna inom denna gren av medicinen."

För ytterligare information:

CCHR International
6616 Sunset Blvd.
Los Angeles, CA, USA 90028
Telephone: (001) 323 467-4242 • (001) 800 869-2247 • Fax: (001) 323 467-3720
www.cchr.org • e-mail: humanrights@cchr.org

eller kontakta närmaste KMR-kontor:

KMR
Box 2
124 21 Bandhagen
tel: 08-83 85 18

KMR
Box 171 00
402 61 Göteborg
tel: 031-12 23 54

Nationella KMR-kontor



KMR Australien

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

KMR Österrike

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

KMR Belgien

Citizens Commission on
Human Rights
Postbus 55
2800 Mechelen 2,
Belgium
Telefon: 324-777-12494

KMR Kanada

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

KMR Tjeckien

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

KMR Danmark

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

KMR Finland

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

KMR Frankrike

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

KMR Tyskland

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

KMR Grekland

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

KMR Holland

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

KMR Ungern

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

KMR Israel

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

KMR Italien

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

KMR Japan

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

KMR Lausanne, Schweiz

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

KMR Mexiko

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

KMR Monterrey, Mexiko

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
Telefon: 51 81 83480329
Fax: 51 81 86758689
E-mail: ccdh@axtel.net

KMR Nepal

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

KMR Nya Zeeland

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

KMR Norge

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

KMR Ryssland

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

KMR Sydafrika

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

KMR Spanien

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

KMR Sverige

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

KMR Taiwan

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

KMR Tessin, Schweiz

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

KMR Storbritannien

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

KMR Zürich, Schweiz

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

REFERENSER

Referenser

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. Paper written by 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://www.psychrights.org>, 20 Jan. 2004, p. 31.
3. 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, citing L. Jeff, "The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-Year Follow-Up Findings," *Psychological Medicine* 22 (1992), pp. 131–145; Assen Jablensky, "Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures, a World Health Organization Ten-Country Study," *Psychological Medicine*, Supplement (1992), pp. 1–95.
4. J.R. Ewalt, Foreword in Gryenebaum (ed.), *The Practice of Community Mental Health* (Little, Brown & Co., Boston, 1970).
5. Peter Schrag, *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, 203–204.
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. *Op. cit.*, Foley and Sharfstein, p. 165.
13. Vera Hassner Sharav, MLS, "Children in Clinical Research: A Conflict of Moral Values," *The American Journal of Bioethics*, Vol. 3, No. 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 Gorringer, *Mental Disorder or Madness?* (University of Queensland Press, Australia, 1979).
15. *Op. cit.*, Robert Whitaker, *Mad in America*, p. 144.
16. *Ibid.*, p. 164.
17. *Ibid.*, p. 256.
18. *Ibid.*, pp. 257–258.
19. *Ibid.*, pp. 253–254.
20. *Op. cit.*, Allen Jones, p. 6.
21. *Op. cit.*, Robert Whitaker, *Mad in America*, p. 286.
22. "Leading Therapy Classes by Global Pharmaceutical Sales, 2003," *IMSHealth.com*, 2004.
23. *Op. cit.*, Robert Whitaker, *Mad in America*, p. 186.
24. *Ibid.*, pp. 183, 186.
25. John H. Herrera, Ph.D., et al., "High Potency Neuroleptics and Violence in Schizophrenics," *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 176, No. 9, 1988, p. 558.
26. *Ibid.*
27. Erica Goode, "Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny," *The New York Times*, 20 May 2003.
28. *Op. cit.*, Robert Whitaker, *Mad in America*, p. 282.
29. Rosei Mestel, "New Schizophrenia Treatment at Issue," *Los Angeles Times*, 26 Nov. 2003.
30. *Op. cit.*, Erica Goode.
31. *Ibid.*
32. Robert Whitaker, "Forced Medication is Inhumane. ..." *The Boston Globe*, 9 June 2002.
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, June 1999.
34. "Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients—Legislation and Practice in EU-Member States," Final Report, Mannheim, Germany, 15 May 2002, Introduction, pp. 2–8.
35. *Op. cit.*, Robert Whitaker, "Forced Medication is Inhumane. ..."
36. "Diet Mulls Fate of Mentally Ill Criminals," *The Japan Times*, 8 June 2002.
37. *Op. cit.*, Thomas Szasz, M.D. *Cruel Compassion*, p. 205.
38. *Op. cit.*, Michael McCubbin and David Cohen.
39. Thomas Szasz, M.D., *Liberation By Oppression* (Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey 2002), p. 127.
40. Nancy Wolff, Ph.D., "Courts as Therapeutic Agents: Thinking Past the Novelty of Mental Health Courts," *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, Vol. 30, 2002, pp. 431–437.
41. "The Role of Mental Health Courts is System Reform" Judge David L. Bazelon Center for Mental Health Law, Washington D.C., Jan. 2003.
42. Sam Hart, "Mind Control, The Shocking Truth about Britain's Mental Hospitals, Exclusive Survey," *The Big Issue*, No. 412, 13–19 Nov. 2000.
43. Dr. Tana Dineen, Ph.D., *Manufacturing Victims*, Third Edition (Robert Davies Multimedia Publishing, Canada, 2001), p. 86.
44. Sydney Walker, *A Dose of Sanity: Mind, Medicine and Misdiagnosis* (John Wiley & Sons, Inc; New York, 1996), pp. 207, 225.
45. 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.

KMR SKAPAR OFFENTLIG MEDVETENHET

Kunskap är en vital del i alla initiativ som syftar till att vända den krympande sociala spiralen. KMR tar ansvaret för denna uppgift på allvar. Genom att göra KMRs internet-sajt välkänd, genom böcker, informationsbrev och andra publikationer får fler och fler patienter, familjer och människor tillhörande olika yrkeskategorier, lagstiftare och många andra,

DEN VERKLIGA KRISEN-*inom dagens psykiatri*

Rapport och rekommendationer angående bristen på vetenskaplighet och resultat inom mentalvårdsindustrin

OMFATTANDE BEDRÅGERI-*Psykiatrins korrumpierade verksamhet*

Rapport och rekommendationer angående det kriminella monopolet på mental hälsa

PSYKIATRINS BLUFF-*Hur läkarvetenskapen undermineras*

Rapport och rekommendationer om psykiatrins influenser på hälso- och sjukvården

PSEUDOVETENSKAP-*Psykiatrins falska diagnoser*

Rapport och rekommendationer om bristen på vetenskaplighet i psykiatrisk diagnos

SCHIZOFRENI-*"Sjukdomen" som psykiatri gör pengar på*

Rapport och rekommendationer om psykiatriska lögnen om allvarliga psykiska störningar

DEN BRUTALA VERKLIGHETEN-*Skadlig psykiatrisk behandling*

Rapport och rekommendationer angående de destruktiva behandlingsmetoderna ECT och psykokirurgi

DÖDLIGA TVÅNGSMETODER-*Psykiatrins "terapeutiska" övergrepp*

Rapport och rekommendationer angående bruket av tvång på psykiatriska inrättningar

PSYKIATRIN-*får din omvärld att bli fast på droger*

Rapport om hur psykiatri skapar dagens drogkris, och rekommendationer om åtgärder

REHABILITERINGSBEDRÅGERI-*Psykiatrins svindleri med droger*

Rapport och rekommendationer angående metadonprogrammet och andra dödsbringande drogrehabiliteringsprogram

ATT GE DROGER TILL BARN-*Psykiatri förstör liv*

Rapport och rekommendationer om falska psykiatriska diagnoser och om att tvinga på unga människor droger

korrekt information om psykiatri; de får veta att det går att göra någonting åt den och att man bör göra det.

KMRs publikationer, som finns tillgängliga på 15 språk, informerar om psykiatrins skadliga inflytande på rasism, utbildning, kvinnofrågor, rättsväsendet, drogrehabilitering, moral, våra äldre, religion och många andra områden. Dessa omfattar bl.a.:

ATT SKADA UNGDOMAR-*Hur psykiatri undertrycker ungdomars sinnen*

Rapport och rekommendationer om destruktiva bedömningsformulär för psykisk hälsa, värderingar och program i våra skolor

HUR SAMHÄLLET ÖDELÄGGS-*Psykiatrins påtvingade vård*

Rapport och rekommendationer om psykiatrins misslyckade öppenvårdsprogram och andra psykiatriska tvångsprogram

ATT SKADA KONSTNÄRER-*Psykiatri förstör kreativitet*

Rapport och rekommendationer om psykiatrins angrepp på konstnärer

OHELIGT ANGREPP-*Hur religionen undermineras*

Rapport och rekommendationer om psykiatrins destruktiva inflytande på religiös tro och religiösa utövningar

RÄTTVISAN URHOLKAS-*Hur psykiatri har korrumpierat lag och rätt*

En rapport om och rekommendationer beträffande psykiatrins och psykologins inverkan på rättsväsende och kriminalvård

ÖVERGREPP MOT ÄLDRE-*Brutala mentalhälsovårdsprogram*

Rapport och rekommendationer om psykiatrins övergrepp mot våra äldre

PSYKIATRISK VÅLDTÅKT-*Övergrepp på kvinnor och barn*

Rapport och rekommendationer om sexuella övergrepp på patienter inom den psykiatriska vården

KAOS OCH TERRORISM-*Skapat av psykiatri*

Rapport och rekommendationer om psykiatrins roll i den internationella terrorismen

ATT SKAPA RASISM-*Psykiatrins bedrägeri*

Rapport och rekommendationer kring psykiatrins skapande av raskonflikter och etnisk rensning.

KOMMITTÉN FÖR MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER

Internationell övervakare av mentalhälsovård

WARNING: Innan du slutar att ta psykiatriska droger behöver du söka hjälp och råd av en kompetent icke-psykiatrisk läkare.



Den här publikationen har möjliggjorts med hjälp av anslag från
International Association of Scientologists.

Publicerad som information till allmänheten av Kommittén för Mänskliga Rättigheter.

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

*”Det är inte ärligt att låtsas
att tvångsåtgärder av omsorg för
den mentalt sjuke hjälper honom,
och att avhållsamhet från sådana
tvångsåtgärder är det samma som att
'undanhålla behandling' från honom.
...Alla historielärare undervisar att
man ska akta sig för välgöraren som
berövar mottagaren hans frihet”.*

*– Thomas Szasz
Professor emeritus i psykiatri*