

Helpen auch Sie!

Sie können der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei der Verwirklichung ihrer Ziele helfen

- ◇ durch Ihre Mitgliedschaft
- ◇ durch Ihre Spende (steuerlich absetzbar)

Für Ihre Unterstützung danken wir

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner
Prof. Dr. Adam Szymusik

Und so können Sie uns erreichen:

In Deutschland:

Deutsch-Polnische Gesellschaft
für Seelische Gesundheit e.V.
c/o Dr. Detlef Klotz
v. Bodelschwing'sche Anstalten
Königsweg 26
D-4800 Bielefeld 13
Tel.: 0521/144-3911
Fax: 0521/144-38141
Westdeutsche Landesbank Münster
(BLZ 400 500 00), Kto.-Nr. 600 122

In Polen:

Polsko-Niemieckie Towarzystwo
Zdrowia Psychicznego
c/o Andrzej Cechnicki
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ
ul. Kopernika 21 b
PL 31-501 Kraków
Tel.: 0048/12/ 21 04 60
Fax: 0048/12/ 21 56 95
Bank PKO S.A. Kraków
Konto: 5.35078-7007514-2701-10-1110

RALF SEIDEL

Czy psychiatria może uchronić się przed nadużyciem?

Proszę mi pozwolić rozpocząć od fragmentu opowiadania Adama Zagajewskiego:

Nie ma żadnej gwarancji. Sądzi pan, że można wyeliminować samą możliwość zdrady? Uregulować, ustalić, przewidzieć wszystko, co się wydarzy? Zaprzecić się samego siebie można wszędzie, w najbardziej nawet cywilizowanym społeczeństwie. Nie ma gwarancji. Wszędzie można skrzywdzić i siebie, i innych, wszędzie. Jeżeli się pan spodziewa, że jakiś system polityczny ocali pańską duszę, da panu dożywością ręką nieomyślności, jeśli pan w to wierzy, to powtarza pan mój błąd z dawnych czasów, tylko w innym przebraniu: zanadto pan ufa systemom.¹ (18)

Nie ma żadnej gwarancji. Nie znam żadnych rozwiązań. Paradoksalne powiedzenie Adorno, że Hitler narzucił ludziom w stanie zniewolenia nowy imperatyw kategoryczny: tak rozwijać ich myślenie i działania, ażeby Auschwitz się nie powtórzył, ażeby nie wydarzyło się nic podobnego (1), pozostaje koniecznym roszczeniem bezwzględnie określającym jego wykonalność.

Chciałbym tutaj spróbować przedstawić, z jakiego powodu musi tak być. Chcę się przy tym krótko odwołać do historii naszego zawodu w okresie narodowego socjalizmu i nieco obszerniej do tego, czym jest psychiatria, co robi i co potrafi. Nie chciałbym rozpatrywać indywidualnych aspektów psychologicznych i społeczno-politycznych, które przyczyniły się do nadużywania psychiatrii lub do przestępstw spowodowanych przez psychiatrię. One będą przypuszczal-

nie przedmiotem pozostałych referatów. Chcę, przeciwnie, w dalszej części mojego wywodu nawiązać do niektórych myśli znakomitego, jak sądzę, referatu Renaty Schernus i podjąć wysiłek odniesienia do psychiatrycznego działania.

I.

Historia psychiatrii w okresie narodowego socjalizmu jest Państwu znana. Sięga ona od „przymusowej sterylizacji”, poprzez „zabijanie dzieci” aż do likwidacji chronicznie chorych psychicznie w „akcji T4”. Ta ostatnia w fazie centralnie sterowanego przeprowadzania została na krótko zatrzymana w roku 1941 i przebiegała następnie, sięgając nie mniejsze spustoszenie, jako „dzika eutanazja” albo raczej „akcja Brandt” do wyzwolenia w roku 1945. Kierunek nadawały organa państwowe bądź partyjne z udziałem lekarzy, częściowo psychiatrów. Lekarze psychiatrzy wypełniali rozkazy zniszczenia wraz z innymi grupami zawodowymi w psychiatrii – przede wszystkim z personelem pielęgniarskim. Wszyscy prawnicy na wyższych stanowiskach kierowniczych z całą pewnością wiedzieli o podjętych środkach zniszczenia. Opór był skąpy i wyszedł najwcześniej od członków rodzin pacjentów i przedstawicieli Kościoła katolickiego. W ramach „akcji 14 f 13” przeprowadzono w końcu selekcję i zamordowano w obozach koncentracyjnych ludzi pod pozorem cynicznych „diagnoz” psychiatrycznych, takich jak „podlegający Żyd”, „hańbiciel rasy”, „zaciekle katolik”, „komunista”. A wszyscy chorzy psychicznie Żydzi – nie tylko, jak pozostali, długotrwale niezdolni do działania, chronicznie chorzy – zostali objęci akcją zniszczenia. W końcu także mieszkańcy domów starców, zrozpaczo-

¹ Wersja polska wg A. Zagajewskiego: Dwa miasta. Zeszyty Literackie – Cahiers Littéraires, Oficyna Literacka, Paryż-Kraków, 1991, str. 73. (przyp. tłum.)

ne, bezdomne ofiary nalotów bombowych i „obcy społecznie” – pojęcie, które mogło dotyczyć każdego źle widzianego obywatela. (9) I wreszcie w obozach zniszczenia, jak Auschwitz, kontynuowane było to, co R. J. Lifton nazywa „medicalized killing”, a K. Dörner „terapeutycznym zabijaniem”.

Tyle wydarzeń, których historyczna wyjątkowość leżała przede wszystkim w prawie całkowitej anonimowości, wprost „industrializacji” procesu zabijania. Niechby wiedza o przeszłości, o tym, co się zdarzyło, mogła pozostać jedynym miejscem, gdzie moglibyśmy się uczyć, jak sądzi Hans Jonas, czym jest człowiek, czym być może w swoim pozytywnym i negatywnym Byciu. Niechby tak mogło być, że można się czegoś z historii praktycznie, tj. dla planującego działania, „nauczyć”... Musimy z tą jedyną wiedzą, którą mamy od człowieka, przystąpić do projektowania przyszłości, jeśli coś takiego w ogóle istnieje. (5) W historii właśnie ukazał się już człowiek.

Jednakże to wciąż jeszcze wątpliwe uczenie się z historii wymaga owego Benjaminowego tygrysięgo skoku w historię (2), który znajduje podstawę w żydowskim toposie wspomnienia i czyni przeszłość wydarzeniem, które nas teraz, w tym momencie, uderza. W aktualnym wspomnieniu i namyśle historia staje się decydującym przedmiotem praktycznego, tj. zorientowanego na działanie filozofowania. Dopiero z tego miejsca można zrozumieć związek postawionego nam pytania z historią, w szczególności związek z Auschwitz, czy psychiatria jest w stanie uchronić się przed nadużyciem. Dopiero filozofia może nas pouczyć o istocie tego, co ludzkie, odpowiedzieć na pytanie, dlaczego człowiek w ogóle powinien istnieć i odpowiadać za swoje czyny.

II.

Szaleniec jest wydrwiony i unikany, spychany w przepaść. On, podatny na zranienie, jest wystawiony na wielkie rany, które zadaje mu normalność, odcinając się od niego... Nadwrażliwość wchłania zagrażające obrazy i tworzy granicę przed interwencją z zewnątrz. Nieożywione życzenia wyrrywają się naprzód i zaczarowują i zaklinają zmysły w coś całkowicie nadzwyczajnego... (8) Napisała to była pacjentka.

Co mamy do powiedzenia wobec takiego podejścia my, psychiatry, aktualni, późni – po filozofach, teologach i prawnikach – administratorzy szaleństwa. Poza pochylem głowy, niewiele, jak mi się zdaje. Schematy diagnostyczne, jak DSM i ICD, raczej w tym przeska-

dają. Zakładają one – o czym nie wiedzą nic – czym w ogóle jest bycie psychicznie chorym. Do cytowanych tu zdań wydaje się najbardziej zbliżyć droga psychiatrii zorientowanej fenomenologicznie. Dla niej to, co psychiczne, nie jest szalą, na którą życie przechyla swoje wrażenia. Droga ta *konstytuuje się w przeciwieństwie do tego poprzez zdarzenia w człowieku, jakim on sam właśnie w swojej rzeczywistości – nie wypaczonej przez zawężenie metodologią poszczególnej nauki – jest. Punktem wyjścia fenomenologii jest życie codzienne, świat życia.* (12) Co to oznacza? Psychiatria jest, rozpatrując to w znacznym uproszczeniu, obchodzeniem się z życiem, z ludźmi w ich własnym, narażonym na zranienie, świecie życia. Ale tego, czym jest życie, czym jest człowiek, psychiatria nie potrafi określić.

Jakie konsekwencje ma to dla naszego codziennego działania psychiatrycznego? Działanie, jeśli tylko jest rozsądne, zakłada praktyczny stosunek działającego do samego siebie. Jak jednak może on, psychiatra, pielęgniarka, psycholog, asystent społeczny, działając określić samego siebie, jeśli przedmiot jego działania przekracza go tak dalece? Czy nie musi jego działanie, terapia, bardziej urzeczowić ludzi. „wykroić” z nich, co kiedyś wyraził Heidegger przed psychiatrami i psychologami, *wypolerowany przedmiot.* (4)

Czy jest w ogóle możliwa w tych okolicznościach psychiatria jako nauka? Załóżmy prowizorycznie: psychiatria jest zadaniem w swoich założeniach teoretycznych i w swoim praktycznym postępowaniu właściwie niemożliwym. Mimo to jej działanie pozostaje bez wątpienia konieczne. Dla zachowania życia ludzkiego. A my również wiemy, albo lepiej: czujemy, że pytanie naukowe w ścisłym sensie nie dotyka w najmniejszym stopniu problemów życia. (17) Ale psychiatria dzieje się i to jest słuszne, ponieważ łagodzi ona cierpienie. I to jest dobre, ponieważ chodzi o ludzi. Dotychczasowa historia pokazała nam, że działanie psychiatryczne jest stale zagrożonym przedsięwzięciem, a ruch antypsychiatryczny dodatkowo postawił drastycznie przed naszymi oczami problematyczność naszego zadania. Psychiatria działa stale i nieuniknienie nad przepaścią. To co przepastne jest jednak właśnie jej podstawą. Jest oczywiste, że taki fundament nie daje z siebie żadnej ochrony przed nadużyciem. Uprawiać psychiatrię znaczy także być za każdym razem zagrożonym przez drugiego, a przede wszystkim przez samego siebie.

Spostrzeżenie sprzeczności pomiędzy właściwie niemożliwością naszego działania a jego nagłą koniecznością, jako trwałą, palącą pro-

blematycznością, wydaje mi się za to pierwszą, chwiejną podstawą, na której możemy poruszać się nieco pewniej. Spostrzeżenie i praktyczne zastosowanie tej sprzeczności w sensie „verifica” było także podstawą filozoficzną, na której powstała włoska, demokratyczna psychiatria wokół Franco Basaglia.

Po co te wszystkie długie, teoretyczne rozważania, zarzuca Państwo, praktyka wygląda całkiem inaczej. Co robię z młodą kobietą, która w piątek po południu w oddziale dziennym, przed wolnym weekendem, mówi osamobójstwie; z tym rozpaczliwie pobudzonym mężczyzną, który nocą zostaje przywieziony do kliniki? Robicie Państwo, co jest jedynie słuszne, ponieważ właśnie także konieczne, redukujecie Państwo napolkańskie wątpliwości i nędzę człowieka w wiązkę symptomów, urzeczowiacie Państwo cierpienie egzystencjalne i czynicie je przez to dla siebie osiągalnym, uleczalnym. Powinniśmy jednak właśnie tę sytuację dokładniej rozpatrzeć. Przy pomocy, z pewnością nie do uniknięcia, urzeczowienia głęboko sięgających życiowych problemów oddalamy je od ich najbardziej własnego obszaru – od życia właśnie, które wydaje się teraz skrócone do sumy zdarzeń nozograficznych. A nasze działanie terapeutyczne zapytuje jeszcze tylko o pożytek z wpływania na poszczególne własności indywidualium, które z tych zdarzeń jest unkonstytuowane. Także nasza własna ocena działania dąży natrętnie do przede wszystkim konsekwencjalistycznych rozważań. W opisanych sytuacjach jest to w zupełnym porządku, ale musi to być jasne i przemysłane. Musi być uświadomione, aby po przymusie ostrych, może nawet zagrażających życiu, sytuacji rozszerzyć znowu nasz punkt widzenia na obszerniejszą historię życia pacjenta. Gdyż tylko z tego spojrzenia i z procesu rozmowy między pacjentem a terapeutą mogą się ukształtować treści, cele i przestrzenie czasowe dla dalszego rozwoju w zdarzeniu terapeutycznym. Rozmowy w ogóle ukazują jedną z decydujących dróg, która bez gwałtu czyni możliwym porozumienie w sytuacjach konfliktowych. Jak jednak rozmawiamy na co dzień? Czy stawiamy pytania nie czekając na odpowiedź, rozmawiamy ze sobą jakim językiem rozmawiamy? Przede wszystkim: czy jesteśmy gotowi podać w wątpliwość nas samych, nasz cel terapii, drogę, na której ma zostać osiągnięty? I może nawet zawrócić naraz już wytyczonej drodze, gdyż przebieg rozwoju, który powziął pacjent, tego wymaga, lub też dlatego, że nie chce on wcale iść drogą przyjmowanej normalności? Ile takiej bliskości, takiego udziału w życiu pacjenta wytrzymujemy, ile przede wszystkim możemy wymagać od współpracowników?

III.

Psychiatryczne działanie jest leczeniem ludzi przez ludzi. Przez ludzi, którzy są w życiu zranieni, wyczerpani, trudni do zniesienia, od czasu do czasu skłonni do gwałtowności albo nadwrażliwi i podatni na zranienie, pełni idei i fantazji – właśnie stale nadzwyczajni. Nasze działanie jest zawsze wyrządaniem, ryzykuje zranienia. Że życie trzeba chronić, zostało nam tutaj dobitnie wyłożone. Lecz mnie się wydaje, że to nie argument świętości życia daje nam tutaj oparcie. Darzę dużym respektem tych, którzy żądają go dla siebie – wywierającym głębokie wrażenie dowodem może być książka teologia moralności Franza Waltera z 1935 roku, która stała się argumentem dla wielu katolików i wzmocniła ich w opozycji przeciwko akcjom eutanazyjnym. A jednak tkwi w nim totalitarne jądro chęci wiedzy absolutnej, posiadania ostatecznej racji, które samo sobie odbiera to, w imię czego tak żarliwie występuje: życie. W jego nieustępliwości zdaje się leżeć – proszę mi wybaczyć to wyrażenie właśnie w tym kontekście – coś takiego, jak brak miłosierdzia; jak choćby wobec zabójcy tyrana, zamachowców antyhitlerowskich. W przeciwnym razie byłoby tak, jakby przyłęczano się do poglądu, że Dasein sam w sobie nie mógłby stać po prostu ponad sprawiedliwym Dasein, lecz, że nie wolno byłoby się niczemu zdarzyć, co mogłoby zagrozić *nieruchomemu agregat – stanowi człowiek* – to znaczy ludzkości. (3) Byłaby to denoumenalizacja argumentu świętości życia do jego świeckiej trwałości – wymiaru ontologicznego. A to oznacza po prostu: jest przykazane, że ludzkość ma istnieć, że ludzie mają żyć także w przyszłości. (6)

Dopiero teraz może być mowa o tym, co stanowi zasadniczy ton moich dalszych wypowiedzi: godność ludzka. Poprzez nią można nas uważać za część ludzkości, w ogóle część bytu – i przed nią musimy za siebie odpowiadać.

Jedna z pacjentek, gdy dałem jej do przeczytania referat, który miałem wygłosić na temat *Choroba psychiatryczna a godność ludzka*, napisała do mnie: *...a może głęboko w nas pochowana, istniejąca godność – zżarta ją choroba, często bezradne medykamenty, stroskane osoby z personelu utrzymywały ją w zamknięciu – porusza się, gdy tylko człowiek taktownie i uczciwie z kimś postępuje, tak jak porusza się korzeń po ostrej zimie?...* (11) W innym miejscu napisała: *jeśli nie mogę żyć w godności, to raczej wolę nie żyć.* Chodziło jej nade wszystko i stale o poważanie jej nadzwyczaj podatnej na zranienie

godności osobistej. My, czynni zawodowo w psychiatrii, mogliśmy chyba od czasu do czasu przyczynić się do zmniejszenia jej ciężarów życia – przez leki, rozmowy a przede wszystkim szacunek i – gdzie nam się to udawało – przez nie natrętne bycie blisko. W ostateczności zabrakło naszym wysiłkom taktu, za którym tęskniła. Odebrała sobie życie, gdyż, jak uważam, nie byliśmy w stanie wystarczająco chronić jej godności.

Stworzenie przestrzeni dla godności (16) w obliczu zbrodni, które się wydarzyły, wydaje mi się jedyną rzeczywistą ochroną, jaką psychiatria może dać swoim pacjentom. A przez to samej sobie. Stworzenie przestrzeni dla godności oznacza najpierw, jako idea regulatywna, nie spostrzegać nigdy ludzi jako tylko środka do celu, lecz szanować ich również zawsze jako cel sam w sobie. Czy psychiatria jest w ogóle w stanie sprostać tym wysokim wymaganiom? Czy każda z tych idei nie pozostaje w tyle za rzeczywistością, a o ile bardziej w psychiatrii? Przedtem była mowa o właściwej niemożności działania psychiatrycznego. K. P. Kisker mówił o niej kiedyś, jak o *bólu na granicy sensu i bezsensu*. (16) Granica jest nie między zdrowym a chorym, leczącym a leczonym – ona wiąże przez to, że obu przyciąga, obu do siebie. Właśnie różnorodność teorii psychiatrycznych, kreatywne bogactwo ich ukształtowania, stwarzają miejsce dla godności, gdzie może zbliżyć się ona do swego pomyślanego ideału. Decyduje znajomość danych możliwości i ich najszerze wykorzystywanie. Stąd dobra psychiatria odznacza się mniejszą błyskotliwością techniczną, komfortowym wyposażeniem, niż otwarta kultura, która drażni zmysły i jednak zostawia w spokoju. Która ofiarowuje intymność, dopuszcza szczególność, umożliwia wyodrębnienie, a mimo to się otwiera. Otwiera się, nie musząc się stale objawiać, ma tutaj podstawowe znaczenie. Jak każda szczególna przestrzeń uregulowanej i ograniczającej wspólnoty – i samotności – psychiatria potrzebuje przy tym nagłaco opinii publicznej i jej czynnego zainteresowania, jej solidarności. Nastawiona na samą siebie ma, przez swą podatność na zranienie, w ciężkich czasach mniejsze szanse zachowania ludzkiego oblicza.

Stworzyć przestrzeń dla godności oznacza także: nie stawiać ustawicznie na postęp – na nowe koncepcje, metody terapeutyczne, leki, warunki polityczne, ale również niekiedy: towarzyszyć pozornym krokom wstecz. Znaczy to: dać przestrzeń rozwojowi. Niedawno przedstawił to w sposób sugestywny Elmar Spancken. (13) Znaczy to w końcu umożliwić wolność. Jest ona,

przynajmniej jako możliwość, niezbędnym warunkiem godności. Należy tu dalej to, o czym mówiła już Renata Schernus: nie tworzyć sobie żadnego obrazu człowieka. Sara Nomborg-Przytyk, więźniarka z Auschwitz, napisała kiedyś: *Ona jest rzeczywiście młoda i ładna. Dlaczego oni jej napisali numer... i następnie dodała, gdy zdała sobie sprawę ze znaczenia tej wypowiedzi: ...drzę przed tą logiką, jakby miało istnieć na to uzasadnienie, żeby zabijać chorych, starców i osoby nieatrakcyjne...* (10). Każdy teoretyczny opis zredukowanych obrazów człowieka pociąga za sobą praktyczny wyrok, który tym, co do tego obrazu nie pasują, odbiera współudział i szacunek. Także to daje się przeniesić na naszą codzienność. I jeszcze bardziej przemawia za ideą obowiązkowej opieki, która wciąga właśnie najcięższych, chronicznych pacjentów w zakres naszej odpowiedzialności. Na ich przykładzie okazuje się, jak jest rzeczywistiana podstawowa wartość prawnej i politycznej równości.

Stworzyć przestrzeń dla godności, więcej niż dobrze brzmiące słowa, piękne myśli? Rzeczywista pewność przeciwko nadużyciu psychiatrii i przez psychiatrię? Czy to wymaganie nie zalamuje się także na wyczerpywalnej zdolności obciążania każdego poszczególnego opiekuna, na naturalnym wysychaniu jego rezerwuarów poświęcenia? Czy nie musimy od czasu do czasu – dla własnej ochrony, a przez to także dla ochrony naszych pacjentów – uzbrajać się w pozornie niegodny pancerz chłodu?

Nie ma żadnej pewności, żadnej gwarancji... Czasem, jak w wypadku przeciążenia, dobre podstawy odbijają się rykoszetem od ludzkiej rzeczywistości. Wówczas na polecenie zasługują oparte na instrumentalnym rozsądku urządzenia chroniące przed niebezpieczeństwami: zamknięte drzwi, zabezpieczenia, przesunięcia, zmiana opieki i inne środki władzy.

Nigdy nie wolno jednak usamodzielnic się przemocy jako formie kary albo środka dyscyplinującego. Również z tego powodu musi pozostać dostępna dla publicznej kontroli. W żadnym wypadku nie może przeciążenie, indywidualne, dotyczące własnych sił albo społeczne, ekonomiczne, podważać sensu życia. Stały przyrost pacjentów w późnym wieku będzie stanowił tutaj niespotykane wyzwanie dla naszego społeczeństwa.

Trzeba jednak powiedzieć także to: istnieją momenty, gdy gwałt, również najostrzejszy, najboleśniejszy, staje się nie do uniknięcia, wtedy, gdy ludzie zagrażają życiu innych ludzi albo wprost życiu ludzkości. Przemoc jest wtedy stosowana z *ramienia woli samozachowania*, jak sądzi filo-

zof z Grazu, Peter Strasser, *która jest, jaka jest: ślepa, kategoriyczna, a poza tym bez racjonalnej legitymacji*. (14)

Psychiatria – a mam pod tym pojęciem przede wszystkim na myśli jej pacjentów – jest niezbywalną częścią składową naszej kulturalnej tożsamości. Należy ona do nas, jak rozmowa, sztuka, religie i prawa. A jeśli jest ona świadoma swoich pryncypialnych zagrożeń, to właśnie ona daje najbardziej fantazyjne, jak również bolesne – w każdym przypadku najbliższe życiu – odpowiedzi na pytanie bez odpowiedzi: *czym jest człowiek?*...

Walter Benjamin napisał kiedyś: *Baptysterium florenckie. Na portalu nadzieja Andrei Pisano. Siedzi i bezradnie wyciąga rękę w kierunku owocu, który dla niej pozostaje niedosięgly. Mimo to jest uskrzydłona. Nic nie jest bardziej prawdziwe.*

Tak oto psychiatria stoi przed pytaniami, jakie tutaj zostały przede mną postawione. Nie ma żadnych ostatecznych odpowiedzi. Kto je proponuje, musi ranić tych, którzy stają na ich drodze – najczęściej śmiertelnie. Ale istnieje cel i jego bliskość, a my czujemy, że dalej pójdziemy drogą do niego. Wydaje mi się, że to jest to, co chciał nam powiedzieć Walter Benjamin...

tlum. G. K. Pietruszewscy

Piśmiennictwo:

1. Adorno Th. W. (1966): *Negative Dialektik*. Frankfurt, 356.
2. Benjamin W. (1991): *Über den Begriff der Geschichte*. W: Frankfurt, *Gesammelte Schriften*, I, 2.

3. Benjamin W. (1991): *Zur Kritik der Gewalt*. W: Frankfurt, *Gesammelte Schriften*, II, 1, 201.
4. Heidegger M. (1987): *Zolliker Seminare* (red. Boss M.) Frankfurt, 270.
5. Jonas H. (1982): *Das Prinzip-Verantwortung*. Frankfurt, 384.
6. Jonas H. op. cit., 186.
7. Kisker P. K. (1988): *Mögliches und Unmögliches im psychiatrischen Denken und Tun*. W: Pfäfflin i in. (red.): *Der Mensch in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg, 11.
8. Köpcke A. (1991): ak 71. W: *Signale*, Hamburg, 9, 3.
9. Meyer J. E., Seidel R.: *Die psychiatrischen Patienten im Nationalsozialismus*. W: Kisker P. K. i in. (red.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Tom. 9, 369–396.
10. Nomborg-Przytyk S. (1992) cyt. za: Young E. J.: *Beschreibungen des Holocausts*. Frankfurt, 79.
11. Seidel R. (1989): *Von psychischer Krankheit und Menschenwürde*. W: Borsi G.: *Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag*. Göttingen, 31.
12. Seidel R. (1990): *Phänomenologische, daseinsanalytische und anthropologische Psychiatrie*. W: Thom A., Wulff E.: *Psychiatrie im Wandel*. Bonn, 23.
13. Spancken E. (1992): *Was bedeutet Fortschritt in der Psychiatrie*. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3.
14. Strasser P.: *Wie werden aus Monstern Menschen? Prinzipielles zur Krise der Humanität*. Manuskrypt nieopublikowany.
15. Walter F. (1935): *Die Euthanasie und die Heiligkeit des Lebens*. München.
16. Wendt W. R. (1989): *Der Würde Raum. Ökologische und ethische Reflexionen*. W: Borsi G.: op. cit., 163.
17. Wittgenstein L. (1963): *Tractatus logico-philosophicus*. Frankfurt, 652.
18. Zagajewski A. (1990): *Der Verrat*. *Akzente*, 37, 1, 38.