



Społeczne wytwarzanie przestrzeni na przykładcie analizy szpitali psychiatrycznych w Łodzi

JOANNA SAWIAK

Abstrakt

W artykule podjęto się szczegółowej analizy organizacji przestrzennej szpitali psychiatrycznych znajdujących się na terenie Łodzi. Jego podstawą jest badanie case study przeprowadzone z zastosowaniem metodologii jakościowej (analiza wizualna i obserwacja). Omawiane w artykule przypadki są prezentowane jako dwa charakterystyczne dla Polski rodzaje szpitali psychiatrycznych, których analiza służy zrozumieniu znaczenia sposobu ich organizacji dla społecznego postrzegania osób z chorobą psychiczną. W artykule znajdują się również odwołania do prac kluczowych dla zrozumienia problematyki chorób psychicznych, ich leczenia w instytucjach totalnych oraz roli społecznego wytwarzania przestrzeni. Zestawienie wyników analizy case study z wcześniej wspomnianymi koncepcjami pozwoliło na wskazanie możliwych sposobów oddziaływania organizacji przestrzennej szpitali psychiatrycznych na sposób ich postrzegania.

Słowa kluczowe:

[psychiatria](#), [szpital psychiatryczny](#), [organizacja przestrzenna](#), [piętno](#).

<https://doi.org/10.18778/2300-1690.27.04>

Wprowadzenie i podstawowe założenia

Celem artykułu jest próba odpowiedzi na pytanie: *W jaki sposób określona organizacja przestrzeni szpitala psychiatrycznego (położenie, kubatura i oznakowanie) może oddziaływać na jego społeczne postrzeganie, a pośrednio na odbiór osób będących ich pacjentami?* W artykule postrzegam relację pomiędzy przestrzenią a uczestnikami społeczeństwa jako szczególnie rodzaj interakcji społecznej, naznaczonej stosunkiem władzy. *Przestrzeń jako produkt społeczny, jest wytwarzana przez konkretnych ludzi działających w realnie, historycznie ukształtowanych strukturach społecznych, zgodnie z określonymi założeniami*, a jednocześnie wytworzona przestrzeń oddziałuje na społeczeństwo, warunkując zachowania tychże ludzi (Jałowiecki, 1988, ss. 44–45). Szpital psychiatryczny to szczególnie rodzaj instytucji, z którą wytwarzana może być dosyć nietypowa relacja społeczna, często naznaczona stereotypami. Bywa on miejscem odosobnienia, sprawowania władzy i kontroli w duchu instytucji totalnej, a tym samym wytwarzania jego definicji społecznych adekwatnych dla tego typu miejsc. Z drugiej strony, jest to miejsce leczenia, pomagania i przywracania pacjentom dobrostanu. Jak zatem w zmieniającym się społeczeństwie i przekształcającym się stosunku społecznym do zdrowia psychicznego, wygląda sytuacja położenia i infrastruktury tych miejsc? Co tak wytworzona i przetworzona z biegiem czasu struktura mówi o społecznym stosunku do pacjentów oraz jaki sygnał wysyła w przestrzeń społeczną? Do próby odpowiedzi na główne pytanie problemowe wykorzystano metodologię jakościową, korzystając z metody *case study*. Do przeprowadzenia analizy przypadku zastosowano obserwację uczestniczącą oraz analizę wizualną. Szczegóły procedury badawczej zostaną przedstawione w jednym z poniższych punktów.

Problematyka chorób psychicznych

Tematu szpitali psychiatrycznych nie sposób poruszać bez wcześniejszego przeanalizowania i zdefiniowania problematyki choroby i zaburzenia psychicznego. Są to określenia bliskoznaczne, różniące się głównie nasileniem objawów. Zaburzenie zazwyczaj rozumie się jako stan, w którym pojawiają się pojedyncze, łagodniejsze lub niezbyt konkretne objawy chorób psychicznych. Sama choroba jest z kolei konkretnym zespołem symptomów występujących w ściśle określonym (za pomocą klasyfikacji ICD-10 lub DSM-5) nasileniu i umożliwiającym postawienie diagnozy. Dla uproszczenia w tym artykule będę posługiwać się jedynie określeniem „choroba psychiczna” rozumiejąc je jako obejmujące również wszystkie kwestie związane z zaburzeniami psychicznymi.

Najistotniejszych i najbardziej przekrojowych informacji dotyczących postrzegania omawianej problematyki dostarcza nam w swoich pracach Michael Foucault. W jego optyce znacznie trafniejszym określeniem niż „choroba psychiczna” jest „szaleństwo” rozumiane jako daleko posunięte wyłamywanie się z norm społecznych, przede wszystkim pod względem zachowania. Do grupy osób szalonych zaliczylibyśmy zatem wielu artystów czy mistyków, u których wyżej wspomniana cecha jest nieodłącznym elementem ich wielkich osiągnięć i stanowi bardziej charakterystykę niż schorzenie (Foucault, 1987, ss. 17–21).

Koncepcja choroby psychicznej, podobna do sposobu definiowania chorób somatycznych, ustabilizowała się w zachodniej medycynie dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku. Zdaniem Foucaulta właśnie wtedy zaszła drastyczna zmiana w postrzeganiu szaleńców – choć wcześniej byli już marginalizowani, w świetle nowo powstałej dziedziny medycyny zaczęli być systemowo włączani (1999, s. 248). Innymi słowy zanegowano przekonanie, że

szaleństwo prowadzi do poznania głębszej, niedostępnej dla większości osób warstwy rzeczywistości i sprowadzono je do poziomu choroby, czy też dewiacji. Takie podejście wywołało z kolei potrzebę oczyszczania i leczenia z szaleństwa, co czyniono w masowo powstających zakładach/szpitalach zamkniętych. W podobny, choć adekwatny dla swojej myśli, sposób zagadnienie choroby psychicznej postrzegł również Talcott Parsons. Dla niego *choroba umysłowa jest drugą linią obrony systemu. Jeśli dana jednostka traci umiejętność pełnienia określonych ról, to system ma możliwość odseparowania takiej jednostki* (Kołodziej, 2021, s. 401; Parsons, 1969).

Współcześnie mówi się raczej o chorobach psychicznych niż o szaleństwie i leczy się je medycznie, ale ich jasne zdefiniowanie, a dokładniej odróżnienie od stanu zdrowia, nadal przysparza wielu problemów. Dodatkowo, różne grupy w sposób arbitralny, podpierając się jedynie dostępną wiedzą społeczną, decydują, które zachowania i stany emocjonalne należy uznawać za odbiegające od normy. Wyróżnić można także wiele zachowań, które postrzegano w sposób zróżnicowany zarówno czasowo, jak i terytorialnie, czego przykładem może być chociażby zoofilia. W psychiatrii wyróżnia się również zespoły uwarunkowane kulturowo, które występują tylko na określonych obszarach oraz zauważa się tendencje do objawiania się tych samych chorób psychicznych w nieco inny sposób, w poszczególnych kulturach (Kmieciak, 2017, ss. 344–360).

Choroby psychicznej nie daje się zatem ująć w jednoznacznej, medycznej definicji. Dodatkowo jej specyfika jest zupełnie inna niż choroby somatycznej – przyczyny są zazwyczaj niematerialne – nie da się ich zdiagnozować za pomocą standardowych badań, ani wskazać uszkodzonych czy zakażonych komórek. Stanowi to jeden z głównych argumentów zwolenników antypsychiatrii, których czołowym przedstawicielem jest Tomas Szasz

(2011). Jego myśl wydaje mi się być równie nieprawomocna, co inspirująca. Oprócz ostrej krytyki pojęcia choroby psychicznej w ogóle, zwraca on uwagę na to, że w zasadzie jest ono raczej metaforą niż dosłownym określeniem konkretnego stanu. Taki sposób myślenia częściowo można uznać za użyteczny – rzeczywistość „choroba psychiczna” to określenie nietypowego, niekorzystnego stanu mentalności. W przeszłości takie stany zwykle postrzegane były zupełnie inaczej – jako opętania, objawienia czy kary boskie (Rossen, 1969, ss. 63–65), a słowo „choroba” odnosiło się jedynie do fizycznych nieprawidłowości. Obecnie jego zastosowanie zostało rozszerzone także na cierpienie duszy, która już sama w sobie jest bytem niematerialnym, metaforycznym – a więc jej choroba również musi taka być.

Inspirując się myślą Thomasa Szasza, również w swojej pracy chorobę i zaburzenie psychiczne będę postrzegała jako metaforyczną nazwę dla stanu kryzysu lub długotrwałego problemu na tle psychicznym (wywołanego również przez czynniki społeczne), stwarzającego zagrożenie dla zdrowia (somatycznego) i życia człowieka. Co istotne, zakładam, że możliwa jest wobec niego interwencja medyczna oraz psychologiczna prowadząca przynajmniej do zmniejszenia skali problemu.

Przestrzeń jako narzędzie władzy

Jak pisze Bohdan Jałowiecki *przestrzeń jest (...) „trwałą pamięcią społeczeństwa”* (1988, s. 8). Wyróżnia on cztery główne czynniki wpływające na wytwarzanie przestrzeni: środowisko naturalne, rozwój nauki i techniki, stosunki panowania i podległości oraz możliwość zawłaszczania przestrzeni i dysponowania nią. Według niego *planowanie przestrzenne jest w rękach władzy instrumentem regulacji, który służy kontroli władania i wytwarzania przestrzeni, doktryny urbanistyczne są natomiast ideologiczną nadbudową i racjonalizacją stosowanych mechanizmów tej regulacji i kontroli* (Jałowiecki, 1988,

s. 34). W ujęciu interakcjonistycznym można by zatem stwierdzić, że zarządzanie przestrzenią odbywa się za pomocą utrwalonych wzorów interakcji, które mają podtrzymać porządek społeczny, a ty samym – stosunek władzy. Jako dobro rzadkie, w dodatku bardzo ograniczone, staje się ona silnym narzędziem wywierania wpływu na społeczeństwo i może być wykorzystywana do realizacji celów partykularnych. Pozostaje pod niemal całkowitą kontrolą wyznaczonych organów społecznych i staje się ich narzędziem władzy oraz ośrodkiem wytwarzania i odtwarzania wzorów interakcyjnych. Mamy tu do czynienia z rodzajem samospelniającej się przepowiedni – można się spodziewać, że poszczególne osoby będą zachowywały się i myślały o sobie w sposób, który wymusiła na nich przestrzeń, w jakiej się znalazły.

Częstą praktyką przestrzenną, opisywaną przez Jałowieckiego, jest nienaturalna alienacja poszczególnych obszarów funkcjonalnych, czyli odseparowanie ich, jak gdyby były częściami zupełnie niepowiązanych ze sobą światów (1988, ss. 249–255). Ulegają jej przeważnie wielkie fabryki czy zespoły mieszkaniowe, ale zjawisko to dotknęło również wiele powstałych w XVIII i XIX wieku ogromnych szpitali psychiatrycznych, umieszczanych na uboczu miejscowości. Jak dowodzi Foucault, we wspomnianym okresie stały się one miejscem masowej izolacji osób społecznie nieakceptowanych, a więc ich położenie oraz organizacja przestrzenna z pewnością miały i mają duży wpływ na to jak są one postrzegane w społeczeństwie i jak same się definiują.

Architekt, Christopher Wern, uważał zakłady zamknięte za symboliczny instrument służący do wpajania społeczeństwu zasad i norm. Monumentalne szpitale psychiatryczne budowane w okresie „wielkiego zamknięcia” miały być według niego właśnie symbolem dominacji i władzy nad chorymi (Nowakowski, 2013, s. 50). Ich konstrukcji architektonicznej poświęcano w tamtym czasie wiele uwagi,

starając się zaprojektować układ pawilonów i ogrodów w taki sposób, by jak najbardziej sprzyjał leczeniu (Staniewska, 2020, ss. 37–102). Wydaje się jednak, że Wern miał rację co do fasadowości tych intencji, ponieważ w nowych, pięknych budynkach pacjenci nadal byli traktowani bardzo źle, wręcz niehumanitarnie (Kmieciak, 2017, ss. 99–100). Pod szczytnymi ideami poprawy warunków leczenia wciąż kryła się (i zdaniem Werna kryje się do dzisiaj) intencja zdominowania chorych, skutecznego i sprawnego odizolowania ich od reszty społeczeństwa oraz symbolicznego pokazania wyższości nad nimi – dlatego budynki były tak duże, dopracowane, wywierające na odbiorcy silne wrażenie (Nowakowski, 2013).

Na zdrowie i samopoczucie pacjentów największy wpływ ma wyposażenie szpitala i sposób urządzenia jego wnętrza, stąd to tej części budynków szpitalnych poświęca się najwięcej uwagi we współczesnej literaturze. Niemniej jednak, zarówno w polskich, jak i zagranicznych tekstach poruszany jest też wątek samego umiejscowienia szpitala i jego wyglądu zewnętrznego. Zauważa się korelację pomiędzy poziomem stygmatyzacji a umiejscowieniem tego typu placówek. W państwach, gdzie jest on wyższy, placówki znajdują się na uboczu, a tam, gdzie się obniża, są przenoszone bliżej centrów życia społecznego (Kamalzadeh et al., 2023). Podkreśla się, że architektura szpitala powinna być w dobrym stanie technicznym, tak żeby nie przerażała oraz nie stygmatyzowała pacjentów ani samej placówki (Bił, 2016). Duże znaczenie ma tutaj wiek budynków – szpitale budowane w okresie „wielkiego zamknięcia” zazwyczaj już na pierwszy rzut oka wyglądają na potężne i tajemnicze instytucje totalne. Okazuje się, że ma to duży wpływ na pacjentów, a samo przeniesienie ich do nowszego budynku może spowodować poprawę samopoczucia i ich interakcji z pozostałymi chorymi (Jovanović, Campbell, Priebe, 2019).

Analizując znaczenie umiejscowienia przestrzennego szpitali psychiatrycznych, warto także zwrócić uwagę na popularny w XX wieku nurt taylorizmu. Jego idee naukowego zarządzania i optymalizacji, odnoszące się początkowo do zakładów produkcyjnych, w dobie kapitalizmu zaczęły być traktowane również jako idee społeczno-polityczne. Tak pojmowany taylorizm nosi znamiona biopolityki – czyli strategii dążącej do produktywnego zagospodarowania życia (Foucault, 2011, s. 27). W myśl tej idei osoby z chorobami psychicznymi są społeczeństwu w dużej mierze nieprzydatne, a w skrajnych przypadkach mogą być postrzegane jako szkodliwe. Nie dziwi zatem dążenie do ich izolowania. W zasadzie, można uznać, że cały proces umieszczania osób z chorobą psychiczną w szpitalach i medykalizacji szaleństwa jest procesem biopolitycznym.

Postrzeganie osób z chorobą psychiczną we współczesnym społeczeństwie polskim

Oprócz przestrzeni, na postrzeganie samego siebie ogromny wpływ ma również to, co dzieje się wewnątrz szpitali psychiatrycznych, czyli sposób leczenia i organizowania życia pacjentów. Erving Goffman opisał ten rodzaj placówek jako typowe instytucje totalne. Zauważył, że stosowane w nich metody – podważanie przekonań o samym sobie, o człowieczeństwie i społeczeństwie – oraz odizolowanie pacjenta od świata zewnętrznego i pozbawienie go możliwości samostanowienia, cytując autora, *nie tyle wspiera Ja, ile je konstruuje* (sic) (2023, ss. 157–182). Goffman twierdził więc, że w szpitalach psychiatrycznych pacjenci są socjalizowani od nowa, czyli poddawani typowej indoktrynacji. Zapewne w funkcjonowaniu psychiatrii od czasu badań Goffmana wiele się zmieniło, ale we współczesnych opisach szpitali nadal wyraźnie widoczne są wyróżnione przez niego kategorie (Miller, 2013).

Chorobę psychiczną bez wątpienia można rozumieć jako piętno, czyli atrybut dotkliwie dyskredytujący (Goffman, 2005, s. 33). Potwierdzają to wcześniej wspomniane rozważania Michaela Foucault, jak również sam fakt definiowania szaleństwa jako choroby.

W polskich badaniach opinii, pomimo dużych rozbieżności, można wyróżnić tendencje świadczące o piętnie, z jakim mierzą się osoby z chorobą psychiczną. Według badań CBOS z 2012 r. niechętny stosunek do osób z chorobą psychiczną deklaruje tylko 5% społeczeństwa. W badaniu EZOP I z tego samego roku jest to jednak już 14%, a według badania EZOP II z 2021 r. – 18%. Różnice w wynikach są duże, ale według wszystkich trzech badań zdecydowanie mniejsza część społeczeństwa (przynajmniej deklaratywnie) jest niechętnie nastawiona wobec osób z chorobami psychicznymi.

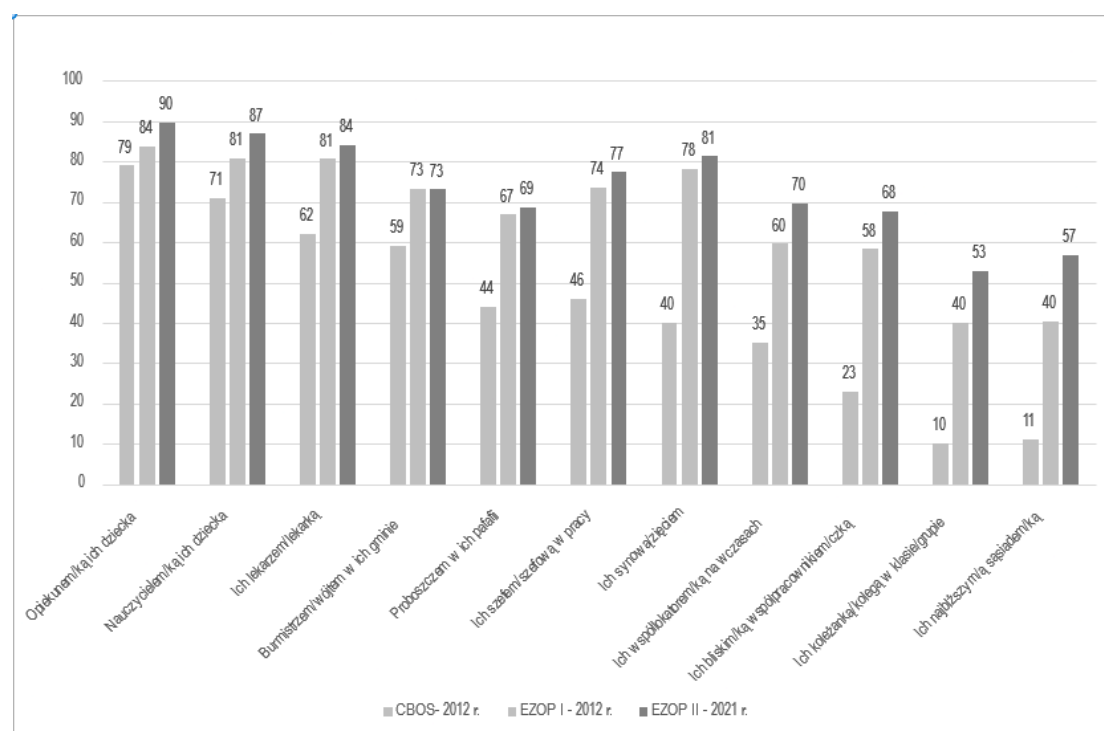
Sytuacja staje się jednak o wiele bardziej skomplikowana w przypadku nastawienia do osób, które były leczone w szpitalu psychiatrycznym. W tej kwestii wyniki trzech wcześniej wspomnianych badań różnią się od siebie o nawet 30 punktów procentowych (patrz wykres 1), ale we wszystkich respondenci wykazywali znacznie mniej przychylności. Szczególnie ciekawe są wyniki badania EZOP II, w którym 57,5% respondentów zadeklarowało zyczliwość wobec osób z chorobą psychiczną, ale aż 52,9% uznało, że byłoby przeciwne temu, aby osoba po hospitalizacji psychiatrycznej była chociażby ich kolegą/koleżanką z klasy (w tym badaniu była to najchętniej akceptowana rola). Oznacza to, że przynajmniej 10,4% respondentów musiało zadeklarować **jednocześnie**, że są zyczliwi wobec osób z chorobą psychiczną i nie chcieliby mieć kogoś, kto był leczony w szpitalu psychiatrycznym za kolegę/koleżankę w swojej klasie/grupie studenckiej.

Takie wyniki wskazują na fasadowość zycziwego podejścia do osób z chorobą psychiczną oraz na istotną rolę, jaką w procesie

ich napiętnowania może odgrywać pobyt w szpitalu psychiatrycznym. Wydaje się, że jest on punktem przejścia z poziomu osoby dyskredytowanej na poziom osoby zdyskredytowanej (Goffman, 2005, ss. 77–87). Wielotygodniowego pobytu w szpitalu nie sposób bowiem skutecznie ukryć. Jako ośrodki ostatecznego i jawnego napiętnowania szpitali psychiatryczne stanowią zatem kluczową oś

powstawania wyobrażeń i przekonań na temat osób z chorobami psychicznymi i ich miejsca w społeczeństwie. W związku z tym, istotne znaczenie dla sposobu postrzegania takich pacjentów będzie miała przestrzeń, w jakiej umieszcza się szpitale psychiatryczne. Może ona w sposób symboliczny obrazować rolę szpitala w historii życia osoby chorującej i jej miejsce w społeczeństwie.

Wykres 1: Zestawienie badań – Odsetek osób, które byłyby (raczej lub zdecydowanie) przeciwnie, żeby osoba, która kiedyś leczyła się w szpitalu psychiatrycznym była:



Źródło: opracowanie własne na podstawie: CBOS, *Stosunek do osób chorych psychicznie*, komunikat nr. BS/147/2012, Warszawa 2012, s. 7; J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (red.) *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, s. 176; J. Wciórka, *EZOP II: leczenie psychiatryczne w opinii społecznej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, s. 6

Metodologia badań własnych

Prezentowane w artykule wyniki są częścią badań przeprowadzonych przeze mnie, na potrzeby pracy licencjackiej, w której postanowiłam sprawdzić w jaki sposób w Polsce organizowana jest przestrzeń polskich szpitali psychiatrycznych pod względem ich oznakowania, położenia, kubatury i nazewnictwa. Całość badania składała się z części ilościowej i jakościowej, natomiast na potrzeby artykułu korzystałam tylko z drugiej z nich. W tym obszarze badawczym zależało mi przede wszystkim na wyróżnieniu występujących w Polsce sposobów zarządzania wymienionymi wyżej kwestiami i zrozumieniu ich znaczenia (praktycznego i symbolicznego) dla życia pacjentów omawianych szpitali oraz przyczyn wyboru tych właśnie rozwiązań. Na tej podstawie starałam się określić, w jaki sposób pacjenci mogą być postrzegani i traktowani w naszym społeczeństwie.

Do przeprowadzenia wyżej wspomnianego badania wykorzystałam studium przypadku. Różnorodność technik badawczych, która jest jego cechą charakterystyczną (Strumińska-Kutra i Koładkiewicz, 2012, ss. 2–3), umożliwiła mi wieloaspektowe zbadanie omawianego problemu i zrozumienie wybranej sytuacji z kilku różnych perspektyw. Badanie poświęciłam Łodzi i znajdującym się w niej dwóm szpitalom psychiatrycznym. Jednym z kluczowych powodów wyboru tego przypadku była dostępność terenu badawczego – jest to miasto mojego zamieszkania. Niemniej jednak, wybrane placówki stanowią bardzo dobrą reprezentację dwóch najczęstszych rodzajów szpitali psychiatrycznych występujących w Polsce, które udało mi się wyłonić podczas ilościowej części badania. Jeden z nich to szpital powstały w okresie wielkiego zamknięcia, znajdujący się w tej samej, historycznej siedzibie od początku swojego istnienia. Zwykle dysponuje dużym terenem zielonym, często zagospodarowanym

jedynie częściowo i charakteryzuje się układem pawilonowym. W badaniu jakościowym jego reprezentacją był Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi przy ul. Aleksandrowskiej 159. Drugi wyróżniony przeze mnie typ szpitala, to placówka utworzona po II Wojnie Światowej, zazwyczaj umieszczona w budynkach typowo modernistycznych, często, przynajmniej formalnie, należących do większego kompleksu szpitalnego. Jego reprezentacją podczas *case study* był budynek klinik psychiatrycznych należący do Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i położony przy ul. Czechosłowackiej 8/10.

W trakcie prowadzenia studium przypadku posłużyłam się przede wszystkim obserwacją ukrytą uczestniczącą (w przestrzeni publicznej), podczas której próbowałam odnaleźć na terenie obu szpitali poradnię, izbę przyjęć i wejście dla odwiedzających. Uczestnictwo polegało tutaj przede wszystkim na pytaniu przechodniów, pacjentów czy personelu o drogę do poszczególnych miejsc oraz na samodzielnych próbach ich odnalezienia. O ile na terenie szpitala przy ul. Aleksandrowskiej, podczas obserwacji, byłam pierwszy raz w życiu, więc moje próby odnalezienia się w jego przestrzeni były bardzo autentyczne, o tyle teren szpitala przy ul. Czechosłowackiej już wcześniej znałam bardzo dobrze. W tym przypadku postanowiłam więc częściowo odwołać się do moich wcześniejszych wspomnień związanych z odnajdywaniem się na jego terenie.

Obserwacje przeprowadziłam jednokrotnie w każdej z placówek, w dni powszednie. Na każdą z nich poświęciłam od 1 do 2 godzin, pomiędzy 9.00 a 14.00, czyli wtedy, gdy spodziewałam się w szpitalach największego ruchu, ze względu na obecność większej liczby lekarzy, a więc możliwość prowadzenia konsultacji w poradniach oraz przyjmowania i wypisywania pacjentów. Obserwacja miała formę spaceru wokół terenu szpitali, podczas

którego, na podstawie wcześniej przygotowanych dyspozycji, starałam się zebrać jak najwięcej informacji dotyczących położenia (pod względem węzłów komunikacyjnych oraz najbliższego otoczenia), oznakowania, wyglądu zewnętrznego i kubatury szpitali oraz znajdujących się w nich poszczególnych podjednostek. Nie prowadziłam obserwacji wewnątrz szpitali, ze względu na prywatność pacjentów oraz potencjalne trudności w uzyskaniu zgody na wstęp. Również podczas obserwacji na zewnątrz placówek nie brałam pod uwagę zachowań ani wyglądu pacjentów, w celu ochrony ich prywatności.

Dane rejestrowałam przede wszystkim tworząc na bieżąco skróty i możliwie dokładne notatki, które następnie, po zakończeniu obserwacji, spisałam w bardziej rozwiniętej i szczegółowej formie. Następnie wśród tych danych poszukiwałam odpowiedzi na pytania zawarte w dyspozycjach do obserwacji – to je streszczam w dalszej części artykułu. Choć zjawiska, które analizowałam w większości są materialne, a więc dość proste w obiektywnej ocenie, to kwestia tego, jakie wywierają wrażenia na użytkowniku przestrzeni i czy ułatwiają mu korzystanie z niej, jest już subiektywna. Żeby zminimalizować wpływ moich osobistych preferencji na wyniki badania, starałam się zwracać uwagę na zachowania pozostałych użytkowników przestrzeni i na to, jak oni się w niej odnajdują oraz konfrontować swoje odczucia z obiektywnymi miernikami (np. odległość, wielkość, widoczność).

Informacje zebrane podczas obserwacji uzupełniłam o wiedzę pozyskaną na podstawie analizy danych zastanych. Ta część badania umożliwiła mi zrozumienie uwarunkowań prawnych w jakich funkcjonują szpitale psychiatryczne oraz poznanie historii i polityki rozwoju obu placówek. Nie wszystkie interesujące mnie informacje były możliwe do pozyskania w ten sposób, więc dodatkowo złożyłam jeszcze kilka zapytań publicznych

mających na celu poznanie oficjalnego stanowiska decydentów w szczególnie ważnych z perspektywy badania sprawach.

Głównym ograniczeniem zastosowania wyżej opisanej formy studium przypadku jest, trudny do wyeliminowania, subiektywizm badaczki, pochodzącej z miasta, w którym robi badanie (oraz korzystającej z własnych doświadczeń biograficznych), a więc mającej już wyrobione zdanie na temat obu placówek oraz w ogóle sposobu zarządzania miastem stosowanego przez jego władze. Ta sytuacja ma jednak również zalety – znając już część mechanizmów rządzących badanym obszarem mogłam szybciej i być może skuteczniej dotrzeć do interesujących mnie kwestii oraz zrozumieć je z perspektyw niedostępnych dla osób spoza miasta, czy spoza środowiska pacjentów psychiatrycznych.

Analiza przypadku Łodzi

Szpital reprezentujący pierwszy z wyróżnionych przeze mnie typów, w Łodzi jest popularnie znany jako „Aleksandrowska” lub „Kochanówka”. Obie nazwy potoczne odwołują się do położenia szpitala – odpowiednio przy konkretnej ulicy i na danym osiedlu. Szpital został założony w 1902 roku. Był placówką szanowaną i uważaną za nowoczesną, kilkakrotnie odbywały się w nim Zjazdy Psychiatryków Polskich. Prowadził rozległą działalność środowiskową, posiadał korty tenisowe, wiele warsztatów pracy rzemieślniczej, rozległe ogrody oraz gospodarstwo rolne. Próbował kontynuować swoją działalność w trakcie II Wojny Światowej, ale podobnie jak wiele innych szpitali w tym czasie, został wykorzystany przez Niemców do realizacji polityki eugenicznej, wskutek czego zamordowano wielu jego pacjentów. Został reaktywowany zaraz po wojnie i funkcjonuje do dzisiaj (Gałęcki i Kulik, 2022). Obecnie jest w nim prowadzone Centrum Zdrowia Psychicznego Łódź – Bałuty, dysponujące jednym oddziałem psychiatrycznym dla

dorosłych stacjonarnym i jednym dziennym, Poradnią Zdrowia Psychicznego dla dorosłych położoną na terenie szpitala i drugą, zlokalizowaną przy ul. Lnianej 2. Jego działalność jest realizowana w ramach funkcjonującego na terenie całej Polski programu pilotażowego, którego celem jest demokratyzacja psychiatrii i skupienie leczenia na działaniach środowiskowych. W szpitalu funkcjonuje jeszcze 9 innych oddziałów, w tym oddziały dla dzieci i młodzieży, psychogeriatryczne, odwykowe i psychiatrii sądowej.

Ilustracja 1: Położenie szpitali psychiatrycznych w Łodzi



Źródło: Google Maps

Szpital przy ul. Aleksandrowskiej znajduje się na skraju miasta, tuż przy jego północno-zachodniej granicy (zob. ilustracja 1), ale jest dobrze skomunikowany, można do niego dojechać dwiema liniami tramwajowymi i autobusem. Lektor w pojazdach czyta nawet, oprócz nazwy odpowiedniego przystanku, słowa „szpital im. Babińskiego”, mimo tego, że oficjalnie nie widnieją one na rozkładzie jazdy, ani na tabliczce przystankowej.

Z zewnątrz szpital jest ogrodzony murem (miejscami zastąpionym płotem z siatki).

Zagospodarowane jest jedynie około połowy jego terenu. Druga część, najpewniej będąca pozostałością po mieszczących się tam kiedyś warsztatach i ogrodach, jest pokryta lasem i dużą ilością pustostanów. Na początku II Wojny Światowej cały teren szpitala zajmował 24 ha (Gałęcki i Kulik, 2022, s. 67), a obecnie, według moich szacunków, placówka dysponuje 27 ha, czyli bardzo podobnym wielkościami terenem – zapewne cały czas tym samym. W opuszczonej części szpitala mur jest w kilku miejscach przerwany, widać na nim pozostałości po drucie kolczastym. W głąb lasu oraz do pustostanów, w miejscach, gdzie mur jest dziurawy, prowadzą wydeptane ścieżki, otoczone sporą ilością śmieci. Wyraźnie widać, że ktoś korzysta z tej niezagospodarowanej przestrzeni.

Obie części szpitala (zagospodarowaną i niezagospodarowaną) oddziela od siebie rząd zniszczonych, nieużywanych drewnianych domków letniskowych, w których kiedyś mieszkali lżej chorzy pacjenci oraz personel szpitala (Gałęcki i Kulik, 2022, s. 31 i 39). Wyglądają one dosyć ponuro i niepokojąco, od reszty szpitala odgradza je jedynie bardzo zniszczona, dziurawa siatka.

W zagospodarowanej części szpitala znajduje się aktualnie 13 budynków (zob. ilustracja 2), określanych na szpitalnych tabliczkach jako pawilony. Nazwa ta, chociaż historycznie logiczna, ma raczej negatywne konotacje. Numeracja pawilonów jest niespójna. Zdarza się, że na budynku wisi tabliczka z innym numerem, niż ten widniejący na mapie umieszczonej przy głównej bramie szpitala (ilustracja 2). Dodatkowo, część budynków nazwano za pomocą cyfr rzymskich, a część – literami. Niektóre z nich mają także swoich patronów, o czym informują przymocowane na murach, kamienne tablice. Zazwyczaj są to wybitni psychiatrzy polscy. Rzeczywiste rozmieszczenie poszczególnych oddziałów i innych jednostek szpitala znacząco różni się od tego przedstawionego

na planie placówki (zob. ilustracja 2). Każde drzwi są oznaczone kartką z informacją, dokąd prowadzą, ale znalezienie tych odpowiednich, bez aktualnego planu, na 13,5 ha zagospodarowanego terenu szpitala, może być dużym wyzwaniem. Pomocą służą w tej kwestii duże i wyraźne drogowskazy umieszczone przy głównym skrzyżowaniu szpitalnych uliczek (między pawilonem V a I/III). Wskazują one, w którą stronę należy się kierować do poszczególnych pawilonów (nie na poszczególne oddziały) oraz do Poradni Zdrowia Psychicznego dla dorosłych (która na planie szpitala w ogóle nie jest zaznaczona) i do izby przyjęć. Te dwie instytucje znajdują się w pawilonie X (choć na stronie internetowej szpitala napisano, że w III), czyli niemal najdalszym od głównego wejścia. Jest to dosyć paradoksalne, ponieważ poradnia jest miejscem, do którego pacjenci udają się znacznie częściej niż na oddziały. Z kolei na izbę przyjęć muszą trafić w pierwszej kolejności, zanim jeszcze zostaną przyjęci. Oba te miejsca powinny zatem znajdować się możliwe jak najbliżej wejścia na teren szpitala. Obecne ich położenie znacząco utrudnia dostęp do tych jednostek.

Szpital na Kochanówce, pod względem wizualnym jest bardzo zniszczony. Za wyremontowany można uznać tylko pawilon X, w którym mieści się Centrum Zdrowia Psychicznego. Pawilony VII-IX oraz XI są dosyć nowe – wybudowano je w okresie PRL (Galecki i Kulik, 2002, s. 78) i zachowały się w niezłym stanie. Wszystkie pozostałe, zabytkowe budynki wyglądają bardzo źle, momentami były dla mnie wręcz przerażające. Z elewacji całymi płatami odpada farba, a pawilon I i IV wydają się być opuszczone. Na terenie zagospodarowanej części szpitala niektóre fragmenty przestrzeni są ogrodzone tymczasowym płotem, w wielu miejscach stoją metalowe kontenery, palety kostki brukowej itp.

Wszystkie budynki mają tylko po dwie kondygnacje nadziemne, a większość okien

jest zakratowana. W części gmachów na pierwszym piętrze znajdują się też zakratowane balkony, wykorzystywane jako palarnie.

Pomimo drogowskazów, na terenie Kochanówki łatwo się zgubić – są one niespójne, a i sam sposób rozstawienia budynków (są przekrzywione względem uliczek) nie ułatwia orientacji w terenie. W czasie, gdy byłam tam na obserwacji (piątek, ok. godziny 12.00) w okolicy nie było praktycznie nikogo, kogo mogłabym spytać o drogę. Minęłam kilka grup spacerujących pacjentów (byli ze swoimi bliskimi lub z personelem szpitala, nie zakłócałam im spokoju i trzymałam się możliwie na uboczu), pracowników placówki i tylko jedną grupę osób wyglądających na kogoś „z zewnątrz”. Poprosiłam je o pomoc w odnalezieniu drogi do poradni dla dorosłych, ale same również nie były zbyt dobrze zorientowane w tamtym terenie.

Przestrzeń pomiędzy zagospodarowanymi budynkami szpitala jest niemal w całości przeznaczona na tereny zielone, dosyć zadbane. Wzdłuż głównej drogi stoją ławki i kosze na śmieci, trawa jest skoszona, gdzieś można znaleźć kilka rzeźb i dekoracji ogrodowych (zapewne wykonanych przez pacjentów). Zaniedbana jest jedynie okolica pawilonu XI i dalsza, opuszczona część obiektu. Na terenie szpitala mieści się dodatkowo zewnętrzna siłownia oraz mały sklepik spożywczy, a tuż obok placówki, po drugiej stronie płotu, znajduje się kościół.

Co ciekawe, wejście na teren szpitala i jego opuszczenie nie jest w żaden sposób monitorowane. W dniu mojej obserwacji główna brama i furtka były całkowicie otwarte. Obok znajdował się co prawda mały budynek strażniczy, ale trudno określić, czy ktokolwiek w nim był – na pewno nikt nie zainteresował się tym, w jakim celu wchodzi na teren szpitala. Także furtka pomiędzy szpitalem a kościołem cały czas była szeroko otwarta. Dodatkowo, z terenu tej placówki

z całą pewnością można by się było wydostać (lub dostać na niego) przez jedną z wcześniej wspomnianych dziur w murze. Pełni on zatem bardziej rolę symboliczną niż praktyczną.

Ilustracja 2: Mapa umieszczona przy wejściu na teren szpitala przy ul. Aleksandrowskiej w Łodzi

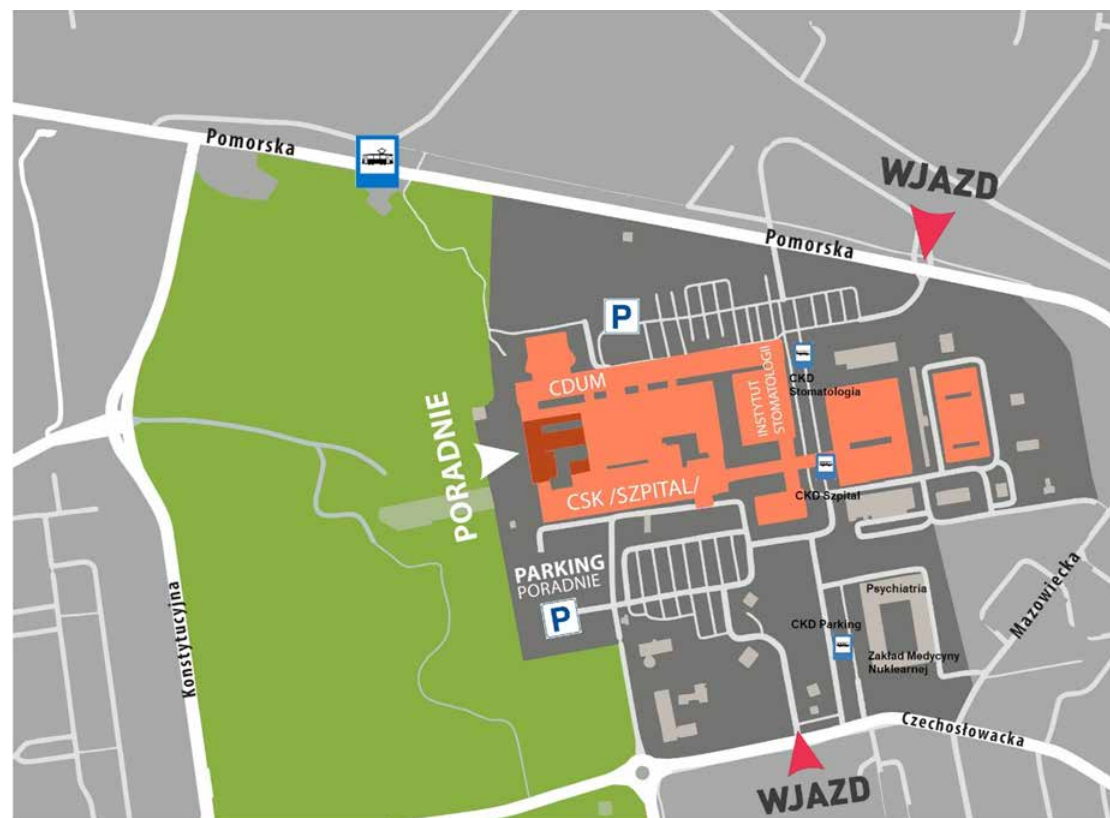


Źródło: opracowanie własne

Drugi badany przeze mnie szpital – budynek klinik psychiatrycznych CSK UMED w Łodzi – został oddany do użytku w 2018 roku. Niestety nie udało mi się ustalić, czy kliniki zostały tam skądś przeniesione, czy też założone na nowo. Budynek jest wyraźnie oddalony od szpitala głównego, a kliniki współdzielą go z Zakładem Medycyny Nuklearnej. Dokładny plan obiektu przedstawiono na ilustracji 3. Warto dodać, że została ona zamieszczona na oficjalnej stronie internetowej szpitala jako mapa dojazdu do niego. Mimo

to, nie zaznaczono na niej budynku Psychiatrii i Zakładu Medycyny Nuklearnej (B1) – naniósł ją samodzielnie, podobnie jak lokalizację przystanków MPK.

Ilustracja 3: Zmodyfikowany plan kompleksu CKD w Łodzi



Źródło: Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, https://csk.umed.pl/mapa-dojazdu-do-zespołu-poradni-specjalistycznych-ckd/mapa_dojazdu_csk_ckd/ (dostęp 30.06.2024).

Należy zauważyć, że umieszczenie klinik psychiatrycznych w oddzielnym budynku może znajdować swoje uzasadnienie w prawodawstwie. W poprzedniej wersji odpowiedniego rozporządzenia Ministra Zdrowia umieszczone było zalecenie (nie wymóg), aby oddział psychiatryczny należący do szpitala ogólnego znajdował się w osobnym pawilonie, nie wyżej niż na drugiej kondygnacji nadziemnej. Z obecnej wersji zostało ono jednak całkowicie wykreślone. Można na tej podstawie przypuszczać, że rozwiązanie to nie było szczególnie istotne z punktu widzenia medycznego ani organizacyjnego. Możliwym argumentem za jego zastosowaniem pozostaje społeczna

potrzeba wyalienowania przestrzeni przeznaczonych do leczenia psychiatrycznego, oddzielenia się od nich jako miejsc potencjalnie niebezpiecznych. Do niedawna manifestowała się ona nawet w prawodawstwie państwowym i została zalegitymizowana i potwierdzona poprzez organizację przestrzenną omawianego przeze mnie szpitala. Dodatkowo, w tym samym budynku umieszczono Zakład Medycyny Nuklearnej, czyli jeszcze jedną jednostkę, która może budzić lęk w osobach korzystających z przestrzeni CKD.

Przy omawianiu położenia klinik psychiatrycznych trzeba przeanalizować także kwestię przystanków MPK położonych na terenie

Centrum Kliniczno-Dydaktycznego. Dwa z nich nazwane są od placówek medycznych znajdujących się najbliżej nich – głównego szpitala i Instytutu Stomatologii. Trzeci, położony dokładnie na wprost budynku B1, nazywa się natomiast „CKD Parking” (zob. ilustracja 3). Wydaje się, że mamy tu do czynienia z paradoksem – osoby korzystające z MPK raczej nie potrzebują informacji, gdzie znaleźć parking – za to zapewne, jeśli wysiadają na tym przystanku, to planują udać się do budynku B1, bo w najbliższym jego otoczeniu nie ma praktycznie nic innego. W związku z tym, najbardziej naturalną wydawałaby się tu być nazwa „CKD Psychiatria”. Być może w tym przypadku słowo „psychiatria” zostało przez decydentów potraktowane jako tabu i celowo zrezygnowano z używania go w przestrzeni publicznej.

Organizacja jednostek psychiatrycznych w CSK jest bardzo specyficzna. W budynku B1 mieści się 7 oddziałów i izba przyjęć – zupełnie osobna od izby dla całej reszty szpitala (ta znajduje się w budynku głównym). Poradnie z kolei, w tym momencie, rozproszone są w dwóch miejscach: poradnia przy Centrum Zdrowia Psychicznego Łódź – Widzew znajduje się w budynku B1, a poradnia dla osób spoza Widzewa – w budynku głównym, tam, gdzie pozostałe poradnie specjalistyczne. Rejestracja do tej poradni jest jednak w innym miejscu niż do większości pozostałych – mieści się na piętrze (razem z rejestracją rehabilitacyjną i położniczą). Żeby do niej trafić trzeba przejść spory odcinek trasy krętymi, szpitalnymi korytarzami.

Oznakowanie przestrzeni Centrum Kliniczno-Dydaktycznego jest dosyć kiepskie. Obecnie znajduje się tam tylko jedna mapka, dostosowana bardziej do potrzeb studentów, niż pacjentów (nie ma na niej oznaczonych np. przychodni, za to są sale wykładowe). Szczegółowe drogowskazy pojawiają się dosyć rzadko i tylko w jednym obszarze (wzdłuż trasy autobusu). Są też mało czytelne: ponieważ na

drogowskazy „szpital” jest w innym kierunku niż „psychiatria”, osobom nieznaną tego obiektu może wydawać się, że do szpitala psychiatrycznego należy iść w kierunku budynku A1, a do siedziby kliniki psychiatrycznej, do budynku B1.

Na terenie całego kompleksu dokładnie oznaczone są tylko apteka oraz wejście do przychodni specjalistycznych. Sama poradnia psychiatryczna jest oznakowana bardzo skąpo. Główny problem stanowi tutaj system rejestracji. Tuż przy wejściu do budynku poradni specjalistycznych, oczom pacjenta ukazuje się przestronny, świeżo wyremontowany korytarz z biletomatami. Pobiera się z nich numerek do rejestracji, a następnie należy poczekać w dużym korytarzu obok, na przywołanie do okienka. Tuż nad jednym z biletomatów znajduje się tablica z wymienionymi przychodniami umiejscowionymi na pierwszym piętrze – wśród nich jest też przychodnia psychiatryczna. Nie ma jednak żadnej tablicy z informacją, że do niej jest osobna rejestracja. Zapewne wielu pacjentów pobiera najpierw numerek do rejestracji głównej i dopiero po podejściu do jej okienka zostają oni przekierowani do tej właściwej, psychiatrycznej rejestracji na pierwszym piętrze. W tamtej przestrzeni drogowskazy do psychiatrycznej części poradni, są już dosyć dobrze rozmieszczone i czytelne, ale jeszcze dwa lata temu, gdy byłam tam po raz pierwszy, jej odnalezienie sprawiło mi duży problem, nawet pomimo wskazówek, jakich udzielono mi w okienku głównej rejestracji.

Podczas mojej obserwacji (poniedziałek, ok. godziny 11.00) w okolicach CKD (zwłaszcza na trasie: przystanek tramwajowy – poradnie specjalistyczne – szpital główny) poruszało się sporo osób, głównie w wieku studenckim lub senioralnym. Większość z nich wydawała się bardzo dobrze wiedzieć, dokąd zmierza. Rolę samowolnych przewodników na terenie poradni specjalistycznej pełniły osoby z agencji ochroniarskiej: tłumaczyły starszym

ludziom, jak korzystać z biletomatów i wskazywały drogę do poszczególnych miejsc. Ja również o nią spytałam, najpierw kierując się do poradni psychiatrycznej, a potem do szpitala. Pracownicy byli doskonale poinformowani o poradni psychologicznej wypowiedzieli się swobodnie, ale ścisali głos i okazywali zdziwienie, gdy pytałam o psychiatrię.

Spośród osób nienależących do personelu szpitala o drogę udało mi się zapytać tylko dwóch przechodniów. Jedna z tych osób ze śmiechem stwierdziła, że nie potrafi mi pomóc, bo sama nie zna tego terenu, a druga bardzo rzeczowo i z entuzjazmem wskazała mi drogę. Teren CKD znam już bardzo dobrze, więc w dniu obserwacji we wszystkie poszukiwane przeze mnie miejsca mogłabym z łatwością trafić samodzielnie. Pytanie poszczególnych osób o drogę służyło jedynie jako sposób symulowania sytuacji, w której szukałabym jej po raz pierwszy.

Sam budynek B1 jest jednopiętrowy, typowo modernistyczny, otoczony ze wszystkich stron metalowym, wysokim płotem. Podobnie jak w szpitalu przy ul. Aleksandrowskiej, w dniu obserwacji (oraz za każdym razem, kiedy bywałam tam wcześniej) wszystkie furtki oraz dwie bramy wjazdowe były szeroko otwarte, jedynie elektryczny szlaban uniemożliwiał swobodny wjazd samochodem za płot. Na bramie kliniki zauważyłam napis „zakaz palenia”, ale już przy pierwszym, z trzech wejść do budynku, stało kilka osób z personelu szpitala, z papierosami. Poza nimi, w okolicy budynku B1 nie spotkałam tego dnia w zasadzie nikogo.

Pomiędzy ogrodzeniem a gmachem szpitala znajduje się nieduży parking. Przed płotem stoi tablica informacyjna, dosyć nieczytelna i nie w pełni aktualna. Kolejne dwie tablice znajdują się już przed samym budynkiem i wskazują drogę do izby przyjęć, klinik oraz do CZP. Izba przyjęć jest dobrze oznaczona. Mylące drogowskazy, które były tam w czasie, gdy szukałam jej po raz pierwszy,

zostały już przekreślone. Dookoła szpitala, za jego płotem, poprowadzona jest wąska uliczka, szerokości jednego samochodu. Elewacja budynku jest w dobrym stanie, pomalowana w neutralnym odcieniu beżu. Idąc po uliczkę okrążającej budynek, stoi się dokładnie na wysokości okien oddziałów umieszczonych na parterze. Są one zasłonięte mleczną okleiną, a u góry mają małe lufciki, dodatkowo zabezpieczone podwójną, metalową listwą. Okna na pierwszym piętrze mają z kolei lustrzane szyby, a lufciki znajdują się u dołu okien i nie mają listewek. Nieco dalej, nadal na wysokości pierwszego piętra umieszczonych jest kilka kamer nakierowanych na okna – spodziewam się, że w celu monitorowania ewentualnych prób wydostania się z placówki. Różnorodne rozwiązania zastosowane na poszczególnych partiach okien mogą świadczyć o odmiennym charakterze znajdujących się za nimi oddziałów.

Po południowej stronie budynku, przy ul. Czechosłowackiej, znajduje się nieduży teren zielony, a na nim – zewnętrzna siłownia. W dniu mojej obserwacji była ona zupełnie pusta. Co ciekawe, zauważyłam, że płot szpitala jest na jej wysokości przesłonięty rodzajem ciemnego materiału, w dosyć nieuporządkowany sposób. Spodziewam się, że został on tam założony, żeby z perspektywy ulicy zasłonić widok na korzystających z siłowni pacjentów szpitala. Jest to jednak raczej mało skuteczne rozwiązanie.

Wnioski oraz dyskusja

Odnalezienie się na terenie obu łódzkich szpitali psychiatrycznych za pierwszym razem sprawiło mi dużą trudność. Długo błądziłam i pytałam o drogę wiele osób. Niespójne oznakowanie, w obu przypadkach, kilkukrotnie mnie zmyliło (choć przy ul. Czechosłowackiej znacznie bardziej). W obu szpitalach Poradnie Zdrowia Psychicznego dla dorosłych są umieszczone w bardzo nieintuicyjnych miejscach,

daleko od głównego wejścia, a dodatkowo są źle oznaczone. Spodziewam się, że nie znając struktury szpitali, trudno by też było wywnioskować, gdzie znajdują się poszczególne oddziały i jak na nie trafić. Wydaje się, że o rozlokowaniu poszczególnych podjednostek w placówkach, w znacznie większym stopniu decydowały ich ograniczenia przestrzenne, niż kwestie związane z ułatwianiem dostępu dla pacjentów. Aby zweryfikować tę tezę wystosowałam do dyrekcji obu szpitali zapytania publiczne z prośbą o uzasadnienie umiejscowienia wyżej wspomnianych jednostek. Dyrekcja CSK UMED poinformowała mnie, że zleciła poprawienie oznakowania oraz, że szpital stara się o dofinansowanie w celu rozbudowy Zespołu Poradni Specjalistycznych i tym samym scale nie rejestracji. Nie wyjaśniono jednak, w jaki sposób rejestracja poradni psychiatrycznej trafiła w inne miejsce i dlaczego tak się stało. Z kolei dyrekcja szpitala przy ul. Aleksandrowskiej w ogóle nie odpowiedziała na moje zapytanie. Spodziewam się, że w jego przypadku umiejscowienie poszczególnych podjednostek jest podyktowane stanem technicznym budynków i brakiem funduszy na ich renowację.

Podczas badania zebrałam wiele argumentów potwierdzających istnienie problemu alienacji szpitali psychiatrycznych względem reszty tkanki miejskiej. Oba łódzkie szpitale leżą w miejscach odizolowanych od reszty miasta (zob. ilustracja 1) i są dodatkowo ogrodzone, a także oddzielone od ciągów komunikacyjnych przestrzeniami buforowymi (przy ul. Aleksandrowskiej – terenem zielonym, a przy ul. Czechosłowackiej – parkingiem). Dodatkowo z zewnątrz są oznakowane bardzo kiepsko, miejscami jedynie śladowo. Choć dojazd do nich jest dobry, w oznakowaniu przystanków Miejskiego Przedsiębiorstwa Komunikacyjnego widoczne są przejawy maskowania charakteru tych placówek. Aby zrozumieć przyczyny tego zjawiska wystosowałam zapytanie publiczne również do

Zarządu Dróg i Transportu w Łodzi, ale także w tym przypadku nie otrzymałam żadnej odpowiedzi. Z informacji znalezionych na stronie internetowej łódzkiego MPK można wnioskować jedynie, że nazwy placówek medycznych stosowane są w nazwach przystanku tylko przy dużych ośrodkach szpitalnych (takich jak CSK), a w pozostałych przypadkach informację o znajdującej się w pobliżu placówce podaje jedynie lektor, wewnątrz pojazdu. Bez wiedzy dotyczącej procesu nadawania nazw przystankom trudno zatem jednoznacznie rozstrzygnąć, czy zabieg ten był celowy i jakie były jego przyczyny. Można jednak odnotować, że w oficjalnych nazwach przystanków oba szpitale nie stanowią punktów odniesienia.

Odnajdywanie się w na terenie szpitali psychiatrycznych, oprócz ich specyficznego rozmieszczenia przestrzennego i charakterystycznej alienacji, dodatkowo komplikuje złożona struktura, na którą oprócz podstawowych powiązań klinik, oddziałów i poradni nakłada się jeszcze system Centrów Zdrowia Psychicznego. Dopóki pozostaje on w stadium pilotażowym, a więc obejmującym jedynie niektóre oddziały i dzelnice, generuje dodatkowe niejasności, które mogą być szczególnie kłopotliwe dla osób niezaznajomionych z tym programem.

Podczas obserwacji terenów obu szpitali towarzyszyło mi niejasne uczucie, że nie powinno mnie tam być, mimo że dostanie się w ich obręb nie wymagało praktycznie żadnego wysiłku i miałam pełne prawo tam przebywać. Uczucie to można wyjaśnić, odwołując się do obecnego w tej sytuacji paradoksu: przestrzeń pozornie bardzo odizolowana i dobrze ukryta, w rzeczywistości okazuje się być łatwo osiągalna i dostępna. Przebywający w niej człowiek otrzymuje zatem bardzo sprzeczne sygnały dotyczące jej przeznaczenia i charakteru. Stan ten można porównać do znajdowania się w labiryncie, w tym przypadku ukształtowanego instytucjonalnie. To z kolei może generować

skłonność do unikania w przyszłości tego typu placówek i pogłębiania się stygmatyzacji pacjentów szpitali psychiatrycznych. Zazwyczaj to właśnie im przypisuje się winę za dyskomfort, jakiego można doświadczyć na terenie szpitala, podczas gdy, jak próbowałam pokazać w niniejszym artykule, jego przyczyny leżą, w dużej części, w organizacji przestrzenno-instytucjonalnej tych placówek i sposobie zarządzania nimi.

Moje osobiste odczucia oraz wyniki badania warto zestawić z danymi zebranymi przez Paulinę Model podczas badania recepcji przestrzeni szpitala psychiatrycznego w Krakowie – Kobierzynie. Najistotniejszym punktem wspólnym bez wątplenia jest tutaj alienacja omawianej przestrzeni – zarówno fizyczna, jak i metaforyczna. Autorka artykułu określa nawet szpital psychiatryczny jako „miejsce poza granicami miasta i wyobraźni”. Jej badania jednak niemal jednogłośnie zmieniali opinię na temat omawianej przestrzeni, po odbyciu spaceru na jej terenie. Opisywali ją wtedy jako dostępną, otwartą, ładną i przyjazną. Zwracali też uwagę na brak możliwości odróżnienia pacjentów szpitala od zwykłych przechodniów. Widać tu znaczące rozbieżności względem moich wyników, jednak możliwe jest ich wyjaśnienie. Uczestnicy badania Pauliny Model zwiedzali teren szpitala w sposób zorganizowany, w grupie z przewodnikiem. Ich pobyt na jego terenie był zatem jawnie zalegitymizowany, co stworzyło im warunki umożliwiające oswojenie przestrzeni. Nie musieli też samodzielnie orientować się na terenie placówki ani poszukiwać poszczególnych miejsc, mogli poczuć się bezpiecznie i dosyć swobodnie. Należy także zwrócić uwagę na odmienny wygląd zewnętrzny szpitali w Krakowie i Łodzi – ten pierwszy jest odremontowany i przypomina dworek, podczas gdy wizerunek łódzkich szpitali jest znacznie bardziej posępny w związku z ich stanem technicznym (Model, 2023).

Wyniki obu tych badań można postrzegać jako uzupełniające się wzajemnie – choć szpital osobom z zewnątrz zwykle wydaje się być miejscem tajemniczym, nieznanym i niepewnym, w odpowiednich warunkach może zostać oswojony i zyskać wizerunek bezpiecznej i przyjaznej przystani dla osób w kryzysie.

Podsumowanie

Próbując udzielić odpowiedzi na pytanie, jak w zmieniającym się społeczeństwie i przekształcającym się stosunku społecznym do zdrowia psychicznego, wygląda sytuacja położenia i infrastruktury łódzkich szpitali psychiatrycznych można wyróżnić pięć najważniejszych wniosków. Po pierwsze wyraźnie widoczna jest alienacja ich przestrzeni względem reszty tkanki miejskiej oraz wiążące się z nią opustoszenie okolic szpitali. Po drugie alienacja ta rozciąga się również na odizolowanie od miejsc praktykowania innych gałęzi medycyny. Za kolejny wniosek można uznać maskowanie charakteru tych placówek, choć brakuje nam danych, by stwierdzić, czy jest ono celowe, czy też nie. Następnie należy zauważyć związany z tym brak czytelnego oznakowania oraz skomplikowany sposób organizacji przestrzennej, który sprawia, że znajdujący się na terenie szpitala człowiek nie jest w stanie odnaleźć się w nim bez pomocy innych. Szczególnie w przypadku pacjentów, którzy i tak pozostają w relacji podległości, może potęgować to wrażenie zagubienia.

W omawianych szpitalach zastosowanie znalazły raczej rozwiązania wygodne z perspektywy organizacyjnej niż takie, które stawiają w centrum uwagi dostępność dla pacjentów i odwiedzających oraz ich komfort. W ten sposób przestrzeń staje się tu narzędziem władzy i dominacji, dokładnie w taki sposób, jak opisywał to Jałowiecki – stanowi manifestację dominacji społeczeństwa nad jednostką.

Należy podkreślić, że obecny stan infrastrukturalny szpitali, szczególnie psychiatrycznych, wynika w dużej mierze z ich przeszłości, decyzji podejmowanych w innym kontekście społecznym i politycznym. Brak przekształceń bądź powolny proces modernizacji szpitali psychiatrycznych, a więc pozostawianie ich w „cieniu” może być świadectwem nierównej pozycji psychiatrii względem innych specjalizacji medycznych. Podobnie jak w przypadku szpitali zakaźnych, dopiero pandemia Covid-19 zwróciła uwagę na wieloletnie zaniechania i braki w finansowaniu tej gałęzi medycyny, tak być może zwrot w debacie publicznej ku kwestiom kondycji psychicznej, szczególnie młodego pokolenia, zaczyna rzucać snop światła na obszar psychiatrii i jej kondycji.

Podsumowując, należy podkreślić, że organizacja przestrzeni szpitali w ogóle, może znacząco oddziaływać na postrzeganie samych placówek oraz leczących się w nich pacjentów. Wynika to zarówno z rozważań teoretycznych, jak i z wyników rozlicznych, w tym także moich, badań. W przypadku szpitali psychiatrycznych przestrzeń ma szczególne znaczenie z uwagi na zdystansowany stosunek opinii publicznej do chorób psychicznych i osób mających za sobą pobyt w tych placówkach. Bez zmiany wizerunku ośrodków leczenia psychiatrycznego, współcześnie nadal będących miejscami odosobnienia, które budują dystans przestrzenny trudno będzie zmniejszyć dystans społeczny wobec osób z chorobą lub zaburzeniem psychicznym. 🗨️

Joanna Sawiak – absolwentka studiów licencjackich oraz studentka Socjologii II stopnia na Uniwersytecie Łódzkim. Autorka pracy licencjackiej poświęconej organizacji przestrzennej szpitali psychiatrycznych, napisanej pod kierunkiem dr. Karoliny Messyasz, w Katedrze Socjologii Polityki i Moralności IS UŁ.

e-mail: joanna.sawiak@edu.uni.lodz.pl

Bibliografia

- Bil, J. S. (2016). Kształtowania środowiska zbudowanego szpitali psychiatrycznych, *Przestrzeń i forma*, '25_2016, 75–90.
- Foucault, M. (2011). *Narodziny biopolityki*. Warszawa: PWN.
- Foucault, M. (1999). *Powiedziane, napisane. Szaleństwo i literatura*. Warszawa: Aletheia.
- Gałęcki, P., Kulik, A., (2022). *Historia „Kochanówki”. Dzieje Szpitala im. dr. Józefa Babińskiego w Łodzi*. Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Goffman, E. (2023). *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Kraków: Vis-a-vis Eituda.
- Goffman, E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jałowiecki, B. (1988). *Społeczne wytwarzanie przestrzeni*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Jovanović, N., Campbell, J., Priebe, S. (2019). How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction – A systematic review, *European Psychiatry*, 60 (2019), 49–62.
- Kamalzadeh, L., de Filippis, R., El Hayek, S., Mokarar, M. H., Jatchavala, C., Boon Yau Koh, E., Larnaout, A., Multasam Noor, I., Ojeahere, M. I., Orsolini, L., Pinto da Costa, M., Ransing, R., Amin Sattari, M., Shalbfan, M. (2023). Impact of stigma on the placement of mental health facilities: insights from early psychiatrists worldwide, *Frontiers of Psychiatry*, DOI: 10.3389/fpsy.2023.1307277.
- Kmieciak, Z. (2017). *Losy wariata i głupka w państwie i społeczeństwie*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kołodziej, A. (2012). Choroba jako dewiacja i „profesjonalna” rola lekarza; relacja pacjent – lekarz w funkcjonalnej teorii Talcotta Parsonsa, *Hygeia Public Health*, 47(4), 398–402.
- Miller, A. (2013). *Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna. Socjologiczne studium przypadku*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Model, P. (2023). Szpital psychiatryczny – poza granicami miasta i wyobraźni, *Kultura i Wartości*, 36

- (2023), 101–122. DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/kw.2023.36.101-122>.
- Nowakowski, A. (2013). Przymus czy miłosierdzie: architektura zakładów dla obłąkanych w XIX-wiecznej Anglii i Stanach Zjednoczonych. W: T. Ferenc, M. Domański (red.), *Architektura przymusu*. Łódź: Akademia Sztuk Pięknych im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE.
- Rossen, G. (1969), *Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness*. New York-Evaston: Harper & Row.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej zał. 1 rozdział 12.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zał. 1 rozdział 12.
- Staniewska, A. (2020). *Obłądne ogrody*. Kraków: Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej.
- Strumińska-Kutra, M., Koładkiewicz, I. (2012). Studium przypadku. W: D. Jemieliński (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*. Tom 2. Warszawa: PWN.
- Szasz, T. (2011). Mit choroby psychicznej: 50 lat później, *The Psychiatrist*, 35, 179–182.
- WHO, (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I*.
- bb51fa0945187:0xb71b7039a85bfee!4m14!4m13!1m5!1m1!1s0x471a3501f118374d:0x9d7262aa5b4ac85c!2m2!1d19.457116!2d51.7592535!1m5!1m1!1s0x471bb51fa5735705:0x5156608ca02d3632!2m2!1d19.3554541!2d51.8061301!3e3?entry=ttu, (dostęp: 02.07.2024).
- MPK Łódź, *Przystanki*, pobrane z: <https://www.mpk.lodz.pl/rozklady/przystanki.jsp>, (dostęp: 02.07.2024).
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, *Klinika Psychiatrii*, pobrane z: <https://csk.umed.pl/kliniki-i-oddzialy/klinika-psychiatrii/>, (dostęp: 28.10.2024).
- Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi, *Centrum Zdrowia Psychiatrycznego Łódź – Bałuty*, pobrane z: <https://babinski.home.pl/cms/nowa/index.php/czp-lodz-baluty>, (dostęp: 28.10.2024).
- Wikipedia, *Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*, pobrane z: https://pl.wikipedia.org/wiki/Centralny_Szpital_Kliniczny_Uniwersytetu_Medycznego_w_%C5%81odzi, (dostęp: 02.07.2024).

Netografia

Google Maps, *Trasa z Piotrkowskiej Centrum do szpitala psychiatrycznego im. J. Babińskiego w Łodzi*, pobrane z: <https://www.google.pl/maps/dir/Piotrkowska+Centrum,+aleja+Adama+Mickiewicza,+%C5%81%C3%B3d%C5%BA/Szpital+Psychiatryczny+im.+J.+Babi%C5%84skiego,+Aleksandrowska+159,+91-229+%C5%81%C3%B3d%C5%BA/@51.7811031,19.3706267,13z/data=!3m2!4b1!5s0x471>

Social production of space on the example of analysis of psychiatric hospitals in Lodz

Abstract

The main issue of the article is a spatial analysis of mental hospitals located in Łódź. This research was made using case study with qualitative methodology observation and visual analysis. Cases presented in the article are representatives of two types of mental hospital which are the most common in Poland. The aim of such analysis is to understand the relation between spatial organization of this institutions and a social approach to people with mental illness. Article is also referring to the crucial publications related to mental illness, total institutions and social creating of space. Thanks to the comparison of this conceptions with the results of a case study the author could show some possible ways of spatial organization's influence on the social perception of mental hospitals and people with mental illness.

Keywords: [psychiatry](#), [mental hospital](#), [spatial organization](#), [stigma](#).