

Przestrzeń psychiatrycznego eksperymentu. Relacja teorii psychiatrii i architektury

Malwina Malinowska

Instytut Historii Sztuki

Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

ORCID: 0000-0001-7582-0095

Artykuł recenzowany / Peer-reviewed article

Architekturę, w odróżnieniu od malarstwa czy rzeźby cechuje funkcjonalność, która jest odpowiedzią na określone potrzeby jednostki czy zbiorowości. Problem funkcjonalności architektury jest istotny w różnych aspektach, ale w przypadku szpitalnej wręcz decydujący. Zatem analiza architektury szpitalnej wymaga rozważenia zależności, jaka istnieje pomiędzy rozwojem medycyny a formułą architektoniczną. Poniższy tekst stanowi próbę uchwycenia relacji między teorią psychiatrii i architekturą na podstawie wybranych przykładów zakładów psychiatrycznych.

Zainteresowanie XIX-wiecznymi szpitalami psychiatrycznymi nasiliło się w badaniach od lat 80. XX wieku wraz z pojawieniem się perspektywy historycznej w naukach psychiatrycznych. Badacze nie dostrzegali ważności kwestii przestrzeni, w której przypadki szaleństwa były izolowane – traktowali je jako zjawisko społeczne niemające związku z architekturą. Kwestie architektoniczno-funkcjonalne takich obiektów należą do stosunkowo nowego obszaru zainteresowań [Engstorm; Topp; Paradowska].

Należy mieć świadomość, że do schyłku XVIII wieku osób chorych psychicznie nie postrzegano jako chorych. Zachowania obecnie traktowane jako choroba psychiczna określano jako szaleństwo lub obłąd. Dopiero twórcy koncepcji oświeceniowych zainteresowali się procesami myślenia człowieka, a ludzi niemieszczących się w wyobrażeniu normalności zaczęto izolować. Chorzy psychicznie i myślący inaczej zostali uznani za

wymagających wyłączenia ze społeczeństwa. Pogląd ten zasadniczo nie zmienił się do XX wieku i często prowadził do nadużyć, ulegał jednak ciągłej modyfikacji. Przez ponad 200 lat zachodziły istotne zmiany w definiowaniu chorób psychicznych .

Pod określeniami „obłąd”, „szaleństwo” (ang. *insanity*; niem. *der Irrsinn*) kryły się różne zachowania odbiegające od ówczesnych norm społecznych. Jeszcze w średniowieczu i renesansie szaleńcy byli co prawda wykluczani, ale dopiero od końca wieku XVII i w wieku XVIII zaczęło się fizyczne izolowanie osób chorych od reszty społeczeństwa. Początkowo izolacja stanowiła reakcję na nagłe opustoszenie leprozoriów w całej Europie, które zostały zaadaptowane na domy odseparowania przeznaczone dla biednych. Eksperyment społeczny przeprowadzony na mocy edyktu wydanego w kwietniu 1656 roku przez Ludwika XIV miał na celu wykluczenie znacznej grupy społecznej na takich samych zasadach jak kiedyś zainfekowanych trędem – żeby nie zarażali reszty społeczeństwa. Jak pisze Michel Foucault, w samym Paryżu w ciągu kilku miesięcy 1656 roku odizolowano około 5 tysięcy mieszkańców, których poddano obserwacji i kontroli. Izolowano zarówno chorych psychicznie, kalekich, nędzarzy, jak i bezdomnych czy przestępców [Foucault 56]. Przekonanie o nieuleczalności choroby i zagrożeniu czyniło budowle leprozyjne obiektami izolacji tak chroniącymi od reszty społeczeństwa, żeby nikt się nie wydostał. Głównym kryterium, na mocy którego włączano szaleńców do

większej grupy społecznej, była kategoria „nierozumu”. W światopoglądzie oświeceniowym szaleństwo czy też „nierozum” nie miały nic wspólnego z chorobą, utożsamiano je z niegodziwością. Jako że „miarą nierozumu zaczyna być stopień odchylenia od normy społecznej” [104], szaleństwo zaczęto stawiać na równi ze zgorzeniem, nieporządkiem, zbrodnią. Każda z wykluczonych grup przekraczała klasycystyczne standardy zachowania. Skutkowało to fizycznym wykluczeniem osoby uznanej za obłąkaną z życia społeczności.

Ponieważ nie diagnozowano wówczas chorób psychicznych, jedyną formą ratunku przed „zakażeniem” reszty społeczeństwa była izolacja obłąkanych. Nie miała ona wymiaru leczniczego, lecz polityczno-ekonomiczny, pozwalający kontrolować grupy objęte izolacją, a tym samym utrzymanie porządku społecznego. Praktyka wykluczania zatarła to, co różniło szaleństwo od innych form „nierozumu” – zwierzęcość – i tłumaczy nieludzki, okrutny sposób traktowania chorych. Zwierzęcość istnieje poza racjonalnym porządkiem, jest pozbawiona rozumu; zdziera z człowieka wszelkie cechy człowieczeństwa, co czyniło szaleńca zdrowszym od innych – odpornym na głód, zimno, ból. Oblęd nie przynależał wtedy do medycyny, można go było poskromić jedynie tresurą [Foucault 145].

Momentem przełomowym w pojmowaniu szaleństwa było pojawienie się u schyłku XVIII wieku nowego dyskursu, w ramach którego waga przypisywana obowiązkowi pracy i współzależne od tego wartości etyczne warunkowały sposób definiowania szaleństwa, odpowiednio modyfikując jego sens [76-77]. Pojęcie uleczalności było jednym z elementów pozytywistycznej logiki, częścią naprawy świata metodami inżynierii społecznej, politycznej i medycznej. Niewątpliwie wpływ na myślenie w XIX wieku miała odkryta na nowo filozofia Kartezjusza o dualizmie ciała i duszy. Filozof poszukiwał metody, która zapewni wiedzy niezawodność. Takie myślenie przejęli pozytywiści, którzy posługiwali się metodologią badań empirycznych, ponieważ ta wiedza była ich zdaniem najbardziej pewna. Zgodnie z pozytywistycznym sposobem myślenia nie można było pozwolić sobie na przypadkowość, należało prognozować procesy, stany, które muszą się pojawić lub zaistnieć. Przekonanie o swego rodzaju nieomyślności, nadawaniu życiu kształtu i wtłaczaniu go we wcześniej abstrakcyjne formy, które wykuła panująca wcześniej filozofia – wszystko to zazębiało się ze sobą niczym idealnie funkcjonujący organizm w myśl dualizmu kartezjańskiego. W tym systemie nie mogły zostać pominięte

osoby chore psychicznie, które stanowiły wyzwanie dla społeczności racjonalnie myślącej, gdyż ich wiedza gwarantowała zarazem racjonalne rozwiązywanie konkretnych problemów jednostek i społeczności. Należało w jak najlepszy sposób pomóc im stać się przydatnymi dla społeczeństwa, a tym samym przywrócić ich do niego. Architektura szpitalna musiała zatem sprostać wytyczonym dyrektywom.

Przez cały XIX wiek utrwalano się przekonanie, że szaleństwo jest chorobą, a przekonanie o charakterze leczniczym instytucji, jaką jest zakład dla obłąkanych, doprowadziło do narodzin nowej dyscypliny medycznej – psychiatrii¹. System internowania, który do tej pory daleki był od praktyki medycznej, teraz „osiągnął rangę medyczną” [Foucault 396]. Ramy tej izolacji powoli się zmieniały, od ścisłej po coraz bardziej otwartą, od osamotnienia chorego po współudział rodziny w kuracji.

Zagadnienia, jakimi zajmowała się psychiatria, wywodzą się z oświeceniowej koncepcji człowieka. Warto podkreślić, że „ruch propsochiatryczny” miał charakter międzynarodowy: izolacja chorych psychicznie od reszty „nierozumnych” odbywała się równocześnie w Europie i Stanach Zjednoczonych. Wraz z rozprzestrzenianiem się myśli pozytywistycznej i nowym sposobem naukowego myślenia psychiatria rozwijała się niezależnie od uwarunkowań społecznych, w różnorodnych warunkach pod względem socjalnym i ekonomicznym [Shorter 19]. Na przełomie XVIII i XIX wieku istniała tendencja przekształcania klasztorów, twierdz, ewentualnie zamków na przytułki dla ubogich, a później zakłady psychiatryczne.

W pierwszej połowie XIX wieku w rozwoju instytucji lecznictwa psychiatrycznego główną rolę odegrał francuski lekarz Philippe Pinel, w drugiej pionierami tworzenia zakładów w nowym stylu były państwa niemieckie [Paradowska 328] i tutaj szczególna rola przypadła Johannowi Christianowi Reilowi. Co istotne, w XIX wieku propozycje nowych rozwiązań architektoniczno-przestrzennych wynikających z rozwoju medycyny i nowych metod terapeutycznych tak dalece odchodziły od dotychczasowych praktyk, że to lekarze (nazywający siebie „kreatorami przestrzeni”), a nie architekci mieli znaczący wpływ na kształt architektury zakładów. Według Reila leczenie chorych powinno odbywać się w zakładach, nie domach, gdyż: „w domu nie ma wanien, natrysków, otwartych przestrzeni ani

1 Jako pierwszy słowa „*Psychiatrie*” użył w 1808 r. Johann Christian Reil. W 1810 r. został on jednym z pierwszych nauczycieli akademickich psychiatrii jako wykładowca uniwersytetu w Berlinie.

żadnych urządzeń terapeutycznych, którymi dysponuje lekarz w publicznym zakładzie” [Shorter 24]. Reil postulował tworzenie instytucji dwojakiego rodzaju: dla uleczalnie (niem. *Heilanstalten*) i nieuleczalnie chorych (niem. *Pflegeanstalten*) – rozróżnienie to dało podstawy systemu zakładów psychiatrycznych w krajach niemieckich. W 1803 roku Reil sformułował koncepcję architektoniczną szpitala nowego typu z uwzględnieniem kwestii leczniczych. „Instytucje takie powinny być pięknie położone – wśród strumieni, jezior, wzgórz i pól uprawnych – i mieścić się w małych pawilonach, otaczających budynek administracyjny. W oknach nie należy zakładać krat. [...] Na terenie zakładu powinna znajdować się łaźnia, świątynia magiczna i pomieszczenia, w których pacjenci mogliby wykonywać inne ćwiczenia koncentracji” [Shorter 29]. Idee Reila wcielono w życie w pierwszych latach XIX stulecia w Europie Środkowej, gdzie zaczęły powstawać zakłady psychiatryczne nowego typu. Pod wpływem idei, że chorych psychicznie, a szczególnie tych o ostrym przebiegu choroby, należałoby odseparować od pozostałych grup społecznych, rząd saski przeznaczył twierdzę Sonnenstein na zakład dla tych pacjentów.

Zakład Sonnenstein w Pirnie otwarto w 1811 roku [Shorter 49], jego głównym celem było leczenie chorych umysłowo zaliczanych do uleczalnych. Mimo represyjnego charakteru instytucji stosowano także elementy terapeutyczne charakterystyczne dla „postępowego” zakładu psychiatrycznego. W zakładzie znajdowały się sala bilardowa, pokoje muzyczne wyposażone w fortepiany i czytelnice [49]. Obok Saksonii państwem, które wzięło na siebie kwestie leczenia chorób psychicznych, były Prusy. W 1817 roku ówczesny minister wyznań rządu pruskiego Karl vom Stein zum Altenstein zarządził wprowadzenie reform Pinela i Reila w całym kraju. Pierwszym etapem stworzenia modelowego szpitala dla uleczalnie chorych było przekształcenie skasowanego w 1825 roku klasztoru w Siegburgu do nowych potrzeb. Zakład ten, realizując najnowsze propozycje terapeutyczne², stał się ośrodkiem reformy w psychiatrii, którego wpływ promieniował na Europę Środkową [Shorter 50].

Podobne zmiany zachodziły w Stanach Zjednoczonych. Powołując się na wieloletnie doświadczenie, że ogrodnictwo może być elementem wspierającym terapię

osób chorych umysłowo, psychiatra Benjamin Rush podkreślał znaczenie, jakie dla pacjentów ma otoczenie zakładu. Wzorcowym zakładem realizującym założenia nowej koncepcji terapii ogrodowej w USA był założony w 1813 roku w Filadelfii przez kwakrów i położony pośród pól Friends Hospital [Simson and Straus 5-6]. Zaprojektowano tam między innymi park z alejkami, zacienione ścieżki i łąki. Pacjenci przebywający w tak malowniczym otoczeniu doglądali rosnących warzyw i owoców, co miało na nich uspokajający wpływ. Ogrodnictwo stało się innowacyjnym narzędziem terapii umysłowo chorych. Praca w ogrodzie pobudzała zmysły, a roztaczający się wokół krajobraz dawał poczucie bezpieczeństwa i pomagał w szybszym powrocie do zdrowia. Pod koniec XIX wieku pracę na roli i w ogrodzie uznano za jedną z najlepszych metod leczniczych wspierających terapię umysłowo chorych. Prowadziło to czasem do przekształcania tego typu instytucji w rodzaj samowystarczalnej kolonii. W wyobrażeniu Rusha zakład psychiatryczny był strukturą łączącą w sobie cechy utylitarnej instytucji i rodzinnego domu.

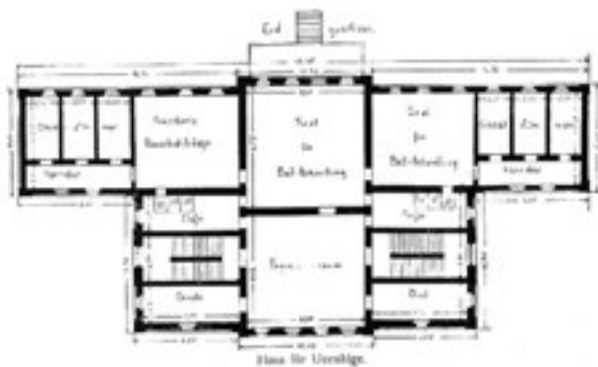
W połowie XIX wieku postęp medycyny pozwalał na lepszą diagnostykę chorych [Shorter 60]. W związku z tym pojawiła się potrzeba wybudowania większej liczby zakładów. Architektura zaczęła być wyrazem założeń reformatorskiej myśli terapeutycznej sformułowanej przez Johna Conolly’ego – *nonrestraint* [Paradowska 329].

Pod koniec tego stulecia, w obliczu rodzącego się wczesnego ruchu antypsychiatrów [Topp 242], większość psychiatrów niemieckich i austriackich zaczęła popierać koncepcje traktowania chorych psychicznie jako ludzi mających swoje prawa. Była to zasadnicza zmiana, ponieważ wraz z nią została przeformułowana koncepcja izolacji chorego, co z kolei miało wpływ na wzrost zainteresowania psychiatrów zakładem psychiatrycznym jako realnym obiektem architektonicznym. Izolacja od tego momentu miała na celu przede wszystkim ochronę pacjenta, a nie społeczeństwa. Wówczas nie tylko psychiatrzy zaczęli postrzegać architekturę jako istotne narzędzie służące przekonywaniu opinii publicznej, że zakłady nie są miejscami okrucieństwa i niesprawiedliwości. Potrzebny był taki model architektoniczny, który z przestrzeni penalizującej uczyni ją bardziej otwartą i przyjazną. Stworzenie założenia architektonicznego na wsi lub przedmieściach miało na celu kreowanie wyobrażenia, że taki zakład daje przebywającym w nim pacjentom pozory czy poczucie wolności, nawet normalności podobne do panującego w świecie zewnętrznym [Topp

2 Autor publikacji nie wskazuje, jakie nowoczesne praktyki były stosowane w zakładzie w Siegburgu, najprawdopodobniej chodzi o metody wodolecznicze oraz pracę na roli i w ogródkach.



Rysunek założenia Zakładu Psychiatrycznego w Kocborowie w pierwszej fazie budowlanej, po 1896 r. (reprodukcja wg "Die Provinzial - Irrenanstalt in Konradstein bei Pr. Stargard". *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, edited by Otto Sarrazin, et al., Verlag von Ernst & Korn, vol. 53, 1903, p. 11)



Plan Zakładu Psychiatrycznego w Dziekance, przed 1910 r. (reprodukcja wg "Dziekanka. Von der Provinzialverwaltung Posen". *Deutsche Heil und Pflegenanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, edited by Johannes Bresler, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, vol. 1, 1910, p. 238)

242]. Kreacja ta była kierowana zarówno do pacjentów, jak i obywateli. Wyrazem tej idei stał się panujący od lat 70. na terenie Rzeszy Niemieckiej i Prus system pawilonowy [Paradowska 330], zrealizowany na przykład w 1893 roku przez lekarza Albrechta Paetza w zakładzie Alt-Scherbitz pod Lipskiem [Topp 243]. Według jego wizji umieszczenie chorych pośród pól, warsztatów, kuchni i pralni zamiast w zamkniętym integralnym budynku miało dać im namiastkę normalnego, zdrowego życia. Istotny jest fakt, że to właśnie nowa teoria leczenia doprowadziła do zmiany struktury architektonicznej zakładu psychiatrycznego – z niepodzielnego budynku na kompleks pawilonów. Nowe rozwiązanie obejmowało zastąpienie monolitycznego zakładu psychiatrycznego, gdzie pacjenci o różnym stopniu socjalności mieszkali pod jednym dachem, zespołem mniejszych budynków rozmieszczonych na całym terenie zakładu. Centralny blok i wieże zostały zastąpione zakładami o funkcji usługowej rozmieszczonymi na planie pasażu, symetrycznie otoczonym budynkami, gdzie pacjenci nie żyli w celach,

lecz w kontrolowanych oddziałach. Dla psychiatrów praca w rozległym zakładzie psychiatrycznym, którego architektura pozwalała na segregację pacjentów, oraz zindywidualizowana forma terapii były ważnym i potężnym instrumentem ucywilizowania szaleństwa [Engstorm 66]. Nowe rozwiązanie oznaczało także zniesienie takich elementów izolacji, jak kraty w oknach, ogrodzenie czy wysoki mur. W większości budynków, gdzie było to możliwe, dominował system „otwartych drzwi” w obrębie murów zakładu [Topp 244].

Mimo propozycji zmian i próby stworzenia domowej atmosfery i otwartości warto zauważyć, że do końca XIX wieku system zamknięty (niem. *Einsperrsystem*) nie zniknął z pruskich założeń psychiatrycznych [Topp 244]. Nadal obecna była struktura reżimu podobna do stosowanej w więzieniach, ale zmiany zachodzące w tym stuleciu w porównaniu do sytuacji chorych psychicznie 100 lat wcześniej były istotne. U schyłku XIX wieku w leczenie psychiatryczne zaangażowało się państwo, co wyrastało z koncepcji utylizaryzmu społecznego



Budynek kuchni i pralni Zakładu Psychiatrycznego w Kocborowie, widok współczesny od strony południowo-wschodniej, 2017. Fot. Malwina Malinowska

Johna Stuarta Milla, która zakładała, że dążenie do dobrobytu państwa powinno angażować wszystkie jednostki tworzące społeczeństwo bez względu na ich stan ekonomiczny i intelektualny. Poprzez dążenie do poprawy własnego dobrobytu, w obrębie zakładu, pacjenci jednocześnie odciążali państwo. Należy pamiętać, że determinującą wartością utilitaryzmu jest wolność. W przekonaniu Milla państwo powinno przede wszystkim chronić wolność jednostki, dopuszczał on jednak zaangażowanie państwa w ograniczenie swobody jednostki w przypadku, gdy innej jednostce groziłoby niebezpieczeństwo. Twierdził, że „[...] jedynym celem, dla osiągnięcia którego ma się prawo sprawować władzę nad członkiem cywilizowanej społeczności wbrew jego woli, jest zapobieżenie krzywdzie innych” [Mill 129]. W takim rozumieniu wolności kwestia ograniczenia swobody chorych psychicznie wydaje się niejako usprawiedliwiona. Analiza zakładów psychiatrycznych dokonana przez Michela Foucaultaw zakresie ograniczenia wolności pacjentów skupia się na momencie, kiedy

fizyczny reżim był stopniowo zastępowany innym – pod nazwą humanitarnego traktowania [Topp 245]. Okrutne traktowanie chorych psychicznie, charakterystyczne jeszcze u schyłku XVIII wieku, nowy system zastąpił niewidzialnym porządkiem. Kraty w oknach, łańcuchy zaczynały stopniowo zanikać, a lekarze rozwijali system oparty na porządku i dyscyplinie wspieranej przez autorytet dyrektora, lekarzy i personelu. Pacjenci otrzymywali namiastkę wolności i niezależności wewnątrz i na zewnątrz szpitala. Natomiast tak długo, jak długo pacjent pozostawał pod opieką instytucji, w zależności od jego stanu psychicznego, poddawany był ciągłej obserwacji, czy nie jest szkodliwy dla siebie i dla innych. Pacjenci mogli się swobodnie poruszać wewnątrz i na zewnątrz budynku jedynie w takim stopniu, na jaki pozwalał im aktualny stan umysłu. Każda aktywność, na jaką mogli sobie pozwolić poza budynkiem szpitalnym, również udział w nabożeństwach, wymagała specjalnego pozwolenia od dyrektora i lekarza oddziałowego. Rozmowy i wizyty rodziny były dozwolone tylko na podstawie

zgody dyrektora [Topp 245]. Trudno nie zgodzić się z Foucaultem, że pozorna wolność pacjentów w rzeczywistości była wariantem jednej z form kontroli, a zakład psychiatryczny swoistym mikrokosmosem większych, społecznych i politycznych tendencji. Powyższe wytyczne nie dotyczą tylko zakładów psychiatrycznych, lecz także więzień, szpitali, koszar, internatów. Państwo biorące odpowiedzialność za obywateli przejmowało nad nimi kontrolę. Architektura zakładów psychiatrycznych stała się narzędziem służącym ograniczaniu i zarazem otwartości, realizującym założenia systemu nadzoru i reżimu, a jednocześnie była atrakcyjna wizualnie.

Jak już zostało wspomniane, niezwykle istotna w architekturze zakładów psychiatrycznych była segregacja wewnętrzna chorych ze względu na ich potrzebę opieki i zaawansowanie czy też rodzaj choroby i wiek pacjenta, dyktujące rozwiązania funkcjonalne, co z kolei przekładało się na kompozycję całego założenia. W drugiej połowie XIX wieku [Paradowska 327] chorych klasyfikowano na trzy klasy, jeśli chodzi o rodzaj opieki i warunki żywieniowe, a następnie byli oni dzieleni w tych klasach na grupy: spokojni, niespokojni, niebezpieczni. Odmienna funkcja przypisana poszczególnym budynkom przeznaczonym dla różnych grup i różnej liczby użytkowników zakwaterowanych w zakładzie determinowała układ kompozycyjny całego założenia. Niezwykle funkcjonalny system pawilonowy umożliwiał odseparowanie chorych spokojnych i świadomych swego stanu od chorych hałaśliwych, napastliwych i niespokojnych, a co za tym idzie – stanowił istotny krok do sukcesu na drodze leczenia psychiatrycznego. Posiadał on również minusy – był droższy zarówno w sensie instalacyjnym, jak i eksploatacyjnym. Budowa większej liczby małych budynków była zdecydowanie droższa niż budowa mniejszej liczby większych pawilonów przeznaczonych dla takiej samej liczby chorych. Rozmieszczenie pawilonów na większej przestrzeni znacznie wpływało na wzrost kosztów centralnego ogrzewania, wodociągów, kanalizacji i energii elektrycznej [Rakiewicz and Łuniewski 17].

Relację teorii psychiatrii i architektury prezentuje powstały na terenie ówczesnej Prowincji Prusy Zachodnie Zakład Psychiatryczny w Kocborowie³, jeden z największych i najstarszych w Polsce. Powstał on

w latach 1894–1898, choć prace na terenie zakładu trwały jeszcze do 1905 roku, i był przewidziany dla 1000 pacjentów z możliwością rozbudowy, by mógł pomieścić aż 1600 chorych. Zespół budynków tworzy hierarchiczny, symetryczny układ na obszarze zbliżonym kształtem do prostokąta o powierzchni 19,05 hektara. Strukturę planu całości można podzielić na trzy segmenty: część administracyjną, usługową i przeznaczoną dla chorych (lecniczą). Odrębną funkcjonalnie część tworzył pobliski folwark z niewielkim dworem i budynkami gospodarczymi. Rozmieszczenie pawilonów zakładowych zaplanowano w taki sposób, aby oś środkową terenu wyznaczały budynki zarządu i gospodarze. Najbardziej reprezentacyjnym budynkiem założenia jest siedziba dyrekcji szpitala z dwoma skrzydłami służącymi jako mieszkania – po jednej stronie dla dyrektora, po drugiej dla księgowego i ordynatora. Gmach administracji został tak usytuowany, że znajdował się bezpośrednio przy głównym wjeździe od strony drogi w kierunku Skarszew. W jednej linii z domem administracyjnym wybudowano cztery budynki z mieszkaniami dla lekarzy i urzędników. Pomiędzy szeregiem budynków urzędników a szosą utworzono mały park. Za siedzibą administracji w kierunku południowym zaplanowano sześć budynków o przeznaczeniu gospodarczo-usługowym: wieżę ciśnień, dom do celów religijnych i towarzyskich, kuchnię i pralnię, kotłownię i maszynownię, warsztaty z łaźnią oraz kaplicę z kostnicą umiejscowioną w pobliżu cmentarza. Po obu stronach środkowej osi, którą wyznaczały wyżej wymienione budynki, wzdłuż trzech przecznic, prostopadle do osi głównej rozmieszczono pawilony dla chorych. Po zachodniej stronie, czyli na prawo od osi głównej założenia znajdowały się pawilony dla kobiet, a po wschodniej dla mężczyzn. Wszystkie budynki zbudowano z czerwonej cegły w wątku gotyckim, większość z nich dodatkowo ozdobiono wstawkami z cegły glazurowanej. Budynki mieszkalne chorych oparto na jednym podobnym schemacie – proste bryły w kształcie leżących wydłużonych prostopadłościaków, często wzbogacone ryzalitami, przykryto pulpitowymi dachami, a okna zamknięto łukami pełnymi bądź odcinkowymi. Większość budynków szpitalnych nakrywa dach płaski tak zwany. *Holzzementdach* [Die Provinzial 63]. Jedynym elementem dekoracyjnym opisywanych budowli jest fryz ząbkowy lub rzadziej arkadkowy, ten drugi urozmaicał bryłę budynku administracyjnego, kaplicy oraz pralni. Dekoracyjne formy widoczne są także w odmiennie opracowanych drewnianych filarach

3 Obecnie Kocborowo znajduje się na terenie miasta Starogard Gdański, placówka nadal sprawuje opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, mieści się tu Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana.

werand. Ciąg budynków usługowych ze znacznym zredukowaniem dekoracyjności reprezentował utylitarny wzorzec pruskiego budownictwa przemysłowego.

Warto zwrócić uwagę na układ przestrzenno-funkcjonalny założenia. Pawilony, w których rezydowali chorzy spokojni I i II klasy, mieściły się tuż za głównym budynkiem zarządców, niespokojni I i II klasy ulokowani byli nieco dalej. Chorzy należący do III klasy, uznani za spokojnych, przebywali w pawilonach znacznie oddalonych od gmachu administracji. Z kolei chorzy klasyfikowani jako niespokojni/niebezpieczni III klasy mieszkali w pawilonach położonych najdalej od głównego wjazdu, niemal na skraju założenia, po stronie południowej. Im dalej od budynku administracyjnego znajdował się pawilon leczniczy, tym niższa była klasa jego rezydentów bądź tym bardziej byli oni uznawani za niebezpiecznych. Hierarchiczny układ rozplanowania nie obejmował tylko pawilonów leczniczych, ale dostrzegalny jest w całej strukturze zespołu. Budynek administracyjny jako ośrodek „władzy” położony jest tuż przy wjeździe na teren zakładu i stanowi symboliczną bramę, przez którą należy przejść, aby znaleźć się na terenie założenia. Drugim miejscem o dużym znaczeniu był budynek kuchni i pralni umiejscowiony w samym środku założenia, a trzecim – kaplica zamykająca główną oś zespołu. Rangę konkretnych budynków podkreślało nie tylko usytuowanie, ale także stopień dekoracyjności. Budynek administracji, kaplicę oraz kuchnię i pralnię cechuje największa dbałość o detal architektoniczny. Pawilony lecznicze są mniej dekoracyjne i rozwiązane według zasady: im niższa klasa, tym mniej skomplikowane rozwiązania architektoniczne elewacji, z kolei budynki techniczne są niemal pozbawione detalu. Jeden z budynków – kuchnia i pralnia – otrzymał wyjątkową jak na obiekt o funkcji gospodarczej dekorację architektoniczną. Skomplikowany system fryzów z glazurowanej cegły i przede wszystkim fryz arkadkowy zdobił jeszcze tylko budynek administracji i kaplicę. Prawdopodobnie użycie takiego samego detalu architektonicznego w jednym z budynków gospodarczych, który jednocześnie pełnił funkcję terapeutyczną (pracowały tam pacjentki), oraz w gmachu dyrekcji i kaplicy miało na celu podkreślenie w ówczesnym lecnictwie psychiatrycznym znaczenia pracy jako elementu terapii zgodnie z założeniami rodzącego się wówczas pozytywizmu.

Kolejnym przykładem realizującym pruskie wytyczne architektoniczne jest zakład psychiatryczny (niem. *Provinzial Irrenanstalt*) Prowincji Poznańskiej w Dziekance

pod Gniezmem⁴. Pomimo różnic geograficznych obie prowincje cechowała w tamtym czasie podobna sytuacja społeczno-polityczna i gospodarcza, stąd wybór tejże instytucji.

Zakład wybudowano w latach 1891–1894 w dawnym majątku dziekana kapituły biskupiej, na terenie obejmującym około 25 hektarów, do którego przynależał folwark o powierzchni ponad 120 hektarów. Większość budynków zakładowych wybudowano do 1894 roku, lecz do 1909 roku rozbudowywano założenie. Od początku istnienia zakład był wyposażony we własny wodociąg, kanalizację, centralne ogrzewanie (z wyjątkiem kilku budynków, które ogrzewano za pomocą pieców) i oświetlenie elektryczne. Pod koniec 1909 roku zakład był przygotowany na przyjęcie 680 pacjentów. Układ całego założenia jest symetryczny i przejrzysty. Za gmachem administracyjnym, który stanowi kompozycyjne centrum, wybudowano 6 budynków gospodarczych i warsztaty, w których pracowali chorzy. Po obu stronach budynków gospodarczych rozmieszczono 21 pawilonów leczniczych. Na południowym krańcu założenia ulokowano prosektorium z kaplicą [Paradowska 337, 341, 342]. Wygląd pawilonów nie odbiegał znacząco od tych w zakładzie kocborowskim. Prostopadłościenne budynki, przykryte dachami pulpitowymi o czerwonym, klinkierowym licu elewacji, dekorowały fryzy arkadkowe lub ząbkowe czy płyciny w licu muru.

Zestawienie kocborowskiego założenia z zakładem w Dziekance należy rozpatrywać na kilku poziomach: układu założenia, przyjętego modelu architektoniczno-stylistycznego oraz podziału na klasy i kategorie różnych typów chorych. Harmonia i symetria obu placówek w rozplanowaniu poszczególnych budynków wynika zapewne z faktu, że instytucje te były pomyślane jako placówki lecznicze tworzone od podstaw, nie stanowiły adaptacji budynków o pierwotnie innych funkcjach, rozbudowywanych i modernizowanych. Tożsame elementy występują również w sposobie ornamentacji budowli. Oprócz zastosowania brył w kształcie leżących prostopadłościanów można wymienić szereg podobieństw, takich jak: okna zamknięte łukami pełnymi, płyciny w licu muru, drewniane zadaszenia werand, ząbkowe bądź arkadkowe fryzy czy dachy pulpitowe. Jeśli chodzi o podział na klasy i kategorie uwzględniające różne typy

4 Obecnie Dziekanka znajduje się na terenie miasta Gniezno, placówka nadal sprawuje opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, mieści się tu Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego.

chorych, w obu porównywanych placówkach leczniczych obowiązywał podział na trzy klasy.

Omówione powyżej zakłady wpisują się w ogólnie panujące w ówczesnym czasie tendencje architektoniczne towarzyszące budowie sieci pruskich zakładów psychiatrycznych. Linię zmian zachodzących w architekturze można nakreślić od pierwszej połowy XIX wieku, kiedy to powstawały zakłady psychiatryczne na skutek przekształcania zamków i klasztorów (Sonnenstein), poprzez późniejsze rozbudowy zgodnie z panującymi wówczas wytycznymi dla budownictwa zakładów psychiatrycznych (Siegburg), aż do połowy lat 90. XIX wieku, kiedy budowano zakłady psychiatryczne od podstaw (Dziekanka, Alt-Scherbitz, Kocborowo). Zmiany te określiły psychiatrię na cały XX wiek. Architekturę zakładów psychiatrycznych XX wieku cechują raczej modyfikacja, uzupełnienia i udogodnienia, wykorzystujące pomysły wcześniejszej epoki.

Lista prac cytowanych

- “Die Provinzial – Irrenanstalt in Konradstein bei Pr. Stargard”. *Zeitschrift für Bauwesen*, vol. 53, 1903, pp. 57-94.
- Engstorn, Eric. “Placing psychiatric practices. On the spatial configurations and contests of professional labour in late – nineteenth century Germany”. *Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context*, edited by James Moran, et al., Routledge, 2007, pp. 63-81.
- Foucault, Michel. *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Translated by Marcin Czerwiński, Państwowy Instytut Wydawniczy, 1897.
- Mill, John S. *Utylitaryzm. O wolności*. Translated by Amelia Kurlandzka, Maria Ossowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1959.
- Paradowska, Aleksandra. *Przeciw chorobie. Architektura szpitalna Wielkopolski w dwudziestoleciu międzywojennym*. Wydawnictwo Nauka i Innowacje, 2015.
- Rakiewicz, Felicjan, and Witold Łuniewski. *Wytyczne dla programu budowy typowego Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego*. Wydawnictwo Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, 1928.
- Shorter, Edward. *Historia psychiatrii: od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*. Translated by Piotr Turski, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 2005.
- Simson, Sharon P., and Martha C. Straus. *Horticulture as Therapy: Principles and Practice*. Food Product Press, 1997.
- Topp, Leslie, “The modern mental hospital in the late nineteenth-century Germany and Austria. Psychiatric space and images of freedom and control”. *Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context*, edited

by James Moran, et al., Routledge, 2007, pp. 241-261.

Topp, Leslie, and James E. Morgan. “Introduction. Interpreting psychiatric spaces”. *Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context*, edited by James Moran, et al., Routledge, 2007, pp. 1-16.

Abstract

The Space of Psychiatric Experiment: On the Relationship between the Theory of Psychiatry and the Architecture of Psychiatric Institutions

Malwina Malinowska

This article is devoted to the relationship between the theory of psychiatry and the architecture of psychiatric institutions. Starting from the Enlightenment tradition and its concept of human nature – and by extension – a change in the perception of the mentally ill, through the birth of a new medical specialty, psychiatry, the author discusses a number of changes that took place in the 19th century, including the elementary forms of treatment and a new model of care. It aimed to separate patients with varying degrees of illness, which was reflected in the architectural design. New achievements of medicine had a fundamental impact on the broadly defined shape of transformed or newly created institutions in Europe and the United States, and the modern spatial and functional solutions applied at that time have not lost their relevance.

keywords: architecture, illness, medicine, psychiatry, insanity, psychiatric institution



Ewa Bińczyk, *Oplakiwanie*,
rysunek, 70 × 100 cm, 2009