



ABUSI SUGLI ANZIANI

Cura o tradimento?

Resoconto e raccomandazioni
sui trattamenti psichiatrici
destinati agli anziani

Publicato dal
Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani
Istituito nel 1969





NOTA IMPORTANTE

Per Il Lettore

Di seguito vi sono alcuni fatti che smentiscono la pretesa di alcuni psichiatri di essere l'unica autorità sul soggetto della salute mentale e sui "disturbi" mentali:

1. I "DISTURBI" PSICHIATRICI NON SONO MALATTIE. Nella medicina esistono criteri precisi: per definire una condizione come malattia si deve dimostrare ed accertare un gruppo prevedibile di sintomi e la loro causa o la comprensione della loro fisiologia (funzione). Brividi e lamentare un dolore o sentirsi stanchi sono sintomi. La malaria e il tifo sono malattie. L'esistenza delle malattie viene comprovata tramite riscontro oggettivo e test fisiologici. L'esistenza delle malattie mentali, invece, non è mai stata provata tramite criteri medici.

2. GLI PSICHIATRI SI OCCUPANO SOLO DI "DISTURBI MENTALI", NON DI MALATTIE ACCERTATE. Mentre la medicina ufficiale cura le malattie, la psichiatria riesce solamente ad occuparsi di "disturbi". In assenza di una causa o di una fisiologia conosciuta, un gruppo di sintomi, osservati in differenti pazienti, viene definito come *disturbo* o *sindrome*. Il dott. Joseph Glenmullen dell'Università di Harvard, afferma che in psichiatria "tutte le diagnosi sono solamente delle sindromi (o disturbi), gruppi di sintomi che si suppone siano in relazione l'uno con l'altro, non delle malattie". Come osserva il dottor Thomas Szasz, professore emerito di psichiatria "Non esistono esami del sangue o un altro tipo di esami biologici per accertare la presenza o l'assenza di una malattia mentale, mentre invece tali esami esistono per la maggior parte delle malattie fisiche".

3. LA PSICHIATRIA NON HA MAI STABILITO LA CAUSA DI ALCUN "DISTURBO MENTALE". Enti leader nel settore della psichiatria, quali la World Psychiatric Association e il National Institute of Mental Health americani ammettono che gli psichiatri

non conoscono né le cause né le cure per i disturbi mentali, e neppure che cosa causino ai pazienti i loro "trattamenti". Sono solo in possesso di teorie e opinioni contrastanti sulle diagnosi ed i metodi e, anche in relazione ad essi, mancano totalmente di qualsiasi base scientifica. Uno dei passati presidenti della World Psychiatric Association aveva dichiarato: "È passato il tempo in cui gli psichiatri consideravano di poter curare il malato mentale. In futuro il malato mentale dovrà imparare a convivere con la sua malattia".

4. LA TEORIA CHE I DISTURBI MENTALI DERIVANO DA UNO "SQUILIBRIO BIOCHIMICO" DEL CERVELLO È UN'OPINIONE NON DIMOSTRATA, NON UN FATTO. Una delle teorie psichiatriche prevalenti (vitale per la vendita di farmaci psicotropi) è che i disturbi mentali siano causati da uno squilibrio biochimico nel cervello. Al pari di altre teorie psichiatriche, non esistono prove biologiche né di altro tipo a sostegno di ciò. Il ricercatore Elliot Valenstein, rappresentante di un nutrito gruppo di esperti di medicina e biochimica, e autore del libro *Blaming the Brain*, dice: "Non esistono test per accertare lo stato biochimico del cervello di una persona mentre è in vita".

5. IL CERVELLO NON È LA VERA CAUSA DEI PROBLEMI NELLA VITA. Le persone, nella loro vita, hanno esperienza di problemi e turbamenti che potrebbero sfociare in problemi mentali, a volte molto gravi. Ma il dire che tali problemi siano causati da "disturbi cerebrali" incurabili, e che essi possano essere alleviati solamente da pillole pericolose, è disonesto, dannoso e, spesso, letale. Tali farmaci sono spesso più potenti di un narcotico e in grado di portare qualcuno a commettere atti violenti o il suicidio. Essi mascherano la vera causa dei problemi nella vita e debilitano l'individuo, negandogli l'opportunità di una vera guarigione e la speranza per il suo futuro.

ABUSI SUGLI ANZIANI

Cura o tradimento?

INDICE

INTRODUZIONE:	
Approfittarsi degli anziani	2
CAPITOLO UNO:	
Tradire gli anziani	5
CAPITOLO DUE:	
Pratiche e trattamenti brutali	9
CAPITOLO TRE:	
La "diagnosi" psichiatrica	13
CAPITOLO QUATTRO:	
Gli anziani meritano di meglio	17
Raccomandazioni	19
Il Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani Internazionale	20





INTRODUZIONE

Approfittarsi degli anziani

Oggi giorno per stare al passo con le esigenze della vita e dei ritmi pressanti, si tende troppo spesso a liberarsi delle consuetudini, rimpiazzandole con mezzi considerati “moderni”. Per esempio, a differenza del passato, dove i valori erano profondamente legati alla comunità, alla chiesa e alla famiglia, oggi il compito di prendersi cura dei genitori e dei nonni è spesso delegato ad enti specializzati, come case di riposo o case di cura per anziani, dove confidiamo nel fatto che il personale specializzato nella loro assistenza avrà per essi la stessa cura che avremmo avuto noi.

Senza dubbio la moglie e la famiglia del sessantasettenne Pierre Charbonneau, si fidavano ciecamente delle cure che avrebbe ricevuto, quando lo accompagnarono all'ospedale in preda a gravi attacchi d'ansia e “agitazione acuta” provocatigli dal morbo d'Alzheimer. A Pierre fu subito prescritto un tranquillante. Dopo dieci giorni fu trasferito in una casa di cura e il dosaggio di questo psicofarmaco, nel giro di tre giorni fu raddoppiato e poi triplicato. Dopo poco tempo, sua moglie Lucette, lo trovò su una sedia a rotelle, il mento contro il petto, incapace di camminare e solo in grado di ingoiare pochi cucchiaini di purea.

Un farmacista, a cui Lucette chiese informazioni, le disse che forse suo marito soffriva degli effetti collaterali dei forti tranquillanti che gli erano stati somministrati. La famiglia chiamò la casa di cura e richiese la sospensione immediata del farmaco. Era troppo tardi, un dottore spiegò che la lingua del signor Charbonneau era paralizzata in modo permanente. Dopo nove giorni il signor Charbonneau morì. La causa “ufficiale” del decesso fu “attacco di cuore”.¹

Per coloro che si trovano a dover affrontare questo problema con i propri cari, genitori o nonni, è fondamentale sapere che questa tragica storia, oggi, non rappresenta un'eccezione nella cura degli anziani.

Wilda Henry racconta che quando accompagnò la madre ottantatreenne Cecile in un centro di cura “lei entrò camminando in quel luogo con la stessa facilità con cui l'avremmo fatto noi”. Nel giro di due settimane di trattamento con l'Haldol (uno psicofarmaco), Cecile cominciò a farfugliare anziché parlare, sbavava in continuazione, tremava visibilmente e non era più in grado di controllare le proprie funzioni intestinali. Più tardi fu

scoperto che la dose era stata aumentata di 100 volte in più rispetto a quella raccomandata. Un medico determinò che l'uso eccessivo di Haldol aveva causato questi sintomi ed un danno permanente al fegato.

Oggi la realtà riguarda alle case di riposo e alle case di cura per anziani

sembra ben lontana dalle immagini idilliache di anziani comunicativi, interattivi ed interessati che risiedono in un ambiente tranquillo. Al contrario, l'anziano ricoverato in alcune di queste strutture appare sottomesso, quieto, come assente o amorfo, mentre fissa il vuoto o è profondamente introvertito e ritirato dal mondo. Tali condizioni possono essere causate, oltre che dai farmaci, anche dall'uso di trattamenti quali l'elettroshock e dall'utilizzo, o la minaccia dell'uso, di metodi coercitivi dannosi e dolorosi.

Nonostante tutto, questo non deve rappresentare il fallimento delle case di cura per gli anziani o dello staff in generale, sembra piuttosto l'eredità lasciataci da qualche decennio dalla diffusione dei trattamenti *psichiatrici* in questo settore.

“Troppo spesso i nostri anziani, invece di ricevere cura e rispetto si ritrovano nella condizione umiliante di vedere annullate le loro facoltà mentali tramite l'applicazione di trattamenti psichiatrici.”

– Jan Eastgate

Prendete in considerazione questi fatti relativi ai "trattamenti" che gli anziani ricevono:

■ I tranquillanti, anche conosciuti come benzodiazepine, possono dare assuefazione dopo 14 giorni dalla loro assunzione.²

■ In Canada, tra il 1995 ed il marzo del 1996, sono state scritte 428.000 ricette per un famoso tranquillante, di cui oltre il 35% era destinato a pazienti di età superiore ai 65 anni.

■ In Australia una ricerca ha dimostrato che ad un terzo degli anziani sono prescritti tranquillanti, ed in un'altra che agli anziani erano prescritti farmaci psicoattivi nelle case di cura poiché erano "rumorosi", "volevano andarsene" o "ciondolavano" per i corridoi".³

■ Informazioni provenienti dall'ufficio di patologia legale del Britain's Home Office, dimostrano che le benzodiazepine sono la più frequente causa di morte non naturale ogni anno, superando in tale lista, cocaina, eroina, ecstasy, e ogni altra droga *illegale*.⁴

■ Mentre le Nazioni in tutto il mondo dichiarano guerra alle droghe illegali, quali cocaina ed eroina, un anziano su cinque negli Stati Uniti, subisce un abuso provocato da un tipo diverso di sostanza: i farmaci psicoattivi che gli sono prescritti.

Negli Stati Uniti i 65enni ricevono più elettroshock rispetto ai 64enni: quasi il 360% in più, perché a quella età i costi del trattamento sono rimborsati dalla assicurazione sanitaria governativa.

Questo diffuso abuso sugli anziani non è il risultato dell'incompetenza da parte dei medici. La letteratura medica, infatti, esorta esplicitamente alla cautela nel prescrivere psicofarmaci agli anziani, a causa dei molti e gravi effetti collaterali che questi provocano. Studi hanno dimostrato che l'ECT accorcia significativamente la vita degli anziani. E sebbene non esistano cifre da confrontare, poiché le cause dei decessi sono spesso attribuite ad attacchi cardiaci o ad altre condizioni, il numero dei decessi causati dall'uso di metodi coercitivi è molto alto.



Questo abuso è il risultato dell'influenza psichiatrica, che ha assunto posizione autorevole nella cura degli anziani. Troppo spesso i nostri anziani, invece di ricevere cura e rispetto, si ritrovano nella condizione umiliante di vedere annullate le loro facoltà mentali tramite l'applicazione di trattamenti psichiatrici o di vedere la loro vita che arriva ad una tragica e prematura fine.

Questa pubblicazione è presentata con lo scopo di informare sulla dura realtà di tragedie che si ripetono frequentemente e silenziosamente nelle case di cura in tutto il mondo. Questo tradimento nei confronti degli anziani e dei loro cari non deve essere più tollerato in una società civilizzata.

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

Jan Eastgate
Presidente CCDU Internazionale

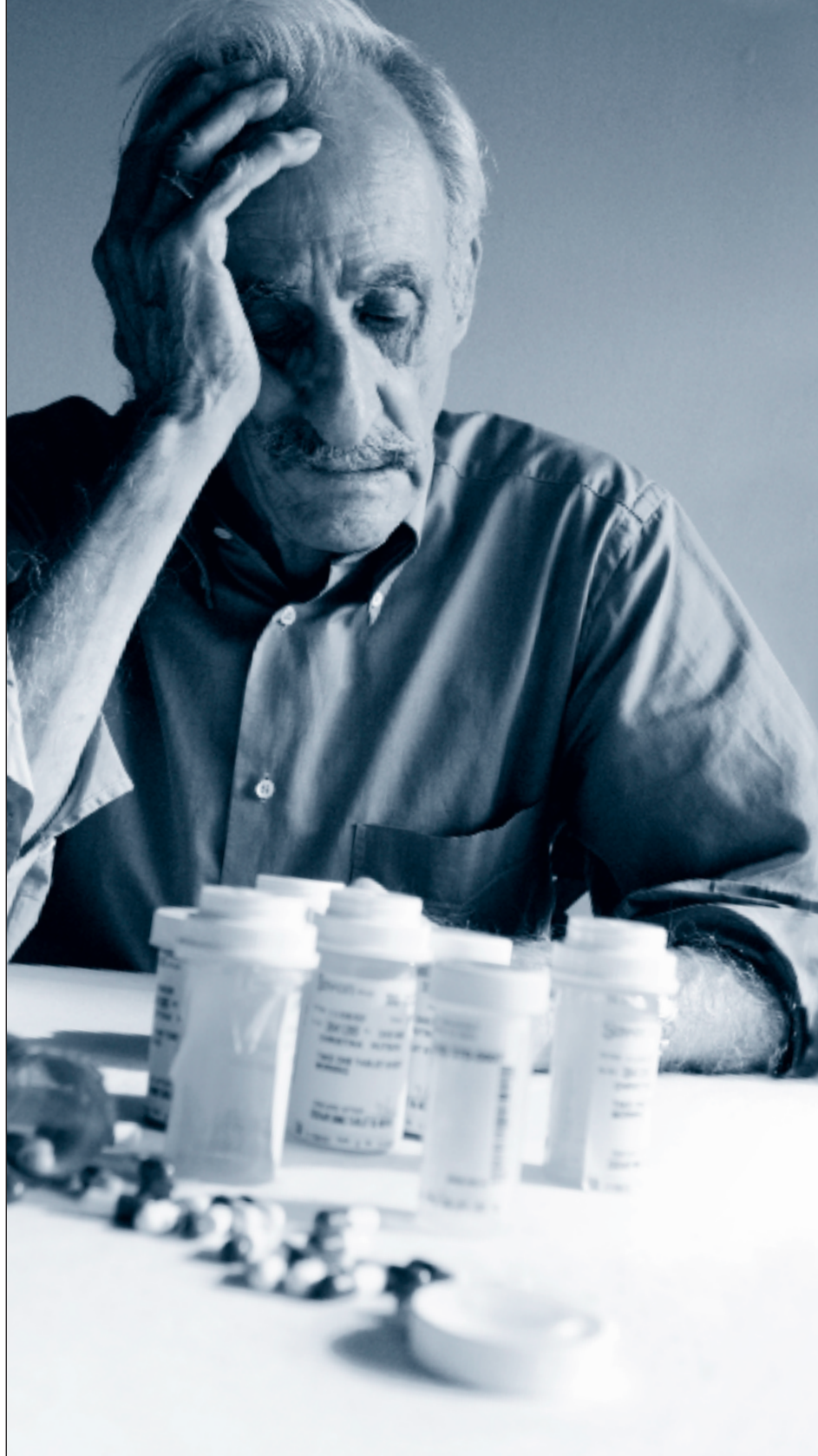
FATTI IMPORTANTI

1 Negli Stati Uniti un anziano su cinque risente delle conseguenze dell'abuso di prescrizioni di farmaci psicoattivi.

2 Uno studio australiano ha rivelato che la prescrizione di farmaci psicoattivi agli anziani ricoverati in una struttura era motivata dal fatto che "facevano rumore", "volevano andarsene" o "ciondolavano nei corridoi".

3 La letteratura medica esorta esplicitamente alla cautela nel prescrivere psicofarmaci agli anziani, a causa dei molti e gravi effetti collaterali che questi provocano.

4 In Canada, tra il 1995 ed il marzo del 1996, sono state scritte 428.000 ricette per un famoso tranquillante, di cui oltre il 35% era destinato a pazienti di età superiore ai 65 anni.





CAPITOLO UNO

Tradire gli anziani

Che logica c'è nel prescrivere ad un anziano un tranquillante che risulta essere più letale e più difficile da smettere dell'eroina, capace di aumentare del 45% il rischio d'incidenti automobilistici dopo sette giorni dall'assunzione?⁵ Perché dare un antidepressivo che potrebbe aumentare il rischio di cadere dell'80% o che potrebbe farli diventare più agitati, aggressivi e persino scatenare istinti suicidi?⁶

Il buon senso e la decenza suggerirebbero in realtà che l'ultima cosa di cui ha bisogno un anziano fragile, ansioso e vulnerabile è l'aggiunta di stress mentale e fisico associato all'uso di forti psicofarmaci che causano dipendenza.

Come disse ai suoi colleghi il dott. Richard Lefroy, in passato collaboratore del Sir Charles Gardiner Hospital, nell'Australia Occidentale: "[I farmaci] possono alterare nell'anziano il senso dell'orientamento e ridurre la sua capacità di ragionare. A causa di ciò, la gente tende a rinchiuderli in strutture". Inoltre Lefroy aggiunse che alcuni *farmaci* influenzano le attività del cervello e creano disturbi nel paziente, a questo di solito seguono tranquillanti che creano un'attitudine irrazionale, belligerante o un aspetto "inebetito".

Il dott. Jerome Avorn, professore associato di medicina sociale all'Università di Harvard, ha schiettamente affermato che: "I farmaci ... li tranquillizzano... Come una spranga di piombo sulla testa".⁷

La novantasettenne Mary Whelan, era una serena ospite della casa di ricovero per anziani fino al giorno in cui non fu etichettata come "demente" e rinchiusa in un ospedale psichiatrico della Florida nonostante le obiezioni della figlia. "Era così imbotita di farmaci da non riuscire a tenere diritta la testa durante i pasti. Voleva solo dormire. Mi si spezzò il cuore". Raccontò la figlia ad un giornale locale.

Nel 2002, la dott.ssa Eleonore Prochazka, farmacista tedesca ed esperta in tossicologia, dichiarò che "l'uso pericoloso di psicofarmaci e d'altri trattamenti possono portare alla distruzione della personalità e in alcuni casi persino causare morte".

Thomas J. Moore, membro del sistema sanitario alla George Washington University Medical Center, rivela che: ogni anno negli Stati Uniti più di 100.000 persone muoiono a causa degli effetti collaterali dei farmaci assunti. Moore avvisa che: "In un sistema sanitario così mal gestito e così intrinsecamente peri-

coloso, i consumatori devono prestare molta più attenzione ai rischi che ai benefici dei farmaci che assumono. Riescono a riconoscere gli effetti collaterali del farmaco che stanno assumendo, specialmente quelli molto subdoli come 'fatica e leggera depressione'? Può un leggero sovradosaggio di questo farmaco risultare essere pericoloso?".

Queste responsabilità tuttavia non dovrebbero pesare solo sulle spalle degli anziani. La protezione per questi rischi deve essere fornita come parte integrante del sistema di cura degli anziani.

Il buon senso e la decenza suggerirebbero in realtà che l'ultima cosa di cui ha bisogno un anziano fragile, ansioso e vulnerabile è l'aggiunta di stress mentale e fisico associato all'uso di forti psicofarmaci che causano dipendenza.

PSICOFARMACI

Distruggere vite



Chunque sia riuscito a districarsi nella sezione “effetti collaterali” dei “bugiardini” che si trovano nelle confezioni di medicinali è consapevole che chiamarlo “consenso informato” è, nel migliore dei casi, improprio. Nel caso degli anziani, è un crudele enigma. Per facilitare la lettura quella che segue è una lista parziale degli effetti collaterali causati dagli psicofarmaci che solitamente sono somministrati agli anziani:

Tranquillanti Minori

I tranquillanti minori o benzodiazepine possono causare letargia, vuoto mentale, confusione, nervosismo, problemi sessuali, allucinazioni, incubi, grave depressione, grave agitazione, insonnia, nausea e tremore muscolare. Crisi epilettiche e persino la morte a volte sono seguite all’interruzione dell’uso di tranquillanti leggeri. E’ quindi importante sapere che non bisogna interrompere l’uso di questi farmaci in

maniera improvvisa, ma solo sotto adeguata supervisione medica, anche se il farmaco è assunto solamente da un paio di settimane.

Tranquillanti Maggiori

I tranquillanti maggiori, chiamati anche antipsicotici o “neurolettici”, possono causare difficoltà di pensiero, scarsa concentrazione, incubi, ottusità, depressione, disperazione e disfunzioni sessuali. Fisicamente, causano *discinesia tardiva*, spasmi e crampi muscolari improvvisi, incontrollabili e dolorosi, movimenti incontrollati specialmente nelle gambe e smorfie che deformano faccia, bocca e lingua in maniera orribile. Questi farmaci inducono anche l’*acatisia*, una grave forma d’irrequietezza che, secondo alcuni studi, può portare agitazione e psicosi. Un effetto potenzialmente fatale è la “Sindrome Neurolettica Maligna” che include rigidità muscolare, stati mentali alterati, pulsazioni e pressione sanguigna

irregolari e problemi cardiaci. Inoltre, come sostengono i dottori William H. Philpott e Dwight K. Kalita, nel libro *Brain Allergies* la morte per attacco cardiaco “potrebbe essere una delle più gravi minacce dovute all’uso prolungato di farmaci.”⁸

Antidepressivi

(Triciclici) possono causare intontimento, sonnolenza, letargia, difficoltà di pensiero, confusione, scarsa concentrazione, problemi di memoria, incubi, sensazione di panico ed estrema irrequietezza; ma anche allucinazioni, reazioni maniacali, delirio, attacchi, febbre, diminuzione dei globuli bianchi (con rischio d’infezione), danni al fegato, attacchi di cuore, infarto miocardico, violenza e pensieri suicidi.

Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (antidepressivi SSRI) possono causare mal di testa, nausea, ansia e agitazione, insonnia e sogni strani, perdita d’appetito, impotenza, confusione e irrequietezza. Si calcola che dal 10% al 25% di coloro che assumono questi farmaci soffrono in seguito di



acatisia, spesso accompagnata da pensieri di suicidio, ostilità e comportamento violento. La sindrome da astinenza colpisce il 50% dei pazienti a seconda del tipo di antidepressivo SSRI usato. Nel 1998 alcuni ricercatori giapponesi pubblicarono sulla rivista dell’Associazione Medica Britannica, *Lancet*, che alte quantità di questi antidepressivi si accumulano nei polmoni da cui possono essere rilasciate in quantità tossiche quando si prescrive un secondo antidepressivo.

Antipsicotici di ultima generazione

I casi di morte nella sperimentazione di questi nuovi antipsicotici non sono riportati nella letteratura scientifica, un paziente ogni 145 del gruppo di studio clinico formato per sperimentare quattro (nuovi) farmaci antipsicotici atipici morì.⁹ Trentasei pazienti coinvolti nella sperimentazione si suicidarono.¹⁰

Ottantaquattro sperimentarono “gravi effetti collaterali” di qualche tipo, definiti dalla Food and Drug Administration (FDA) “pericolosi alla vita”, uno dovette essere ricoverato. Il nove per cento dovette abbandonare lo studio clinico a causa degli effetti collaterali, una percentuale simile era data anche dai pazienti trattati con uno degli antipsicotici più vecchi, perciò non c’è stato un grosso miglioramento così tanto pubblicizzato.¹¹



FATTI IMPORTANTI

1 La terapia elettroconvulsivante (ECT o elettroshock) prevede l'applicazione di una scossa d'elettricità tra i 180 ed i 460 volt al cervello, che causa un attacco epilettico e danni irreversibili al cervello.

2 Le persone sopra i 65 anni rappresentano circa il 50% di tutti quelli che oggi subiscono ECT. L'elettroshock può accorciare la vita agli anziani.

3 Le donne sono due terzi delle persone che subiscono elettroshock, le donne anziane sono l'obiettivo primario.

4 Negli Stati Uniti, circa 300 persone ogni anno muoiono a causa dell'elettroshock, circa 250 di queste persone sono anziani.

5 Negli Stati Uniti ai 65enni è somministrato il 360% in più d'elettroshock rispetto ai 64enni, dal momento che la Medicare (l'assicurazione sanitaria governativa) entra in vigore a quella età.





CAPITOLO DUE

Pratiche e trattamenti brutali

La somministrazione di psicofarmaci non è l'unico trattamento ereditato dalla psichiatria nell'interferenza della cura degli anziani. Esiste anche un uso indiscriminato di violente forme di coercizione e la terapia elettroconvulsivante (elettroshock o ECT) è anche responsabile di sofferenze non necessarie.

Nel 1997 la mamma settantenne di Jennifer Martin lamentava mal di testa e nausea. Smise di mangiare e non riusciva più a parlare. Uno psichiatra sostenne che l'anziana signora si trovava sotto shock a causa di recenti lutti familiari e stabili che una serie di elettroshock potevano aiutarla ad uscire da quello stato. Dopo meno di 24 ore dal trattamento la mamma di Jennifer ebbe delle complicazioni e morì. L'autopsia rivelò che il suo problema non era la depressione ma un problema al cervello. "L'elettroshock l'ha uccisa" disse Jennifer.

Oggi le persone sopra i 65 anni rappresentano circa il 50% di quelli che ricevono elettroshock.

Il dott. Nathaniel Lehrman, ex direttore del Kingsboro State Mental Hospital di New York, dichiara che gli anziani resistono meno all'elettroshock, sostiene che: "Questo fatto rappresenta un episodio di maltrattamento su scala nazionale".¹² Oggi le persone sopra i 65 anni rappresentano circa il 50% di quelli che ricevono elettroshock.

Nel 1991 lo psicologo Robert F. Morgan, durante un'udienza in tribunale ha testimoniato dichiarando

che la "depressione" negli anziani è spesso causata o peggiorata dalla loro paura di perdere la memoria o la salute, due cose che, risaputamente, sono influenzate negativamente dall'elettroshock.¹³

Un sondaggio del British Royal College of Psychiatrist, rivolto a psichiatri, psicoterapeuti e medici generici, ha confermato che la perdita di memoria è una complicazione dell'ECT. Su 1344 psichiatri intervistati, il 21% ha riferito che possono esserci "complicazioni a lungo termine e

rischio di danni al cervello, perdita di memoria e danni dell'intelletto".¹⁴ Alcuni medici hanno confermato che il 34% dei pazienti che hanno visitato mesi dopo sei mesi dal trattamento con ECT, "erano deboli o peggiorati". Cinquanta psicoterapeuti sono stati più espliciti sulle complicazioni causate dall'ECT, alcuni dei loro commenti sono stati: "Può causare cambiamenti della personalità e

danni alla memoria, rendendo così più difficile la terapia" e "l'elettroshock, in qualunque modo venga presentato è di fatto un'aggressione...".¹⁵

Un gruppo di controllo inglese, chiamato "ECT anonymous" ha commentato il rapporto del Royal College, definendolo un "agghiacciante catalogo di grossolana incompetenza". Roy Barker, portavoce del gruppo, ha affermato: "L'ECT è un appuntamento con il destino, un breve ma fondamentale episodio nella tua vita, se va male in pochi secondi può distruggere l'intera qualità della tua vita".¹⁶

"Questo fatto rappresenta un episodio di maltrattamento su scala nazionale".

**– Dott. Nathaniel Lehrman,
ex direttore del Kingsboro State Mental
Hospital di New York**



La letteratura esistente sull'elettroshock dimostra che "vi è un danno cerebrale notevole, vi è perdita di memoria, l'indice di mortalità sale e quello dei suicidi non scende".

– Dott. Colin Ross, psichiatra texano, 2004

Nel 2000, lo psichiatra Harold A. Sackheim, importante fautore dell'elettroshock, parlando della frequenza con la quale i pazienti si lamentano della perdita di memoria, ha detto: "Come settore, abbiamo riconosciuto più facilmente la possibilità di morte a causa dell'elettroshock piuttosto che la possibilità di gravi perdite della memoria, nonostante il fatto che gli effetti collaterali sulla cognizione (coscienza) siano gli effetti collaterali più comuni dell'elettroshock".¹⁷

Nel 2004 lo psichiatra texano Colin Ross, ha tranquillamente affermato che: "Nessuno è in grado di comprendere ... che cosa faccia di preciso l'elettroshock. Ma è un fatto scientificamente provato che causa un rilevante squilibrio nell'EEG (registrazione dell'attività elettrica nel cervello)". Studi condotti su animali hanno anche rivelato che l'elettroshock causa micro-emorragie e contrazioni cerebrali. "Quindi non esiste una reale possibilità di creare un dibattito sul fatto che l'elettroshock causa o no danni al cervello. E' solo questione di stabilire in quale misura e per quanto tempo tali effetti dureranno".¹⁸

Il dott. Ross spiega che la letteratura esistente sull'elettroshock dimostra che "vi è un danno cerebrale notevole, vi è perdita di memoria, l'indice di mortalità sale e quello dei suicidi non scende."¹⁹

Uno studio fatto nel 1993 ha rivelato che l'elettroshock riduce il corso della vita negli anziani e che "i pazienti sopra l'ottantina che lo ricevono per grave depressione sono pazienti a rischio di morte entro due anni dal trattamento".²⁰ Uno studio canadese del 1997 ha riscontrato che il 27% dei

pazienti ultra ottantenni morivano entro *un* anno dal trattamento.²¹

Negli Stati Uniti ai sessantacinquenni è somministrato il 360% in più d'elettroshock rispetto ai sessantaquattrenni. Questa non è una coincidenza dal momento che la Medicare (l'assicurazione sanitaria governativa) entra in vigore ai 65 anni d'età.²²

Si stima che ogni anno vengono incassati 5 miliardi di dollari per la terapia elettroconvulsivante. Inoltre, gli psichiatri hanno meno probabilità di incorrere in denunce per negligenza perché qualsiasi lamentela proveniente da un paziente anziano dopo l'ECT, può facilmente essere attribuita alla senilità.²³

Negli Stati Uniti si stima che ogni anno 300 persone muoiono a causa d'elettroshock circa 250 di queste persone sono anziani. Il quotidiano americano *USA Today* ha pubblicato che raramente i dottori riportano sul certificato di morte che la causa era l'elettroshock, anche nei casi in

cui è evidente, nonostante in fatto che le istruzioni sul certificato richiedano esplicitamente di farlo.²⁴

Contenzioni che causano decessi

Una terapia non dovrebbe uccidere un paziente, ma questo è quello che succede effettivamente, ogni giorno, nelle strutture psichiatriche, specialmente attraverso l'uso di violente cure coercitive. Per decenni abbiamo sentito storie d'orrore su pazienti ricoverati e lasciati morire legati a letti e sedie o relative ad altri maltrattamenti. I familiari sono spesso lasciati all'oscuro sulle morti dei loro cari.

Durante una deposizione ad un processo svolto in un tribunale in California, nel 2002, relativo a contenzione fisica, Ron Morrison, infermiere professionale psichiatrico, ha riferito che i pazienti, lottando contro la contenzione possono diventare così esausti che rischiano un collasso cardiaco e respiratorio.²⁵

Dopo la scoperta che vari ospedali psichiatrici

Per decenni abbiamo
sentito storie d'orrore su pazienti
ricoverati e lasciati morire legati a
letti e sedie o relative ad altri
maltrattamenti.

privati stavano segregando con la forza e utilizzando metodi illegali di coercizione su pazienti anziani. Un paziente da cinque giorni in stato di contenzione sviluppò una grave patologia fisica. Aveva gravi difficoltà respiratorie e fu trasferito

in un altro ospedale dove alcuni medici gli diagnosticarono una polmonite. Comunque i dottori scoprirono anche che aveva grumi di sangue nei polmoni a causa dei metodi di coercizione usati su di lui.²⁶

L'uso dei metodi di coercizione non è di alcun aiuto ad un paziente. Un processo legale in Danimarca ha rivelato che gli ospedali che usavano contenzioni per il trattamento dei pazienti ricevevano finanziamenti supplementari. Lo psichiatra di Harvard Kenneth Clark, ha riferito che i pazienti *spesso sono provocati* per giustificare il fatto di doverli mettere in stato di contenzione. Negli Stati Uniti, i pazienti in contenzione fruttano in rimborsi assicurativi più alti, come minimo 1000 dollari al giorno.²⁷

Questa potrebbe essere la verità sul perché ogni anno migliaia di pazienti sono sottoposti, senza il loro consenso, a diversi tipi di contenzione compresa la somministrazione di farmaci che, *notoriamente*, inducono alla violenza.

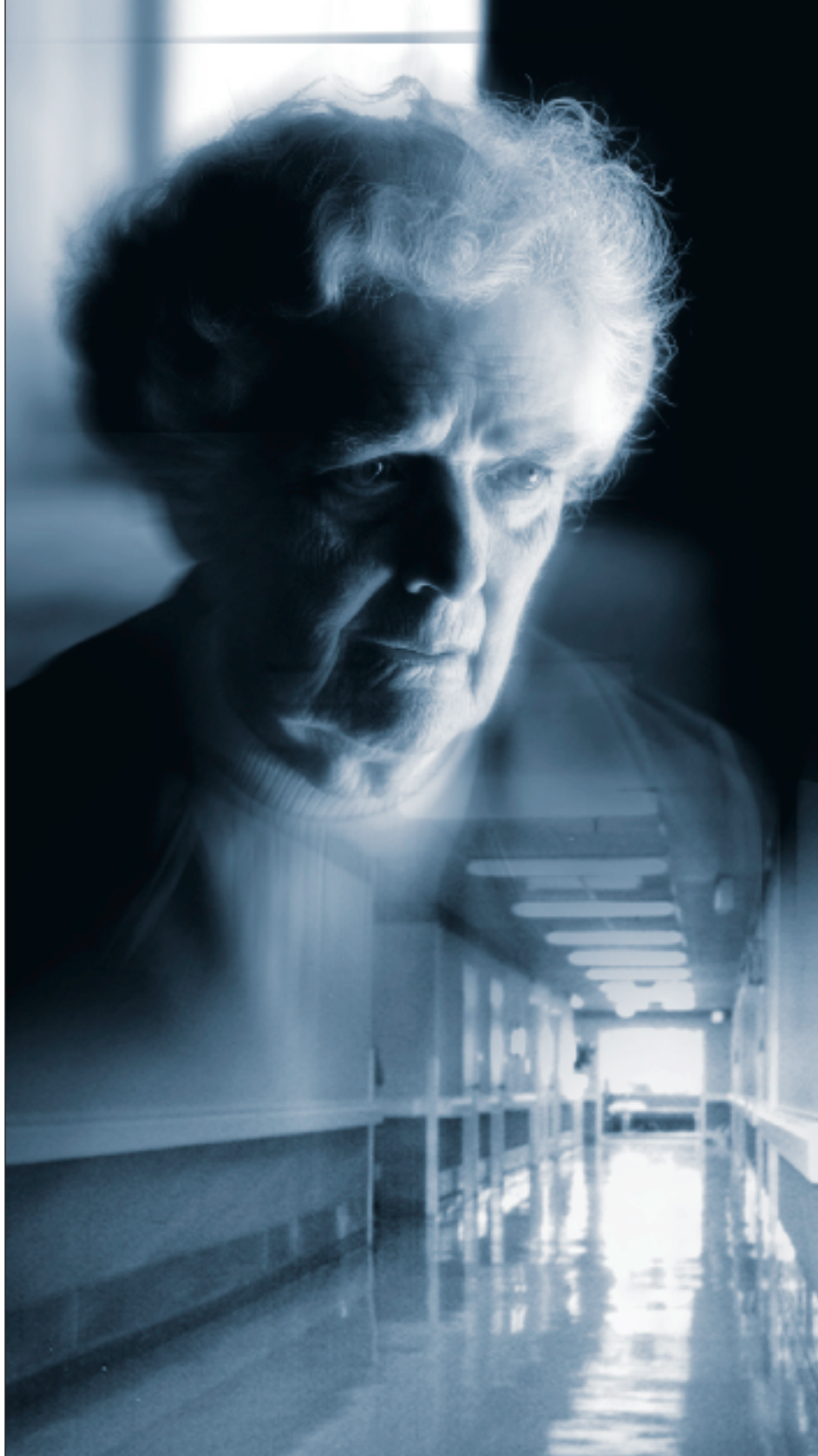
FATTI IMPORTANTI

1 Con il *Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM)* e la sezione sui disturbi mentali della *Classificazione Internazionale dei Disturbi (ICD-10)*, alcuni psichiatri hanno ridefinito la terza età come “malattia mentale”.

2 Nel 1999, sono stati pagati 194 milioni di dollari per servizi psichiatrici in diverse case di cura degli Stati Uniti.

3 La demenza e il morbo d'Alzheimer rappresentano settori molto vantaggiosi per la psichiatria, sebbene si tratti di malattie fisiche di competenza neurologica.

4 I ricercatori sul morbo d'Alzheimer hanno affermato che il 99% di questi casi non è di competenza psichiatrica.²⁸





CAPITOLO TRE

La "diagnosi" psichiatrica

Secundo alcune correnti psichiatriche la vecchiaia è un "disturbo mentale", per il quale non hanno alcuna cura, ma possono prescrivere tonnellate di psicofarmaci o ECT. Nel 1999, sono stati pagati 194 milioni di dollari per servizi psichiatrici in diverse case di cura americane, oltre a quasi 1 miliardo di dollari per il trattamento degli anziani in ospedali psichiatrici.

Negli Stati Uniti, una legge federale spalanca le porte alla psichiatria: ciascun ospite di una casa di cura per anziani deve avere una "valutazione dello stato mentale". Questo automaticamente esclude la possibilità di cercare cause fisiche o deficienze nutrizionali o altre possibili cause di malattia.

Il 28 giugno 2001, un'infermiera del Rock Creek Center Psychiatric Hospital nell'Illinois, trovò un paziente 53enne che non dava segni di vita, 12 ore dopo che gli erano stati somministrati psicofarmaci. Alcune ore dopo il paziente morì. L'autopsia rivelò che l'uomo era morto di sclerosi multipla. Il certificato di ricovero riportava chiaramente che l'uomo soffriva di "SM". Ma la sclerosi multipla fu ignorata dal personale psichiatrico. In seguito, alcuni impiegati della clinica riferirono agli investigatori che essi pensavano che "SM" stesse per "stato mentale".^{29 29}

Nel libro *Prescription for Nutritional Healing*, il noto editorialista di medicina e salute, dott.

James Balch scrive: "La senilità può manifestarsi nell'avanzare dell'età negli anziani, ma non è un fatto molto comune. Molti di coloro che sono diagnosticati come senili, in realtà soffrono a causa dei farmaci, della depressione, della sordità, di tumori al cervello, di problemi alla tiroide, al fegato o ai reni. Disturbi nervosi, infarti e disfunzioni cerebrali sono considerati sintomi della sindrome senile. In molti casi la causa è una carenza nutrizionale".³⁰

Lo psichiatra Sydney Walker III, nel libro *A*

Dose of Sanity, fornisce un esempio di quanto sia facile diagnosticare un anziano in maniera sbagliata: "... un uomo di 71 anni che aveva sempre goduto d'ottima salute all'improvviso, cominciò a manifestare un grave peggioramento mentale. La memoria divenne labile, camminava trascinando le gambe, divenne apatico e non più in grado di fare le cose più semplici

come per esempio scrivere un assegno. Il dottore gli diagnosticò una demenza incurabile". A seguito di un ulteriore peggioramento, la moglie lo portò in un ospedale dove gli furono diagnosticati problemi alla prostata. "L'operazione alla prostata, - apportò un notevole miglioramento nel suo comportamento. Confusione e scoraggiamento sparirono, lo stato mentale migliorò e tutti gli altri sintomi di senilità sparirono completamente".

In molti casi gli anziani soffrono solo di proble-

"La risposta della psichiatria ai problemi fondamentali dell'invecchiamento è quella di etichettare tutto come 'depressione', perdita di facoltà mentali o a volte psicosi; quando la persona si lamenta di questa diagnosi o la contesta, la protesta viene a sua volta etichettata come malattia mentale, spesso come 'demenza'".

- Dott. Roberto Cestari, Italia, 2004



Senza l'uso di farmaci o contenzioni, il medico italiano dott. Giorgio Antonucci, ha salvato la vita di centinaia di pazienti ritenuti incurabili e condannati a vivere in una istituzione psichiatrica. Antonucci rieducò i suoi pazienti alla vita, organizzò concerti e gite come parte della terapia. In seguito molti furono dimessi e tornarono a vivere nella società.

mi fisici collegati alla loro età. Il medico italiano Roberto Cestari, afferma che: "La risposta della psichiatria ai problemi fondamentali dell'invecchiamento è quella di etichettare tutto come 'depressione', perdita di facoltà mentali o a volte psicosi; quando la persona si lamenta di questa diagnosi o la contesta, la protesta viene a sua volta etichettata come malattia mentale, spesso come 'demenza'".

Se un anziano non riesce a ricordare dove ha messo le scarpe o non ricorda se ha pagato o meno la bolletta della luce, questi sintomi vengono frequentemente correlati a sintomi psichiatrici e la soluzione è quella di portarlo in una casa di cura o un ospedale psichiatrico.

Alla base di questo concetto c'è un criterio "diagnostico" assolutamente scorretto fondato sul *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)* pubblicato dall'Associazione Psichiatrica Americana ed incluso nella sezione dei disturbi mentali della *Classificazione Internazionale dei Disturbi (ICD-10)*. Tramite queste valutazioni psichiatriche si etichetta come malattia mentale qualsiasi diminuzione delle capacità mentali dovuta all'età. La lista di malattie fisiche che sono state etichettate come "demenza" includono:

- Demenza dovuta a trauma cranico
- Demenza dovuta a malattia di Parkinson
- Demenza dovuta a malattia di

Huntington

■ Demenza dovuta a HIV ³¹

Nel caso in cui nessuna delle categorie sopra elencate sia adeguata alla malattia, ecco quella di scorta: "Demenza dovuta ad altre condizioni mediche generali".

Nel 2001, Michael F. Mangano, Ispettore Generale del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani, testimoniando davanti al Finance Committee del Senato degli Stati Uniti, ha riferito che la compagnia d'assicurazione di un paziente novantacinquenne afflitto da morbo d'Alzheimer aveva pagato oltre 3305 dollari per 40 sedute d'ipnoterapia. Nella cartella clinica c'era scritto che il paziente mancava d'attenzione e non cooperava nella cura. Questo trattamento fu giudicato dalla Commissione "non necessario dal punto di vista medico" e "inappropriato".

La Demenza e il morbo d'Alzheimer spesso ricadono sotto la competenza della psichiatria, sebbene si tratti di malattie fisiche ed appartengano al campo d'azione della neurologia. Ricercatori sul morbo d'Alzheimer hanno affermato che il 99% di questi casi non è di competenza psichiatrica.³²

Allo stesso modo la cura degli anziani non è di competenza degli psichiatri.

CASI DOCUMENTATI

Trovarsi in un incubo

L'incubo del settantaquattrenne William iniziò il giorno in cui l'infermiera che lo seguiva a casa gli chiese: "Si sente depresso?".

Tenendo in considerazione il fatto che William era stato dimesso da poco tempo dall'ospedale per insufficienza cardiaca e che doveva fare uso di una bombola d'ossigeno per respirare, ovviamente rispose di sì, la sua vita dopo la malattia era cambiata e si sentiva leggermente depresso.

Nel giro di pochi giorni, avrebbe voluto non aver mai detto quelle parole. L'infermiera continuò insistentemente a porgli delle domande quali: "Ha mai pensato di suicidarsi?" oppure "Se volesse suicidarsi come lo farebbe?". William disse che senza dubbio non aveva mai pensato al suicidio. Per una qualche ragione lei non gli credeva.

Fece una telefonata e in 10 minuti un responsabile dell'ospedale psichiatrico della zona arrivò a casa di William. Lui rifiutò di andare con l'infermiere insistendo nel dire che stava bene, che non aveva pensieri suicidi. Un'altra telefonata e arrivò la polizia.

Dopo essere stato staccato dalla bombola d'ossigeno, William fu perquisito e portato senza tante formalità all'ospedale dal quale era stato dimesso pochi giorni prima.

Arrivato all'ospedale William spiegò al medico di guardia che c'era stato un malinteso e che lui

non aveva nessuna intenzione di suicidarsi. Non gli credettero e fu trasferito nel reparto psichiatrico in osservazione per 72 ore quale potenziale "suicida". Durante la sua permanenza, un paziente lo aggredì

buttandolo giù dal letto. Uno psichiatra determinò che questa era la prova che William era "pericoloso".

La prognosi? William doveva rimanere sotto "cura" psichiatrica per altre 48 ore.

Fortunatamente per William, ci fu una svolta, ebbe un attacco di cuore e fu immediatamente trasferito in un ospedale dove gli fu diagnosticato un attacco d'angina, ma ritenendolo non grave i dottori volevano rimandarlo al reparto psichiatrico.

William veramente angosciato riuscì a convincere un medico a tenerlo in osservazione almeno fino all'udienza che si sarebbe tenuta il giorno dopo per valutare la sua sanità mentale.

Fortunatamente, nonostante le testimonianze degli psichiatri, il Giudice si trovò d'accordo con William e con il medico, che lo aiutò dichiarando che non c'era bisogno di internarlo e che non era "pazzo".

Come conseguenza del trattamento non voluto da William, alla sua assicurazione sanitaria fu presentato un conto di 4000 dollari per i quattro giorni di ricovero e un conto di 800 dollari per un "disordine mentale" che lui non ha mai avuto.



FATTI IMPORTANTI

I Da uno studio fatto è stato riscontrato che all'83% delle persone indirizzate da cliniche e assistenti sociali a trattamenti psichiatrici, era stata diagnosticata una malattia mentale; al 42% di quelle diagnosticate con "psicosi" fu trovata una malattia fisica.³³

2 Le cause della sofferenza mentale possono essere molte. I ricercatori Richard Hall e Michael Popkin hanno elencato 21 condizioni mediche che possono causare ansia, 12 che causano depressione e 56 che causano disturbi mentali in generale.

3 I sintomi che più facilmente sono confusi come sintomi psichiatrici sono: apatia, ansia, allucinazioni visive, cambiamenti d'umore e di personalità, demenza, depressione, pensieri illusori, disturbi del sonno (risvegli frequenti o anticipati), scarsa concentrazione, tachicardia (aumento ritmo cardiaco), tremori e confusione.

4 Il dott. Stanley Jacobson afferma che: "Se vi si rimugina su, la vecchiaia in sé rappresenta una ragione per essere triste ad ogni caso si tratta di una lotta tra la vita e la morte".





CAPITOLO QUATTRO

Gli anziani meritano di meglio

S secondo il rinomato autore e professore emerito di psichiatria Thomas Szasz: “Molti anziani possono badare a se stessi, sia economicamente che fisicamente, almeno per un po’... Comunque, con l’avanzare dell’età, queste facoltà diminuiscono gradualmente. A meno che l’anziano non ha continui stimoli e aiuto dal contatto con altri esseri umani, al lavoro o in famiglia, diventa pigro e solitario e spesso finisce in una casa di riposo, in cui è riempito di farmaci sino a raggiungere uno stato di passività e assenza. Se rimane consapevole, potrà divenire depresso e dire a se stesso cose del tipo ‘Nessuno ha più bisogno di me. Non sono di alcun aiuto agli altri. Non riesco nemmeno a badare a me stesso. Non valgo nulla. Sarebbe meglio morire’”.³⁴

Il dott. Stanley Jacobson, ha scritto che “la depressione” tra gli anziani è oggi un “argomento scottante” nel mondo della salute

mentale. Se gli anziani non sono tristi, ma si lamentano troppo a causa di leggere indisposizioni, o immaginano malattie che non vengono poi riscontrate, gli esperti dicono che sono depressi e che hanno bisogno di aiuto specialistico. E se non sono tristi o ipocondriaci ma hanno problemi di appetito, sonno o energia, gli esperti dicono che sono depressi e hanno bisogno di aiuto specialistico”.³⁵

Stanley Jacobson afferma che gli “esperti” sbagliano. “Se vi si rimugina su, la vecchiaia in sé rappresenta una ragione per essere triste e in ogni caso si tratta di una lotta tra la vita e la morte”.

“Il medico australiano Richard Lefroy afferma che: “Quando tutti i medici saranno consapevoli delle reazioni avverse che i farmaci hanno sugli

anziani, gli specialisti saranno tagliati fuori da questo enorme affare”. E aggiunge che gli ospedali normali dovrebbero essere il principale centro d’aiuto per gli anziani, così come lo sono per chiunque, non le case di cura per anziani, che non offrono degli standard adeguati.

Tutti i trattamenti psichiatrici non rappresentano niente di meno che un’aggressione alla salute mentale dei nostri anziani. Loro meritano la nostra protezione contro ogni tipo d’abuso.

Il bisogno di vere cure mediche

Studi medici hanno più e più volte dimostrato

che, per molti pazienti, ciò che appare come un problema mentale è, di fatto, causato da una malattia o condizione fisica non diagnosticata. Con ciò non intendiamo “squilibrio biochimico” o “disturbo d’origine cerebrale”. Questo non sig-

nifica che la malattia mentale è fisica. Significa che dei normali problemi fisici possono influire sul comportamento e sul modo di vedere.

■ Il dott. Gary Oberg, ex presidente della Academy of Environmental Medicine americana afferma che: “Tossine che si trovano negli additivi chimici usati per i cibi e l’acqua potabile, monossido di carbonio, fumi dei motori diesel, solventi, spray e prodotti chimici industriali possono causare sintomi di disfunzione cerebrale che possono condurre ad una errata diagnosi di Alzheimer o demenza senile”.³⁶

■ L’ex psichiatra William H. Philpott, ora specialista in allergie nutrizionali afferma che: “I sintomi che derivano da scarsità di vitamina B12 vanno

“Quando tutti i medici saranno consapevoli delle reazioni avverse che i farmaci hanno sugli anziani, gli specialisti saranno tagliati fuori da questo enorme affare.”

– Dott. Richard Lefroy, Australia

dalla difficoltà di concentrazione alla depressione che intorpidisce, agitazione grave e persino allucinazioni. L'evidenza dimostra che alcune sostanze potrebbero fermare le reazioni nevrotiche e psicotiche, e che il risultato potrebbe essere immediato".³⁷

■ Secondo un gruppo che si occupa di salute mentale: "Quando una persona continua ad essere depressa, nonostante i tentativi di risolvere il problema, bisognerebbe prendere in considerazione l'esistenza di una causa fisica". Esiste un lungo elenco di possibili cause fisiche della depressione, incluso insufficienze nutritive, mancanza di esercizio, problemi alla tiroide, scarse funzioni adrenaliniche, disturbi ormonali, iperglicemia, allergie alimentari, intossicazione da metalli pesanti, disturbi del sonno, infezioni, problemi cardiaci, malattie polmonari, dolore cronico, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, infarto, malattie al fegato e persino qualche psicofarmaco.

■ Molti disturbi assomigliano molto ai sintomi della cosiddetta schizofrenia. Il dott. A. A. Reid elenca 21 condizioni, a cominciare da una che è sempre più comune: "la psicosi temporanea causata da droghe anfetaminiche". Il dott. Reid spiega che la psicosi indotta da farmaci comprende mania di persecuzione e allucinazioni, ed è "spesso indistinguibile da una malattia acuta o paranoico-schizofrenica".³⁸

■ Nel 1998, il Comitato Sociale svedese ha intrapreso diverse azioni disciplinari nei confronti di alcuni psichiatri. Un esempio era un caso in cui un paziente in cura psichiatrica si lamentava da un lungo periodo di tempo con il personale di avere continui mal di testa, vertigini e barcollamenti, un controllo medico rivelò che aveva un tumore al cervello.³⁹

Il dott. Thomas Dorman, un internista e membro del Royal College of Physicians inglese e del Fellow of the Royal College of Physicians canadese avvisa: "...ricordatevi per favore che la maggior parte della gente soffre di malattie organiche. I medici dovrebbero sempre ricordare che lo stress emotivo associato ad una malattia cronica o ad una condizione di dolore può alterare il carattere del paziente. Nella mia professione mi sono imbattuto in innumerevoli casi di persone con un dolore cronico alla schiena etichettati erroneamente come nevrotici. Questi poveri pazienti

dicevano spesso "pensavo di diventare matto". Il problema a volte consisteva semplicemente in un "problema non diagnosticato ai legamenti della schiena".⁴⁰

Un'accurata analisi clinica da parte di specialisti rappresenta un passo

preliminare fondamentale per tracciare la via di recupero di una persona che soffre di disturbi mentali. Il finanziamento dovrebbe quindi essere fornito a quelle strutture di salute mentale pienamente equipaggiate con apparecchiature diagnostiche e personale specialistico non psichiatrico. In questo modo, la scoperta delle condizioni fisiche di fondo potrebbe eliminare sino al 40% dei trattamenti psichiatrici.

Il minimo che i nostri anziani possano aspettarsi dalla vita è di godersi la loro terza età consapevoli di non correre il rischio di essere portati via dalle loro case, confinati in strutture simili a una prigione, drogati e con elettrodi applicati alla testa. Ridurli all'inattività e in uno stato d'assenza mentale attraverso la somministrazione di potenti psicofarmaci a cui sono collegati terribili e a volte anche mortali effetti collaterali, rappresenta un'imperdonabile aggressione nei loro confronti.

Studi medici hanno più e più volte dimostrato che, per molti pazienti, ciò che appare come un problema mentale è, di fatto, causato da una malattia o condizione fisica non diagnosticata.



RACCOMANDAZIONI

RACCOMANDAZIONI

- 1** Se una persona anziana mostra sintomi di trauma mentale o ha un comportamento insolito, assicuratevi che riceva cure mediche competenti da parte di un medico. Insistete su un esame clinico completo per verificare se l'eventuale presenza di una condizione fisica non diagnosticata non sia la causa del sintomo.
- 2** Se una persona anziana deve essere ricoverata in una casa di riposo, insistete sul fatto che vi siano precise regole per il rispetto dei desideri del paziente come per esempio non ricevere nessun trattamento psichiatrico, incluso l'assunzione di psicofarmaci. Fategli sottoscrivere una "libera dichiarazione di scelta in caso di ricovero psichiatrico" ("Psychiatric Living Will") come quella disponibile nel sito web del CCHR, al fine di prevenire abusi e consegnatene una copia al personale medico e infermieristico.
- 3** Proteggete l'anziano. E' necessario che vi sia un aumento di alternative umane, razionali e senza psicofarmaci alle cure psichiatriche per gli anziani; la ricerca sul morbo di Alzheimer e sulla demenza senile dovrebbe essere riservata a neurologi e medici, escludendo la possibilità d'intervento da parte della psichiatria. L'elettroshock sugli anziani dovrebbe essere proibito.
- 4** Sporgete una denuncia alle autorità competenti se siete a conoscenza di professionisti della salute mentale che usano mezzi coercitivi, cattività o minacce per fare "accettare" un trattamento psichiatrico, o che ricoverano un anziano contro la sua volontà. Spedite una copia della denuncia al CCDU.
- 5** Se voi, o un vostro amico o parente siete stati ingiustamente rinchiusi in una struttura psichiatrica, aggrediti o avete subito abusi da un professionista della salute mentale, chiedete consiglio ad un avvocato sulla possibilità di avere giustizia contro chi è colpevole di questi abusi.
- 6** Nessuna persona dovrebbe essere costretta a subire terapia elettroconvulsivante, psicoturgia, trattamento psichiatrico coatto o somministrazione forzata di psicofarmaci. I governi dovrebbero dichiarare illegali tali abusi.
- 7** Dovrebbero essere introdotte salvaguardie legali per assicurarsi che sia proibito ai professionisti della salute mentale di violare il diritto di ogni persona ad avere tutti i diritti civili, politici, economici, sociali, religiosi e culturali riconosciuti nella Costituzione, nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, nella Convenzione Internazionale dei Diritti Civili e Politici, e in ogni altro efficace strumento per i diritti umani e civili.



Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani Internazionale

Il Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani (CCDU) è stato fondato nel 1969 dalla Chiesa di Scientology per indagare e denunciare le violazioni dei diritti umani da parte della psichiatria, e per portare ordine nel campo della salute mentale. Oggi il CCDU conta più di 130 sezioni in 31 paesi. Ha un Comitato di Consulenti, chiamati "Commissioner", i cui membri sono medici, avvocati, educatori, artisti, uomini d'affari e rappresentanti dei diritti umani e civili.

Pur non fornendo pareri di carattere medico o legale, lavora a stretto contatto con medici e ne sostiene l'attività. Un aspetto fondamentale sul quale il CCDU focalizza la sua attenzione è l'uso "soggettivo" e ingannevole di "diagnosi" che mancano di un qualsiasi merito scientifico o medico. Basandosi su diagnosi fittizie, gli psichiatri giustificano e prescrivono trattamenti che causano danni duraturi, il che include la somministrazione di potenti psicofarmaci, che mascherano le vere cause della difficoltà, impedendo, in tal modo, che una persona abbia la possibilità di un recupero.

Il lavoro del CCDU è allineato alla "Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite" e in particolare con i seguenti punti:

Articolo 3: "Ognuno ha il diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della propria persona".

Articolo 5: "Che nessuno sia soggetto a tortura o a trattamento crudele, inumano o degradante o alla punizione".

Articolo 7: "Tutti sono uguali di fronte alla legge e hanno diritto senza alcuna discriminazione alla protezione da parte della legge".

Grazie a diagnosi inventate, a vergognose e stigmatizzanti catalogazioni, a leggi che favoriscono il ricovero forzato, ai trattamenti brutali e depersonalizzanti, i Diritti Umani di migliaia d'individui sono calpestati ogni giorno.

Il CCDU ha dato l'avvio e il contributo, a centinaia di riforme, fornendo testimonianze ufficiali in ambito legislativo, tenendo udienze pubbliche sulle violenze da parte della psichiatria, lavorando con i mass media, le forze di polizia e funzionari pubblici in tutto il mondo.



IL RUOLO DEL CCDU

IL COMITATO DEI CITTADINI PER I DIRITTI UMANI

ha come scopo quello di indagare e denunciare le violazioni dei Diritti Umani da parte della psichiatria, cooperando con altri gruppi e individui che condividono lo stesso scopo che è quello di portare ordine nel campo della salute mentale. Il CCDU continuerà a fare questo, sino a che le pratiche abusive e coercitive della psichiatria non cesseranno e i Diritti Umani e la dignità saranno stati ripristinati per tutti.

**Esperanza Santillan Castillo Legislatore
Federale del Messico – 2003**

“E' importante che il CCDU diventi più conosciuto, principalmente perché il soggetto del loro lavoro, la *salute* mentale degli esseri umani, è fondamentale. Se tutti noi godiamo di buona salute mentale, la società sopravvivrà e ci ritroveremo una migliore qualità della vita”.

**Dott. Julian Whitaker Direttore, Whitaker
Wellness Institute, California
Autore di “Health & Healing”**

“ Il CCDU è l'unica organizzazione non a scopo di lucro che si concentra sugli abusi psichiatrici. Il motivo per cui è così importante è che la gente spesso non si rende conto di quanto la professione psichiatrica

sia non scientifica. E nemmeno ci si rende conto di quanto questo etichettare e drogare la gente sia ormai divenuto pericoloso. Quindi gli sforzi del CCDU e i successi che stanno raccogliendo costituiscono un enorme fatto culturale”.

Kelly O'Meara Giornalista, USA – 2003

“Non riesco ad immaginare di non avere il CCDU. Non conosco nessun'altra organizzazione che s'impegni in maniera così compassionevole nel fare conoscere gli abusi della psichiatria. Loro si prendono cura del fatto che alla gente non possa essere fatto del male. Questa è una delle cose che mi ha avvicinato al CCDU. E' gente molto compassionevole e questo è molto raro”.

Per ulteriori informazioni:

CCHR International
6616 Sunset Blvd.

Los Angeles, CA, USA 90028

Telephone: (323) 467-4242 • (800) 869-2247 • Fax: (323) 467-3720
www.cchr.org • e-mail: humanrights@cchr.org

CCDU INTERNAZIONALE

Comitato Consultivo

I Commissioner del CCDU prestano ufficialmente la loro opera al fine di assistere il CCDU nel suo lavoro di riforma nel campo della salute mentale e per far rispettare i diritti dei malati mentali.

Presidente Internazionale

Jan Eastgate
Citizens Commission on
Human Rights International
Los Angeles

Presidente Nazionale degli Stati Uniti

Bruce Wiseman

Membro del Consiglio

Isadore M. Chait

Commissioner Fondatori

Thomas Szasz,
professore emerito di psichiatria
alla State University Health Science Center
di New York

Arte e Spettacolo

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

Harriet Schock
Michelle Stafford
Cass Warner
Miles Watkins
Kelly Yaegermann

Politica e Legge

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

Scienza, Medicina e Salute

Giorgio Antonucci
Mark Barber
Shelley Beckmann
Mary Ann Block
Roberto Cestari
(Presidente CCDU Italia)
Lloyd McPhee
Conrad Maulfair
Coleen Maulfair
Clinton Ray Miller
Mary Jo Pagel
Lawrence Retief
Megan Shields
William Tutman
Michael Wisner
Julian Whitaker
Sergej Zapuskalov

Istruzione

Gleb Dubov
Bev Eakman
Nickolai Pavlovsky
Anatoli Prokopenko

Religione

Rev. Jim Nicholls

Business

Lawrence Anthony
Roberto Santos

Uffici del CCDU nazionali



CCDU Australia

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

CCDU Austria

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

CCDU Belgium

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

CCDU Canada

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

CCDU Czech Republic

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

CCDU Denmark

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

CCDU Finland

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

CCDU France

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

CCDU Germany

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

CCDU Greece

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

CCDU Holland

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

CCDU Hungary

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

CCDU Israel

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

CCDU Italia

Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani Italia
Viale Monza 1
20125 Milano, Italy
E-mail: ccdu_italia@hotmail.com

CCDU Japan

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

CCDU Lausanne, Switzerland

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

CCDU Mexico

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

CCDU Monterrey, Mexico

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

CCDU Nepal

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

CCDU New Zealand

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

CCDU Norway

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

CCDU Russia

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

CCDU South Africa

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

CCDU Spain

Citizens Commission on Human Rights Spain
(Comisi'n de Ciudadanos por los Derechos Humanos – CCDH)
Apdo. de Correos 18054
28080 Madrid, Spain

CCDU Sweden

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

CCDU Taiwan

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

CCDU Ticino, Svizzera

Comitato dei cittadini per i diritti dell'uomo
Casella postale 613
6512 Giubiasco, Switzerland
E-mail: ccdu@ticino.com

CCDU United Kingdom

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

CCDU Zurich, Switzerland

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

RIFERIMENTI

Riferimenti

1. Hilary Kemsley, "Family Suspects Medication in Death," *The Ottawa Citizen*, 25 giugno 1996.
2. Tracey McVeigh, "Tranquilizers 'More Lethal Than Heroin,'" *The Observer*, 5 novembre 2000.
3. Justine Ferrari, "Half of Nursing Home Residents Placed on Drugs," *The Australian*, 17 luglio 1995.
4. Beverly K. Eakman, "Anything That Ails You, Women on Tranqs in a Self-Serve Society," *Chronicles*, agosto 2004.
5. Tracey McVeigh, "Tranquilizers 'More Lethal Than Heroin,'" *The Observer*, 5 novembre 2000; Matt Clark, Mary Hager, "Valium Abuse: The Yellow Peril," *Newsweek*, 24 settembre, 1979.
6. "Some Psychotropics May Be Inappropriate for the Elderly," *Geriatric Times*, Vol. II, Numero 2, marzo/aprile 2001; Mort JR, Aparasu RR, "Antianxiety Drugs and the Elderly; For Many, Psychiatric Medications are Inappropriately Prescribed," *Archives of Internal Medicine*, Vol. 106, 2000, pp. 2825-2831.
7. Mike Masterson and Chuck Cook, "Mentally Sound Given Psychoactive Drugs," series on "Drugging Our Elderly," *The Arizona Republic*, 26 giugno 1988.
8. William H. Philpott, M.D. and Dwight K. Kalta, Ph.D., *Brain Allergies* (Keats Publishing, Inc., Connecticut, 1987), p. 5.
9. Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (Perseus Publishing, New York, 2002), p. 269.
10. *Op. cit.*, Whitaker, p. 273.
11. *Idem*, p. 276.
12. Dennis Cauchon, "Patients Often Aren't Informed of Full Danger," *USA Today*, 6 dicembre. 1995.
13. Leonard Roy Frank, "San Francisco Puts Electroshock on Public Trial," *The Rights Tenet*, Winter 1991, p. 5.
14. "Electric Shock Treatment in British Hospitals," *ECT Anonymous*, UK, Apr. 1996, p. 5.
15. *Idem*
16. Press Release, "A New and Disturbing Analysis of Official Reports Made in 1992 and 1981 and Which Are Still Valid Today," *ECT Anonymous*, UK, Oct. 1995.
17. "Memory and ECT: From Polarization to Reconciliation" Editorial, *The Journal of ECT*, Vol. No. 162, p. 87-96, 2000.
18. Deposition of Dr. Colin Ross, M.D., Apr. 12, 2004 for court case of Atze Akkerman and Elizabeth Akkerman vs. Joseph Johnson, Santa Barbara Cottage Hospital and Does 1-20.
19. Testimony of Dr. Colin Ross, M. D. May 10, 2004 at the trial of the case of Atze Akkerman and Elizabeth Akkerman vs. Joseph Johnson, Santa Barbara Cottage Hospital and Does 1-20.
20. David Kroesser, M.D., Barry S. Fogel, M.D., "Electroconvulsive Therapy for Major Depression in the Oldest Old," *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, No. 1, Winter 1993, p. 34.
21. Don Weitz, "Electroshocking Elderly People: Another Psychiatric Abuse" *Changes: An International Journal of Psychology and Psychotherapy*, Vol. 15 No. 2 May 1997.
22. *Op. cit.*, Dennis Cauchon, *USA Today*.
23. *Op. cit.* Leonard Roy Frank, p. 5.
24. *Op. cit.* Dennis Cauchon, *USA Today*.
25. Declaration of Ron Morrison, for Protection and Advocacy, Inc., Brief of Amicus Curiae in Support of Plaintiffs..., US Court of Appeals, Np. 99-56953, 9 Mar. 2000.
26. "2 Tokyo Asylum Patients Developed Embolisms When Restrained," *Japan Economic Newswire*, 21 Oct. 2002.
27. Statement from Kenneth Clark in *Addendum to Interim Report on Restraint Deaths in Psychiatric Institutions*, Citizens Commission on Human Rights, 1999; Liz Kowalczyk, "Insurer Pressure Cited as Psychiatric Stays Shortened," *Boston Globe*, 13 Dec. 2003.
28. Hanna Albert, *et al.* "Against Their Will – Involuntary Commitment of Seniors," *20/20, ABC*, 26 Jan. 1996.
29. H. Gregory Meyer, "Patient Deaths Led to U.S. Probe," *Chicago Tribune*, 4 Oct. 2002; H. Gregory Meyer, "Closed Hospital Probed on Medicare," *Chicago Tribune*, 2 Oct., 2002.
30. James F. Balch, M.D. and Phyllis A. Balch, C.N.C., *Prescription for Nutritional Healing* (Avery Publishing Group, Inc., New York, 1990), p. 282.
31. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994), pp. 123, 152.
32. *Op. cit.* Hanna Albert
33. David E. Sternberg, M.D., "Testing for Physical Illness in Psychiatric Patients," *Journal of Clinical Psychiatry* 47, No. 1 (January 1986, Supplement), p. 5; Richard C. Hall, M.D. *et al.*, "Physical Illness Presenting as Psychiatric Disease," *Archives of General Psychiatry*, Vol. 35 (November 1978), pp. 1315-20; Ivan Fras, M.D., Edward M. Litin, M.D., and John S. Pearson, Ph.D., "Comparison of Psychiatric Symptoms in Carcinoma of the Pancreas with Those in Some Other Intra-Abdominal Neoplasms," *American Journal of Psychiatry*, Vol. 123, No. 12, June 1967, pp. 1553-62.
34. Thomas Szasz, *Cruel Compassion: Psychiatric Control of Society's Unwanted* (John Wiley & Sons, Inc., New York, 1994), p. 147.
35. Stanley Jacobson, "Overselling Depression to the Old Folks," *The Atlantic Monthly*, Apr. 1995, p. 46.
36. "Alzheimer's Disease and Senile Dementia," Health Conditions, *Alternative Medicine: The Definitive Guide* (Future Medicine Publishing, Inc. Washington, 1993), p. 552.
37. Eric Braverman and Carl Pfeiffer, *The Healing Nutrients Within: Facts, Findings, and New Research in Amino Acids*, 1987.
38. Patrick Holford and Hyla Cass, M.D., *Natural Highs* (Penguin Putnam Inc., New York, 2002), pp. 125-126.
39. Tomas Bjorkman, "Many Wrongs in Psychiatric Care," *Dagens Nyheter*, 25 Jan. 1998.
40. Thomas Dorman, "Toxic Psychiatry," Thomas Dorman's website, 29 Jan. 2002, Internet address: <http://www.dormanpub.com>, accessed: 27 Mar. 2002.

Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani

AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA DEL PUBBLICO

L'istruzione è parte vitale di qualsiasi iniziativa rivolta a fermare il progressivo declino della società. Il CCDU si assume questa responsabilità con particolare impegno. Grazie all'ampia diffusione del sito internet del CCDU, dei libri, riviste ed altre pubblicazioni. Un numero sempre maggiore di pazienti, familiari, professionisti, legislatori e infinite altre persone vengono a conoscenza di molti aspetti oscuri e nascosti relativi alla psichiatria. Tutto questo è

qualcosa d'efficace che può essere fatto e viene fatto. Le pubblicazioni del CCDU, disponibili in 15 lingue, trattano vari argomenti tra i quali: razzismo, istruzione, violenza sessuale, giustizia, riabilitazione dalla droga, morale, anziani, religione e in molte altre aree e spiegano qual è il ruolo di alcune correnti psichiatriche in tali fenomeni.

La lista delle pubblicazioni include:

LA CRISI DELLA SALUTE MENTALE – Resoconto e raccomandazioni
sulla mancanza di scientificità e risultati nel campo della salute mentale

LA GRANDE FRODE – La corruzione nel settore psichiatrico
Resoconto e raccomandazioni sul monopolio della salute mentale

L'INGANNO PSICHIATRICO – La rovina della medicina
Resoconto e raccomandazioni sull'impatto psichiatrico nel sistema sanitario

PSEUDOSCIENZA – Le "diagnosi" psichiatriche
Resoconto e raccomandazioni sui pericoli derivanti dalla mancanza di scientificità delle diagnosi psichiatriche

SCHIZOFRENIA Un'utile "malattia" psichiatrica
Resoconto e raccomandazioni sulle false asserzioni in merito ai disturbi mentali

UNA REALTA' BRUTALE – "Trattamenti" psichiatrici dannosi
Resoconto e raccomandazioni su elettroshock e psicotomia

LA VIOLENZA SESSUALE – Aggressione a donne e bambini
Resoconto e raccomandazioni sugli abusi sessuali all'interno del sistema della salute mentale

CONTENZIONE MORTALE – L'aggressione terapeutica della psichiatria
Resoconto e raccomandazioni sull'abuso dei sistemi di contenzione nelle strutture psichiatriche

PSICHIATRIA – Come rende il mondo schiavo della droga
Resoconto e raccomandazioni sull'aumento dell'uso di psicofarmaci

RIABILITAZIONE O DIPENDENZA? – I programmi di riabilitazione
Resoconto e raccomandazioni sul metadone e altri programmi di riabilitazione psichiatrici dalla droga

DROGARE I BAMBINI – Come la psichiatria può distruggere una vita
Resoconto e raccomandazioni sulle false diagnosi psichiatriche e la somministrazione forzata di psicofarmaci ai bambini

DANNEGGIARE I GIOVANI – Come la psichiatria può distruggere la mente

Resoconto e raccomandazioni sui pareri, valutazioni e programmi psichiatrici nelle scuole

IL "TRATTAMENTO" FORZATO – Metodi di contenzione psichiatrici
Resoconto e raccomandazioni sul fallimento dei programmi di salute mentale

LA DISTRUZIONE DELLA CREATIVITÀ – Come la psichiatria può distruggere gli artisti
Resoconto e raccomandazioni sull'impatto negativo che la psichiatria ha sugli artisti e la società

DISSACRARE IL SACRO – Psichiatria e religione
Resoconto e raccomandazioni sull'influenza negativa che la psichiatria ha sul sentimento religioso

L'EROSIONE DELLA GIUSTIZIA – Come la psichiatria ha influenzato la legge
Resoconto e raccomandazioni sull'influenza psichiatrica e psicologica nei tribunali e nel sistema carcerario

ABUSI SUGLI ANZIANI – Cura o tradimento?
Resoconto e raccomandazioni sui trattamenti psichiatrici destinati agli anziani

CREARE IL TERRORE – La fabbrica del caos sociale
Resoconto e raccomandazioni sull'uso di strumenti psichiatrici nel terrorismo internazionale

CREARE IL RAZZISMO – Il tradimento della psichiatria
Resoconto e raccomandazioni sui programmi che istigano all'odio razziale

COMITATO DEI CITTADINI PER I DIRITTI UMANI
Un gruppo internazionale di tutela dei diritti umani nel campo della salute mentale

ATTENZIONE: Nessuno deve interrompere l'assunzione di psicofarmaci senza il consiglio o l'assistenza di un medico competente.



Questa pubblicazione è stata resa possibile grazie ad una sovvenzione dell'Associazione Internazionale degli Scientologist

Pubblicata come servizio pubblico dal Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani

Il CCHR negli Stati Uniti è un ente non a scopo di lucro ed esentasse [501(c)(3)] a beneficio pubblico, riconosciuto dall'Internal Revenue Service.

RINGRAZIAMENTI PER LE FOTO: 15: Shelley Gazin/Corbis; 21: Peter Tunrley/Corbis; 22: Bettman/Corbis; 22: Bettman/Corbis; 28: Peter Turnley/Corbis; 31: Pierre Merimee/Corbis; 34: Wally McNamee/Corbis; 37: Mark Peterson/Corbis; 45: Hermann/Starke/Corbis.

*“Secondo alcune
correnti psichiatriche,
la vecchiaia è un 'disturbo
mentale' per il quale non hanno
alcuna cura, ma possono prescrivere
tonnellate di psicofarmaci o
trattamenti brutali come
l'elettroshock.”*

— Jan Eastgate

*Presidente Internazionale del Comitato
dei Cittadini per i Diritti Umani*