

Daria Bręczewska-Kulesza

Architektura w służbie medycyny

**Ewolucja układów architektoniczno-urbanistycznych szpitali
dla psychicznie chorych na przykładzie pruskich
provincialnych zakładów leczniczo-opiekuńczych
z XIX i początku XX stulecia**



Wydawnictwa Uczelniane
Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego
w Bydgoszczy

Recenzenci

prof. dr hab. Lechosław Lameński
dr hab. inż. arch. Dominika Pazder

Redaktor działowy

dr inż. Krzysztof Pawłowski

Opracowanie redakcyjne i techniczne

mgr Grażyna Jarzyna, mgr Dorota Ślachciak, mgr inż. Daniel Morzyński

Projekt okładki

Mateusz Kulesza

Na okładce

Widok zakładu dla psychicznie chorych w Świeciu nad Wisłą, fragment litografii Eduarda Römera,
Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen, 1854

© Copyright

Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego
Bydgoszcz 2020

Utwór w całości ani we fragmentach nie może być powielany
ani rozpowszechniany za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych,
kopiujących, nagrywających i innych bez pisemnej zgody
posiadacza praw autorskich.

ISBN 978-83-66530-23-2

Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego

Redaktor Naczelny

prof. dr hab. inż. Józef Flizikowski

ul. Sucha 9B, 85-796 Bydgoszcz, tel. 52 3749482, 52 3749426

e-mail: wydawucz@utp.edu.pl <http://www.wu.utp.edu.pl>

Wyd. I. Ark. aut. 14,0. Ark. druk. 10,2.

Zakład Małej Poligrafii UTP Bydgoszcz, ul. Sucha 9B

Spis treści

WSTĘP	5
Geneza pracy.....	5
Cel badań	7
Wyodrębnienie grupy badawczej, zakresu terytorialnego i chronologicznego badań.....	7
Metodyka badań i koncepcja pracy	8
Stan badań.....	10
1. OD PRZYTUŁKU DO AZYLU. SZPITALNICTWO A MODELE OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI.....	13
1.1. Starożytne lecznice przy świątyniach.....	13
1.2. Średniowieczne szpitale i przytułki.....	14
1.3. Szpitale pałace – renesansowe plany idealne.....	16
1.4. Rozwój medycyny i organizacja szpitalnictwa w XVII i XVIII stuleciu	18
1.5. Idylliczna wizja „nowego” azylu.....	21
1.6. XIX-wieczne zakłady dla obłąkanych – idea i rzeczywistość	23
2. ARCHITEKTURA AZYLÓW – OD MIEJSCA ODOSOBNIEŃ DO PRZESTRZENI TERAPEUTYCZNEJ.....	26
2.1. Angielskie modele azylów z końca XVIII w.....	26
2.1.1. <i>Bethlem</i> – wzór dla układów korytarzowych	26
2.1.2. Idea nadzoru i obserwacji w architekturze azylów – koncepcja <i>Panopticonu</i>	29
2.1.3. <i>York Retreat</i> – schronienie dla psychicznie chorych.....	32
2.2. Wpływ osiągnięć XIX-wiecznego szpitalnictwa na architekturę azylów	32
2.3. Nowoczesny azyl – architektura jako narzędzie terapii.....	35
2.3.1. Plan liniowy	38
2.3.2. Układ zamknięty (blokowy) i częściowo zamknięty	40
2.3.3. System pawilonowy	41
3. CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE ROZWÓJ PRUSKICH ZAKŁADÓW LECZNICZO-OPIEKUŃCZYCH DLA PSYCHICZNIE CHORYCH	43
3.1. Polityka państwa a reforma psychiatrii w Prusach.....	43
3.2. Instytucjonalizacja lecznictwa dla psychicznie chorych – modelowe rozwiązania zakładów i ich wpływ na rozwój budownictwa azylowego.....	45
3.3. Jak budować azyle? – dyskusja w fachowych wydawnictwach.....	50
4. TYPOLOGIA PRUSKICH PROWINCJALNYCH ZAKŁADÓW LECZNICZO-OPIEKUŃCZYCH DLA PSYCHICZNIE CHORYCH NA WYBRANYCH PRZYKŁADACH.....	63
4.1. Pierwsze próby stworzenia przestrzeni terapeutycznej – szpitale z I połowy XIX w.	64
4.2. Nowoczesne zespoły szpitalne z II połowy XIX i początku XX stulecia.....	67
4.2.1. Lokalizacja	68
4.2.2. Wielkość.....	68

4.2.3. Układ przestrzenny.....	69
4.2.3.1. Zespoły szpitalne wzniesione w układzie zamkniętym.....	69
4.2.3.2. Zespoły szpitalne wzniesione w układzie otwartym.....	72
4.2.4. Układy funkcjonalne pawilonów dla chorych.....	83
4.2.5. Budynki ogólnej użyteczności	95
4.2.5.1. Gmachy administracji (<i>Verwaltungsgebäude</i>).....	95
4.2.5.2. Miejsca modlitwa i miejsca rozrywki.....	102
4.2.6. Budynki techniczne i gospodarcze	111
4.2.7. Domy mieszkalne dla personelu.....	120
4.2.8. Zabudowania gospodarstw rolnych.....	125
4.2.9. Stylistyczne opracowanie budynków.....	125
4.2.10. Inne elementy wyposażenia zakładów	134
4.3. Budowniczy azylów.....	138
PODSUMOWANIE	142
BIBLIOGRAFIA I ŹRÓDŁA.....	146
Spis ilustracji i tabel	152
Aneks – chronologiczne zestawienie badanych obiektów	156
Summary	158
Kurzfassung	161

WSTĘP

Geneza pracy

Architektura szpitali jest bardzo specyficzną dziedziną projektowania, zajmującą się planowaniem wielu, różniących się pod względem funkcjonalnym typów obiektów. Przestrzeń zaprojektowana do celów medycznych musi spełniać wiele kryteriów, które ulegały bardzo dużym zmianom na przestrzeni dziejów. W ujęciu historycznym szpitale nie stanowiły jednolitej grupy obiektów i ewoluowały zarówno pod względem strukturalnym i organizacyjnym, jak i funkcjonalnym oraz architektonicznym. Ich przeznaczenie zmieniał się na przestrzeni wieków, były lecznicami, przytułkami, instytucjami i miejscami służącymi do niesienia pomocy różnym grupom potrzebujących. Szpitale rozwijały się od budynków skupionych przy starożytnych sanktuariach, poprzez proste, średniowieczne zabudowania przyklasztorne i przytułki, do nowożytnych coraz większych i coraz bardziej skomplikowanych architektonicznie gmachów. Architekci i budowniczowie we współpracy z medykami, nadążając za potrzebami cywilizacyjnymi i społecznymi, próbowali znaleźć formy przestrzenne służące opiece nad chorymi i niedołączonymi oraz ich leczeniu. Zależne one były od aktualnych możliwości technicznych, wiedzy medycznej, zamożności sponsorów czy później polityki państwa. Przez stulecia dużą rolę na tym polu odgrywały również względy religijne oraz samo pojmowanie choroby, leczenia i opieki, stąd architektura „szpitali” często łączona była z sakralną czy też pełniła szersze funkcje niż obecnie.

Ze względu na specyfikę schorzeń psychicznych projektowanie zakładów dla umysłowo chorych było jeszcze bardziej skomplikowanym zadaniem. Chory pozostawał w szpitalu przez długi okres, czasem do końca życia. Ponadto często był sprawny fizycznie, co umożliwiało terapię przez pracę czy inne zajęcia. Starano się również zapewnić pensjonariuszom warunki przypominające w miarę możliwości „normalne” życie, które prowadzili zanim zachorowali. W azyłach przebywali również niebezpieczni pacjenci pod stałym nadzorem. Wszystko to wymagało stworzenia architektury znacznie odbiegającej od form budowli szpitali ogólnych czy innych placówek specjalistycznych.

Na powstanie i rozwój zespołów architektonicznych zakładów dla psychicznie chorych złożyło się wiele różnych czynników – od rozwoju nauki i medycyny po przemiany społeczne i ekonomiczne. Postęp lecznictwa, rozwój zainteresowań filozofii, zmiany stosunków społecznych i postaw ideowych toczące się przez stulecia doprowadziły w końcu do spojrzenia na „szaleńców” jak na chorych(!) psychicznie oraz podejmowania prób ich leczenia, a nie tylko ograniczania się do opieki i izolacji. Przemiany te były jednym z najważniejszych czynników, które doprowadziły do powstania specjalistycznych ośrodków medycznych dla tej grupy pacjentów, gdzie odpowiednio zaprojektowane budowle miały wspomagać terapię. Również ogólne przeobrażenia i rozwój szpitalnictwa oraz architektury szpitalnej, wprowadzanie zasad higieny i izolacji zakaźnie chorych, tworzenie specjalistycznych oddziałów szpitalnych wiele wniosły do powstania zakładów dla psychicznie chorych. Ogromne znaczenie miał także postęp w zakresie technik budowlanych, możliwości technologicznych i technicznych oraz zmieniające się trendy stylistyczne w architekturze, mające wpływ na wygląd zewnętrzny i wystrój budynków.

Wszystkie te czynniki i zależności sprawiły, że architektura zakładów dla psychicznie chorych jest tematem bardzo ciekawym, łączącym w sobie wiele wątków, a zarazem – pomimo wielu opublikowanych prac o charakterze historycznym – nie do końca zbadanym przez historyków architektury. O ile azyle w krajach anglojęzycznych doczekały się głębszych studiów architektonicznych, o tyle grupa pruskich zakładów leczniczo-opiekuńczych dla psychicznie chorych nie była dotąd przedmiotem szerszych rozważań dotyczących wpływu idei medycznych na architekturę. Ponadto azyle stanowią dużą grupę, często zachowanych w pierwotnej formie¹, projektowanych przez

¹ W wielu przypadkach zachowany jest układ urbanistyczny, budynki o różnych funkcjach, zieleń. Zdarzają się przebudowy obiektów, zmiany układów wnętrz, które zostały przystosowane, zwłaszcza w budynkach oddziałów, do współczesnych potrzeb. W niektórych zakładach dobudowano nowe obiekty, co nie wpłynęło korzystnie na odbiór całości, bądź pierwotne budynki zostały poddane remontom niezgodnie ze sztuką konserwatorską.

świetnych architektów, bardzo interesujących zespołów zabytków, niestety mało znaną i niedocenianą przez współczesnych.

Autorka monografii po raz pierwszy zetknęła się z tą problematyką podczas opracowywania dokumentacji konserwatorskiej dla szpitala w Świeciu nad Wisłą². Po zgłębieniu tematu – historii zakładu, okoliczności powstania, zapoznaniu się z artykułami w literaturze z połowy XIX stulecia na temat tworzenia wzoru dla tego typu placówek okazało się, że jest to bardzo interesująca problematyka, nie tylko pod względem architektonicznym i konserwatorskim, ale również interdyscyplinarnym. Na bazie tych przemyśleń powstał artykuł „Humanitarne trendy w psychiatrii w I połowie XIX wieku i ich wpływ na architekturę zakładów zdrowotnych. Teoria i praktyka – Kазus zakładu w Świeciu nad Wisłą”³. Następnie autorka prowadziła dalsze badania nad dawnymi pruskimi zakładami, obecnie położonymi w Polsce, a potem dzięki grantowi otrzymanemu z Narodowego Centrum Nauki poszerzony został zakres terytorialny o wybrane zakłady na terenie Niemiec. Wszystko to dało asumpt do podjęcia szerszych badań, których rezultaty poszerzą stan wiedzy na temat architektury zakładów dla psychicznie chorych i ukazą tę grupę zabytków w nowym świetle, podkreślając jej ogromną wartość. Będą również przydatne podczas prac konserwatorskich i renowacji jako materiał porównawczy i dokumentacyjny. Kompleksy szpitalne ukazane w monografii mogą także służyć jako przykład zespołów szpitalnych pełnych harmonii, z kameralną architekturą współgrającą z zielenią i specyficzną atmosferą spokoju, zapewne potrzebną chorym psychicznie niezależnie od metod leczenia, o czym współcześni architekci tworząc nowoczesne, ogromne szpitale często zapominają.

Do powstania pracy przyczyniło się wiele osób, którym serdecznie dziękuję za wsparcie i życzliwość. Dziękuję przede wszystkim dyrektorom i pracownikom placówek mieszczących się w dawnych pruskich prowincjonalnych szpitalach psychiatrycznych za życzliwe przyjęcie i umożliwienie wykonania badań *in situ* oraz udostępnienie archiwalnej dokumentacji.

Szczególne słowa podziękowania kieruję pod adresem dyrektora Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu nad Wisłą –mgr. Wiesława Kiełbasińskiego oraz dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Kościanie im. Oskara Bielawskiego – lek. med. Mariana Zalejskiego. Specjalne podziękowania należą się pracownikom szpitali, archiwów szpitalnych i działów technicznych, bez pomocy których nie byłoby możliwe dotarcie do obszernej dokumentacji projektowej oraz wykonanie badań na terenie zakładów. Za szczególną życzliwość i cierpliwość dziękuję pani Inie Herbel z Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) w Berlinie-Lichtenbergu, pani Anji Baum z AMEOS Klinikum für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie w Ueckermünde oraz panu Andreasowi Gericke z Martin Gropius Krankenhaus w Eberswalde, a także pracownikom szpitali na terenie Polski, w szczególności pani Paulinie Mikule z Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu oraz panu Szymonowi Koźlakowi z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Dziekanka w Gnieźnie.

Bardzo dziękuję również dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej w Jarominie koło Trzebiatowa – panu Tadeuszowi Korkowi za umożliwienie odwiedzenia placówki oraz pani Aleksandrze Hamberg-Federowicz z Wojewódzkiego Urzędu Ochrony Zabytków w Szczecinie za pomoc w dotarciu do dokumentacji szpitali w województwie zachodniopomorskim.

Za konsultacje i cenne uwagi z historii medycyny, które bardzo pomogły mi w sformułowaniu szerszego kontekstu pracy, słowa podziękowania kieruję pod adresem prof. Adama Szarszewskiego z Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Przed wszystkim jednak chciałabym podziękować mojemu wspaniałemu mężowi i synowi za cierpliwość, wyrozumiałość i pomoc w trudach podróży i żmudnej pracy badawczej.

² Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. J. Bednarza, wzniesiony w latach 1852–1855, rozbudowany w 1895 r., następnie w latach 1907–1908.

³ D. Bręczewska-Kulesza, *Humanitarne trendy w psychiatrii w I połowie XIX wieku i ich wpływ na architekturę zakładów zdrowotnych. Teoria i praktyka – Kазus zakładu w Świeciu nad Wisłą*, [w:] *Przestrzeń jako laboratorium. Perspektywy. Studia. Interwencje*, red. R. Barełkowski, wyd. Exemplum, Poznań 2014, s. 102–117; artykuł dotyczył pierwszej fazy budowy szpitala.

Cel badań

Podstawowym dążeniem w trakcie prowadzonych badań było spojrzenie na architekturę w kontekście medycyny, na przykładzie pruskich placówek leczniczych. Postawione zostało pytanie: czy pruskie, prowincjonalne zakłady lecznicze i opiekuńcze dla psychicznie chorych były szpitalami projektowanymi jako swego rodzaju „narzędzia terapeutyczne”, a zarówno plany całości, jak i funkcje obiektów oraz ich układy funkcjonalne wykazywały ścisły związek z medycyną, co leżało u podstaw somatycznej teorii pochodzenia chorób psychicznych popularnej w Europie w badanym okresie? Badania zostały przeprowadzone z punktu widzenia historyka architektury⁴, dlatego też kolejnym postawionym problemem badawczym była ewolucja azylów, jej przebieg i podporządkowanie kolejnych proponowanych rozwiązań wymogom rozwijającej się psychiatrii. Dalszym zagadnieniem do rozwiązania było porównanie trendów europejskich z wybraną grupą badawczą określoną poniżej oraz zbadanie wpływu wiodących, modelowych ośrodków na azyle powstające na prowincji.

Już wstępna analiza bibliograficzna wykazała ścisłą współpracę lekarzy psychiatrów z architektami, widoczną zarówno na polu dyskusji nad wymaganiami stawianymi tego typu placówkom, jak i ścisłego współdziałania przy ich projektowaniu, co potwierdziło trafność wyboru zakładów dla psychicznie chorych jako odpowiedniej grupy do badań wpływu medycyny na architekturę. Zasadniczo każde z badanych założeń miało dwóch autorów – architekta i psychiatrę. Ponadto azyle ze względów terapeutycznych wymagały budynków o wielu typach funkcjonalnych, które zmieniały i wzbogacano wraz z rozwojem psychiatrii. Prześledzenie układów założeń urbanistycznych, podziałów organizacyjnych i idących za tym układów funkcjonalnych budynków, form oddziałów dla chorych oraz różnego rodzaju budowli ogólnej użyteczności, gospodarczych i technicznych pozwoliło na zaobserwowanie ewolucji tej grupy założeń szpitalnych od przełomu XVIII i XIX w. do początku XX stulecia. To z kolei umożliwiło sformułowanie wniosków dotyczących wpływu rozwoju medycyny na ewolucję architektury azylów. Ze względu na stosunkowo krótki okres rozwoju odrębnego, „nowoczesnego” szpitalnictwa dla psychicznie chorych można było zbadać jego rozwój praktycznie od początku, czyli końca XVIII w., do apogeum na początku XX stulecia.

Wyodrębnienie grupy badawczej, zakresu terytorialnego i chronologicznego badań

Szczegółowe badania zostały ograniczone do wybranych przykładów pruskich prowincjonalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych. Prusy były, zwłaszcza w II połowie XIX stulecia (po zjednoczeniu cesarstwa niemieckiego) jednym z wiodących państw w zakresie opieki nad psychicznie chorymi. Wzniesiono tam dużo azylów zarówno prywatnych, jak i państwowych, będących pod opieką samorządów lokalnych. Te ostatnie, prowincjonalne azyle, są doskonałym odzwierciedleniem rozwoju myśli architektonicznej w tej dziedzinie, współpracy psychiatrów i architektów, starania się o zapewnienie chorym godnych warunków życia, terapii lub opieki. Wybrane do badań pruskie zakłady leczniczo-opiekuńcze, znajdowały się pod nadzorem państwa i władz prowincji, dzięki czemu stanowiły dość jednorodną grupę. Pominięto zakłady prywatne i kliniki przy szpitalach, stanowiące odrębne zespoły do osobnych badań.

Ponadto do szczegółowych badań wybrana została grupa pruskich zakładów leczniczo-opiekuńczych położonych w różnych miejscowościach i prowincjach. W jej skład weszły zarówno szpitale stołeczne – berlińskie, jak i wzniesione na dalekiej prowincji oraz ziemiach polskich przyłączonych do Królestwa Prus po rozbiorach Polski. Do badań wybrano północno-wschodnie prowincje pruskie – Prusy Wschodnie i Zachodnie, Pomorze oraz Prowincję Poznańską i dla porównania Brandenburgię z Berlinem i modelowym szpitalem w Neustadt-Eberswalde, a także modelowy szpital w Halle nad Saale. Znajdujące się na tych terenach zakłady psychiatryczne są dobrymi przykładami odzwierciedlającymi rozwój tego typu instytucji w XIX w. i na początku XX. Część leżała w pobliżu stolicy, część na dalekiej prowincji, w dodatku na terenach wcześniej należących do Polski. Można więc prześledzić, jak założenia tego typu rozwijały się w zróżnicowanych geograficznie

⁴ Interesujące byłoby przeprowadzenie tego typu badań w kontekście historii medycyny i porównanie wyników.

i narodowościowo oraz ekonomicznie regionach. Te ostatnie, leżące dzisiaj na terenie Polski czy Federacji Rosyjskiej, nie doczekały się szerszego opracowania architektonicznego, a są warte uwagi. Wśród wybranych przykładów większość do dzisiaj istnieje i nadal pełni tę samą funkcję⁵. Spis zespołów szpitalnych wybranych do badań wraz z najważniejszymi informacjami o nich został umieszczony w aneksie na końcu opracowania⁶.

Zakres terytorialny, jak już wspomniano, ograniczono do prowincji Prusy Wschodnie i Zachodnie, Pomorze, Prowincja Poznańska i Brandenburgia. Wśród wzniesionych tam zakładów dla psychicznie chorych wybrano 24 zespoły. W badanej grupie znalazły się zarówno pierwsze szpitale założone w adaptowanych klasztorach czy innych istniejących budynkach, instytucje wznoszone w zwartym systemie około połowy XIX wieku, jak i nowoczesne azyle w systemie pawilonowym z przełomu XIX i XX stulecia. Tak więc zakres chronologiczny dla szczegółowych badań obejmuje okres od 1801 r., kiedy to otwarto pierwszy w Prusach zakład dla obłąkanych w Neuruppin, do 1914 r. – wybuchu I wojny światowej, gdy kryzys związany z konfliktem zbrojnym przerwał rozwój azylów.

W celu dotarcia do genezy tego typu zespołów i ich porównania z innymi instytucjami zarówno w krajach niemieckojęzycznych, jak i innych krajach europejskich zakres czasowy badań rozszerzono o ostatnie dziesięciolecie XVIII w. Przeanalizowano również architekturę najważniejszych szpitali dla psychicznie chorych, będących istotnymi ogniwami rozwoju tego typu instytucji.

Metodyka badań i koncepcja pracy

Podstawowymi, zastosowanymi w pracy metodami badań były kwerendy bibliograficzne i archiwalne, badania *in situ*, inwentaryzacja fotograficzna oraz analizy zebranego materiału pod kątem typologii szpitali dla psychicznie chorych, ich ewolucji, wpływu modelowych rozwiązań na wznoszone azyle i przede wszystkim „przydatności” tego typu architektury dla specyficznej dziedziny medycyny, jaką była wówczas psychiatria.

Poza głównymi wątkami badań autorka starła się również spojrzeć na poruszaną tematykę poprzez pryzmat rozwijającej się psychiatrii, choć należy jeszcze raz zaznaczyć, że badania były prowadzone z punktu widzenia historyka architektury oraz zmieniającej się wówczas znacznie architektury szpitalnej. Stąd w pracy znalazły się wątki poświęcone historycznemu rozwojowi opieki nad psychicznie chorymi i związanymi z nią budynkami, wizjami idealnego azylu, zamieszczono przykłady pierwszych zakładów dla psychicznie chorych oraz omówiono ogólne założenia obowiązujące dla tego typu instytucji w różnych krajach.

Pierwsza część monografii stanowi krótki rys historyczny, ukazujący dzieje opieki nad psychicznie chorymi w kontekście przeznaczonych do tego celu budynków. Znakomita większość ogólnych zagadnień dotyczących historii psychiatrii doczekała się osobnych, fachowych opracowań. Jednak nie sposób było w monografii poświęconej architekturze azylów całkowicie pominąć „dalekiej i wyboistej” drogi, jaką musiała przejść ludzkość, aby dojść do punktu, w którym narodziła się „nowoczesna” psychiatria⁷ wraz z idylliczną wizją „nowego azylu”. Dlatego też w pierwszym rozdziale pokrótce przedstawiono te zagadnienia w odniesieniu do architektury. Na podstawie analizy dość szerokiej literatury dotyczącej tego tematu zarysowano rozwój poglądów na „opiekę i leczenie” psychicznie chorych oraz ewolucja budownictwa szpitalnego pod kątem funkcji i architektury. Nie sposób było również nie wspomnieć o lekarzach – reformatorach, osobach, które przyczyniły się do zmiany losów „szaleńców” i budowy azylów. Istotne były także lokalne tradycje państwowej lub społecznej opieki zdrowotnej, które wpływały na powstawanie prywatnych i państwowych szpitali psychiatrycznych. Wszystko to stanowi tło historyczno-społeczne do opisanej dalej specyfiki zakładów dla psychicznie chorych.

⁵ Poza najstarszymi azylami, które około połowy XIX w. ustępowały miejsca nowocześniejszym instytucjom lub były mocno przebudowywane.

⁶ W chronologicznym zestawieniu badanych obiektów.

⁷ Za ten moment autorzy dzieł na temat historii psychiatrii uważają koniec XVIII w., np. E. Shorter, *Historia psychiatrii – od zakładu psychiatrycznego dla obłąkanych po erę Prozacu (A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac)*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005, s. 11.

Aby usytuować pruskie szpitale, które są tematem monografii, na tle rozwoju tychże instytucji w Europie i na świecie, ukazano różne idee towarzyszące tego typu budownictwu. W drugiej części monografii pokrótce omówiono europejskie, głównie angielskie i francuskie oraz amerykańskie budownictwo azylowe, z których każde rozwijało się nieco inną drogą. W zależności od lokalnych tradycji opieki zdrowotnej, roli państwa, tradycji budowlanych powstawały różne kompilacje układów przestrzennych oraz funkcjonalnych azylów. Wspomniano modelowe rozwiązania oraz opracowano krótkie zestawienie najważniejszych szpitali psychiatrycznych pod względem układów architektoniczno-funkcjonalnych. Zwrócono także uwagę na usytuowanie azylów w terenie. Pozwoliło to na porównanie drogi rozwoju pruskich azylów do ich odpowiedników w innych krajach i usytuowania osiągnięć pruskich architektów i psychiatrów na tle europejskim.

W kolejnej części monografii autorka przyjrzała się czynnikom kształtującym grupę prowincjalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych, wśród których znalazło się wiele modelowych realizacji. Przeanalizowano politykę państwa w aspekcie reformy opieki nad psychicznie chorymi i ich leczenia oraz instytucjonalizacji leczenia. Sporo miejsca poświęcono pruskiemu, modelowym rozwiązaniom zespołów szpitali, które miały duży wpływ na rozwój architektury azylów. Bardzo ciekawym źródłem i materiałem badawczym okazały się fachowe wydawnictwa z XIX stulecia, na łamach których opisywano wiele azylów i prowadzono dyskusję na temat, jak takie założenia powinny być budowane. Pierwsi twórcy azylów wydawali książki o „swoich” szpitalach, w których dzielili się spostrzeżeniami nabytymi przy ich organizacji i budowie lub adaptacji na cele szpitala. W fachowej prasie opublikowano szereg artykułów dotyczących ogólnych aspektów projektowania zakładów psychiatrycznych, co wiele wniosło do ich budowy i rozwoju. Na łamach czasopism ukazywały się również bogato ilustrowane artykuły przedstawiające poszczególne założenia. O budowie azylów pisano również w podręcznikach budownictwa. Dyskurs toczący się na łamach niemieckojęzycznych wydawnictw, mających bezpośredni wpływ na architekturę pruskich azylów, przedstawiony został w poniższej monografii na kilku wybranych przykładach. Zaprezentowanie wszystkich opracowań – ze względu na obszerność materiału – wymagałoby odrębnej monografii. Przeanalizowanie wymagań stawianych azylom w fachowej literaturze pozwoliło na pokazanie badanych zakładów w kontekście panujących na ten temat poglądów. Należy dodać, że niektóre z badanych zespołów były również opisane jako wzory rozwiązań w prasie fachowej.

Najważniejszą część badań stanowi analiza rozwoju prowincjalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych w wybranych prowincjach. Została przeprowadzona chronologicznie i podzielona na kilka wiodących aspektów. Najpierw omówiono najstarsze szpitale z I połowy XIX w. jako osobną grupę. Szpitale z II połowy stulecia i początku XX w. zostały przeanalizowane pod kątem usytuowania, układu urbanistycznego wraz z założeniami zielonymi, grup budynków mieszczących różne oddziały dla chorych i ich układów funkcjonalnych. Omówiona została również szeroka grupa pozostałych zabudowań użyteczności ogólnej, budynków gospodarczych i technicznych oraz domów dla personelu. Pozwoliło to na zbadanie „przydatności” wszystkich grup budynków oraz typów założeń do terapii i opieki nad psychicznie chorymi. Nieco mniej miejsca poświęcono stylistyce budowlanej. Powodem był fakt, że to funkcja i układ pomieszczeń miały odgrywać znaczącą rolę w terapii, a nie formy zewnętrzne budynków, które z założenia miały być proste, aby nie rozpraszać pacjentów. Ponadto w założeniach bardzo starano się ujednolicić formy stylistyczne budynków, dlatego uwagę poświęcono tylko najciekawszym rozwiązaniom, które zostały opisane i pokazane na ilustracjach.

We wszystkich wytypowanych zespołach przeprowadzono szczegółowe badania *in situ*⁸, pogłębione analizą materiałów archiwalnych, źródeł i literatury. Porównanie tych realizacji pozwoliło wyjaśnić kierunek przenoszenia wzorców i jakość wykonywanych projektów niezależnie od położenia geograficznego. Wytyczenie drogi rozwoju pruskich azylów pozwoliło również na usytuowanie tej grupy na tle podobnych zespołów w innych krajach. Ciekawym problemem, który zauważono w trakcie badań nad azylami, był podział wewnętrzny szpitali na oddziały. Podstawowy, dokonywany ze względu na stan chorobowy pacjentów, co było konsekwencją ówczesnego podejścia do chorób psychicznych i ich wyodrębniania. Następnego podziału dokonywano biorąc pod uwagę status społeczny i socjalny pacjentów. Odzwierciedlało to panujące wówczas stosunki społeczne.

⁸ Na tym etapie badań niemożliwe okazało się jedynie dotarcie do dwóch zakładów znajdujących się obecnie na terenie Federacji Rosyjskiej i będących w gestii wojska. W tym przypadku przeprowadzono tylko kwerendę archiwalno-architektoniczną oraz zapoznano się z materiałami zamieszczonymi na stronach internetowych.

Na koniec poświęcono jeszcze nieco miejsca twórcom azylów, jednak to również jest temat na osobne opracowanie, wspomniano więc tylko nazwiska, które są wymieniane w dokumentacjach czy źródłach i umieszczono najważniejsze informacje wraz z bibliografią. Istotny jest fakt, że analiza dokumentacji pokazała współpracę psychiatrów i architektów przy większości badanych zespołów.

W podsumowaniu, na podstawie przeprowadzonego wywodu, dokonano analizy charakterystyki przemian badanych zakładów i kierunków ich ewolucji, podsumowano rolę architektury w terapii oraz odniesiono osiągnięcia pruskich szpitali do rozwoju tego typu instytucji w innych państwach. Autorka przedstawiła także przemyślenia nad miejscem azylów w XIX-wiecznym szpitalnictwie i ich rolę jako istotnej grupy obiektów świadczących o rozwoju medycyny, społeczeństwa i roli państwa w opiece medycznej. Ponadto warte uwagi jest również znaczenie tych zespołów jako funkcjonujących do dziś placówek medycznych, bardzo ciekawych zespołów zabytkowych oraz przykładów harmonijnie skomponowanych założeń, wciąż aktualnych w aspekcie projektowym.

Stan badań

Powstało wiele prac poświęconych historii medycyny czy samej psychiatrii, ujmujących jej rozwój pod kątem historii teorii i praktyk medycznych czy związanych z nią osób. W polskiej literaturze przedmiotu znaczące miejsce zajmują opracowania Tadeusza Bilikiewicza i Jana Gallusa⁹ oraz Tadeusza Nasierowskiego¹⁰, nie wnoszą one jednak wiele do tematu architektury.

Ciekawy obraz historii psychiatrii przedstawiono w wydanej również w Polsce książce kanadyjskiego socjologa i historyka medycyny Edwarda Shortera¹¹. Autor w rozdziale zatytułowanym *Era zakładów dla obłąkanych* opisał historię powstających w XIX stuleciu szpitali oraz ich funkcje, wyposażenie, podejmowane metody terapii. Nie zajął się jednak sprawami architektury jako takiej. W pracy zamieszczony został również dodatek dotyczący historii psychiatrii w Polsce autorstwa Tadeusza Nasierowskiego, pominięto w nim jednak ziemie dawnego zaboru pruskiego. Monografia zawiera bardzo obszerny spis literatury, w tym publikacji z omawianego okresu. Wśród wydawnictw niemieckojęzycznych ciekawą pozycję stanowi poświęcona historii psychiatrii niemieckiej w latach 1800–1945 praca Dirka Blasiusa¹². Z ogólnych publikacji warto jeszcze wspomnieć pracę Burkhardta Brücknera¹³ oraz Roya Portera¹⁴.

Bogatej literatury doczekały się azyle w krajach anglojęzycznych. Amerykańskie szpitale wzniesione według pomysłu Thomasa S. Kirkbride'a opisała między innymi Carla Yanni¹⁵. Zajmująca praca poświęcona architekturze angielskich zakładów w interesującym nas okresie wyszła spod pióra Jeremiego Taylora¹⁶. Warto również wspomnieć publikację Patricii Allderidge poświęconą kolejnym fazom opieki nad psychicznie chorymi¹⁷. Ciekawą ogólną publikacją dotyczącą przestrzeni dla psychiatrii jest praca wieloautorska *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*¹⁸.

Jednym z czynników kształtujących XIX-wieczne azyle były przemiany następujące w ogólnym szpitalnictwie. Rozwojowi budownictwa szpitalnego w omawianym okresie przyjrzał się między

⁹ T. Bilikiewicz, J. Gallus, *Psychiatria polska na tle dziejowym*, Państwowy Zakład Wydawniczy, Warszawa 1962.

¹⁰ T. Nasierowski, *Dzieje psychiatrii: główne wydarzenia, osoby i tendencje rozwojowe*, [w:] *Psychiatria*, vol. 1, Podstawy psychiatrii, Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2010.

¹¹ E. Shorter, *op. cit.*

¹² D. Blasius, *Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945*, Fischer TB, Frankfurt am Main 1994.

¹³ B. Brückner, *Geschichte der Psychiatrie*, Psychiatrie Verlag, Köln 2014.

¹⁴ R. Porter, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*, W.W. Norton & Company, Londyn 1997.

¹⁵ C. Yanni, *The architecture of madness: insane asylums in the United States*, University of Minnesota Press, Minneapolis 2007.

¹⁶ J. Taylor, *Hospital and Asylum Architecture in England 1840–1914. Building for Health Care*, Mansell Publishing, London 1991.

¹⁷ P. Allderidge, *Hospitals, Madhouses and Asylums: Cycles in the Care of the Insane*, British Journal of Psychiatry, 134(4), 1979, s. 321–334.

¹⁸ *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, red. L. Topp, J. Moran, J. Andrews, Routledge, New York 2007.

innymi Axel Hinrich Murken¹⁹. Problematykę architektury szpitali oraz pierwszych form zespołów pawilonowych, których używano również przy budowie zakładów dla obłąkanych, poruszył Philip Steadman²⁰.

Cenne okazały się prace poruszające tematykę dotyczącą szpitali psychiatrycznych w kontekście społecznym, jak Corneli Brink²¹, czy odnosząca się do polityki państwa w tym zakresie monografia Heinza Faulsticha²². Krytyczny punkt widzenia wobec azylów pod względem usług medycznych przedstawiła Kathleen Jones²³. Problematyce organizacji ochrony zdrowia na Śląsku w badanym okresie kilka prac poświęcił Tomasz Kruszewski, w tym również opiece nad chorymi psychicznie²⁴.

Prowincjalne zakłady leczniczo-opiekuńcze (*Provinzial Heil- und Pflege-Anstalten*) w Prusach nie doczekały się odrębnego, całościowego opracowania pod kątem architektonicznym. We współczesnej niemieckiej literaturze pojawiły się nieliczne monografie omawiające tę grupę zabytków, ale w szerszym kontekście. Pokrewną problematykę dotyczącą architektury francuskich i niemieckich szpitali w latach 1780–1840 podjął Ditter Jetter w II tomie *Historii szpitali*²⁵. Odnosił się dość szeroko do zagadnień i dyskusji towarzyszącej powstawaniu placówek leczniczych, przedstawił także opisy pruskich szpitali prowincjalnych. Ukazały się jeszcze dwa opracowania tego autora poświęcone azylom. W pierwszym uwagę poświęcił kształtowaniu się tego typu zakładów²⁶. W kolejnym skupił się na lecznictwie niemieckim, austriackim i szwajcarskim w pierwszej części, a w drugiej odniósł się do zakładów innych krajów²⁷.

Ważną pozycją jest praca zbiorowa poświęcona modelowemu szpitalowi w Eberswalde, zaprojektowanemu przez Martina Gropiusa²⁸. W książce obok analiz współczesnych badaczy zamieszczono reprint artykułu architekta na temat szpitala.

Z polskich publikacji dotyczących szpitalnictwa można wymienić prace Zofii Podgórskiej-Klawe²⁹ czy Elżbiety Mazur³⁰. Ponadto powstało wiele publikacji na temat poszczególnych zakładów, zazwyczaj są to jednak prace poświęcone prawie wyłącznie ich historii. Wyjątkiem jest dzieło Andrzeja Kiejni i Małgorzaty Wójtowicz³¹ omawiające szpitale w Lubiążu, gdzie z dużą uwagą przedstawiono rozwiązania architektoniczne, ukazane na tle niemieckich osiągnięć na tym polu. Małgorzata Wójtowicz jest także autorką artykułu prezentującego różne układy urbanistyczne niemieckich azylów³². Szczegółowym zagadnieniem związanym z architekturą azylów kilka artykułów poświęciła także autorka niniejszego opracowania³³.

Bardzo przydatne są również publikacje omawiające działalność architektów projektujących szpitale, jak wspomniany wyżej Martin Gropius³⁴ czy jego współpracownik Heino Schmieden³⁵, którzy doczekali się obszernych monografii opisujących zaprojektowane przez nich szpitale.

¹⁹ A.H. Murken, *Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert*, Gettlingen 1979.

²⁰ P. Steadman, *Building Types and Built Forms*, Troubadour Publishing, Leicester 2014.

²¹ C. Brink, *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980*, Wallstein Verlag, Göttingen 2010.

²² H. Faulstich, *Zwischen Staatsanstalt und Lokalversorgung. Zur Unterbringung der Konstanzer Geisteskranken im 19. Jahrhundert*, UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz 2007.

²³ K. Jones, *Asylum and After: A Revised History of the Mental Health Services: From the Early 18th Century to the 1900s.*, Athlone Pr, London 1993.

²⁴ T. Kruszewski, *Prowincjonalne lecznictwo chorych psychicznie na Śląsku na przełomie XIX i XX stulecia*. Folia Iuridica Wratislaviensis, Vol. 1, No. 1, 2012, 9–11.

²⁵ D. Jetter, *Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1789–1840)*, [w:] *Geschichte des Hospitals*, t. 2, F. Steiner Verlag, Wiesbaden 1971.

²⁶ D. Jetter, *Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses*, Wiss. Buchges, Darmstadt 1981.

²⁷ D. Jetter, *Wichtige Irrenhäuser in Frankreich, Deutschland und England (1800–1900)*, Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 60, 1992, s. 329–348.

²⁸ *Gropius in Eberswalde. Der Martin-Gropius-Bau der Landeslinik Eberswalde*, bra verlag GmbH, Berlin-Brandenburg 2002.

²⁹ Z. Podgórska-Klawe, *Od hospicjum do współczesnego szpitala, rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX w.*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Warszawa 1981.

³⁰ E. Mazur, *Szpitale w Królestwie Polskim w XIX w.*, Instytut Archeologii i Etnologii PAN, Warszawa 2008.

³¹ A. Kiejna, M. Wójtowicz, *Prowincjalny Psychiatryczny Zakład Leczniczo-Opiekuńczy w Lubiążu 1830–1912*, Herausgeber, Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego, Wrocław 2002.

³² M. Wójtowicz, *Zakłady psychiatryczne w Langenhorn, Wiesloch i Lubiążu – komplementarne zespoły urbanistyczne [Mental institutions in Langenhorn, Wiesloch and Lubiąż – complementary urban architecture complexes]*, Architectus, nr 2/42, 2015, DOI: 10.5277/arc150205, s. 41–54.

³³ Pozycje zamieszczone w spisie literatury.

³⁴ A. Körte, *Martin Gropius. Leben und Werk eines Berliner Architekten 1824–1880*, Lukas-Verlag, Berlin 2013.

Nieocenionym źródłem są artykuły z prasy fachowej i publikacje na temat szpitali z okresu ich powstawania, gdzie często drukowano również widoki i rzuty założeń oraz projekty budynków. Z uwagi na szeroką dyskusję, jaka toczyła się na łamach współczesnej tworzeniu azylów fachowej prasy i literatury, publikacje te zostały ujęte w osobnym zestawieniu w aneksie.

Wspomnę tylko obszerny artykuł Ludwiga Förstera omawiający ogólne wskazówki i wytyczne dotyczące budowy zakładów dla psychicznie i nerwowo chorych *Über den Bau und Organisation der Irrenanstalten*, który ukazał się na łamach *Allgemeine Bauzeitung* w 1855 r. Ukazywały się też swego rodzaju zbiorcze informatory o szpitalach i azylach. W niektórych, jak np. pracy dr. Breslera, zawarto obok opisów – zdjęcia, plany oraz rzuty budynków. Większość szpitali publikowała roczne sprawozdania, w których umieszczano wzmianki o przebudowach czy rozbudowach zakładów, czasem zdjęcia³⁶. Wiadomości o budowach nowych szpitali zamieszczano również w lokalnej prasie, np. szeroko opisywana budowa szpitala w Stralsundzie.

Poza tym bardzo cenne materiały źródłowe znajdują się w archiwach szpitalnych oraz państwowych i miejskich na terenie Polski i Niemiec, przede wszystkim berlińskich: Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz Berlin-Dalhem, Diakonie Deutschland Archiv i Architekturmuseum der Technischen Universität oraz w Staatsbibliothek. Pomocna w badaniach była również współczesna dokumentacja konserwatorska oraz nieopublikowane dotąd prace naukowe (np. rozprawy doktorskie).

³⁵ O. Peters, *Heino Schmieden. Leben und Werk des Architekten und Baumeisters 1835–1913*, Lukas Verlag, Berlin 2016.

³⁶ Zestawienie zamieszczono w części: Bibliografia i źródła.

1. OD PRZYTUŁKU DO AZYLU. SZPITALNICTWO A MODELE OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI

Choroby psychiczne towarzyszą ludzkości od początków jej dziejów. Biorąc pod uwagę fakt, że przynajmniej część z nich spowodowana jest przez czynniki biologiczne, genetyczne czy procesy neurochemiczne zachodzące w mózgu, można przypuszczać, że ludzkość boryka się z nimi od tysięcy lat³⁷. Pomimo podejmowania prób leczenia obłąkanych i opisywania tego w podręcznikach psychiatria jako odrębna gałąź medycyny rozwinęła się dopiero w końcu XVIII w. Również podejście do osób dotkniętych chorobami psychicznymi zmieniało się na przestrzeni wieków. Sprawowanie opieki nad „szaleńcami” oscylowało między izolacją i nadzorem a podejmowaniem prób leczenia. Warunkowało to w oczywisty sposób na różnorodność i ewolucję miejsc, w których „zajmowano” się chorymi. Na architekturę przytułków, szpitali czy zakładów dla psychicznie chorych miały również znaczący wpływ osiągnięcia szpitalnictwa ogólnego, odzwierciedlające nowe odkrycia naukowe i postęp medycyny.

1.1. Starożytne lecznice przy świątyniach

W starożytności część uczonych uważała, że zaburzenia psychiczne mają przyczyny leżące poza zasięgiem ludzkiego umysłu. W wielu kulturach, jak na przykład w starożytnym Egipcie, choroby psychiczne uznawane były za fenomen duchowy, a ludzie „słyszący” niedostępne dla innych głosy byli traktowani jak wybrańcy bogów. Inaczej uważał grecki lekarz, prekursor współczesnej medycyny – Hipokrates, który badał chorych, opierając się na racjonalnych metodach. Grek utrzymywał, że zaburzenia te mogą wynikać z biologiczno-fizjologicznych nieprawidłowości organizmu.

Również starożytni medycy rzymscy zajmowali się problemem anomalii psychicznych, propagując podejście psychoterapeutyczne. Zdaniem Asklepiadesa, rzymskiego lekarza z przełomu II i I wieku p.n.e., choroba psychiczna była mechanicznym uszkodzeniem organizmu i tak też powinna być leczona. Medyk zalecał przede wszystkim działania „psychologiczne”, jak słuchanie muzyki, kąpiele, czytanie ksiąg itp., a w ostateczności metodę przymusu³⁸. Przeciwnikiem stosowania przymusu wobec pacjentów był jeden z najsłynniejszych medyków z przełomu I i II w. – Galen z Pergamonu. Zalecał najpierw uspokojenie pacjenta, a następnie zapoznanie go z objawami i przyczynami choroby przez „mentora” oraz ćwiczenia samokontroli, co miało przyspieszyć odzyskanie równowagi psychicznej.

Chorych leczono w sąsiedztwie świątyń Asklepiosa, zwanych Asklepiejonami, z których najbardziej znane znajdowały się w Pergamonie oraz w Hierapolis – w Azji Mniejszej (ob. Turcja). Wielkie znaczenie miało też sanktuarium w Delfach czy w Epidauros – na terenie Grecji³⁹. Asklepiejony składały się z kompleksu budynków sakralnych i świeckich, otoczonych murem i świętym gajem. Ważną rolę w leczeniu wszystkich chorych spełniała woda stąd sanktuaria sytuowano przy leczniczych źródłach. Budynki były tak rozplanowane, aby zapewnić im odpowiednie nasłonecznienie i wentylację. W zespołach znajdowały się dwa typy budynków dla chorych. Katogogeion, który był hotelem-szpitałem dla chorych poddanych dłuższemu leczeniu. Składał się zazwyczaj z sal i pomieszczeń dla niedomagających, rozmieszczonych wokół wewnętrznych dziedzińców otoczo-

³⁷ Szerzej na temat historii psychiatrii między innymi: E.L. Shorter, *op. cit.*; T. Nasierowski *op. cit.*; T. Bilikiewicz, J. Gallus, *op. cit.*

³⁸ B. Kmiecik, *Choroba psychiczna – cierpienie, które zmieniło prawo*, *Ethics in Progress*, Vol. 5, No. 2, 2014, s. 115–128, doi:10.14746/eip.2014.2.9 (dostęp: 24.03.2020).

³⁹ G. Michalik, *Historia psychiatrii. Od prehistorii do końca starożytności w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*, [w:] *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*, red. B. Płonka-Syroka, Wyd. Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich, Wrocław 2008, s. 246–257.

nych portykami kolumnowymi. Drugim typem był Abaton, sypialnia dla pacjentów oczekujących cudownego uzdrowienia podczas snu, zazwyczaj w formie stoa, podzielonego na dormitoria⁴⁰.

1.2. Średniowieczne szpitale i przytułki

W świecie arabskim już we wczesnym średniowieczu powstały obiekty, które można uznać za prototypy szpitali dla psychicznie chorych. Pierwszy zbudowany został w Bagdadzie w 705 r., a następne w Fezie i Kairze. Arabowie koncentrowali się na obserwacjach klinicznych. Dokonali również opisu wielu zaburzeń psychicznych⁴¹. Wyjątkowo wysokim poziomem szpitalnictwa odznaczały się wczesnośredniowieczne ośrodki bizantyńskie i miasta na bliskim Wschodzie. Budynki lecznicze stawiane były w oparciu o specjalne projekty, z których część obejmowała podziały na oddziały do leczenia różnych schorzeń. Czasem poszczególne oddziały znajdowały się w osobnych pawilonach, aby uniemożliwić rozprzestrzenianie się chorób. Według historyków w Europie dopiero w XIX w. powstawały szpitale o takim poziomie architektonicznym i organizacyjnym. Na średniowiecznym Bliskim Wschodzie pierwsze szpitale przeznaczone dla umysłowo chorych powstały w 770 r. w Bagdadzie (*Szpital Mar el-Stine*) i 875 r. w Kairze (*Szpital Ibn Tulun*)⁴².

W średniowiecznej Europie zaburzenia umysłowe za Galenem klasyfikowano w czterech kategoriach: szal, mania, melancholia i głupota. Poglądy na temat środków zaradczych były różne. Niektórzy opowiadali się za upuszczaniem krwi w celu uspokojenia obłąkanego i wypędzenia złych humorów, co stosowano także przy innych schorzeniach. Niektórzy na opętanie zalecali egzorcyzmy. Przy klasztorach powstawały szpitale, w których między innymi zajmowano się psychicznie chorymi. Szczególną sławą cieszyły się północnofrancuskie szpitale *St Mathurin* w Larchant i *St Acairius* w Haspres oraz *St. Dymphna*⁴³ w Geel we Flandrii. W tym ostatnim zrodziła się inicjatywa opieki nie instytucjonalizowanej. Gdy szpital okazał się zbyt mały, część chorych została zakwaterowana w gospodarstwach w pobliskiej wsi. W rezultacie powstała specjalna „kolonia rodzinna”, w której chorymi psychicznie zajmowali się wieśniacy. Z kolei inna grupa pacjentów nocowała w szpitalu, a w ciągu dnia była zatrudniana w pobliskim miasteczku. Taki model opieki nad psychicznie chorymi ewoluował przez kolejne stulecia⁴⁴.

Średniowieczne szpitale reprezentowały dwa typy budynków – typ hali i typ domu szpitalnego. Typ hali był jednokondygnacyjną budowlą, mieszczącą kilkunawową salę, ukształtowaną na wzór kościoła (il. 1.1). Wznoszono je z kamienia lub cegły i przykrywano sklepieniami lub drewnianymi stropami. Ważnym elementem była szpitalna kaplica zamykająca jedną z naw. Czasem stosowano kotary do oddzielenia łóżek lub wydzielano w nawach bocznych małe pomieszczenia. Najczęściej ośrodki te sytuowano obok bram miejskich lub przy drodze do miasta. Inny typ lecznicy – „domu szpitalnego” – najczęściej zakładany był w miastach. Bloki zabudowy sytuowano wokół wewnętrznego dziedzińca na planie czworoboku⁴⁵ (il. 1.2).

⁴⁰ Szerzej na ten temat: S. Porębowicz, *Pierwsze powszechne zakłady leczenia chorób w sanktuariach poświęconych kultowi Asklepiosa (Przyczynek do dziejów kultury i historii architektury greckiej)*, Zeszyty Naukowe Politechniki Gdańskiej, Architektura, z. 8, 1968.

⁴¹ I.B. Syed, *Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times*, Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine, z. 2, 2002, s. 2–9.

⁴² R. Kubisz, *Zarys historii szpitalnictwa w Europie do XIX w.*, s. 3, <https://kwasnicki.prawo.uni.wroc.pl/pliki/Kubisz%20zarys%20ewolucji%20szpitalnictwa.pdf> (dostęp: 23.03.2020).

⁴³ Według legendy Dymfna, córka pogańskiego króla w Irlandii, w tajemnicy przyjęła chrzest. Obłąkany ojciec chciał ją pojąć za żonę po śmierci swojej małżonki. Dymfna za radą spowiednika Gereberna uciekła wraz z nim do Antwerpii. Nieopodal dzisiejszej miejscowości Geel w Brabancji oboje zostali zabici przez króla, który podążył ich śladem. Okoliczni mieszkańcy pochowali ich ciała, a następnie wybudowali kościół, w którym umieszczono ich relikwie. Ponieważ ojca Dymfny uważano za szalonego, do sanktuarium zaczęli przybywać pielgrzymi z umysłowo chorymi. Ci, którzy nie doznali łaski uzdrowienia, pozostawali często w miejscowym azylu. Dało ono początek wielkiemu przytułkowi, który istnieje po dzień dzisiejszy; <https://www.deon.pl/imiona-swietych/dymfna,2429> (dostęp: 25.11.2019).

⁴⁴ J.L. Goldstein, M.M.L. Godemont, *The legend and lessons of Geel: A 1500-year-old legend, a 21st century model*, Community Mental Health Journal, 39(5), s. 441–458, doi:10.1023/A:1025813003347.

⁴⁵ A. Jaśkiewicz-Sojak, *Wielkie założenia szpitalne Prus Wschodnich i Zachodnich 2 połowy XIX i początku XX wieku oraz ich ochrona*, rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. inż. arch. M.J. Sołtysik, Politechnika Gdańska, Gdańsk 2013, s. 25.



Il. 1.1. Szpital św. Ducha w Lubece (fot. autorka, 2015 r.)



Il. 1.2. Szpital św. Ducha w Stralsundzie (fot. autorka, 2019 r.)



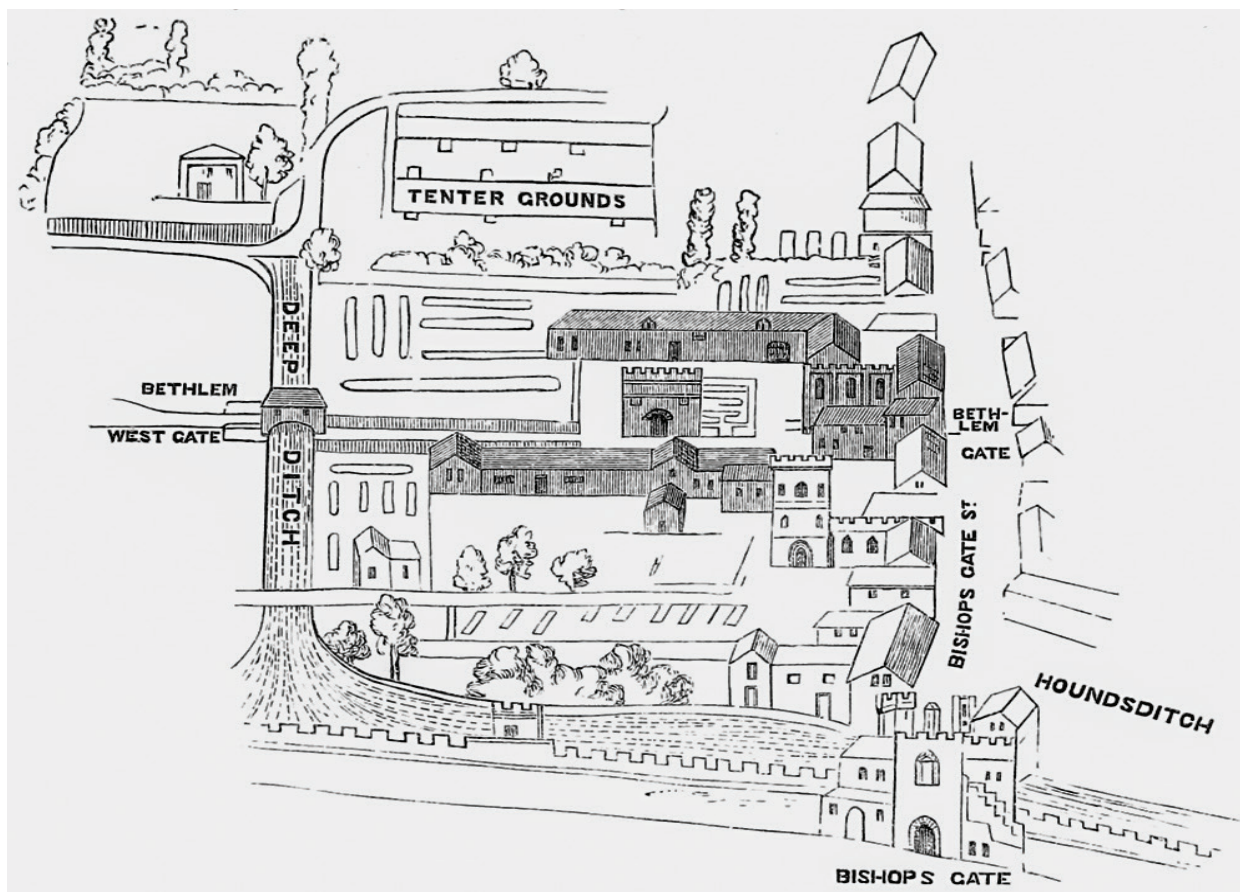
Il. 1.3. Pora posiłku w Hotel Dieu, w Paryżu, ryc. 1889 r.
Źródło: Wellcome Colection, <https://wellcomecollection.org/works/murm7pg7>.

Postawy społeczne wobec obłąkanych były zróżnicowane. Część chorych zasilala szeregi żebraków, inni pozostawali pod opieką klasztorów, w niektórych ośrodkach prowadzone były miejskie przytułki. W najstarszym paryskim szpitalu *Hôtel-Dieu* (il. 1.3) wydzielono część pomieszczeń specjalnie na te cele. Jakkolwiek największy ciężar opieki nad umysłowo chorymi spadał na rodziny, specjalistyczne szpitale zaczęły się pojawiać – zwłaszcza pod wpływem islamu – w Hiszpanii – w Granadzie (1365 r.), Walencji (1407 r.), Saragossie (1425 r.), Sewilli (1436 r.), Barcelonie (1481 r.) i Toledo (1483 r.)⁴⁶. Uznawano ko-

nieczność izolacji obłąkanych, którzy mogli stwarzać zagrożenie dla osób zdrowych. W związku z tym stosowano drastyczne metody przemocy wobec chorych, np. przetrzymywanie w odosobnieniu, w ciemnych pomieszczeniach czy przykuwanie do ścian łańcuchami. Działania takie podejmowane były jeszcze w XVIII, a nawet w XIX stuleciu.

Jednym ze starszych i bardzo długo działających szpitali był londyński *Bethlem Royal Hospital* (nazywany *Bethlem*, *Bedlam*) (il. 1.4), założony przy klasztorze Najświętszej Marii Panny Betlejemskiej (*New Order of our Lady of Bethlehem*), którego początki sięgają 1247 r. Szpital w kolejnych, nowych budynkach działał aż do 1948 r. Pierwotnie przytułek służył ubogim i chorym, niemającym innego schronienia. W 1330 r. stał się uznanym szpitalem, który działał do kon-

⁴⁶ R. Porter, *op. cit.*, s. 127.



Il. 1.4. Londyn, plan pierwszego szpitala Bethlem, Daniel Hack Tukes, 1882 r.

Źródło: D.H. Tuke, *Chapters in the History of the Insane in the British Isles* (London, 1882) – Project Gutenberg Ebook Edition [#31185] 2010, <http://www.gutenberg.org/dirs/3/1/1/8/31185/31185-h/31185-h.htm>.

fiskaty w 1375 r. Wówczas na rozkaz króla Edwarda III został przekształcony w więzienie. Od początku XV w. wznowił działalność jako szpital, w którym przebywali pacjenci psychicznie chorzy. *Bethlem* jako zakład psychiatryczny i schronisko dla biednych przetrwał konfiskatę klasztorów w 1536 r. i dziesięć lat później został podarowany przez Henryka VIII miastu Londyn, które od tej pory zarządzało szpitalem. *Bethlem* stał się jednym z najśłynniejszych szpitali psychiatrycznych, i chociaż nie miał dobrej opinii, jego rozwiązania architektoniczne miały wpływ na późniejsze azyle⁴⁷. Tradycja *Bethlem* była kontynuowana, w XVIII w. w Anglii istniało jeszcze siedem publicznych zakładów i domów opieki dla obłąkanych. Poza tym działał szereg prywatnych instytucji o różnej wielkości – od małych, zapewniających miejsce zaledwie kilku pacjentom (np. w domach lekarzy) – do dużych, przeznaczonych dla 400–500 osób. Wszystkie te placówki jednak zapewniały jedynie nadzór nad obłąkanymi, z którymi rodziny nie mogły sobie poradzić⁴⁸.

1.3. Szpitale pałace – renesansowe plany idealne

Ważne przemiany na polu szpitalnictwa ogólnego przyniósł wiek XVI. W 1531 r. powstał *Hospital General* w Lyonie – placówka podzielona na oddziały, prowadząca aptekę i opiekę nad chorymi w domach. Zapotrzebowanie na nowe miejsca dla cierpiących powodowało, że dawne lecznice były przebudowywane, dodawano do nich kolejne sale chorych, jak na przykład w najstarszym paryskim szpitalu *Hôtel Dieu*⁴⁹. Nowe instytucje budowane były zgodnie z renesansowymi kanonami medycznymi, budowlanymi i estetycznymi. Forma architektoniczna i udogodnienia techniczne tam stosowane były godne podziwu. Projektowano systemy wentylacji sal chorych

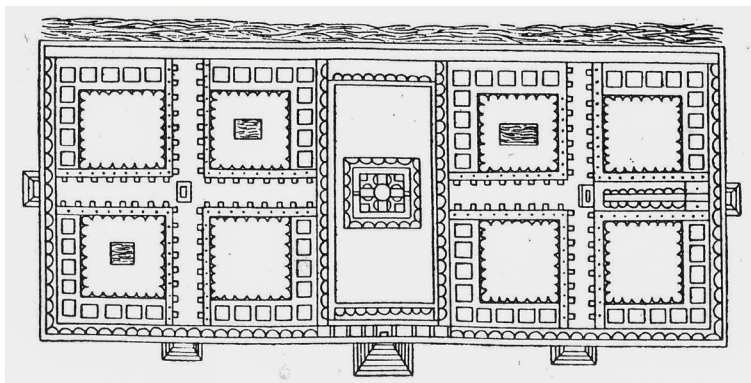
⁴⁷ O historii *Bethlem* między innymi: J. Andrews, A. Briggs, R. Porter, P. Tucker, K. Waddington, *History of Bethlem*, Psychology Press, London & New York 1997.

⁴⁸ E.L. Shorter, *op. cit.*, s. 15–16.

⁴⁹ N. Pevsner, *A History of Buildings Types*, Princeton University Press, Princeton 1976, s. 141.

poprzez tambury kopuł. Dbano o higienę, wprowadzając umywalki i toalety z systemem spłukiwania wodą pompowaną do zbiorników na poddaszu. Szpitale przybierały formy wzorowane na pałacach, stosowano loggie arkadowe i krużganki, gdzie chorzy mogli zażywać świeżego powietrza i które chroniły sale przed upałem⁵⁰. W projektowaniu i budowie lecznic brali udział słynni architekci i rzeźbiarze. Ozdabiano je freskami i płaskorzeźbami. Przykładem takiego założenia był, naśladowany w Europie, mediolański *Ospedale Maggiore* (il. 1.5), wzniesiony według projektu Filarete (częściowo przerobionego), na zlecenie księcia Francesco Sforzy, którego budowę rozpoczęto w 1457 r.⁵¹. Powstały również zakłady dla nieuleczalnie chorych, jak *Ospedale degli Incurabili* (il. 1.6) w Neapolu, ufundowany w 1521 r.

Pierwszy publiczny system opieki nad psychicznie chorymi stworzony został we Francji za panowania Ludwika XIV, w 1656 r. W ramach przeprowadzonych wówczas reform opieki nad psychicznie chorymi zajęło się państwo. Zgodnie z rządowym programem w Paryżu utworzono dwa wielkie przytułki dla chorych, przestępców i bezdomnych – *Bicêtre* – dla mężczyzn i *Salpêtrière* – dla kobiet. Szpital *Bicêtre*⁵² został pierwotnie zaplanowany jako wojskowy, a jego budowę rozpoczęto w 1634 r. W swojej historii był używany kolejno i jednocześnie jako sierociniec, więzienie, szpital dla obłąkanych i szpital ogólny. Tu tapicer Guillert wynalazł kaftan bezpieczeństwa. *Salpêtrière* (il. 1.7) został umieszczony w zaadaptowanej do celów medycznych fabryce prochu, stąd jego nazwa⁵³. Obie instytucje odznaczały się złą sławą i brutalnymi



Il. 1.5. Rzut poziomy Ospedale Maggiore z traktaku Filarete, 1460/1464

Źródło: Filarete, *Architekturtraktat*, Umzeichnung von W. v. Öttingen, 1890, nach Quadflieg, 1981, Abb. 3, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Filarete_ospedale.jpg.



Il. 1.6. Neapol, Ospedale degli Incurabilil – fot. współczesna

Źródło: [https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Incurabili_\(Napoli\)#/media/File:Cortile_incurabili1.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Incurabili_(Napoli)#/media/File:Cortile_incurabili1.jpg).

⁵⁰ S. Porębowicz, *Loggie i krużganki w budownictwie szpitalnym epoki renesansu i baroku (Dekoracja architektoniczna i plastyczna szpitali na tle rozwoju kształtowania ich koncepcji przestrzennych)*, Zeszyty Naukowe Politechniki Gdańskiej, Architektura, z. 3(59), 1964, s. 52–63.

⁵¹ Visit La Ca' Granda, <https://www.unimi.it/en/university/la-statale/our-heritage-our-future/ca-granda/visit-la-ca-granda>.

⁵² Bogato ilustrowana monografia szpitala powstała już w 1890 r. – P. Bru, *Histoire de Bicêtre*, Lecrosnie & Babé, Paris 1890.

⁵³ I. Berlin, *The Salpêtrière Hospital: From Confining the Poor to Freeing the Insane*, The American Journal of Psychiatry, publikacja 1.10.2003, doi.org/10.1176/appi.ajp.160.9.1579.



Il. 1.7. Paryż, Hopital de la Salpetriere, Paryż, G. Guillain, J-M Charcot, XVII w.

Źródło: Wellcome Collection, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:G_Guillain,_J-M_Charcot,_sa_vie_-_son_oeuvre_Wellcome_L0029849.jpg?uselang=fr.

metodami postępowania z podopiecznymi. W ramach rządowego programu założono jeszcze kilka przytułków w miastach prowincjonalnych, jednak przebywało tam stosunkowo niewielu umysłowo chorych.

Z kolei w Europie Środkowej nadzór nad chorymi psychicznie sprawowało pospołu państwo, kościół i lokalne społeczności. W krajach niemieckojęzycznych, gdzie zadomowiła się reformacja, szpitale umieszczano w sekularyzowanych klasztorach, jak na przykład *Haina* czy *Merxhausen* w Hesji. Były to początkowo szpitale dla biednych, z czasem przekształcane w azyle i w końcu w XIX w. w zakłady leczniczo-opiekuńcze dla umysłowo chorych.

1.4. Rozwój medycyny i organizacja szpitalnictwa w XVII i XVIII stuleciu

Wraz z pojawieniem się racjonalizmu oraz mechanicyzmu Kartezjusza (1569–1650) powróciło po raz kolejny pytanie o relacje między umysłem i ciałem, zrozumienie duszy, a więc i choroby psychicznej. Implikacje kartezjanizmu dla zrozumienia szaleństwa były doniosłe. Uczony w swoich pismach zalecał szukanie miejsca szaleństwa nie w nieśmiertelnej duszy, ale w ciele – w organizmie, a nawet w obrębie mózgu⁵⁴.

Jednym z prekursorów stosowania całkowitej kontroli i dominacji nad chorymi, ale i zapewnienia im spokoju oraz atmosfery zaufania był ks. dr Francis Willis (1717–1807), prowadzący zgodnie z tymi zasadami azyl dla szaleńców Greatford Hall w hrabstwie Lincolnshire. Duchowny uważał nadmierne pobudzenie za główną przyczynę szaleństwa, stąd priorytetami terapii miały być spokój i kontrola oraz praca i ruch na świeżym powietrzu. Zyskał rozgłos, gdy jego pacjentem został król Jerzy III i po zastosowanej terapii powrócił do zdrowia, niestety nie na trwałe, jak się później okazało⁵⁵.

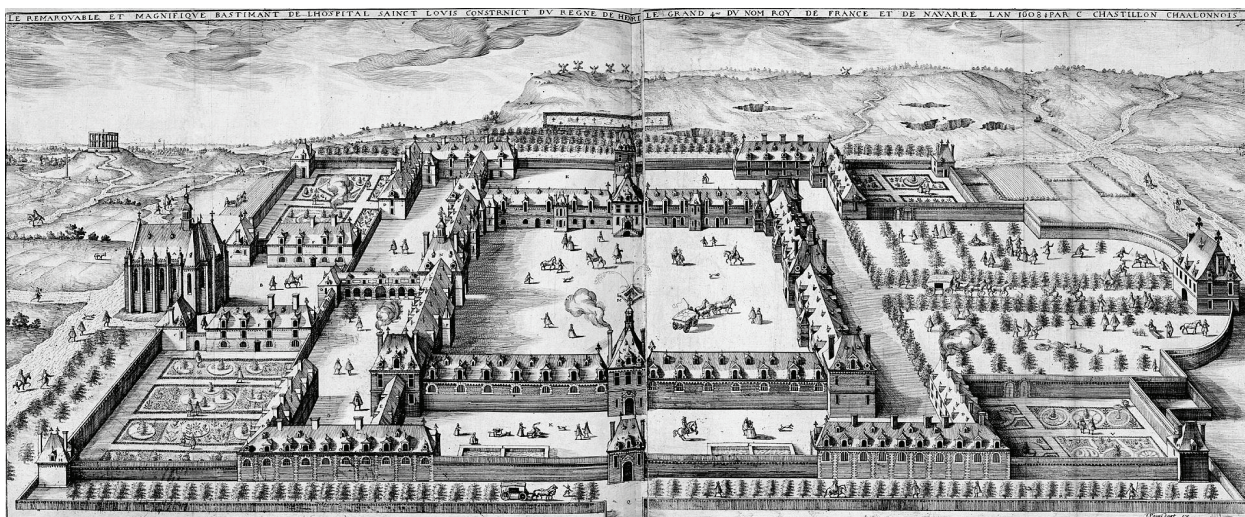
⁵⁴ R. Porter, *op. cit.*, s. 242–243.

⁵⁵ Obecnie uważa się, że król cierpiał na porfirię.

Jednak fakt ten wywołał optymizm wśród lekarzy i od tamtej pory szaleństwo traktowano jako chorobę ciała, która powinna być podatna na lecznicze zabiegi. Próbowano różnych „lekarstw”, mających na celu w zależności od stanu pacjenta uspokojenie bądź pobudzenie, usunięcie toksyn. Stosowano też zimne prysznice, do nowych wynalazków należały rotacyjne krzesła lub huśtawki. Niestety rezultaty były znikome, powracano więc do izolacji chorych, a mocno pobudzonych czekały kajdany i kaftany bezpieczeństwa. Praktycznie do końca XVIII w. wszystkie instytucje zajmujące się psychicznie chorymi miały na celu wyłącznie odseparowanie „szaleńców” od społeczeństwa i pełnienie nad nimi nadzoru. Tak pojęta opieka nad chorymi nie przewidywała funkcji terapeutycznych.

Zauważalny postęp medycyny, zwłaszcza w drugiej połowie XVIII w. wpłynął na organizację pracy w szpitalach. Zwracano uwagę na dopływ świeżego powietrza do szpitalnych sal oraz na utrzymanie czystości w celu zapobiegania zakażeniom. Szpitale zaczęły się dzielić wedle specjalizacji – powstawały ośrodki leczenia chorób wenerycznych, chorób „wewnętrznych i zewnętrznych”, a także dla kobiet w ciąży. Najwięcej było szpitali ogólnych, w których izolowano „szaleńców”. Coraz częściej w procesie budowy szpitali uczestniczyli pospół lekarze i architekci, dzieląc się swoją wiedzą.

Nowe szpitale wznoszone były dla coraz większej liczby pacjentów. Powstawały duże obiekty o charakterze pałacowym, na planie zbliżonym do szachownicy lub z wewnętrznym dziedzińcem. Na wzór pałaców w gmachach szpitalnych stosowano reprezentacyjny dziedziniec (*cour d'honneur*), wysuwając boczne skrzydła przed fasadę. Przykładem dużego założenia z dziedzińcem wewnętrznym był *Hôpital Saint-Louis* w Paryżu (il. 1.8), zaprojektowany przez Claude'a Chatillona, a wybudowany w latach 1607–1611 przez Claude'a Vellefaux'a⁵⁶. Szpital składał się z szeregu budynków, z centralnym, kwadratowym placem otoczonym głównym blokiem zabudowy, z bramami pośrodku każdej pierzei. Dwie osie symetrii porządkowały kolejne zabudowania, przeplatane ogrodami i otoczone murem ogrodzeniowym.



Il. 1.8. Paryż, Hôpital Saint-Louis, Claude Chatillon, 1608 r.

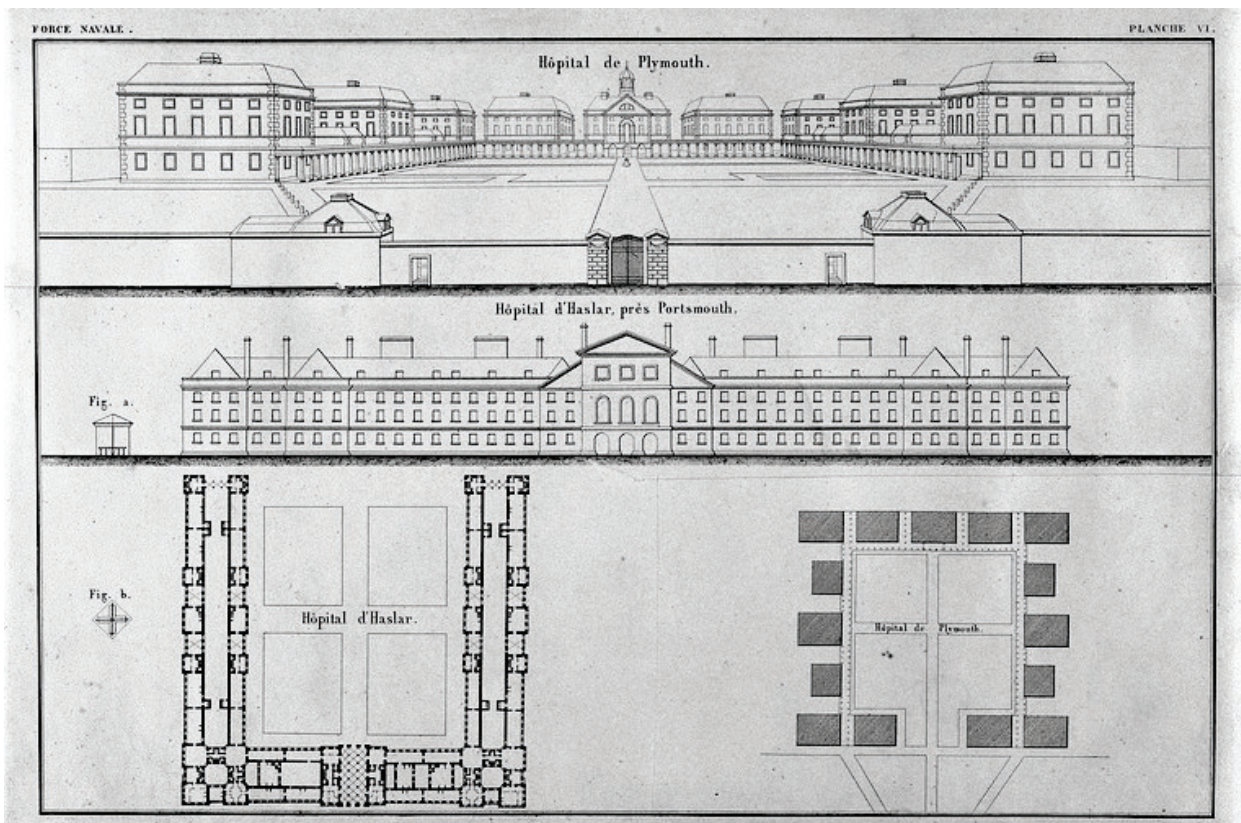
Źródło: Tiré de la Topographie françoise ou representations de plusieurs villes, bourgs, chasteaux, plans, forteresses, vestiges d'antiquité, maisons modernes et autres du royaume de France, Boisseau, Paris, 1655.

Nową, interesującą propozycją był zakład dla inwalidów wojennych *Royal Naval Hospital* (il. 1.9) w Plymouth, wybudowany w latach 1756–1764 według projektu Alexandra Roveheada. Zastosowano w nim system 15 wolnostojących pawilonów połączonych ze sobą korytarzami i łącznikami, rozlokowanych wokół rozległego dziedzińca. Był to jeden z pierwszych dużych szpitali pawilonowych⁵⁷.

Powstawało coraz więcej wielkich założeń szpitalnych, składających się z szeregu oddzielnych budynków. W 1707 r. w założono najstarszy berliński szpital *Charité*, będący początkowo lazaretem, a w 1727 r. przekształcony w szpital miejski i później znacznie rozbudowany. W 1784 r. otwarto nowoczesny i modelowy *Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien* (*Ogólny Szpital Miejski we Wiedniu*) (il. 1.10). Szpital urządzono we wznoszonych sukcesywnie wcześniej budynkach

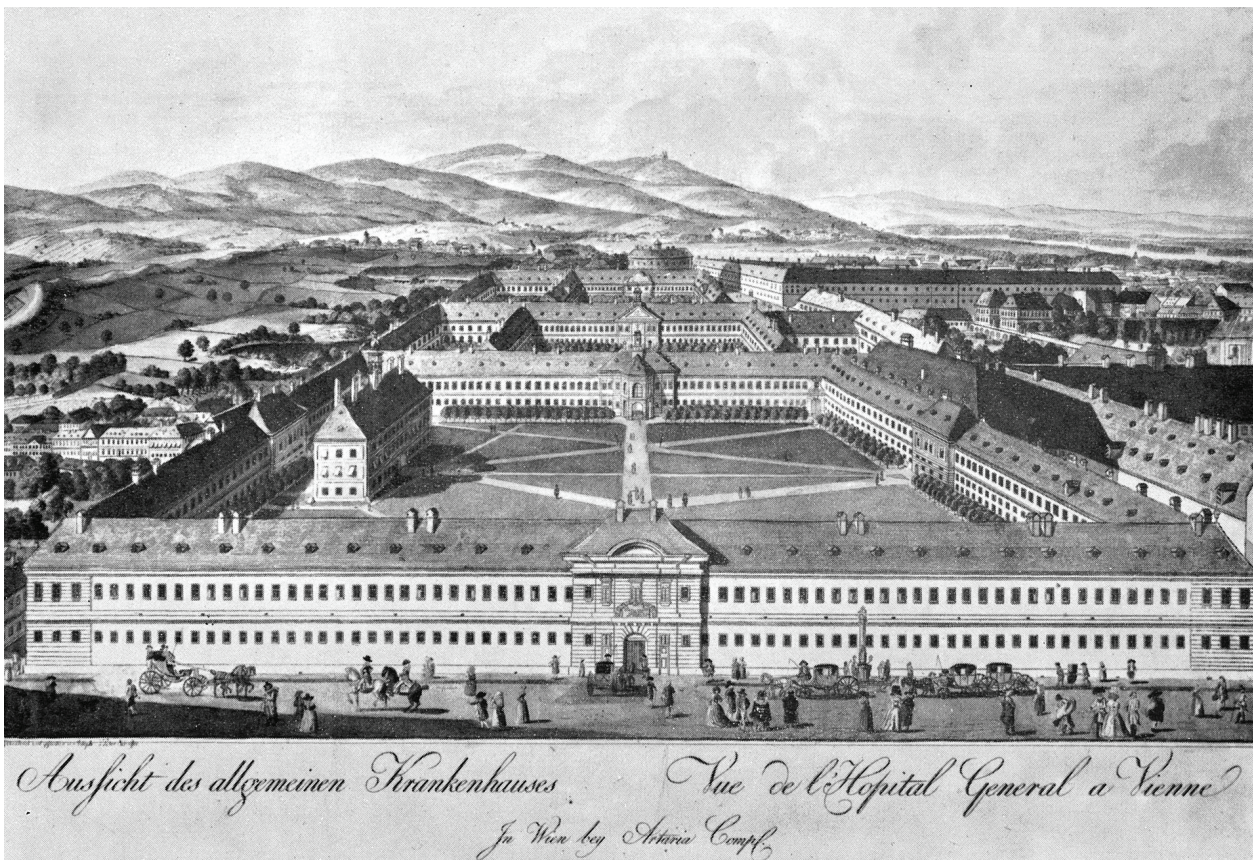
⁵⁶ *Histoire de l'hôpital Saint-Louis*, Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, <http://ghparis10.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/41/files/2019/07/Histoire-de-lhopital-Saint-Louis.pdf>.

⁵⁷ P. Steadman, *op. cit.*, s. 67–68.



Il. 1.9. Plymouth, Royal Naval Hospital

Źródło: Wellcome Library no. 23650i, <https://wellcomecollection.org/works/ka3be7d5>.



Il. 1.10. Wiedeń, Altes AKH, 1784 r. – sztych

Źródło: 600 Jahre Almer Mater Rudolphina, Eigenverlag Universität, Wien 1965, s. 96, <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:AAKH-1784.jpg>.

służących dla inwalidów wojennych, wdów i różnych osób niemających schronienia. Budynki były rozmieszczane wokół kolejnych dziedzińców wzorem paryskiego *Hôtel-Dieu*. W 1784 r. zbudowano tam słynną *Narrenturm* (wieżę szaleńców), będącą pierwszą kliniką psychiatryczną w Europie. Osiągnięcia szpitalnictwa w XVIII w. miały duży wpływ na dalszy rozwój architektury azylów i były wdrażane również w powstających w XIX stuleciu zakładach.

1.5. Idylliczna wizja „nowego” azylu

Rozwój medycyny, wzrost zainteresowania chorobami umysłowymi w XVIII stuleciu oraz przemiany społeczne i ideowe, które gwałtownie następowały u progu XIX w. sprawiły, że zaczęto zwracać coraz większą uwagę na los „szaleńców”. Pojawiło się przekonanie o możliwościach terapeutycznych, jakie mogło dać instytucjonalne leczenie psychicznie chorych. Psychologiczne teorie, które wyrażały poglądy między innymi Locke'a i Condillaca czy Williama Battie, pomogły w popularyzacji ideałów zdyscyplinowanego porządku i resocjalizacji. Ten ostatni, pionier idei terapeutycznych korzyści hospitalizacji, w traktacie „*Treatise on Madness*”⁵⁸ wydanym w 1758, twierdził, że „zarządzanie (postępowanie z chorymi)” może osiągnąć więcej niż „lekarstwo”, że szaleństwo „poddaje się leczeniu podobnie jak inne przypadłości, które chociaż uporczywe i nieznosne, nie noszą jednak miana nieuleczalnych” i należało, aby „takich nieszczęśników nie pozostawiać samym sobie, a tym bardziej nie zamykać w plugawych więzieniach niczym przestępców czy ludzi zagrażających społeczeństwu”. Battie wezwał do zastąpienia istniejących „domów wariatów”, jak londyński *Bethlem*, przez specjalnie zaprojektowane instytucje, takie jak *St Luke's Hospital for Lunatics* (szpital św. Łukasza dla wariatów) w Londynie, którego był pierwszym lekarzem naczelnym. Całkowita kontrola zapewniona przez azyl, miła, rodzinna atmosfera i wzajemne zaufanie powinny rozbudzić „cywilizowane nastroje” i „poradzić sobie z szaleństwem”. W efekcie powstawały, zwłaszcza w Anglii, małe, prywatne azyle dla zamożnych pacjentów, w których mogła być praktykowana nowa, interaktywna forma terapii, nazywana „zarządzaniem moralnym”⁵⁹.

Innym orędownikiem idei hospitalizacji był włoski lekarz Vincenzo Chiarugii (1759–1820). W swoim dziele „*Della Pazzia in Genere e in Specie*”⁶⁰, wydanym w latach 1793–1794 i napisanym na podstawie własnych doświadczeń z pracy w szpitalu psychiatrycznym, dowodził, że rola zakładów dla obłąkanych polega nie tylko na izolowaniu, ale także na leczeniu psychicznie chorych i jako pierwszy spisał zasady funkcjonowania leczniczego azylu dla obłąkanych⁶¹.

Dla postępowej części społeczeństwa reforma w opiece nad psychicznie chorymi oznaczała przede wszystkim „uwolnienie ich z łańcuchów” i ukrócenie okrutnego traktowania. Francuski lekarz Philippe Pinel (1745–1826), pracując w szpitalu *Bicêtre*, zredukował stosowanie mechanicznych ograniczeń, co dało dobre rezultaty. Pinel na podstawie swoich obserwacji z pracy w szpitalach *Belhomme*, *Bicêtre* i *Salpêtrière* wydał w 1801 r. podręcznik⁶², w którym przeciwstawiał się traktowaniu obłąkanych jak dzikich bestii, które należało przykuwać łańcuchami do ściany i trzymać w lochach. Uważał, że można ich „wychowywać” jak dzieci, co powinno „wyszkolić i wzmocnić ich władzę umysłową”. Postulował, aby takie podejście do chorych, nazwane *terapią moralną*, wprowadzać na oddziałach szpitalnych. Podręcznik ten zyskał ogromny rozgłos, dlatego też Pinel uważany jest za ojca nowoczesnej psychiatrii⁶³. Idee francuskiego psychiatry wprowadził w życie jego uczeń Jean- Étienne Esquirol (1772–1840). Koncepcja społeczności terapeutycznej tworzonej przez pacjentów i lekarzy, wspólnie mieszkających w zakładzie psychiatrycznym była głównym celem jego starań o zreformowanie francuskich zakładów psychiatrycznych⁶⁴.

Ruch reformatorski na początku XIX w. rozciągał się na całą Europę, Stany Zjednoczone i później na inne kontynenty. Psychiatria zaczęła wyłaniać się jako odrębna dyscyplina medyczna, której

⁵⁸ W. Battie, *Treatise on Madness*, Whiston and White, London 1758.

⁵⁹ R. Porter, *op. cit.*, s. 272–273; E.L. Shorter, *op. cit.*, s. 19–20.

⁶⁰ Reprint: V. Chiarugi, *Della pazzia in genere, e in ispecie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni*, Vecchiarelli, 1991.

⁶¹ *Ibidem*, s. 21.

⁶² „*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*”, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g.texteImage> – wydanie II z 1809 r., J.A. Broson, Libraire, Paris, (dostęp: 29.03.2020).

⁶³ E.L. Shorter, *op. cit.*, s. 21–22.

⁶⁴ *Ibidem*, s. 21–23.

uprawianie – jak wówczas uważano – wymagało specjalnych predyspozycji. Alienista (psychiatra) powinien odznaczać się przenikliwym umysłem, cierpliwością i wytrwałością, dobrą wolą i posturą budzącą respekt. Niemiecki lekarz Johann Reil (1759–1813) pisał w 1803 r. „Lekarze Anglii, Francji i Niemiec jednocześnie czynią krok ku poprawie losu obłąkanych. [...] Kosmopolici z radością obserwują niestrudzone wysiłki ludzkości, która usiłuje ulżyć doli swoich braci. Koszmar więzień należy już do przeszłości”⁶⁵. W 1795 r. Reil założył pierwsze w krajach niemieckich czasopismo poświęcone psychiatrii – „Archiv für die Physiologie”, a w 1810 r. został jednym z pierwszych nauczycieli psychiatrii na uniwersytecie w Berlinie. Swoje spostrzeżenia zawarł w wydanej w 1803 r. książce „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen”⁶⁶ (Rapsodia o zastosowaniu metody leczenia psychologicznego w przypadku obłąkania). Uważał, że należy tworzyć osobne instytucje dla uleczalnie chorych i nieuleczalnie chorych. W zakładach dla uleczalnie chorych proponował stosowanie różnych metod terapeutycznych, np. fizjoterapię i psychoterapię, jako rozrywkę polecał przedstawienia teatralne dla pacjentów, a nawet wizyty prostytutek u mężczyzn⁶⁷. Poglądy Reila miały duży wpływ na rozwój liberalnego nurtu niemieckiej psychiatrii. Propagatorem drugiego nurtu – autorytarnego – był lekarz wojskowy Ernst Horn (1774–1848), wykształcony w duchu reguł pruskiej dyscypliny. Podkreślał rolę porządku i zdyscyplinowania na oddziałach psychiatrycznych, co pozwalało nie tylko na utrzymanie higieny, ale miało też funkcję terapeutyczną. Narzucając dyscyplinę, dokładny plan dnia – jako zaprzeczenie ciągłej beczynności – dawał pacjentom poczucie panowania nad własnym życiem, co sprzyjało powrotowi do zdrowia⁶⁸.

Na przełomie stuleci idea „nowego azylu” jako postępowej instytucji, która miała stać się miejscem, gdzie skutecznie można będzie leczyć choroby umysłowe, zdobywała coraz więcej zwolenników. Jak utrzymywał wybitny brytyjski psychiatra John Conolly (1794–1866) miało to być miejsce, w którym będzie „panować humanizm, jak nigdzie indziej na ziemi”. Zaczęto przykładać coraz większą wagę do organizacji zakładów dla psychicznie chorych. Powstały pierwsze publikacje na temat azylów. W 1837 r. dr W.A.F. Browne (1806–1885) w swoim dziele „What Asylums Were, Are, Ought to Be”⁶⁹ zawarł idylliczny obraz zakładu przyszłości. Pisał: „Pomyśl o przestronnym budynku przypominającym pałac para, górującym nad otoczeniem i eleganckim, otoczonym rozległymi ogrodami i terenem zielonym. Wnętrze jest wyposażone w galerie, warsztaty i sale muzyczne. Pomieszczenia są słoneczne i mają dostęp powietrza, z okien nie zasłoniętych okiennicami czy kratami, grupy pacjentów mogą spoglądać na krzewy i pola, wszystko jest czyste, ciche i atrakcyjne. Wszyscy podopieczni wydają się być aktywowani przez wspólny impuls radości, wszyscy są zajęci i zachwyceni bytem. [...] W tej społeczności nie ma przymusu, łańcuchów, biczów, cielesnych kar, po prostu dlatego, że okazały się mniej skuteczne niż opieka, łagodna perswazja i pragnienie uzyskania satysfakcji. [...] To wszystko można zobaczyć już w wielu instytucjach, a podsumowując wszystkie ich dobre strony otrzymamy obraz azylu jakim być powinien”⁷⁰.

Ówczesni psychiatrzy podkreślali dwa lecznicze aspekty pobytu w zorganizowanym według „idei Pinela i Reila” zakładzie dla umysłowo chorych: uporządkowany tryb życia oraz relacja między lekarzem a pacjentem, nazywana *terapią moralną (umysłową)*⁷¹. To odróżniało nowoczesne azyle od dawnych „domów wariatów”. Reil wskazywał, jak zaplanować instytucję leczniczą. Na początek zalecał wybranie ładnie brzmiącej nazwy i usytuowanie zakładu w pięknej okolicy, wśród wód, strumieni i jezior, wzgórz i pól uprawnych. Zakład powinien mieścić się w małych pawilonach,

⁶⁵ *Ibidem*, s. 19.

⁶⁶ J.Ch. Reil, *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen*, Curt, Halle nad Saale, 1803, http://www.deutschestextarchiv.de/book/view/reil_curmethode_1803?p=467 (dostęp: 8.12.2019).

⁶⁷ *Ibidem*, s. 24; M. Schochow, D.F. Steger, *Johann Christian Reil (1759–1813): Pioneer of Psychiatry, City Physician, and Advocate of Public Medical Care*, Am. J. Psychiatry 171(4), 2014, <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ajp.2013.13081151> (dostęp: 7.12.2019).

⁶⁸ Więcej o E. Hornie patrz: H. Schneider, *Ernst Horn (1774–1848) – Leben und Werk: ein aerztlicher Direktor der Berliner Charite an der Wende zur naturwissenschaftlichen Medizin*, Freie Universität, Berlin 1986.

⁶⁹ W.A.F. Browne, *What Asylums Were, Are, Ought to Be*, Balfour and Jack, Edinburg 1837.

⁷⁰ Cyt. za R. Porter, *op. cit.*, s. 494.

⁷¹ We Francji *traitment moral*, w Anglii znana jako *moral treatment*, w krajach niemieckojęzycznych *Moralische Behandlung*. Ciekawe uwagi na temat *terapii moralnej* patrz: A. Borthwick, C. Holman, D. Kennard, M. Mc Fetridge, K. Messruther, J. Wilkes, *The relevance of moral treatment to contemporary mental health care*, Journal of Mental Health, 10, 2001, s. 427–439, https://www.researchgate.net/publication/232043396_The_relevance_of_moral_treatment_to_contemporary_mental_health_care (dostęp: 29.03.2020).

otaczających budynek administracyjny. Na terenie szpitala powinny znaleźć się łaźnie z kąpielami bąbelkowymi, jaskiniami i tajemniczymi grotami, miejsca-„świątynie” do ćwiczenia koncentracji⁷². Wizja Reila okazała się prorocza, choć do powstania azylów składających się z szeregu położonych w rozległych parkach pawilonów, o bardzo szerokim programie funkcjonalnym doszło dopiero pod koniec XIX w.

Pionierami *moralnego traktowania* psychicznie chorych byli angielscy Kwakrzy. Tajemnicza śmierć w 1791 r. w azylu w York Hannah Mills⁷³ – dziewczynki z ich społeczności cierpiącej na „melancholię” – wzbudziła podejrzenia o złe traktowanie i znęcanie się nad pacjentką. W związku z tym Kwakrzy, kierowani przez Williama Tuke, postanowili założyć własną instytucję, w której naczelną ideą miały być „optymizm, życzliwość i uporządkowanie życia pacjenta”⁷⁴. W 1792 r. otwarto *The Retreat (Odosobnienie)* w Lamel Hill w hrabstwie York. Działalność azylu opierała się na założeniu, że szaleństwu można zaradzić łącząc życzliwość, odpowiednią atmosferę i środowisko. Tuke w „instrukcji azylu” jasno zaznaczył, że zniesione zostanie tam stosowanie ograniczeń mechanicznych, takich jak łańcuchy, a czas wolny stanie się głównym programem leczenia. W akcie „życzliwości” – pisał – pensjonariusze przestaną być uznawani za „szalonych” i zostaną słusznie nazwani „pacjentami”⁷⁵. *The Retreat* osiągnął sławę w Anglii jako symbol postępu i uznaje się go za pierwszy azyl „zbudowany specjalnie” dla stosowania *terapii moralnej*. W 1813 r. wnuk Williama Tuke’a Samuel pisał: „Rozumna uprzejmość generalnie wzbudza wdzięczność i żywe uczucia pacjentów”, co było zgodne z podstawowymi zasadami spopularyzowanej przez Pinela *terapii moralnej*.

1.6. XIX-wieczne zakłady dla obłąkanych – idea i rzeczywistość

Kolejne stulecie – wiek XIX – w psychiatrii można nazwać za Edwardem Schorterem „erą zakładów dla obłąkanych”. „W ciągu 100 lat umieszczanie osób umysłowo chorych w zakładach psychiatrycznych, z początku praktyka stosowana rzadko i tylko w koniecznych przypadkach, stało się ogólnie przyjętym zwyczajem”⁷⁶. Niestety mimo dobrych chęci lekarzy wzrost liczby pacjentów, jaki nastąpił w ciągu XIX stulecia doprowadził do upadku idei *terapii moralnej* i azylu jako miejsca leczenia, a nie tylko izolowania psychicznie chorych. Jednak nie ulega wątpliwości, że zakłady dla umysłowo chorych odegrały istotną rolę w dziejach psychiatrii.

Rozwój azylów związany był z narodowymi tradycjami w dziedzinie opieki zdrowotnej⁷⁷. Na kontynencie europejskim publiczny system opieki zdrowotnej był ugruntowany już wcześniej. We Francji w XVII w. istniały już szpitale ogólne, a w kolejnym stuleciu ustanowiono stanowiska lekarzy urzędowych. Jednak system cechowała duża centralizacja, wszystko, w tym tworzenie zakładów psychiatrycznych, było działaniem odgórnym, kierowanym z Paryża. W rezultacie, chociaż w stolicy pręźnie działali reformatorzy, ich idee nie docierały na prowincje. W 1838 r. wydana została ustawa regulująca kwestię zarządzania zakładami psychiatrycznymi, dotyczyła jednak tylko sposobu przyjmowania pacjentów (wymagano wstępnej zgody sądu) i zalecała stworzenie ogólnokrajowej sieci zakładów psychiatrycznych. Nie było mowy o *terapii moralnej*, a instytucje utworzone na mocy ustawy zapewniały bardzo skromną opiekę.

Również kraje niemieckojęzyczne miały długą tradycję medycyny publicznej, ugruntowaną pod koniec XVIII w. przez centralistyczny nadzór nad opieką zdrowotną. Jednak do zjednoczenia w 1871 r. panowało tam duże rozdrobnienie. Niemcy stanowiło 39 niezależnych księstw i królestw, w których podejście do chorób psychicznych było dość zróżnicowane. Jednak współzawodnictwo na polu naukowym, powstanie wielu uniwersytetów szczerze dotowanych przez lokalne władze, powodowało, że lekarze prześcigali się, wprowadzając innowacje i reformy, co przyczyniło się do prężnego rozwoju psychiatrii. Wtedy również narodziła się koncepcja „polityki zdrowotnej”. Podstawy nowoczesnej, państwowej organizacji ochrony zdrowia przedstawił Johann Peter Frank

⁷² J.Ch. Reil, *op. cit.*, s. 459–463.

⁷³ Niektóre źródła mówią o mężczyźnie ze społeczności Kwaków.

⁷⁴ E.T. Carlson, *The Death of the Asylum?*, Bulletin of the New York Academy of Medicine, nr 50, 1874, s. 636–50.

⁷⁵ A. Digby, *Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796–1914*, Cambridge University Press, Cambridge 1985, s. 5–8.

⁷⁶ E.L. Schorter, *op. cit.*, s. 46.

⁷⁷ O tradycjach lokalnych szerzej E.L. Schorter, *op. cit.*, s. 47–54.

(1725–1841) w swoim sześciotomowym dziele „System einer vollständigen medicinischen Polizey”, wydany w latach 1779–1788⁷⁸.

Inaczej sytuacja przedstawiała się w krajach anglojęzycznych. Zarówno w Anglii, jak i później w Stanach Zjednoczonych silne były tradycje dobroczynne i większość psychicznie chorych przebywała w prywatnych zakładach. Chociaż prawodawstwo angielskie (ustawa z 1808 r.) przewidywało zakładanie przytułków przez władze hrabstw, instytucje psychiatryczne pozostały w rękach prywatnych aż do wydania ustawy o chorobach psychicznych – *Lunacy Act* w 1890 r.

Od początku XIX w. powstawało coraz więcej nowoczesnych zakładów leczniczych dla psychicznie chorych. Jeden z pierwszych azylów w Europie Środkowej otwarto w 1811 r. w adaptowanej do tego celu twierdzy Sonnenstein w Saksonii. Mieścił – poza salami dla pacjentów – salę białodową, pokoje muzyczne wyposażone w fortepiany, czytelnię udostępniającą „poważne książki”, a także urządzenia do hydroterapii. Ośrodek w Sonnenstein szybko zyskał sławę jako „wschodzące słońce nowej psychiatrii”⁷⁹.

W 1817 r. rząd pruski zlecił wprowadzenie reform w całym państwie lekarzowi Johannowi Gottfriedowi Langermannowi (1768–1832), który wsławił się reorganizacją przytułku w Bayreuth. Drugim reformatorem pruskim był Maksymilian Jacobi (1775–1858), który wcześniej zdobył sławę jako reorganizator bawarskiej służby zdrowia. Jemu powierzono stanowisko naczelnego lekarza w nowym zakładzie w nadreńskim Siegburgu, niedaleko Bonn, umieszczonym w murach dawnego klasztoru. Jacobi opublikował również wiele prac dotyczących prowadzenia azylu. Zalecał to, co pionierzy psychiatrii, czyli uporządkowany tryb życia, oddziaływanie autorytetu lekarza, który miał być wzorem uczciwości i obowiązkowości dla pacjenta. Był zwolennikiem hospitalizacji w specjalistycznej placówce, która dzięki szczególnej organizacji najlepiej mogła służyć leczeniu zaburzeń psychicznych. Jacobi zwracał uwagę na stosowanie odpowiedniej diety, zażywanie przez pacjentów świeżego powietrza, zapewnienie im ruchu i zajęć, według szczegółowo opracowanego harmonogramu⁸⁰.

W Wielkiej Brytanii idee *terapii moralnej* wprowadzał William Charles Ellis (1780–1839). Praktykował w zakładzie *West Riding* w hrabstwie York, otwartym w 1818 r. w Wakefield. Od 1831 r. prowadził nowo otwarty *Hanwell Asylum* w Middlesex, gdzie wprowadzał w życie reformatorskie idee. Ellis uważał, że azyle powinny być instytucjami, w których panowałyby atmosfera rodzinna. Pisał: „Najważniejszym składnikiem terapii moralnej jest ciągła, wytrwała i uważna życzliwość, [...] nawet wśród szaleńców niewielu jest takich, którzy potrafiliby się oprzeć szczeremu zainteresowaniu”. Znaczna część pacjentów wykonywała codziennie jakąś użyteczną pracę – nazwaną *pracą terapeutyczną*. Ellis stosował też leczniczy dotyk, uspokajający pacjentów i przynoszący im ulgę. Wkrótce zakład w Hanwell stał się centrum *terapii moralnej* w Anglii⁸¹. Pod koniec lat 40. XIX w. nowe idee znane były już w całej Wielkiej Brytanii. Zakłady z przytułków przekształcały się w instytucje lecznicze.

W Stanach Zjednoczonych pierwszy zakład, w którym stosowano *terapię moralną*, otwarty został przez Kwaków w 1817 r. we Frankfordzie, w Pensylwanii. Wzorem był angielski *York Retread*. Azyl był pierwszą instytucją, gdzie nigdy nie krępowano pacjentów łańcuchami. Zakład zrobił ogromne wrażenie i pomału, głównie dzięki kwestom i prywatnej dobroczynności, zaczęły powstawać kolejne placówki, które były w części publiczne i dostępne ubogim. Wśród reformatorów szczególnie zasłużyli się dwaj lekarze – Eli Todd (1769–1833) i Samuel Woodward (1787–1850), dzięki którym otwarto w 1824 r. azyl w Hartford w Connecticut.

Pomimo budowy i otwierania nowych ośrodków pacjentów przybywało więcej niż miejsc w szpitalach. Pod koniec XIX stulecia pensjonariuszy było już tak wielu, że psychiatrzy nie mogli poświęcać im tyle czasu, ile było potrzebne dla skutecznej terapii. Brak łóżek stał się stałym problemem lecznictwa psychiatrycznego. Często zdarzało się, że w szpitalu przebywało dwukrotnie więcej pacjentów niż zakładano w projekcie. Na początku 1820 r. do typowego zakładu w Stanach Zjednoczonych przyjmowano 31 nowych pensjonariuszy rocznie, a w 1870 r. już 182. Średnia licz-

⁷⁸ Więcej o J.P. Franku i jego dziele patrz: R. Haag, *Johann Peter Frank (1745–1821) und seine Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit*, Kovac, Hamburg 2011.

⁷⁹ E.L. Schorter, *op. cit.*, s. 49–50.

⁸⁰ M. Jacobi, *Über die Anlegung und Einrichtung von Irren-Heilanstalt mit ausführlicher Darstellung der Irren-Heilanstalt zu Siegburg*, Reimer, Berlin 1834, s. 16–17.

⁸¹ E.L. Schorter, *op. cit.*, s. 55–56.

ba chorych przypadających na jeden zakład wzrosła z 57 do 473. W 1895 r. na przykład w Worcester (Massachusetts) pracowało czterech lekarzy, a liczba pacjentów wynosiła 1200, przy czym każdego roku przyjmowano 600 nowych chorych. Podobnie działo się w Europie. W krajach niemieckojęzycznych w 1852 r. na 5300 członków ogólnej populacji w zakładzie psychiatrycznym przebywała jedna osoba, w 1911 r. – jedna na 500 osób. Mimo dużych dotacji ze strony państwa nie nadążano z budową zakładów. W 1911 r. w szpitalu psychiatrycznym *Sainte-Anne* w Paryżu, zaprojektowanym dla 490 pacjentów, przebywało około 1100 osób. Takie same problemy miały pozostałe szpitale w regionie paryskim. Trudności nie ominęły również Wysp Brytyjskich. W 1859 r. liczba pensjonariuszy zakładów dla psychicznie chorych wynosiła 1,6 na 1000 mieszkańców, w 1909 r. wzrosła do 3,7⁸². Powracał więc, choć z innych przyczyn, problem izolowania zamiast leczenia chorych, cofnięcie od rehabilitacji do nadzoru.

Jakie były przyczyny tego zjawiska? Edward Schorter w swojej książce przytacza kilka ścieraających się ze sobą teorii na ten temat. Według pierwszej, choroby psychiczne były wytworem społeczeństwa kapitalistycznego, które izolowało w zakładach ludzi niechętnych kultowi pracy, prowadzących ekstrawagancki styl życia czy sprzeciwiających się męskim autorytetom. Druga teoria wzrost liczby chorych wiązała z problemami społecznymi zachodzącymi w XIX w., co mogło zgodnie z prawdą dotyczyć niektórych schorzeń, ale nie mogło odnosić się do wszystkich chorób psychicznych. Trzecia grupa badaczy uważa, że zmiany częstości występowania chorób psychicznych zależą od warunków społecznych mogących mieć wpływ na funkcjonowanie umysłu i mózgu. Wszystkie trzy teorie wiążą się z przemianami, jakie zachodziły w XIX stuleciu. Należy jeszcze wziąć pod uwagę, fakt redystrybucji chorych z domów do szpitali, która cały czas narastał. Badania wskazują również na wzrost zachorowań na niektóre choroby spowodowane przez inne czynniki ryzyka, jak kiła układu nerwowego czy psychoza alkoholowa. Podniesienie poziomu życia i wprowadzenie tanich metod produkcji alkoholu spowodowało znaczny wzrost jego konsumpcji. Do szpitali psychiatrycznych zgłaszało się coraz więcej nałogowych alkoholików, odnotowywano też coraz więcej przypadków zatrucia alkoholem⁸³.

Pod koniec XIX w. najwyższy poziom reprezentowały mocno dofinansowane przez państwo niemieckie zakłady psychiatryczne. Ale i w nich warunki mogły budzić niepokój. Pomimo to niemieccy psychiatrzy nadal dążyli do usprawnienia opieki nad pacjentami i nadal budowano coraz nowocześniejsze azyle. Kryzys zakładów psychiatrycznych odbijał się również na pozycji samych lekarzy. Według obiegowej opinii psychiatrzy nie potrafili nic zdziałać, powszechny był pogląd: „decydując się na psychiatrię, praktycznie stajesz się więźniem zakładu psychiatrycznego i leczysz ludzi, którzy wcale tego nie pragną”. W efekcie było coraz mniej chętnych do uprawiania tej trudnej specjalizacji⁸⁴.

Chociaż psychiatria rozwijała się dalej w innym kierunku, po „wieku azylów” pozostało dużo ciekawych zespołów urbanistyczno-architektonicznych. Wiele z nich, zwłaszcza na terenach dawnych Prus, gdzie budowano je ze szczególną pieczołowitością, nadal funkcjonuje jako szpitale dla nerwowo i psychicznie chorych. Pomimo że metody leczenia stosowane przez XIX-wiecznych psychiatrów nie sprawdziły się, architektura, która pozostała nadal jest wykorzystywana. Zatopione w zieleni szpitale składające się z niewielkich pawilonów do dziś tworzą kameralną atmosferę spokoju, „kojenia nerwów”, pełnią rolę, do jakiej zostały zaprojektowane. Architektura, która miała leczyć, przetrwała do dziś.

⁸² Podane za E.L. Schorter, *op. cit.*, s. 60–61.

⁸³ *Ibidem*, s. 63–74.

⁸⁴ *Psychiatrischer Alltag in der Autobiographie von Karl Gehry (1881–1962)*, red. B. Schoop-Russbült, Jurys, Zurich 1989, s. 50–51.

2. ARCHITEKTURA AZYLÓW – OD MIEJSCA ODOŚOBNIENIA DO PRZESTRZENI TERAPEUTYCZNEJ

Budynki, w których umieszczano umysłowo chorych, przez stulecia były dobierane dość przypadkowo. Do czasów reformy psychiatrii i sformułowania idei „naprawy chorego umysłu” za pomocą *terapii moralnej* chorzy cierpiący na zaburzenia psychiczne byli „usuwani” ze społeczeństwa. Nadzorowi i odizolowaniu służyły obiekty, w których ich przetrzymywano. Mogły to być szpitale lub przytułki czy nawet więzienia. Nie przedstawiały jakiegось konkretnego typu architektonicznego, ich funkcja natomiast postrzegana była jako miejsce izolacji chorych i sprawowania nad nimi opieki bądź tylko odizolowania i nadzoru. Często były również swego rodzaju pomnikami dobroczynności, jednak nikt nie zastanawiał się, czy służą one chorym czy bardziej pozostałej części społeczeństwa.

Od końca XVIII w., kiedy podjęto próby leczenia, a nie tylko izolacji „szaleńców”, zapoczątkowano rozważania na temat miejsc i budynków, które będą odpowiednie do nowej metody leczenia – *terapii moralnej*. Somatyczne idee szaleństwa, koncentrujące się na ciele chorego, wymagały uporządkowanego miejsca, pozytywnie wpływającego na ciało i umysł. Do tego potrzebna była specjalnie zaprojektowana architektura, która w mniemaniu ówczesnych psychiatrów działałaby jako swego rodzaju środek terapii. W „erze azylów” układ urbanistyczny i architektura oraz układ funkcjonalny budynków miały ogromne znaczenie i były planowane pospołu przez architektów i psychiatrów.

Jeszcze na początku XIX w. psychicznie chorych najczęściej umieszczano w adaptowanych do tego celu budynkach, na przykład w sekularyzowanych klasztorach. Jednak psychiatrzy i architekci coraz bardziej skłaniali się ku budowie nowych, specjalnie do tego celu zaprojektowanych zespołów szpitalnych. Nie przedstawiały one jednego, zunifikowanego typu architektonicznego i znacznie ewoluowały w ciągu stulecia. Warto przyjrzeć się kilku wczesnym angielskim rozwiązaniom i propozycjom, które miały wpływ na rozwijającą się później architekturę azylów.

2.1. Angielskie modele azylów z końca XVIII w.

2.1.1. Bethlem – wzór dla układów korytarzowych

Jak już wspomniano, od początku XV w. jako przytułek dla psychicznie chorych służył znany w całej ówczesnej Europie londyński szpital *Bethlem*. Od 1546 r. szpitalem zarządzało miasto Londyn. Z biegiem lat budynki lecznicy znacznie podupadły i ich stan pozostawiał wiele do życzenia, a liczba pacjentów rosła. Pomimo rozbudowy w 1667 r. zakład nie był w stanie pomieścić wzrastającej liczby chorych. W 1674 r. zarząd szpitala stwierdził, że budynek jest „bardzo stary, zniszczony i zrujnowany oraz za mały dla rosnącej liczby przybywających szaleńców”. W związku z tym postanowiono wzniesić nowy gmach. Pod budowę wybrano rozległe, wolne tereny w Moorfields, po północnej stronie Londynu (il. 2.1).

Fundusze na budowę zostały zebrane dzięki datkom społecznym i filantropijnej działalności zarządu szpitala. Nowy gmach wzniesiono wyjątkowo szybko – w latach 1675–1676. Koszt budowy wynosił 17000 funtów, co było wówczas bardzo dużą kwotą⁸⁵. Wykonanie projektu powierzono Robertowi Hooke, znanemu jako główny asystent Christopera Wrena. Chociaż wiadomo, że Hooke przedstawił zarządowi model azylu przed rozpoczęciem prac budowlanych, żaden plan się nie zachował. Istnieją jednak opisy wnętrza, na podstawie których można odtworzyć plan założenia⁸⁶.

⁸⁵ Ch. Stevenson, *The Architecture of Bethlem at Moorfields*, [w:] J. Andrews, A. Briggs, R. Porter, P. Tucker, K. Waddington, *History of Bethlem*, Routledge, London & New York 1997, s. 230–259.

⁸⁶ Więcej na ten temat: T. Bowen, *An Historical Account of the Rise, Progress and Present State of Behtlem Hospital*, 1783 London, s. 5 i następne, <https://wellcomelibrary.org/item/b22392749#?c=0&m=0&s=0&cv=13&z=-0.0835%2C0.4094%2C1.3948%2C0.7057> (dostęp: 20.03.2022). Analizy materiałów archiwalnych i opisów dotyczących Bethlem projektu Roberta Hooke i wyjaśnienia znaczenia budowli podjęła się Christine Stevenson: Ch. Stevenson, *Robert Hooke's Bethlem*, *Journal of the Society of Architectural Historians*, vol. 55, nr 3, 1996, s. 254–275.



Il. 2.1. Londyn, Bethlem Morfields, proj. Robert Hooke, ryt. Robert White, 1676 r.

Źródło: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Robert_White_engraving.jpg.

Hooke zaprojektował duży, monumentalny budynek, o „pałacowej” fasadzie i dużej skali, położony wśród rozległych terenów zielonych⁸⁷. Na osi kompozycji znajdował się centralny pawilon, podkreślony bogatszą dekoracją fasady, mieszczącej główne wejście poprzedzone schodami i zwieńczonej dekoracyjnym naczółkiem oraz wieżą z zegarem w strefie dachu. Wewnątrz, na I kondygnacji, umieszczono reprezentacyjny hall ozdobiony tabliczkami z nazwiskami dobroczyńców szpitala, połączonymi ze sobą rzeźbionymi głowami cherubinów. Znajdowało się tam również biuro kierownika oraz pokój dla głównego lekarza i aptekarza, w którym badano pacjentów przyjmowanych do szpitala i wypisywano tych, którzy ukończyli „leczenie”. Umieszczone na tyłach hallu główne schody prowadziły na piętro, do sali obrad komitetu zarządzającego szpitalem, prawdopodobnie największego pomieszczenia, ozdobionego bogatą dekoracją sztukatorską. Centralny blok połączony był z 2-kondygnacyjnymi skrzydłami posadowionymi na wysokiej piwnicy, w których zakwaterowani byli pacjenci, z podziałem na płeć. Środkowe osie skrzydeł zaakcentowano nieznacznie przestającymi z lica ryzalitami, zwieńczonymi trójkątnymi frontonami. Całość została ujęta po bokach dwoma przestającymi z lica, nieco wyższymi pawilonami, zwieńczonymi łukowymi naczółkami i podkreślonymi wieżyczkami. Wzdłuż południowych ścian skrzydeł rozmieszczone zostały w jednym trakcie pojedyncze izby-cele dla pacjentów, doświetlone małymi, wysoko umieszczonymi oknami. Z drugiej strony rozciągała się galeria, z dużymi oknami, komunikująca wszystkie pomieszczenia, dodatkowo doświetlająca cele. W piwnicy umieszczono kuchnię, pralnię i magazyny⁸⁸.

Obiekt został zaprojektowany dla 120 pacjentów, szerokość fasad wynosiła około 150 metrów, a głębokość budynków około 12 metrów⁸⁹. Za budynkiem rozciągał się teren zielony, gdzie pensjonariusze mogli zażywać świeżego powietrza i uprawiać gimnastykę. Całość została otoczona wysokim murem, od frontu nieco niższym, aby nie zasłaniał widoku fasady.

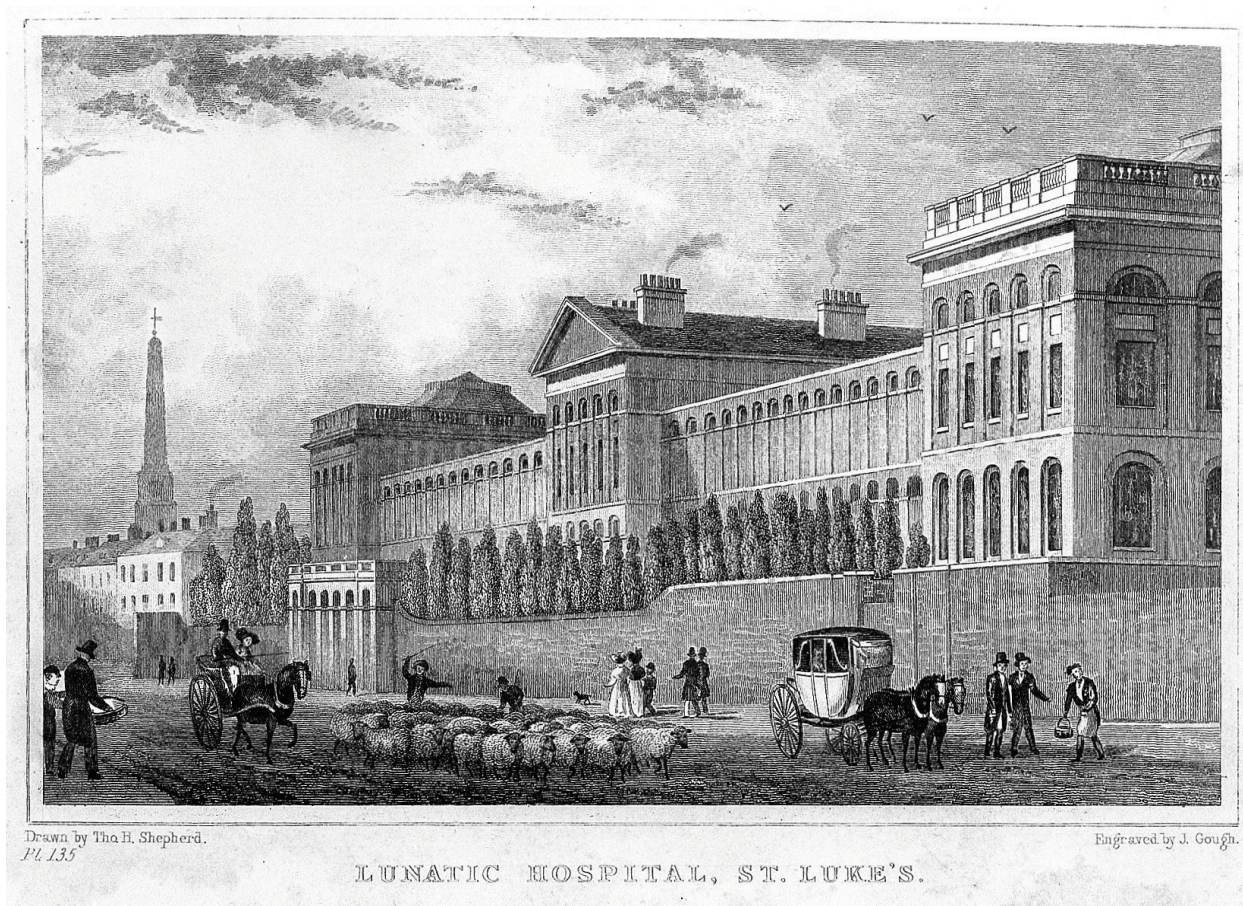
Gmach szpitala od początku uznawany był za „szlachetny pomnik dobroczynności”. Opisywano go nawet jako „szpital ubrany w pałacowe szaty”, co było życzeniem zarządu i miało być swego rodzaju autoreklamą, przyciągającą potencjalnych ofiarodawców. Plan Hooke’a był zapewne pierwszym takim rozwiązaniem w Anglii. Był to także pierwszy budynek charytatywny wzniesiony w Londynie od czasów reformacji, a w rzeczywistości pierwsza całkowicie nowa fundacja dobroczynna⁹⁰.

⁸⁷ P. Allderidge, *op. cit.*, s. 321–34.

⁸⁸ T. Bowen, *op. cit.*, s. 6–7; Ch. Stevenson, *Robert Hooke’s...*, *op. cit.*, s. 254–275.

⁸⁹ L. Topp, *Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding*, *The Art Bulletin*, vol. 87 (1), 2005, s. 130–156.

⁹⁰ Ch. Stevenson, *Robert Hooke’s...*, *op. cit.*, s. 254–275.



Il. 2.2. Londyn, St Luke's Hospital for Lunatics, 1878 r.

Źródło: Wellcome Collection, <https://wellcomecollection.org/works/hgvzfgqz/items?canvas=1>.

Pod koniec XVIII w., po ponad 100 latach funkcjonowania szpitala w Moorfields, stan budynków uległ znacznemu pogorszeniu. Obiekt „miał nierówne podłogi, wybrzuszone ściany i ciekący dach”. Przyczyną była prawdopodobnie zbyt pośpieszna budowa (między innymi brak odpowiednich fundamentów)⁹¹. Po kontroli przeprowadzonej w 1799 r. stwierdzono, że naprawy i rozbudowa istniejących budynków są zbyt kosztowne. Ze względu na trudności finansowe w 1804 r. ogłoszono zbiórkę na rzecz budowy nowego szpitala. Uzyskano także wsparcie państwa w zamian za zapewnienie miejsc uznanym za „szalonych” weteranom wojen napoleońskich. Nowy gmach wzniesiono na terenie George's Fields, według wyłonionego w drodze konkursu projektu Jamesa Lewisa. Architekt zaprojektował gmach w stylu neoklasycznym, czerpiąc inspirację z budynku Hooke'a. Szpital został ukończony w 1815 r., a rok później oddano do użytku specjalistyczny oddział dla obłąkanych przestępców⁹².

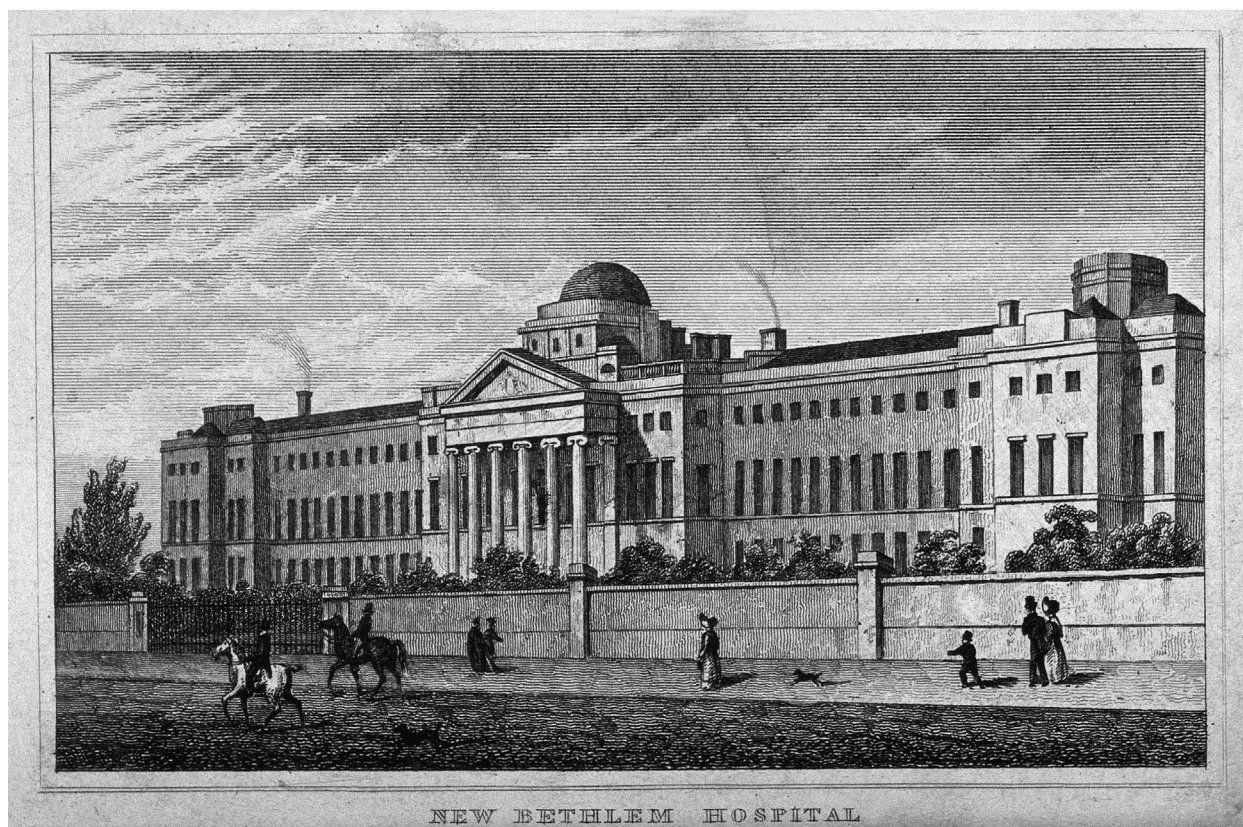
Gmach składał się z centralnej części, zaakcentowanej w fasadzie portykiem kolumnowym i mieszczącej reprezentacyjny hall, klatkę schodową oraz pomieszczenia administracyjne. Po obu jej stronach usytuowano po jednym skrzydle dla pacjentów, zakończonym ryzalitem. Budynki zaprojektowane zostały podobnie jak w *Bethlem* Hooke'a, którego układ uważany był za szczególnie odpowiedni dla szpitala i łatwy do podziału na niezależne od siebie małe izby i sale. W architekturze azylowej ten wzór układu funkcjonalnego z pojedynczymi izbami skomunikowanymi galerią, nazywany też układem korytarzowym, pozostawał aktualny przez długi czas. Według tego schematu wybudowano również gmach *St Luke's Hospital for Lunatics* (początek budowy 1750 r.), który był drugim w Londynie publicznym azylem (il. 2.2). Kiedy więc podjęto decyzję o przeprowadzce *Bethlem* do nowej lokalizacji, plan nowego szpitala został zaprojektowany podobnie jak starego. Funkcjonalnie podzielony został na trzy części, w tym dwie w skrzydłach mieszczące odrębne od-

⁹¹ Ch. Stevenson, *The Architecture...*, s. 230–259.

⁹² J. Andrews, A. Briggs, R. Porter, P. Tucker, K. Waddington, *History of Bethlem*, Routledge, London & New York 1997, s. 401–402.

działy dla każdej płci. Skrzydła zaplanowano w układzie 1,5-traktowym – z izbami dla chorych od strony ogrodu i łączącą je szeroką galerią od frontu. W ryzalitach mieściły się pokoje dzienne. Szerokość gmachu wynosiła 180 m. Zakład wyposażony został w pomieszczenia gospodarcze i higieniczne, ogrzewanie parowe i inne nowoczesne wówczas udogodnienia⁹³.

Pomimo początkowych trudności technicznych, liczba pacjentów rosła i już w 1835 r. zaistniała potrzeba rozbudowy szpitala. Zadanie to otrzymał architekt Sydney Smirke, który zaplanował dobudowę szeregu potrzebnych obiektów (il. 2.3 i 2.4). Wzbogacił również prosty budynek frontowy, wprowadzając nową, wyższą kopułę nad kaplicą, usytuowaną na wysokim bębnie. Oddziały męski i żeński zostały rozbudowane o dodatkowe długie skrzydła usytuowane prostopadłe do istniejących i biegnące w głąb posesji. Powiększono również oddział dla kryminalistów. Dzięki rozbudowie przestrzeń dla pacjentów została podwojona. Przy frontowych ogrodach dodano warsztaty dla mężczyzn i pralnie dla kobiet jako miejsce zatrudnienia dla pacjentów⁹⁴. W St. George's Fields szpital działał do 1930 r.



Il. 2.3. Londyn, The Hospital of Bethlem [Bedlam], St. George's Fields, Lambeth, ryt. J. Tingle wg T.H. Shepherd, 1816 r. Źródło: Wellcome Collection, <https://wellcomecollection.org/works/qd22vye4>.

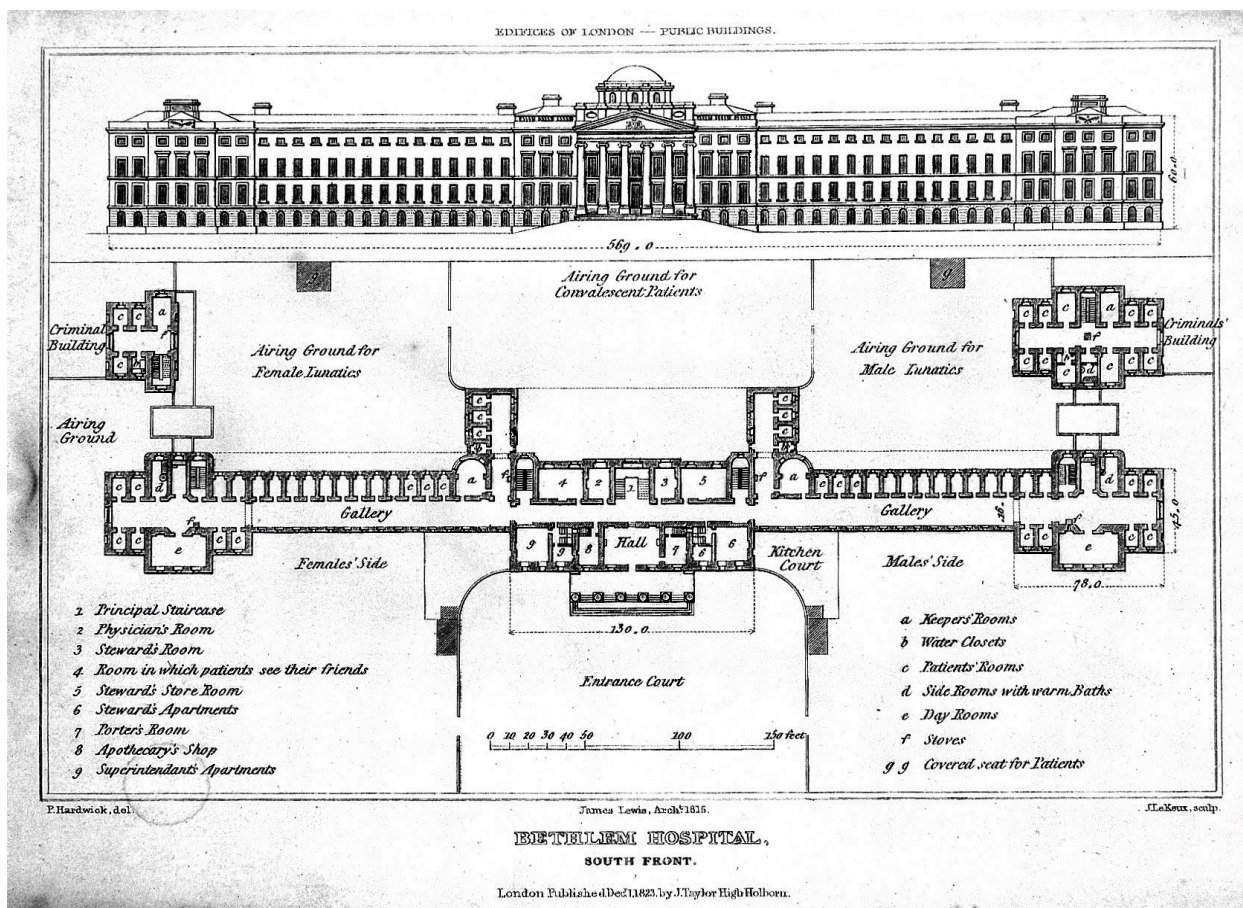
Architektura szpitala *Bethlem*, pomimo iż sama placówka cieszyła się złą sławą, miała duży wpływ na kolejne projekty szpitali i azylów. Niektórzy architekci inspirowali się projektami Hooke'a i Lewisa, pozostali tworzyli całkiem inne projekty, nie chcąc mieć nic wspólnego z *Bethlem* i jego złą sławą. Pomimo to układ galeriowy (korytarzowy) z doświetlonym korytarzem był długo popularny w europejskiej architekturze szpitalnej, wzorowano się na nim również w niektórych azylach z pierwszej połowy XIX w. w Stanach Zjednoczonych.

2.1.2. Idea nadzoru i obserwacji w architekturze azylów – koncepcja *Panopticonu*

Rozważania nad architekturą, w której łatwo jest nadzorować pensjonariuszy, doprowadziły angielskiego filozofa Jeremiego Bentham (1748–1832) do stworzenia koncepcji *Panopticonu*. Chodziło o wykreowanie prostej idei architektonicznej, która pozwoli jednemu stróżowi na obserwację

⁹³ *Ibidem*, s. 407.

⁹⁴ A. Scull, *The Insanity of Place*, History of Psychiatry, vol. 60(1), 2004, s. 417–436.



Il. 2.4. Londyn, Bethlem Hospital, 1815 r. – południowa elewacja i plan

Źródło: Wellcome Collection, <https://wellcomecollection.org/works/htnse8xm?wellcomeImagesUrl=/indexplus/image/L0011831.html>.

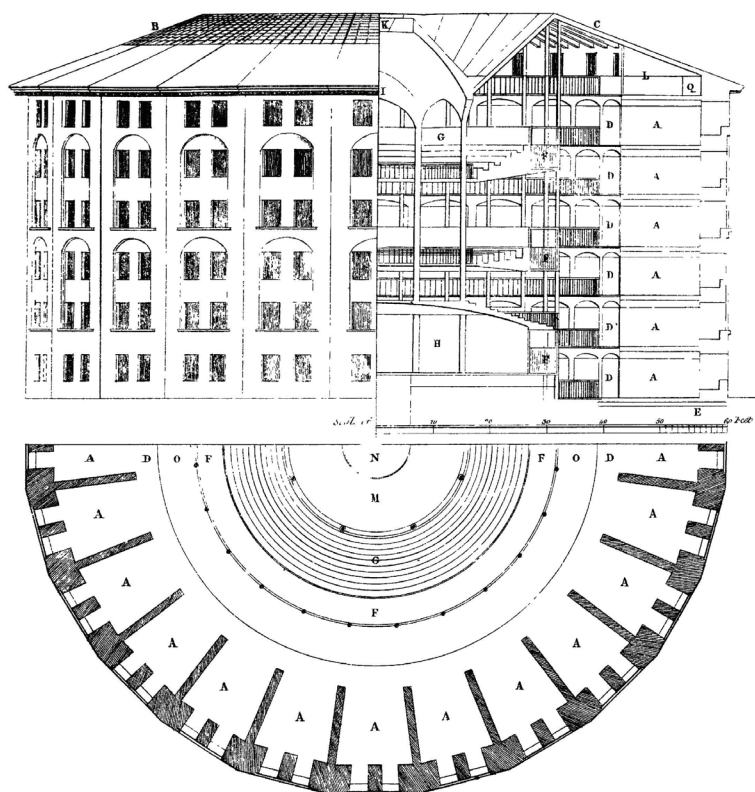
całego oddziału bez możliwości ustalenia przez hospitalizowanych pacjentów, czy są obserwowani czy nie. Pomysł ten wzbudził zainteresowanie pod koniec XVIII w., kiedy powoli rodziła się koncepcja nowego azylu, ponieważ wówczas nie przypominał więzienia⁹⁵ lub lochu i stwarzał lepsze warunki dla chorych przy oszczędności miejsca i personelu⁹⁶. *Panopticon* został opisany przez Bentham'a w pracy pod tytułem „Panopticon or, the Inspection House: containing the idea of a new principle of construction applicable to any sort of establishment, in which person of any description are to be kept under inspection; and in particular to penitentiary houses, prisons, houses of industry, poorhouses, lazarettos, manufactories, hospitals, mad-houses, and schools: with a plan of management adapted to the principle” (Panoptikon albo Dom Nadzoru opisujący ideę nowych zasad budowy wszelkich zakładów, w których wszelkiego rodzaju osoby winny się znajdować pod nadzorem, w szczególności więzień, ale też aresztów, fabryk, warsztatów, przytułków, lazaretów, manufaktur, szpitali, domów wariatów i szkół), wydanej w 1787 roku.

Panopticon (il. 2.5) według koncepcji Bentham'a był kukukondygnacyjnym budynkiem, założonym na planie koła, z celami rozmieszczonymi wzdłuż ścian zewnętrznych. Izby-cele miały być oddzielone grubym murem i wyposażone w system zewnętrznych i wewnętrznych okien, tak by ich wnętrze było dobrze oświetlone, a więźniowie (pensjonariusze) odizolowani od innych. W środku zaplanowana została wieża – „dom inspekcji”, dla nadzoru nad pensjonariuszami zgodnie z zasadą „widzieć bez bycia widzianym”⁹⁷. *Panopticon* w założeniu autora miał służyć wszędzie tam gdzie potrzebny był stały nadzór, również w domach wariatów. Jednak z terapeutycznego punktu widzenia poczucie stałej obserwacji musiałyby niepokoić chorych i wzbudzać w nich poczucie uwięzienia.

⁹⁵ Obecnie koncepcja przywodzi na myśl więzienie w związku ze stosowaniem jej w tego typu placówkach.

⁹⁶ L. Smith, *The architecture of confinement: Urban public asylums in England, 1750–1820*, [w:] *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, red. L. Topp, J.E. Moran, J. Andrews, Routledge studies in the social history of medicine, Routledge, tom 27, 2007, s. 41–62.

⁹⁷ L. Vessella, *Open Prison Architecture: Design Criteria for a New Prison Typology*, WIT Press, Southampton 2017, s. 10.



Il. 2.5. Plan Panopticonu, Jeremy Bentham – The works of Jeremy Bentham, vol. IV, 172–173

Źródło: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=3130497>.

w formie 7-boku foremnego, z której rozchodziło się 6 promieniście usytuowanych skrzydeł i budynków frontowy, mieszczący główne wejście do zakładu. W skrzydłach, zaplanowanych 1,5- lub 2,5-traktowo, umieszczono izby dla pacjentów skomunikowane długimi korytarzami. Taki plan budynków umożliwiał centralną obserwację i łatwy dostęp do wszystkich skrzydeł⁹⁹. Zarówno plan radialny, jak i plan *Panopticonu* miały duże ograniczenia dotyczące rozbudowy i nie weszły do kanonu budownictwa azylowego, jednak pod względem ewolucji architektury tej grupy szpitali warto o nich wspomnieć.

Mniej więcej w tym samym czasie (1784 r.) w Wiedniu została zbudowana „wieża szaleńców” – *Narrenturm*, najstarsza w Europie kontynentalnej klinika psychiatryczna. Budowla została wzniesiona za panowania cesarza Józefa II przez Isidore Canevale. Pięciopiętrowy budynek założony na planie koła z wewnętrznym dziedzińcem przypominał fortecę. Wewnątrz mieścił 28 izb na każdym piętrze, doświetlonych wąskimi oknami, usytuowanych od zewnętrznej strony i dostępnych korytarzem biegnącym od wewnątrz. Dziedziniec wewnętrzny podzielony został na dwie części centralnie usytuowanym łącznikiem, mieszczącym izby dla strażników i schody, ustawionym w kierunku północ – południe. W sumie dla pacjentów przeznaczono około 140 pojedynczych izb. Każda cela miała mocne drzwi z kratami oraz łańcuchy do krępowania. *Narrenturm* wybudowano przy *Alten Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien*, co świadczyło o traktowaniu *szalonych* jako chorych (być może jako uleczalnie chorych) i próbie zaprojektowania dla nich specjalnego oddziału szpitalnego. Mimo że powstał on zgodnie z nowymi przesłankami higieny Johna Howarda (1726–1790) i znamionował postęp, dzięki zastosowaniu układu korytarzowego z szeregiem izolatek, dodatkowego

Bentham był jednak przekonany, że w porównaniu z bezlitosnym traktowaniem *szaleńców* w innych miejscach taka koncepcja mogłaby przynieść wiele korzyści. Uważał, że jego pomysł jest architektonicznym rozwiązaniem dobrym do stosowania „moralnej reformy” ochrony zdrowia psychicznego, a zarazem korzystniejszym pod względem ekonomicznym, gdyż nie wymaga dużej liczby personelu⁹⁸.

Pomimo pozytywnej oceny koncepcja *Panopticonu* nie doczekała się nigdy realizacji w architekturze szpitali dla umysłowo chorych. Pomysł ten nie znalazł zastosowania na szeroką skalę, jednak przez krótki czas był uważany za wiodącą zasadę projektowania budynków dla psychicznie chorych w Wielkiej Brytanii. Koncept centralnej obserwacji Benthamu wpłynął bezpośrednio na opracowanie planu radialnego. Wy różniającym się wśród niewielu szpitali wzniesionych na planie radialnym był *Glasgow Lunatic Asylum*, zbudowany w 1814 r. Centrum zakładu zajmowała część centralna

⁹⁸ J. Bentham, *Panopticon, Constitution, Colonies, Codification, 1787*, [w:] *The Works of Jeremy Bentham*, red. J. Bowring, William Tait, Edinburgh, vol. 4, 1843, s. 37–170, http://oll-resources.s3.amazonaws.com/titles/1925/0872.04_Bk.pdf (dostęp: 2.01.2020).

⁹⁹ J. Andrews, I. Smith (opr.), *Let There be Light Again: A History of Gartnavel Royal Hospital from its Beginnings to the Present Day*. Glasgow: Gartnavel Royal Hospital, 1993, <https://www.scottishindexes.com/institutions/28.aspx#top> (dostęp: 22.12.2019).



Il. 2.6. Widok na York Retreat, około 1796 r.

Źródło: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:RetreatOriginalBuildingsm.jpg>

Johna Bevansa, aby zaprojektował mu odpowiedni dom. *Retreat* (Odosobnienie) został otwarty w 1792 r.¹⁰¹. Architektonicznie azyl odzwierciedlał styl prywatnych instytucji tego typu z końca XVIII w., powstałych na bazie zwykłych domostw, którym nadano inne przeznaczenie (il. 2.6).

Usytuowanie budynku na dużej działce na wzgórzu pozwoliło na zapewnienie pacjentom przestrzeni, na której mogli uprawiać gimnastykę oraz swobodnie spacerować. W rezultacie powstał prosty, skromny dom, z 3-kondygnacyjną środkową częścią mieszczącą główne wejście i 2-kondygnacyjnymi skrzydłami. Układ wnętrza podporządkowany został podziałowi na części dla kobiet i mężczyźni, dla których wyznaczono osobne sypialnie. Zadbano również o to, aby architektura zbyt nie ograniczała pacjentów i nie sprawiała wrażenia uwięzienia. Zamki do drzwi były zakryte skórą, kraty na oknach wykonane zostały tak, by wyglądały jak ramy okienne. Rozległe ogrody otoczono położonym niżej murem (aha), ledwo widocznym z domu i dla spacerujących, uniemożliwiającym im jednak ucieczkę¹⁰². Dom z otoczeniem był zaprojektowany zgodnie z kwakerską zasadą „prostego życia”, bez zbędnych ozdób czy elementów architektonicznych lub dodatkowych obiektów rekreacyjnych. Proste otoczenie miało zachęcać do nawiązywania bliskich więzi z rodziną Tuke’a i całą społecznością oraz skłaniać do refleksji i wyciszenia. Pozwoliło to na włączenie architektury i środowiska do *terapii moralnej*, gdzie „rozsądne odczucia”, pomysły i zachowania zostały odzwierciedlone w projekcie budowlanym. Zapewne miało to wpływ na postrzeganie przez psychiatrów w XIX stuleciu architektury i środowiska azylu jako elementu terapii i tworzenia uporządkowanych zespołów urbanistyczno-architektonicznych jako odpowiedniej przestrzeni terapeutycznej, mającej pomóc pacjentom w zachowaniu samokontroli i dyscypliny.

2.2. Wpływ osiągnięć XIX-wiecznego szpitalnictwa na architekturę azylów

Architektura zakładów dla psychicznie chorych oparta była na osiągnięciach szpitalnictwa ogólnego, które w XIX stuleciu przeszło wiele zmian, reagując na postępy medycyny, niespotykany dotąd rozwój miast, a także wzrost liczby pacjentów i konieczność zapewnienia powszechnego dostępu do opieki medycznej. Wymusiło to również zmiany organizacji ówczesnych służb medycz-

doświetlenia przez dziedziniec wewnętrzny z poprzecznym łącznikiem z dyżurkami, to jednak – paradoksalnie – przypominał więzienie¹⁰⁰.

2.1.3. *York Retreat* – schronienie dla psychicznie chorych

Zgodnie z przekonaniem Williama Tuka i społeczności Kwaków azyl dla *szalonych* miał być miejscem, w którym „ci nieszczęśnicy mogliby uzyskać schronienie i zaznać bezpieczeństwa, prowadząc proste i kontrolowane życie w społeczności, którą łączą bliskie więzi...”. Tuke zakupił działkę na wzgórzu, nieopodal Yorku, o powierzchni 11 akrów i zatrudnił londyńskiego architekta

¹⁰⁰ A. Praschinger, *Der Wiener Narrenturm*, Psychopraxis, vol. 13, z. 5–6, 2010, s. 14–17, <https://doi.org/10.1007/s00739-010-0247-z> (dostęp: 22.12.2010).

¹⁰¹ Już w 1813 r. historię powstania azylu opisał w swojej pracy Samuel Tuke: S. Tuke, *Description of the Retreat an institution near York for insane person of the Society of Friends Philadelphia*, Isaak Pierce, Philadelphia 1813, s. 17–61, <https://collections.nlm.nih.gov/ext/mhl/2575045R/PDF/2575045R.pdf> (dostęp: 2.01.2020).

¹⁰² B. Edington, *The design of moral architecture at the York Retreat*, Journal of Design History nr 16(2), 2003, s. 103–117; S. Tuke, *op. cit.*, s. 62–70.



Il. 2.7. Paryż, Hôpital Lariboisière – dziedziniec szpitala z kaplicą – fot. współczesna

Źródło: https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital_Lariboisi%C3%A8re#/media/Fichier:H%C3%B4pitalLariboisi%C3%A8reCourtInt%C3%A9rieur1.JPG.

nych, jak również architektury służącej terapii. Bardzo istotne dla zmian przestrzennych szpitali były odkrycia Ludwika Pasteura w dziedzinie bakteriologii. Wpłynęło to na wydzielanie i odizolowywanie poszczególnych oddziałów szpitalnych, aby zapobiegać wewnętrznym zakażeniom. Jednocześnie cały czas postępował proces oddzielania placówek opieki medycznej od przytułków i innych miejsc pomocy biednym i bezdomnym¹⁰³.

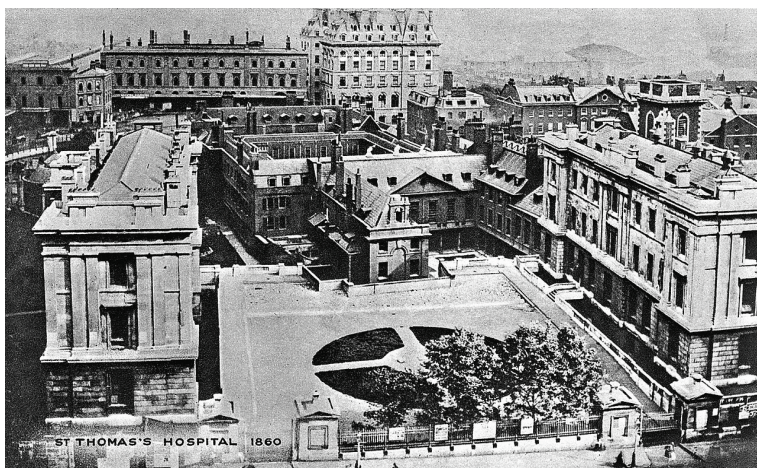
Aby zaspokoić potrzeby, powstał nowy model dużego zespołu szpitalnego, będący oddźwiękiem idei jeszcze rodem z XVIII w. Jednym z ważniejszych osiągnięć na tym polu była budowa paryskiego *Hôpital Lariboisière* (1846–1854) (il. 2.7). Szpital wzniesiono w układzie pawilonowo-łącznikowym, nawiązującym do wspomnianego wcześniej szpitala wojskowego w Plymouth. Zespół zaprojektowany przez Pierre Gauthiera składał się z 10 pawilonów rozmieszczonych symetrycznie w dwóch rzędach, ustawionych szczytami do wewnętrznego dziedzińca w formie wydłużonego prostokąta, otoczonego kolumnową galerią łączącą pawilony. Naprzeciw wejścia, przy krótszym boku dziedzińca umieszczono kaplicę, a za nią budynki gospodarcze i techniczne.

Model szpitala pawilonowego zyskał popularność również w innych krajach jako najlepiej odpowiadający wymaganiom ówczesnej medycyny. Stosowany był z łącznikami lub bez – w zależności od lokalnych potrzeb. Wielką orędowniczką tego typu rozwiązania była Florence Nightingale (*Notes on Nursing*, 1859), która wraz ze szkockim chirurgiem Johnem Robertsonem opracowała standardowy schemat oddziału szpitalnego założonego na planie długiego prostokąta o wymiarach 39 m długości i 9 m szerokości. Wysokość pomieszczeń wynosiła 5 m, a na pacjenta miały przypadać 54 m³. Dłuższe ściany, wzdłuż których ustawione były łóżka pacjentów, przeprute były oknami usytuowanymi naprzeciwko siebie, tak aby na każde dwa łóżka przypadało przynajmniej jedno okno. Budynki miały być rozciągnięte na osi północ – południe¹⁰⁴.

W drugiej połowie XIX w. model taki wykorzystywany był w różnych typach szpitali, również w zakładach psychiatrycznych, gdzie pawilony były rozmieszczone w bardzo różnych konfiguracjach, zazwyczaj symetrycznie, z podziałem na część dla kobiet i dla mężczyzn. W Londynie w latach 1866–1871 wzniesiono nowy szpital miejski *St. Thomas' Hospital* (św. Tomasza) w Lambeth (il. 2.8) według projektu Henry'ego Currey'a. Szpital pierwotnie składał się z 6 oddzielnych budynków przeznaczonych na oddziały dla chorych, usytuowanych wzdłuż rzeki, pod kątem prostym i oddalonych o 125 stóp od siebie. Pawilony połączone były niskimi korytarzowymi łącznikami. Szpital mieścił

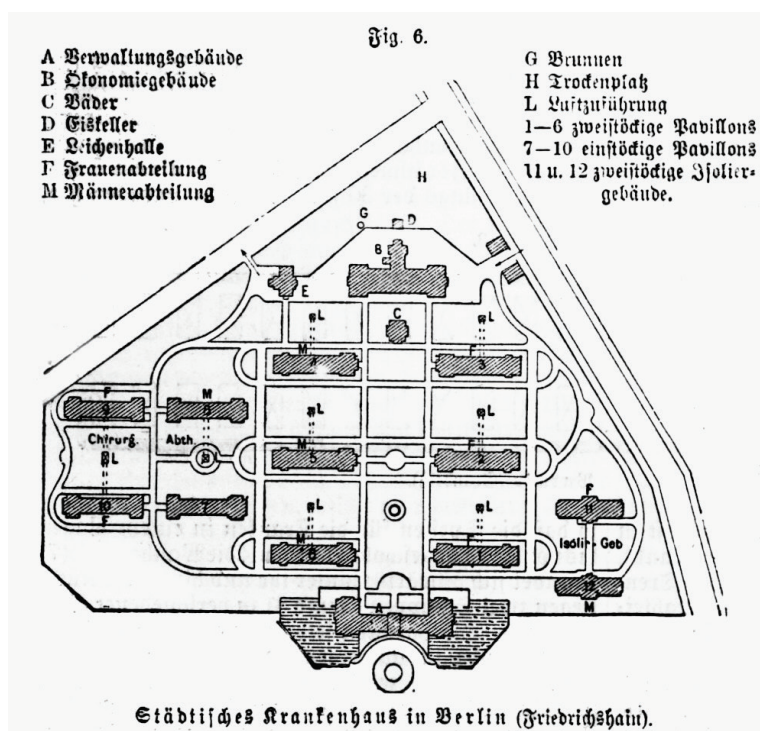
¹⁰³ A. Szarszewski zajął się procesem medykalizacji na podstawie Gdańska: A. Szarszewski, *Lekarzy czujne oczy. Medykalizacja w Gdańsku doby oświecenia*, Klio, 2010, nr 15, s. 59–93.

¹⁰⁴ P. Steadman, *op. cit.*, s. 51–52.



Il. 2.8. Londyn, St. Thomas' Hospital, Lambeth, 1860 r.

Źródło: Wellcome Collection, <https://wellcomecollection.org/works/tsaa5wm3?wellcomeImageUrl=/indexplus/image/L0001069.html>.



Il. 2.9. Berlin, Städtisches Krankenhaus, Friedrichshain Meyers Konversations-Lexikon (1888–), 10 Band (1890), fig. 6

Źródło: https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Meyers_1888_Krankenhaus_Fig_6.jpg.

powszechniane były w szerokiej fachowej literaturze – zarówno w licznych medycznych i architektonicznych czasopismach, jak i monografiach czy podręcznikach budowlanych, ukazujących się w Anglii, Francji, krajach niemieckojęzycznych czy Stanach Zjednoczonych.

Szczególnie duży wpływ na architekturę azylów miały nowe, duże szpitale pawilonowe. W tym układzie projektowano również zakłady dla psychicznie chorych, jednakże ich oddziały, pomijając względy higieniczno-sanitarne, musiały różnić się od siebie także układem funkcjonalnym.

początkowo 600 łóżek¹⁰⁵. Tę samą ideę wykorzystano na przykład przy budowie szpitala miejskiego w Kopenhadze (lata 1876–1883) czy w Sztokholmie (1879 r.), w szpitalu wojskowym i miejskim w Rzymie (koniec XIX w.), w szpitalach miejskich w Petersburgu czy w Rydze¹⁰⁶.

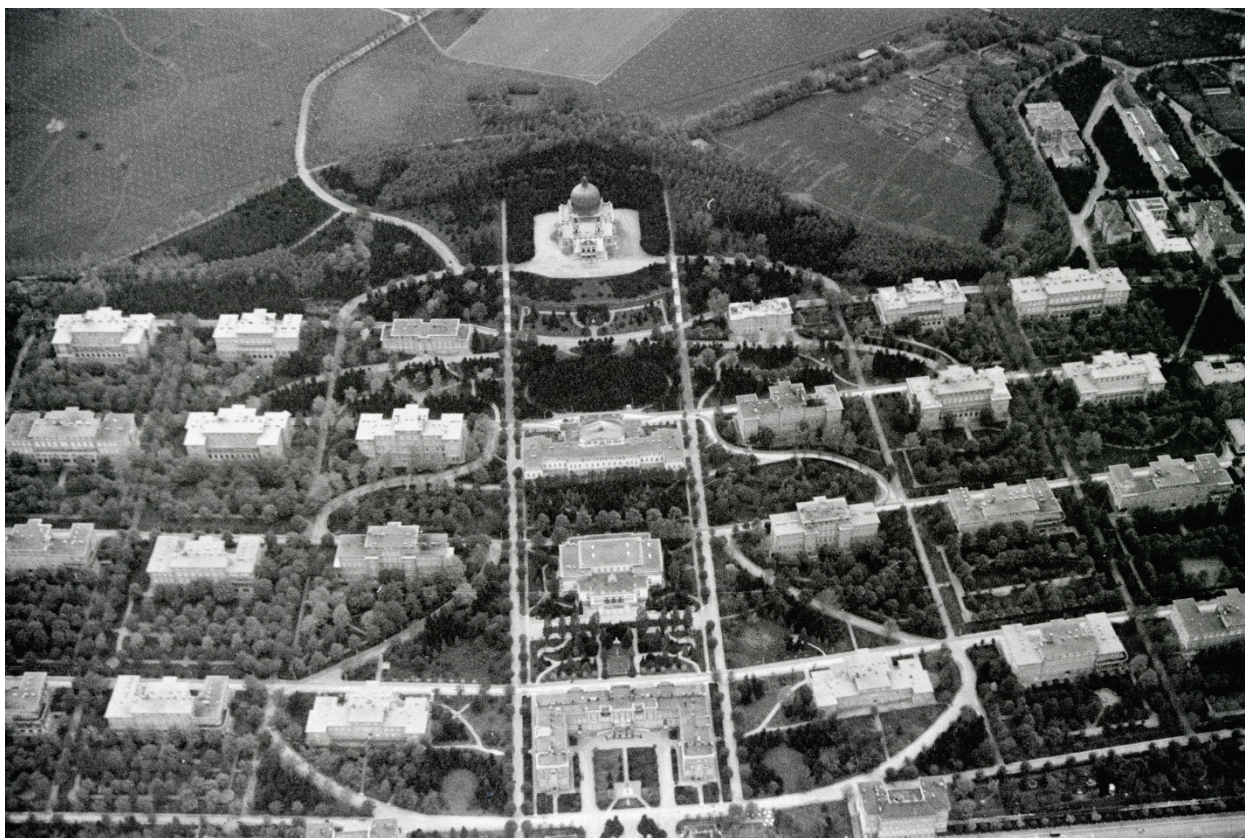
Pierwszy berliński szpital w systemie pawilonowym, *Städtisches Krankenhaus im Feirdrichsheim* (il. 2.9), wzniesiono w latach 1868–1874. Zaprojektowany został przez cenioną, specjalizującą się w budownictwie szpitalnym spółkę architektów Martin Gropius i Heino Schmieden¹⁰⁷. Szpital składał się z kilkunastu wolnostojących pawilonów dla chorych oraz budynków administracji i gospodarczo-technicznych. Wśród innych znanych projektantów szpitali z Berlina warto wymienić Hermana Blankensteina czy Ludwiga Hoffmana. Obaj pełnili funkcję berlińskich miejskich radców budowlanych (architektów miejskich) i projektowali również azyle. Zaprojektowanie szpitala w tak dużej skali było dużym wyzwaniem dla architekta, zatrudniano więc często uznanych mistrzów, jak chociażby Lluisa Domenecha i Montanera, twórcę szpitala miejskiego *Hospital de Santa Creu y Sant Pau* w Barcelonie, wzniesionego w latach 1902–1911, czy Otto Wagnera – twórcę wiedeńskiego szpitala psychiatrycznego *Am Steinhof* (1904–1907) (il. 2.10). Oba szpitale wzniesione zostały w najnowszych trendach stylistycznych, jakże różnej w obu miastach secesji.

Nowoczesne koncepcje szpitali roz-

¹⁰⁵ H. Currey, *St. Thomas's Hospital*, King's College London, Royal Institute of British Architects, 1871, <https://www.british-history.ac.uk/survey-london/vol23/pp79-80> (dostęp: 20.03.2020).

¹⁰⁶ C. Tollet, *Les Hopitaux modernes au XIXe siècle*, Paris, 1894, s. 86 i następne, https://www.europeana.eu/pl/item/9200520/ark_12148_bpt6k86642n (dostęp: 23.03.2020).

¹⁰⁷ A. Körte, *op. cit.*, s. 277–286; O. Peters, *op. cit.*, s. 274–278.



Il. 2.10. Wiedeń, Otto-Wagner-Spital, Steinhof, fot. Walter Mittelholzer, 1932 r.

Źródło: ETH-Bibliothek Zürich, http://ba.e-pics.ethz.ch/latellogin.aspx?records=:457598&r=1587573353267#1587573359612_1.

2.3. Nowoczesny azyl – architektura jako narzędzie terapii

W omawianym okresie powszechnie uważano, że *terapia moralna*, w której pokładano ogromne nadzieje, potrzebuje odpowiedniej przestrzeni, którą miała zapewnić stosownie zaprojektowana architektura i jej otoczenie. Dopiero połączenie wiedzy medycznej z umiejętnościami architekta pozwalało na tworzenie uporządkowanych zespołów, pomagających pacjentom w zachowaniu samokontroli i dyscypliny¹⁰⁸. Planując nowe kompleksy dla szpitali psychiatrycznych uwzględniano różne aspekty terapeutyczne. Dbano także o odpowiednie miejsca, w których można było zapewnić pensjonariuszom rozrywkę, przebywanie na świeżym powietrzu czy terapię poprzez pracę. Początkowo często dostosowywano istniejące obiekty, w miarę upływu czasu i nabierania doświadczenia projektowane były nowe, coraz bardziej złożone zespoły budynków i ogrodów. Zwłaszcza od połowy XIX stulecia przykładano wielką uwagę do projektowania zespołów szpitalnych dla psychicznie chorych, zatrudniano w tym celu znanych architektów, z których część specjalizowała się w architekturze szpitalnej. Jeszcze na początku XX w. G.T. Hine pisał: „Budownictwo azylowe stanowi specjalną gałąź architektury i jednocześnie obejmuje wiele budynków o różnych funkcjach [...] co sprawia, że architektura azylowa jest prawie odrębną dziedziną, zawodem samym w sobie. Co więcej, buduje się azyl dla osób, które nie mogą same o siebie dbać oraz które muszą być obserwowane, pielęgnowane i zachęcane do pracy i rekreacji w ramach, jakie nie mają zastosowania do zdrowych ludzi; i aby zapewnić to wszystko [...] wymagana jest szczególna wiedza, aby ich życie było znośne i na ile to możliwe, wygodne”¹⁰⁹. Na bazie doświadczeń psychiatrów w różnych krajach wykształciły się odmienne schematy budowli i układów urbanistycznych założeń szpitalnych dla umysłowo chorych, które ewoluowały przez cały XIX wiek aż do początku kolejnego stulecia.

¹⁰⁸ B. Edington, *The Well-Ordered Body: The Quest for Sanity through Nineteenth – Century Asylum Architecture*, CBMH/BCHM, 11, 1994, s. 375–386.

¹⁰⁹ G.T. Hine, *Asylums and Asylum Planning*, Journal of the Royal Institute of British Architects, R. VIII, 3(8), 1901, s. 161–180.

Nowe założenia szpitalne opisywane były w specjalistycznych czasopismach architektonicznych¹¹⁰, w książkach i pismach medycznych, a uwagi na temat budowy azylów publikowano również w podręcznikach architektonicznych. Reformatorzy psychiatrii i architekci zajmujący się projektowaniem szpitali podróżowali w celu zapoznania się z istniejącymi azylami i doświadczeniami personelu. Wynikiem tego była gorąca dyskusja na temat projektu azylu i jego otoczenia tocząca się na łamach fachowej prasy i literatury, gdzie projektanci, którymi byli wspólnie lekarze i architekci, wymieniali się swoimi spostrzeżeniami.

Powstało wiele różniących się od siebie rozwiązań zespołów architektoniczno-urbanistycznych, pomimo że ogólne założenia były podobne. Zazwyczaj blok administracyjny umieszczano w centrum założenia lub na jego osi symetrii. Zakłady dzielono na dwie, symetryczne części usytuowane po przeciwnych stronach głównej osi¹¹¹ – jedną przeznaczano dla kobiet, drugą dla mężczyzn. W ten sposób dostęp do wspólnych budynków był ułatwiony i równy z obu części zakładu. Budowano szereg oddziałów rozmieszczanych w skrzydłach lub osobnych budynkach, oddzielano chorych niebezpiecznych, niespokojnych od spokojnych. Izolowano również chorych zakaźnie. Dyskutowano, czy uleczalnie chorych umieszczać w jednym zakładzie z nieuleczalnymi czy w oddzielnych instytucjach, a jeżeli w jednej, to zalecano ich odośobnienie. Ten sam problem dotyczył epileptyków. Oddziały dla „uciążliwych i głośnych szaleńców” zalecano umieszczać w pewnym oddaleniu od budynków dla spokojnych chorych. Brano pod uwagę dobrą komunikację między oddziałami a pozostałymi budynkami. Trwała dyskusja na temat liczby oddziałów, przy której praca i nadzór nad personelem będą cały czas dobrze zorganizowane. Często zabudowę uzupełniały miejsca do modlitwy, czasem kaplice w osobnych budynkach, a także miejsca rozrywki – sale teatralne, biblioteki, kręgielnie. Na terenie zakładów planowano ogrody i parki, zapewniając w ten sposób pacjentom możliwość ruchu i wypoczynku na świeżym powietrzu. Ogrody użytkowe oraz gospodarstwa rolne często towarzyszące azylom zapewniały możliwość terapii przez pracę. W tym celu budowano również warsztaty rzemieślnicze. Dyskutowano także nad stosunkiem kosztów budowy i utrzymania pacjentów do jakości obiektów i liczby pacjentów. Zastanawiano się nad dekoracją i stylistyką budynków, chociaż popularne były aktualnie panujące ogólne trendy w budownictwie, zwłaszcza na przełomie XIX i XX wieku. Jednak w zależności od lokalnych tradycji, ingerencji państwa oraz wizji psychiatrów i architektów powstawały odmienne schematy założeń szpitalnych. Te najbardziej popularne omówiono poniżej¹¹².

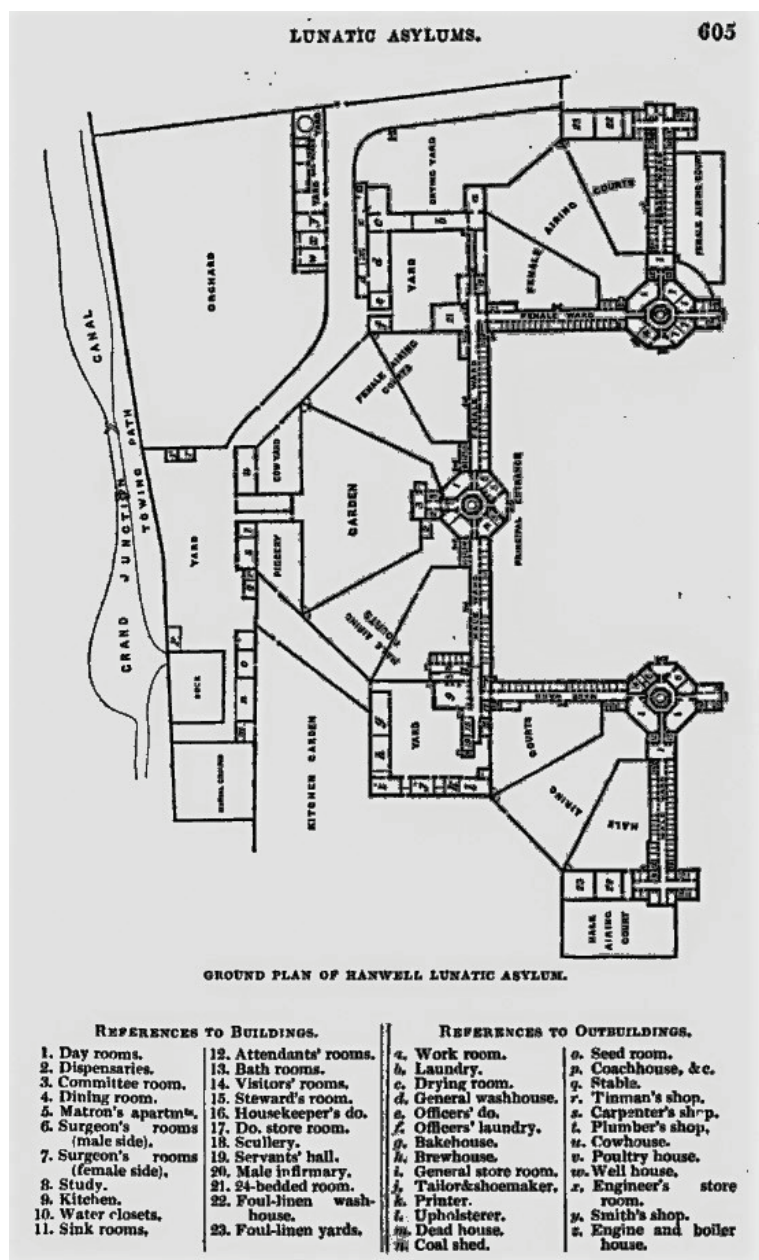
Na początku rozwoju architektury azylowej nie było określonego, spójnego stylu dla wznoszonych budynków. W zależności od kraju adaptowano istniejące obiekty (np. sekularyzowane klasztory w krajach niemieckojęzycznych) lub wznoszono proste budowle. Skala azylu była również zróżnicowana, zależna od lokalnych możliwości i potrzeb, przychylności darczyńców lub hojności lokalnych władz. Również poglądy na temat wielkości azylu były odmienne. Jedni upatrywali większych korzyści terapeutycznych w małych instytucjach podobnych do domów mieszkalnych. Inni preferowali duże założenia, reprezentacyjne budowle, stanowiące ozdobę miasta i będące świadectwem działalności charytatywnej mieszkańców, którzy przekazali pieniądze na rzecz instytucji dla *szalonych*. Najczęściej zakłady powstawały na skrajach miast, w miejscach „przestronnych i zdrowych”, wolnych od miejskiego dymu i zgiełku¹¹³. Około połowy XIX w. coraz częściej wykonywano projekty azylów, do czego zatrudniano znanych architektów. W Anglii pierwszym celowo zaplanowanym i zbudowanym zakładem dla psychicznie chorych był azyl w Hanwell (il. 2.11) w hrabstwie Middlesex, wzniesiony w latach 1829–1830, na którym się wzorowano. Zaprojektowany został przez Williama Aldersona, czerpiącego zapewne inspiracje ze szpitala *Bethlem* w St. George's Fields

¹¹⁰ Na przykład: *The Builder*, *Journal of the Royal Institute of British Architects*, *Allgemeine Bauzeitung*, *Zeitschrift für Bauwesen* i inne.

¹¹¹ Czasem z powodu specyficznego kształtu posesji lub szczególnych warunków topograficznych zakłady musiały być zaplanowane inaczej.

¹¹² Ze względu na niejednorodność nazewnictwa stosowane w różnych krajach, a nawet przez różnych autorów publikacji oraz dużą różnorodność rozwiązań o podobnych schematach, omówienie podzielono na dwa zasadnicze kryteria układów funkcjonalnych – korytarzowy i pawilonowy, chociaż i tu definicje mogą się znacznie różnić (np. w angielskiej i amerykańskiej literaturze a niemieckiej). Różne schematy w krajach anglojęzycznych patrz: *Notes on asylum architecture*, <http://studymore.org.uk/asyarc.htm#Functions>, autor strony Andrew Roberts, użyte materiały autorstwa Petra Cracknella (Cambridge), Susan Piddock (Australia) and Sarah Rutherford (De Montfort) (dostęp: 28.12.2019).

¹¹³ L. Smith, *op. cit.*, s. 41–45.



Il. 2.11. Hanwell, w hrabstwie Middlesex, 1850 r. – plan sytuacyjny
 Źródło: *The Pictorial Handbook of London: Comprising Its Antiquities, Architecture, Arts, Manufacture*, by John Weale, page 605, Pub H.G., Bohn 1854,
https://en.wikipedia.org/wiki/St_Bernard%27s_Hospital,_Hanwell#/media/File:Asylum_layout.png.

nieniem *szalonych*. Schemat wymagał jednak dużego lub nadmiernie wydłużonego terenu na ogrody i podwórza, przy czym podział terenu na odseparowane ogrody i podwórza mógł zakłócać wentylację. Jako przykład takiego rozwiązania wymienił zakład *Middlesex County Lunatic Asylum* w Colney Hatch koło Londynu. Jako ostatni układ opisana została forma radialna, z centralnym budynkiem, od którego promieniście odchodziło 5 lub 6 skrzydeł. Jej wadą były nieregularne podwórza o „dziwaczkich” kształtach, sale podobne do sal więziennych i zakłócanie cyrkulacji powietrza przez budynek centralny. Również rozbudowa zakładu byłaby trudna. I tu znów przytoczył

oraz – w odniesieniu do wież – z koncepcji *Panopticonu*. W centrum założenia usytuowana została ośmiokątna podpiwniczona wieża, od której wyprowadzono dwa niższe skrzydła w układzie korytarzowym, rozciągające się na wschód i na zachód. Przy krańcach skrzydeł zaczynały się następne, ustawione do nich prostopadle i zakończone analogicznymi wieżami. Całość zamykała od 3 stron kwadratowy dziedziniec. Zachodnia strona założenia przeznaczona była dla kobiet, a wschodnia dla mężczyzn. Pod względem stylistycznym azylowi w Hanwell nadano spokojne, neoklasyczne formy¹¹⁴.

Profesor Ludwig Christian Friedrich Förster¹¹⁵ w obszernym artykule opublikowanym w 1855 r.¹¹⁶, w którym rozpatrzył szczegółowo szereg problemów dotyczących budowy szpitali dla psychicznie chorych, wyróżnił za Maximilianem Jacobim cztery podstawowe formy rzutów zespołów. Najprostsza była forma kwadratowa, która ułatwiając komunikację, jednak stwarzała trudności w wentylacji i ograniczała możliwości rozbudowy. Kolejny rzut to forma litery „H”. Tu administrację umieszczano w budynku centralnym, skrzydła natomiast stanowiły odseparowane części dla pacjentów różnych płci. Nie było problemów z wentylacją. Jako przykład wymienił angielski *Pauper Lunatic Asylum* w Wakefield. Trzecią z opisanych form był plan liniowy, gdzie budynki położone były w jednej linii – nie było problemu z odseparowaniem płci, klasyfikacją chorych i odosob-

¹¹⁴ http://studymore.org.uk/4_13_TA.HTM#Hanwell, *op. cit.* (dostęp: 28.12.2019).

¹¹⁵ Ludwig Christian Friedrich Förster (1797–1863), architekt, założyciel czasopisma architektonicznego „Allgemeine Bauzeitung” w 1836 r., od 1840 r. pełnił urząd budowniczego Wiednia, w latach 1843–1846 profesor Akademii Sztuk Pięknych we Wiedniu, brał udział w wielu projektach podczas budowy wiedeńskiego Ringu.

¹¹⁶ L. Förster, *Ueber den Bau und Organisation der Irrenanstalten*, *Allgemeine Bauzeitung*, z. 8, 1855, s. 318–319; skrót opublikowano w „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychische gerichtliche Medizin”, 13, 1856, s. 339–342.

przykład angielskiego zakładu w Glasgow, wzniesionego według projektu Starka. W konkluzji stwierdził, że każdy typ ma swoje wady, a dobre rezultaty można osiągnąć łącząc różne plany i dostosowując je do liczby chorych, warunków terenu i lokalnych obyczajów. Zwrócił uwagę na podstawowy problem projektowy, a mianowicie, jak harmonijnie połączyć odseparowanie różnego rodzaju chorych i łatwość pracy, a przede wszystkim nadzoru nad pacjentami.

Rozwiązania funkcjonalne szpitali dla psychicznie chorych można bardzo ogólnie podzielić na „korytarzowe” i „pawilonowe”, chociaż w praktyce definicja „pawilonu” była różna i często występowały układy mieszane. Za układ korytarzowy przyjmuje się zazwyczaj 1,5- lub 2,5-traktowe budynki, z pomieszczeniami dla chorych rozciągniętymi wzdłuż ich dłuższych boków i skomunikowanymi długimi, linowymi korytarzami. Budynki o układzie korytarzowym ustawiano często w sposób tzw. liniowy, w którym połączone były korytarzami i korytarzowymi łącznikami. Jako układ pawilonowy przyjmuje się budynki z dużymi salami dla chorych, zajmującymi całe kondygnacje, bądź zespoły złożone z niewielkich budynków mieszczących po 1 lub 2 oddziały, rozmieszczone zazwyczaj w układzie symetrycznym na posesji szpitala. Czasem takie niewielkie pawilony nazywane były *cottage* (chata) lub w krajach niemieckojęzycznych – *Landhaus*. W pawilonach układ wnętrza był różny, zależnie od tego, jakiego typu chorem miał służyć. Stosowano również tzw. zamknięty układ, w którym budynki ustawione były wokół zamkniętego, prostokątnego lub o innym kształcie dziedzińca.

2.3.1. Plan liniowy

W Wielkiej Brytanii, zapewne jako wzór przyjmując rozwiązania drugiego i trzeciego szpitala *Bethlem*, popularny był układ korytarzowy, z najważniejszymi organami umieszczonymi w centrum założenia i liniowym układem pozostałych części. Został dokładnie opisany przez Johna Conolly'ego w jego książce *The Construction and Government of Lunatic Asylums* (Konstrukcja i zarządzanie zakładem dla psychicznie chorych) wydanej w 1847 r.¹¹⁷. Grupę założeń charakteryzuje usytuowanie w centrum bloku, często wystającego lub zagłębionego, mieszczącego pomieszczenia dla administracji, często również izbę przyjęć i gabinety lekarskie. Po obu jego stronach umieszczano długie skrzydła, 1,5- lub 2,5-traktowe, z pomieszczeniami dla pacjentów, skomunikowanymi korytarzami przebiegającymi przez całą długość. Po każdej stronie centralnego bloku umieszczano sale dla jednej z płci. Budynki miały najczęściej dwie lub trzy kondygnacje. Taki plan był powszechnie stosowany w Anglii i Walii, szczególnie od lat 80. XIX w. W zależności od ustawienia i liczby skrzydeł – oddziałów powstawały różne układy budynków. Wśród nich popularnością się cieszył układ nazywany *Broad Arrow* (szeroką strzałą). Zespół złożony był z oddzielnych budynków o układzie korytarzowym, połączonych krótkimi, korytarzowymi łącznikami, dostępnymi z sieci głównych korytarzy w oddziałach. Całość zestawiona była ze sobą w formie szerokiej strzały, z budynkami gospodarczymi i administracyjnymi na osi. Oddziały dla kobiet znajdowały się po jednej stronie, a dla mężczyzn po drugiej. Przykładem takiej instytucji był otwarty w 1880 r. *State Lunatic Hospital*¹¹⁸ w Norristown, w Anglii (il. 2.12). Praktyczniejszą modyfikacją takiego układu była tzw. *Compact Arrow*, gdzie zredukowano korytarze łączniki, a budynki usytuowano bliżej siebie. Całość przypominała trochę „zygzak”. Tak jak poprzednio jedna strona była zarezerwowana dla kobiet, a druga dla mężczyzn, centrum natomiast zajmowały budynki administracji, gospodarcze oraz do wspólnego użytku. Według tego schematu zrealizowano na przykład *Cardiff City Mental Hospital*¹¹⁹ w Whitchurch w Walii (il. 2.13).

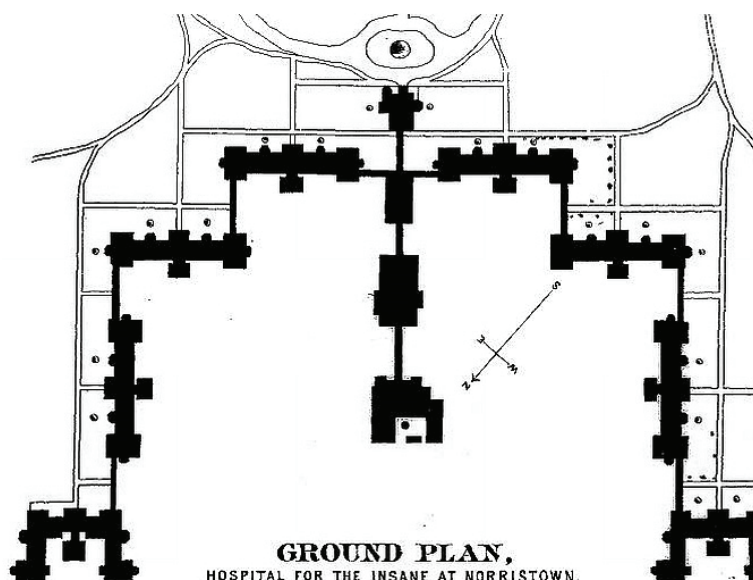
Podobny układ, znany jako plan Kirkbride'a, nadano zespołom szpitalnym zaplanowanym przez dr. Thomasa Story'ego Kirkbride'a w Stanach Zjednoczonych. Psychiatra na początku swojej kariery w szpitalu dla umysłowo chorych w Pensylwanii napisał książkę zatytułowaną „On the Construction, Organization, and General Arrangements of Hospitals for the Insane” (O budowie, organizacji i aranżacjach szpitali dla szalonych)¹²⁰. W swojej pracy zajął się usytuowaniem i projektem architektonicznym azylów, administracją i utrzymaniem oraz organizacją. Plan azylu Kirkbride'a mieścił

¹¹⁷ J. Conolly, *The Construction and Government of Lunatic Asylums*, wyd. John Churchil, London 1847, s. 2–64.

¹¹⁸ http://www.asylumprojects.org/index.php/Norristown_State_Hospital.

¹¹⁹ http://www.asylumprojects.org/index.php/Whitchurch_Hospital.

¹²⁰ T.S. Kirkbride, *On the Construction, Organization, and General Arrangements of Hospitals for the Insane*, Lindsay & Blakiston, Philadelphia 1854.



Il. 2.12. Norristown, State Lunatic Hospital – plan sytuacyjny

Źródło: https://www.asylumprojects.org/images/4/4d/Norristown_Map_02.jpg.



Il. 2.13. Cardiff City Mental Hospital w Whitchurch – układ Compact Arrow
Źródło: Whitchurch Hospital (Compact Arrow), England. Image from County Asylums, <https://www.asylumprojects.org/index.php/File:Whitchurch01.jpg>.

ny w Stanach Zjednoczonych do końca lat 80. XIX w.¹²¹.

Niektóre z wczesnych szpitali zostały zbudowane z oddziałami stykającymi się pod kątem prostym, przyjmując ogólny kształt litery U. Do takich należą *Pennsylvania Hospital for Mental and Nervous Diseases*, znany jako Kirkbride's Hospital, lub *Taunton State Hospital*¹²². W kilku innych szpitalach, jak *Dayton State Hospital*¹²³ czy *Dixmont State Hospital*¹²⁴, zastosowano uskokowo połączone skrzydła. Modyfikacje planu zwykle miały na celu dostosowanie go do warunków topograficznych. Zespoły cechowała właściwa wentylacja, ściśle zgrupowanie oddziałów, brak zewnętrznych ganików czy łączników, ciągły fundament i linia dachów. Plan Kirkbride'a był stopniowo ulepszany, zwiększano odległości między oddziałami, dodawano wykuszowe okna pośrodku i na końcach oddziałów oraz ognioodporne schody. Ponadto budynki ogólnej użyteczności lokalizowano centralnie za częścią administracyjną. Udoskonalony plan został opisany w drugim wydaniu książki z 1880 r.,

w centralnej części sekcję dla administracji szpitala oraz we wczesnym okresie mieszkanie dla dyrektora i jego rodziny. Od części administracyjnej odchodziły skrzydła mieszczące oddziały dla pacjentów. Z lotu ptaka budynki wyglądały jak litera „V” lub skrzydła nietoperza. Bezpośrednio na tyłach części administracyjnej wznoszono obiekty ogólnej użyteczności, jak kaplice, audytorium, biblioteki oraz kuchnie, pomieszczenia techniczne i gospodarcze. Takie rozplanowanie budynków pozwalało na dostarczenie maksymalnej ilości światła i powietrza na oddziały, a także na łatwiejsze rozdysponowanie pacjentów według typu choroby, przy czym zazwyczaj hałaśliwsi i wymagający większego nadzoru szaleńcy byli umieszczani na oddziałach najbardziej oddalonych od części administracyjnej. Pozwalało to również na łatwą rozbudowę zakładu, dodatkowe części mogły być dodane na końcach istniejącego budynku bez zakłócania codziennego życia w szpitalu. Budynki według planu Kirkbride'a były dużymi, imponującymi instytucjami z epoki wiktoriańskiej, o wysokości 3–5 pięter, zbudowanymi na rozległych, dobrze wypielegnowanych terenach, które często obejmowały pola uprawne. Pierwszą taką instytucją, otwartą w 1848 r., był *Trenton State Hospital* w New Jersey (później *New Jersey State Lunatic Asylum*) (il. 2.14). Plan Kirkbride'a był popular-

¹²¹ C. Yani, *The Linear Plan for Insane Asylums in the United States before 1866*, Journal of the Society of Architectural Historians, Vol. 62, No. 1, 2003, s. 24–49.

¹²² http://www.asylumprojects.org/index.php/Taunton_State_Hospital (dostęp: 21.02.2020).

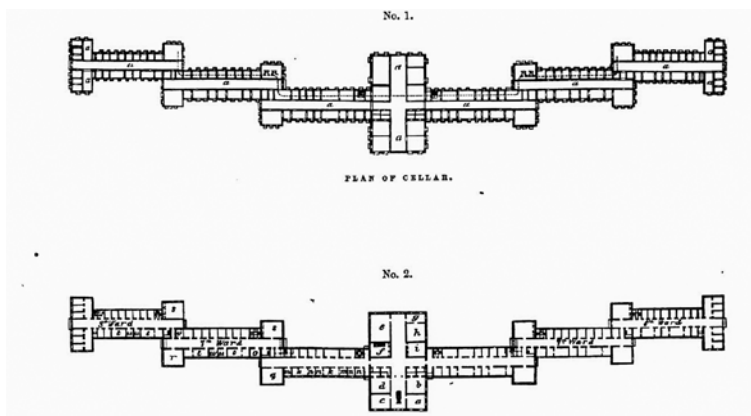
¹²³ http://www.asylumprojects.org/index.php/Dayton_State_Hospital (dostęp: 21.02.2020).

¹²⁴ http://www.asylumprojects.org/index.php/Dixmont_State_Hospital (dostęp: 21.02.2020).

która zawierała nowe pomysły Kirkbride'a dotyczące budowy szpitala, powstałe po wydaniu pierwszej publikacji¹²⁵.

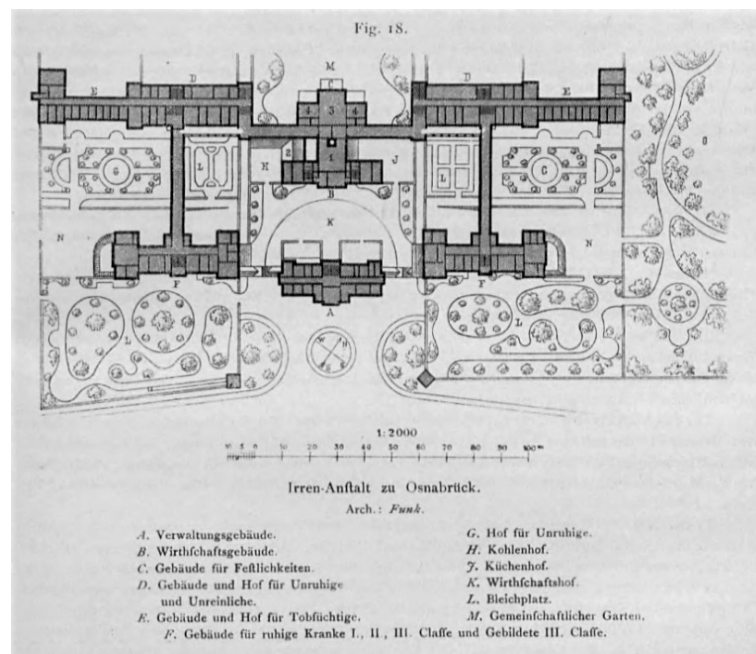
2.3.2. Układ zamknięty (blokowy) i częściowo zamknięty

Budynki w azylach mogły być ustawione w różnych konfiguracjach. W niemieckich szpitalach wzorem stał się *Heil- und Pflege Anstalt Illenau* w Badonii (Zakład Leczniczo-Opiekuńczy w Illenau), ukończony w 1842 r. i zaprojektowany przez radcę budowlanego Hansa Vosa (ze zmianami radcy budowlanego Hüb-scha), według koncepcji psychiatry Christiana Rollera¹²⁶. Budynki zgrupowano wokół dwóch prostokątnych dziedzińców, symetrycznie rozmieszczonych wzdłuż głównej osi, na której zlokalizowano gmach administracji z salą towarzyską. W ten sposób oddzielono część męską od żeńskiej¹²⁷. Zaplanowano też szereg oddziałów dla chorych o różnych schorzeniach, do terapii i osobno opieki nad nieuleczalnymi. Podobnie zaplanowano szpital we Frankfurcie nad Menem (*Anstalt für Irre und Epileptische*, Frankfurt/Main, rozpoczęcie budowy 1859)¹²⁸, którego projektanci przed wykonaniem planów odwiedzili między innymi zakład w Illenau. W mniejszych zakładach budynki zamykano, np. tworząc plan prostokąta lub kwadratu z wewnętrznym dziedzińcem, co często jest nazywane układem blokowym. Inny wariant to rozplanowanie oddziałów dla pacjentów na 3 bokach prostokąta, a na osi czwartego usytuowanie budynku administracji w wolnej zabudowie, często w jednej linii z zabudowaniami gospodarczymi, czasem kaplicą czy innymi budynkami ogólnej użyteczności. Takie rozwiązania zastosowano na przykład w *Königliche Hannoveranische Irrenanstalt in Göttingen* (Królewskim Hanowerskim Psychiatrycznym Zakładzie Leczniczym w Getyndze) czy *Irrenanstalt in Osnabrück* (Zakładzie Psychiatrycznym w Osnabrück) (il. 2.15), obu wzniesionych według projektu Adolfa Funka i ukończonych w 1866 r. Należy dodać, że opracowanie planów poprzedziły szerokie badania i zapoznanie się *in situ* z 19 zakładami psychiatrycznymi¹²⁹. Różne konfiguracje koncepcji opartych o prostokąty, z jednym lub



Il. 2.14. New Jersey State Lunatic Asylum, 1854 r. – plan sytuacyjny Kirkbride'a

Źródło: On the Construction, Organization, and General Arrangements of Hospitals for the Insane, Lindsay & Blakiston, Philadelphia, https://www.asylumprojects.org/index.php/File:Original_Kirkbride_Plan_1854.jpg.



Il. 2.15. Osnabrück, Irrenanstalt bei Osnabrück, A. Funk, 1891 r. – plan
Źródło: *Irren-Anstalten Handbuch der Architektur*, red. J. Durm, s. 33.

¹²⁵ N. Tones, *The Art of Asylum-Keeping: Thomas Story Kirkbride and the origins of American Psychiatry*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1994, s. 387.

¹²⁶ Ch. Roller, *Grundsätze für Einrichtung von Irrenanstalten*, Karlsruhe 1830.

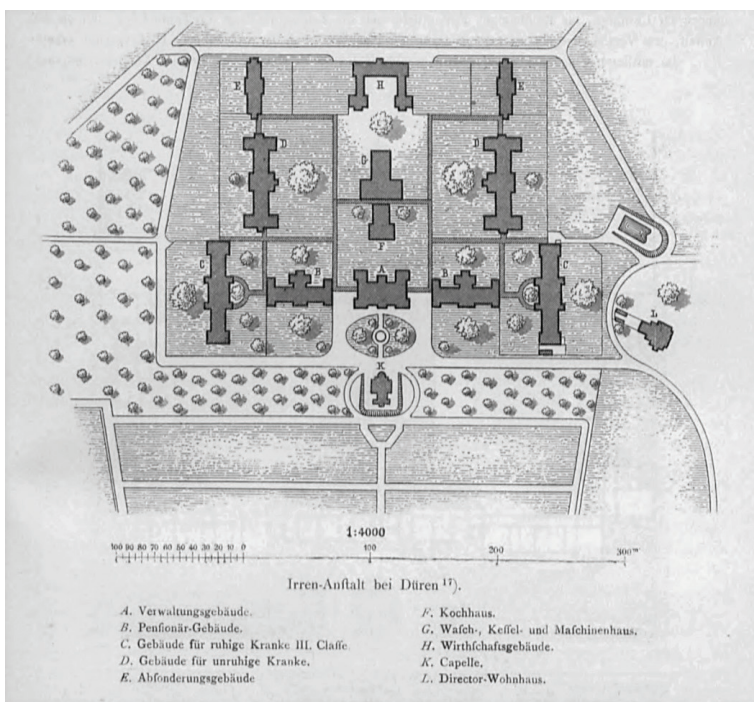
¹²⁷ H. Schüle, *Landesanstalt Illenau*, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, red. J. Bresler, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale, 1910, t. 1, s. 1–6.

¹²⁸ *Ibidem*, s. 206–211.

¹²⁹ A. Kiejna, M. Wójtowicz, *op. cit.*, s. 86–87.



Il. 2.16. Foxboro State Hospital w Massachusetts – pocztówka z pocz. XX w.
Źródło: http://www.asylumprojects.org/index.php/Foxboro_State_Hospital.



Il. 2.17. Düren, Rheinische Provinzial Irrenanstalt bei Düren, A. Funk, 1891 r. – plan

Źródło: *Irren-Anstalten*, [w:] *Handbuch der Architektur*, red. J. Durm, s. 35.

pawilonowo-korytarzowym, jak na przykład w *Foxboro State Hospital* (Il. 2.16.) w Massachusetts¹³⁰ (USA), otwartym w 1889 r. Pawilony mogły być również rozmieszczane wokół założonego na półokręgu korytarza łączącego, a połączone środkowym korytarzem – łącznikiem (np. *Cane Hill Asylum*¹³¹, niedaleko Londynu, otwarty w 1882 r.) lub wolnostojące. Zazwyczaj usytuowane były symetrycznie wzdłuż głównej osi symetrii zakładu, na której umieszczano budynek administracji i obiekty ogólnej użyteczności. W miarę rozwoju założeń, pod koniec XIX stulecia budowano coraz bardziej kameralne pawilony, aby stworzyć „domową” atmosferę. Często projektowano wolnostojące budynki, jednopiętrowe, z tarasami i werandami prowadzącymi do otaczających je ogrodów. Mieściły – obok sypialni dla chorych w różnych konfiguracjach – pokoje dzienne, jadalnie, urządzenia higieniczne. Takie rozwiązania były popularne zwłaszcza w Niemczech, gdzie zakłady składały się z dużej liczby budynków usytuowanych w ogromnych parkach. Przykłady niemieckich rozwią-

dwoma dziedzińcami, z otwartym jednym bokiem, czasami skrzydłami na zewnątrz zespołu, czasem z korytarzowymi łącznikami między budynkami były popularne w architekturze azylowej w krajach niemieckojęzycznych około połowy XIX w. Zostały bardziej szczegółowo przedstawione w kolejnym rozdziale, przy omawianiu pruskich założeń.

2.3.3. System pawilonowy

W II połowie XIX w., a zwłaszcza na przełomie stuleci, bardzo popularny w budownictwie szpitalnym stał się system pawilonowy. W tym układzie azyle składały się z osobnych, wolnostojących budynków, mieszczących zazwyczaj 1 lub 2 oddziały. Mogły być połączone łącznikami lub być zupełnie odrębnymi budynkami, otoczonymi ogrodem. W centrum założenia znajdowały się gmachy administracji i obiekty powszechnego użytku, jak biblioteka, gabinety lekarskie, apteka. Układ funkcjonalny budynków był różny, w zależności od lokalnych tradycji czy okresu budowy. Początkowo budynki były stosunkowo duże, z wielkimi salami dla chorych, zajmującymi całe piętra, jak część autorów definiuje pawilony. Duże sale funkcjonowały długo, np. na oddziałach obserwacyjnych. Oddziały dzielono również na mniejsze sale skomunikowane liniowymi korytarzami. Czasem wolnostojące bloki oddziałów łączył usytuowany przy ich szczytach długi łącznik korytarzowy, co nazywane jest układem

¹³⁰ http://www.asylumprojects.org/index.php/Foxboro_State_Hospital (dostęp: 21.02.2020).

¹³¹ http://www.asylumprojects.org/index.php/Cane_Hill_Hospital (dostęp: 21.02.2020).

zań to nadreńskie *Rheinische Provinzial Irrenanstalt bei Gerresheim* w Grafenberg koło Dusseldorfu (ob. dzielnica), wzniesiony w latach 1872–1876, czy w Düren koło Akwizgranu (*Rheinische Provinzial Irrenanstalt bei Düren*) (il. 2.17) wybudowany w latach 1874–1878¹³². Duże zakłady w układzie pawilonowym powstawały na przełomie XIX i XX stulecia, zajmowały rozległe posesje i mieściły 10–30 pawilonów dla pacjentów oraz cały szereg zabudowań pomocniczych, gospodarczych i technicznych oraz domy dla personelu. Zazwyczaj towarzyszyły im gospodarstwa rolne, co sprawiało, że były w znacznej mierze niezależne. Taki typ rozplanowania zakładu również szczegółowo omówiono na przykładach pruskich rozwiązań w kolejnych rozdziałach.

Pomimo podobnych założeń ideowych, w których można zauważyć odbicie trendów w szpitalnictwie ogólnym, formy i rozplanowanie budynków XIX-wiecznych azylów znacznie się różniły. Każdy region wypracował własne układy urbanistyczne założeń, formy funkcjonalne i stylistyczne budynków.

¹³² A. Kiejna, M. Wójtowicz, *op. cit.*, s. 88–89.

3. CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE ROZWÓJ PRUSKICH ZAKŁADÓW LECZNICZO-OPIEKUŃCZYCH DLA PSYCHICZNIE CHORYCH

3.1. Polityka państwa a reforma psychiatrii w Prusach

Pod koniec XVIII stulecia w państwach niemieckich ugruntowała się idea medycyny publicznej oraz centralistycznego nadzoru nad opieką zdrowotną. Wtedy również narodziła się koncepcja „polityki zdrowotnej”. Wprowadzenie odgórnej polityki zdrowotnej w Prusach miało bardzo duże znaczenie dla zorganizowania opieki nad psychicznie chorymi członkami społeczeństwa. Istotne było również ustanowienie podziałów i organów administracji państwowej i lokalnej oraz scedowanie części obowiązków w zakresie opieki medycznej i opieki nad biednymi na szczebel prowincji.

Pierwszym organem nadzorującym sprawy medyczne w Królestwie Prus było powołane jeszcze przez Fryderyka Wilhelma Wielkiego w 1685 r.¹³³. *Collegium medicum et sanitatis*, które nadzorowało sprawy medyczne. W 1725 r. król Fryderyk Wilhelm I podniósł rangę collegium, które nazwano *Ober-Collegium medicum*. Organ miał prawo ustalenia nowych zasad dotyczących leczenia, spisu leków, cen leków (*Medicamenten Tare*). W 1799 r. przyłączono do niego *Collegium sanitatis* utworzone w 1719 r. *Ober-Collegium medicum* podporządkowane były oddziały regionalne – *Provinzial Collegia medica et Sanitatis*. Do uprawnień urzędu należała kwalifikacja wszystkich osób związanych z lecznictwem, w tym również wymiaru sprawiedliwości i policji lekarskiej, ogólne zarządzanie instytucjami zdrowia w państwie, a zwłaszcza zapobieganie lub ograniczanie epidemii ludzi i bydła¹³⁴.

Od 1809 r. w miejsce pruskiego *Collegium* powołana została *Sekcja Medyczna* w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, a następnie w 1817 r. – oddział do spraw medycznych w Ministerstwie Wyznań. Prowincjalną służbą zdrowia kierowały prowincjalne *kolegia medyczne* jako części składowe administracji poszczególnych prowincji, podległe nadprezydentom. Zatrudniano również lekarzy powiatowych¹³⁵.

Mówiąc o roli państwa w opiece medycznej, należy wspomnieć o wybitnym pruskim lekarzu Rudolfie Virchow (1821–1902). Medyk uważał, że prawo do opieki lekarskiej nie jest domeną ludzi bogatych, ale jest prawem każdego i troska o to należy do państwa, co było bardzo istotne w kwestii chorób umysłowych. Tego rodzaju poglądy kształtowały się szczególnie od rewolucji 1848 r. Virchow zapoczątkował też rozwój nowoczesnego szpitala – kliniki, w którym leczono chorych oraz kształcono lekarzy i zajmowano się rozwojem nauk medycznych¹³⁶. W wielu klinikach i na uniwersytetach prowadzono badania naukowe dotyczące psychiatrii, podnoszono standardy terapeutyczne i kształcono specjalistów w tej dziedzinie. Jednym z pierwszych reformatorów na terenie Prus był wspomniany już Johann Christian Reil, lekarz i nauczyciel psychiatrii na uniwersytecie w Berlinie¹³⁷.

XIX-wieczna opieka nad chorymi wywodziła się z tradycji opieki nad ubogimi, którą sprawowały instytucje kościelne oraz gminy miejskie i wiejskie. Około połowy XIX stulecia zaczęto organizować kasy ubezpieczeniowe. Pierwsze rozporządzenia lokalne ogłoszono w 1845 r. i 1854 r. Ich rozwinięcie na całą Rzeszę stanowiła tzw. bismarckowska ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych z 1876 r.¹³⁸. Ubezpieczenia te nie obejmowały jednak wszystkich, a zwłaszcza niepracujących, umysłowo chorych pacjentów, którzy korzystali z funduszy rodzinnych bądź z opieki społecznej. Ważną

¹³³ Jeszcze w okresie, kiedy nie było Królestwa Prus, tylko unia personalna Elektoratu Brandenburgii i Księstwa Pruskiego. Królestwo Prus powstało w momencie koronacji elektora brandenburskiego Fryderyka III w 1701 r. z dotychczasowego państwa Brandenburgia-Prusy.

¹³⁴ J.Ch. Gädicke, *Lexicon von Berlin und der umliegenden Gegend*, Gebrüder Gädicke, Berlin 1806, s. 119.

¹³⁵D. Łukasiewicz, *Choroba i zdrowie w Królestwie Prus w XIX wieku (1806–1871)*, „Colloquium”, nr 2, 2013, s. 13, <http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Colloquium/Colloquium-r2013-t-n2/Colloquium-r2013-t-n2-s7-36/Colloquium-r2013-t-n2-s7-36.pdf> (dostęp: 23.02.2020).

¹³⁶ *Ibidem*, s. 21.

¹³⁷ Johann Christian Reil, <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/1176.html> (dostęp: 12.01.2020).

¹³⁸ D. Łukasiewicz, *op. cit.*, s. 21.

rolę w opiece zdrowotnej pełniły też kościoły – katolickie i protestanckie, które organizowały własne placówki lecznicze, również dla psychicznie chorych, jak na przykład zakład w Kückenmühler (ob. Szczecin).

Po reformach z lat 1815–1819 państwo pruskie miało bardzo nowoczesną administrację. Ustanowiono wówczas 3 szczeble administracyjne – prowincje, rejencje i powiaty (Provinz, Regierungsbezirk, Kreise). Dekretem królewskim z 1823 r. dotyczącym zarządzania majątkiem prowincji¹³⁹ oraz późniejszymi ustawami z lat 1824–1827 (rozszerzenie o kolejne prowincje) w prowincjach pruskich powołano do życia zgromadzenia pierwotnie nazwane *Provinzialstände*, następnie *Provinziallandtag* – sejmiki prowincjonalne. Zgodnie z założeniami pruskiej polityki społecznej i zdrowotnej szereg zadań w tym zakresie powierzono lokalnym organom administracji. Jednym z najważniejszych zadań sejmików była opieka nad osobami ubogimi i niepełnosprawnymi, w tym obłąkanymi, jak wówczas określano psychicznie chorych. Sejmikom prowincjonalnym powierzono zadania zarządzania wybranym przez władze pruskie mieniem społecznie użytecznym w danej prowincji. Na cele społeczne rząd przekazał wiele sekularyzowanych w 1810 r. klasztorów i opactw. W ich murach organizowano między innymi pierwsze zakłady dla psychicznie chorych. Państwowa opieka nad obłąkanymi dopiero zaczynała się kształtować. W I połowie XIX w. wszelkie wydatki na opiekę pokrywało państwo, bo to ono przekazywało sejmikowi prowincjonalnemu środki na te cele. Bogaci chorzy i ich rodziny mogli sami pokryć koszty utrzymania chorego w zakładzie państwowym lub prywatnym, ubodzy natomiast mogli uzyskać wsparcie ze strony państwa albo z niższych jednostek samorządowych. Często z braku wystarczających środków posilkowano się dobroczynnością publiczną¹⁴⁰.

Daleko idące modyfikacje w pozycji ustrojowej sejmików prowincjonalnych wprowadzone zostały tak zwaną ordynacją prowincjonalną, przyjętą 29 czerwca 1875 r. (z mocą od 1 I 1876 r.)¹⁴¹. Nadano im wówczas szerokie kompetencje jako organom samorządu terytorialnego, w tym kompetencje finansowe. Równolegle z ordynacją prowincjonalną ogłoszono ustawy finansowe, które ustalały zasady przydziału środków poszczególnym prowincjom do realizacji zadań samorządowych. Jednak w ciągu kilku lat ustawa została znacznie zmieniona i w 1881 r. ogłoszono jej nowy jednolity tekst¹⁴². Samorządy miały stanowić przepisy istotne dla funkcjonowania majątku prowincjonalnego, w tym również dotyczące organizacji i funkcjonowania szpitali dla psychicznie chorych.

Oczywiście przepisy mogły różnić się w zależności od prowincji, jednak w ogólnych zarysach były zbliżone¹⁴³. Zakładały, że do zakładów zamkniętych w pierwszej kolejności powinni trafiać osobnicy szczególnie niebezpieczni, ale gminy i dominia miały możliwość w drodze porozumienia umieszczać wszelkich swych chorych w zakładach. Na zasadzie dobrowolności mogli być do nich przyjmowani wszyscy chorzy, którzy o to prosili. Obejmowało to również obłąkanych żołnierzy, na mocy porozumienia Ministerstwa wojny ze związkami prowincjonalnymi. Chorzy mogli być umieszczani w zakładach na pisemny wniosek gminy, władz wojskowych, a w wypadkach szczególnie niebezpiecznych *szaleńców* także na wniosek lokalnych władz policyjnych.

Koszty leczenia chorych generalnie miały być pokrywane ze środków prowincji, ale o zrefundowanie przynajmniej części opłat zwracano się również do gminy. W przypadku przyjęcia do zakładu na prośbę osoby prywatnej – z mocy prawa krewni pacjenta, jeżeli ich miał, byli zobowiązani do pokrywania kosztów lub współuczestniczenia w nich. Zależało to jednak od stanu zamożności chorego i jego rodziny. Jeśli chory lub jego krewni nie posiadali majątku wystarczającego na pokrycie kosztów leczenia, wtedy obowiązek ten spadał na państwo. Brak majątku musiał być potwierdzony przez władze policyjne.

¹³⁹ <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.35112103077360&view=1up&seq=385> (dostęp: 4.01.2020).

¹⁴⁰ T. Kruszewski, *Prowincjonalna opieka nad chorymi psychicznie na Śląsku w XIX i pierwszej połowie XX w.*, Wrocław University Press, Wrocław 2016, <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/79501> (dostęp: 15.01.2019).

¹⁴¹ *Gesetzsammlung für die Königlichen Preußischen Staaten*, Jg. 1875, s. 335, *Provinzialordnung für die Provinzen Preußen, Brandenburg, Pommern, Schlesien und Sachsen*. Vom 29. Juni 1875 (ordynacja nie objęła prowincji Posen, objęła ją dopiero kolejna wersja).

¹⁴² *Gesetzsammlung für die Königlichen Preußischen Staaten* Jg. 1881, s. 176, *Gesetz, betreffend die Abänderung von Bestimmungen der Provinzialordnung für die Provinzen Preußen, Brandenburg, Pommern, Schlesien und Sachsen* vom 29. Juni 1875 und die Ergänzung derselben. Vom 22. März 1881.

¹⁴³ Szerzej na temat zarządu i utrzymania zakładów na przykładzie prowincji śląskiej – T. Kruszewski, *Prowincjonalna opieka...*, *op. cit.*

W gestii odpowiednich komórek administracji prowincjonalnej pozostawiono również strukturę organizacyjną szpitali. Można było dzielić zakłady na dwie grupy: zakłady lecznicze (*Provinzial-Heil-Anstalt*) – zajmujące się osobami mającymi szansę wyleczenia oraz zakłady opiekuńcze (*Provinzial-Pflege-Anstalt*) – sprawujące opiekę nad nieuleczalnie chorymi. Można było również tworzyć zakłady przyjmujące obie grupy pacjentów, co w rezultacie robiono najczęściej. Wówczas nazywane były zakładami leczniczo-opiekuńczymi (*Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt*). W końcu lat 80. XIX w. powstał Krajowy Związek ds. pieczy nad ubogimi, który poprzez swoje miejscowe organy kontrolował liczbę chorych umysłowo i kierował ich do zakładów leczniczych. Zgodnie z ustawą o opiece społecznej z 1871 r. i jej nowelizacją z 1891 r., wszystkie placówki nazwane zostały *Provinzial Heil- und Pflegeanstalt* – prowincjonalny zakład zdrowotny i opiekuńczy. Pod koniec XIX w. często znoszono podziały i wówczas szpitale nazywano zakładami dla obłąkanych – *Provinzial-Irrenanstalten*¹⁴⁴.

Szpitalami kierowali dyrektorzy, czasem nazywani głównymi lekarzami, którzy byli zatrudniani przez sejm prowincjonalny. Decydowali o sprawach bieżących i zatrudnianiu personelu niższego szczebla. Ważniejsze wydatki zobowiązani byli uzgadniać z odpowiednimi organami zarządu prowincji. Fundusze przeznaczone na utrzymanie zakładów zatwierdzał sejm prowincjonalny. Również zatrudnienie innych lekarzy, co zapewne stanowiło większą kwotę w budżecie, uzależnione było od funduszy przeznaczonych na utrzymanie zakładu w danym roku. Ciekawymi dokumentami pokazującymi zarówno działalność medyczną (zestawienia liczby pacjentów przyjętych, przebywających w zakładzie, zmarłych, klasyfikacje chorobowe pacjentów, zestawienia danych dotyczących pacjentów, np. ich wieku, zawodów, płci itp., zestawienia dotyczące chorób zakaźnych), jak i organizacyjną zakładów (dane dotyczące kady, bieżącego utrzymania, gospodarki funduszami itp.) były roczne raporty, do których przygotowania zobowiązani byli dyrektorzy placówek. Są to doskonałe materiały do badania działalności medycznej i organizacji placówek dla psychicznie chorych. Raporty ukazywały się drukiem zazwyczaj za okres kilku lat¹⁴⁵. Sprawozdania czasem zawierały plany budynków, informacje o rozbudowach zakładów czy bieżących pracach budowlanych¹⁴⁶.

Polityka zdrowotna i administracyjna Prus odegrała dużą rolę w rozwoju nowoczesnych azyłów. Wprowadzenie nadzoru państwa nad opieką zdrowotną, rozwinięty system opieki społecznej i charytatywnych organizacji wyznaniowych i świeckich, finansowanie budowy placówek pozwoliło na szybki wzrost liczby zakładów. Ważną rolę odegrała także administracja lokalna, utworzona po reformie. To prowincjom przekazano zadania w zakresie opieki społecznej, legislacji reguł funkcjonowania zakładów dla psychicznie chorych, a także bezpośredni nadzór nad ich działalnością. Władze prowincji monitorowały liczbę chorych i starały się o finanse na rozbudowywanie szpitali lub budowę nowych placówek.

3.2. Instytucjonalizacja leczenia dla psychicznie chorych – modelowe rozwiązania zakładów i ich wpływ na rozwój budownictwa azyłowego

Badania naukowe i polityka zdrowotna państwa pruskiego wpłynęły na powstanie licznych szpitali dla psychicznie chorych. Część psychiatrów uważała, że najlepsze rezultaty można osiągnąć lecząc chorego w azylu, inni opowiadali się za opieką rodzinną¹⁴⁷. Pomimo tych rozbieżności w latach 90. XIX w. na terenie zjednoczonych Niemiec istniało ponad 400 publicznych i prywatnych placówek zajmujących się opieką nad osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi. Zakłady lecznicze były zarządzane zgodnie z lokalnymi rozporządzeniami i kierowane przez wybitnych specjalistów z dziedziny psychiatrii.

¹⁴⁴ T. Kruszewski, *Prowincjonalne lecnictwo...*, op. cit., s. 9–11.

¹⁴⁵ Sprawozdania zostały wyszczególnione w bibliografii.

¹⁴⁶ Plany wszystkich budynków zawiera np. Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen für die Zeit vom 1. Oktober 1894 bis Ende März 1895.

¹⁴⁷ A. Pernice, N.J.R. Evans, *Family care and asylum psychiatry in the nineteenth century: the controversy in the Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie between 1844 and 1902*, History of Psychiatry, pierwsza publikacja 1.03.1995, <https://doi.org/10.1177/0957154X9500602103>.

Jeszcze w II połowie XVIII stulecia król Fryderyk II podjął działania zmierzające do odseparowania od społeczeństwa chorych umysłowo, którzy stanowili zagrożenie dla innych osób. Na początku XIX w., gdy rozpowszechniała się idea leczenia obłąkanych, władze pruskie postanowiły wprowadzić reformy w całym państwie i zinstytucjonalizować lecnicstwo w tym zakresie. Zdecydowano o utworzeniu dużego, modelowego zakładu dla psychicznie chorych, wykorzystując do tychczasowe doświadczenia dotyczące tej dziedziny lecnicstwa. Zadanie powierzono Maksymilianowi Jacobiemu, specjaliście w dziedzinie organizacji opieki zdrowotnej. W 1820 r. odbył on podróż po krajach niemieckich, podczas której odwiedził 8 największych zakładów psychiatrycznych. Rezultatem tych działań było otwarcie w 1825 r. modelowego szpitala w Siegburgu w Nadrenii, usytuowanego w pobliżu Bonn, które było centrum naukowym i uniwersyteckim. Zakład umieszczony został w usytuowanych na wzgórzu zabudowaniach dawnego klasztoru benedyktynów, adaptowanych przez Jacobiego zgodnie z postulatami Reila. Stosowano tu „medycynę psychologiczną”. Poprzez codzienne obserwacje, starannie zapisane w historiach medycznych, tworzone kompleksową dokumentację przebiegu choroby. Zakład wyposażony został w lecznicze urządzenia kąpielowe, galwaniczne i elektryczne. Stosowano również terapię poprzez pracę, zatrudniając chorych w gospodarstwie domowym, w warsztatach, ogrodzie czy w rolnictwie¹⁴⁸. Kolejnym wzorcowym pruskim azylem był szpital usytuowany w murach klasztoru cystersów w Lubiążu na Śląsku, który przystosowano do celów terapeutycznych w latach 1825–1830¹⁴⁹. Szpitale te były pierwszymi w Europie, nowoczesnymi placówkami dla dużej liczby chorych¹⁵⁰.

Wzorcowym szpitalem, który miał duży wpływ na całonocowe planowanie zakładów pruskich, był wzniesiony według koncepcji Christiana Rollera¹⁵¹ w latach 1836–1842, zakład leczniczo-opiekuńczy w Illenau w Badenii (il. 3.1). Psychiatry stworzył nowy model szpitala o połączonych funkcjach – leczenia i opieki, co stało się regułą w odniesieniu do państwowych instytucji. Uważał, że takie zespolenie doprowadzi do znacznego obniżenia kosztów utrzymania i wydatków administracyjnych instytucji, a jednocześnie umożliwi dostęp do niektórych możliwości leczenia i zatrudnienia *szalonym*, którzy zostali zaklasyfikowani jako nieuleczalni i nie mogliby zostać umieszczeni w instytucji opiekuńczej.

W publikacji wydanej w 1831 r. przedstawił podstawowe zasady planowania „nowego typu” azylów¹⁵². Wprowadził szereg innowacji, z których najważniejszą były podziały zakładu na osobne części dla mężczyzn i kobiet, a dalej na oddziały dla pacjentów o różnym stadium chorobowym i odmiennych schorzeniach. Placówka musiała umożliwić pacjentom osobne zakwaterowanie w zależności od ich statusu i płci, a także możliwości leczenia i uiszczania opłat. Ponadto doceniał wpływ otoczenia, przyrody i świeżego powietrza, a także terapeutyczną rolę pracy. Szczególną uwagę zwróciły jego rozważania na temat możliwości zapewnienia wyżywienia pacjentom dzięki gospodarstwom rolnym. Polecał je jako idealny sposób na obniżenie kosztów, a jednocześnie



Il. 3.1. Illenau, Heil- und Pflege Anstalt Illenau, 1865 r., litografia J. Vollweider i C. Kiefer

Źródło: https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Illenau_Gesamtansicht_Repro.jpg.

¹⁴⁸ E.L. Shorter, *op. cit.*, s. 50; M. Jacobi, *Die Irrenheilanstalt zu Siegburg und ihre Gegner auf dem sechsten rheinischen Landtage*, Bonn 1841, <http://digitale-sammlungen.ulb.uni-bonn.de/content/pageview/3731631> (dostęp: 15.03.2020).

¹⁴⁹ A. Kiejnia, M. Wójtowicz, *op. cit.*, s. 17–37.

¹⁵⁰ T. Kruszewski, *Medyczne i administracyjne zadania służby zdrowia w prowincjonalnych zakładach leczenia psychiatrycznego na Śląsku w XIX i pierwszej połowie XX wieku*, [w:] *Dzieje biurokracji*, t. VI, http://tonik-libra.pl/wp-content/uploads/2018/06/333_Tomasz-Kruszewski_DB-VI.pdf (dostęp: 2.01.2019), s. 334.

¹⁵¹ Plany budowlane sporządzili radca budowlany Hans Voss i architekt Friedrich Weinbrenner.

¹⁵² CH.F.W. Roller, *Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen*, Chr.Fr. Müller'schen Hofbuchhandlung, Karlsruhe 1831.

postrzegał jako metodę pozytywnego wpływu na zdrowie pacjenta poprzez aktywne zajęcia na świeżym powietrzu. Stąd zanim rozpoczęto budowę, starannie dobrano lokalizację nowego zespołu. Zakupiono 14 ha ziemi położonej u podnóża Hornisgrinde, najwyższej góry północnego Schwarzwald, stanowiącej piękne tło krajobrazowe dla szpitala. W ramach terapii zajęciowej chorzy byli zatrudnieni między innymi w ogrodach i na polach należących do placówki. Zakład wzniesiono zasadniczo w układzie zamkniętym. W centralnej części założenia umieszczono reprezentacyjny zieleńiec, oddzielający część męską i żeńską zakładu, ograniczony kolumnowymi gankami. Zieleńiec poprzedzony był obsadzoną drzewami aleją, zamknięty budynkiem mieszczącym kaplicę i salę spotkań. Przy każdym z oddziałów wyznaczono prostokątne, otoczone murami ogrody dla pacjentów, ze starannie zaplanowanymi nasadzeniami. Pensjonariusze mogli tam zażywać ruchu lub odpoczywać na świeżym powietrzu, uprawiać sport czy dbać o rabaty kwiatowe.

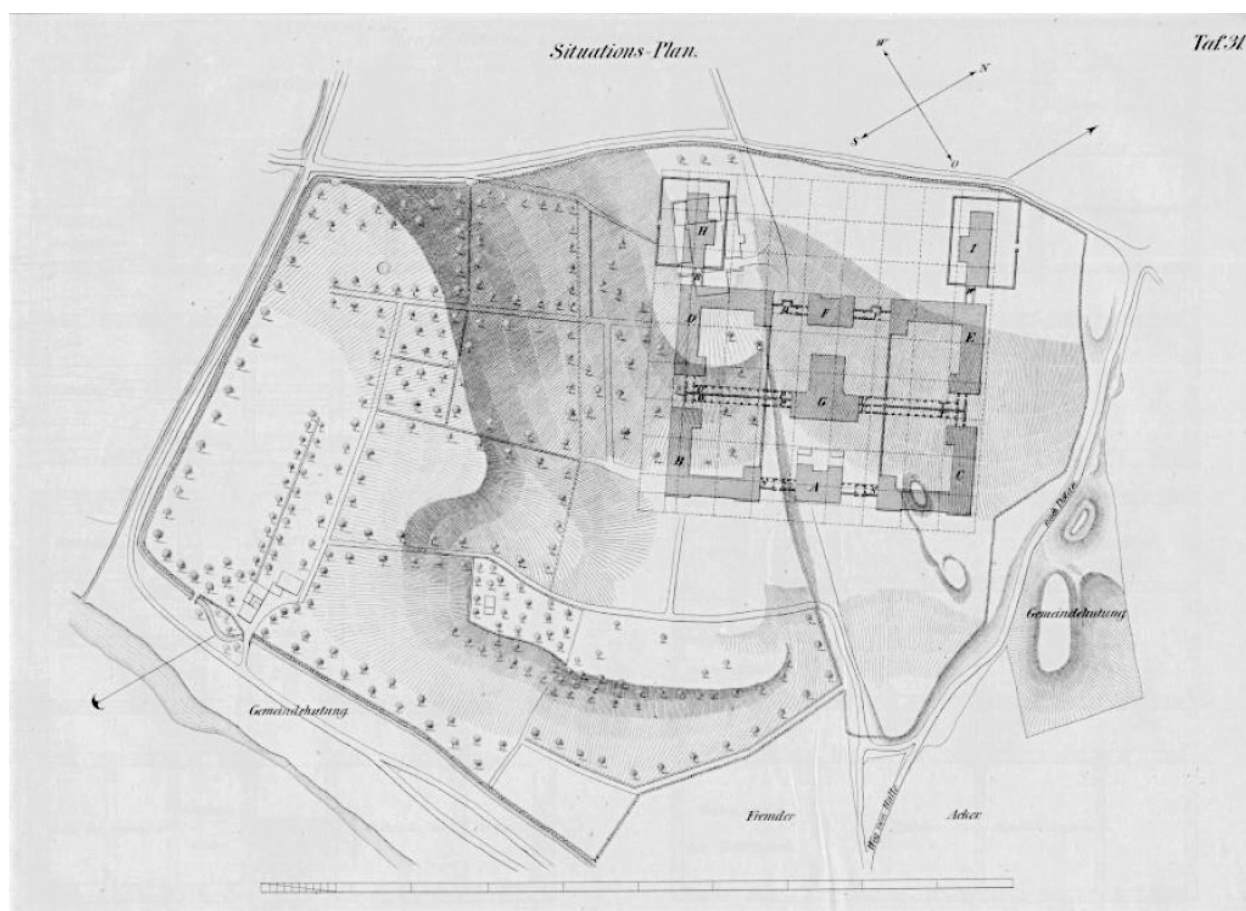
Roller zwrócił również uwagę na odmienny charakter i wymagania, jakie musiały spełniać szpitale dla psychicznie chorych w stosunku do innych placówek leczniczych. Planując strukturę funkcjonalną azylu, przede wszystkim należało wziąć pod uwagę okresowy, długi lub nawet ostateczny pobyt pacjenta. Konstrukcja obiektów powinna zapewniać bezpieczne zakwaterowanie i nadzór nad chorymi, a ponadto możliwość odizolowania agresywnych chorych, bez stwarzania wrażenia więzienia. Odmienne niż w zwykłych szpitalach znaczna część pacjentów była zdrowa fizycznie, chorym tym należało więc zapewnić różne formy aktywności. Musiały tu być sypialnie, jadalnie, wspólne sale dzienne, duże i dobrze doświetlone korytarze, a także zamknięte dziedzińce dla wszystkich grup pacjentów¹⁵³.

Nawiązując do koncepcji Rollera, pruski modelowy zakład leczniczo-opiekuńczy dla psychicznie chorych opracował Heinrich Philipp August Damerow, pruski lekarz i psychiatra. Szpital wzniesiony według jego planów ulokowano w pobliżu Halle nad Saale (Halle-Nietleben) (il. 3.2–3.4). Pomyśl, aby wybudować tam duży szpital dla psychicznie chorych z Marchii i Saksonii, zrodził się już w latach 20. XIX w. Propagatorem tej idei był radca miejski dr Lagermann. W 1833 r. na stanowisko dyrektora i naczelnego lekarza w tymczasowym *Irrenheilanstalt* (Instytucie Zdrowia Psychicznego) w Halle został powołany dr Heinrich Damerow. Do jego obowiązków należało również opracowanie koncepcji nowego zakładu. Pierwsze plany przedstawił w 1835 r., jednak projekty po licznych zmianach i poprawkach w królewskiej deputacji budowlanej zatwierdzono dopiero w 1838 r. Ostateczne plany według szkiców Damerowa wykreślił mistrz budowlany Gustav Spott. Pierwszą fazę budowy ukończono w 1844 r., a następne przez kolejne lata aż do 1854 r.¹⁵⁴.

Azyl usytuowano na niewielkim wzgórzu, na terenach zajmowanych wcześniej przez winnicę. Obiekt został zaprojektowany dla około 400 pacjentów. Wzniesiono 6 budynków ulokowanych wokół prostokątnego dziedzińca. Wewnątrz znajdowały się zabudowania gospodarcze – kuchnia, łaźnia, kotłownia i warsztaty. Budynki dla chorych, założone na planie zbliżonym do litery „L”, zajmowały narożniki prostokąta. Od północy umieszczono oddziały męskie, od południa żeńskie, z podziałem na budynki dla oddziałów opiekuńczych, które usytuowano od zachodu, a leczniczych od wschodu. Do domów dla nieuleczalnie chorych dobudowano od zachodu aneksy mieszczące izolatki dla agresywnych pacjentów. Z tej strony umieszczono jeszcze prosektorium, laboratoria i aptekę. We wschodnim boku założenia między skrzydłami domów pacjentów wzniesiono budynek dyrekcji, a po drugiej stronie dom z mieszkaniami dla urzędników. Wszystkie obiekty połączone były arkadowymi łącznikami z kolumnadami, co dzieliło wewnętrzne podwórze i zapewniało komunikację z gospodarczą częścią zakładu.

¹⁵³ I. Rohowski, *Vom Verwahren zum Pflegen und Heilen*, [w:] *Gropius in Eberswalde. Der Martin-Gropius-Bau der Landes-klinik Eberswalde*, be.br verlag GmbH, Berlin 2002, s. 17–18.

¹⁵⁴ Zarówno Spott, jak i Damerow opublikowali swoje spostrzeżenia na temat budowy zakładu: G. Spott, *Die Provinzial-Irrenanstalt zu Halle*, *Zeitschrift für praktische Baukunst*, R. 5, 1854, s. 153–157; H. Damerow, *Zur Geschichte des Neubaus der Ständischen Irren-Heil- und Pflege-Anstalt für die Preuss. Provinz Sachsen bei Halle a. d. S.*, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, z. 1, 1844, s. 97–112; O zakładzie pisał również M. Viszanik, *Die Irrenheil- und Pflegeanstalten Deutschlands, Frankreichs sammt der Cretinen-Anstalt auf dem Abendberg in der Schweiz*, verlag von Carl Gerold, Wien 1845, część 1, s. 67–71.



Il. 3.2. Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale, 1854 r. – plan
 Źródło: G. Spott, *Die Provinzial-Irrenanstalt zu Halle*. Zeitschrift für praktische Baukunst, 1854, 5, Taf. 31.

Ze wszystkich pomieszczeń dla pacjentów rozciągał się piękny widok na otaczający krajobraz. Szerokie i przestronne korytarze komunikujące sale znajdowały się od strony dziedzińca. W oddziałach sale zostały podzielone na „ciche” i „niespokojne” oraz według statusu społecznego. Dzięki założeniu budynków dla chorych na planie dwóch prostokątów do siebie skrzydeł narożniki tworzyły naturalne podziały na 4 oddziały, po dwa na każdej kondygnacji. W narożnikach usytuowano główne wejścia, hole i klatki schodowe. Z holami skomunikowane były pomieszczenia wspólne, jak pokoje pracy, sale zebrań, pokoje bilardowe, czytelnie, z których mogli korzystać wszyscy chorzy. W budynkach przewidziano również sanitariaty. W 1864 r. wzniesiono szpitalny kościół. Do zakładu należał spory areał rolny z łąkami, ogrodami i polami uprawnymi, gdzie mogli być zatrudnieni pacjenci. W ostatnim 20-leciu XIX w. zakład został mocno rozbudowany. Niestety do dzisiaj zachowały się nieliczne budynki, a na miejscu azylu z pierwszej fazy znajdują się współczesne budowle. Zakład stał się wzorem dla innych instytucji, między innymi dla projektu nowego *Provinzial Irrenheil- und Pflegeanstalt Kurmark* czy zakładu w Owińskach¹⁵⁵ (mistrz budowlany Steundener). Damerow współpracował też przy projekcie azylu w Świeciu¹⁵⁶.

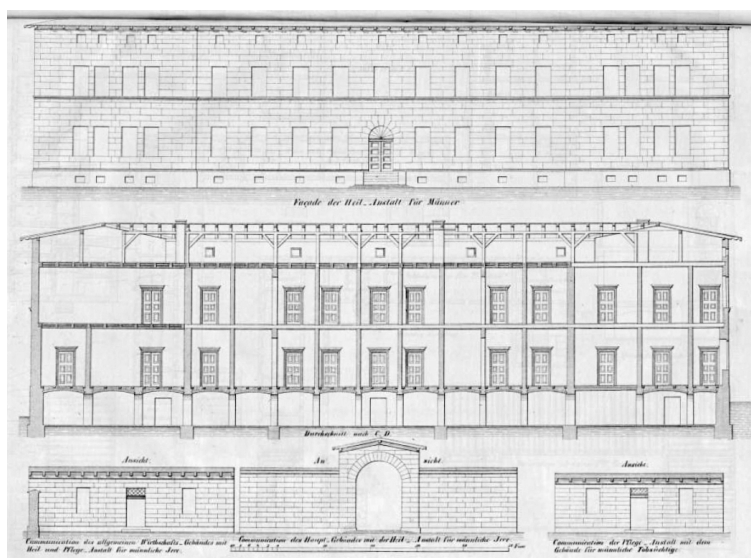
W każdej pruskiej prowincji w zależności od potrzeb i możliwości regionu powstawały zakłady o różnej wielkości. Przy planowaniu i budowie wzorowano się na modelowych szpitalach i kierowano szeroko dyskutowanymi w fachowej prasie wskazówkami. Ze względu na rosnącą liczbę chorych zakłady budowano i rozbudowywano, starając się przy tym, aby ewoluowały w kierunku najlepszego zaspokojenia potrzeb terapeutycznych. Pierwsze szpitale zakładano w adaptowanych do tego celu istniejących już budowlach, często dawnych, sekularyzowanych klasztorach, czasem w częściach zamków czy budynkach po zakładach poprawczych. Instytucje te nie zaspokajały rosnących stale potrzeb. Rozbudowywano je lub przenoszono do nowych, wzniesionych w tym celu

¹⁵⁵ Nowy zakład w Owińskach wzniesiono dopiero w latach 1870–1873, ale pierwsze plany wykonane zostały w latach 40. XIX w., prawdopodobnie Steundener uczestniczył też w rozbudowie pierwszego szpitala.

¹⁵⁶ H. Damerow, *op. cit.*

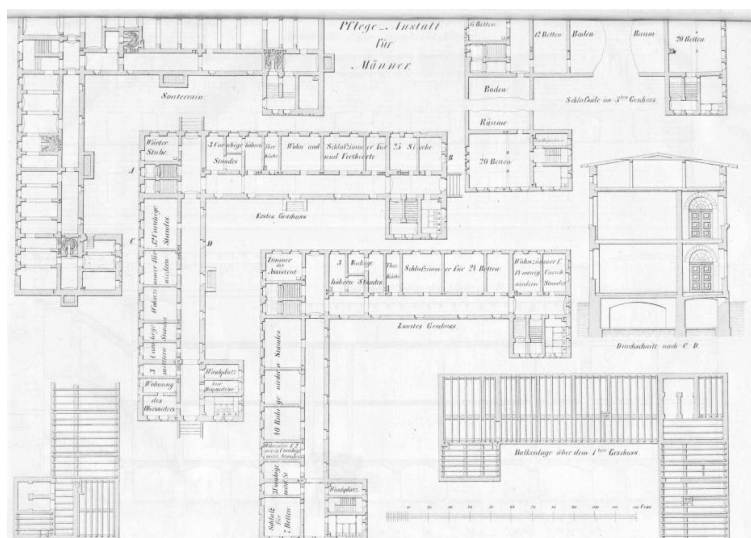
zespołów, wybudowanych zgodnie z ideami zawartymi w modelowych projektach. Około połowy XIX stulecia wznoszono, zazwyczaj według wskazówek Rollera, duże zespoły, z obszernymi parkami i ogrodami, wyposażone w gospodarstwa rolne. Starano się o oddzielenie pacjentów o różnych dolegliwościach, w związku z tym powstawały osobne budynki mieszczące 1 lub 2 oddziały. W miarę rozwoju psychiatrii w Prusach starano się zapewnić pacjentom jak najbardziej spokojne i kameralne warunki, zbliżone do atmosfery domów rodzinnych. Dlatego też architekci wraz z lekarzami projektowali zakłady składające się z coraz większej liczby mniejszych pawilonów, rozlokowanych wśród ogrodów i parków. Opierając się na wskazówkach Damerowa, rozbudowywano i ulepszano azyle przez całą II połowę XIX w. W rezultacie pod koniec stulecia zaowocowało to ogromnymi założeniami, liczącymi po 20–30 pawilonów dla pacjentów, mieszczącymi obszerne budynki administracyjne, miejsca modlitwy, kaplice, pawilony lub sale towarzyskie, biblioteki i czytelnie, salony z fortepianami i stołami bilardowymi, kręgielnie, szereg budynków gospodarczych (jak kuchnie, zmywalnie, pralnie, suszarnie), technicznych (jak kotłownie, maszynownie, pompownie i wieże ciśnień), wyposażonymi w oświetlenie elektryczne oraz wewnętrzne sieci telefoniczne. Do terapii przez pracę wykorzystywano również rzemiosło, tworząc warsztaty służące bezpośrednio zakładom,

ale również inne, np. szewskie, kaletnicze, krawieckie, introligatorskie, stolarskie itp. W założeniach szpitalnych znajdowały się także wille dla dyrektorów i lekarzy oraz kilkunordzinne domy dla pozostałego personelu. W ogrodach przy oddziałach umieszczano małą architekturę, miejsca do gimnastyki, w rozległych parkach oprócz altan i ławek znajdowały się fontanny, stawy, a nawet niewielkie jeziora. Dzięki terapii poprzez pracę w warsztatach, a przede wszystkim w gospodarstwach rolnych zespoły szpitali stały się niemal samodzielnymi i samowystarczalnymi (jednak nie całkowicie pod względem finansowym) jednostkami. Takie „dojrzałe” zespoły powstawały licznie na początku XX w. Koszty budowy tych państwowych zakładów były duże, a mówimy tu o zakładach państwowych, a nie prywatnych. Co prawda w większości przewidziano z nich odpłatne miejsca dla bogatszych chorych, co miało dofinansować nieco placówki, jednak koszty np. w porównaniu z azylami angielskimi były dużo większe. Coraz częściej pojawiały się głosy krytyki. Zastanawiano się, czy budować drogo, co ograniczało liczbę miejsc dla biedniejszych pacjentów, czy budować taniej, ale gorzej – dla większej liczby pensjonariuszy. Niektórzy psychiatrzy uważali, że można obniżyć jakość na rzecz



Il. 3.3. Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale, 1854 r. – męski oddział leczniczy, fasada i przekrój

Źródło: G. Spott, *Die Provinzial-Irrenanstalt zu Halle*. Zeitschrift für praktische Baukunst, 1854, 5, Taf. 35.



Il. 3.4. Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale, 1854 r. – męski oddział opiekuńczy, rzuty poziome wszystkich kondygnacji i przekrój

Źródło: G. Spott, *Die Provinzial-Irrenanstalt zu Halle*. Zeitschrift für praktische Baukunst, 1854, 5, Taf. 34.

większej liczby miejsc dla chorych¹⁵⁷. Jednak te głosy rzadko były uwzględniane, mimo iż mogło to skutkować przepełnieniem w szpitalach. Istotna była jednak jakość wykończenia, co pozwoliło im przetrwać do dziś. W wielu azylach wprowadzono miejsca dla pacjentów w trzech klasach. Podział dotyczył głównie wyżywienia, ale również zakwaterowania, np. w pierwszej klasie w 1- lub 2-osobowych pokojach, z salonami wyposażonymi w fortepiany czy stoły bilardowe. Dyskusji nad układem funkcjonalnym towarzyszyło ciekawe z dzisiejszego punktu widzenia pytanie: czy w tym samym zakładzie powinny znajdować się osoby z różnych klas społecznych?¹⁵⁸ Oczywiście opinie na ten temat były różnorodne. Pacjenci pierwszej klasy płacili najwyższe stawki, pacjenci drugiej – niższe, a za pacjentów trzeciej klasy płać państwo (z kas gminnych, powiatowych lub prowincjalnych) lub organizacje dobroczynne. Należy dodać, że pensjonariusze, którzy byli w stanie i chcieli pracować (zachęcano do tego w ramach terapii) mogli przeznaczyć zarobione w ten sposób pieniądze np. na dopłatę do wyżywienia w wyższej klasie. Zasady opłat za pracę opisywane były między innymi we wspomnianych wyżej raportach dyrektorów szpitali.

3.3. Jak budować azyle? – dyskusja w fachowych wydawnictwach

Przy planowaniu, projektowaniu, budowie i rozbudowach zespołów szpitali dla psychicznie chorych brano pod uwagę rozmaite czynniki. Powstało wiele artykułów publikowanych w fachowej prasie oraz monografii czy podręczników budowlanych poruszających ten temat¹⁵⁹. Ze względu na bogactwo materiału w dalszej części przytoczono tylko kilka wybranych pozycji.

Szerzej chciałabym przywołać wspomniany już artykuł Ludwiga Förstera, opublikowany w 1855 r., a więc po około 50 latach doświadczeń dotyczących budowy zakładów dla obłąkanych. Autor podsumował dorobek architektury azylowej, ukazując europejskie doświadczenia na tym polu. Opisał różne aspekty terapeutyczne i funkcjonalne architektury takich placówek, przytaczając wiele przykładów i często sprzeczne opinie psychiatrów. Tym samym pokazał, jak trudny i dyskusyjny był temat architektury szpitali dla psychicznie chorych¹⁶⁰. W artykule architekt podkreślił przede wszystkim, że dla celów terapeutycznych chorym należy zapewnić spokój, na ile to możliwe komfort, przytulne pomieszczenia, dyskretną opiekę i bezpieczeństwo, a także ruch na świeżym powietrzu i aktywne spędzanie czasu. Uważał, że aby spełnić te warunki, zakłady powinny być podzielone na szereg oddziałów, mieć „dyskretnie” ogrodzone ogrody i podwórza, a przede wszystkim funkcjonalnie zaprojektowane budynki. Autor rozpatrzył szczegółowo szereg problemów dotyczących budowy szpitali, przytaczając opinie lekarzy psychiatrów i opisując niemieckie i europejskie placówki.

Förster rozpoczął swoje rozważania od zagadnienia odpowiedniej lokalizacji dla zakładu. Uważał, że szpitale powinny być usytuowane w pobliżu miasta, ale nie za blisko, aby zgiełk i ruch miejski nie zakłócały spokoju pacjentom. Niezbyt duża odległość od miasta zapewniała dobrą komunikację, a więc ułatwiała rodzinom odwiedzanie chorych. W praktyce często w pobliżu szpitala umieszczano przystanek kolei. Drugim ważnym aspektem dotyczącym lokalizacji był wybór miejsca o dużych walorach krajobrazowych. Architekt zalecał posesje położone na „terenie pagórkowatym lub na wyniesionym wypłaszczeniu, z którego rozciąga się kojący widok na położone poniżej równiny”. Korzystne było również położenie zakładu w pobliżu rzeki, jeziora lub lasu, co zapewniałoby lżej chorym możliwości spacerów. W innych publikacjach, głównie angielskich psychiatrów, podkreślano jeszcze zalety wzgórz jako miejsca, skąd będzie dobrze spływała woda deszczowa i wady dolin, gdzie będzie się ona zatrzymywała. Z kolei usytuowanie na wzgórzach narażało chorych na

¹⁵⁷ Dr Pellnan (Direktor der Irrenanstalt Grafenberg), *Allgemeine Ideen über die Errichtung von Irren Anstalten*, Deutsche Bauzeitung, nr 42, 1878, s. 207–209, nr 44, s. 222–224 i nr 46, s. 231–234.

¹⁵⁸ Förster, *op. cit.*, s. 313.

¹⁵⁹ Publikacje na temat budowy azylów umieszczano w czasopismach budowlano-architektonicznych i psychiatrycznych. Pisane były zarówno przez psychiatrów, jak i architektów, często na podstawie ich doświadczeń w tej dziedzinie. Artykuły i monografie stanowią bardzo bogaty i interesujący materiał na odrębne badania.

¹⁶⁰ Autorka w dokonała porównania teoretycznych rozważań Förstera z praktyką na przykładzie zakładu dla psychicznie chorych w Świeciu nad Wisłą: D. Bręczewska-Kulesza, *Humanitarne trendy...*, *op. cit.*, s. 102–117.

więcej porywistych wiatrów, od których osłonięte były zakłady w dolinach. Osłonę od wiatrów mogła stanowić też ściana lasu¹⁶¹.

Po wybraniu odpowiedniego miejsca na szpital należało zdecydować, jaki układ przestrzenny budynków zastosować. Förster pisał, że założenia powinny być w miarę możliwości proste i funkcjonalne. Chorzy ze względów terapeutycznych i humanitarnych nie powinni mieć poczucia ograniczenia wolności i kojarzyć szpitala z więzieniem. W związku z tym należało „unikać krat, wysokich murów i małych okien, na ile pozwalają na to wymogi bezpieczeństwa”. Budynki nie powinny również przypominać monumentalnych pałaców, architekt zalecał ograniczenie ozdób i ornamentów oraz „innych skomplikowanych konstrukcji”, które mogłyby rozpraszać pacjentów. Otoczenie powinno zapewniać spokój. Autor zwrócił uwagę na funkcjonalność rozkładu pomieszczeń ze względu na personel, który musi sprawnie przemieszczać się między wszystkimi oddziałami, ogrodami i podwórzami, a także budynkami administracyjnymi i gospodarczymi.

Förster wyróżnił 4, wspomniane już, podstawowe formy rzutów zespołów. Były to: forma zamkniętego kwadratu lub prostokąta, rzut w kształcie litery „H”, plan liniowy oraz plan radialny, co odpowiadało ówczesnym trendom. W jego opinii każdy układ miał wady i zalety, więc najlepsze było połączenie różnych planów i dostosowanie ich do liczby chorych, warunków terenu i lokalnych obyczajów. Zwrócił uwagę na podstawowy problem projektowy, a mianowicie harmonijne połączenie odseparowania różnego rodzaju chorych i łatwości pracy, a przede wszystkim nadzoru nad pacjentami. Układy te najwyraźniej nie były doskonałe, ponieważ w II połowie stulecia dalej ewoluowały, dając w rezultacie zupełnie nowe rozwiązania¹⁶².

Architekt zalecał dostosować plan zakładu do liczby pacjentów i tu rodził się kolejny dyskutowany problem, a mianowicie wielkość zakładu – liczba chorych, których można było jednocześnie leczyć. Autor na podstawie różnych doświadczeń proponował leczenie 100–200 chorych w małych zakładach, a 400–500 – w większych. Ze względów ekonomicznych tańsze były większe szpitale, jednak biorąc pod uwagę walory terapeutyczne, lekarze zalecali mniejsze ośrodki. Z drugiej strony duże szpitale dawały możliwość zatrudnienia większej liczby personelu, w tym przede wszystkim dobrze wykwalifikowanych lekarzy, i wyższe wynagrodzenia. Jednak, jak pisał Förster, przy zbyt dużej liczbie chorych jakaś część z nich mogłaby zostać zaniedbana, a duża liczba fachowców może być przyczyną „zazdrości i niezgody”. Uważał również, że trudniejsze jest kierowanie dużym zakładem, a w tego typu placówkach musiał panować szczególny porządek i dyscyplina. Ponadto małe zakłady można było sytuować w okolicach słabiej zaludnionych, gdzie duże szpitale nie miałyby wystarczającej liczby pacjentów. Sprzyjało to zachowaniu więzi rodzinnych pacjentów, uważano bowiem, iż wizyty bliskich osób są bardzo korzystne dla terapii¹⁶³. Tak więc nie było jednego dobrego rozwiązania, a dalsze losy azylów pokazały, że można było połączyć dużą liczbę pacjentów z kameralnością zakładu, stosując układ złożony z wielu niewielkich pawilonów dla pacjentów.

Najważniejszym zagadnieniem, od którego zasadniczo zależał projekt azylu, były kryteria podziału chorych – klasyfikacja chorób, a więc liczba oddziałów szpitalnych. Förster poświęcił temu sporo uwagi i rozpatrywał szczegółowe zagadnienia. Pierwszym była kwestia, czy pacjenci obu płci powinni przebywać w jednym zakładzie. Autor widział w tym dużo wad, co nie dziwi, wziąwszy pod uwagę pruderyjność XIX-wiecznego społeczeństwa i jego poglądy na seksualność. Dostrzegał jednak również zalety, wśród których wymieniał na przykład różne umiejętności obu płci i płynące z tego korzyści ekonomiczne. Ostatecznie polecał wprowadzenie w jednym azylu odrębnych, wydzielonych części dla kobiet i mężczyzn, co było stosowane w większości zakładów¹⁶⁴.

Ciekawym, zwłaszcza z dzisiejszego punktu widzenia, problemem rozważanym przez Förstera była kwestia, czy w tym samym zakładzie powinny znajdować się osoby z różnych klas społecznych? Przytaczał opinie wielu lekarzy i jak zwykle jedni byli za, inni przeciw. Przeciwnicy „zjednoczenia klas” podkreślali, że ze względu na inne maniery, przyzwyczajenia i potrzeby pacjenci z odmiennych klas społecznych nie powinni przebywać razem. Zwolennicy natomiast twierdzili, że przykład dobrego zachowania i dobrych manier klas wyższych może korzystnie wpływać na przedstawicieli klas niższych. I odwrotnie – „bogatym”, nieprzyzwyczajonym do posłuszeństwa i „trud-

¹⁶¹ Kwestie położenia zespołów poruszali już pionierzy psychiatrii jak Reil czy Conolly na początku stulecia; Förster, *op. cit.*, s. 310.

¹⁶² *Ibidem*, s. 318–319.

¹⁶³ *Ibidem*, s. 311–312.

¹⁶⁴ *Ibidem*, s. 311.

nym w kierowaniu”, dobrym przykładem mogą służyć karni członkowie klas niższych. Jeszcze inni postulowali umieszczanie „bogaty” w lepszych warunkach za odpowiednią dopłatą, którą można by było spożytkować na rozwój i utrzymanie zakładu, co często czyniono. Przeciwnicy takiej idei uważali ją za wysoce niemoralną. Förster przyznawał, że dla leczenia nie ma znaczenia, do której klasy społecznej należy pacjent i to powinno się liczyć przede wszystkim. Uważał jednak, że może być „trochę niezręcznie dla dobrze wychowanych chorych musieć mieszkać z osobami bez wychowania”. Z drugiej strony „niesprawiedliwością byłoby za zaletę uznawać odpowiednio wysokie dochody”. W rezultacie rozważań autor pozostawił ten problem do rozwiązania w miarę możliwości i potrzeb poszczególnych szpitali¹⁶⁵.

Gorącym tematem dyskusji XIX-wiecznych psychiatrów był problem odseparowania uleczalnie i nieuleczalnie chorych. Zwolennicy separacji zalecali wręcz budowę osobnych zakładów. Autor proponował raczej całkowity lub przynajmniej częściowy rozdział i umieszczenie chorych na osobnych oddziałach, chociaż podkreślił, że opinia lekarzy nie była jednoznaczna, co pokazał na przykładach funkcjonujących szpitali¹⁶⁶.

W związku z podziałami rodziło się następne pytanie: jak wiele oddziałów powinien mieć szpital? Rozważano względy ekonomiczne, ponieważ im więcej oddziałów, tym bardziej wzrastały koszty budowy i utrzymania zakładów. Aby tworzyć oddziały, zakład musiał posiadać osobne budynki i ogrody dla poszczególnych jednostek, odpowiednie sale i inne pomieszczenia zapewniające komfort chorym. Architekt uważał, że zbyt „mnożenie” liczby oddziałów nie jest korzystne z uwagi na koszty, trudności w zarządzaniu i komfort pracy. Generalnie zalecał podzielenie zakładów na dwie odrębne części dla obu płci. Te zaś proponował dzielić na oddziały według następujących kryteriów: dla chorych spokojnych, uciążliwych, *szalonych*, epileptyków oraz osobny oddział dla pacjentów chorych zakaźnie.

Również dyskusyjna była liczba kondygnacji w budynkach. Uważano, że chodzenie po schodach mogło stwarzać pewne niebezpieczeństwo dla chorych. Förster nie do końca się z tym zgadzał, twierdząc że „nie należy z tym przesadzać”. Dla niewielkich zakładów proponował budynki jednopiętrowe, dla większych – nieprzekraczające trzech kondygnacji. Również postulował pozostawienie piwnic czy też lepiej suterenu, które pozwalają zaoszczędzić miejsce i zmniejszyć koszty¹⁶⁷.

Pokoje dla chorych powinny dzielić się na sypialnie, pokoje dzienne (bawialnie) oraz pokoje do pracy. Większość lekarzy zalecała wspólne sypialnie dla pacjentów, w zależności od rodzaju choroby. Uważano, że w zakładach powinny być sypialnie o zróżnicowanej wielkości – od mniejszych dla 4–5 chorych do dużych mieszczących 12–15 łóżek. Pokoje dzienne powinny być przestronne, wygodnie urządzone, z „przyjaznym wystrojem”. Ważne było zapewnienie połączenia z ogrodami, dlatego najkorzystniejsze było ich położenie na parterze. Architekt pisał iż, optymalnie jest urządzić kilka dość dużych sal, co będzie sprzyjało spotkaniom towarzyskim, mającym dobry wpływ na chorych. Dobre wyniki terapeutyczne dawały różnego rodzaju zajęcia dla chorych. Pacjenci mogli wykonywać w zakładzie różne prace. Część z nich, zwłaszcza te, które wykonywały kobiety, mogła odbywać się w salach dziennych, do innych prac, na przykład ciesielskich, stolarskich, tkackich, potrzebne były osobne pomieszczenia lub budynki. Warsztaty miały mieć odpowiednią wielkość i znajdować się poza budynkiem dla chorych, aby hałas nie przeszkadzał pozostałym pacjentom. Jadalnie dla chorych powinny być położone w sąsiedztwie pokoi dziennych i mieć surowy, nierozpraszający pacjentów wystrój. Wszystkie pomieszczenia należało skomunikować korytarzami, prowadzącymi również do klatek schodowych. Z drugiej strony jednak budowa dużej liczby korytarzy nie była uważana za korzystną ze względów ekonomicznych, stąd zwłaszcza w później budowanych pawilonach pokoje dzienne i jadalnie sytuowano centralnie, komunikując je bezpośrednio z ogrodem. Przy odpowiednim rozmieszczeniu, przede wszystkim schodów, zalecane było łączenie pokoi dziennych bezpośrednio z sypialniami. Z drugiej strony przy złej pogodzie chorzy mogli spacerować po korytarzach. Doświetlone dużymi oknami korytarze były również wykorzystywane jako pomieszczenia do spędzania czasu w ciągu dnia. Konieczne były również zamknięte galerie łączące wszystkie budynki¹⁶⁸.

¹⁶⁵ *Ibidem*, s. 313.

¹⁶⁶ Jak wspomniano wyżej, za połączeniem placówek był Christian Roller i tak zaplanował modelowy szpital w Illenau, ukończony w 1846 r.; Förster, s. 314.

¹⁶⁷ *Ibidem*, s. 316–317.

¹⁶⁸ *Ibidem*, s. 320–322.

Ważną częścią humanitarnej terapii, na którą Förster zwrócił uwagę, było zażywanie świeżego powietrza. W tym celu każdy oddział powinien mieć własny ogród, otoczony murem lub lekkim ogrodzeniem w zależności od kondycji chorych lub szerokimi rowami. Ogrodzenie nie powinno zasłaniać widoku na otaczający krajobraz. Ogrody powinny być obsadzone kwiatami i niewielkimi krzewami oraz wyposażone w miejsca do siedzenia i różne urządzenia służące rozrywce pacjentów. Często sadzono również dające cień drzewa¹⁶⁹.

Istotnym środkiem komunikacji były schody, stwarzające jednak dodatkowe zagrożenie w zakładach dla psychicznie chorych. Förster zalecał, na ile to możliwe, unikać zbyt dużej liczby schodów. Za najbezpieczniejsze klatki schodowe uważano takie, w których biegi schodów były oddzielone ścianami, co uniemożliwiałoby popełnienie samobójstwa lub okaleczenie się przez pacjentów. Należało również pamiętać o odpowiedniej szerokości klatek schodowych, aby mieściły 3 idące obok siebie osoby (pacjenta i dwie osoby z personelu). Nie należało umieszczać na klatkach schodowych żelaznych krat, ponieważ mają sprawiać miły widok¹⁷⁰.

Także okna były ważnym problemem projektowym w szpitalach psychiatrycznych. W pomieszczeniach dla chorych musiały być one odpowiednio skonstruowane, tak aby zapewniały ładny widok i wentylację, jednak aby uniemożliwiała ucieczki i samobójstwa oraz zranienia szkłem. Förster opisał wiele możliwych wariantów stosowanych w różnych zakładach i dużo eksperymentów na tym polu. W zależności od zakładu i tradycji lokalnych okna umieszczane bywały na znacznej wysokości lub nawet w suficie, były umieszczane na zawiasach bądź przesuwane lub przekręcane wokół centralnej osi. Przy stosowaniu prostych, dwuskrzydłowych okien należało założyć specjalne urządzenia do ich zamykania. Należało również zredukować szerokość i wielkość szyb, aby chory nie mógł się przez nie przecisnąć. Istotne też było uniemożliwienie choremu tłuczenia szyb, co mogło prowadzić do okaleczenia lub samobójstwa. Proponowano wzmocnienie szyb drucianą siatką. Przy wprowadzaniu żelaznych ram należało umieścić je na zewnątrz, tak aby z wnętrza nie były widoczne. Można było również mocować żelazne bariery w postaci ozdobnych ornamentów. W sypialniach zalecano stosowanie drewnianych okiennic. Drzwi w zakładach powinny być mocne i silne, jednak bez wielkich zamków i rygli jak w więzieniach¹⁷¹.

Przy wykończeniu wnętrza pawilonów dla chorych Förster zalecał przede wszystkim branie pod uwagę względów higienicznych. Podłogi we wszystkich pomieszczeniach miały być zdatne do mycia wodą. Niektórzy lekarze zalecali w salach dla *szalonych*, paralityków i zakaźnie chorych podłogi kamienne, np. z płyt marmurowych. Podłogi drewniane zalecano pokrywać warstwą oleju lnianego, aby chronić powierzchnię przed działaniem wody. Przy wykończeniu ścian należało kierować się również względami higienicznymi, a więc łatwością zmywania. Dlatego zalecano stosowanie farby olejnej, w spokojnych kolorach. W pokojach dziennych można było dla ozdoby powiesić obrazy. Ścian nie należało malować w rozmaite wzory, gdyż to mogło źle wpływać na chorych¹⁷².

Osobny problem stanowiły pokoje-cele dla *szalonych* – niebezpiecznych chorych. Jak pisał Förster, „długo cele dla szalonych stanowiły przerażający widok. Chorzy niewymownie bladzi, wyglądający jak więźniowie lub dzikie zwierzęta. [...] Dzisiaj zmieniają się w przytulne pokoje. Niewiarygodny postęp!” W dobrze urządzonym zakładzie na 100 chorych mogło przypadać nie więcej jak 10 cel. Chorzy znajdowali się tam jedynie w fazach nasilenia choroby, kiedy stanowili zagrożenie dla innych. Pawilony z celami powinny być odosobnione od reszty budynków, aby ich mieszkańcy nie zakłócali spokoju pozostałym pacjentom. Ci chorzy potrzebowali specjalnej troski oraz ogromnej staranności nadzoru. Zalecano takie położenie cel, aby mogli zażywać ruchu na świeżym powietrzu. Pokoje miały być urządzone prosto i schludnie oraz przytulnie. Drzwi musiały być mocne i otwieranie wyłącznie z zewnątrz. Nie należało stosować żelaznych krat, rygli ani „judaszy”, które przypominałyby więzienia¹⁷³.

Istotnymi pomieszczeniami były łaźnie, nie tylko ze względów higienicznych, ale także terapeutycznych. Opinie lekarzy w tej kwestii były podzielone, część uważała, że wystarczą łazienki, część, że potrzebne są osobne łaźnie. Powinny być one połączone korytarzem lub krytą galerią z pokojami lub pawilonami dla chorych. W środku można było wprowadzić ściany parawanowe lub

¹⁶⁹ *Ibidem*, s. 322.

¹⁷⁰ *Ibidem*, s. 322.

¹⁷¹ *Ibidem*, s. 322–323.

¹⁷² *Ibidem*, s. 324.

¹⁷³ *Ibidem*, s. 324–325.

zasłony. W późniejszym okresie łazienki umieszczane były w pawilonach, natomiast łaźnie były osobnymi budynkami.

Przy planowaniu ogrzewania i oświetlenia zakładu należało uwzględnić zwiększone zagrożenie pożarowe. Różnego rodzaju urządzenia grzewcze musiały być odpowiednio chronione, aby pacjenci nie mogli się do nich dostać. Piece powinny mieć specjalne powłoki, a kominy należało zaopatrzyć w kraty. Za wygodne i bezpieczne uważano używanie ogrzewania parowego lub ciepłym powietrzem, co dawało też możliwość grzania wody. Również oświetlenie stwarzało pewne niebezpieczeństwa. Najlepsze było oświetlenie gazowe, z wysoko umieszczonymi palnikami. Można było również używać lamp olejowych¹⁷⁴.

Na koniec Förster poruszył problem organizacji pracy i opieki nad chorymi. Podkreślił rolę zajęć socjalnych w terapii. Obok prac w warsztatach paniom zalecano pracę w polu, prace domowe, kuchenne czy pranie. Paniom z wyższej klasy spacer, jazdę konną, taniec, grę w karty i grę na instrumentach. Uważano, że muzyka ma świetny wpływ na zdrowie¹⁷⁵.

Artykuł Förstera był ważnym głosem w dyskusji na temat projektowania szpitali. Autor bardzo szeroko i obiektywnie przedstawił problematykę, przytaczając różne rozwiązania i opinie. Ponadto podsumował trwające ponad 50 lat poszukiwania wzorów architektury zakładów dla psychicznie chorych.

Na łamach prasy wypowiadali się również i inni architekci czy lekarze. Kolejny „głos”, któremu chciałabym poświęcić nieco uwagi, to wypowiedź dr. Pellnana, dyrektora zakładu dla psychicznie chorych w Grafenbergu, zamieszczona na łamach „Deutsche Bauzeitung” w 1878 r.¹⁷⁶. Autor dokonał konstruktywnej krytyki stosowanych dotąd w Niemczech rozwiązań i opisał jego zdaniem właściwe przykłady. Na wstępie artykułu stwierdził, że co prawda buduje się obecnie coraz więcej azylów, jednak zapotrzebowanie wzrasta tak szybko, że nie sposób go zaspokoić. Jako jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy wymienił budowanie coraz bardziej okazałych zespołów szpitalnych. „Technika budowlana w szpitalach dla psychicznie chorych poszła w jednym kierunku i przybrała wymiary, których nie uważam za właściwe i odpowiednie dla sprawy. Prostota i funkcjonalność już prawie z nich nie przemawia. Nie mogę oprzeć się wrażeniu, że budynek azylowy coraz bardziej uwalnia się od rzeczywistej potrzeby i do pewnego stopnia stał się celem samym w sobie. Każda nowa instytucja miała prześcignąć poprzednie w blasku wyposażenia i wielkości obiektów”. Zdaniem autora nowe instytucje mają coraz bardziej skomplikowane wyposażenie techniczne i bardziej okazałe elewacje. W związku z tym postawił pytanie „czy nowe instytucje stały się o wiele lepsze, czy pacjent czuje się jeszcze bardziej komfortowo niż przedtem i czy te drogie udogodnienia pomagają pacjentom?”¹⁷⁷.

Podał przykład Anglii, gdzie buduje się dużo taniej, dzięki czemu powstaje więcej miejsc dla chorych i więcej pieniędzy można przeznaczyć na ich utrzymanie w placówkach. Uważał, że w Prusach marnuje się fundusze i czas na budowanie „pałaców” dla ludzi, którzy nie są w stanie docenić oferowanego splendoru ani za niego zapłacić. Postulował powrót do prostoty. Uważał, że „główny konstruktor (architekt) i psychiatra muszą od początku iść ramię w ramię, przy czym ten ostatni skutecznie działa jako budowniczy. Ekspert medyczny musi być obecny na budowie od początku do końca, a nie tylko przy ustaleniu głównego planu”¹⁷⁸.

W ciągu kolejnych około 20 lat (od czasu napisania artykułu przez Förstera) zmieniły się poglądy na wielkość zespołów szpitalnych. Wcześniej za najlepsze uważano małe instytucje dla nie więcej niż 200 pacjentów. Ponieważ liczba chorych wciąż rosła i trzeba było powiększać szpitale, Pellnan zastanawiał się, kiedy osiągnie ona punkt krytyczny. Uważał, że przy liczbie chorych do 400–500 dobre zarządzanie jest jeszcze możliwe. Brał pod uwagę również kwestie ekonomiczne. Większe instytucje były tańsze zarówno w budowie, jak i utrzymaniu, zapewniały wystarczająco dużo pracujących pacjentów, co istotnie wspomagało utrzymanie szpitala. Mniejsze jednostki potrzebowały dużych dotacji. Większe zespoły, jak pisał dr Pellnan powołując się na przykłady działających szpitali, „rozwijają żywe życie ze wszystkich stron i do pewnego stopnia tworzą własny świat”. Na podstawie własnych obserwacji stwierdził, że optymalne warunki zapewnia azyl dla

¹⁷⁴ *Ibidem*, s. 325.

¹⁷⁵ *Ibidem*, s. 326–327.

¹⁷⁶ Pellnan, *op. cit.*

¹⁷⁷ *Ibidem*, nr 42, s. 207.

¹⁷⁸ *Ibidem*, s. 207–208.

400–500 chorych, a nawet jeszcze dla 600, maksymalnie 700 pensjonariuszy. W większych szpitalach rosła wydatki na personel i sprzęt, a chory „znika wśród mas”¹⁷⁹.

Psychiatra stawiał wysokie wymagania co do doboru, wielkości i ukształtowania terenu. Jako dobry przykład wskazał szpital *Alt-Scherbitz* w Saksonii, gdzie pod budowę i urządzenie zakładu zakupiono 300 ha. Autor za odpowiednie proporcje uważał, biorąc za przykład Anglików, 10 arów na mieszkańca, czyli 60 ha na 600 chorych.

Kolejny ważny punkt w rozważaniach stanowiła lokalizacja azylów. Autor uważał, że zespoły leczniczo-opiekuńcze powinny być usytuowane blisko stolicy powiatu lub dużego miasta. Powołując się na niemieckie i amerykańskie badania, dowodził, że duża odległość od skupisk ludności zmniejsza wykorzystanie azylów. Za dobre usytuowanie uważał miejsca, do których łatwo dostać się koleją. Pisał: „Bliskość większego miasta jest korzystna, jednak należy zwrócić uwagę na ceny gruntów, które rosną na krańcach miast. Dlatego lepiej usytuować azyl blisko, ale niezbyt blisko, tak aby grunty już miały odpowiednio niską cenę”. Wśród atutów miejsca autor wymieniał: nieco podwyższone położenie, przyjemne otoczenie, bliskość stacji kolejowej, zasoby dobrej jakości wody pitnej, możliwość prowadzenia upraw rolnych (lokalizacja bardziej wiejska) oraz lokalizacji budynków, tak aby ich fasady rozciągały się od południa¹⁸⁰.

W drugiej części artykułu psychiatra poruszył zagadnienia dotyczące systemów projektowania budynków i ich układów. Podkreślał, że jego zdaniem najważniejszym kryterium wyboru jest to aby pacjent czuł się jak w domu. Ubolewał, że w „ostatnio budowanych azylach nikt nie myśli o zachowaniu stylu domu prywatnego. Starsze instytucje, jak np. *Illenau* czy *Winnenthal*, spełniają ten warunek, ale nikt już ich nie naśladuje”. Wśród „systemów organizacji instytucji azylowych” wyróżnił 4 formy: 1) instytucję zamkniętą, 2) formę pawilonu lub bloku, 3) formę chaty, 4) kolonię rolną (dwie ostatnie często się łączą)¹⁸¹.

Autor krytykował instytucje zamknięte o układach korytarzowych, które nadmiernie wydłużały budynki, co podnosiło koszty budowy. Dr *Pellnan* pisał „korytarze to jedne z najbardziej niepraktycznych urządzeń, nawet jeśli łączą się z sypialniami i są używane jako pokoje dzienne”. Za wygodniejszą i łatwiejszą do nadzorowania uważał „formę domu” (jednego budynku). W taki sposób wybudowano większość starych niemieckich instytucji, które w jego opinii były najbardziej przyjazne pacjentom. Wadą takiego układu było to, że nie można go było powiększać i mógł służyć co najwyżej dla 200–250 chorych.

Autor rozważał ponadto, jak należy zakwaterować pacjentów? Czy rozdzielać oddziały w budynku horyzontalnie czy pionowo? Czy różne oddziały mogą znajdować się obok siebie czy lepiej, aby były nad sobą? Przy układzie horyzontalnym, gdy jeden oddział zajmuje jedną kondygnację, każdy musi mieć swój salon, sypialnię, toalety, łazienki. Przy segregacji wertykalnej każdy oddział ma sekcje na wszystkich piętrach – na wyższych sypialnie, niżej pokoje dzienne. Autor uważał ten system za tańszy ze względu na możliwość dogodnego rozmieszczenia na przykład pomieszczeń sanitarnych (łazienek i toalet) na jednej kondygnacji. Segregacja wertykalna pozwala na swobodny ruch w obrębie instytucji, gdyż wszyscy chorzy mają swobodny dostęp na podwórko, do ogrodu, gdyż pomieszczenia dzienne znajdują się na parterze. Autor postulował takie rozwiązanie jako podstawowy warunek: „chorzy żyją na parterze i śpią na wyższych piętrach, a ponadto wszystkie drzwi w salonach prowadzą bezpośrednio do ogrodu, co sprzyja zażywaniu ruchu i świeżego powietrza”¹⁸².

W systemie pawilonowym lub blokowym zamiast jednego dużego budynku wprowadzano kilka mniejszych, w których znajdują się oddziały. Za zaletę takiego rozwiązania psychiatra uważał większy dostęp powietrza i światła do wnętrza, lepsze odseparowanie oddziałów i łatwiejsze zapewnienie osobnych podwórek i ogrodów dla każdego z nich. Wadą był niezaprzeczalnie większy koszt budowy i zakupu terenu, a także trudniejszy nadzór i opieka nad oddziałami rozłożonymi na dużych posesjach. Jako przykład podał zaplanowane przez *Hausmanna* instytucje paryskie, których budowa przebiegała bardzo wolno, a koszt sięgał 9600 marek na mieszkańca¹⁸³.

¹⁷⁹ *Ibidem*, s. 208–209.

¹⁸⁰ *Ibidem*, s. 209.

¹⁸¹ *Pellnan*, *op. cit.*, nr 44, s. 22–224.

¹⁸² *Ibidem*, s. 223.

¹⁸³ *Ibidem*, s. 223.

Pod nazwą „chaty” autor opisał system opieki domowej, którego nie był specjalnym zwolennikiem. Nadmieniał, że taki system najdłużej i najczęściej stosowany był w Szkocji. Polecał natomiast organizację kolonii rolnych, gdzie chorzy mogą mieszkać i pracować, co również jest stosunkowo tanie w budowie i utrzymaniu. Jako wzór podał kolonię Fitz-Jamesa w Clermont, w słynnej prywatnej instytucji braci Labitte¹⁸⁴.

Podsumowując stwierdził, że z różnych względów najlepsze jest zaplanowanie małych domów dla pacjentów, rozmieszczonych na stosunkowo dużym obszarze podzielonym na dwie części – osobne dla obu płci, rozdzielonym budynkami administracji i gospodarczymi. Podkreślał również, że od początku należy wziąć pod uwagę możliwość rozbudowy zakładu. Dla dużych instytucji polecał kombinację większych domów i pawilonów, dla mniejszych – niewielkie domy lub pawilony. Całość koniecznie miała być połączona z kolonią rolną lub gospodarstwem, gdzie „cisi i pracujący chorzy mogą mieszkać w domach o wiejskim charakterze”. Wszędzie polecał pionową segregację oddziałów¹⁸⁵.

W ostatniej, trzeciej części artykułu¹⁸⁶ autor wyodrębnił różne rodzaje azylów ze względu na ich finansowanie i specyfikę chorych. Jako pierwsze wymienił instytucje samorządowe, których działalność finansuje prowincja lub gmina (zakłady prowincjalne, gminne, instytucje miejskie). Dla osób bardziej zamożnych czy dobrze sytuowanych emerytów dedykował instytucje prywatne. Ponadto wyróżnił zakłady dla psychicznie chorych przestępców, dla idiotów oraz schroniska dla alkoholików. Każda z tych instytucji powinna mieć według autora inny charakter już na etapie budowy, wyposażenia itp., jednak nie omówił tego szczegółowo. Pochylił się natomiast na możliwością i koniecznością łączenia ich w jednym zakładzie. Niechętnie odnosił się do łączenia w jednym azylu różnych klas pacjentów, odpłatnych i utrzymywanych przez państwo lub instytucje dobroczynne. Uważał, że odpłatne powinny być instytucje prywatne, a nie państwowe.

Dr Pellnan zalecał utworzenie od 6 do 8 oddziałów dla każdej płci. Uważał, że na mniejszych oddziałach personel może lepiej zaopiekować się pacjentami. Opowiadał się również za wprowadzeniem małych sypialni dla chorych, 1- i 3-osobowych, dwóch dużych jadalni połączonych bezpośrednio z kuchnią (na wzór angielski). Nie polecał rozwiązań francuskich, gdzie na każdym oddziale umieszczano jadalnię, podobnie jak w niemieckich. Psychiatra doradzał wyodrębnić oddziały ze względu na zachowanie pacjenta: dla spokojnych chorych (tu zalecał podział zależnie od stopnia wykształcenia lub pozycji w poprzednim życiu), półcichych (półspokojnych) i niespokojnych. Oddział składający się z samych cel dla *szalonych* uważał za zły i niepotrzebny, gdyż przebywają oni tam tylko w stanach zaostrzenia choroby. Dla bardzo „rozszalałych” pacjentów proponował proste kwadratowe pokoje o gładkich ścianach bez mebli. Chorych, którzy nie mogą chodzić, np. sparaliżowanych, zalecał kwaterować na parterze. Dodatkowo proponował osobny oddział dla chorych zakaźnie, gdzie byliby doraźnie przyjmowani do czasu wyzdrowienia¹⁸⁷.

Autor poruszył jeszcze kwestię pacjentów chorych na padaczkę oraz oddziału przyjęć dla nowych pacjentów, którzy potrzebują obserwacji. Ponadto w koloniach rolniczych zalecał mieszkanie zgodnie z wiejskim wzorem. Jego zdaniem osobno mogliby mieszkać pracujący chorzy w blokach przy warsztatach. Wszystkie pawilony powinny mieć, w opinii Pellnana, bezpośredni kontakt z dziedzińcem i ogrodami. W każdym zakładzie należy urządzić ogrody dla pacjentów (im większe tym lepiej), które nie powinny być ograniczone przez ściany budynków. Azyl powinien być otoczony dookoła dyskretnym, ale bezpiecznym ogrodzeniem. Nie polecał stosowanych w Anglii i Francji ogrodzeń typu *aha*¹⁸⁸.

Na koniec nieco uwagi poświęcił „szczegółom”. Autor uważał, że nie jest konieczne montowanie krat w oknach. Jeśli umieści się pokoje dzienne na parterze, to nie ma potrzeby stosowania w nich krat. Sypialnie na wyższych kondygnacjach można wietrzyć w ciągu dnia, kiedy chorzy przebywają w salonach lub w pracy, a wieczorem zamykać wewnętrzne okiennice i zostawiać otwarte świetliki. W inteligentnie zaplanowanym azylu nie trzeba krat, może tylko w celach dla *szaleńców*¹⁸⁹.

¹⁸⁴ *Ibidem*, s. 223.

¹⁸⁵ *Ibidem*, s. 223–224.

¹⁸⁶ Pellnan, *op. cit.*, nr 46, s. 231–234.

¹⁸⁷ *Ibidem*, s. 232–233.

¹⁸⁸ *Ibidem*, s. 233.

¹⁸⁹ *Ibidem*, s. 233.

Ponieważ w planowaniu azylu opowiadał się za prostotą, instalowanie łazienek na piętrach uznawał za wyraz luksusu, ponieważ zwiększa koszty i wprowadza wiele niedogodności podczas budowy. Za tańsze i łatwiejsze w obsłudze uważał wspólne łaźnie. Stosowanie osobnych zalecał tylko tam, gdzie to konieczne, np. w ambulatorium czy na oddziałach dla niespokojnych pacjentów. W sprawie toalet autor polecał system beczek, wywożonych na bieżąco. Nie polecał dołów kloacznych, ponieważ pacjenci wrzucają tam różne rzeczy i trudno je odzyskać. Autor zalecał centralne ogrzewanie budynków, jednak nie wskazywał konkretnego systemu. Stwierdził także, że w projekcie powinny zostać przewidziane różnego rodzaju pomieszczenia pomocnicze, jak magazyny, suszarnie itp., ponieważ bardzo trudno je potem dodać. Ponadto jego zdaniem mieszkania dla lekarzy i personelu nie powinny się znajdować w azylu, a jeżeli już to powinny mieć osobne wejścia¹⁹⁰.

Dr Pellnan w swoim artykule dokonał podsumowania problematyki zakładów dla *szaleńców* z nieco innego punktu widzenia niż Forster. Ponadto widać, że po 20 latach wiele się w tym względzie zmieniło – liczba pacjentów cały czas wzrastała, wyodrębniano nowe schorzenia itp., przez co szpitale musiały ewoluować. Pomimo że z pewnością poglądy obu autorów różniły się, jednak poprzez porównanie ich tekstów można dostrzec zmieniające się warunki społeczne i rozwój psychiatrii wymuszały zmiany w architekturze szpitali, chociaż pryncypia z dawnych wzorów, koncepcje Rollera czy Damerowa w dużym stopniu zachowały aktualność.

Wskazówki dotyczące budowy zakładów dla psychicznie chorych umieszczano również w podręcznikach budowlanych, jak na przykład w *Handbuch der Architektur*, napisanym pod redakcją prof. dr. Josefa Durma¹⁹¹. W tym wielotomowym wydawnictwie jeden z zeszytów poświęcony został *Budowlom dla zdrowia i opieki społecznej*, gdzie część poświęconą zakładom dla psychicznie chorych napisał Adolf Funk¹⁹². Podręcznik został wydany w 1891 r., a więc 2 lata po śmierci architekta. Jest interesującym zbiorem opisów istniejących szpitali, wskazówek i zaleceń, zebranych na podstawie własnych doświadczeń autora i porównań z innymi istniejącymi zakładami. Książka wydana po bez mała 20 latach po artykule Pellnana uwidacznia zmiany w podejściu do architektury azylowej.

Autor na wstępie stwierdził, że „azyle dla obłąkanych są istotną częścią aparatu klinicznego i najlepiej służą do leczenia chorych”. Podkreślił, że tworzenie coraz lepiej zaplanowanych i wyposażonych zakładów znacznie przyczynia się do leczenia *szaleńców*. Przedstawił rys historyczny budowanych już od niemal 100 lat (!) zespołów szpitalnych. Uwzględnił dokonania angielskie, francuskie, amerykańskie i niemieckie w tej dziedzinie. Przywołał lokalne tradycje dotyczące opieki nad psychicznie chorymi, organizacji szpitali, roli państwa i organizacji charytatywnych, liczby i wielkości zespołów szpitalnych oraz podziałów szpitali ze względu na rodzaj opieki i leczenia. W tym aspekcie największe kontrowersje budził podział szpitali na placówki dla uleczalnie i nieuleczalnie chorych, czemu autor był przeciwny. Uważał, że trudno jest od razu zdiagnozować stan pacjenta, a utrzymywanie oddzielnych instytucji jest droższe. Proponował wewnętrzne podziały, jak na przykład w Illenau w Badenii czy Nettleben koło Halle (wspomniane wyżej modelowe zakłady). Pisał: „Dzięki połączeniu placówek chorzy mogą pozostać w zakładzie, nawet jeśli perspektywy uleczenia uległy zmniejszeniu”. Podkreślił, że ten typ instytucji stanowi większość (poza klinikami psychiatrycznymi przy uniwersytetach, które pełniły inne funkcje i opisane zostały w innym rozdziale podręcznika) szpitali wzniesionych w Niemczech w II połowie XIX w. Autor wspomina również o powstających przy wielu zakładach koloniach rolnych (*Ackerbau Colonien*), w których zatrudniani są fizycznie zdrowi i zdolni do pracy pacjenci. Opisał dużo zalet takich rozwiązań, jak terapia poprzez pracę, niższy koszt utrzymania pacjentów w gospodarstwach czy wreszcie ekonomiczne wsparcie dla azylu. Jak widać w tej sprawie wszyscy byli zgodni. Wspominał o dwóch rodzajach zakwaterowania pacjentów: albo bezpośrednio w budynku usytuowanym w gospodarstwie, albo w oddziałach szpitalnych. Przedstawił przykłady różnych rozwiązań. Jako kolonie, w których pensjonariusze mieszkali na miejscu, wskazał: Osnabrück, Einum (pierwsza kolonia w Niemczech), Kortau (Kortowo, ob. dzielnica Olsztyna), Emmendingen w Badenii, Alt-Scherbitz w pruskiej części Saksonii, Lauenburg (Lębork) i inne, opisując pokrótce działające tam gospodarstwa. Jako rozwią-

¹⁹⁰ *Ibidem*, s. 233–234.

¹⁹¹ A. Funk, *Irren-Anstalten*, [w:] *Handbuch der Architektur*, red. J. Durm, Verlag von Arnold Bergsträsser, Darmstadt 1891, część 4, Halb-Band 5, Heft 2, s. 1–60.

¹⁹² Adolf Funk (1819–1889), niemiecki architekt, Oberbaurath i Regierungsbaurath w Hannoverze, wraz z J. Raschem autor projektów azylów w Osnabrück (1861–1868) i w Göttingen (1862–1864).

zanie drugiego typu – rzadziej stosowane, gdzie wszyscy pacjenci zakwaterowani byli w głównym zakładzie, wskazał: Schleswig i Marburg. Autor wybrał przykłady azylów o różnej wielkości wzniesionych w II połowie XIX w. Ponadto zauważył, że w wielu instytucjach chorzy zatrudniani są przy pracach ogrodniczych lub rolniczych, ale nie w koloniach¹⁹³.

Autor udzielał wskazówek co do lokalizacji azylów. „Miejsce zakładu *zdrowotnego i opiekuńczego* musi mieć otwartą lokalizację ze zdrowym powietrzem, w miarę możliwości na niewielkim wzgórzu, z widokiem na przyjazne otoczenie, powinno być oddalone od hałasu miasta, a jednocześnie instytucja nie może być usytuowana zbyt daleko, aby można było dostarczyć żywność, lekarstwa i inne potrzebne artykuły”. Miejsce powinno być dobrze skomunikowane z sąsiednim miastem, mieć dobre źródło wody pitnej, suchy grunt pod budynki. Wskazana była lokalizacja w pobliżu rzeki, aby kierować tam zanieczyszczenia i „wodę dzienną” z placówki (!!!) lub w pobliżu dużych, wolnych terenów, na które można by wylewać zużyłą wodę. Autor dokonał zestawienia proporcji gruntu przypadającego na 100 pacjentów w 27 niemieckich instytucjach wraz z koloniami, co pokazało dość znaczne rozbieżności. Średnio wyszło 5,54 ha na 100 chorych, chociaż liczba ta wahała się od 6 ha w najmniejszym przytoczonym zakładzie w Schwetz (Świecie nad Wisłą) do 47 ha w Saargemünd w Elfass w Lotaryngii. Funk przytoczył innych autorów, którzy zalecali średnio 5 ha na 100 chorych w zamkniętych placówkach, włączając w to ogrody, dziedzińce i parki. Dla azylów z gospodarstwami potrzeba było więcej ziemi. Ważne było również zapewnienie terenu pod rozbudowę zakładu, zważywszy na ciągle rosnące zapotrzebowanie i przeludnienie azylów¹⁹⁴.

Dużo miejsca w podręczniku poświęcono wymaganiom konstrukcyjnym, podziałom na oddziały oraz liczebności oddziałów¹⁹⁵. Chorym należało zapewnić przede wszystkim warunki „jak w domu rodzinnym” ze znajomymi sprzętami. Wszelkie urządzenia służące nadzorowi powinny być tak skonstruowane, aby nie rzucały się w oczy i nie powodowały poczucia uwięzienia. Dużo uwagi poświęcił podziałom wewnętrznym. Jak wszyscy uważał, że kobiety i mężczyźni muszą przebywać w oddzielnych częściach azylów. Zacytował różne opinie lekarzy co do dalszych podziałów na oddziały. Liczba podziałów była większa w instytucjach francuskich i amerykańskich, mniejsza w angielskich i niemieckich. W tych ostatnich stosowano 5 podstawowych podziałów na oddziały dla:

- 1) spokojnych chorych,
- 2) niespokojnych chorych („częściowo niespokojni i nie do zniesienia”),
- 3) „nieczystych” (brudnych) i epileptyków,
- 4) ludzi szalonych,
- 5) chorych fizycznie.

Funk uważał, że w ramach tych podziałów „chorzy muszą ponownie zostać rozdzieleni zgodnie z ich poziomem wykształcenia i pozycją społeczną”. W znacznej części niemieckich instytucji nadal stosowano podział na trzy klasy, o różnej odpłatności, a w niektórych placówkach istniały nawet specjalne oddziały dla osób z wyższym wykształceniem. Podobne problemy bulwersowały ok. 40 lat wcześniej Förstera. Funk nie proponował podziału klasowego w częściach dla „nieczystych chorych”, epileptyków i uzależnionych.

Przedstawił także wskaźnik procentowy liczby pacjentów na poszczególnych oddziałach:

- cisi, w tym rekonwalescenci od 10 do 50 procent,
- niespokojni (częściowo niespokojni) od 30 do 40 procent,
- „nieczyści” i epileptycy od 6 do 12 procent,
- szaleńcy od 6 do 12 procent,
- chorzy fizycznie od 2 do 4 procent.

W kolejnym rozdziale autor szczegółowo opisał, jak powinno się zaplanować poszczególne budynki i pomieszczenia dla pacjentów, sale chorych i ich wyposażenie¹⁹⁶. Zalecał, aby oddziały były niezależne i wyposażone we wszystkie potrzebne pomieszczenia. W oddziałach dla niespokojnych, spokojnych i epileptyków postulował również utworzenie izolatek dla pacjentów tymczasowo pobudzonych. Autor wymienił cały szereg zasad dotyczących projektowania sypialni, pokoiów dzien-

¹⁹³ Funk, *op. cit.*, s. 1–4.

¹⁹⁴ *Ibidem*, s. 5.

¹⁹⁵ *Ibidem*, s. 6–8.

¹⁹⁶ *Ibidem*, s. 9–22.

nych, jadalni, pomieszczeń higienicznych dla różnych grup i klas chorych. Dla pacjentów w I klasie w grupie spokojnych i niespokojnych zalecał zaprojektowanie salonów i sypialni, w których byłoby miejsce dla opiekuna. Dla chorych II i III klasy wskazywał trzy zasadnicze układy salonów i sypialni. Pierwszy z pokojami dziennymi na parterze, sypialniami na piętrze lub na dwóch kolejnych kondygnacjach. W takim układzie salon mógł być połączony z ogrodem, a w drodze z salonu do sypialni chory nie musiał opuszczać swojego oddziału (jak u Pellnana – segregacja pionowa). W drugim rozwiązaniu salon i sypialnie znajdowały się na tym samym piętrze i były ze sobą bezpośrednio połączone (segregacja pozioma). Trzeci układ miał salon i sypialnię na tym samym piętrze, połączone korytarzem. Autor proponował inne rozwiązania dla różnych grup chorych, różne usytuowanie pokoi dla opiekunów, wielkość sypialni itp. Widać tu już, jak zróżnicowany charakter musiały mieć azyle ze względu na swoją specyfikę.

Ponadto na każdym oddziale proponował małą kuchnię do przygotowania herbaty i naparów. Toalety miały być dostępne z oddziałów, poprzedzone niewielkimi przedsionkami. Zauważył, że w niektórych instytucjach stosuje się umywalnie dla chorych, gdzie mogą się umyć o poranku, z umywalkami ustawionymi na długich stołach. Oddziały dla pacjentów „nieczystych” (niepełnosprawnych, leżących, niepanujących nad odruchami fizjologicznymi) i epileptyków – ze względu na niesprawność ruchową chorych – powinny być umieszczane na niższych kondygnacjach. Co do wielkości sypialni przytaczał różne opinie lekarzy, część z nich jest zwolennikami małych sypialni, mieszczących od 2 do 4 łóżek i większych salonów, inni uważają, że korzystniejsze są sypialnie z 8–10 łózkami. Autor podkreślił, że ważna jest dobra wentylacja, a łatwiej wywietrzyć duże pokoje. Oddziały miały również garderobę i niezbędne toalety, a w wielu instytucjach także specjalną umywalnię. W sąsiedztwie tych oddziałów polecał umieścić, w małym budynku na dziedzińcu, pomieszczenia do suszenia i wietrzenia materacy.

Poglądy lekarzy psychiatrów najbardziej różniły się w sprawie stosowania i liczby niezbędnych izolatek dla pobudzonych lub niebezpiecznych chorych. Architekt pisał: „Co prawda poglądy na temat nie stosowania przemocy i ograniczeń cielesnych znalazły wielu zwolenników zarówno w Anglii, jak i we Francji oraz w Niemczech, zapatrywania co do liczby niezbędnych cel-izolatek są nadal różne”. Autor przedstawił zestawienie 16 azylów i obliczył, że stosunek liczbowy poszczególnych cel do całkowitej liczby pacjentów wynosi: od 2% do 22%. Sam był zwolennikiem projektowania niezbyt dużej liczby izolatek dla chorych w stanie dużego pobudzenia.

W terapii psychicznie chorych ważne były również miejsca pracy i rozrywki oraz modlitwy. Miejsca pracy architekt podzielił na warsztaty, głównie dla mężczyzn, i pomieszczenia do pracy dla kobiet, np. do plecenia z wikliny, szycia itp. Bardziej skupił się na salach towarzyskich, „pokoje jednoosobowe, salony w oddziałach nie nadają się na większe uroczystości, przedstawienia teatralne i muzyczne, bale, spotkania świąteczne itp. [...] ponieważ nie nadają festiwalom zamierzonego charakteru i utrudniłyby nadzór”. W tym celu potrzebna jest większa sala balowa ze sceną muzyczną, obok której zalecał zaprojektować małe, przylegające pokoje dla chorych, np. leżących, z których można się również cieszyć widokiem uroczystości. Uznawał za celowe umieszczenie sali balowej na dolnym piętrze i połączenie jej bezpośrednio z ogrodem. Sala powinna być usytuowana na centralnej osi założenia, aby można było do niej dotrzeć oddzielnie od strony męskiej i żeńskiej (jak w Osnabrück, Göttingen itp.). Zimą, gdy pogoda nie pozwala na ćwiczenia na powietrzu, sala balowa może być również wykorzystywana do prowadzenia gimnastyki¹⁹⁷.

Dalej Funk pisał: „Dla wielu chorych uczestnictwo w modlitwie jest nieodzowną potrzebą, a na niektórych ma najbardziej korzystny wpływ. W związku z tym istnieje niewiele instytucji, w których odpowiednie miejsce do tego celu jak kościół czy kaplica nie zostałoby utworzone lub w inny sposób zapewnione. Pokój modlitwy nie może zastąpić pacjentowi sklepionego kościoła, do którego przywykł chodzić; pamięć o minionych czasach sprawiałaby, że czułby się nieswojo, a korzyści terapeutyczne płynące z kultu byłyby mniejsze”. Niektórzy psychiatrzy uważali za pożądane, aby chorzy musieli „iść” do kościoła, postulowali więc budowę świątyni w niewielkim oddaleniu od instytucji. Przykładem może być zaplanowany na wzgórzu poza placówką niewielki kościół w Klingenstein. Innym rozwiązaniem było odrestaurowanie starego, romańskiego kościoła w Osnabrück, będącego częścią położonego w sąsiedztwie dawnego klasztoru, który służył dla obłąkanych. W zakładzie w Eichbergu mieszkańcy korzystali z kościoła w klasztorze Eberbach, oddalonym

¹⁹⁷ *Ibidem*, s. 13–14.

o około 10 minut. Jednak, jak podkreślał autor, w większości instytucji buduje się mały kościół lub kaplicę, które zwykle są położone na centralnej osi, czasem umieszczone w budynku sali balowej (np. w Getyndze). W niektórych instytucjach kościół lub kaplica miały specjalne miejsca w przylegającym pomieszczeniu, dla chorych, którzy muszą być oddzieleni, ponieważ z powodu „słabości mogą uczestniczyć tylko w części nabożeństwa”¹⁹⁸.

Autor opisuje również szereg pomocniczych pomieszczeń oraz budynków i części azylów oraz zwraca uwagę na konieczność spojrzenia przyszłościowego i przewidzenia możliwości wewnętrznej rozbudowy.

Bardzo ważną częścią założenia zespołów szpitalnych były ogrody i podwórza. Autor podkreślał, że pacjent musi otrzymać dogodną możliwość wyjścia na dwór i dłuższego pobytu na świeżym powietrzu. W tym celu zalecał, aby dziedzińce i ogrody miały bezpośredni kontakt z oddziałami chorych. W niektórych instytucjach (np. w Illenau) tak zaplanowano ogrody, aby każdy oddział miał swój zieleniec. Niestety w większości instytucji było to ograniczone¹⁹⁹. Architekt podkreślał, że oddziały dla szaleńców, nieczystych i epileptyków powinny otrzymać własne, zamknięte ogrody. Reszta pacjentów może korzystać ze wspólnego ogrodu, o ile usytuowanie budynków na to pozwala. Dziedzińce i ogrody muszą być oddzielone ogrodzeniami o wysokości od 2,5 do 3,2 metra, aby zapobiec ucieczkom. Ogrodzenie zieleńca dla *szaleńców* powinno mieć wysokość od 3,0 do 3,2 metra. Aby zapewnić pacjentom widok na zewnątrz i uniknąć wrażenia uwięzienia, autor zalecał umieszczanie muru ogrodzenia w zagłębieniu (aha), dzięki czemu zapewniona jest ochrona, nieograniczony widok, a podglądanie przez ludzi z zewnątrz uniemożliwione.

Na dziedzińcach i w ogrodach pacjenci powinni być chronieni przed silnym nasłonecznieniem i deszczem. W tym celu sadzono krzewy i drzewa, oraz stosowano małą architekturę. Autor pisał: „Ogólnie rzecz biorąc, ostatnio podjęto starania, aby dziedzińce i ogrody chorych cieszyły się przyjazną reputacją dzięki takim udogodnieniom jak trawniki, kwietniki, miejsca odpoczynku i tym podobne”. W ogrodach oddziałów dla spokojnych mężczyzn proponował umieszczenie kręgielni, co było bardzo popularną rozrywką w tym czasie²⁰⁰.

Pozostałe ogrody i parki w zespołach szpitalnych, gdzie pacjenci wychodzą tylko w towarzystwie opiekunów lub pracują, najczęściej wydzielone były tylko żywopłotami, a w niektórych instytucjach, szczególnie w Anglii, całkowicie otwarte. Ogrody przy domach dla personelu zwykle wydzielano tylko żywopłotami. Przed budynkami administracji zakładano eleganckie zieleńce, z trawnikami i klombami.

W odosobnionej części azylów umieszczane były kostnice wraz z prosektoriami i często małymi kaplicami. Autor wiele miejsca poświęcił również sprawom technicznym, na przykład ogrzewaniu i wentylacji.

W kolejnej części Funk opisał szereg przykładów istniejących azylów, dzieląc je na małe, średnie, i duże. Do małych (8 przykładów) zaliczył azyle mieszczące 50–100 chorych. W średnich (14 przykładów) można było zakwaterować 150–400 pacjentów, w dużych natomiast (14 przykładów) ponad 400 chorych. Ponadto wyróżnił zakłady z kolonią rolną (5 przykładów).

Zajął się także opracowaniem zewnętrznym budynków i wystrojem wnętrz oraz porównaniem kosztów budowy²⁰¹.

W podsumowaniu autor stwierdził, że z satysfakcją śledził szybki rozwój architektury azylowej i uważa, że osiągnął on punkt zwrotny²⁰². Podnosił problem ciągle za małej liczby miejsc i bardzo wysokich kosztów budowy w porównaniu z innymi krajami. Zwłaszcza w Anglii, pisał, ceny budowy są niskie i wynoszą średnio 4200 marek na pacjenta (zestawił 13 nowych azylów w Anglii). W Niemczech tylko najtańsze instytucje udało się zbudować za tak niską cenę. W najdroższych azylach niemieckich cena kształtowała się na poziomie 6618 marek za łóżko chorego. W związku z tym, że liczba chorych rośnie, autor uważał za słuszne podjęcie starań o obniżenie kosztów budowy instytucji i utrzymania chorych. Jako jedno z rozwiązań obniżenia kosztów utrzymania proponował prowadzone przy azylach gospodarstwa rolne, zatrudniające pensjonariuszy.

¹⁹⁸ *Ibidem*, s. 15.

¹⁹⁹ Wszystkie badane przez autorkę instytucje dysponowały oddziałowymi ogrodami.

²⁰⁰ *Ibidem*, s. 21–22.

²⁰¹ *Ibidem*, s. 22, s. 53.

²⁰² *Ibidem*, s. 55–57.

Zalecał podjęcie kolejnych kroków w celu racjonalnego budowania azylów:

- 1) opracowanie programu budowy, wybranie kierownictwa azylu i komisji złożonej z kilku psychiatrów, najlepszego technika budowlanego i urzędnika administracji, znającego warunki ekonomiczne w okolicy budowy;
- 2) przygotowanie przez komisję programu dla instytucji według następujących kryteriów:
 - a) zamknięta część instytucji powinna być utworzona tylko dla stosunkowo niewielkiej części całkowitej liczby chorych, średnio dla około 1/3 lub 1/4,
 - b) domy dla chorych, z prostymi udogodnieniami i bez ogrodzenia powinny być zaplanowane dla średnio dla około 1/6 lub 1/4 całkowitej liczby chorych,
 - c) zakup odpowiednio dużej powierzchni gruntów dla kolonii i zaplanowanie prostych domów mieszkalnych i budynków gospodarczych.

Dla azylu przeznaczonego dla 600 chorych proponował następujące rozmieszczenie pacjentów: 200 chorych w zamkniętej instytucji, 100 chorych w domach zwykłych, 300 chorych w koloniach rolnych.

Jeszcze raz podkreślił wagę wyboru lokalizacji azylu: „Badania wykazały, że im bliżej miejsca zamieszkania pacjenta znajduje się instytucja, tym większe są jego szanse na leczenie. Ważny jest dobry dojazd, np. lokalizacja w pobliżu dużego miasta, skąd odchodzą linie kolejowe”. Uważał, że odległość 3–4 km od miasta będzie odpowiednia, bo to stosunkowo blisko i można kupić ziemię uprawne. Dla możliwości powiększenia azylu najlepszy jest system pawilonowy.

Autorzy przywołanych publikacji byli zgodni, że leczeniu psychicznie chorych najlepiej służą dobrze zaprojektowane azyle. Główne idee, a mianowicie zapewnienie pacjentom spokojnych i kameralnych warunków życia, w „domowym”, przytulnym otoczeniu, prostota i funkcjonalność budynków i urządzeń oraz dyskretna opieka, bezpieczeństwo, zapewnienie ruchu na świeżym powietrzu i aktywnego spędzania czasu były podkreślane przez wszystkich przytoczonych aliesnistów. Wraz ze zmianami społecznymi i rosnącą liczbą chorych zmieniały się poglądy dotyczące wielkości zakładów. Zestawione w tabeli 1 dane świadczą o tym, że nikt nie przewidywał jeszcze budowania azylów większych niż dla 700 osób, co miało miejsce na początku XX wieku.

Tabela 1. Podziały azylów ze względu na liczbę chorych proponowane przez Forstera, Pellnana i Funka

Azyle Autor	małe	większe/średnie	duże	optymalne	„jeszcze możliwe do zarządzania”
Forster	100–200 osób	400–500 osób	–	–	–
Pellnan	50–100 osób	150–400 osób	ponad 400 osób	–	–
Funk	–	–	–	400–500 osób	600–700 osób

Wszyscy autorzy przytaczali różne formy rozplanowania zespołów azylów i formy budynków, wskazując dobre i złe strony poszczególnych rozwiązań. Pellman i Funk opowiadali się za układami pawilonowymi, chociaż uzależniali to od lokalnych warunków i potrzeb. Wszyscy również podkreślali wagę walorów krajobrazowych otoczenia azylu, dobre skomunikowanie – najlepiej koleją oraz bliskość dużego ośrodka miejskiego. Zalecali prostotę i ograniczenie ozdób budynków i wnętrz. Podkreślali konieczność zakładania w zespołach azylów zarówno terenów zielonych, by pacjenci mogli przebywać na świeżym powietrzu, jak i użytkowych ogrodów, np. warzywnych, czy gospodarstw rolnych.

Zasadnicze podziały na oddziały dla chorych były podobne u wszystkich autorów. Podstawą był podział na część męską i żeńską, dalej na oddziały dla spokojnych, umiarkowanie spokojnych, niespokojnych; Funk dodał jeszcze „nieczystych” i epileptyków. Zalecano również oddział dla chorych zakaźnie. Kontrowersje pojawiały się przy dalszych podziałach na klasy o różnej odpłatności, podziałach ze względu na pochodzenie społeczne itp. W oddziałach dla chorych, jeżeli nie obejmowały całego budynku, zalecano (zwłaszcza Pellnan i Funk) segregację pionową. Sypialnie, wygodne i z „przyjaznym” wystrojem, z uwzględnieniem aspektów higienicznych, doradzano lokować na wyższych kondygnacjach, natomiast pokoje dzienne na parterze, gdzie mogły mieć bezpośrednie zejścia do ogrodów. Co do wielkości sypialni opinie były podzielone, ale autorzy uzależniali to także od charakteru oddziału. Wszyscy opowiadali się za minimalizacją liczby i rozmiarów korytarzy.

Jeżeli chodzi o pozostałe elementy wyposażenia, np. jadalnie, to Pellnan zalecał umieszczanie ich osobno, przy kuchni, natomiast Funk na oddziałach, przy pokojach dziennych. Technika w zakresie systemów ogrzewania i oświetlenia zmieniała się szybko w drugiej połowie XIX wieku, stąd również zmienne wskazówki co do nowych rozwiązań. Za zamianami społecznymi podążały chyba również zalecenia Funka dotyczące zróżnicowanych budynków czy pomieszczeń do pracy dla pacjentów, budowy sal towarzyskich (teatralno-balowych), kręgielni oraz kaplic – kościołów, co było często stosowane od końca XIX stulecia.

W fachowej prasie pojawiło się również szereg artykułów poświęconych konkretnym realizacjom uważanym za inspirujące w swoim czasie. Obok szczegółowych opisów azylów publikowano również ilustracje – widoki perspektywiczne, plany założeń, rzuty poziome różnych kondygnacji budynków itp. Takich publikacji doczekały się między innymi położone obecnie w Polsce zakłady w Świeciu nad Wisłą, w Starogardzie Gdańskim – Kocborowie, Gorzowie Wielkopolskim czy inne, np. w Neustadt-Eberswalde czy Allenbergu (ob. Zarniowski)²⁰³. Pojawiały się również osobne publikacje dotyczące poszczególnych azylów zarówno tych modelowych, jak i późniejszych, np. w Getyndze i Osnabrück.

Zakłady dla psychicznie chorych opisywano w wydawnictwach dotyczących budynków opieki zdrowotnej w poszczególnych prowincjach lub ogólnych zestawieniach w Niemczech czy kilku krajach, zazwyczaj Francji i Anglii lub Szwajcarii. W książkach tych najczęściej ukazywały się krótkie wzmianki z najważniejszymi informacjami²⁰⁴. Przeglądu ważniejszych szpitali na początku XX stulecia dokonał doktor Johannes Bresler w dwutomowej monografii *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, wydanej tom I – w 1910 r., a tom II – w 1912 r. (wyd. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale). Zespoły szpitalne zostały tam obszernie opisane, zazwyczaj przez dyrektorów. Monografia dotyczyła państwowych – prowincjalnych i miejskich zakładów dla psychicznie chorych oraz niektórych instytucji prywatnych. Pierwsze zostały scharakteryzowane z podziałem na prowincje niemieckie z wyodrębnieniem pruskich. W pracy umieszczono informacje o 97 zespołach szpitalnych, w tym 51 z terenów Prus. Nie były to wszystkie, a tylko wybrane przez autora jednostki. W innych publikacjach, gdzie znajdują się tylko wzmianki o funkcjonowaniu szpitali, wymienionych jest ich znacznie więcej.

Pomimo niezmienniej, wiodącej idei dotyczącej projektowania azylów jako miejsca terapii zapewniającego spokój, domowe, przytulne pomieszczenia, dyskretną opiekę itd. zmieniające się warunki społeczne wpływały na zmiany w podejściu do budowy szpitali dla psychicznie chorych. Żywiołowość dyskusji toczącej się na łamach fachowej literatury niemieckiej świadczy o tym, jak ważny był to problem i jak dużą nadzieję pokładano w tych zespołach szpitalnych jako istotnym narzędziu wspierającym terapię.

²⁰³ Artykuły umieszczone w bibliografii.

²⁰⁴ Np. H. Laehr, *Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Oestreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern*, Druck und Verlag von Georg Reimer, Berlin 1912; H. Laehr, M. Lewald, *Die Heil- und Pflege-Anstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebiets*, Verlag von Georg Riemeier, Berlin 1899; (?) Blindt, *Kranken-Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Pommern*, Otto Fritz, Druckerei und Verlag, Düsseldorf 1929.

4. TYPOLOGIA PRUSKICH PROWINCJALNYCH ZAKŁADÓW LECZNICZO-OPIEKUŃCZYCH DLA PSYCHICZNIE CHORYCH NA WYBRANYCH PRZYKŁADACH

Przy projektowaniu zakładów leczniczo-opiekuńczych dla psychicznie chorych brano pod uwagę szereg czynników. Jak już wspomniano we wcześniejszych rozdziałach, funkcja tych placówek determinowała specyficzne wymagania dotyczące opieki i terapii umysłowo chorych, uleczalnych i nieuleczalnych, w różnej kondycji fizycznej i psychicznej. Jednym należało zapewnić stałą opiekę, innym – jak niebezpieczni *szaleńcy* – stały nadzór, ponadto wypełnić czas pracą i rozrywką, co wspomagało leczenie. Część pacjentów przebywała w zakładzie chwilowo, inni przez dłuższy czas, a jeszcze inni całe życie. Aby zaspokoić te potrzeby, niezbędne były budynki o różnych funkcjach. Dlatego też tworząc typologię azylów, porównano różne aspekty ich działalności i podzielono zakłady na dwie zasadnicze grupy. Pierwsza obejmuje najstarsze szpitale z I połowy XIX stulecia, które sytuowane były najczęściej w adaptowanych do tego celu obiektach, a nowe budynki miały proste formy i nie były jeszcze tak przemyślane jak później. Drugą grupę stanowią zespoły z II połowy XIX i początku XX w., wznoszone od podstaw jako zakłady dla psychicznie chorych. Przy budowie brano pod uwagę doświadczenia z I połowy XIX stulecia, wskazówki zawarte w opracowaniach w prasie i literaturze, przyglądano się wzorcowym placówkom. Tę znacznie liczniejszą grupę przeanalizowano pod kątem wyboru położenia zakładu, układów urbanistycznych wraz z zielenią i podziałami organizacyjnymi, porównano pawilony dla chorych, ich układy funkcjonalne w zależności od przeznaczenia. Na koniec zanalizowano pozostałe zabudowania, jak budynki administracji, obiekty rozrywkowe, obiekty sakralne, urzędnictwa i budynki gospodarcze oraz techniczne i warsztaty terapeutyczne, a także zespoły mieszkalne dla personelu.

Po zapoznaniu się z literaturą i artykułami prasowymi z XIX i XX wieku nasunęło wiele pytań dotyczących zakładów leczniczo-opiekuńczych. Jak te teoretyczne dociekania oraz modelowe rozwiązania wpływały na architekturę azylów? Czy wzorce były przenoszone w ogólnej idei czy w szczegółach? Jak długo trwało zanim dotarły na prowincję? Czy prowincjonalne zespoły były opisywane jako wzorce? Czy azyle wznoszone na ziemiach polskich, włączonych do Królestwa Prus po rozbiorach Polski, były budowane z taką samą starannością jak stołeczne?

Aby odpowiedzieć na te pytania wybrano grupę azylów, reprezentatywną dla różnych prowincji, omówioną we wstępie. Zakłady w wybranej próbie badawczej wznoszone były przez cały okres badawczy i przeznaczone dla różnej liczby pacjentów. Jak już wspomniano, do badań wybrano placówki państwowe, zarządzane w większości przez władze prowincji. Dawne pruskie prowincje nie pokrywają się z podziałami geograficznymi i państwowymi wprowadzonymi w 20-lecie międzywojennym oraz obecnymi, co spowodowało, że często szpitale z jednej prowincji obecnie są po obu stronach granicy (np. Gorzów Wielkopolski – pruski Landsberg, dawniej w Brandenburgii, obecnie w Wielkopolsce). Azyle położone na terenie Polski nie doczekały się dotąd szerszego opracowania pod względem architektonicznym, a są warte uwagi. Wśród wybranych przykładów większość do dzisiaj istnieje i nadal pełni tę samą funkcję²⁰⁵. We wszystkich, poza szpitalami położonymi obecnie na terenie Federacji Rosyjskiej i należącymi do wojska²⁰⁶, przeprowadzono szczegółowe badania *in situ*, pogłębione analizą materiałów archiwalnych, źródeł i literatury. Tabelaryczne zestawienie wybranych do badań obiektów umieszczono w aneksie na końcu opracowania. Ze względu na podobieństwo większości pierwszych członów nazw zakładów i zawarte w nich nazwy miejscowości, w których się znajdowały, jak na przykład *Provinzial Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz*, oraz długość nazw, w dalszej części dla określenia zakładów użyto tylko nazw miejscowości. Pełne nazwy szpitali zostały podane w zestawieniu obiektów. W przypadku azylów funkcjonujących na ziemiach polskich użyto polskich nazw miejscowości (historycznych), w pozostałych przypadkach – niemieckich. Pełne nazwy szpitali zostały również zestawione w aneksie.

²⁰⁵ Poza najstarszymi azylami, które ustępowały około połowy XIX w. miejsca nowym, nowocześniejszym instytucjom lub były mocno przebudowywane.

²⁰⁶ Tu ograniczono się do badań materiałów archiwalnych, źródeł i literatury.

4.1. Pierwsze próby stworzenia przestrzeni terapeutycznej – szpitale z I połowy XIX w.

Najstarsze szpitale umieszczano zazwyczaj w adaptowanych w tym celu, już istniejących budynkach. Rzadziej wznoszono nowe obiekty. Najczęściej były to sekularyzowane klasztory, przekazywane przez państwo pod zarząd sejmów prowincjalnych, czasem zamki lub wykupione pałace. Wzorowano się na rozwiązaniach z Siegburga czy Lubiąża. Szpitale te przeznaczone były dla stosunkowo niewielkiej liczby chorych, wahającej się w granicach od 80 do 140 osób.

Pierwszym otwartym w Prusach zakładem dla obłąkanych był *Kurmarkische Irrenanstalt* w Neuruppin w Brandenburgii (pol. Rypin Nowy), oddany do użytku w 1801 r. (il. 4.1). Z inicjatywy Stanów Kurmarchii w 1798 r. rozpoczęto wznoszenie budynku dla szpitala, położonego w centrum miasta. Budynek został zaprojektowany przez tajnego, wyższego radcę budowlanego Bersona. Jak pisano: „dom został odpowiednio zbudowany” a regulamin zakładu napisany „w tak doskonałym

i ludzkim duchu, że [...] jako wzór dla innych służył”²⁰⁷. Wspomniany regulamin zakładu został sformułowany w 1801 r. i podpisany przez króla Prus Fryderyka Wilhelma (wydany drukiem w 1802 r.)²⁰⁸. W regulaminie precyzyjnie określono cele i zakres działania instytucji, sposób kwalifikacji chorych przyjmowanych do zakładu, organizację zakładu i opieki nad chorymi, włącznie z zaopatrzeniem, posiłkami i metodami terapii, sposób zarządzania azyłem i jego funduszami oraz na koniec system kontroli instytucji. Drugą część dokumentu stanowiła *General-Instruction für das Land-Irrenhaus zu Neu-Ruppin* (ogólna instrukcja dla szpitala), wydana w 1801 r. przez



Il. 4.1. Neuruppin – gmach Kurmarkische Irrenanstalt

Źródło: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Neuruppin_Schifferstra%C3%9Fe_5b_Ehemaliges_Land-Irrenhaus.JPG.

Königliche General-Land- Armen- und Invaliden Verpflegungs Direction (Królewska Generalna Krajowa Dyrekcja Zaopatrzenia Biednych i Niepełnosprawnych).

Azyl umieszczono w 3-kondygnacyjnym budynku z wysoką suteroną, założonym na planie zbliżonym do litery „L”. Dłuższy bok budowli, usytuowany w linii zabudowy Schifferstraße (ob. nr 5b), przeznaczony został na żeńską część szpitala, a krótszy – od strony podwórza – na męską. Od strony ulicy umieszczono główne wejście z ozdobnym portalem. Pomieszczenia dla chorych i personelu dostępne były z korytarza biegnącego od zewnętrznej strony budynku. W każdym skrzydle usytuowano klatkę schodową. Podwórze oddzielone zostało od sąsiedniego ogrodu murem i podzielone na dwie części budynkiem stajni. Wnętrze, jak pisał w 1845 r. dr Wallis, „którego szczegółowy opis tu pominę, biorąc pod uwagę tanie, wówczas bardzo nieodpowiednie środki i słabe doświadczenia dotyczące obłąkanych i azylów, urządzone było bardzo humanitarnie i pod wieloma względami poprawnie”²⁰⁹. Instytucja początkowo mogła przyjąć 100 pacjentów. Zakład zapewne był rozbudowany, w momencie zamknięcia przebywało tam 164 chorych. Azyl funkcjonował w tym miejscu do 1865 r., gdy rozpoczął działalność nowy zakład w Neustadt-Eberswalde i tam przeniesiono pacjentów. W latach 1893–1897 wzniesiono nowy zakład leczniczo-opiekuńczy w Neuruppin.

Szpital został wzniesiony jeszcze przed budową modelowych zakładów i miał wiele wad. Z architektonicznego punktu widzenia obiekt wykazał jedynie podstawowe cechy samodzielnego szpitala dla

²⁰⁷ *Ruppiner Kliniken GmbH, Geschichte mit Zukunft*, s. 5, 2006, www.ruppiner-kliniken.de (dostęp: 14.02.2020).

²⁰⁸ *Reglement für die zu Neu-Ruppin angelegte Kurmarkische Irrenanstalt*, Berlin 1802, ze zb. *Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz*, sygn. I.HA Rep.70, nr 270.

²⁰⁹ A. Wallis, *Geschichtliche und Statistische Nachrichten über die ständische Land-Irrenanstalt der Kurmark zu Neu-Ruppin*, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*, t. 2, 1845, z. 3, s. 475–485.

psychicznie chorych. Został mocno skrytykowany w raporcie Johanna Gottfrieda Langermanna z 1810 r. Jak pisał psychiatra: „obiekt spełniał wymogi stawiane szpitalom dla psychicznie chorych ale miał dużo wad”. Przede wszystkim usytuowanie w obrębie murów miasta i na ciasnej parceli, co miało wpływ na rzut budynku i brak możliwości dalszej rozbudowy. Ograniczało także możliwości spacerów i przebywania na świeżym powietrzu. Dom według Langermanna został również źle zaplanowany – zabrakło pokoi dziennych, wąskie korytarze ich nie zastępowały i nie nadawały się nawet do spacerów, zabrakło również możliwości odpowiedniej separacji różnych grup chorych²¹⁰.

Kolejny azyl w Brandenburgii otwarto w 1812 r. w Żarach. Umieszczony został w letnim pałacu, wzniesionym pod koniec XVIII w. na terenie posiadłości rodziny Promnitzów. W 1812 r. Stany Nieder-Lausitz (Dolne Łużyce) zakupiły położony na północnych przedmieściach miasta, należący pierwotnie do grafa von Promnitz, niedokończony budynek, w którym mieścił się dom zabaw. Postanowiono przenieść tam zakład dla psychicznie chorych, który wcześniej mieścił się w więzieniu w Luckau. Po włączeniu Dolnych Łużyc do państwa pruskiego szpital podlegał regencji we Frankfurcie nad Odrą. Przyjmowano tam chorych psychicznie i epileptyków.

Budynek, który został zbudowany jeszcze przez hrabiego Promnitz, w momencie zakupu nie był całkowicie ukończony. Składał się z 3-piętrowego skrzydła i częściowo 3-piętrowego, częściowo 2-piętrowego budynku środkowego, który wymagał ukończenia. Według relacji dr. Schniebera na parterze w skrzydle umieszczono sale dla epileptyków (mężczyzn), na 2. i 3. kondygnacji pokoje dzienne dla pozostałych psychicznie chorych mężczyzn, a na poddaszu przyjazne i przestronne sypialnie. W środkowym budynku na parterze urządzono jadalnię dla mężczyzn i kobiet, na 2. kondygnacji umieszczono kaplicę i pokój dla fizycznie chorych mężczyzn, a także pokój dla „bardzo nieczystych męskich wariatów”. Dalej znajdował się pokój dzienny dla „elitarnych” chorych umysłowo mężczyzn i rekonwalescentów oraz pokój, w którym umieszczono bibliotekę dla chorych, a za nim mała, domowa apteka²¹¹.

Środkowy dom mieścił na parterze kuchnię i pomieszczenia gospodarcze, dalej łaźnie, pokój dla „szalejących chorych” i jeszcze salę dla kobiet cierpiących na epilepsję. Na kolejnej kondygnacji znajdowało się 9 pokoi dla kobiet, a na 2. piętrze piękne sypialnie oraz sala dla kobiet chorych fizycznie. W tym budynku, generalnie urządzonym jako część żeńska, znalazły się jeszcze inne pomieszczenia dla kobiet. Do niego dodany został 1-kondygnacyjny dom, gdzie zlokalizowano 3 pokoje dla chorych i „mocno nieczystych szalonych” kobiet, pralnię, ponadto jeden pokój z krzesłem Darwina do terapii rotacyjnej oraz prosektorium. Między budynkami znajdowało się podwórze częściowo zajęte przez szopy i stajnie a częściowo przez ogród. Azyl otaczał niewysoki mur. W szpitalu stosowano również terapię przez pracę, co oczywiście wspomagało go ekonomicznie. W tym celu dzierżawiono 4 morgi pola i 30 mórg ogrodów, uprawianych przez chorych²¹².

Szpital ten był już bliższy sformułowanym nieco później przez Langermanna i Rollera modelowym założeniom. Pomieszczenia przystosowano do podziału chorych, zaplanowano pokoje dzienne, a nawet bibliotekę, zadbane również o ogród, a także możliwości terapii przez pracę.

Pierwszy zakład w Wielkim Księstwie Poznańskim²¹³ otwarto w adaptowanym klasztorze w Owińskach pod Poznaniem. Szpital działał w tym miejscu od 1838 r., później, w drugiej połowie stulecia wybudowano w sąsiedztwie nowy zespół. Azyl umieszczono w przystosowanych do tego celu budynkach po sekularyzowanym klasztorze cysterek, jak pisano „w jednej z najprzyjemniejszych okolic prowincji, w bliskości pięknego, postać parku mającego ogrodu dominialnego”²¹⁴. Budynki klasztorne, 2-kondygnacyjne, zbudowane na planie kwadratu z wewnętrznym podwórzem, podzielono na oddziały, pozostawiając szerokie korytarze i przykryte sklepieniami pomieszczenia na parterze (il. 4.2). Dobudowano 2 skrzydła, jedno od strony zachodniej, w którym znalazły się sale dla pacjentów i łaźnie, a drugie od strony południowej, gdzie umieszczono „cele”-izolatki. Południowe skrzydło zaplanowane zostało zgodnie z ówczesnymi wzorami, rząd izolatek umieszczono między dwoma korytarzami. Przez to były słabo doświetlone i wentylowane, co spowodowa-

²¹⁰ I. Rohowski, *op. cit.*, s. 13–15.

²¹¹ Schnieber (Kreisphysicus zu Sorau), *Mittheilungen über die Irrenanstalt zu Sorau in der Neider-Lausitz*, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin, t. 2, 1845, s. 68–71.

²¹² *Ibidem*, s. 68–71.

²¹³ Od 1848 r. Provinz Posen – Prowincja Poznańska.

²¹⁴ *Dodatek tyczący się instytutu leczenia obłąkanych na umyśle w Owińskach*, 1838, <http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/docmetadata?id=365217&from=publication> (dostęp: 15.09.2018).

ło, że szybko stały się przestarzałą konstrukcją i rzadko je używano. Chorzy mieli bezpośredni dostęp do kościoła, gdzie mogli udawać się na modlitwę i nabożeństwa (katolicy)²¹⁵. Początkowo instytucja została przystosowana dla 100 pacjentów, później przy wykorzystaniu wszystkich pomieszczeń mogła przyjąć maksymalnie 120 chorych. Dawny budynek parafialny przeznaczono dla personelu administracyjnego, a niewielki dom dla dyrektora wzniesiono po przeciwnej stronie, w sąsiedztwie kościoła. Wykorzystano również przyklasztorny ogród, usytuowany po południowej stronie założenia. Podzielono go na cztery części, po dwie dla mężczyzn i kobiet. Na planie sytuacyjnym zakładu z 1836 r.²¹⁶ zaznaczono „rekreacyjne dziedzińce” dla „spokojnych” i „szalonych”, ogrodzone murami i częściowo oddzielone skrzydłem budynku z izolatkami. Największy ogród, przeznaczony dla spokojnych pacjentów płci męskiej, skomunikowany był bezpośrednio z oddziałem. Również skrzydło z izolatkami miało bezpośrednie połączenie z częścią ogrodu dla *szalonych* kobiet. Pozostałe połączono z budynkami alejką biegnącą między zieleńcami. Na planie ogrodów naszkicowane zostały swobodnie biegnące ścieżki i nasadzenia z krzewów. Całość wraz z zabudowaniami zajmowała 30 mórg pruskich (ok. 16,8 ha)²¹⁷.

W zespolej wówczas prowincji Prus Zachodnich i Wschodnich od 1822 r. działał oddział psychiatryczny szpitala krajowego, usytuowany w dawnym klasztorze bernardynów w Świeciu. W prowincji działały inne instytucje zajmujące się między innymi psychicznie upośledzonymi, ale organizacja opieki państwowej pozostawiała wiele do życzenia.



Il. 4.2. Owińska, Irren-Heil-Anstalt Owinsk, 1836 r. – plan sytuacyjny i rzut piętra

Źródło: TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. 8110,16.

Na Pomorzu w 1841 r. otwarto zakład dla obłąkanych w Darłowie. Umieszczony został na zamku, w adaptowanych pomieszczeniach po dawnym sądzie, gdzie urządzono 60 miejsc dla pacjentów. W 1848 r. azyl został powiększony do 80 miejsc, a 10 lat później wybudowano nowy budynek, dzięki czemu w zakładzie można było leczyć 124 chorych. W 1869 r. dodano jeszcze jeden budynek mieszczący lazaret. Instytucja działała do 1899 r.²¹⁸.

²¹⁵ *Provinzialanstalt Owinsk*, [w:] *Deutsche Heil...* op. cit., t. 1, s. 280.

²¹⁶ *Bauausführungen des preußischen Staats*, 2 (1836-1836), Bl. 16: Situationsplan, Grundriss 2. Etage Hauptgebäude, Wirtschaftsgebäude, <https://architekturmuseum.ub.tu-berlin.de/index.php?p=79&POS=2>. (dostęp: 17.04.2019).

²¹⁷ *Dodatek...*, op. cit., s. 2.

²¹⁸ H. Laehr, M. Lewald, *Die Heil- und Pflege-Anstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes*, Georg Reimer, Berlin 1898, s. 239.

Formy stylistyczne obiektów były bardzo różnorodne, zależne od adaptowanych budynków. Nowo wybudowany szpital w Neuruppin był prostym gmachem, o skromnych klasycyzujących formach, podobnie jak adaptowany szpital w Żarach. W pozostałych przetrwały formy architektoniczne klasztoru czy zamku. Starano się zapewnić pacjentom nie tylko opiekę, ale również terapię poprzez aktywne spędzanie czasu – pracę i rozrywkę. Do tego celu służyły w miarę możliwości urządzone specjalne pomieszczenia.



Il. 4.3. Kościan – budynek główny, elewacja tylna (fot. autorka, 2017 r.)

Również później wykorzystywano istniejące już budowle i umieszczano w nich szpitale psychiatryczne. Często korzystano z zabudowań wygaszanych domów poprawczych (*Korrigendenanstalt*) i pracy przymusowej. Pod koniec XIX w. – w 1893 r. utworzono zakład w Kościanie, usytuowany w budynkach po ośrodku wychowawczym, który z kolei mieścił się w zabudowaniach powstałych na zrębie dawnego klasztoru bernardynów (il. 4.3). Było to tańsze rozwiązanie niż budowa nowoczesnych zespołów szpitalnych. Do celów terapeutycznych wykorzystywano również dawne klasztorne ogrody²¹⁹.

Niektóre placówki kończyły swoją działalność, gdy w pobliżu wybudowano, nowocześniejszy azyl. Inne zakłady sukcesywnie rozbudowywano, dodając nowe obiekty i przekształcając stare, jak na przykład w Kościanie. Nie zawsze było to możliwe, chociażby ze względu na położenie np. w centrum miasta. W konsekwencji przebudów architektura była dość zróżnicowana, brakowało zaznaczenia głównej osi i symetrii poszczególnych części zakładu, co w rezultacie powodowało brak zalecanej dla tego typu architektury harmonii i spokoju. Pomimo że starano się ujednolicać budynki i scalać kompozycyjnie części zakładów, pozostawała widoczna dysharmonia między starymi a nowymi zabudowaniami.

Często dobudowana partia stanowiła odrębny zespół budynków, jak np. domy wzniesione dla dzieci w Kościanie. Czasem, jak w Owińskach czy Neuruppin, budowano nieopodal nowy zespół szpitalny, zgodnie z aktualnymi wymaganiami dla tego typu architektury. Pierwsze szpitale, gdy powstawały były nowoczesne, później nie odpowiadały już zmieniającym się standardom „terapeutycznej architektury i urbanistyki”, wypracowanym w Prusach w II połowie XIX stulecia. Takie praktyki stosowano również w innych niemieckich prowincjach, np. w Marburgu czy w Langenhagen (prowincja Hanower). Bliżej stolicy szpitale powstawały wcześniej i szybciej wznoszono nowe budowle przystosowane od początku do terapii, chociaż były to jeszcze bardzo proste obiekty. Jednak w porównaniu z tym, jak traktowani byli chorzy umysłowo wcześniej, był to duży krok naprzód i początek nowej ery w psychiatrii.

4.2. Nowoczesne zespoły szpitalne z drugiej połowy XIX i początku XX stulecia

Zakłady leczniczo-opiekuńcze otwarte w II połowie XIX stulecia były nowocześnie zaplanowanymi, specjalnie w tym celu wybudowanymi placówkami. Wtedy też powstało najwięcej azylów. W projektach można było wprowadzić wszystkie zalecenia ówczesnych psychiatrów i wybudować zespół, w którym architektura i środowisko miały wspomagać leczenie chorych²²⁰. Już w fazie tworzenia koncepcji można było przewidzieć potrzebne do terapii, aktywnego spędzania czasu oraz

²¹⁹ *Provinzialanstalt Kosten*, [w:] *Deutsche Heil-...*, t. I, op. cit., s. 247–249.

²²⁰ B. Edington, *The Well-Ordered...*, op. cit., 375–386.

rozrywki pomieszczenia i urządzenia. Wraz z nabieraniem doświadczenia przez budowniczych, architektów i psychiatrów (!) dodawano kolejne udogodnienia. Szpitale planowano bardzo szczegółowo – począwszy od wyboru położenia i terenu pod budowę, zaplanowania ogólnego rozkładu budynków, poprzez projekty poszczególnych budowli różniące się znacznie ze względu na pełnione funkcje, skończywszy na założeniach zielonych i gospodarstwach rolnych. Takie szpitale, zgodnie z polityką zdrowotną państwa, powstawały we wszystkich pruskich prowincjach.

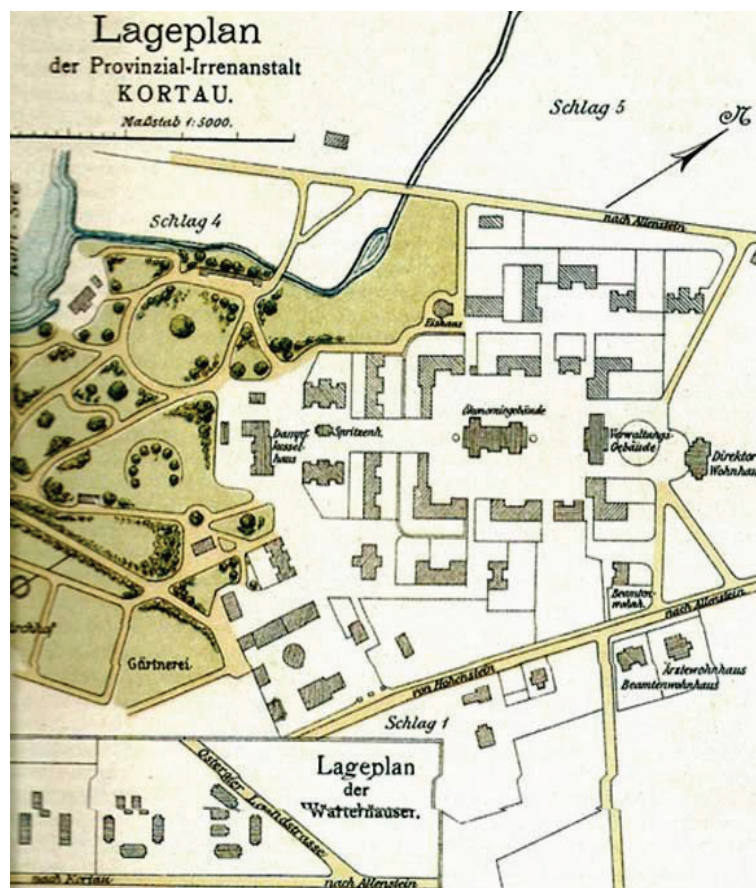
4.2.1. Lokalizacja

Większość badanych obiektów została zlokalizowana w niedalekiej odległości 2–5 km od miast, które miały połączenia kolejowe. Przy wyborze terenu pod budowę brano pod uwagę walory krajobrazowe, dogodną komunikację, a także np. jakość lokalnych wód, rodzaj gleby itp. Często w pobliżu szpitala znajdował się przystanek kolejowy. Azyły umieszczano również przy szosach łączących miejscowości.

Zgodnie z ideą izolacji chorych w „wiejskiej idylli” wykorzystywano miejsca z rozległym, zielonym krajobrazem. Chętnie wybierano teren w pobliżu rzek, jak np. w Świeciu, Allenbergu czy Obrzycach (tu jeszcze na skraju lasu) lub nad jeziorem – jak w Kortowie (il. 4.4). Wykorzystywano również zalesione okolice, jak np. w Stralsundzie czy Ueckermünde, gdzie można było urządzić ścieżki spacerowe. Na zalesionym wzgórzu powstał zakład w Lęborku. Często korzystano z terenów oddanych bezpłatnie przez miasto, w pobliżu którego miał stanąć szpital. Na przykład miasto Lębork oddało pod budowę zakładu 240 akrów ziemi. Zgodnie z zasadą o dążeniu do samowystarczalności zakładów kupowano również dodatkowo ziemię w sąsiedztwie w celu prowadzenia gospodarstwa rolnego, w którym zatrudniano między innymi pacjentów. Terapia przez pracę miała pomagać w leczeniu i utrzymaniu szpitali.

4.2.2. Wielkość

W porównaniu z wcześniejszymi azylami znacznie wzrosła wielkość nowych placówek zarówno pod względem liczby miejsc dla pacjentów, jak i zajmowanego przez zakład terenu. W miarę rosnących potrzeb budowano coraz większe założenia szpitalne. Ponadto zespoły złożone z dużej liczby budynków potrzebowały więcej miejsca. Mniejsze zakłady mogły pomieścić do około 500 chorych. Najczęściej to nie zaspokajało potrzeb i pod koniec XIX stulecia lub na początku następnego były rozbudowywane. Do takich należał wzorcowy zakład w Halle nad Saale, zaprojektowany dla około 400 chorych, później stopniowo rozbudowywany²²¹, nieco mniejszy w Allenbergu dla 250 chorych czy zakład w Świeciu (rozbudowany na początku XX w. do 900 miejsc). Również 500 miejsc zaplanował Martin Gropius w modelowej instytucji w Neustadt-Eberswalde, ukończonej



Il. 4.4. Kortowo, Lageplan der Provinzial Irrenanstalt Kortau, 1913, wg M. Antolak

Źródło: *The Preservation and Modification of Tree Communities in the Academic Campus Kortowo in Olsztyn*, [w:] *Contemporary Problems of Management and Environmental Protection*, Vol. 3, 2009, Natural and Cultural Transformation of Landscape, s. 165.

²²¹ (?) Fries, *Provinzial-Anstalt zu Nietleben*, [w:] *Deutsche Heil-...*, t. II, s. 214.

w 1860 r.²²². Do grupy dużych szpitali zaliczały się zespoły oferujące około 600–700 miejsc dla chorych. Do takich należały zakłady w Dziekance, Lęborku, Owińskach, Trzebiatowie, Ueckermünde czy Kortowie. Bardzo duże szpitale wznoszone były na początku XX stulecia. Mogły pomieścić od 1100 do 1300 chorych. Wśród nich znalazły się szpitale w Obrzycach i Kocborowie, w Allenbergu (po rozbudowie), Tapaui, Stralsundzie. Znaczna część ze średnich szpitali została na przełomie XIX i XX wieku rozbudowana, na przykład zakład w Gorzowie Wielkopolskim, gdzie zwiększono liczbę miejsc z 600 do 1000, czy szpital w Kortowie zaplanowany dla 600 pacjentów i rozbudowany do ok. 950 łóżek. Największe zakłady otwarte zostały na przedmieściach Berlina. Najstarszy z nich usytuowany w Daldorf uruchomiono w 1881 r., mógł pomieścić około 1020 chorych. Następny otwarty w 1893 r. w Lichtenbergu, szpital Herzberge przeznaczony był dla 1050 chorych, a po rozbudowie w 1910 r. liczba miejsc wzrosła do 1200. Największy zakład otwarto w 1906 r. w Buch, gdzie przewidzianych zostało 1649 łóżek. Poza tym w 1893 r. otwarty został jeszcze osobny szpital dla epileptyków w Wulgharten, mający około 1300 miejsc.

Szpitale zajmowały rozległe tereny. Znajdowały się na nich – poza częścią centralną z zasadniczą zabudową zakładu – rozległe parki oraz gospodarstwa rolne. Wielkości niektórych zakładów zestawili A. Funk²²³ i tak do zakładu w Świeciu należało 6,2 ha, w Owińskach – 7,9 ha, w Lęborku razem z gospodarstwem 47 ha, w Halle-Nietleben – 15 ha, w Kortowie – 20 ha, a z gospodarstwem 260 ha, w Neustadt-Eberswalde – 35 ha, w Daldorf – 46 ha. Przedstawiane przez różnych autorów dane znacznie się różnią. Zapewne było to spowodowane dokupowaniem lub sprzedawaniem ziemi przez szpitale. Często podawane są w różnych jednostkach miar, bez wyszczególnienia, o którą konkretnie chodzi. Na przykład w opracowaniu Breslera²²⁴ autorzy podają wielkość gruntu szpitala w Stralsundzie 400 mórg, ale nie wiadomo dokładnie jakich, tak samo dla szpitala w Dziekance – 600 mórg, a w Lęborku 900 mórg. Ale ogólnie można stwierdzić, że posesje zajmowane przez badane zespoły były dość obszerne. Wzrost liczby chorych i konieczność pozostawienia terenów pod rozbudowę oraz coraz szersze zastosowanie terapii przez pracę na roli wymuszały niejako zwiększanie powierzchni zakładów.

4.2.3. Układ przestrzenny

4.2.3.1. Zespoły szpitalne wzniesione w układzie zamkniętym

Od mniej więcej połowy XIX w. wznoszono coraz więcej zakładów dla psychicznie chorych, wzorowanych na modelowych założeniach jak wspomniany wyżej, wzniesiony według koncepcji Christiana Rollera zakład leczniczo-opiekuńczy w Illenau w Badenii. Psychiatra stworzył wzorzec szpitala o połączonych funkcjach – leczenia i opieki, co stało się regułą w odniesieniu do państwowych instytucji. W tym duchu zaplanowany został również pruski wzorowy szpital w Halle-Nietleben nad Saale, wzniesiony według koncepcji prof. Damerowa. Układ przestrzenny tego szpitala miał wpływ na wiele pruskich założeń, w tym również na badane zespoły w Świeciu oraz w Allenbergu, a także zapewne na pierwotny projekt zakładu w Owińskach. Szpitale zostały zaprojektowane w układzie zamkniętym, na podobnych, jasnych i prostych planach, założonych na rzucie wydłużonego prostokąta, z symetrycznie rozmieszczonymi budynkami. Zaplanowano oddzielne części dla kobiet i mężczyzn oraz w ramach tego podziału – dla chorych uleczalnych i nieuleczalnych.

Według projektu Damerowa został zaplanowany azyl w Allenbergu²²⁵ (il. 4.5). Całość założono na planie prostokąta, którego narożniki zajmowały 4 budynki mieszczące oddziały dla pacjentów. Od strony północno-wschodniej mieściły się męskie oddziały, a od południowo-zachodniej żeńskie. Tak samo jak w Halle wprowadzono oddzielne domy dla uleczalnych i nieuleczalnie chorych. Od strony północno-zachodniej między budynkami dla uleczalnie chorych wzniesiono budynek dyrekcji. Po przeciwnej stronie, za skrzydłami nieuleczalnych rozciągały się pawilony z izolatkami, połączone z oddziałami za pomocą zadaszonych łączników. Wewnątrz założenia usytuowano budynki gospodarcze: kuchnię, pralnię, łaźnię, piekarnię i mniejsze stajnie, remizę strażacką, wozownię, komórki. Nad rzeką znajdował się młyn parowy połączony z silnikiem parowym. Do budynków oddziałów od zewnątrz przylegały ograniczone ogrodzeniem zieleńce dla chorych, między budynkami z izolatkami usytuowano dziedziniec do spacerowania, a przed nim wewnątrz założenia skład

²²² M. Gropius, *Die Provinzial-Irren-Anstalt zu Neustadt-Eberswalde*, „Zeitschrift für Bauwesen”, 1869, s. 147.

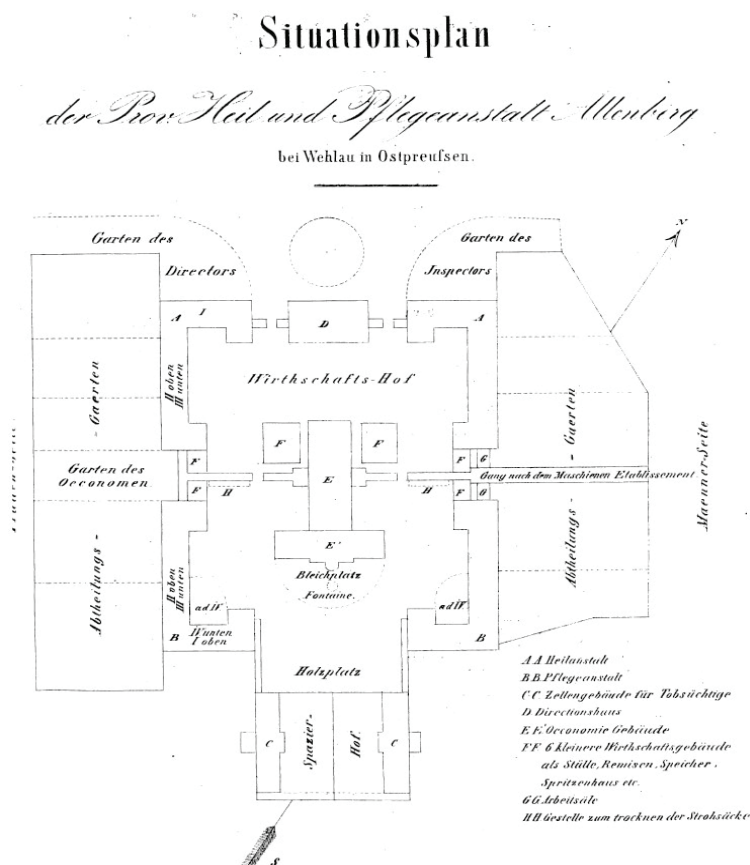
²²³ A. Funk, *op. cit.*, s. 4.

²²⁴ *Deutsche Heil-...*, *op. cit.*

²²⁵ O. Peters, *op. cit.*, s. 354.

drewna. Przy pralni znajdował się plac do wybielania bielizny (Bleichplatz) z pompą. Między ogrodami oddziałowymi umieszczono od strony kobiecej ogród warzowny, a od strony męskiej przejście do maszynowni. Przed budynkiem dyrekcji znajdował się reprezentacyjny zielonec, a po bokach ogród dyrektora z jednej i inspektora z drugiej strony. Budynki połączone były zadaszonymi korytarzami²²⁶. Zespół został rozbudowany w latach 1870–1872 o dwa 3-kondygnacyjne budynki zaprojektowane przez Martina Gropiusa i Heino Schmiedena, przeznaczone dla 220–250 chorych²²⁷. Niestety po zamknięciu szpitala w 1940 r. budynki przejęło wojsko i są one w jego zasobach do dziś. Obiekt jest bardzo zniszczony i niedostępny.

Zakład w Świeciu, położony został na niewielkim wyniesieniu, na wysokim brzegu rzeki Wdy (niem. Schwarzwasser), niedaleko jej ujścia do Wisły. Z pokoi chorych i z ogrodów spacerowych rozciągał się widok na ruiny krzyżackiego zamku, Wisłę i nizinę na drugim brzegu rzeki²²⁸. Zespół budynków założony został na planie wydłużonego prostokąta (il. 4.6). Wewnątrz, pośrodku umieszczono budynek gospodarczy, który dzielił dziedziniec na dwa podwórza. Od strony południowej (od rzeki) usytuowano budynek dyrekcji i administracji, z przyległym podwórzem gospodarczym. Narożniki założenia tworzyły ściany szczytowe oddziałów dla mężczyzn od zachodu i kobiet od wschodu. Budynki zostały połączone zadaszonymi łącznikami. Zakłady dla mężczyzn i dla kobiet zajmowały po dwa domy usytuowane przy dłuższych bokach prostokąta i skomunikowane łącznikami z usytuowanym w środku budynkiem gospodarczym mieszczącym kuchnię, łaźnię, maszynownię, pralnię, studnię i kaplicę. Obiekty sąsiadujące z gmachem dyrekcji przeznaczono na zakłady lecznicze – dla uleczalnie chorych pacjentów, obiekty po drugiej stronie były zakładami opiekuńczymi – dla chorych nieuleczalnych. Od północy umieszczono budynek dla niebezpiecznych, *szalonych* chorych, podzielony na część męską i żeńską. Za nim w latach 1870–1872 dobudowano dwa oddziały dla pacjentów potrzebujących odosobnienia, połączone ze starszymi, ale znajdujące się poza obrębem pierwotnego założenia, co izolowało resztę od ewentualnych niepokojów. Poza kompleksem usytuowano wybudowane nieco później kostnicę i oborę, domek ogrodnika ze szklarnią oraz portiernię z domem stróża. Tu również widać wyraźny wpływ koncepcji Damerowa²²⁹.



Il. 4.5. Allenberg, Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Allenberg, 1854 r. – plan sytuacyjny

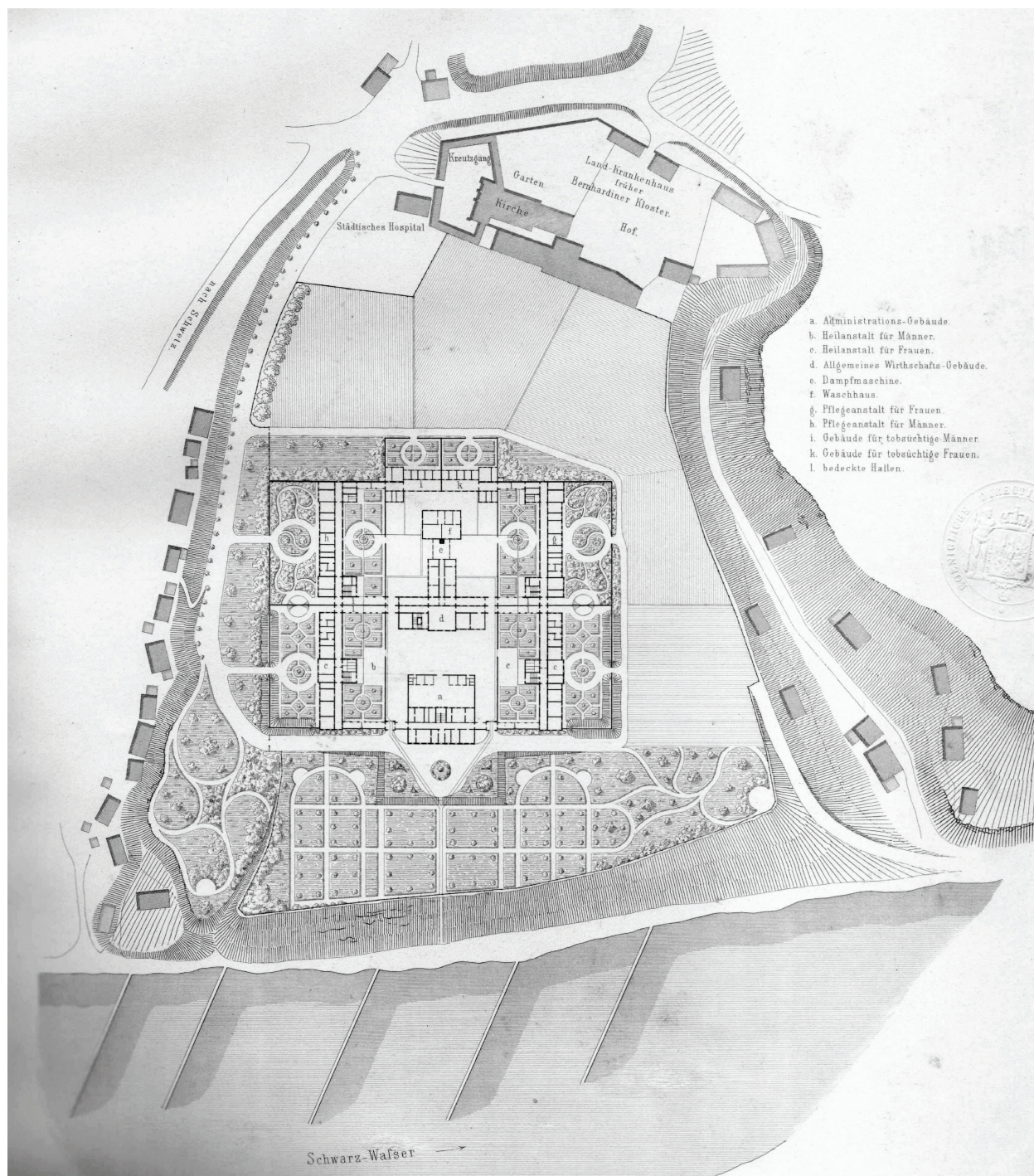
Źródło: Bernhardi, *Die Heil- und Pflegeanstalt Allenberg bei Wehlau in Ostpreussen*. Correspondenzblatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie, 1(5), 1854.

²²⁶ (?) Bernhardi, *Die Heil- und Pflege-Anstalt Allenberg bei Wehlau in Ostpreussen*, Correspondenz-Blatt der Gesellschaft für Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie, 1(5), 1.10.1854, s. 33–36, na s. 34 plan sytuacyjny.

²²⁷ A. Körte, *op. cit.*, s. 196; O. Peters, *op. cit.*, s. 355.

²²⁸ Obecnie park od strony rzeki porastają wysokie drzewa, co zakłóciło widok.

²²⁹ (?) Grunau, *Die erste 40 Jahren (von 1 April 1855 bis 31 März 1895) der Westpreussischen Provinzial-Irren-Anstalt Sch-wetz*, U.W. Kafemann, Danzig 1897, s. 4.



Il. 4.6. Świecie, Irrenanstalt Schwetz, 1854 r. – plan sytuacyjny

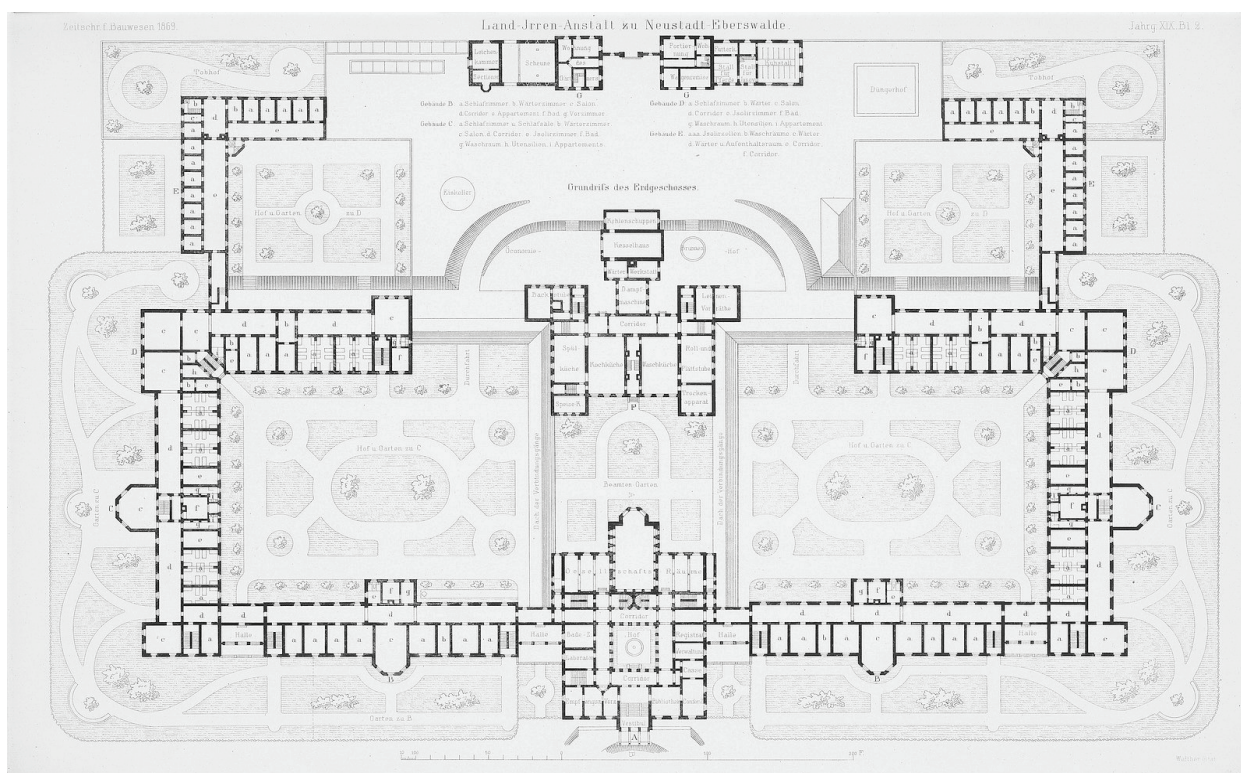
Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, hrsg. v. G. Erbkam, Jg. 4, 1854, repr. aut.

Zgodnie z ówczesnymi normami terapii starano się stworzyć odpowiednie warunki dla chorych do przebywania na świeżym powietrzu. W związku z tym każdy z budynków dla pacjentów posiadał z obu stron ograniczone murami ogrody. Wewnątrz założenia usytuowane były ogródki dla niespokojnych pacjentów, na zewnątrz dla spokojnych. Mury otaczające ogrody były tak wykonane, aby nie przesłaniały chorym widoku, natomiast zapewniały bezpieczeństwo. W ogrodach znajdowały się trawniki, rabaty kwiatowe i małe krzewy. W częściach męskich dodatkowo ulokowano kręgielnię i plac do ćwiczeń gimnastycznych. Dodatkowo od strony rzeki rozciągał się rozległy park, z malowniczo zaplanowanymi alejkami spacerowymi²³⁰. Zakład został rozbudowany na początku XX stulecia o nowy zespół wolnostojących pawilonów usytuowanych w parku po wschodniej stronie.

²³⁰ E. Römer, *Irren-Anstalt zu Schwetz*, *Zeitschrift für Bauwesen*, 1854, z. 3–4, s. 124.

4.2.3.2. Zespoły szpitalne wzniesione w układzie otwartym

Wraz z rozwojem psychiatrii starano się zapewnić chorym jak najlepsze warunki. Założeniem terapii był między innymi bliski kontakt lekarza z pacjentem oraz stworzenie rodzinnej, pełnej życzliwości atmosfery. Do tego celu lepiej nadawały się mniejsze, bardziej kameralne, wolnostojące budynki dla pacjentów, rozmieszczone w ogrodach. Ponadto już wcześniej zauważono konieczność odizolowania chorych zakaźnie, do czego pawilony doskonale się nadawały. Zabudowa pawilonowa stawała się coraz popularniejsza i na przełomie lat 70. i 80. XIX wieku zabudowa blokowa zaczęła ustępować nowemu systemowi. Za etap przejściowy od zamkniętego systemu blokowego do układu pawilonowego uważa się zakład w Neustadt-Eberswalde (il. 4.7), projektu Martina Gropiusa (wzn. 1862–1865, rozb. 1867/1868 z Heino Schmiedenem). Zastosowano tam jeszcze symetryczny system blokowy, jednak układ skrzydeł bocznych przypomina już autonomiczne pawilony. Ponadto w drugiej fazie dobudowano wolnostojący pawilon, usytuowany z boku założenia i przeznaczony dla chorych lub niedołączonych²³¹. Pierwsza część azylu została założona na planie prostokąta z frontem rozciągniętym wzdłuż dłuższego boku, skierowanym na południe. Na osi usytuowane zostały: od frontu reprezentacyjny budynek administracyjny z pomieszczeniami socjalnymi i kaplicą od tyłu, za nim poprzedzony skwerem kompleks gospodarczo-techniczny. Usytuowane symetrycznie po obu stronach oddziały dla pacjentów zaprojektowano w kształcie zbliżonym do litery „C”. Od tyłu dodane zostały oddziały z izolatkami dla agresywnych chorych z izolatkami. Budynki usytuowane na osi założenia zostały odseparowane zadaszonymi łącznikami, które komunikowały wszystkie obiekty oraz wydzielaly wewnętrzne ogrody dla chorych. Na zewnątrz założenia umieszczono jeszcze dodatkowe ogrody dla poszczególnych oddziałów. Szpital został bardzo dokładnie opisany przez Martina Gropiusa na łamach „Zeitschrift für Bauwesen”²³².



Il. 4.7. Eberswalde, Landesirrenanstalt Neustadt-Eberswalde, 1869 r. – plan sytuacyjny

Źródło: Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen, Jg. 19, 1869, Bl. 2.

Zakłady, które wzniesiono w latach 70. i 80. XIX stulecia, zaplanowane zostały w systemie wolnostojących budynków, usytuowanych symetrycznie względem środkowej osi, zgodnie z tezą, że harmonia układu architektonicznego ma wpływać pozytywnie na pacjentów. Na osi umieszczano budynki „ogólnej użyteczności”, jak gmach administracji, gospodarcze – kuchnie i pralnie, technicz-

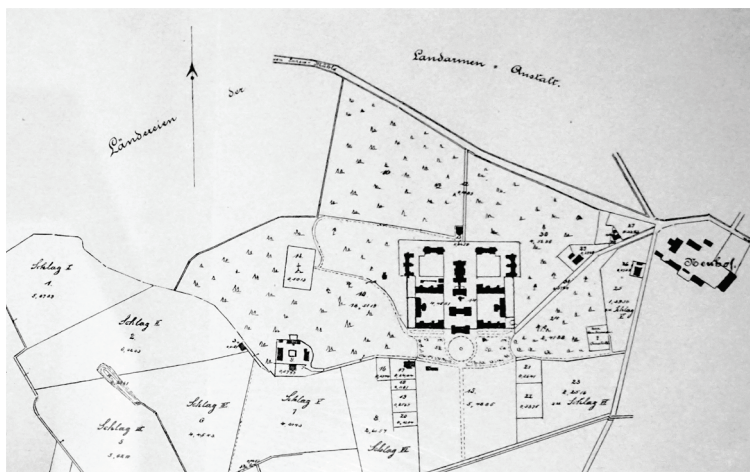
²³¹ A. Körte, *op. cit.*, s. 140–149; O. Peters, *op. cit.*, s. 351–353.

²³² M. Gropius, *op. cit.*, ryc. Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen, 1868, s. 1–18.

ne – maszynownie, kotłownie, warsztaty, wieże ciśnień itp. Po obu stronach znajdowały się symetrycznie rozmieszczone większe lub mniejsze pawilony dla chorych. Mniejsze często miały rustykalne formy i nazywano je *Landhaus* (dom wiejski). Cały czas stosowano rozdział płci oraz podział na oddziały dla chorych o różnych objawach klinicznych²³³. Nadal regułą było oddzielenie uleczalnie i nieuleczalnie chorych, a także umieszczanie oddziałów dla mocno pobudzonych z tyłu lub z boku zespołu, w pewnym oddaleniu od innych. Wprowadzano również specjalnie strzeżone oddziały dla szczególnie niebezpiecznych psychicznie chorych przestępców. Również w pewnym oddaleniu lokowano oddział dla zakaźnie chorych, podzielony na dwie części – żeńską i męską. Budynek były rozmieszczane symetrycznie, ale coraz swobodniej, nie zamykały już jak poprzednio wewnętrznego dziedzińca. Wszystkie oddziały miały swoje wydzielone ogrody – zazwyczaj przy tylnej elewacji, a od strony fasady umieszczano mniejsze frontowe zieleńce. Całość dopełniały reprezentacyjne skwery i duże parki, których widokowym przedłużeniem były lasy lub łąki i pola usytuowane w sąsiedztwie zakładów. Ponadto na obrzeżach znajdowały się domy dla pracowników, wille dla dyrektora i lekarzy (te często od frontu). Zazwyczaj zespoły dodatkowo wyposażone były w sale towarzyskie, kaplice oraz kostnice. Większość instytucji miała również gospodarstwa rolne. Według tego schematu wzniesiono między innymi azyle w Ueckermünde (1871–1875, plany wykonano w latach 60.), Owińskach (1875–1877 – nowy zespół szpitalny, nieopodal starego), w Gorzowie Wielkopolskim (1888 r.), Olsztynie (1886 r.), Łęborku (1887–1889) i Wejherowie (1881–1883) oraz w Berlinie-Daldorf (1881 r.). Średnia liczba pacjentów w instytucjach wynosiła od 600 do 700, wyjątkiem były bardziej kameralne zespoły w Ueckermünde, Owińskach i Wejherowie.

Najstarszy z wymienionych przykładów szpital w Ueckermünde (il. 4.8) przypominał rozkładem budynków plany Damerowa. Starsza część założenia²³⁴ tworzyła zamknięty prostokąt, w którego ściany włączono budynki frontowe – dwa dla pensjonariuszy po bokach i pośrodku budynek administracji, pozostałe zaś otoczone były pierścieniem muru, który przy rozbudowie rozebrano. Budynki były rozplanowane w następującym porządku: na osi zakładu wzniesiono budynek administracji, za nim budynek z salą (*Saalbau*)²³⁵, dalej budynek techniczny, gospodarczy, a na końcu kostnicę. Odpowiednio po obu stronach znajdowały się po trzy budynki oddziałów męskich od zachodu i żeńskich od wschodu. Frontowe usytuowano tuż za linią zabudowy budynku administracji, kolejne zaplanowano prostopadłe do nich w linii bocznych, zewnętrznych elewacji, następne znów równoległe do frontowych, te zapewne zamykały prostokąt. Za nimi dobudowano jeszcze dwa obiekty dla pacjentów w pierwszej fazie rozbudowy. Kolejna rozbudowa objęła dalsze tereny wokół starszej części zakładu.

Nowy szpital w Owińskach (il. 4.9) „był tak epokową strukturą, że plany zostały nagrodzone Wielkim Złotym Medalem na Międzynarodowej Wystawie Higieny i Ratownictwa w Brukseli”²³⁶. Był jednym z pierwszych na ziemiach polskich zespołów wzniesionych w systemie pawilonowym, zbudowanych według najnowszych zaleceń psychiatrów. Tu również widać wpływ koncepcji



Il. 4.8. Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde, początek XX w. – plan sytuacyjny

Źródło: dokumentacja techniczna ze zbiorów AMEOS Klinikum Ueckermünde.

²³³ W wielu zakładach wprowadzono trzy lub dwie klasy różniące się warunkami żywienia, zakwaterowania i odpłatnością.

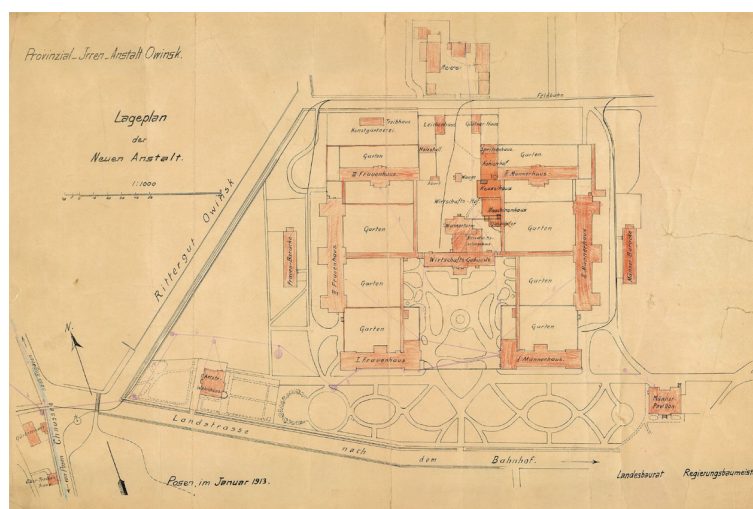
²³⁴ Zakład był rozbudowywany w latach 1895–1897, 1902–1903, 1907–1908 – patrz Knecht, *Provinzialanstalt Ueckermünde*, [w:] *Deutsche Heil-...*, op. cit., część I, s. 230.

²³⁵ Na planie z początku XX w. odnotowano *Saalbau*, jednak obrys jest równy wielkością budynkowi administracji i raczej mało prawdopodobne, aby taki budynek przeznaczony był na salę towarzyską. Ponadto w latach 60., kiedy powstał projekt zakładu, raczej nie umieszczano jeszcze sal towarzyskich w osobnych budynkach. Być może w trakcie przebudów adaptowano go do tych celów. Niestety obecnie budynek ten jest tak przekształcony, że nie sposób tego stwierdzić.

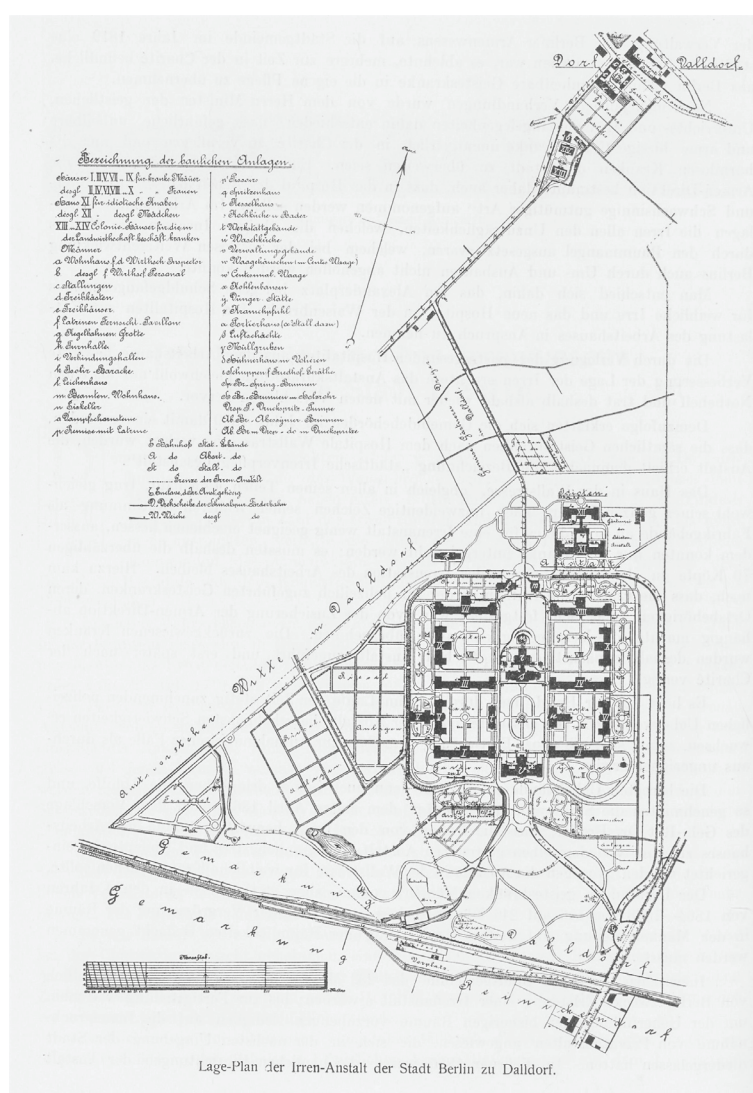
²³⁶ *Provinzialanstalt Owińsk*, [w:] *Deutsche Heil-...*, op. cit., t. I, s. 282.

Damerowa, chociaż nieco rozwinięty. Zespół składał się z 6 dużych domów dla chorych, usytuowanych centralnie i dwóch mniejszych, umieszczonych z boku, w których w razie potrzeby można było odizolować osoby zakaźnie chore. Na osi założenia znajdował się budynek administracji, a za nim maszynownia z wieżą ciśnienia. Nieco dalej usytuowano kolejne budynki gospodarczo-techniczne. Oddziały dla pacjentów umieszczono symetrycznie po obu stronach głównej osi, stosując podział na część żeńską i męską, a następnie na oddziały. Pierwsze od strony ulicy, równoległe do niej usytuowane były oddziały opiekuńcze, dalej prostopadle do nich położone dla lekko pobudzonych chorych wraz z oddziałami przyjęć i na końcu znów równoległe do ulicy usytuowano domy dla niespokojnych pacjentów. W gestii zakładu znajdowały się również rozległe tereny, na których uprawiano warzywa, owoce, zboże i ziemniaki, oraz przylegający od wschodu las. W ramach terapii zajęciowej pacjenci znajdowali zatrudnienie w domach, kuchni, na polu i w ogrodzie. Zakład był dość kameralny, mieścił początkowo 200 chorych, potem tę liczbę zwiększono²³⁷.

W 1880 r. ukończony został pierwszy, duży azyl na północnym przedmieściu Berlina, w dawnych dobrach Daldorf (il. 4.10), którego układ znów jest echem koncepcji Damerowa. Podobnie wyglądał układ azylu w Ueckermünde, po pierwszej rozbudowie. Rok później oddano do użytku dodatkowe dwa pawilony przeznaczone dla upośledzonych umysłowo dzieci. Wzniesiono 23 budynki, w tym 10 pawilonów dla dorosłych pacjentów, usytuowanych w głównej części szpitala, dwa pawilony dla dzieci; na krańcu północnym oraz jeszcze dalej na północny wschód ulokowano kolonię rolną z kolejnymi domami dla pracujących pensjonariuszy (mężczyzn). Budynki w głównej części były rozmieszczone

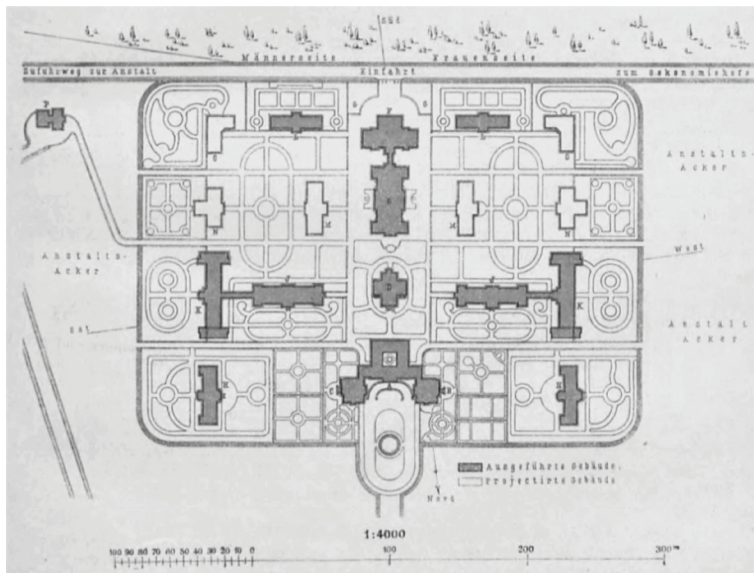


Il. 4.9. Owińska, Provinzial-Irrenanstalt Owinsk – plan sytuacyjny
Źródło: dokumentacja techniczna ze zbiorów Fundacji Srebrne Lata.



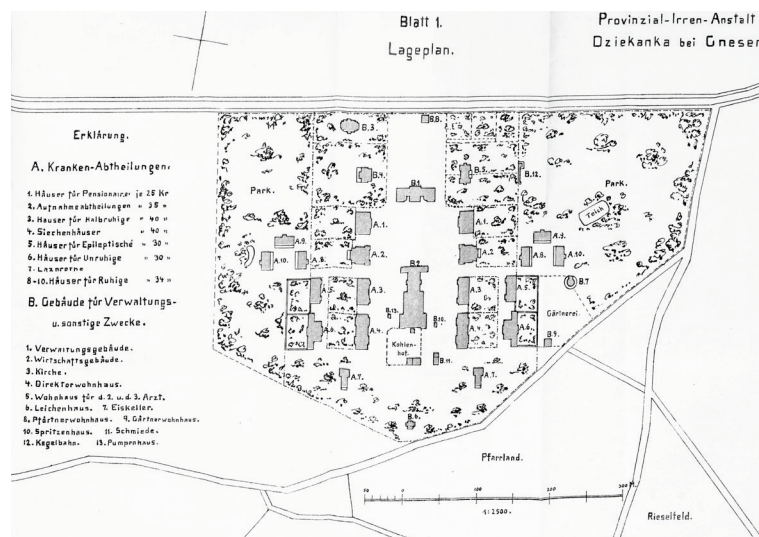
Il. 4.10. Daldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Daldorf, 1911 r. – plan sytuacyjny
Źródło: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild, t. 2, 1911, red. J. Bresler, s. 310.

²³⁷ Ibidem, s. 284–286.



Il. 4.11. Lębork, Die Provinzial-Heilanstalt zu Lauenburg i. Pommern, 1891 r. – plan sytuacyjny

Źródło: *Handbuch der Architektur*, red. J. Durm, s. 47.



Il. 4.12. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – plan sytuacyjny

Źródło: Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen für die Zeit vom 1. Oktober 1894 bis Ende März 1895.

reż rozlokowano kolejne dwa pawilony, zamykające założenie. Dzięki temu powstało optyczne zamknięcie centralnej części instytucji. Między budynkami zewnętrznymi umieszczono jeszcze dwa obiekty ustawione prostopadłe do głównej osi i dwa równoległe. Wszystkie pawilony usytuowano w ogrodach i w oddaleniu zapewniającym kameralność. Razem zaplanowano po 7 budynków z każdej strony (dla mężczyzn i dla kobiet). Na głównej osi za budynkiem administracji usytuowany został dwufunkcyjny obiekt mieszczący salę służącą rozrywce i modlitwie, a dalej duży budynek gospodarczo-techniczny. Drogi łączące pawilony pacjentów z budynkami przy głównej osi przebiegały prostopadłe do niej, ogrody przy pawilonach rozplanowane zostały również na planie prostokątów i wypełnione zielenią zaprojektowaną w geometrycznym układzie²³⁹.

Podobny schemat wykorzystano przy budowie zakładu w Kortowie (il. 4.4). Pawilony z pierwszej fazy budowy zostały zgrupowane wokół dziedzińca, co przypomina wcześniej opisane założenia. Na osi zakładu usytuowano dom dyrektora, budynek administracyjny z kościołem, kuchnię

symetrycznie względem głównej osi. Po stronie zachodniej znalazło się 5 budynków dla mężczyzn, po wschodniej tyle samo dla kobiet, przy czym po trzy pawilony ustawione zostały prostopadłe do osi, a po dwa równoległe. Na głównej osi zaprojektowano budynek administracji poprzedzony reprezentacyjnym skwerem, dalej budynki gospodarcze z kotłownią, kuchnią i pralnią oraz łaźnią, po bokach tuż przy głównej osi warsztat i kolejną pralnię. Od północy znajdowała się kostnica i dom dla urzędników. Główna część zakładu zajmowała 1,92 ha. Za linią ogrodów żeńskiej części, od strony północy umieszczono odrębny, niewielki kompleks azylu dla dzieci. Od południowego zachodu do szpitala przylegał cmentarz. Każdy z pawilonów – oddziałów dla chorych miał swój wydzielony ogród, zieleniec zaplanowano również między budynkiem administracji a kompleksem gospodarczym. Od strony południowej rozciągał się rozległy park²³⁸.

Budynki oraz układ komunikacyjny i zieleńce założenia szpitalnego w Lęborku (il. 4.11) zaprojektowano idealnie symetrycznie względem środkowej osi. Po obu stronach osi zaplanowano w jednej linii po 5 rozciągniętych równoległe do osi pawilonów dla chorych, przy czym obiekty od południa założone zostały na planie zbliżonym do litery „L” i ich południowe elewacje wyznaczyły prostopadłą do osi linię, wzdłuż której

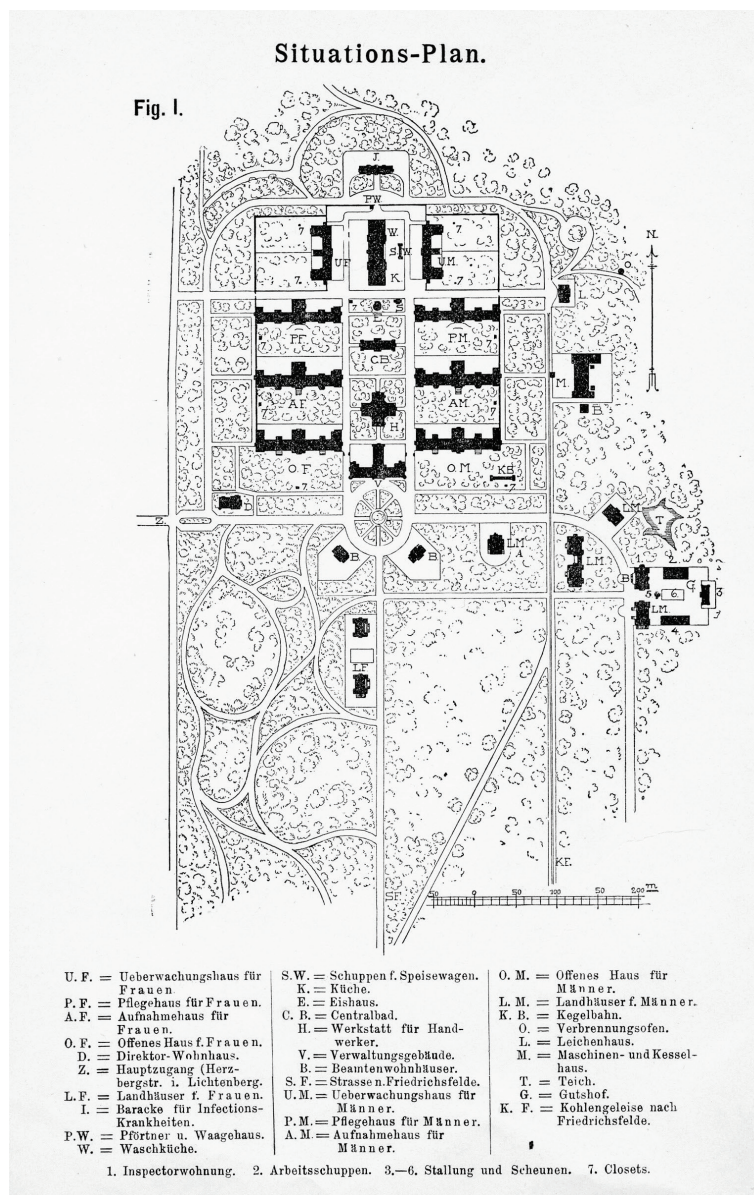
²³⁸ A. Funk, *op. cit.*, s. 42–43.

²³⁹ *Ibidem*, s. 47–48; F. Siemens, *Provinzialanstalt Lauenburg*, [w:] *Deutsche Heil- ...*, *op. cit.*, t. 1, s. 214–222.

i pralnię, dom operacyjny, laboratorium, prosekatorium i maszynownię. Obiekty z pierwszej fazy budowy zostały zgrupowane bliżej osi, zamykając optycznie prostokąt głównego dziedzińca, przy czym budynki od południowego zachodu zaplanowano na rzucie narożnym (zblizonym do litery „L”). Wszystkie oddziały miały własne, wydzielone ogrody. Ponadto od strony południowo-zachodniej rozciągał się duży park krajobrazowy, sięgający jeziora Kortowskiego. Zakład został rozbudowany o wolnostojące pawilony bardziej oddalone od siebie i części centralnej²⁴⁰.

Przykładem szpitala o bogatym wyposażeniu był zakład w Dziekance (1891–1894). Składał się z 50 budynków, w tym 20 pawilonów dla chorych (po 10 dla każdej płci), rozlokowanych symetrycznie po obu stronach szerokiej, wyznaczonej szpalarami drzew i alejkami osi z zabudową administracyjno-techniczno-gospodarczą (il. 4.12). Wszystkie pawilony posiadały wydzielone, oddziałowe ogrody. W zakładzie przewidziano miejsca dla trzech klas pacjentów, w związku z czym był dość luksusowo wyposażony. Urządzono piękny park i zieleńce. Prace nad założeniem zielonym rozpoczęto jesienią 1894 r. i większą ich część ukończono w 1895 r.²⁴¹. Bardzo starannie wykonano zasadzenia i rozplanowano alejki, rabaty i inne elementy ogrodów i parku. Na osi założenia – między bramą – a gmachem administracji – znajdował się elegancki, reprezentacyjny zieleńiec. Zaplanowany został symetrycznie, na bazie koła podzielonego alejkami na 4 części. Każda ćwiartka wypełniona została trawnikami i parterami kwiatowymi oraz grupami krzewów. Zieleńce przed pawilonami dla chorych obsadzono drzewami po bokach, a centralnie umieszczono trawniki i rabaty przy alejkach prowadzących do budynków. Ogrody rekreacyjne przy domach pensjonariuszy wydzielone zostały z tyłu obiektów. Układ był bardziej swobodny, a granice zapewne zostały obsadzone żywopłotami. Po bokach założenia do części męskiej i kobiecej przylegały rozległe tereny parkowe ze stawem i fontanną, zaplanowane jako swobodny, naturalistyczny zieleńiec, z dużą ilością różnorodnych gatunków drzew i krzewów. W parku mieściła się również kręgielnia²⁴².

Ciekawy, nieco inaczej skonstruowany i rozbudowany projekt wykonany został dla otwartego w 1893 r. drugiego berlińskiego szpitala w Lichtenberg, po zachodniej stronie Berlina (il. 4.13). Całość położona była na dużych terenach zielonych. Część centralna zaplanowana została symetrycznie do



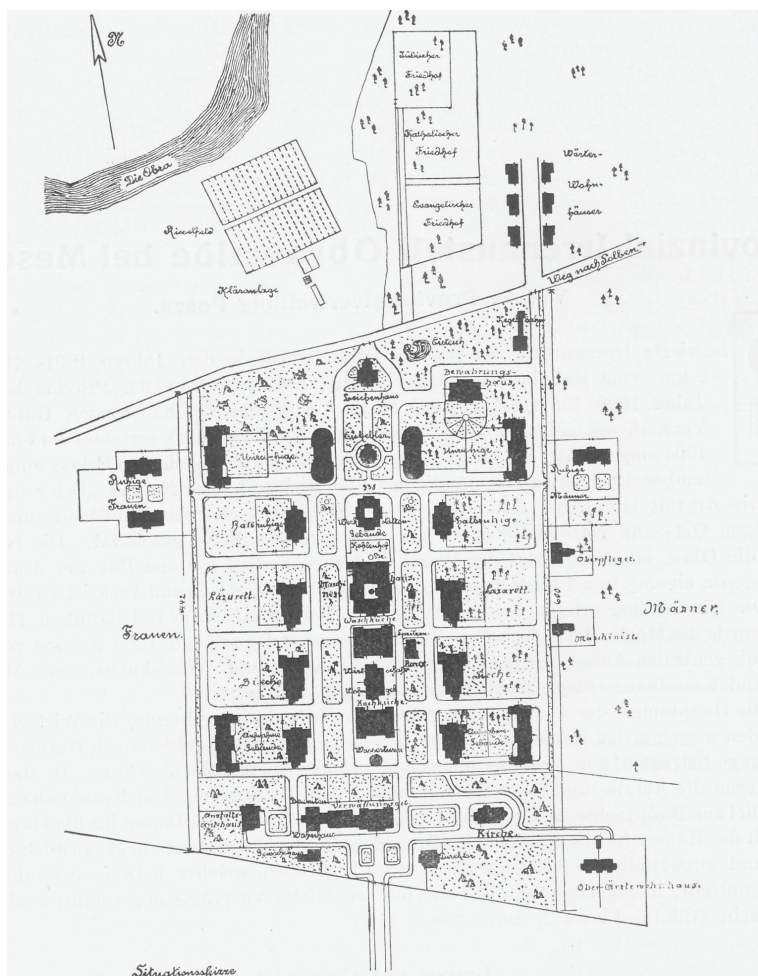
Il. 4.13. Lichtenberg, Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, 1896 r. – plan sytuacyjny

Źródło: D. Moeli, *Die Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg*, fig. 1.

²⁴⁰ (?) Stoltenhoff, *Provinzial-Anstalt zu Kortau*, [w:] *Deutsche Heil-...*, op. cit., t. 2, s. 177–182.

²⁴¹ *Pamiętnik XXX-lecia Dziekanki, krajowego zakładu psychiatrycznego pod Gnieznem*, 1925. Nowiny Psychiatryczne, r. II, s. 24.

²⁴² *Provinzialanstalt Dziekanka*, [w:] *Deutsche Heil-...*, op. cit., t. 1, s. 237–240.



Il. 4.14. Obrzyce – Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz, plan sytuacyjny, 1910

Deutsche Heil- und Pflgeanstanen für Psychischkranke in Wort und Bild. t.1. 1910, s.250

wschód usytuowane zostały zabudowania gospodarstwa, mieszczące też dom dla pacjentów. Również po stronie wschodniej, na wysokości kompleksu zabudowań gospodarczych, ale poza częścią centralną ulokowane zostały budynki techniczne – kotłownia i maszynownia, a dalej kostnica i piec do spalania śmieci. Całość została umieszczona w malowniczo zaplanowanym parku. Przy pawilonach dla chorych w części centralnej wydzielono dodatkowo osobne ogrody dla pensjonariuszy. Zakład był wyjątkowo duży, przewidziany został dla około 1000 pacjentów²⁴³.

Początek XX stulecia to czas wznoszenia jeszcze większych zakładów projektowanych dla ponad 1000 pacjentów, będących próbą zaspokojenia rosnących potrzeb. Szpitale mogące pomieścić ok. 1200–1300 chorych wzniesiono w Obrzycach (1901–1912) i Tapiau (1901–1912). Obrzycki szpital dysponował 19 pawilonami dla chorych. Zakład w Kocborowie (1893–1909), przeznaczony dla ponad 1300 chorych, składał się z 22 kameralnych oddziałów. Z tego okresu pochodzi nieco mniejszy, ale pięknie wkomponowany w krajobraz zespół wzniesiony w Stralsundzie w latach 1904–1914. Największym zakładem był otwarty w 1906 r. berliński szpital w Buch, który mógł przyjąć około 1600 pacjentów.

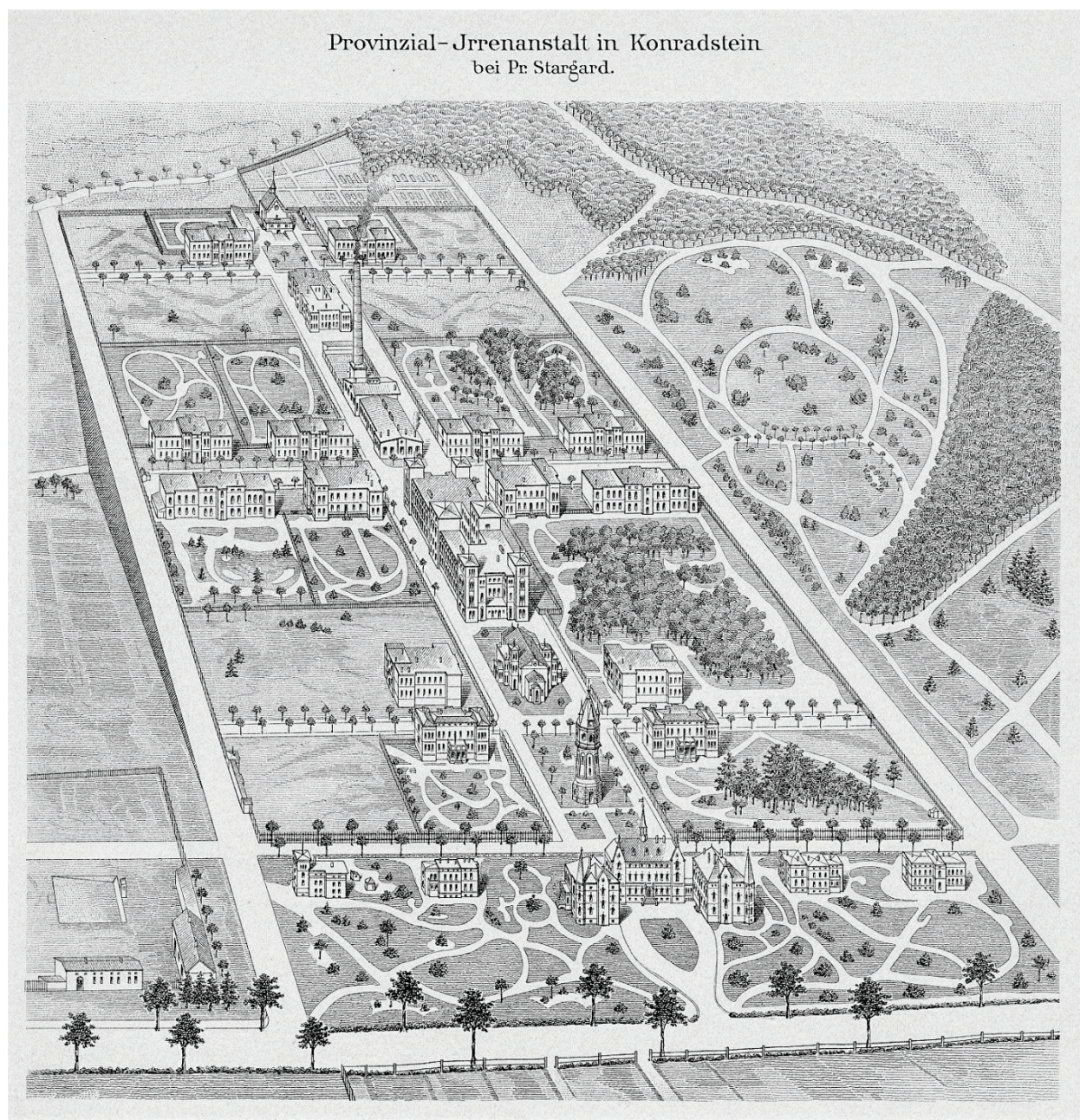
Wznoszono kompleksy składające się z dużej liczby pawilonów, ogromnych parków i ogrodów oraz dużych folwarków. Układy urbanistyczne większości zakładów zaplanowane zostały wzdłuż wyraźnej osi symetrii, na której tak jak we wcześniejszych założeniach zaplanowano budynki ogólnej użyteczności. Alejki komunikacyjne przebiegały równolegle i prostopadle do głównej osi, podkreślonej zielenią i najczęściej wydzielonej dwiema ulicami.

W Obrzycach (il. 4.14) pawilony dla chorych oddzielone zostały od głównej osi dwoma szerokimi esplanadami. Pasy jezdni rozdzielono założeniem zielonym o geometrycznym rozplanowaniu, obsadzo-

główniej osi przebiegającej z południa na północ, na której znalazły się budynki administracji, warsztat rzemieślniczy i centralna łaźnia, a za nimi kompleks gospodarczy z pralnią, kuchnią, budynkiem na łód i szopami. Główną oś zamykał, usytuowany do niej prostopadle budynek przeznaczony dla zakaźnie chorych. Po stronie zach. zaplanowano duże pawilony dla kobiet, po wschodniej dla mężczyzn, wszystkie usytuowane w rzędach, prostopadle do osi. Pierwszy od południa był „oddział otwarty” – w męskiej części poprzedzony kręgielnią, dalej oddział przyjęć, a następnie oddział opiekuńczy. Na końcu (od północy) usytuowano oddziały dla chorych potrzebujących nadzoru. Zaplanowano je równolegle do osi, na wysokości kompleksu gospodarczego. Od południa przed skwerem poprzedzającym budynek administracji ulokowano dwa domy mieszkalne dla urzędników, nieco z boku od strony zachodniej willę dyrektora, a jeszcze bardziej na południe, w parku *Landhaus* – dla kobiet. Po drugiej stronie głównej osi umieszczono dwa domy typu *Landhaus* dla mężczyzn, a nieco bardziej na północ jeszcze jeden – położony nad stawem. Dalej na

²⁴³ C. Moeli, *Die Irren-Anstalt Herzberge der Stad Berlin in Lichtenberg*, Verlag Otto Enshin, Berlin 1896, s. 7–33.

nym szpalerami drzew, niskimi krzewami oraz rabatami kwiatowymi. Na osi między pasami zieleni usytuowane były budynek administracyjny, wieża ciśnień, budynki gospodarcze i techniczne, na końcu lodownia i kostnica. Po obu stronach rozmieszczono w dwóch rzędach usytuowane dłuższym bokiem wzdłuż osi pawilony dla chorych, począwszy od oddziału obserwacyjnego, oddziału chorych, lazaretu, oddziału dla średnio spokojnych, i na końcu po dwa budynki dla niespokojnych lub niebezpiecznych pacjentów. Po bokach założenia głównego umieszczono jeszcze domy dla spokojnych chorych, a z tyłu ogrodnictwo i domki dla personelu niższego szczebla. Przy froncie założenia usytuowano kościół (kaplicę), domy dla pracowników i willę dyrektora oraz „dom otwarty”²⁴⁴.



Il. 4.15. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, 1903 r. – widok perspektywiczny
Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, jg. 53, 1903, bl. 11.

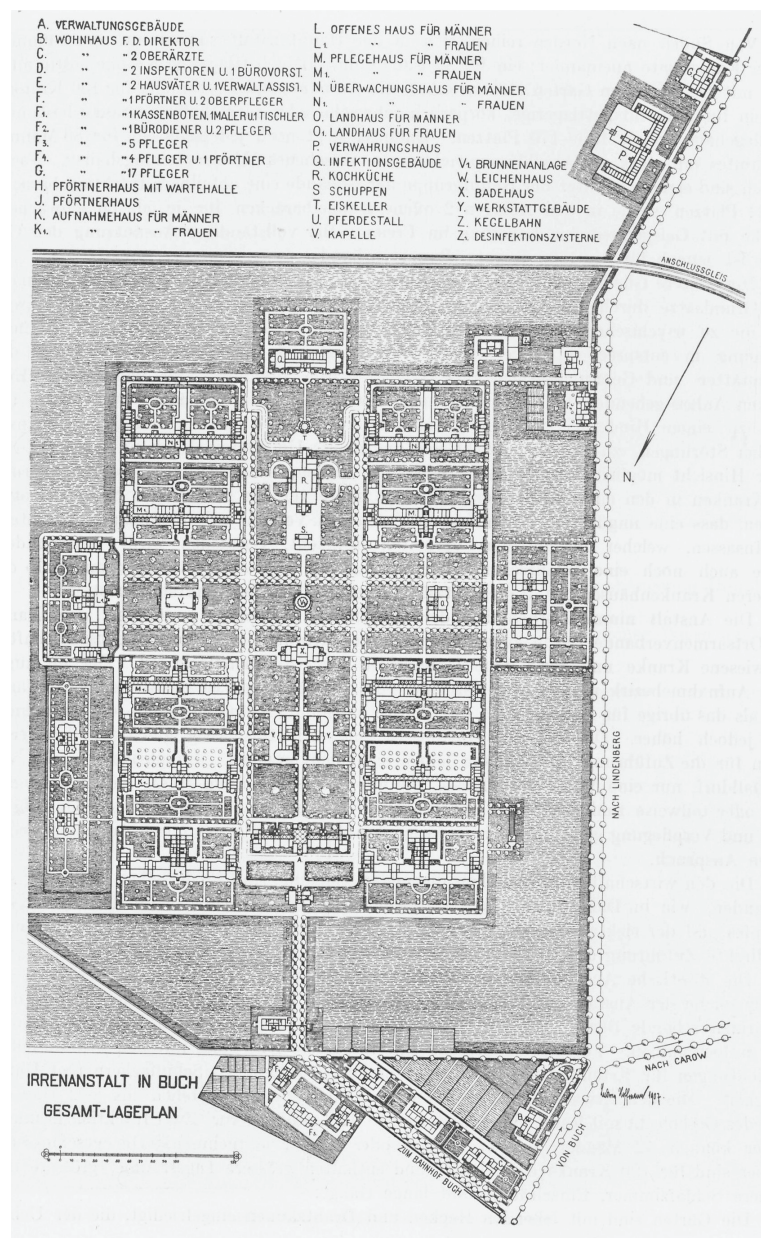
Według nieco zmodyfikowanego schematu zaplanowano szpital w Kocborowie (il. 4.15). Założenie poprzedzał kompleks budynków przeznaczonych na mieszkania dla personelu z budynkiem administracji na osi. Obiekty rozmieszczone symetrycznie ulokowano w parku z malowniczo i niesymetrycznie przebiegającymi alejkami. Budynek administracji wyznaczał również oś symetrii za-

²⁴⁴ *Provinzialanstalt Obrowalde bei Meseritz*, [w:] *Deutsche Heil-...*, t. 1, s. 257–259.

kładu od północy. Część pracownicza oddzielona była od części dla pensjonariuszy przebiegającą prostopadle do osi ulicą w linii wschód – zachód. Główna oś wyznaczona została dwiema ulicami rozpoczynającymi się przy budynku administracji i biegnącymi równolegle do siebie w kierunku południowym. Między nimi znajdowały się budynki ogólnej użyteczności, kolejno wieża ciśnień, dom towarzysko-modlitewny, budynek gospodarczy z kuchnią i pralnią, następnie maszynownia z kotłownią, warsztaty i łaźnia. Oś od południa zamykał budynek mieszczący kostnicę i kaplicę. Za nim rozciągał się cmentarz. Po obu stronach osi umieszczono symetrycznie rozplanowane oddziały dla chorych, od zachodu żeńskie, od wschodu męskie. Pawilony usytuowane zostały frontem do ulic

rozchodzących się prostopadle do głównej osi, po dwa z każdej strony, z wyjątkiem sąsiadujących z częścią administracyjną, gdzie rozmieszczono po jednym budynku dla spokojnych chorych. Od strony męskiej umieszczono kręgielnię. Po drugiej stronie ulicy znalazły się dwa oddziały dla niespokojnych pacjentów. Wszystkie budynki na zapleczu miały własne, wydzielone ogrody, stykające się z ogrodami domów przy kolejnej ulicy. Domy przy pierwszej ulicy od północy przeznaczono dla pacjentów drugiej klasy. Kolejne budynki służyły dla pacjentów trzeciej klasy. W tej części znalazły się oddziały obserwacyjne i dla „schorowanych” w północnej pierzei kolejnej ulicy oraz dla spokojnych i „niedomagających” w południowej pierzei. Przy następnej ulicy od północy usytuowano oddziały dla chorych wymagających stałego nadzoru i lazarety, po drugiej stronie – dla niespokojnych i dla niebezpiecznych *szaleńców*. Te ostatnie miały ogrody wydzielone wysokimi murami. Budynki wznoszono w dwóch etapach. Takie rozplanowanie założenia przypominało nieco osiedle, gdzie każdy dom ma duży ogród na zapleczu. Zapewniało też większą kameralność w ogrodach²⁴⁵. Od strony zachodniej zakładu rozciągało się rozległe założenie parkowo-leśne.

Największy kompleks w Buch przypominał małe miasteczko (il. 4.16). Mieścił 19 pawilonów dla chorych o zróżnicowanej wielkości. Wśród nich znalazły się duże bu-

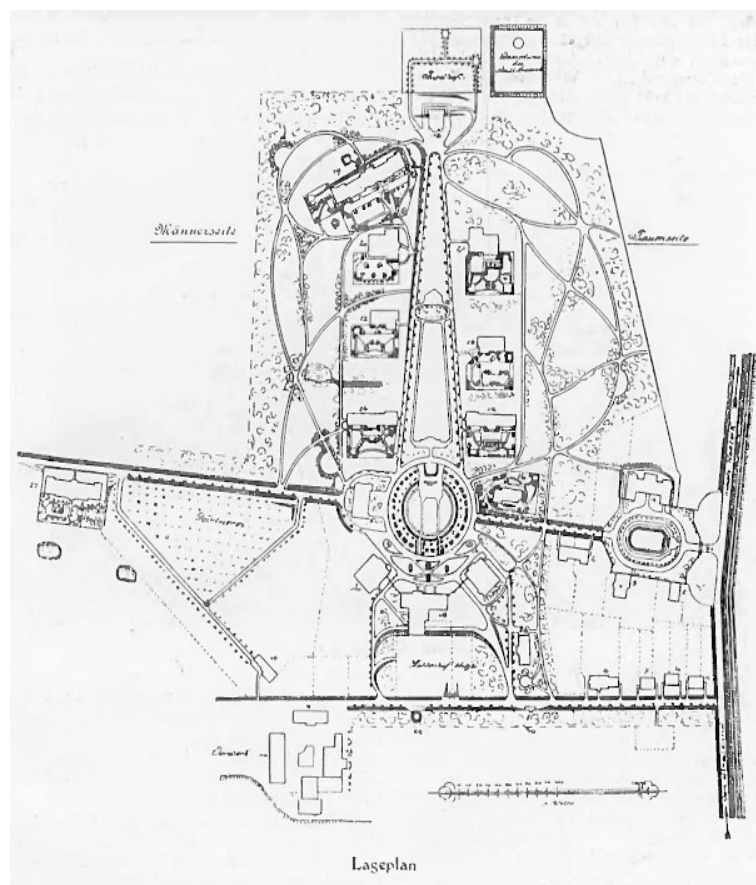


Il. 4.16. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – plan sytuacyjny
Źródło: *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychische Kranke in Wort und Bild*, t. 1, 1910, red. J. Bresler, s. 316.

dynki z miejscami dla 100–150 pacjentów oraz kameralne domy nazywane *Landhaus* dla około 50 chorych. Wprowadzono również dwa oddziały dla chorych umysłowo, niebezpiecznych przestępców – jeden mieszczący 46 łóżek i drugi, większy – dla 75 osób. Budynki w części centralnej rozmieszczone zostały częściowo symetrycznie względem głównej osi, biegnącej mniej więcej z półno-

²⁴⁵ *Ibidem*, s. 43–45; *Provinzial-Irrenanstalt, Conradstein*, *Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 53, 1903, s. 57–74.

cy na południe, na której znalazły się kolejno portiernia, budynek administracyjny, mieszczący również pomieszczenia socjalne, dalej warsztaty i łaźnia, następnie budynki gospodarcze: kuchnia, szopy, piwnica na lód. Na końcu usytuowano pawilon dla zakaźnie chorych. Budynki wydzielone zostały dwiema głównymi ulicami obsadzonymi drzewami. Po obu stronach zaplanowano pawilony dla chorych, ustawione prostopadłe do osi, z podziałem na część żeńską po stronie wschodniej i męską od zachodu. Znalazły się tam kolejno od północy: oddział otwarty (po stronie męskiej towarzyszyła mu kręgielnia), oddział przyjęć i oddział opiekuńczy. Z boku od wschodu umieszczono dwa pawilony w typie *Landhaus* dla kobiet. Dalej, wydzielone szerszym pasem zieleni, mieściły się po stronie wschodniej kaplica, a po zachodniej *Landhaus* dla mężczyzn, któremu towarzyszyły jeszcze dwa znajdujące się z boku centralnej części. Analo-



Il. 4.17. Stralsund, Vierte pommersche Provinzialheilanstalt zu Stralsund – plan sytuacyjny

Źródło: Blindt, 1929, *Kranken-Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Pommern*, s. 17.

gicznie po stronie wschodniej umieszczono otwarty oddział dla kobiet, rozciągnięty wzdłuż osi. Dalej przy osi usytuowano prostopadłe pawilony dla chorych wymagających stałej opieki, a następnie na końcu założenia pawilony dla niebezpiecznych chorych. Poza częścią centralną od południowego zachodu usytuowano kostnicę, budynek do dezynfekcji i stajnię. Jeszcze dalej na południe powstał odseparowany oddział dla przestępców, z domem dla pielęgniarzy. Od północy zakład poprzedzał kompleks domów dla personelu – willa dyrektora, domy dla lekarzy i pozostałych pracowników.

Dość oryginalne, malowniczo zaplanowane rozwiązanie zastosowano projektując szpital w Stralsundzie (1904–1914) (il. 4.17). Zakład porządkowały dwie prostopadłe do siebie osie symetrii. Dłuższa oś przebiegała między budynkiem technicznym z górującą nad nim wieżą ciśnień od południa i kościołem ulokowanym na lekkim wzniesieniu, od północy. Oba budynki łączyła zielona esplanada w kształcie wydłużonego trójkąta, zakończona przy budynku technicznym okrągłym skwerem. Przez skwer przechodziła druga oś biegnąca od wejścia głównego, przez owalny skwer, dalej przez okrągły skwer i budynek towarzyski, za którym znajdowała się droga do oddziałów dla niebezpiecznych pacjentów. Była to główna droga prowadząca przez teren szpitala. Po obu stronach esplanady, która dzieliła kompleks na część dla kobiet (od wschodu) i dla mężczyzn (od zachodu), wytyczono nieregularnie przebiegające, łukowe alejki, gdzie wśród zieleni rozlokowano pawilony dla chorych. Każdy z nich umieszczony był w osobnym, odseparowanym ogrodzie. Po południowej stronie głównej drogi umieszczono jeszcze kilka oddziałów, zabudowania gospodarstwa rolnego oraz domy dla personelu.

Jak już wspomniano, ważną częścią zakładów były ogrody. W każdym z badanych azylów wytyczone zostały ogrody bezpośrednio przy oddziałach dla chorych. Były one dyskretnie wydzielone nie rzucającymi się w oczy ogrodzeniami. Jedynie ogrody przy oddziałach dla niebezpiecznych pacjentów wydzielano wysokimi murami. Ponadto duże, reprezentacyjne skwery poprzedzały gmachy administracji. W zakładach z przełomu stuleci często główna oś, na której znajdowały się zabudowania gospodarcze i techniczne, wydzielana była alejami z pasami krzewów i drzew. Drzewami obsadzano również wewnętrzne drogi oraz używano ich w ogrodach oddziałowych jako elementy



Il. 4.18. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – fontanna w parku (fot. autorka, 2017 r.)



Il. 4.19. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – pocztówka z początku XX w.

Źródło: ze zbiorów Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

dające cień. Ogrody towarzyszyły także budynkom mieszkalnym dla personelu, a przede wszystkim wille dla dyrektorów i lekarzy. Większość azylów dysponowała dodatkowo dużymi parkami. W niektórych znajdowały się stawy czy fontanny, jak na przykład w Dziekance (il. 4.18). Wszystkie te zieleńce i parki zapewne były projektowane przez architektów krajobrazu lub przynajmniej ogrodników, niestety tylko nieliczne i fragmentaryczne projekty dotrwały do naszych czasów. Często układ zieleni został naszkicowany na planach założeń jak np. na planie zakładów w Buch, Stralsundzie czy Gorzowie Wielkopolskim. Ciekawszym dokumentem były ilustracje przedstawiające widoki założenia. Pokazana na nich też układy zieleni, na przykład na wizualizacji szpitali w Świeciu czy Kortowie. Skwery przed gmachami administracji często były wraz z budynkiem utrwalone na fotografiach czy na kartkach pocztowych. Zachowały się fotografie i kartki pocztowe ukazujące budynki zakładów i przy okazji założenia zielone w wielu zakładach. Na pocztówce uwieczniono na przykład esplanadę wzdłuż głównej osi azylu w Obrzycach (il. 4.19).

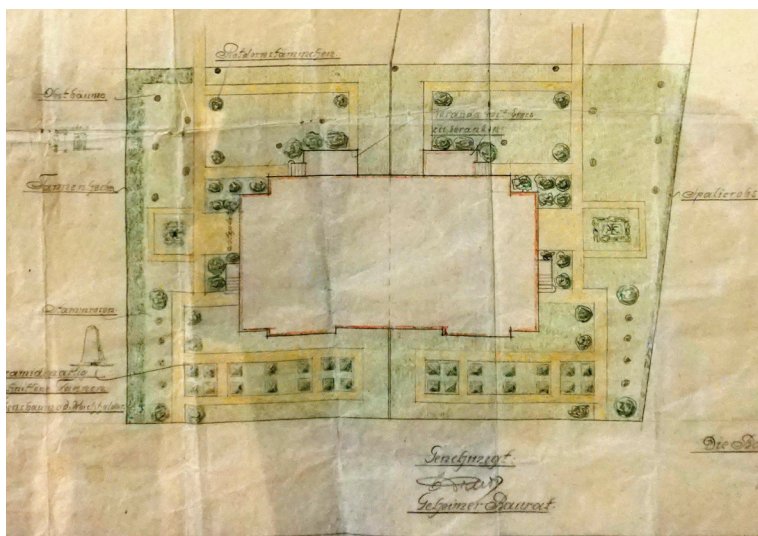
Do rzadkości należą zachowane plany ogrodów. Wśród dokumentacji technicznej szpitala w Ueckermünde znajdują się dwa rysunki

ogrodów oraz plan sytuacyjny, na którym zapisano nasadzenia drzew²⁴⁶. Wśród wymienionych w spisie drzew, których jednak na planie nie oznaczono, znalazły się: klony, akacje, brzozy, buki, dęby, olchy, słodkie kasztany i kasztanowce, lipy, modrzewie, wiązy, świerki, sosny oraz bzy i złotokapy. Kolorystycznie w legendzie planu zaznaczony został las i trawniki. Być może istniała jeszcze jakaś druga część opracowania, gdzie rozrysowano ten bogaty program zadrzewienia zakładu. Plan nie jest datowany, ale z uwagi na znajdujące się na nim budynki można przypuszczać, że pochodzi z początku XX stulecia. Jeden z projektów ogrodów to fragment większego, nie zachowanego w całości rysunku, na którym widać ogród przy oddziale dla kobiet (il. 4.20). Drugi plan to wykonany w 1908 r. projekt ogrodu przy willi dla lekarzy (il. 4.21). Ogród oddziałowy otoczony został z jednej strony małymi sosnami, z drugiej krzewami. Od strony uliczki obsadzono go kasztanami. Wnętrze podzielone zostało nieregularnymi, biegnącymi po łukach alejkami, zbiegającymi się w środku w alejkę biegnącą po kole. Przy budynku usytuowano rabaty kwiatowe, a dalej krzewy. Wśród alejek zaplanowano nasadzenia drzew – słodkie kasztany, lipy i sosny. Plan zapewne również wykonano na początku XX w.

²⁴⁶ Dokumentacja techniczna ze zbiorów AMEOS Klinikum Ueckermünde.



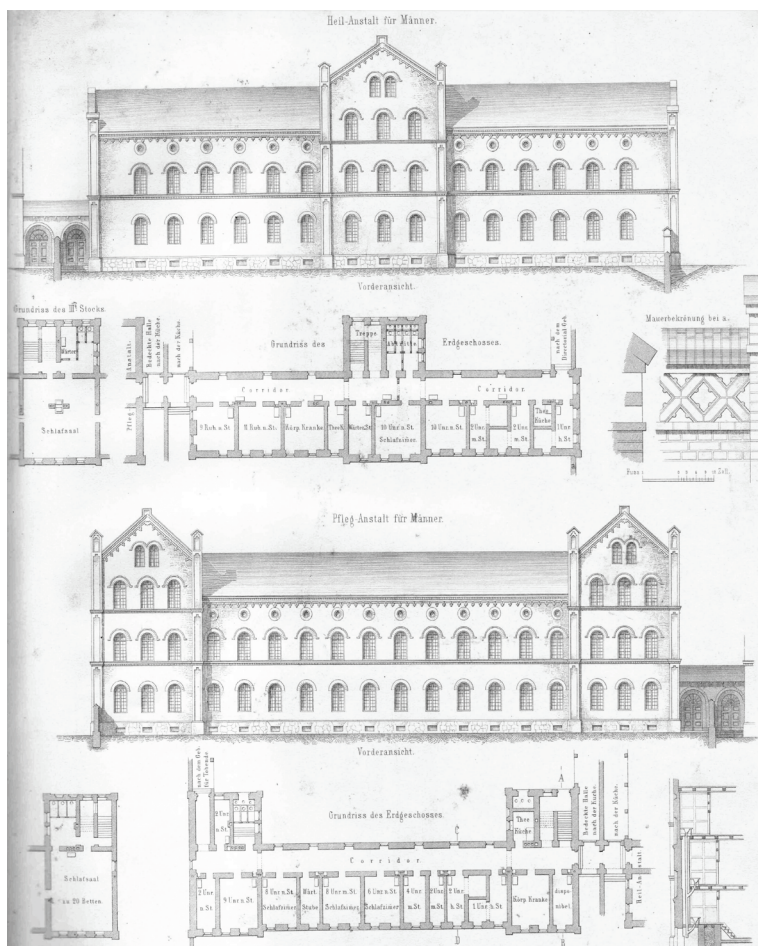
Il. 4.20. Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde, początek XX w. – projekt ogrodu przy pawilonie dla kobiet
Źródło: dokumentacja techniczna ze zbiorów AMEOS Klinikum Ueckermünde.



Il. 4.21. Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde, 1908 r. – projekt ogrodu przy willi dla lekarzy
Źródło: dokumentacja techniczna ze zbiorów AMEOS Klinikum Ueckermünde.

Drugi rysunek przedstawia ogródek dekoracyjny, znacznie mniejszy i zaplanowany wokół bliźniaczej willi, z prostymi drózkami. Za nim rozciągał się teren dalszego ogrodu. Od frontu zaprojektowano dwa rzędy jodeł przyciętych w formę piramidek, z jednego boku jodłowy żywopłot, usytuowany dość blisko domu. Przy domu od strony rozciągającego się dalej ogrodu zaplanowano między innymi czerwony głóg i drzewka owocowe. Projekt zawiera również rysunek ogrodzenia od strony ulicy.

Wszystkie opisane powyżej założenia zaplanowane zostały wg obowiązujących wzorców. Podkreślono oś symetrii, która była głównym elementem porządkującym układy urbanistyczne. Wzdłuż niej na środku umieszczano budynki użyteczności ogólnej, dostępne z dwóch części zakładu – męskiej i żeńskiej. Zastąpienie układu blokowego wolnostojącymi pawilonami umożliwiała wydzielanie większych ogrodów. Wznoszenie mniejszych budynków zapewniało większą kameralność i spokój podopiecznym, lepszy dostęp do zieleni i świeżego powietrza, więcej światła w budynkach i lepsze warunki życia. Zgodnie z zaleceniami architektów i psychiatrów pacjenci mieli dostęp do obiektów rozrywkowych, ogrodów, a z oddziałów otwartych – do parków. Dodawanie budynków o kolejnych funkcjach, jak na przykład sale teatralne czy kręgielnie, świadczyło o podążaniu za ewolucją poglądów dotyczących terapii. Poza częścią centralną, również zgodnie z wzorcami, sytuowano gospodarstwa rolne. Budynki mieszkalne i wille dla personelu znajdowały się na wydzielonej przestrzeni, na uboczu. Stosowane rozwiązania wskazują, że układy architektoniczno-urbanistyczne podążały za rozwojem myśli psychiatrycznej i starano się sprostać rosnącym wymaganiom.



Il. 4.22. Świecie, Irrenanstalt in Schwetz, Eduard Römer, 1854 r. – męskie oddziały leczniczy i opiekuńczy, rysunek fasad i rzuty parterów
Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 4, 1854, Bl. 21.

4.2.4. Układy funkcjonalne pawilonów dla chorych

Kolejnym problemem dotyczącym architektury zakładów dla psychicznie chorych było jak najlepsze dostosowanie układu funkcjonalnego budynków mieszczących oddziały dla pacjentów do potrzeb terapii. Obiekty dla tej grupy chorych bardzo różniły się od innych szpitali ze względu na ich specyfikę. Ponadto oddziały dla różnych grup pacjentów musiały spełniać różne wymagania. Jedni potrzebowali stałej opieki, inni obserwacji, jeszcze inni unormowanego, spokojnego trybu życia pod życzliwą opieką lekarzy i personelu medycznego. Część z pacjentów przebywała w zakładach czasowo, krócej lub dłużej, część długo, a jeszcze inni przez całe życie. W zakładach przebywali również groźni *szaleńcy*, którzy wymagali nadzoru przez cały czas. Takiej opieki wymagali również chorzy w okresach nasilenia choroby. Z uwagi na powyższe oddziały dla chorych znacznie się różniły. Potrzebne były różnorodne przestrzenie – od dużych wspólnych pomieszczeń dziennych po izolatki dla najbardziej agresywnych chorych.

Ponadto poza podstawowym podziałem na płci wprowadzano jeszcze podziały na dwie lub trzy klasy, które różniły się odpłatnością, a więc także warunkami mieszkaniowymi. Budynki mieszczące oddziały dla chorych w II połowie XIX w. przeszły znaczną ewolucję – od układów korytarzowych do planów o możliwie jak najbardziej zredukowanych korytarzach.

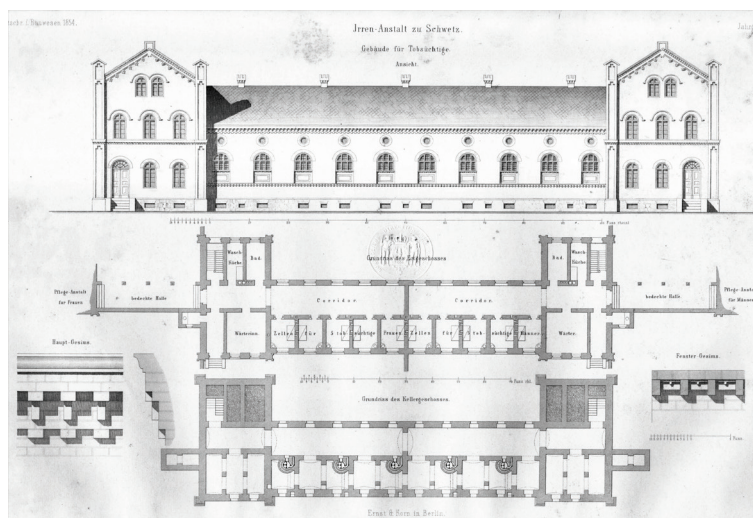
W układzie korytarzowym zaplanowane zostały między innymi budynki dla chorych w zakładzie w Świeciu. Oddziały umieszczono w pięciu, później w siedmiu obiektach²⁴⁷. Chorych podzielono według kategorii: na spokojnych i niespokojnych oraz uleczalnych i nieuleczalnych. Dodatkowo podzielono ich na trzy „stany”: wyższy, średni i niski. Takie podziały powodowały konieczność wprowadzania różnych pomieszczeń dla pacjentów. Wszystkie budynki dla chorych zaplanowano w układzie korytarzowym, z pokojami od zewnątrz i korytarzami wewnątrz kompleksu. Dzięki temu chorzy z pokoi mieli ładny widok na okolicę. Na parterach zakładów zdrowotnych znajdowały się pokoje 1- lub 2-osobowe dla chorych „najwyższej klasy” oraz pokoje dzienne i sypialnie dla najniższego „stanu”, osobne dla chorych spokojnych i niespokojnych, mieszczące po 10 łóżek. Poza tym usytuowano tam izolatkę dla chorych zakaźnie, kuchnię i dyżurkę. Na piętrze mieściły zapewne się pozostałe sypialnie. Jedną dużą sypialnię umieszczono na 3. kondygnacji w ryzalicie. Klatki schodowe i WC znajdowały się w środkowym ryzalicie, przy czym biegi schodów dla bezpieczeństwa oddzielone zostały ścianami. Podobnie urządzono zakład opiekuńczy, z nieco innym rozkładem pomieszczeń i większą liczbą sypialni (il. 4.22). Oddziały, gdzie umieszczano *szalonych* – niebezpiecznych pacjentów, mieściły po 5 izolatek, łazienkę, pralnię i pokój dla personelu (il. 4.23). Ponieważ chorzy tylko czasowo musieli być odizolowani, taka liczba cel zapewne była wystarczająca. W okresach remisji choroby pacjenci przenoszeni byli do oddziału opiekuńczego²⁴⁸.

²⁴⁷ Po rozbudowie na początku XX w. dodano jeszcze 4 budynki.

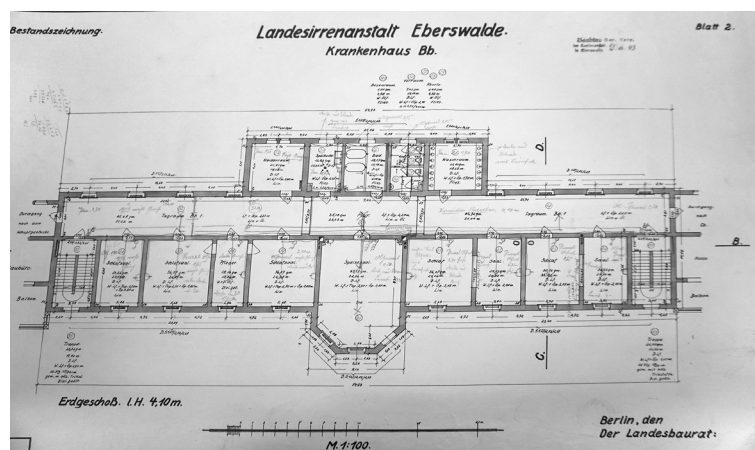
²⁴⁸ E. Römer, *op. cit.*, s. 122–124; Grunau *op. cit.*, s. 6.

W uważanym za wzorcowy zakładzie w Neustadt-Eberswalde budynki miały bogatszy program funkcjonalny. Były 2-kondygnacyjne i podzielone na oddziały według podobnego schematu organizacyjnego jak w Świeciu. Wprowadzono również zasadniczo układ korytarzowy, z szerokimi na 12–15 stóp (ok. 4 m) korytarzami, mogącymi pełnić funkcję pomieszczeń dziennych. Oddziały dla spokojnych chorych „wyższego stanu” (il. 4.24) miały osiem 1-osobowych i sześć 2-osobowych pokoi dla chorych, salon z głębokim ryzalitem, dwie dyżurki, mieszkanie dla opiekuna, łaźnię z 4 wannami oraz łazienkę, dużą sień i przechowalnię rzeczy. Dwa szerokie korytarze mogły służyć jako pomieszczeniaienne i na spacer. Oddział dla spokojnych i niespokojnych chorych z klasy robotniczej miał znacznie większe sypialnie, mieszczące od 4 do 10 łóżek (po 4 z każdej wielkości), cztery 1-osobowe izolátky, infirmerię dla dwóch chorych, dyżurkę, dwa salony usytuowane w ryzalitach oraz cztery szerokie korytarze również służące pacjentom do pobytu dziennego. Nieco inaczej rozplanowane były oddziały dla nieuleczalnie chorych z wyższej i niższej klasy. Sale były duże, mieszczące po 10 łóżek, z dyżurkami pomiędzy nimi lub w układzie amfiladowym. Ponadto mieściły dwa pokoje z 2 łózkami, izolatkę, dwie łaźnie z 6 wannami i dwie łazienki oraz sień z wyjściem na podwórze (il. 4.25). Salony i pokojeienne umieszczono w ryzalitach i narożnikach, dzięki czemu mogły być lepiej doświetlone i przewietrzane²⁴⁹.

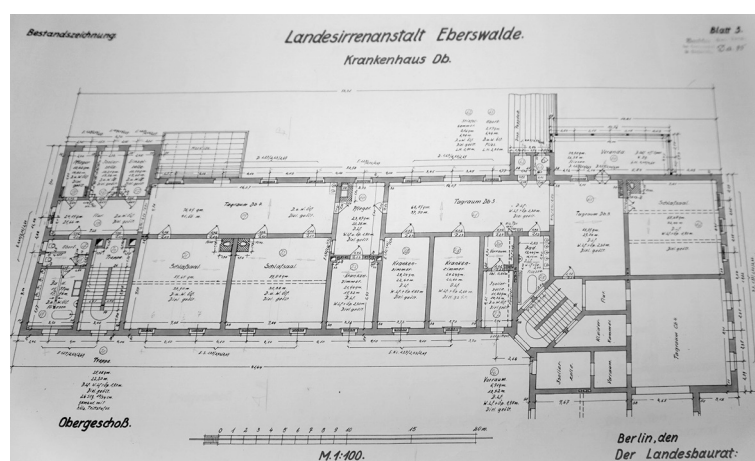
Układ korytarzowy nie spełniał do końca oczekiwań lekarzy i architektów w odniesieniu do wszystkich oddziałów. Większość projektantów za nowocześniejsze i lepiej spełniające oczekiwania, a także lepiej wykorzystujące przestrzeń budynków uważała układy projektowane bez korytarzy, gdzie poszczególne pomieszczenia były ze sobą bezpośrednio skomunikowane.



Il. 4.23. Świecie, Irrenanstalt in Schwetz, Eduard Römer, 1854 r. – oddział dla „szaleńców”, rysunek fasady i rzut parteru
Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 4, 1854, Bl. 28.



Il. 4.24. Eberswalde, Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde, budynek B dla chorych spokojnych wyższego stanu
Źródło: dokumentacja techniczna – projekty Martina Gropiusa, ze zbiorów GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde.



Il. 4.25. Eberswalde, Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde, budynek D dla prostych pacjentów nieuleczalnych
Źródło: dokumentacja techniczna – projekty Martina Gropiusa, ze zbiorów GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde

²⁴⁹ M. Gropius, *op. cit.*, s. 185–192.

W mniejszych budynkach, tzw. *Landhaus*, zaprojektowanych na zwartym planie, nie sprawiało to specjalnej trudności, natomiast w budynkach dla większej liczby chorych, zaplanowanych na rzucie długiego prostokąta, architekci musieli wykazać się dużym kunsztem i pomysłowością. Ponieważ opinie lekarzy, jak i architektów były podzielone, cały czas funkcjonowały jeszcze układy z korytarzami, zwłaszcza w budynkach przeznaczonych dla chorych I i II klasy, gdzie istniała potrzeba urządzenia większej liczby 1- lub 2-osobowych pokoi. Często wprowadzano również układy z małymi korytarzami komunikującymi pokoje odosobnienia i izolatki czy pomieszczenia higieniczne, gabinety lekarskie czy zabiegowe.

W nowym szpitalu w Owińskach (1875–1877) szereg dużych budynków zaprojektowano w układzie korytarzowym, bez korytarzy zaplanowano natomiast mniejsze pawilony oraz lazaret. Oddziały dla mężczyzn i dla kobiet zajmowały 2-kondygnacyjne budynki założone na planie długiego prostokąta z ryzalitami bocznymi i środkowymi w różnych kombinacjach. Dwa oddziały opiekuńcze (jeden dla mężczyzn, drugi dla kobiet) zaplanowano na rzucie prostokąta z dużymi ryzalitami bocznymi i niewielkim środkowym. Wzdłuż budynków przebiegał doświetlony korytarz, komunikujący z usytuowanymi wzdłuż niego pomieszczeniami – sypialniami, dyżurką i salonem. W ryzalicie środkowym umieszczono łazienkę i WC. W bocznych ryzalitach z jednej strony obszerną jadalnię i klatkę schodową, z drugiej zmywak, dyżurkę i dwie sypialnie, ponadto wejście do budynku i z boku klatkę schodową; w rogu dodatkowe WC, skomunikowane z głównym korytarzem²⁵⁰.

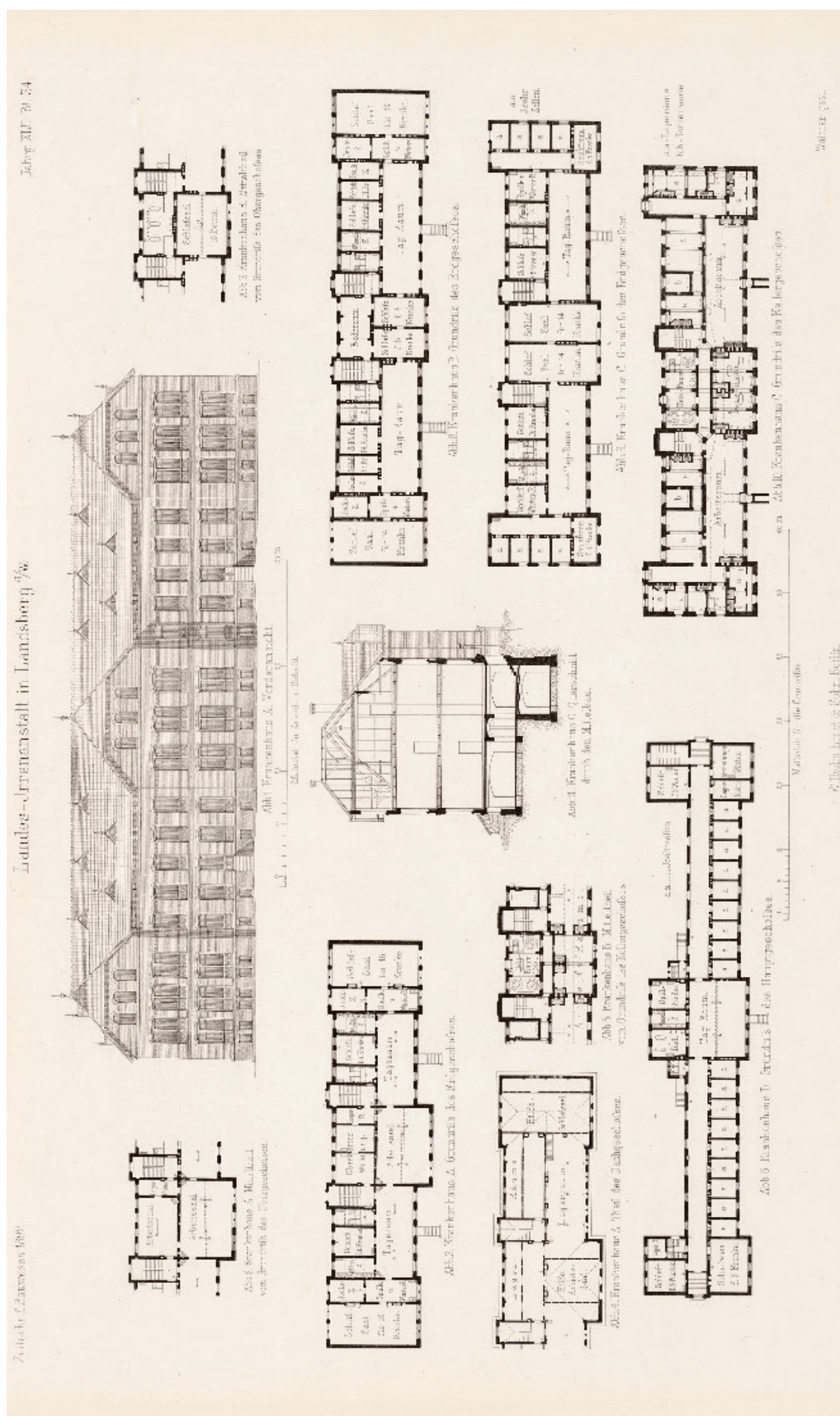
Dla pracujących pacjentów przeznaczony został niewielki pawilon, położony nieco na uboczu, zaprojektowany na planie prostokąta, w układzie 3-traktowym, bez korytarzy. Na parterze w trakcie środkowym umieszczono dwa pokoje dzienne, w tym jeden z przejściem na werandę i dalej do ogrodu. W trakcie bocznym z jednej strony dwa pokoje dzienne i łazienkę, z drugiej małe mieszkanie dla lekarza, klatkę schodową oraz WC i zmywak. Piętro zajmowały sypialnie i pomieszczenia higieniczne. Lazarety (po jednym dla każdej z płci) z kolei zaprojektowano jako 1-traktowe budynki, których główną część zajmowały dwie duże sale chorych i pokój dzienny, usytuowane w amfiladzie. Po bokach zaprojektowano WC, łazienkę, garderobę oraz pomieszczenia gospodarcze²⁵¹.

Innego typu rzuty zastosowano w azylu w Gorzowie Wielkopolskim (ukończonym 1888 r., następnie rozbudowanym w latach 1900, 1910–1911) (il. 4.26). Z pierwszej fazy budowy pochodzą stosunkowo duże, wolnostojące, 2-kondygnacyjne budynki, z użytkowym poddaszem w strefie ryzalitów. Zastosowano tu 2-traktowy układ bez korytarzy, w kilku wersjach. W wariantie dla spokojnych pacjentów w trakcie od ogrodu w centrum usytuowano duży pokój do pracy, a obok duże pokoje dzienne z zejściem do ogrodu. W drugim trakcie umieszczono pośrodku niewielkie mieszkanie dla naczelnego strażnika, czteroosobowe sypialnie, klatki schodowe i pomieszczenia higieniczne. W bocznych ryzalitach znalazły się sypialnie dla 16 chorych każda oraz izolatki. W kolejnym pawilonie, oddziale dla sparaliżowanych, „nieczystych” i wymagających opieki pacjentów, w centrum budynku umieszczono dwie 5-osobowe sypialnie oraz łazienkę. Pozostałe części zaplanowano podobnie. W pawilonie dla chorych niespokojnych, *przeszkadzających* i epileptyków, w części centralnej umieszczono dwie 14-osobowe sypialnie, boczne części rozwiązano podobnie, a w skrajnych ryzalitach usytuowano po cztery izolatki i po jednej sypialni dla 5 chorych. Z tyłu ulokowano jeszcze jeden pawilon dla pobudzonych mężczyzn i kryminalistów. W ryzalicie środkowym umieszczono dwa pokoje do pracy, zmywalnię i dyżurki oraz pokój odwiedzin i klatkę schodową. Po bokach znalazły się duże pokoje dzienne, dalej sypialnie dla 11 chorych i pomieszczenia higieniczne w drugim trakcie, następnie sala nadzorowana, skomunikowana z ryzalitem bocznym o układzie korytarzowym, mieszczącym izolatki, łazienkę, sypialnię dla strażników i klatkę schodową z wejściem do budynku. W suterrenach umieszczano dodatkowe pomieszczenia do pracy. Usytuowane z boku pawilony przyjąć zaplanowano z 3 krótkimi korytarzami. W centralnym ryzalicie umieszczono dwie sypialnie dla 10 i 14 pacjentów oraz pokój dzienny i pomieszczenia higieniczne, skomunikowane krótkim korytarzem. Po bokach umieszczono dwa pokoje 1-osobowe, dodatkową sypialnię dla 5 chorych oraz pokój odwiedzin, zmywalnię i klatkę schodową. Środkiem przebiegał krótki korytarz. Układ korytarzowy zastosowano w budynku przeznaczonym dla niebezpiecznych, pobudzonych i wymagających stałego nadzoru chorych, gdzie wzdłuż korytarza umieszczono po 9 izolatek z każdej strony budynku. Na osi obiektu mieścił się obszerny pokój dzienny, a naprzeciwko łazienka, umywalnia, zmywak i WC. W bocznych ryzalitach usytuowano jedną sypialnię dla 6 chorych, dwa pokoje dla wartowników, klatki schodowe i wejścia do budynku²⁵².

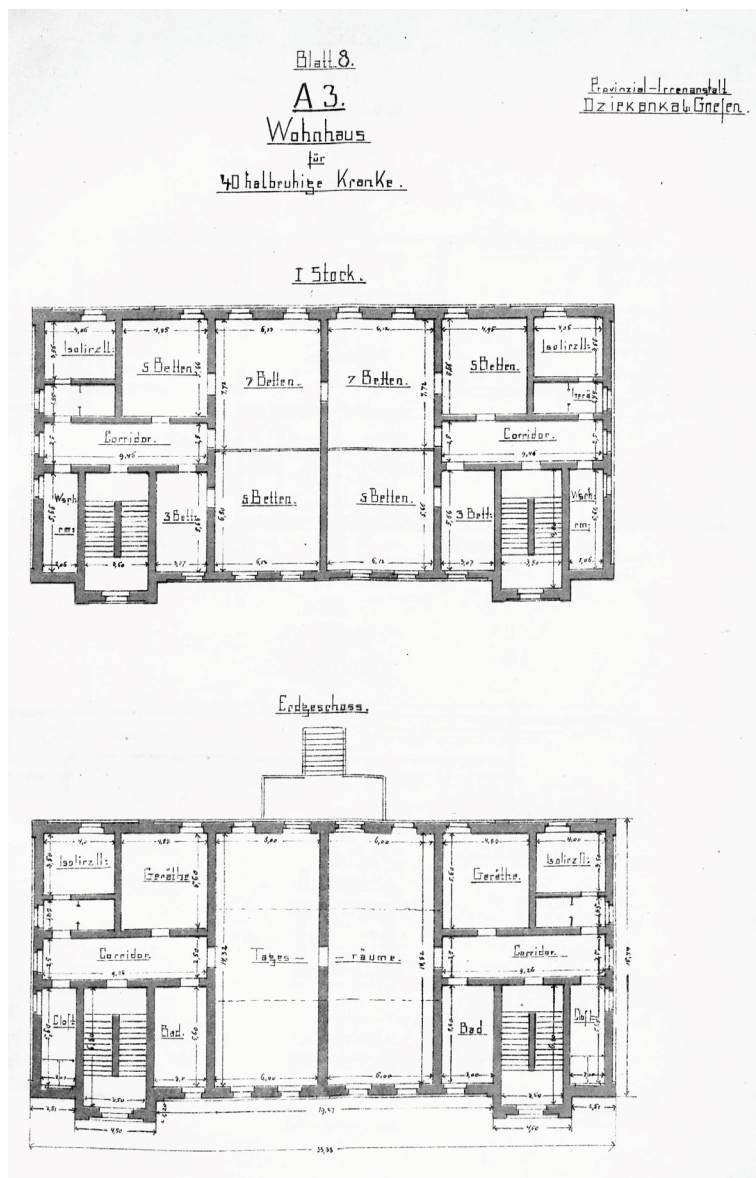
²⁵⁰ *Provinzialanstalt Owinsk*, [w:] *Deutsche Heil-...*, op. cit., t. 1, s. 281, 284–285.

²⁵¹ *Ibidem*.

²⁵² (?) Riebeth, *Provinzial – Anstalt in Landsberg*, [w:] *Deutsche Heil-...*, t. 2, op. cit., s. 113–119.



II. 4.26. Gorzów Wielkopolski, Brandenburgische Landesirrenanstalt in Landsberg a. W. – elewacja i plany budynków dla chorych
Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, t. 42, 1892.



Il. 4.27. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – oddział dla 40 umiarkowanie spokojnych pacjentów, rzut parteru i piętra
 Źródło: Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen für die Zeit vom 1. Oktober 1894 bis Ende März 1895, Bl. 8.

kach usytuowano także klatki schodowe. Eleganckie pensjonaty dla chorych I i II klasy w centrum miały salon z werandą i zejściem do ogrodu. Z salonu prowadziły drzwi do innych pomieszczeń. Przed salonem od strony ulicy umieszczono hol wejściowy z klatką schodową obok oraz WC i pomieszczenie gospodarcze. Salon skomunikowany był z jadalnią i pokojami dla chorych. Dla pacjentów I klasy przewidziano pokoje pojedyncze, dla chorych II klasy – 4-osobowe. Zapewniono łazienki z wannami oraz WC. Również oddział przyjęć zaprojektowano w układzie 3-traktowym. W środkowym trakcie umieszczono dwie duże sale mieszczące po 17 i 6 łóżek, w tylnym zaplanowano pomieszczenia higieniczne i dwa pokoje odosobnienia; w trakcie od strony ogrodu pokój dzienny z werandą i zejściem do ogrodu oraz po bokach dodatkowe sypialnie dla 2–3 osób (il. 4.28).

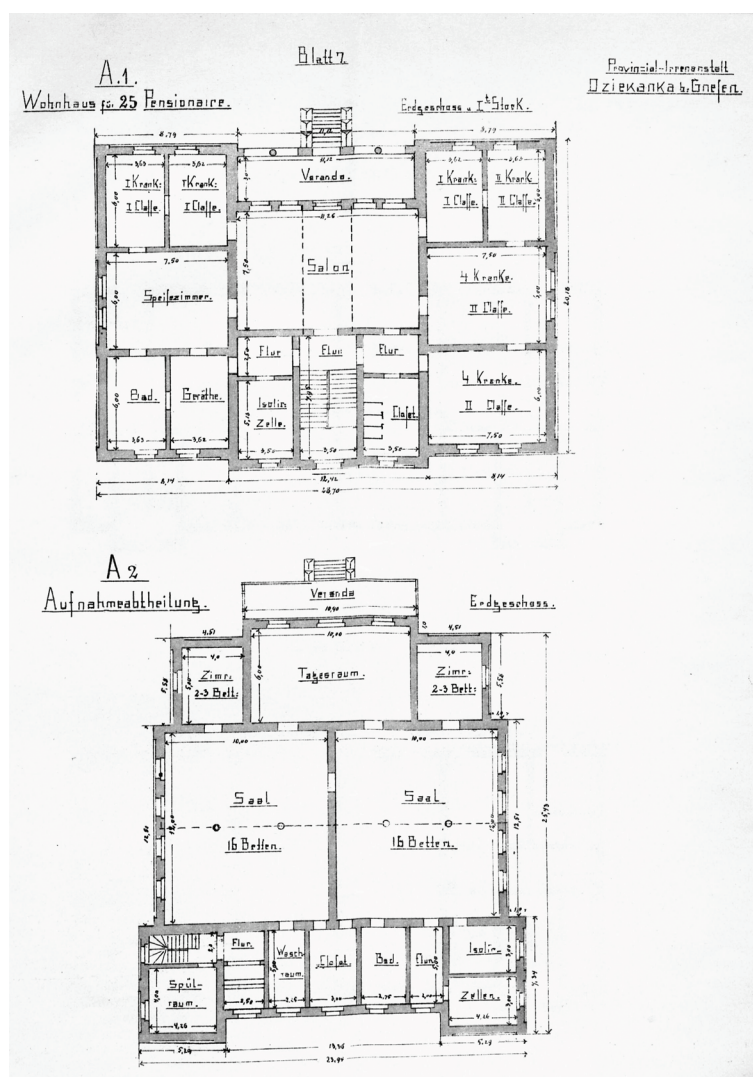
Przykładem zespołu, w którym duże budynki zaprojektowane zostały w układzie korytarzowym, jest berliński szpital Herzberge (1893 r.). Większość oddziałów dla chorych została założona na planie długiego prostokąta, w układzie 1,5-traktowym, z ryzalitami rozmieszczonymi w dwóch wariantach. Pierwszy układ to duży ryzalit na osi założenia i dwa mniejsze po bokach, w drugim większe ryzalitty znalazły się na skrajach budynków, a mniejszy pośrodku. Według pierwszego schematu zaprojektowano oddział opiekuńczy i oddział przyjęć (il. 4.29). Przez cały budynek oddziału przyjęć biegł doświetlony korytarz komunikujący pozostałe pomieszczenia usytuowane od

Z niewielkich, nowoczesnych pawilonów składał się zespół szpitalny w Dziekance pod Gnieznem. Wszystkie budynki dla chorych zostały zaprojektowane na planach zbliżonych do prostokąta, w układzie 2- lub 3-traktowym. W większości użyto niewielkich korytarzy do połączenia pomieszczeń. Pawilon dla niespokojnych chorych w środkowej części mieścił pokój dzienny i salę dla leżących chorych z wejściem na werandę i dalej do ogrodu. Pomieszczenia te skomunikowane zostały z większością pozostałych. Obok pokoju dziennego usytuowano z obu stron klatki schodowe, pomieszczenia higieniczne i schowek. Sala połączona była z obu stron z analogicznymi pomieszczeniami i dalej przez niewielki korytarz z pokojami odosobnienia umieszczonymi na krańcach budynku. Podobnie zaprojektowano pawilony dla umiarkowanie niespokojnych pensjonariuszy. W środkowej części na parterze umieszczono dwa pokoje dzienne w amfiladzie, a na piętrze – 4 wieloosobowe sypialnie (il. 4.27).

Nieco inaczej zaprojektowany został budynek dla niedomagających pacjentów. W trakcie od ogrodu, na osi znalazł się pokój dzienny połączony z werandą, skomunikowany z pomieszczeniami higienicznymi. Po bokach zaplanowano cztery duże sale sypialne i dalej jeszcze jedną. Z drugiej strony umieszczono jeszcze dwa pokoje odosobnienia, skomunikowane małym korytarzem. Po bo-

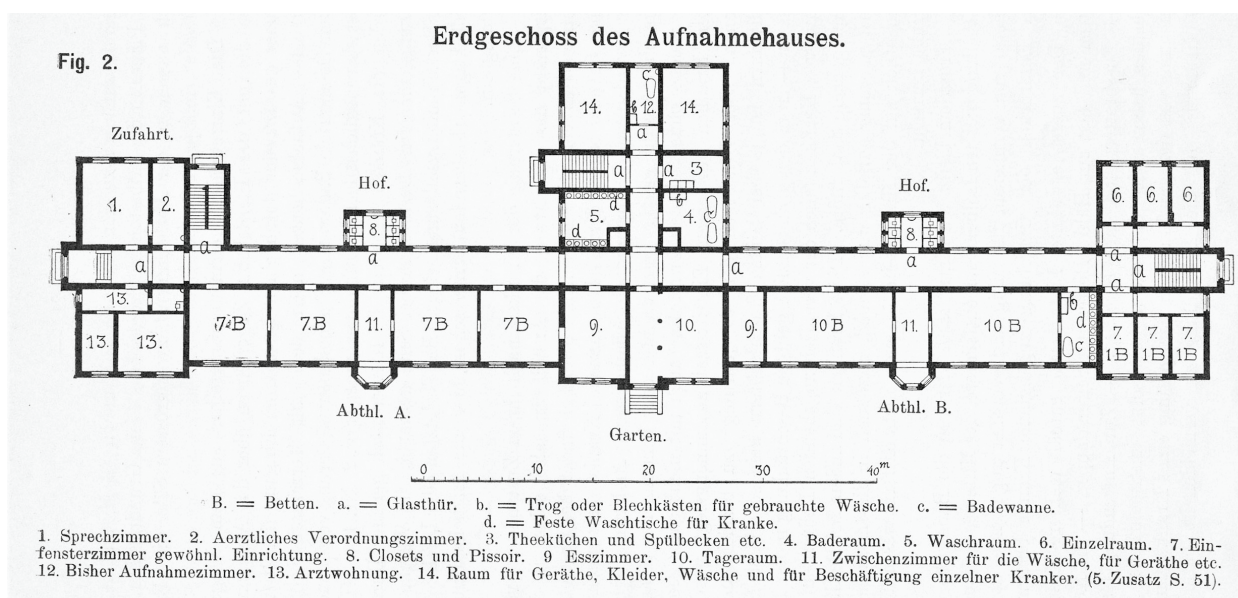
strony ogrodu. Umieszczono tam pośrodku, w szerokości ryzalitu, jadalnię i pokój dzienny z zejściem do ogrodu, a po obu stronach sypialnie rozdzielone pomieszczeniem pomocniczym. Z jednej strony znalazły się cztery sale z 7 łózkami, po drugiej dwie – z 10 łózkami każda. W ryzalitach umieszczono klatki schodowe, pomieszczenia higieniczne, małą kuchnię i pomieszczenia gospodarcze (w środkowym), a w bocznych po jednej stronie trzy pokoje 1-osobowe i trzy pokoje odosobnienia dla pobudzonych pacjentów, z drugiej strony gabinety lekarskie oraz niewielkie mieszkanie dla lekarza. Ponadto w niewielkich ryzalitach od strony podwórza usytuowano WC. Podobny układ miał oddział opiekuńczy. Tutaj wprowadzono duże sale z 11 łózkami, po dwie z każdej strony, oddzielone łazienką z toaletą.

W środkowym ryzalicie znalazły się obok łazni trzy pokoje odosobnienia, dwa jednoosobowe, skomunikowane dodatkowym korytarzem. W ryzalitach bocznych od strony ogrodu umieszczono dwie sypialnie dla 8 pacjentów.



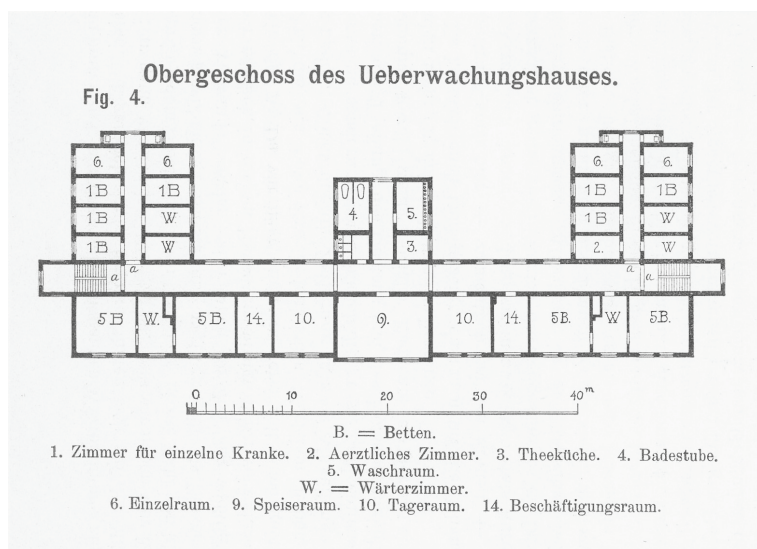
Il. 4.28. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – pensjonat i oddział przyjęć

Źródło: Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen für die Zeit vom 1. Oktober 1894 bis Ende März 1895.



Il. 4.29. Berlin-Lichtenberg, Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, 1896 r. – oddział przyjęć, rzut parteru

Źródło: D. Moeli, *Die Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg*, fig. 2.



Il. 4.30. Berlin-Lichtenberg, Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, 1896 r. – oddział dla chorych pod nadzorem, rzut piętra
Źródło: D. Moeli, *Die Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg*, fig. 4.

Drugi wariant użyty został do zaplanowania oddziału dla chorych pozostających pod stałym nadzorem (il. 4.30). Tu również korytarz przebiegał przez cały budynek i komunikował większość pomieszczeń. Wzdłuż głównego korytarza od strony ogrodu umieszczono 5-osobowe sypialnie, na osi jadalnię, po obu jej stronach pokoje dzienne, między sypialniami niewielkie dyżurki. Ze względu na stan pacjentów w pawilonie umieszczono mniejsze pokoje, więcej 1-osobowych i odosobnienia, a także dyżurek dla strażników. W ryzalitach wprowadzono dodatkowe korytarze, prostopadłe do głównego. W ryzalitach bocznych prowadziły one do 1-osobowych pokoi i pomieszczeń odosobnienia

oraz dyżurek i WC. W ryzalicie środkowym znalazły się pomieszczenia higieniczne – łaźnia, umywalnia, mała kuchnia i toaleta. Bez korytarzy zaprojektowane zostały *Landhausy* – niewielkie, trzy-traktowe domy założone na bardziej zwartym planie. Środkowy trakt parteru zajęty jadalnią i pokój dzienny, w bocznych znalazły się sypialnie oraz kuchnia pomocnicza, a z drugiej strony wejście i klatka schodowa. Na piętrze rozmieszczono sypialnie i pomieszczenia higieniczne²⁵³.

Na początku XX stulecia trwała dyskusja wśród specjalistów na temat wad i zalet różnych układów funkcjonalnych budynków mieszczących oddziały dla chorych. Zwolenników i przeciwników miały rozwiązania korytarzowe, bezkorytarzowe i mieszane. Stąd w dużych zakładach wzniesionych lub rozbudowanych w tym czasie stosowano różne warianty, nawet w ramach jednego szpitala. Było to uzasadnione zróżnicowanymi potrzebami.

Przykładem szpitala składającego się z samych budynków zaplanowanych zasadniczo bez korytarzy był zakład w Obrzycach (il. 4.31). Oddziały dla chorych zaprojektowano w formie stosunkowo niedużych pawilonów, założonych na planie zbliżonym do prostokąta, zasadniczo 3- lub 4-traktowych. W większości budynków, zależnie od przeznaczenia, na parterze ulokowane były jadalnie, pokoje dzienne i część sypialni oraz pomieszczenia higieniczne. Na sypialnie przeznaczone zostały dwie kondygnacje. Układ pomieszczeń uzależniony był od funkcji budynku. Oddział przyjęć miał na parterze dwie duże (po 150 m²) sale – chorych i obserwacyjną, mieszczące 22–23 łóżka. Ponadto od strony ogrodu usytuowano pośrodku pokój dzienny skomunikowany z werandą i ogrodem, dwie małe sypialnie z 2–3 łózkami i dwa pokoje odosobnienia. Po drugiej stronie usytuowano kompleks higieniczny – umywalnię, zmywak, WC i łaźnię z wannami, a także wejście do budynku i klatkę schodową na piętro. Podobnie rozwiązany został oddział dla niedomagających chorych, którzy potrzebowali opieki pielęgniarzkiej, ale zamiast dwóch dużych sal umieszczono skomunikowane ze sobą cztery mniejsze, o powierzchni ok. 86 m² każda. Analogicznie usytuowano pokój dzienny, a obok niego pomieszczenia higieniczne z jednej strony oraz pokoje odosobnienia i gabinet zabiegowy z drugiej. Pomieszczenia te były dostępne przez krótkie korytarze z sal chorych. Do izolatek, zapewne dla większego bezpieczeństwa, można było wejść tylko przez gabinet zabiegowy. Po drugiej stronie sal umieszczono tak jak na oddziale przyjęć kompleks higieniczny.

Z kolei chorych lekko pobudzonych umieszczono w mniejszych pawilonach, dla około 50 osób, stosując podręcznikową zasadę sypialni na piętrze i pokoiów dziennych na parterze. W centrum pierwszej kondygnacji umieszczono dwa duże pokoje dzienne, skomunikowane z werandą i ogrodem. Po bokach umieszczono wejścia do budynku i klatki schodowe na piętro. Obok nich łaźienki i WC, a po drugiej stronie pokoje odosobnienia. Na piętrze ulokowano sypialnie 8-, 7-, 5- i 3-osobowe oraz dwie umywalnie.

²⁵³ D. Moeli, *op. cit.*, s. 11–34.

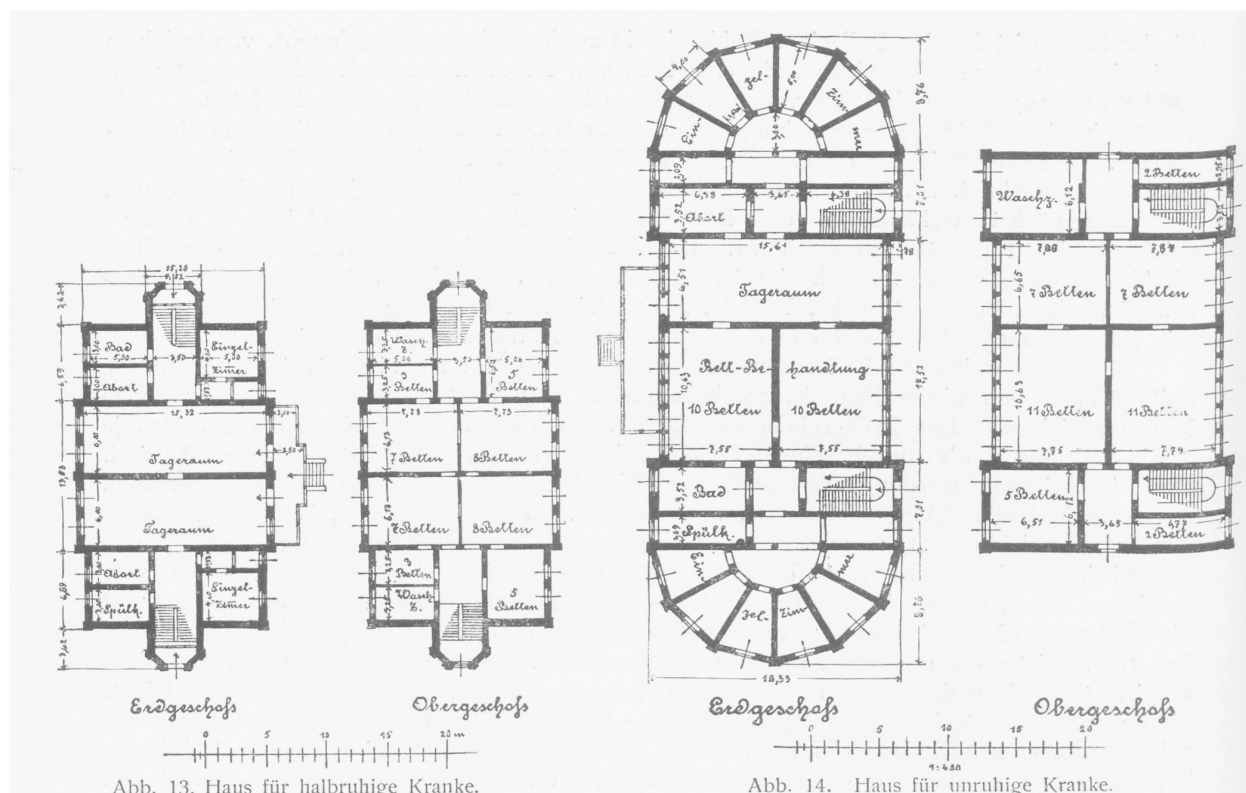


Abb. 13. Haus für halbruhige Kranke.

Abb. 14. Haus für unruhige Kranke.

Il. 4.31. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – rzuty oddziałów dla umiarkowanie spokojnych i dla niespokojnych pacjentów

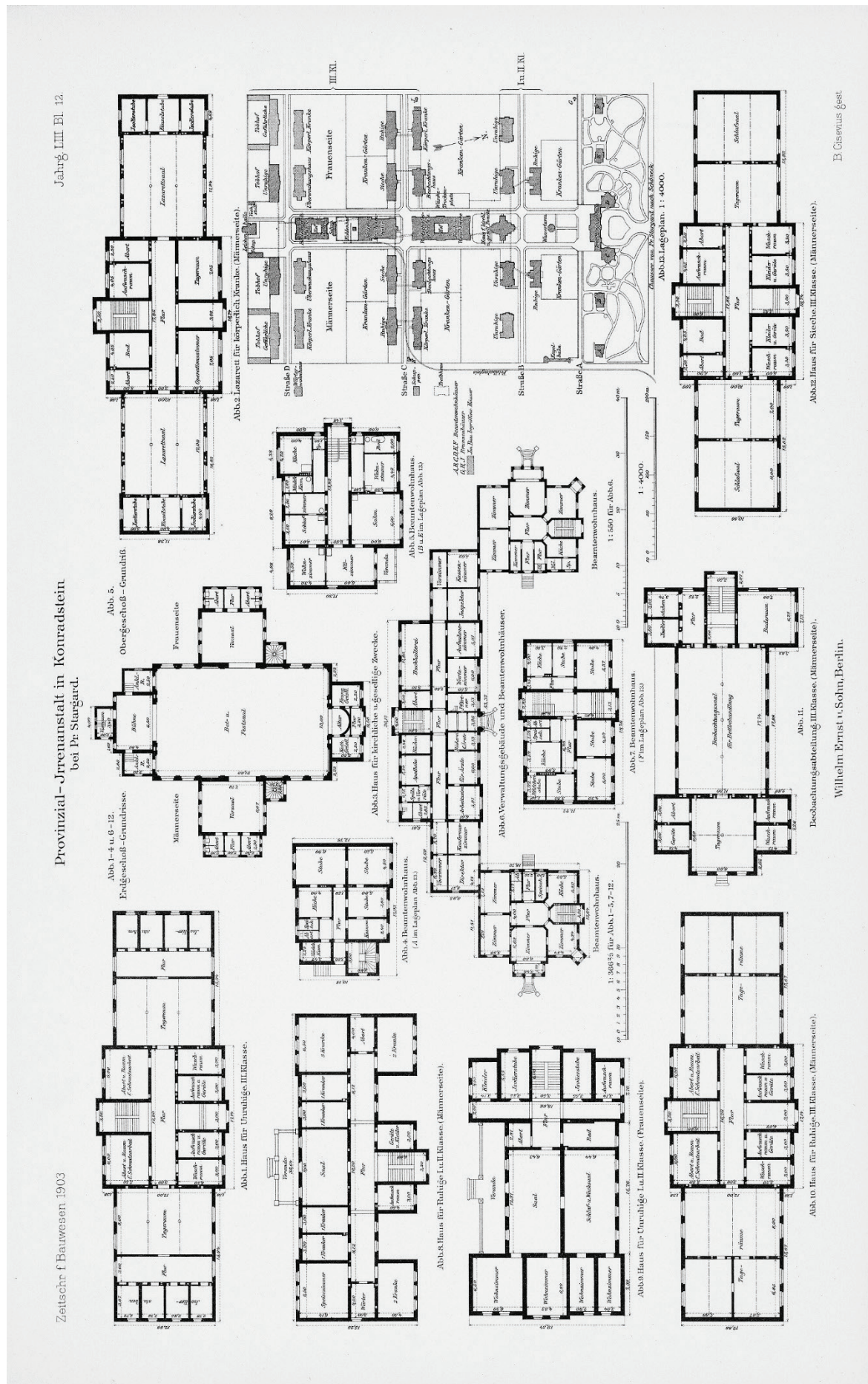
Źródło: *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, t. 1, 1910, red. J. Bresler, s. 272.

Ciekawie zaprojektowany został budynek dla niespokojnych chorych, założony na planie prostokąta, zamkniętego przy krótszych bokach połową 12-boku. Tę przestrzeń wykorzystano na urządzenie 12 izolatek dla pobudzonych chorych. W centralnej części umieszczono dwie sale dla chorych leżących oraz pokój dzienny. Po bokach usytuowano klatki schodowe na piętro oraz łazienkę, WC i zmywak. Druga kondygnacja zajmowała przestrzeń tylko nad częścią centralną (prostokątną). Umieszczono tam sypialnie o różnej wielkości, mieszczące od 2 do 11 łóżek, oraz umywalnię. Budynek służył około 75 chorym.

Inne wymagania musiał spełniać oddział dla niebezpiecznych chorych pod stałym nadzorem. Budynek założony został na planie prostokąta, w układzie 3-traktowym, z niewielkim ryzalitem od strony ulicy. W strefie parteru w części środkowej umieszczono pokój dzienny i dwa pokoje do pracy, skomunikowane z werandą. Po bokach zaplanowano po trzy pokoje 1-osobowe, skomunikowane krótkimi korytarzami z pokojami do pracy. Przy korytarzach umieszczono klatki schodowe i wejścia do budynku skomunikowane z pokojem dziennym, a za nimi portiernię i łazienkę z jednej strony, a WC z drugiej. Na piętrze umieszczono sale 7-, 5- i 3- osobowe oraz dwie umywalnie. Sale 5-osobowe miały wyjścia na balkon.

Odmienne warianty układu funkcjonalnego zastosowano przy projekcie oddziału dla 50. spokojnych chorych. Budynek założono na planie długiego prostokąta, z nieznacznie przestającymi z lica ryzalitami. W strefie parteru zaplanowane zostały pokoje do użytku dziennego – trzy jadalnie i trzy salony, obok klatki schodowej na piętro i pokój 1-osobowy, WC i zmywak, po drugiej stronie WC i pokój dla dozorczy. Na piętrze umieszczono 7 sypialni oraz umywalnię.

W zakładzie w Kocborowie (wzniesionym na przełomie wieków) stosowano zarówno układy z korytarzami, jak i bez nich (il. 4.32). Wynikało to być może z faktu przyjmowania chorych o zróżnicowanym statusie majątkowym, z podziałem na trzy klasy. Oddziały dla spokojnych chorych I i II klasy miały na osi obszerny salon skomunikowany z werandą, a na piętrze – z balkonem. Po stronie ogrodu znajdowały się jeszcze cztery 1-osobowe pokoje i jeden przeznaczony dla 3 osób oraz jadalnia. Pomieszczenia były skomunikowane korytarzem. Po drugiej stronie w ryzalitach umieszczono po dwa pokoje 2-osobowe. Naprzeciw salonu znajdowało się wejście do budynku i klatka schodowa oraz garderoba i pomieszczenia gospodarcze. Na końcach korytarza rozmieszczono WC i dyżurkę. Obie kondygnacje miały taki sam układ.



Il. 4.32. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein, 1903 r. – rzuty budynków
Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 53, 1903, Bl. 12.

Odmienne wymogi musiał spełniać oddział dla niespokojnych chorych I i II klasy. Zastosowano układ bez korytarzy, gdzie łatwiej było nadzorować pobudzonych pacjentów. W centrum usytuowano obszerny salon skomunikowany z werandą oraz dużą sypialnię pod nadzorem. Pomieszczenia te były połączone z 4 pokojami mieszkalnymi znajdującymi się na skraju. Z drugiej strony umieszczono łazienkę oraz WC dostępne z krótkiego korytarza łączącego z salonem. Dalej na osi znalazło się wejście do budynku i klatka schodowa oraz obok 2. izolatki – garderoba i umywalnia. Te pomieszczenia były skomunikowane wąskim korytarzem. Obie kondygnacje budynku zaplanowane były jednakowo.

Również inaczej zaprojektowano oddział obserwacyjny, którego większą część zajmowała duża sala obserwacyjna dla leżących chorych, z wyjściem na werandę na parterze. Po jednej stronie umieszczono pokój dzienny oraz pomieszczenia higieniczne, a po drugiej klatkę schodową z wejściem, obok łazienki i dwie izolatki skomunikowane niewielkim korytarzem. Układ parteru i piętra był taki sam.

Parterowy budynek lazaretu w zryzalitowanej części centralnej mieścił wejście i klatkę schodową oraz pomieszczenia higieniczne, gabinet zabiegowy i niewielki pokój dzienny. Po bokach umieszczono dwie duże sale chorych, a za nimi izolatki.

W oddziałach dla chorych z klasy III (spokojnych i niedomagających) zastosowano szerszą część centralną, mieszczącą wejście z klatką schodową na osi, kompleks higieniczny, garderobę i izolatkę. Pomieszczenia komunikował korytarz. Po bokach w strefie parteru znajdowały się pokoje dzienne, na piętrze cztery sypialnie – po dwie z każdej strony w amfiladzie. Podobny układ zastosowano w domu dla chorych, z tą różnicą, że po bokach na obu piętrach były pokoje dzienne, a za nimi w amfiladzie sypialnie. Również podobnie zaplanowano budynek dla niespokojnych chorych III klasy. W części centralnej parteru dodano pokoje do pracy, a za pokojami dziennymi w parterze usytuowano korytarz i izolatki. Na piętrze umieszczono dwie duże sypialnie i kilka pokoi 1-osobowych²⁵⁴.

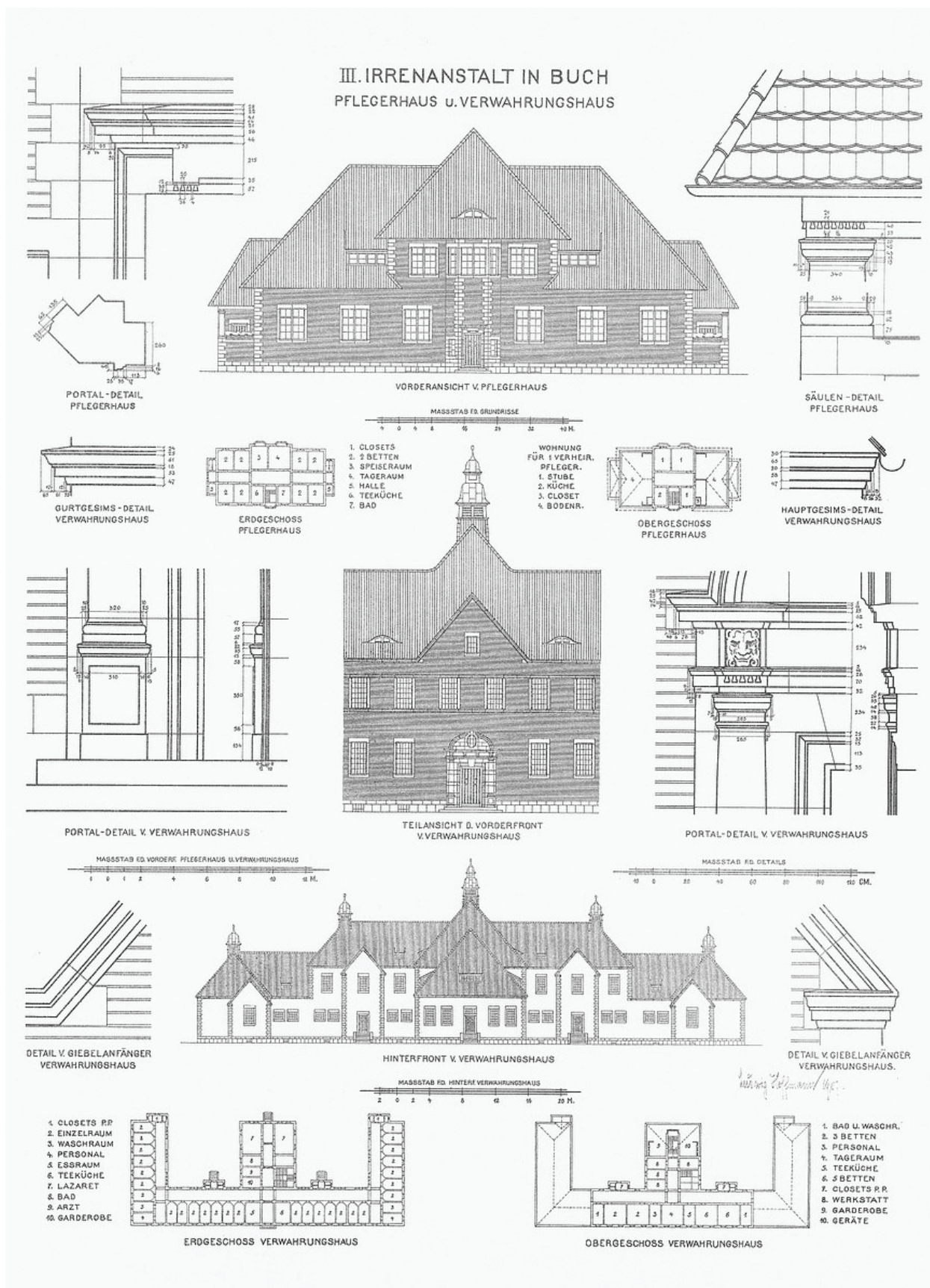
Także w największym berlińskim zakładzie w Buch korzystano z obu rozwiązań. W azylu znajdowały się bardzo zróżnicowane obiekty – od dużych, założonych na planie wydłużonego prostokąta z licznymi ryzalitami, poprzez założone na planie zbliżonym do litery „C”, przeznaczone dla kilkudziesięciu pacjentów – do małych pawilonów dla ok. 20 osób. Budynek oddziału dla pacjentów pod ścisłym nadzorem zaplanowany został na rzucie litery „C” z dużym ryzalitem środkowym i dwoma skrzydłami bocznymi. Z racji funkcji oddziału umieszczono tam szereg 1-osobowych pokoi, skomunikowanych korytarzem w układzie 1,5-traktowym. Ponadto znajdował się tam gabinet lekarski, jadalnia, kuchnia i pomieszczenia higieniczne. W ryzalicie umieszczono niewielki lazaret, garderobę i klatkę schodową. Na piętrze, które zajmowało tylko środkową część budynku, znalazły się 3-osobowe pokoje, pokój dzienny, pomieszczenia higieniczne itp. skomunikowane korytarzem, a także niewielkie mieszkanie dla pielęgniarza składające się z dwóch pokoi, kuchni i łazienki (il. 4.33).

Na oddziały opiekuńcze przeznaczono obok dwóch dużych budynków kilka niewielkich domów w typie *Landhaus*, założonych na planie zbliżonym do prostokąta i skomunikowanych środkowym korytarzem z 2-osobowymi pokojami, jadalnią i salonem oraz łazienką i WC.

Domy „otwarte” dla rekonwalescentów (il. 4.34), założone na planie wydłużonego prostokąta z dużym środkowym skrzydłem oraz mniejszymi bocznymi, zaplanowano w układzie 2-traktowym, z wyjątkiem środkowego ryzalitu, gdzie wprowadzono wewnętrzny korytarz, oraz 1,5-traktowych ryzalitów bocznych. Budynek składał się z dwóch symetrycznie rozplanowanych części. W centrum znajdowała się jadalnia skomunikowana z pokojami dziennymi zajmującymi jeden trakt. W drugim trakcie znalazły się po dwie 10-osobowe sale, rozdzielone kompleksami higienicznymi. W bocznych skrzydłach dostępnych przez pokoje dzienne umieszczono po jednej sali dla 6 osób oraz 1- i 2-osobowe pokoje i klatkę schodową. Komunikację zapewniał korytarz biegnący wzdłuż ryzalitu. W środkowym skrzydle na końcu mieściły się dwie sale dla 6 osób każda, obok dwa pokoje 1-osobowe oraz różne pomieszczenia, np. gabinet lekarski, zmywak, komórki gospodarcze i klatka schodowa. Piętro zostało zaplanowane mniej więcej analogicznie, z wyjątkiem ryzalitów²⁵⁵.

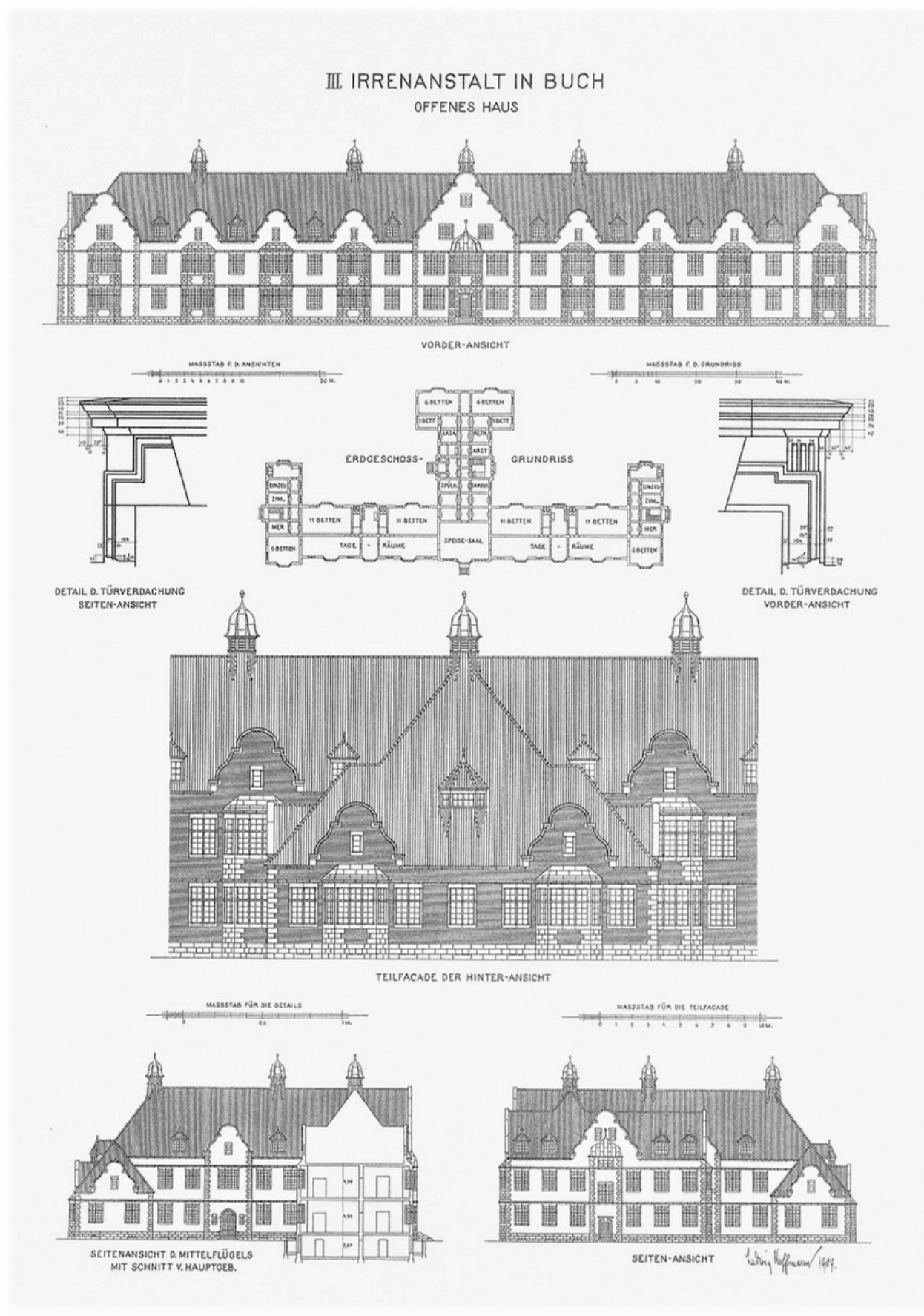
²⁵⁴ Dokumentacja techniczna ze zbiorów Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

²⁵⁵ L. Hoffmann, *Irrenhaus, Berlin-Buch*, Neubauten der Stadt Berlin, Bd. VII, 1908, [\(http://www.omnia.ie/index.php?navigation_function=3&europaena_query=Irrenhaus,%20Berlin-Buch.%20\(Aus:%20Neubauten%20der%20Stadt%20Berlin,%20Bd.%20VII,%201908\)\)](http://www.omnia.ie/index.php?navigation_function=3&europaena_query=Irrenhaus,%20Berlin-Buch.%20(Aus:%20Neubauten%20der%20Stadt%20Berlin,%20Bd.%20VII,%201908)) (dostęp: 25.03.2020).



Il. 4.33. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch, 1908 r. – fasady, detale i rzuty budynków oddziału opiekuńczego i oddziału dla chorych pod nadzorem

Źródło: L. Hoffmann, *Irrenhaus, Berlin-Buch, Neubauten der Stadt Berlin*, VII, Taf. 41, TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. B 2377,041.



Il. 4.34. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – fasady, detale i rzuty oddziału otwartego

Źródło: L. Hoffmann, *Irrenhaus, Berlin-Buch, Neubauten der Stadt Berlin*, VII, Taf. 21; TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. B 2377,021.

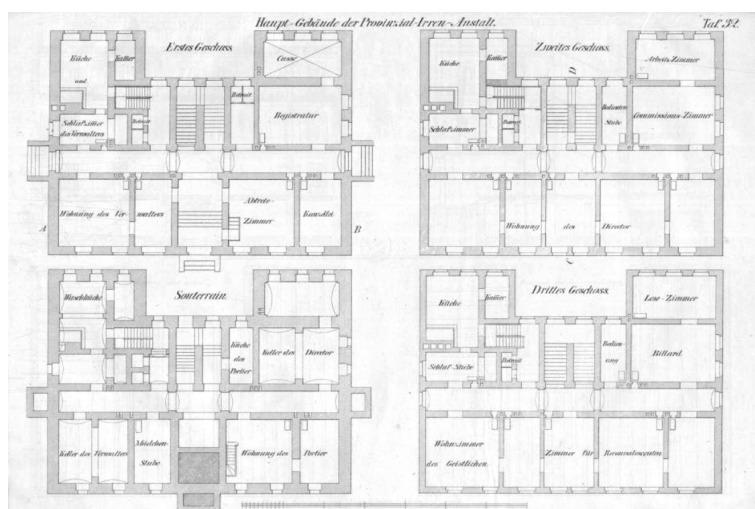
Śledząc różne rozwiązania budynków przeznaczonych na oddziały dla pacjentów, można zauważyć specyfikę i różnorodność wymagań, jakie musieli spełniać architekci planując zakłady dla psychicznie chorych. Trzeba było się wykazać znajomością tej stosunkowo nowej gałęzi medycyny, niezbędna więc była współpraca architekta z psychiatrą. Tak też projektowano zakłady. Budynki oddziałów w zależności od przeznaczenia mocno się różniły. Różnice te były mniej zauważalne w zespołach z około połowy i z trzeciej ćwierci XIX w., złożonych z kilku dużych budynków najczęściej w układzie zamkniętym bądź częściowo zamkniętym. Budynki ulegały większej indywidualizacji w zespołach szpitalnych z czwartej ćwierci XIX w. i początku XX stulecia, złożonych z dużej liczby obiektów o różnej wielkości. Oprócz ogólnej tendencji do budowania coraz mniejszych, co najwyżej 2-kondygnacyjnych domów, zapewniających większą kameralność i spokój, widać dużą różnorodność rozwiązań. Korzystano zarówno z dawnych rozwiązań korytarzowych oraz salowych, jak i układów przypominających domy mieszkalne (rozwiązania kwadrów). Najczęściej kompilowano wcześniejsze doświadczenia, tworząc nowe, indywidualne rozwiązania. Układy funkcjonalne były starannie przemyślane, aby dobrze służyły terapii i pacjentom. Ponadto starano się jak najlepiej wykorzystać przestrzeń – zarówno w celu obniżenia kosztów, jak i stworzenia dobrych warunków pracy dla personelu, możliwości nadzoru i doglądania pacjentów. W zależności od specyfiki oddziału planowano mniejsze lub większe sale dla chorych, pokoje 1- lub 2-osobowe dla pacjentów I i II klasy. Dla chorych będących pod specjalnym nadzorem czy bardzo pobudzonych niezbędne były pokoje odosobnienia, które używane były tylko w razie nieskuteczności innych metod, co wielokrotnie podkreślali autorzy opracowań lub sprawozdań szpitalnych. Trzeba było również stosować większe środki ostrożności. Wszędzie wprowadzano pokoje dzienne i jadalnie, większe w pawilonach dla chorych sprawnych fizycznie, mniejsze w oddziałach opiekuńczych i dla chorych leżących. Często też umieszczano pokoje do pracy, zwłaszcza w domach dla kobiet i pacjentów pod ścisłym nadzorem. Niektóre ogólne schematy powtarzały się w różnych azylach, jednak szczegółowe rozwiązania były tak różnorodne, że nie sposób omówić dokładnie wszystkich. Potrzeba wprowadzenia odmiennych układów funkcjonalnych wskazuje na specyfikę zakładów leczniczo-opiekuńczych dla psychicznie chorych w stosunku do innych szpitali, a także na ciągłe poszukiwania jak najlepszych rozwiązań. W procesie ewolucji budynków mieszczących oddziały dla chorych widać dążność do jak najlepszego wykorzystania przestrzeni zgodnie z założeniami terapii i bezpieczeństwa pacjentów.

4.2.5. Budynki ogólnej użyteczności

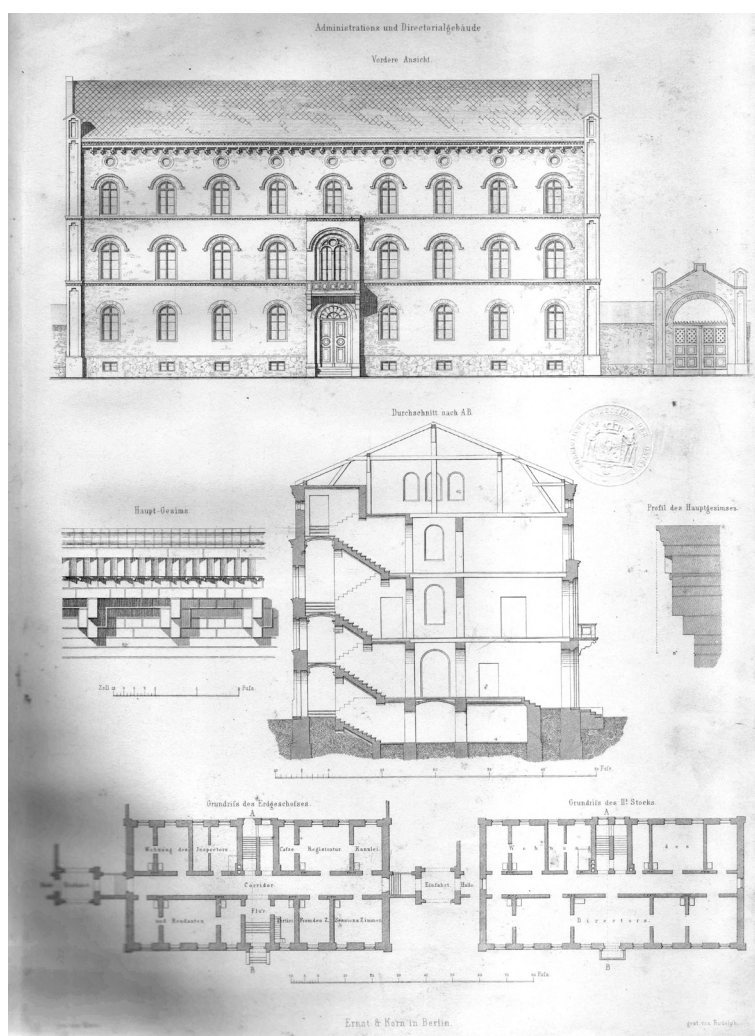
4.2.5.1. Gmachy administracji (*Verwaltungsgebäude*)

Budynki administracyjne były najbardziej reprezentacyjnymi obiektami w zespołach azylów. Najczęściej sytuowano je naprzeciwko głównego wejścia na teren zakładu i poprzedzano reprezentacyjnym skwerem. Gmachy założone były na planie wydłużonego prostokąta, często ze środkowym ryzalitem podkreślonym wieżyczką czy bogatszą dekoracją lub witrażami w oknach. Swoje biura i gabinety mieli w nich dyrektor zakładu, lekarze, pracownicy administracji. Często na wyższych kondygnacjach lokowano mieszkania dla lekarzy lub personelu biurowego. W azylach wznoszonych od lat 70.–80. XIX w. program funkcjonalny budynków administracji był bogatszy. Pomimo to na planach były oznaczane jako *Verwaltungsgebäude*. Umieszczano tam sale towarzysko-teatralne, biblioteki, sale modlitewne, sale konferencyjne, apteki. Zazwyczaj przy głównym wejściu znajdował się reprezentacyjny hol, z którego dwa korytarze prowadziły do pomieszczeń administracji – kancelarii, registratur czy biur zarządu. Klatki schodowe na wyższe kondygnacje były różnie rozmieszczane, najczęściej w skrzydłach lub z głównego holu. Dodatkowe wyjścia prowadziły na teren zakładu. Szczegółowe rozwiązania różniły się między sobą zarówno programem funkcjonalnym, jak i rozmieszczeniem pomieszczeń, klatek schodowych itp., a także opracowaniem stylistycznym, dopasowanym do reszty zespołu.

W zespołach z około połowy XIX w. budynki administracyjne były mniejsze i nie tak okazałe jak później. Skromny, prosty budynek administracji zaprojektowany został przez Damerowa i Spotta we wzorcowym szpitalu w Halle (il. 4.35). Obiekt założony na planie prostokąta wzbogacono bocznymi ryzalitami w tylnej elewacji. Na parterze, na osi budynku umieszczono wejście z sienią w trakcie frontowym i klatkę schodową w tylnym. Całość skomunikowana była środkowym korytarzem. W części po prawej stronie od wejścia umieszczono registraturę, kasę i WC od tyłu i pokój do



Il. 4.35. Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale, 1854 r. – główny budynek – rzuty wszystkich kondygnacji
Źródło: G. Spott, *Die Provinzial-Irrenanstalt zu Halle*. Zeitschrift für praktische Baukunst, 1854, 5, Taf. 32.



Il. 4.36. Świecie, Provinzial-Irrenanstalt in Schwetitz, 1854 r. – budynek administracji i dykcji, fasada, przekrój, rzuty i detale
Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 4, 1854, Bl. 20.

pracy oraz kancelarię od frontu. Po drugiej stronie znalazło się mieszkanie dla urzędnika. Na pierwszym piętrze umieszczono mieszkanie dla dyrektora, składające się z czterech pokoi w trakcie frontowym w amfiladzie. Środkiem biegł korytarz komunikujący wszystkie pomieszczenia. W tylnym trakcie znalazły się gabinet i pokój przyjąć oraz służbówka po prawej stronie, a po lewej sypialnia i kompleks kuchenny. Na 3. kondygnacji zaplanowano mieszkanie dla rekonwalescentów, pokój bilardowy i czytelnię. Od frontu umieszczono ponadto 2-pokojowe mieszkanie dla osoby duchownej²⁵⁶. Program funkcjonalny więc wykraczał daleko poza funkcje administracyjne. Tak było również w innych zakładach.

Przykładem skromnego budynku jest dom dla administracji w szpitalu w Świeciu (il. 4.36). Umieszczony został w krótszym boku zespołu, założony na planie prostokąta, w układzie 2,5-traktowym, ze środkowym korytarzem. Program funkcjonalny obiektu był dość ubogi. W strefie parteru na osi umieszczono wejście, a naprzeciw – w tylnym trakcie – klatkę schodową. Pomieszczenia administracji ograniczono do kasy, registratury i kancelarii rozmieszczonych w amfiladzie, w tylnym trakcie. W tej części w trakcie frontowym kolejno od wejścia znajdowała się portiernia, dalej pokój gościnny i sala obrad. Po drugiej stronie umieszczono dwa mieszkania – dla inspektora i skarbnika (zarządcy finansowego). Całe drugie piętro zajmowało mieszkanie dyrektora, z balkonem na osi nad wejściem²⁵⁷. Przed budynkiem założono skwer do którego dochodziła droga dojazdowa. Za nią rozciągał się park. Podobnie usytuowano budynek administracji w azylu w Ueckermünde, założony na planie prostokąta, z dwoma nieznacznie przestającymi z lica ryzalitami bocznymi. Główne

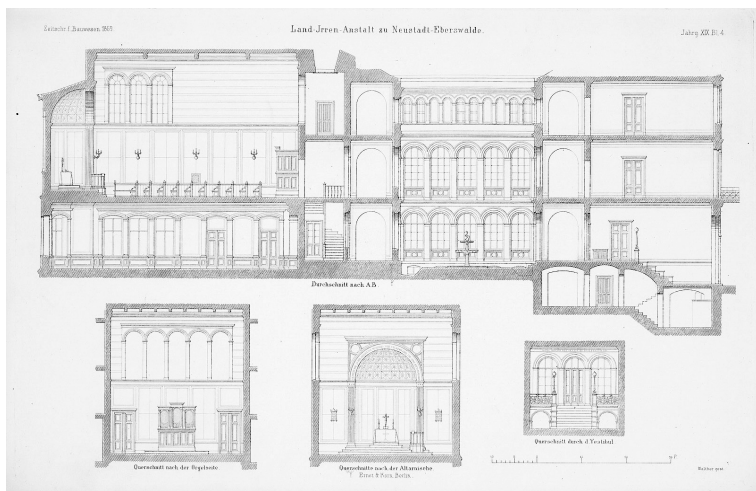
²⁵⁶ G. Spott, *op. cit.*, s. 153–154, rzuty – tablica 32.

²⁵⁷ TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. ZFB 04,020; *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 4, 1854, H. 3-4, Bl. 20.

wejście usytuowano na osi budynku, a nad nim – jak w Świeciu – umieszczono balkon. Przed budynkiem założono skwer na planie koła, przecięty aleją dojazdową do zakładu. Po bokach rozciągało się założenie zielone z nieregularnie przebiegającymi alejkami.

Wyjątkowo reprezentacyjnie zaprojektowany został budynek administracji w zakładzie w Eberswalde (il. 4.37). Pomieszczenia w części frontowej zostały rozlokowane wokół wewnętrznego dziedzińca, dookoła którego biegł korytarz komunikujący wszystkie pokoje. Po prawej stronie od wejścia znajdował się gabinet dyrektora, dalej kasa, trzy biura i archiwum. Po drugiej stronie umieszczono pokój gościnny, salę konferencyjną, następnie klatkę schodową, gabinet zastępcy dyrektora i bibliotekę. Naprzeciwko wejścia, za dziedzińcem, znajdowały się 4 klatki schodowe, z biegiem schodów ustawionymi równolegle do fasady budynku. Za nimi usytuowano część rozrywkową: w środku dużą salę bankietową ze sceną, a po jej bokach pokoje towarzyskie, skomunikowane z toaletami. Na piętrze wokół dziedzińca ulokowano pokoje, dwie łazienki i kuchnię, a nad salą towarzyską kaplicę. Budynek od strony głównego wejścia był nieco wysunięty z linii zabudowy, założony na planie prostokąta zbliżonego do kwadratu z tylnym, środkowym skrzydłem. Główne wejście umieszczone zostało w ryzalicy na osi, a nad nim usytuowano balkon. Budynek miał o jedną kondygnację więcej niż sąsiednie domy dla chorych²⁵⁸.

Budynek administracyjny w Gorzowie Wielkopolskim (il. 4.38) wzbogacono o funkcję rozrywkową, edukacyjną i medyczną. Obiekt założono na planie prostokąta z dużym ryzalitem na osi, mieszczącym w strefie parteru wejście i reprezentacyjny hol komunikujący z czytelnią, pokojem



Il. 4.37. Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde, 1869r. – budynek administracji, przekrój wzdłużny i przekroje poprzeczne kaplicy i westybulu

Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 19, 1869, Bl. 4.

odwiedzin i biblioteką oraz kasą. W bocznych częściach ulokowano registraturę, kancelarię, aptekę, „pomieszczenie z mikroskopem”, po drugiej stronie salę konferencyjną, gabinet dyrektora, salę wykładową. Po obu stronach ryzalitu znalazły się klatki schodowe prowadzące na piętro. Tam centralnie od strony wejścia usytuowano salę widowiskową, ujętą bocznymi pomieszczeniami dla mężczyzn i dla kobiet, komunikującymi salę z klatkami schodowymi. Dodatkowe pomieszczenia wykorzystywane były dla chorych leżących czy niespokojnych. W bocznych częściach budynku umieszczono mieszkanie dla naczelnego lekarza i po drugiej stronie – dla inspektora zakładowego, dostępne z bocznych

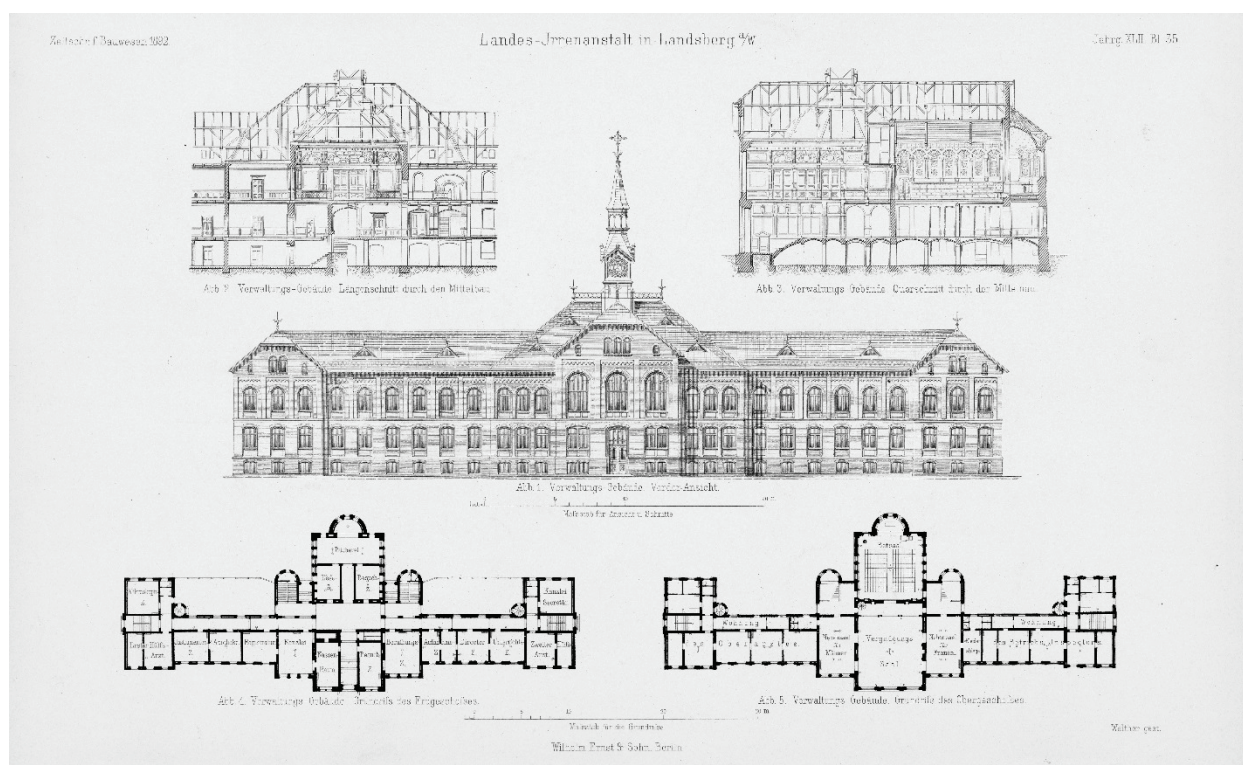
klatek schodowych oraz z pomieszczeń sąsiadujących z salą towarzyską²⁵⁹.

Ciekawe rozwiązanie zastosowano w azylu w Kortowie. Budynek administracji założono na planie prostokąta z nieznacznie przestającymi z lica ryzalitami środkowymi²⁶⁰. Centralny hol zaplanowano jako ośmiobok skomunikowany z wejściem głównym i korytarzem, a w ukośnych ścianach umieszczono wejścia do pomieszczeń w centralnej części budynku. Od frontu znajdowały się dwie sale w amfiladzie z jednej strony, z drugiej – mniejsze pomieszczenia, zapewne portiernia. Po drugiej stronie między klatkami schodowymi znajdowało się pięć sal, cztery w amfiladzie (być może pierwotnie wszystkie) – dwie z wejściami z holu, między nimi mniejsza, a dwie pozostałe skomunikowane z korytarzem. Na piętrze, na osi umieszczono dużą kaplicę zajmującą dwie kondygnacje oraz cztery pomieszczenia. Analogiczny układ zastosowano na 2. piętrze.

²⁵⁸ Dokumentacja techniczna – projekty Martina Gropiusa, ze zbiorów GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde.

²⁵⁹ TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. ZFB 42,035; *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 42, 1892, tablica 35.

²⁶⁰ Archiwum Państwowe w Olsztynie, Wojewódzkie Biuro Projektów „Miastoprojekt” nr zesp. 528, dokumentacja techniczna – Kortowo 1950 r., sygn. 59.



Il. 4.38. Gorzów Wielkopolski, Brandenburgische Landesirrenanstalt in Landsberg a. W., 1892 r. – budynek administracji, fasada, przekroje i rzuty

Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 42, 1892, Bl. 35.

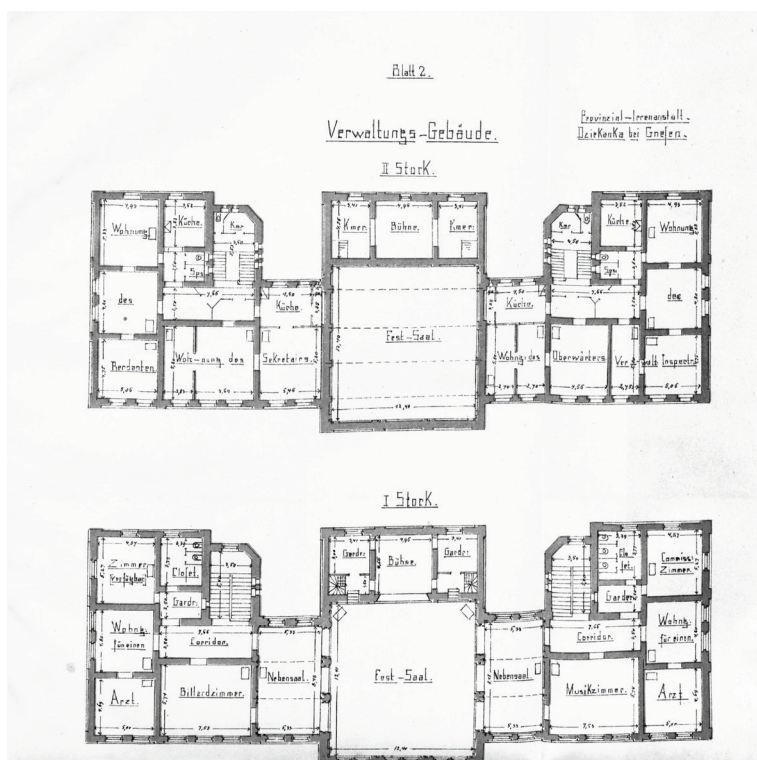
W berlińskim azylu Herzberge gmach administracji mieścił się w dużym budynku założonym na planie prostokąta z dużym środkowym skrzydłem od tyłu. Do wnętrza prowadziło wejście usytuowane na osi fasady, komunikujące z głównym holem przekrytym sklepieniami krzyżowymi wspartymi na czterech kolumnach, z którego główna klatka schodowa prowadziła na piętro (il. 4.39). Ciekawym rozwiązaniem było umieszczenie w skrzydle w strefie parteru kaplicy, a na piętrze sali towarzyskiej ze sceną, zajmującej dwie kondygnacje. Podobne rozwiązanie zastosowano nieco wcześniej w innym berlińskim azylu w Daldorf. Tu również w tylnym środkowym skrzydle na piętrze ulokowano dużą salę towarzyską. Analogicznie rozwiązano również części frontowe obu gmachów²⁶¹.

Inaczej rozwiązano gmach administracji azylu w Łęborku. Dwukondygnacyjny budynek składał się z części centralnej, założonej na planie zbliżonym do kwadratu z dziedzińcem wewnętrznym, oraz dwóch skrzydeł, również na planach zbliżonych do kwadratu, połączonych z partią centralną za pomocą parterowych łączników przy rogach od strony północnej. W skrzydłach umieszczono mieszkania – w jednym dla dyrektora zakładu, w drugim – na dole – dla inspektora administracyj-



Il. 4.39. Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, budynek administracji, hol główny na parterze (fot. autorka, 2019 r.)

²⁶¹ C. Ideler, H. Blankenstein, *Die städtische Irren-Anstalt zu Daldorf*, Ver. Julius Springer, Berlin 1883, bl. 4.



Il. 4.40. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – budynek administracji, rzut 1. i 2. piętra

Źródło: Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen für die Zeit vom 1. Oktober 1894 bis Ende März 1895, Bl. 2.



Il. 4.41. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – budynek administracji, hol główny na parterze (fot. autorka, 2018 r.)

ulokowano laboratorium. Pomieszczenia były skomunikowane korytarzami wychodzącymi z głównego holu. W ryzalitach bocznych umieszczono klatki schodowe. Na piętrze w centralnej części usytuowano salę towarzyską ze sceną, skomunikowaną z klatką schodową poprzez sale boczne, obok których z lewej strony znajdował się pokój bilardowy, a z prawej pokój muzyczny. W ryzalitach bocznych były garderoby i WC, a na skrajach małe mieszkania dla lekarzy²⁶³.

Nietypowy budynek administracji zaplanowano w Obrzycach (il. 4.42). Obiektu wyjątkowo nie zaprojektowano symetrycznie. Główna część położona została na osi zakładu, naprzeciwko głównej bramy, resztę składającą się z dwóch segmentów rozciągnięto w kierunku zachodnim. Całość ma nieregularny plan, złożony z kilku prostokątów. W głównej części w strefie parteru znalazło się

nego, a na górze dla naczelnego lekarza. W części centralnej, na parterze znajdowała się kasa, kancelaria, biuro administracji, portiernia, pomieszczenia dla gońca i służby, trzy sale recepcyjne i konsultacyjne, laboratoria medyczne, jadalnia i czytelnia dla lekarzy, biblioteka, sala konferencyjna i biuro dyrektora. Na piętrze usytuowano z przodu mieszkanie dla starszego lekarza, od tyłu mieszkania dla asystentów i lekarzy wolontariuszy. Budynek został umieszczony na osi zakładu, naprzeciwko głównego wejścia i poprzedzony reprezentacyjnym skwerem²⁶².

Pięknie prezentuje się do dzisiaj budynek administracji szpitala w Dziekanowie, położony naprzeciwko głównego wejścia, poprzedzony okrągłym, reprezentacyjnym skwarem. Założony na planie prostokąta z ryzalitami środkowymi i bocznymi w elewacji tylnej i nieznacznie przedstawiającym z lica w fasadzie, podkreślającym wejście główne do budynku. Obiekt rozplanowano podobnie do budynku administracji w Gorzowie. W strefie parteru od wejścia schody prowadziły do reprezentacyjnego holu ze sklepieniami krzyżowymi wspartymi na 4 kolumnach (il. 4.40 i 4.41). Po bokach umieszczono pokój odwiedzin i gabinet przyjęć. Lewa część budynku przeznaczona była do celów administracyjnych. Znalazły się tu kasa z sejfem, kancelaria, sekretariat, gabinet inspektora administracyjnego. Druga strona została przeznaczona na gabinet dyrektora, salę konferencyjną i bibliotekę oraz pokój i jadalnię dla lekarzy. Naprzeciwko wejścia

²⁶² F. Siemens, *op. cit.*, s. 217.

²⁶³ Provinzialanstalt Dziekanka, [w:] *Deutsche Heil-...*, t. 1, s. 239, 241 i 243; *Pamiętnik XXX-lecia Dziekanki...*, op. cit., s. 5, 11-13.

wejście prowadzące obok portierni do głównego holu. Po bokach ulokowano gabinety głównego lekarza i dyrektora, a po drugiej stronie za portiernią pokój przyjęć i dyżurkę. Naprzeciwko wejścia znalazły się gabinety lekarskie, a po bokach klatki schodowe prowadzące na piętro. W części zachodniej skomunikowanej korytarzem z głównym holem umieszczono aptekę, salę konferencyjną, bibliotekę dla lekarzy, kancelarię i sekretariat, kasę oraz dwa dodatkowe pokoje biurowe. Piętro głównej części zajęła duża sala towarzyska ze sceną, skomunikowana z klatkami schodowymi przez boczne sale. Za schodami umieszczono toalety – damską i męską. W części zachodniej ulokowano bibliotekę dla pacjentów, salę modlitw dla pacjentów wyznania

mojżeszowego, pokoje gościnne oraz małe mieszkanie dla lekarza-asystenta i kuchnię oraz toaletę. Na skraju zachodnim w zwartej zabudowie znalazł się jeszcze budynek mieszczący mieszkania dla personelu, nie skomunikowany z częścią administracyjną²⁶⁴.

Również w Kocborowie budynek administracji położony był na osi założenia od frontu i poprzedzony skwerem i ogrodem. Budynek zaplanowano nieco podobnie do gmachu administracji w Łęborku. Założony został na planie prostokąta, z szerokim ryzalitem środkowym od strony zakładu. Od frontu przy narożnikach z jednej strony znajdowała się willa dyrektora, a z drugiej dla dwóch urzędników, połączone przejściami odpowiednio – z gabinetu dyrektora i z kasy. Pomieszczenia w budynku administracji skomunikowane były biegnącym wzdłuż korytarzem, przechodzącym w poczekalnię przy gabinecie dyrektora na skraju zachodnim i przy kasie na skraju wschodnim. Na osi budynku od frontu umieszczono główne wejście, obok którego znajdowała się portiernia, za nią na wschód dyżurka, pokój przyjęć, gabinet inspektora i kasa, a po drugiej stronie pokój do pracy dla lekarzy z biblioteką, dalej sala konferencyjna i gabinet dyrektora. W trakcie od północy we wschodnim ryzalicie umieszczono księgozbiór i WC, w zachodnim – bibliotekę, aptekę i toaletę. Na osi znalazła się klatka schodowa prowadząca na piętro. Na drugiej kondygnacji umieszczono kasyno dla lekarzy oraz dwa mieszkania składające się z salonu i sypialni dla lekarzy asystentów (praktykantów?) oraz pomieszczenia higieniczne²⁶⁵.

Wśród budynków azylu w Buch wyróżnia się trzypiętrowy budynek administracji, który usytuowany został na głównej osi za bramą (il. 4.43). Wydłużony budynek z centralnym ryzalitem, znacznie wysuniętym z frontowej i tylnej elewacji, i krótkimi skrzydłami bocznymi został zaprojektowany jako najbardziej reprezentacyjny obiekt zespołu. Przez główny portal ujęty pilastrami z piaskowca, umieszczony w ryzalicie środkowym, podkreślonym wysokim szczytem, wchodziło się do holu ze sklepieniem krzyżowym, wspartym na czterech parach kolumn. Pierwotnie biura, biblioteka, pokój do pracy i salon dla lekarzy były rozmieszczone wzdłuż frontu, po drugiej stronie biegł sklepiony korytarz komunikujący wszystkie pomieszczenia. W skrzydłach umieszczono z każdej strony pokój mieszkalny dla lekarza asystenta i klatki schodowe, ponadto w lewym skrzydle gabinet dyrektora, poprzedzony poczekalnią, a w prawym pokój do pracy. W drugiej kondygnacji, w centralnej części usytuowana była dwupiętrowa sala balowa ze sceną, z prawej strony od frontu sąsiadowała z nią sala zabawowa i pokój bilardowy, z lewej strony jadalnia, biblioteka i czytelnia. Tak jak na parterze, w tylnym trakcie ulokowano szeroki korytarz. Od frontu gmach znajdował się okazały zieleniec, ogród zaplanowano również z tyłu budynku, między skrzydłami²⁶⁶.



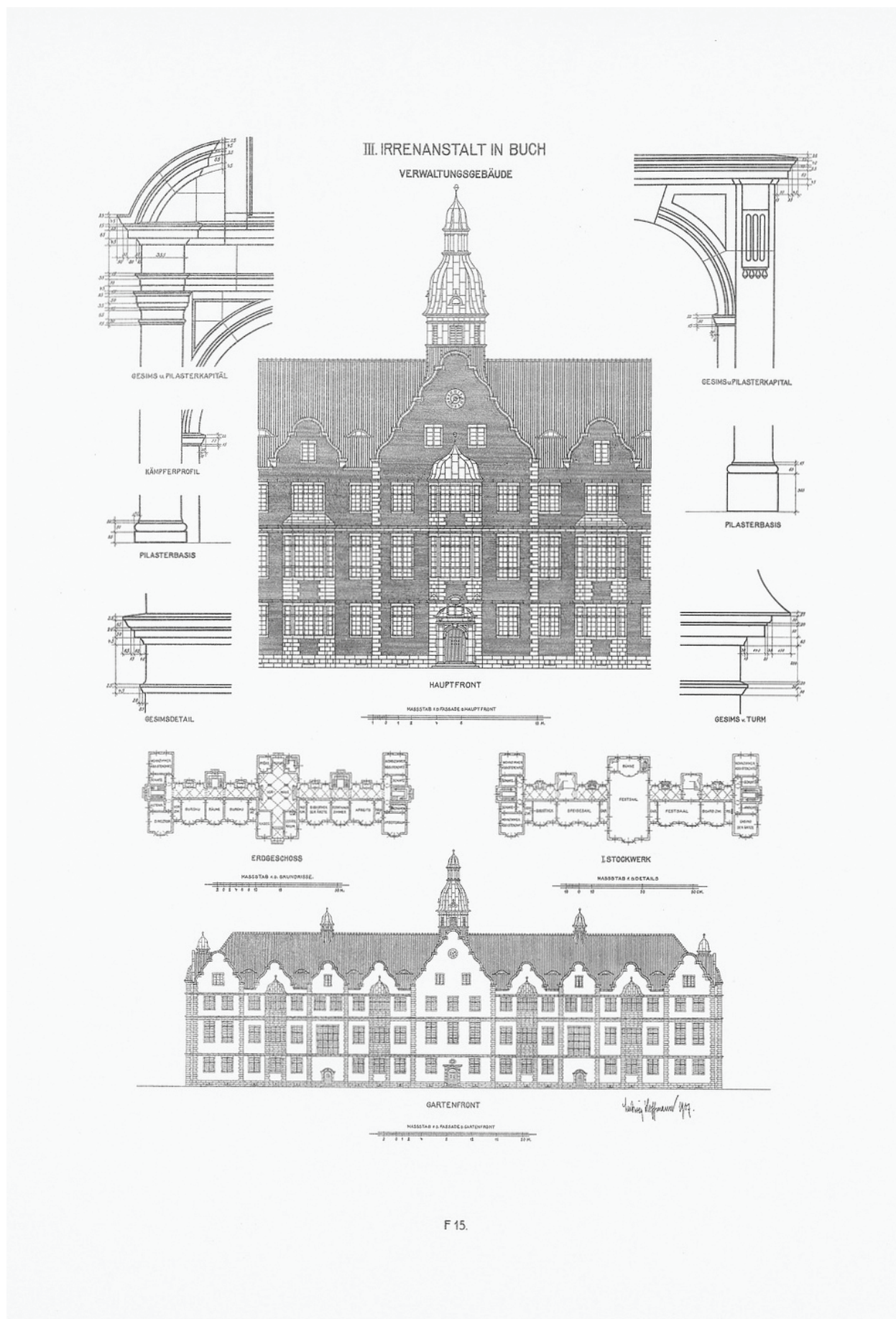
Il. 4.42. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – budynek administracyjno-mieszkalny, rzut parteru i piętra

Źródło: *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, t. 1, 1910, red. J. Bresler, s. 261.

²⁶⁴ *Provinzialanstalt Obrawalde bei Meseritz*, [w:] *Deutsche Heil-...*, t. 1, s. 260–261.

²⁶⁵ Dokumentacja techniczna ze zbiorów Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

²⁶⁶ TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. B 2377,026; L. Hoffmann, *Irrenhaus, Berlin-Buch, Neubauten der Stadt Berlin*, Bd. VII, 1908.



F 15.

Il. 4.43. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch, 1908 r. – budynek administracji, elewacje, rzuty parteru i piętra i detale
Źródło: L. Hoffmann, *Irrenhaus, Berlin-Buch, Neubauten der Stadt Berlin*, VII, Taf. 15, TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. B 2377,026.

Spośród budynków administracyjnych na szczególną uwagę pod względem programu funkcjonalnego zasługuje budynek w Stralsundzie z licznymi pomieszczeniami administracyjnymi i recepcyjnymi oraz z kasą i gabinetem dyrektora z poczekalnią. Funkcję edukacyjną pełniły biblioteka medyczna i sala wykładowa. Zaplanowano również bibliotekę dla pacjentów. Ponadto usytuowano w nim laboratoria: histologiczne, serologiczne i bakteriologiczne oraz pomieszczenia z urządzeniami do elektrodiagnostyki i elektroterapii. Poza tym budynek mieścił jeszcze 3 mieszkania – dla lekarza, inspektora administracyjnego i służącego, o różnym standardzie. Na dole przy wejściu umieszczono dyżurkę z pokojem dozorczy i centralą telefoniczną oraz poczekalnię dla chorych²⁶⁷.

Wszystkie budynki administracji położone były naprzeciwko wejścia głównego i poprzedzone reprezentacyjnymi zieleńcami. Ich program funkcjonalny wykraczał poza zadania administracyjne i wraz z rozwojem architektury zakładów poszerzał się o nowe funkcje (np. naukowe, laboratoryjne, a czasem rozrywkowe i kultu). Również same budynki zmieniały się od skromnych gmachów bez dekoracji architektonicznej do okazałych budowli, wzbogaconych szeregiem ryzalitów, ozdobnych portali i szczytów, wysokich okien, podnoszących rangę budynków.

4.2.5.2. Miejsca modlitwa i miejsca rozrywki²⁶⁸

Częścią terapii była modlitwa, dlatego też należało zapewnić pacjentom różnych wyznań odpowiednie miejsca. Również ważne było życie rozrywkowe, aby chorzy nie czuli się wykluczeni i pozbawieni tego, do czego przywykli w życiu poza zakładem. Organizowano więc koncerty, spektakle teatralne, a także obchodzono wspólnie ważne święta. Do rozrywek zarezerwowanych dla mężczyzn należała gra w kręgle. Część projektów założeń azylów zakładała budowę wolnostojących kaplic umieszczonych na terenie zakładu. W innych na kaplice proponowano osobne sale, w których znajdował się ołtarz i odprawiano msze święte w obrządku katolickim i ewangelickim. Ponadto czasem wprowadzano jeszcze osobne sale modlitw dla żydów. Lokowano je zazwyczaj w budynkach administracji. W niektórych azylach jednak proponowano dość oryginalne rozwiązanie architektoniczne, a mianowicie łączono sale bankietowo-teatralne z kaplicami. Mieściły się one wówczas w odrębnych budynkach, gdzie w dużej sali z jednej strony umieszczano apsydę z ołtarzem, a naprzeciwko scenę pudełkową, z garderobami po bokach. Salę wypełniały rzędy krzeseł, które można było przestawić w miarę potrzeb. Ponadto dbano również o kondycję fizyczną pacjentów. Temu celowi służyły ogrody i parki, spacer i praca w gospodarstwach rolnych, ale również ćwiczenia gimnastyczne wykonywane latem na świeżym powietrzu, a zimą w sali gimnastycznej, o ile taka istniała, lub właśnie w sali towarzyskiej. Jak widać, starano się wykorzystać pomieszczenia na różne sposoby. Popularną w XIX stuleciu rozrywką ruchową była gra w kręgle. W wielu azylach po męskiej stronie założenia znajdowały się specjalnie do tego celu wzniesione niewielkie budynki.

*Kaplice w odrębnych budynkach*²⁶⁹

Budowa osobnego obiektu w azylu przeznaczonego na kaplicę była inwestycją dość drogą, stąd podejmowano ją w niewielu zespołach. Zależało to na pewno od funduszy przeznaczonych na budowę azylu, ale również od odległości do najbliższej świątyni. Niektórzy psychiatrzy, jak już wspomniano, uważali, że aby stworzyć chorym warunki podobne do domowych, należy umożliwić im kontynuację czynności, do których byli przyzwyczajeni, a jako jedną z nich wymieniali „nawyk wyjścia do kościoła”. To „wyjście” miało mieć dosłowne znaczenie w sensie przemieszczenia się do świątyni położonej poza terenem zakładu. Jednak w zespołach pełniących rolę leczniczą i opiekuńczą, o których mowa w opracowaniu, należało wziąć pod uwagę również pacjentów o złej kondycji fizycznej czy wręcz leżących oraz niebezpiecznych chorych, którzy podlegali stałej kontroli. Stąd konieczność planowania na terenie zakładu odpowiednich miejsc do modlitwy i odprawiania mszy.

Kaplice usytuowane w osobnych budynkach wzniesiono między innymi w azylach w Halle, Kościanie, Dziekanowie, Odrzycach oraz Buch i Stralsundzie. Świątynie miały różną wielkość i stylistykę w zależności od okresu budowy. W azylu w Kościanie do celów kultowych pozostawiono część

²⁶⁷ Blindt, *op. cit.*, s. 18.

²⁶⁸ Omówienie razem miejsc modlitwy i rozrywki spowodowane jest tym, że w niekiedy łączono te dwie funkcje w jednym budynku, w jednej sali.

²⁶⁹ W opracowaniach, opisach i na planach sytuacyjnych często kaplice w azylach oznaczano jako kościoły. Niemniej autorka przyjęła określenie kaplice ze względu na to, że służyły one określonej, zamkniętej społeczności azylu i nie były dostępne dla wszystkich (zgodnie z Kodeksem prawa kanonicznego – Kan. 1223, <https://www.katolik.pl/forum/read.php?f=1&i=189974&t=189966>).



Il. 4.44. Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale – kaplica (fot. autorka, 2019 r.)

dawnego klasztorного kościoła od strony prezbiterium. Pozostałą część przebudowano na oddział dla kobiet. W Halle kaplicę usytuowano na końcu głównej osi kompozycyjnej zakładu, w niewielkim oddaleniu od pozostałych budynków, w otoczeniu zieleni (il. 4.44). Świątynia została wzniesiona z cegły, licowana beżową cegłą i nadano jej stylizowane formy nawiązujące do niewielkich średniowiecznych kościołów. Od wschodu zakończona została kaplicą założoną na planie 5-boku, zwieńczoną ceglany fryzem. W fasadzie, od strony zachodniej umieszczono wieżę, założoną na planie 8-boku, z wejściem zamkniętym łukiem. Boczne ściany kościoła przepruto wysokimi, prostokątnymi oknami zamkniętymi pełnymi łukami, z maswerkami, od strony północnej umieszczono drugie wejście. Narożniki zwieńczone zostały sterczynami²⁷⁰.

Duże kaplice o stylizowanych formach średniowiecznych wzniesiono w Dziekance i Obrzycach. Obie świątynie zbudowane zostały z cegły i oblicowane czerwoną cegłą. Kaplicę w Dziekance (il. 4.45 i 4.46) założono na planie prostokąta, z dwoma prostokątnym chórami ujętymi dwoma

aneksami. Ze względu na dwuwyznaniowe przeznaczenie świątyni we wschodnim chórze ułożono dwa odrębne prezbiteria – katolickie i ewangelickie. Aneksy służyły jako zakrystie odpowiednio dla obu wyznań. Boczne ściany przeprute zostały oknami stanowiącymi połączenie biforium z okulusem. Między nimi usytuowano wejścia z domkami portalowymi²⁷¹. Całość obiega ceglany fryz arkadowy. Na kalenicy umieszczono smukłą sygnaturkę. Wewnątrz znajdowało się 120 miejsc siedzących. Większą kaplicę, o malowniczej bryle i stylizowanych formach neogotyckich, wzniesiono w Obrzycach (il. 4.47). Została założona na planie prostokąta z wielobocznie zamkniętym prezbiterium od wschodu i kruchtą od zachodu, obok której umieszczono wieżę. Ściany boczne przeprute szerokimi oknami zamkniętymi łukami ostrymi, nad nimi umieszczono okna rozetowe, zwieńczone trójkątnymi szczytami z osobnymi daszkami. Parapety, gzymsy, zakończenia lizen wykonano z zielonej, szklwionej cegły. Dwunawowe wnętrze kościoła wykończono w duchu secesji, ze stylizowanymi motywami romańskimi (il. 48). Kaplica mieściła około 400 wiernych i również pierwotnie była dwuwyznaniowa.

Interesującą formę architektoniczną i stylistyczną, idealnie dopasowaną do form stylistycznych pozostałych budynków azylu, nadano kaplicy w Buch (il. 4.49). Budynek zaplanowany na rzucie prostokąta z niewielkimi ryzalitami w bocznych elewacjach w części zachodniej, przykryty dwuspadowym, naczółkowym dachem z lukarnami i poprzedzony kolumnowym gankiem, nie przywo-

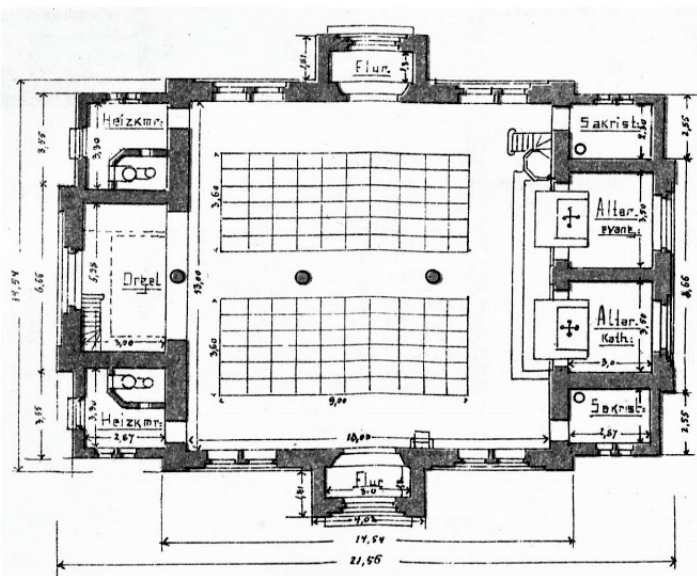
²⁷⁰ Kaplica ze względu na bardzo zły stan techniczny jest zamknięta. Na planach oznaczono ją jako kościół (Kirche), Fries, *op. cit.*, s. 215.

²⁷¹ Usytuowanie jednego wejścia od strony ogrodu azylu, a drugiego od strony ulicy może świadczyć o udostępnianiu kaplicy np. okolicznym mieszkańcom. Jednak na planie sytuacyjnym jest ona zaznaczona wyraźnie na terenie zakładu, ale oznaczona jako kościół (Kirche), *Provinzialanstalt Dziekanka*, [w:] *Deutsche Heil-...*, t. 1, s. 238, 240. Tak samo oznaczono kaplicę w Obrzycach, *Provinzialanstalt Obrawalde bei Meseritz*, [w:] *Deutsche Heil-...*, t. 1, *op. cit.*, cz. 2, s. 258, 260.

dzi na myśl obiektu sakralnego. Kaplicę oblicowano czerwoną cegłą, co zostało skontrastowane z detalem – oprawą okien i drzwi, kolumnami, okładziną przypór i narożników, wykonanymi z jasnego piaskowca. Na kalenicy dachu nad wejściem umieszczona została wieżyczka z zegarem, zakończona latarenką. Wnętrze kaplicy, przykryte sklepieniem kolebkowym, mieściło 250 miejsc siedzących w przyziemiu oraz 50 na emporze znajdującej się nad wejściem²⁷². Całość dopełniała skromna dekoracja o motywach secesyjnych (il. 4.50).



Il. 4.45. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – kaplica (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.46. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – rzut kaplicy

Źródło: Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen für die Zeit vom 1. Oktober 1894 bis Ende März 1895, Bl. 3.



Il. 4.47. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – kaplica (fot. autorka, 2017 r.)



Il. 4.48. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – wnętrze kaplicy (fot. autorka, 2017 r.)

Również według nietuzinkowego projektu wykonana została kaplica (oznaczona jako Kirche) w azylu w Stralsundzie (il. 4.51). Obiekt miał poszerzony program funkcjonalny. Poza kaplicą mieścił kostnicę i prosektorium. Dzięki wykorzystaniu stoku wzgórza, można było pogodzić różne funkcje. Z wyższego poziomu wzgórza wejście prowadziło do kaplicy w bocznej elewacji,

²⁷² TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. B 2377,060, L. Hofmann, *op. cit.*, s. 10, tablica 49.

4.2. Nowoczesne zespoły szpitalne z drugiej połowy XIX i początku XX stulecia

a w przyziemi pod apsydą znajdowały się pomieszczenia kostnicy i prosektorium. Kaplice – dzięki zróżnicowaniu poziomów oraz bryły (wieża, odmiennie rozwiązane elewacje) – nadano malownicze formy o stonowanej kolorystyce, świetnie wpisujące się w krajobraz i dostosowane do sąsiadujących budynków²⁷³. Wnętrze zostało zaprojektowane w prostych, rustykalnych formach, z nawą przykrytą drewnianym stropem, ze sklepionym prezbiterium i niewielką emporą wzdłuż bocznej ściany.



Il. 4.49. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – kaplica (fot. autorka, 2019 r.)



Abb. 23. Kapelle.

Il. 4.50. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch, 1908 r. – wnętrze kaplicy

Źródło: L. Hoffmann, *Irrenhaus, Berlin-Buch, Neubauten der Stadt Berlin*, VII, 1908, s. 10, TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. B 2377,011.



Il. 4.51. Stralsund, Vierte pommersche Provinzialheilanstalt zu Stralsund – kaplica (fot. autorka, 2019 r.)

²⁷³ *Kranken-Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Pommern*, red. Bundt, Gustaf. Düsseldorf, 1920, s. 18, <https://zbc.ksiaznica.szczecin.pl/dlibra/publication/1269/edition/1065/content?ref=desc> (dostęp: 10.03 2020).

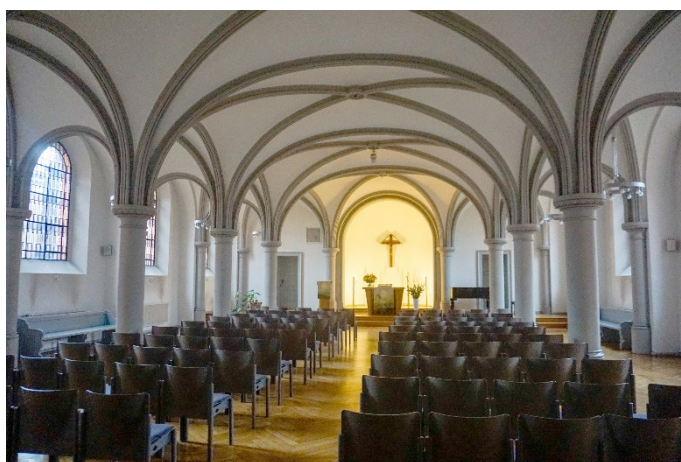
Kaplice w budynkach administracji

W większości azylów kaplice umieszczano jako jedno z pomieszczeń w większych budynkach, zazwyczaj w reprezentacyjnych budynkach administracji, o czym wspomniano wcześniej. Wyjątkiem był zakład w Świeciu, gdzie kaplicę umieszczono na piętrze, na osi budynku gospodarczego (il. 4.52). Duża kaplica zajmowała dwie kondygnacje, odświętny charakter nadano jej za pomocą dekoracyjnej więźby dachowej i drewnianej empory. W budynkach administracji kaplice najczęściej umieszczone były w centrum i zajmowały środkową część parteru lub środkowe skrzydło, jak w berlińskich szpitalach w Daldorf czy Herzberge. W Gorzowie Wielkopolskim ulokowano ją na piętrze budynku administracji wraz z salą towarzyską²⁷⁴. Pięknie zachowanym przykładem jest kaplica z berlińskiego szpitala Herzberge (il. 4.53). Trzynawowe, surowe wnętrze przekryte zostało sklepieniem krzyżowo-żebrowym, wspartym na kolumnach i doświetlone prostokątnymi otworami okiennymi zamkniętymi odcinkiem łuku. Skrzydła znajdujące się na końcu w niewielkim ryzalicie prezbiterium zostały doświetlone bocznymi oknami. Przy wejściu zachowały się oryginalne organy (il. 4.54).

Ostatnie, bardzo „praktyczne” rozwiązanie to połączenie kaplicy z salą bankietową umieszczoną w osobnym budynku, które omówiono poniżej razem z salami towarzyskimi.



Il. 4.52. Świecie, Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz – wnętrze kaplicy (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.53. Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – kaplica w budynku administracji (fot. autorka, 2019 r.)



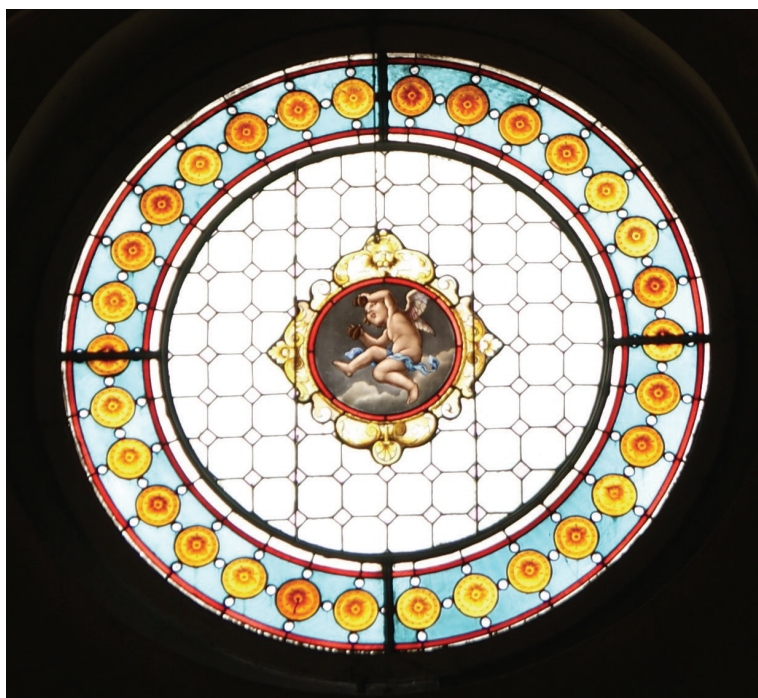
Il. 4.54. Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – organy w kaplicy (fot. autorka, 2019 r.)

²⁷⁴ Niestety budynek nie zachował się do dzisiaj.

Sale towarzysko-teatralne

Jedną z metod walki z „chorymi sposobami myślenia” było zastosowanie dodatkowego wstrząsu, wywołanego jakimś przeżyciem emocjonalnym. Jednym z takich bodźców mogły być emocje związane z obcowaniem ze sztuką i muzyką. Za potrzebne uważano również uroczyste obchodzenie świąt czy innych ważnych dni. Jak pisał dyrektor szpitala w Kortowie dr Stoltenhoff „dla rozrywki chorych przez cały rok organizowane są przedstawienia teatralne wykonywane przez przyjezdne trupy lub siły lokalne, tańce, cztery raz do roku uroczystości: na Boże Narodzenie, Zielone Świątki, Ostatki i Dożynki; ponadto uroczystości obchodzone są urodziny cesarza”²⁷⁵.

Terapia taka miała wielu zwolenników i przeciwników. Oponenti uważali, że „szaleńców nie należy nigdy zachęcać do żadnej aktywności obejmującej udawanie”, gdyż może to być niebezpieczne dla pacjentów. Jednak znaczna część niemieckich psychiatrów zalecała wyposażenie szpitali dla psychicznie chorych w duże, przestronne sale „na uroczystości, występy teatralne i muzyczne, bale, obchody świąt Bożego Narodzenia itp.”. Konieczność urządzania w szpitalach w tego typu pomieszczeń, wyposażonych w sceny podkreślono na przykład w podręcznikach budowlanych²⁷⁶. Zalecano, aby sale znajdowały się na środkowej osi zakładu i były dostępne zarówno od strony oddziałów męskich, jak i żeńskich. Jeśli sala położona była na parterze, proponowano połączyć ją z ogrodem, co można było wykorzystywać podczas letnich fiest.



Il. 4.55. Dziekanówka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanówka – witraż w sali towarzyskiej w budynku administracji (fot. autorka, 2018 r.)

Wyposażenie szpitali w „pomieszczenia towarzyskie” stało się regułą pod koniec XIX i na początku XX stulecia. Większość z badanych zakładów posiadała sale rozrywkowo-teatralne, i nawet jeżeli – jak na przykład w Świeciu – nie powstały w pierwszej fazie budowy, to dobudowywano je na przełomie stuleci. Umieszczone były w głównych gmachach administracyjnych lub w osobnych „budynkach towarzyskich”. Wszystkie wyposażone zostały w scenę, niektóre w empory, były bogato ozdobione, miały odświeżający charakter.

Najczęściej przestronna, wyróżniająca się spośród innych pomieszczeń bogatą dekoracją sala towarzyska zajmowała piętro w budynku administracji, jak np. w Gnieźnie, Trzebiatowie, Międzyrzeczu, Gorzowie czy w szpitalach berlińskich.

W elewacjach wyróżniały ją wysokie, duże okna, czasem wypełnione witrażami. Jeżeli znajdowała się w skrzydle budynku, wówczas była doświetlona jeszcze przez duże okna po bokach. Pełniła tylko funkcję rozrywkową, mieszcząc scenę z garderobami po bokach. Najczęściej obok znajdowały się jeszcze dwa pomieszczenia połączone z salą szeregiem szerokich drzwi lub wydzielone tylko filarami. W sąsiedztwie umieszczano pokoje muzyczny i bilardowy. Przykłady przestronnych, usytuowanych w budynkach administracji sal zachowały się między innymi w zespołach szpitalnych w Dziekanówce i Obrzycach.

Sala towarzyska w azylu w Dziekanówce zajmowała powierzchnię około 154 m² (12,5 × 12,5 m) i ujęta została dwoma pomieszczeniami bocznymi prowadzącymi do pokoi bilardowego i muzycznego, tworząc razem kompleks rozrywkowy. W fasadzie została wyróżniona trzema dużymi oknami, z witrażami przedstawiającymi putta, z atrybutami nawiązującymi do teatru i muzyki: maską teatralną, kastanietami i rommelpotem (il. 4.55 i 4.56). Naprzeciwko, na podwyższeniu usytu-

²⁷⁵ Stoltenhoff, *op. cit.*, s. 182.

²⁷⁶ A. Funk, *op. cit.*, s. 14.

wano scenę pudełkową (o szerokości 4,9 m i głębokości 2,5 m), ujętą pilastrami zwieńczonymi stylizowanymi, korynckimi głowicami. Po bokach umieszczono wejścia do niewielkich garderób, znajdujących się po obu stronach sceny. Całe pomieszczenie zostało artykułowane analogicznymi pilastrami, wydzielającymi okna i nałożonymi na masywne filary oddzielające przyległe pokoje. Pilastry dźwigają wydatny, wieloprofilowy gzyms, obiegający całe pomieszczenie. Ponad nim na przedłużeniu pilastrów usytuowano węższe i niższe pilastry, zwieńczone głowicami stylizowanymi na doryckie, dźwigającymi kolejny gzyms. Pośrodku, pod ozdobnym plafonem zawieszono ogromny żyrandol. Całość pokryta została dekoracją malarską²⁷⁷. Obecnie dekoracje malarskie pokryte są kolejnymi warstwami farby, jednak wykonane w 2018 r. odkrywki na ścianach i suficie ukazują fragmenty tych polichromii.

Z początku XX w. pochodzi sala towarzyska azylu w Międzyrzeczu (il. 4.57). Założona na planie kwadratu o bokach równych 12,36 m (powierzchnia ok. 153 m²), doświetlona została od strony fasady dużymi oknami, być może w górnej części pierwotnie ozdobionymi witrażami. Naprzeciwko wydzielono pudełkową scenę (o szerokości 5 m i głębokości ok. 4 m), ujętą parą drzwi prowadzących do garderób. Scena wyposażona była w dekoracje i kurtynę. Po bokach sala otwierała się na dodatkowe pomieszczenia, wydzielone masywnymi filarami, między którymi umieszczono dwuskrzydłowe, wysokie drzwi. Zastosowano tu bardziej plastyczną dekorację niż w Gnieźnie. Salę obiegały nawarstwione pilastry, dźwigające wydatny, profilowany gzyms. Nad bocznymi pomieszczeniami usytuowano otwarte na salę empory²⁷⁸. Salę zdobiły dekoracje malarskie wypełniające kasetony pod sufitem oraz górne partie ścian ponad łukami empor, niestety znane już tylko z fotografii.

Przykładem sali towarzyskiej umieszczonej w środkowym skrzydle budynku administracji jest sala w berlińskim azylu Herzberge (il. 4.58). Pomieszczenie doświetlone było wysokimi oknami w bocznych elewacjach. Naprzeciwko wejścia ujętego kolumnami podtrzymującymi emporę, usytuowano scenę pudełkową, na podwyższeniu wykończonym boazerią. Po obu jej stronach znalazły się dekoracyjne płyciny o wielkości i kształcie okien, ujęte analogiczną jak okna dekoracją sztukatorską. Całe pomieszczenie do wysokości parapetów okiennych obiegała płycinowa boazeria. Dekoracje w formie ozdobnych form geometrycznych, być może pierwotnie ujmujących plafony, zachowały się na suficie.

Bardzo dużą salę, o powierzchni 280 m², urządzono w budynku administracji w berlińskim Buch. Sala zajmowała całą część środkową



Il. 4.56. Dziekanówka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanówka – sala towarzyska w budynku administracji (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.57. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrabwalde bei Meseritz – sala towarzyska w budynku administracji (fot. autorka, 2018 r.)

²⁷⁷ *Provinzialanstalt Dziekanówka*, [w:] *Deutsche Heil-...*, op. cit., t. 1, s. 238–246; *Pamiętnik XXX-lecia Dziekanówki...*, op. cit., s. 12–13.

²⁷⁸ *Provinzialanstalt Obrabwalde bei Meseritz*, [w:] *Deutsche Heil-...*, op. cit., t. 1, s. 257–279; W. Dramowicz, *Obrzyce. Dzieje szpitala*, Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, Międzyrzecz 2004, s. 14–16.



Il. 4.58. Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – sala towarzyska w budynku administracji (fot. autorka, 2019 r.)

1. i 2. piętra wraz z ryzalitami w fasadzie i elewacji tylnej. Doświetlona była dwoma rzędami dużych okien od frontu i w bocznych ścianach. W ryzalicie od strony azylu umieszczono scenę pudełkową, na podwyższeniu, wyposażoną w dekoracje i poprzedzoną kanałem z budką suflera. Ściany i sufit ozdobione zostały bogatą, linearną dekoracją sztukatorską, a pod sufitem zawieszono rząd dużych, ozdobnych żyrandoli. Całość utrzymano w jasnych kolorach. W jej sąsiedztwie zaprojektowano mniejsze sale o wielkości 90 m², mieszczące dostępne dla wszystkich bibliotekę, czytelnię i pokój bilardowy²⁷⁹.

Budynki do celów modlitwy i rozrywki

Drugim wariantem usytuowania sali było wybudowanie osobnego „domu towarzyskiego”, jak np. w Lęborku, Kocborowie czy Stralsundzie. Było to zapewne kosztowniejsze, więc i rzadziej stosowane rozwiązanie. Wówczas sala była zazwyczaj dwufunkcyjna, łączyła funkcję rozrywkową i modlitewną (w Stralsundzie wzniesiono osobną kaplicę). Na jednym krańcu umieszczano w absydzie ołtarz, oddzielony drzwiami lub kotarą, a naprzeciwko znajdowała się scena. W budynkach były jeszcze dodatkowe pomieszczenia, garderoby i toalety.

Dom towarzyski w azylu w Lęborku założono na planie krzyża greckiego, z wieżą zegarową nad centralną częścią obiektu. Usytuowany został na osi założenia, za gmachem administracji. Obiekt o malowniczej sylwetce posadowiono na kamiennych fundamentach, ściany oblicowano jasną cegłą, urozmaicając je pasami i detałem z czerwonej cegły. Budynek mieścił dużą salę, zajmującą całą jego długość, z wydzieloną z jednej strony absydą mieszczącą ołtarz, oddzieloną przesuwanymi drzwiami, po drugiej stronie znajdowała się scena. Sala połączona była z pomieszczeniami bocznymi, nad którymi umieszczono otwarte galerie. W sąsiedztwie sali zabawowej znajdowały się po jednej stronie pokój muzyczny, a po drugiej – pokój bilardowy oraz toalety²⁸⁰. Obecnie wnętrze budynku zostało całkowicie przekształcone do celów kultowych.

Dobrze zachowany, o ciekawej formie architektonicznej „dom do modlitwy i celów towarzyskich” wzniesiono w azylu w Kocborowie. Usytuowany został na osi założenia, za budynkiem mieszczącym biura i mieszkania dla lekarzy oraz za wieżą ciśnień. Dom zaprojektowany w stylu architektury malowniczej, otrzymał bardzo rozczłonkowaną bryłę, przykrytą wieloma dachami i daszkami. Elewację wykończono czerwoną cegłą, z ozdobnymi pasami i fryzami z ciemnej, glazurowanej cegły. Ponadto dodano niewielkie dekoracyjne elementy z tynku, np. klucze w obramieniach okien. Szczyty dachów i daszków oraz konsolki podtrzymujące gzymsy podokapowe, jak i same gzymsy wykonano z drewna, odpowiednio ozdabiając te elementy. Stylistycznie budynek wpisywał się w architekturę zespołu i otaczającą go zielen, jednak poprzez finezyjne zestawienie brył i wykończenie wyróżniał się spośród otaczającej go zabudowy. Wnętrze budynku zajmowała przestronna, prostokątna sala o powierzchni ok. 300 m². Na jednym z krótszych boków zakończona została pudełkową, dość głęboką sceną, ujętą po bokach garderobami i z tyłu niewielkim zasce-niem. Naprzeciwko w absydzie usytuowano ołtarz, z dodatkowymi pomieszczeniami z tyłu i po bokach (zakrystia?). Przy dłuższych bokach sali, w niewielkich skrzydłach umieszczone zostały westybule, poprzedzone niedużymi przybudówkami mieszczącymi wejście pośrodku i toalety po bokach. Nad westybulami znajdowały się galerie otwarte na dużą salę. Najważniejsze pomieszczenie miało odpowiednią do rangi dekorację. Ściany sali artykułowano zostały płaskimi pilastrami ze stylizowanymi głowicami, dźwigającymi wydatny, profilowany gzyms imitujący belkowanie. U sty-

²⁷⁹ TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. B 2377,006; L. Hoffmann, *op. cit.*, s. 5.

²⁸⁰ F. Siemens, *op. cit.*, s. 215–222.

ku ścian i sufitu umieszczono dekoracyjną fasetę. Całość pokrywała finezyjna dekoracja malarska. Obecnie, niegdyś dość plastyczne pilastry i gzymsy oraz płyciny zostały nieco uproszczone, a subtelna dekoracja malarska znikła pod kolejnymi warstwami farby. Można ją podziwiać tylko na zachowanych fotografiach²⁸¹ (il. 4.59).

Inne formy architektoniczne i funkcję otrzymał „dom spotkań” w Stralsundzie, który pełnił tylko rolę rozrywkową, niewielką świątynię wzniesiono w innym miejscu. Budynek założony na planie prostokąta ujmowały dwa skrzydła, nadając mu formę zbliżoną do litery „H”. Część środkowa nakryta została wysokim, czterospadowym dachem, boczne dachami łamanymi. Elewacje artykułowane lizenami w części środkowej zostały przeprute wysokimi, zamkniętymi łukowo oknami. Jasne, tynkowane ściany skonstrastowano z czerwoną dachówką. Wnętrze podzielono na kilka przestrzeni. Centrum zajęła duża sala z pudełkową sceną, ponadto w budynku umieszczono pokój muzyczny i bilardowy, garderoby oraz jadalnię i pokój wypoczynkowy dla nieżonatych lekarzy.

Dość nietypową salę zabawową wzniesiono w zespole szpitala psychiatrycznego w Świeciu. Jej wybudowanie wiązało się zapewne z rozbudową szpitala, mającą miejsce w latach 1907–1908. Niewielki obiekt stylistycznie nawiązywał do zabudowy całości, jednak poprzez wykroje okien i ceglane fryzy bliższy był architekturze z początku XX stulecia. Sala doświetlona była od południa dużymi wielokwaterowymi oknami. Na przeciwnej ścianie mieściła się galeria, otwarta do wnętrza. Od strony wschodniej umieszczono dość szeroką, pudełkową scenę, na podwyższeniu. Sala otrzymała głównie malarski wystrój o motywach secesyjnych zarówno na ścianach, jak i na suficie, które połączone były szeroką, wygiętą fasetą²⁸².

Projektując sale zabawowe czy budynki towarzyskie w zakładach dla psychicznie chorych, wykorzystano ideę popularnego w XIX stuleciu *Établissement*, założenia rozrywkowo-rekreacyjnego, mieszczącego sale bankietowo-teatralne, zazwyczaj umieszczone w dużych ogrodach. Organizowano w nich bale, bankiety, uroczystości, a także występy artystyczne. Podobnie, chociaż na mniejszą skalę, wykorzystywano sale zabawowe w szpitalach psychiatrycznych²⁸³. Niezależnie od tego, czy służyły występom profesjonalnych artystów czy amatorów – jak pacjenci i personel szpitalny, były miejscem dostarczającym emocji i wrażeń estetycznych. Przestrzenie te stanowiły wyjątkowe miejsca spotkania medycyny, architektury i sztuki²⁸⁴. Innym budynkiem, również obowiązkowo obecnym w *Établissement*, była kręgielnia. Niewielkie budynki przeznaczone do uprawiania tego sportu wznoszono w azyłach po męskiej stronie założenia. Były w prawie każ-



Il. 4.59. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, fot. Emil Boehm – dwufunkcyjna sala balowa z kaplicą w budynku towarzyskim, zdjęcie w kierunku sceny

Źródło: TU Berlin Architekturmuseum Inv. Nr. F 5703.

²⁸¹ Dokumentacja techniczna ze zbiorów Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim; fotografie ze zb. Muzeum Architektury w Berlinie, TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. F 5702; TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. F 5703.

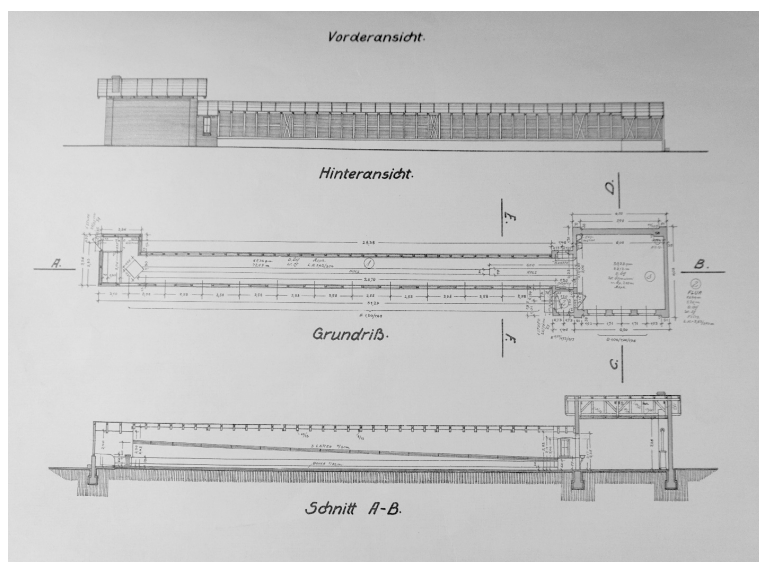
²⁸² Dokumentacja ze zbiorów Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Dr. Józefa Bednarza w Świeciu.

²⁸³ D. Bręczewska-Kulesza, *Odbicie idei „Établissement” w zespołach pruskich szpitali dla psychicznie chorych w XIX i na początku XX stulecia*, [w:] *Integracja sztuk wszelkich w XXI wieku. Architektura Teatru*, Wydawnictwa Uczelniane UTP, Bydgoszcz 2018, s. 13–20.

²⁸⁴ D. Bręczewska-Kulesza, *Na styku medycyny, architektury i sztuki – sale rozrywkowo-teatralne w XIX-wiecznych zakładach dla psychicznie chorych na Pomorzu i w Wielkopolsce* [*The meeting of medicine, architecture and theatre – entertainment and theatre rooms in the 19th century lunatic asylums in Pomerania and Greater Poland*], *Wiadomości Konserwatorskie / Journal of Heritage Conservation*, 59, 2019, s. 61–72.



Il. 4.60. Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – zabytkowa kręgielnia (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.61. Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – projekt kręgielni
Źródło: dokumentacja techniczna – projekty Martina Gropiusa, ze zbiorów GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde.

mieściły się w odrębnych budynkach. W większych zespołach przy budynkach technicznych umieszczano również warsztaty rzemieślnicze, które służyły terapii przez pracę. Ciekawymi obiektami, już dziś stanowiącymi tylko świadectwo techniki tamtych czasów, były wieże ciśnienia i lodownie.

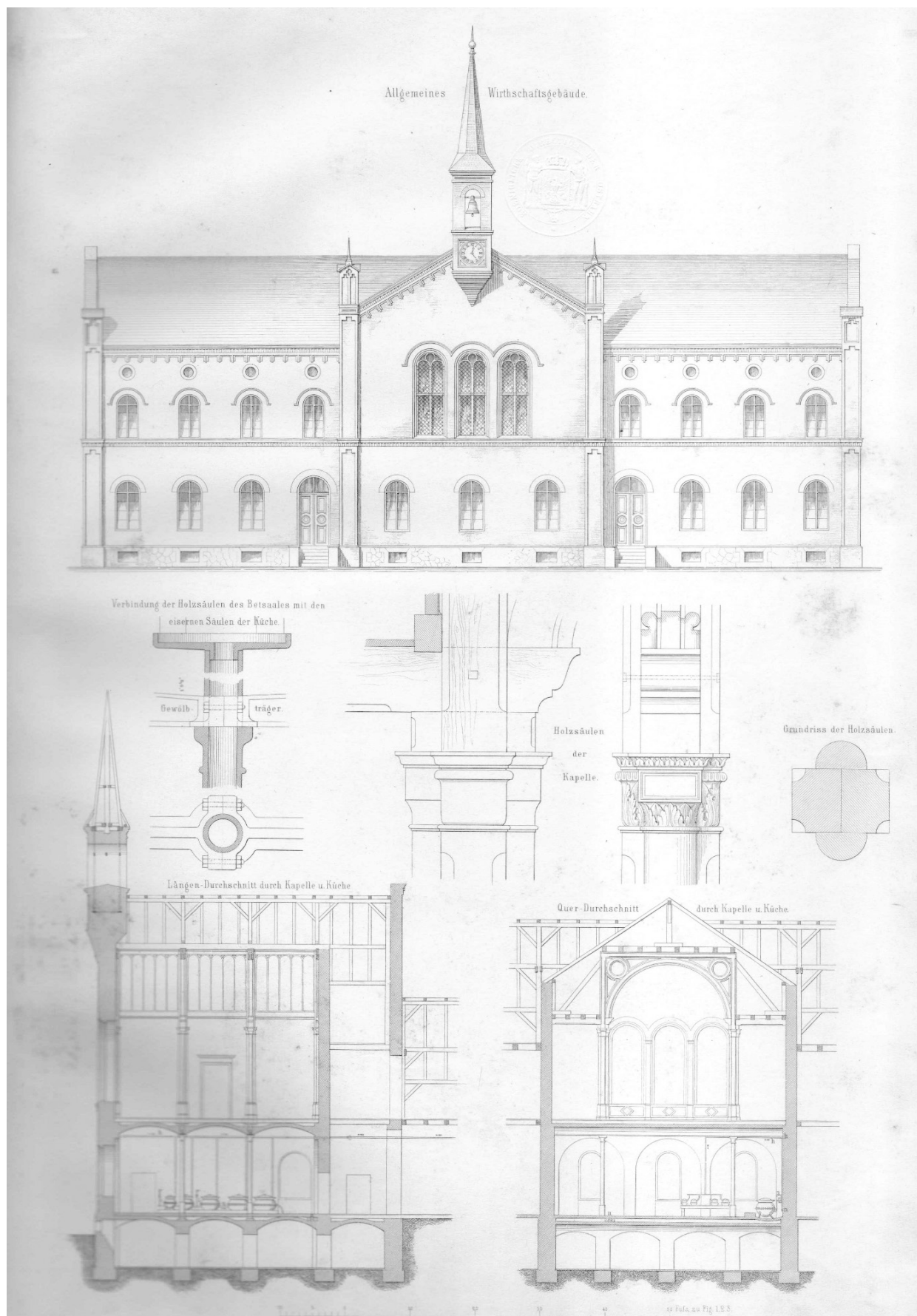
W starszych założeniach, na przykład w Świeciu, kompleks gospodarczo-techniczny mieścił się na dziedzińcu zamkniętym budynkami dla chorych (il. 4.62). Składał się z „ogólnego” budynku gospodarczego, maszynowni z maszyną parową oraz pralni. Budynek gospodarczy dzielił się na część frontową, w centrum której znajdowała się duża kuchnia, po stronie męskiej jadalnia i przejścia do pawilonów dla mężczyzn. Od strony pawilonów dla kobiet usytuowano zmywalnię naczyń, umywalnię warzyw oraz przejścia do nich. Od tyłu umieszczono duże skrzydło środkowe z łazienką podzieloną na części męską i żeńską, w nich pomieszczenia z wannami i z prysznicami oraz „pokoje ciszy”. Na piętrze na osi umieszczono dużą kaplicę. Dalej w ciągłej zabudowie znajdowała się maszynownia, a za nią pralnia. W głównym pomieszczeniu usytuowano mechaniczną pralkę i suszarkę, obok suszarnię z piecem oraz magiel i pomieszczenia do naprawy i sortowania czystego prania²⁸⁵.

dym zakładzie, niestety niewiele z nich zachowało się do dziś w niezmienionym stanie. Często widać je w zachowanej dokumentacji technicznej. Były niskie, podłużne, z nieco większą częścią od strony wejścia, zazwyczaj wznoszone w technologii szkieletowej w połączeniu z murem pruskim. W niskiej części znajdował się pochyły tor do rzucania kulami, z mechanizmem podnoszącym, kiedy kule miały wrócić. Oryginalna kręgielnia zachowała się w azylu Herzberge w Lichtenbergu (il. 4.60). Plany takich budynków znajdują się w dokumentacjach technicznych między innymi Eberswalde (il. 4.61), Kocborowa czy Ueckermünde.

4.2.6. Budynki techniczne i gospodarcze

Budynki gospodarcze mieszczące szereg ważnych dla życia zakładu pomieszczeń, jak kuchnie, pralnie, zmywalnie, oraz budynki techniczne, jak maszynownie, kotłownie itp., znajdowały się zazwyczaj na głównej osi zakładu i architektonicznie były dopasowane do reszty obiektów, ale najczęściej nieco skromniejsze. Zazwyczaj w tych kompleksach umieszczano również łaźnie. Budynki były piętrowe lub parterowe, czasem na piętrze mieściły mieszkania dla personelu lub zatrudnionych tam pacjentów. W niektórych zakładach obiekty gospodarcze i techniczne stanowiły jeden kompleks, częściej

²⁸⁵ E. Römer, *op. cit.*, tablica 31 i 36.



Il. 4.62. Świecie, Provinzial-Irrenanstalt in Schwet, 1854 r. – budynek gospodarczy z kaplicą, fasada, przekroje i detale
 Źródło: *Atlas zur Zeitschrift für Bauwesen*, Jg. 4, 1854, Bl. 29.

Budynki gospodarczo-techniczne w azylu w Neustadt-Eberswalde zaplanowano w zwartym kompleksie zabudowy (il. 4.63). Zespół usytuowany na osi zakładu zaprojektowano idealnie symetrycznie. Za ogrodem oddzielającym go od budynku administracji były kuchnia i pralnia, oddzielone korytarzem z klatką schodową. Obok kuchni umieszczono spiżarnię, kolejną klatkę schodową, zmywalnię naczyń oraz pomieszczenia gospodarcze i kolejne klatki schodowe. Po stronie pralni znalazły się pomieszczenie z suszarkami, magiel i prasownia oraz kolejne klatki schodowe i spiżarnia. Dalej, na głównej osi ulokowano maszynownię z maszyną parową, za nią warsztat z wiertownią, następnie kotłownię i szopę na węgiel. Po obu stronach kotłowni usytuowano podwórze gospodarcze. Na piętrze umieszczono suszarnie i inne pomieszczenia pomocnicze²⁸⁶.



Il. 4.63. Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – widok na zabudowę gospodarczą z tyłu zakładu (fot. autorka, 2019 r.)

Zespół gospodarczo-techniczny szpitala w Daldorf usytuowano w centrum założenia. Składał się z dwóch części – gospodarczej i technicznej, połączonych wąskim łącznikiem. W skład budynków wchodziła wieża ciśnienia. Całość była bardzo starannie opracowana²⁸⁷.

Przykładem dużego zespołu gospodarczego był kompleks w Dziekanówce. Mieścił on według opisu w „Nowinach psychiatrycznych”: „spichrze, komory, biuro klucznika, kuchnię parową z przynależnymi ubikacjami ubocznymi jak spiżarnia, umywalnia statków, mleczarnia [...] Posadzka w kuchni wyłożona jest płytami żłobkowanymi, ściany do wysokości 2 m pokryte są białymi kaflami. [...] Naprzeciw kuchni znaj-

duje się lodownia i izba do płukania jarzyny. Na piętrach znajdują się mieszkania dla klucznika i personelu kuchennego, spichrze i komory, a w piwnicy desinfektorium i komórki dla przechowywania surowców”²⁸⁸. W kompleksie budynków gospodarczych umieszczono również pralnię parową na parterze, a na piętrze urządzenia do suszenia ciepłym powietrzem wypranej bielizny, składy bielizny, materiałów krawieckich, szewskich itp., a także szwalnię, maglownię oraz mieszkanie dla szwaczek i praczek. Za pralnię umiejscowiono hale maszyn z maszynami parowymi, kotłarnię z 4 kotłami, mieszkanie dla maszynisty, w piwnicy akumulatory, pompy parowe, rezerwuary z ciepłą wodą na kąpiele, a na piętrze warsztaty: krawiecki, szewski, siodlarski, stolarski i mieszkanie dla personelu rzemieślniczego. Po obu stronach kotłarni przybudowano łazienki do kąpieli zwyczajnych i natryskowych²⁸⁹.

Ogromny kompleks składający się z budynków: gospodarczego, mieszczącego kotłownię i maszynownię oraz kolejnego, w którym usytuowano warsztaty rzemieślnicze i centralną łaźnię, wzniesiono w Kocborowie (il. 4.64). Kompleks wyróżniał się nie tylko wielkością, ale i starannością opracowania stylistycznego, dopasowanego do architektury zespołu.

Wyjątkowo duży budynek gospodarczy z wewnętrznym dziedzińcem mieścił w parterze po obu stronach podwórza pralnię i kuchnię, a dookoła nich szereg innych pomieszczeń. Przy pralni, po obu stronach – żeńskiej i męskiej znalazły się punkty przyjęć i wydawania prania, obok pokoje na brudy i prasownia z magłem, komórka na przybory, przy ścianie szczytowej pomieszczenie do dezynfekcji, a od strony dziedzińca suszarnia z suszarkami. W sąsiedztwie dziedzińca umieszczono podręczne magazyny, jadalnie i spiżarnie. Dookoła kuchni zaplanowano magazyn i biuro, w ścianie szczytowej pomieszczenia do wydawania jedzenia osobno dla mężczyzn i kobiet, umywalnię do warzyw i zmywalnię naczyń. Pralnia i kuchnia zajmowały dwie kondygnacje, dodatkowe po-

²⁸⁶ Dokumentacja techniczna – projekty Martina Gropiusa, ze zbiorów GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde.

²⁸⁷ C. Ideler, *op. cit.*, tab. 12; obecnie budynek znacznie przebudowano.

²⁸⁸ *Pamiętnik XXX-lecia Dziekanki...*, *op. cit.*, s. 13–15.

²⁸⁹ *Ibidem*, s. 13–15.

mieszczenia na piętrze usytuowano wzdłuż budynku. Klatki schodowe komunikujące kondygnacje usytuowano w narożnikach. Od strony kuchni znalazły się pomieszczenia mieszkalne dla chorych zatrudnionych w kuchni lub pralni, po jednej stronie dla pań, po drugiej dla panów, oraz pokoje dla głównych kucharek; po stronie pralni pokoje dla głównych praczek i duże pomieszczenia dla praczek i kucharek. Po nadto w obu częściach umieszczono garderoby i pomieszczenia higieniczne. Kolejną kondygnację dodano zapewne później, ponieważ nie występuje na projektach²⁹⁰.

Drugi budynek zespołu mieścił kotłownię i maszynownię. Budynek był parterowy, z użytkowym poddaszem nad częścią północną. Ostatni z kompleksu to budynek mieszczący warsztaty z jednej strony i centralną łaźnię z drugiej strony wewnętrznego podwórza (il. 4.65). W części obejmującej łaźnię było szereg pomieszczeń, między innymi centralnie umieszczony kryty basen, po bokach podgrzewane łaźnie i prysznice – osobne dla kobiet i mężczyzn. W narożnikach ulokowano łaźnie dla urzędników, obok parową łaźnię, łazienki i klozety. Budynek dzieliły klatki schodowe. Po drugiej stronie znalazły się warsztaty – szewski, stolarski, rymarski. Na piętrze znajdowały się sypialnie dla pracujących chorych, pomieszczenia higieniczne i warsztaty – introligatorski, krawiecki i wikliniarski(?)²⁹¹.



Il. 4.64. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, fot. Emil Bohm – budynek gospodarczy z kuchnią i pralnią
Źródło: TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. F 5693.



Il. 4.65. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, 1899 r. – budynek mieszczący warsztaty i łaźnię z basenem, rzut parteru
Źródło: Bericht der Westpreussischen Provinzial Irrenanstalt zu Conradstein pro 1899–1900, Bl. 8.

²⁹⁰ Dokumentacja techniczna ze zbiorów Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

291 *Ibidem.*



Il. 4.66. Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – warsztat terapeutyczny (fot. autorka, 2019 r.)

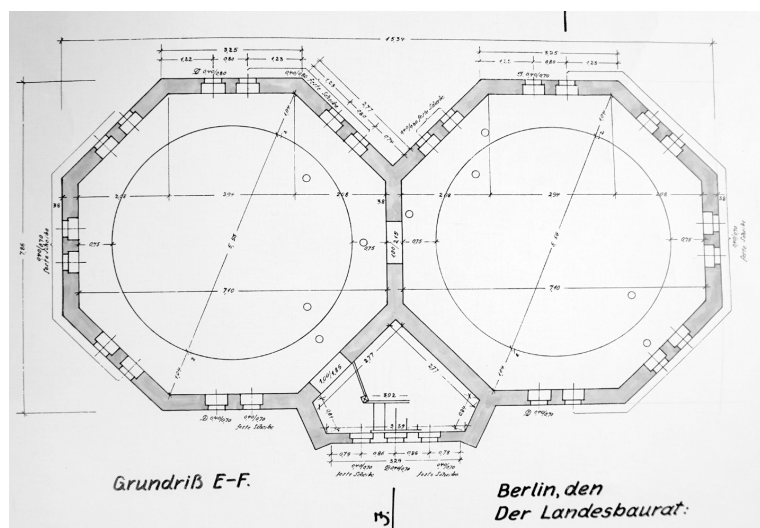
W szpitalu Herzberge warsztaty terapeutyczne umieszczono w osobnym budynku, któremu nadano ciekawą formę architektoniczną (il. 4.66). Parterowy obiekt założono na planie krzyża greckiego, z wejściami na końcach stosunkowo długich ramion. Część centralną, w formie ośmiobocznego bębna, podwyższono, a dla zapewnienia odpowiedniej ilości światła ściany przepruto dużymi oknami. Otynkowane jasnym tynkiem elewacje urozmaicono elementami z czerwonej cegły w obramieniach okien, drzwi, gzymsach i artykulacji ścian. W budynku mieściły się warsztaty: stolarski, tapicerski, krawiecki, szewski, introligatorski oraz słomkarski²⁹².

W niektórych azylach, na przykład w Gorzowie Wielkopolskim, warsztaty umieszczano w suterrenach lub na parterach budynków dla chorych. W Gorzowie w dobrze doświetlonych suterrenach po stronie męskiej działały warsztaty: stolarski, szklarski i malarski, szewski, rymarski oraz introli-gatorski. Wśród innych obiektów pomocniczych wznoszono jeszcze budynki do dezynfekcji, do przechowywania paliwa, prosektoria – zazwyczaj łącznie z kostnicami, szklarnie i kuźnie.

Wieże ciśnień

Malowniczym elementem kompozycji zakładów, górującym nad pozostałymi budynkami, były wieże ciśnień. W starszych azylach wznoszono proste budowle, pozbawione walorów dekoracyjnych, w zakładach z przełomu XIX i XX stulecia wieże nabrały bardzo malowniczego charakteru. W zakładzie w Eberswalde wieżę ciśnień usytuowano na wzgórzu, nieco ponad zakładem, przy gospodarstwie rolnym. Wzniesiono tam dwie bliźniacze wieże, założone na planach ośmioboków, połączonych wzdłuż jednego boku (il. 4.67). Zbudowano je z jasnej cegły urozmaiconej wąskimi pasami z czerwonej cegły, obiegającymi obiekty, tak jak inne budynki zakładu. Na rogach ściany podtrzymywały przypory, w połowie wysokości, przy klatce schodowej oraz pod szczytem umieszczono rząd niewielkich okien, parami w każdym boku. Całość nakryto stożkowymi dachami.

Również prostą wieżę założoną na planie kwadratu wzniesiono w Gorzowie Wielkopolskim. Znajdowała się w kompleksie budynków gospodarczo-technicznych. Zbudowana została z beżowej cegły, podzielona na 5 kondygnacji, wydzielonych pasami z czerwonej cegły, ostatnia kondygnacja była nieco szersza, stylizowana na średniowieczną wieżę obronną ceglanyimi hurdycjami. Wieża przepruta została w najwyższej kondygnacji zgrupowanymi po trzy wąskimi okienkami, w dwóch kondygnacjach poniżej nieco większymi oknami zamkniętymi łukowo. Jeszcze bardziej surowe formy miały wieże



Il. 4.67. Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – projekt wieży ciśnień, rzut

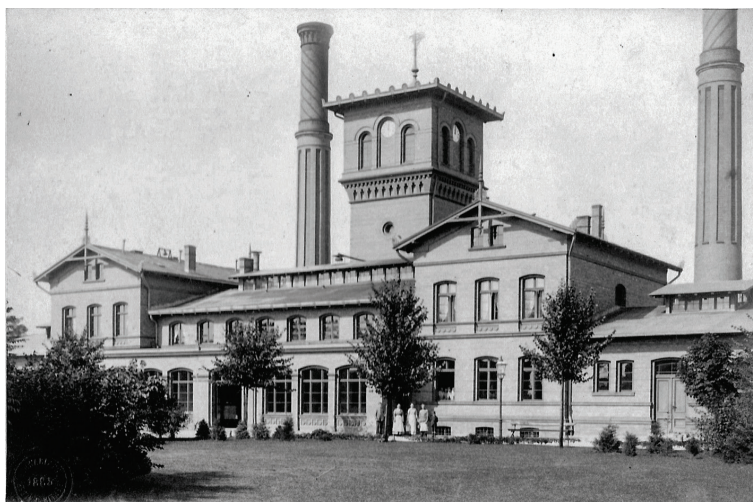
Źródło: dokumentacja techniczna – projekty Martina Gropiusa, ze zbiorów GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde

²⁹² C. Moeli, *op. cit.*, s. 18.

w Owińskach i w Dziekance. Ta ostatnia wznosiła się nad halą maszyn na wysokość 4 m. Bardziej malowniczą wieżę ciśnień, również wznoszącą się nad maszynownią, założoną na planie ośmioboku, wzniesiono w Uecker-münde. Główny trzon wieży ozdobiony był fryzami ceglanymi. Ostatnia kondygnacja została podparta na ozdobnych hurdykach. Ciekawe formy nadano wieży ciśnień w szpitalu w Daldorf (il. 4.68), również umieszczonej w centrum zabudowań techniczno-gospodarczych. Ostatnia kondygnacja wieży została wydzielona znacznie przestającym gzymsem poprzedzonym fryzem arkadowym. Ściany artykułowano potrójnymi blendami, z wyższą w środku, w której umieszczono zegar. Całość nakryto dachem namiotowym, ze sterczyną pośrodku.

Unikalną konstrukcję stanowiła wieża ciśnień w Trzebiatowie (il. 4.69), w której oprócz zbiornika na wodę i systemu jej rozprowadzania umieszczono komin od kotłowni. Wieża została założona na planie kwadratu; przy jednym z naroży usytuowano komin kotłowni zamaskowany dekoracją, tak że niewiele różnił się od pozostałych naroży wieży. Całość pokryto jasnym tynkiem i skonstrastowano z ceglaną dekoracją. Cegłą wykończono naroża wieży przechodzące w górnych kondygnacjach w komin, udający okrągłą wieżyczkę, analogiczną do umiejscowionych nieco wyżej wieżyczek w pozostałych narożnikach. Na tynkowanych ścianach wieży umieszczono wąskie okienka w ceglanej oprawie, pasy cegły i ceglane fryzy arkadowe dzieliły kondygnacje, wyznaczały dekoracyjne łuki lub okręgi. Na szczycie wieży umieszczono ceglany krenelaż, a na kominie metalowy emblemat z datą 1899.

Bardzo malownicze wieże w duchu XIX-wiecznej architektury zamkowej wzniesiono w azyłach w Obrzycach (il. 4.70 i 4.71) i Kocborowie. Obie wolnostojące, o bardzo podobnych formach stylistycznych, założone zostały na planie ośmioboku,



Il. 4.68. Berlin-Daldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Daldorf, Friedrich Albert Schwartz, 1885 r. – budynek gospodarczy z wieżą ciśnień i kominami kotłowni

Źródło: Archiv des Heimatmuseums Reinickendorf, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Irrenanstalt_Dalldorf_Kuechenhaus_1885.jpg.

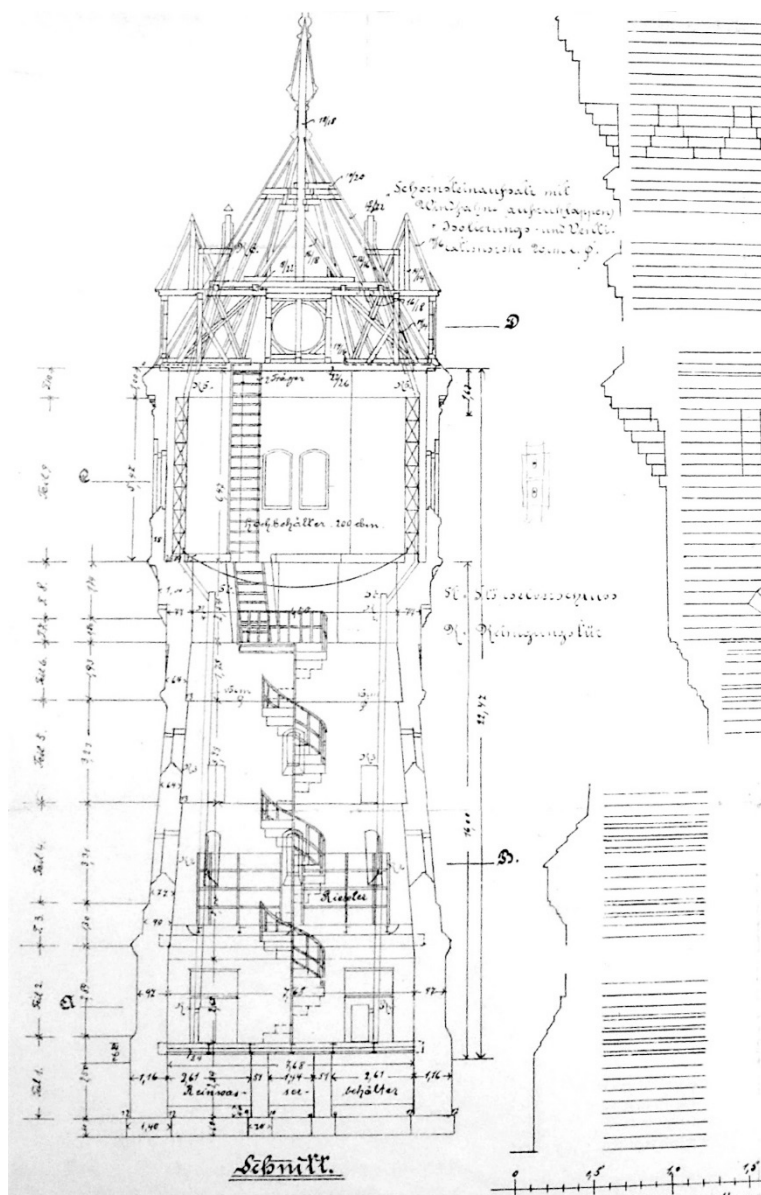


Il. 4.69. Trzebiatów, Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rega – wieża ciśnień z kominem kotłowni (fot. autorka, 2019 r.)

przykryte wysokim, stromym dachem wieżowym zwieńczonym sterczyną, z facjatkami przykrytymi analogicznymi daszkami. W facjatkach zamiast okien zainstalowano tarcze zegarowe. Wieże o wysokości około 38,5 m i dolnej średnicy ponad 10 m wzniesiono z cegły, w Kochorowie oblicowana została czerwoną, a w Obrzykach piaskową cegłą, z czerwonym detalem. Ostatnia kondygnacja wydzielona została wydatnym gzymsem w naśladowującym formą hurdyce. Kondygnacja została doświetlona usytuowanymi naprzemiennie oknami w typie biforiów ujętych ceglana opaską oraz okulusami wypełnionymi maswerkiem. Powyżej umieszczono ceglanotynkowany fryz o formach geometrycznych, a nad nim wydatne ceglane i tynkowane gzymsy, podtrzymywane na ceglanych wspornikach w formie konsolek. Wieże stanowią najwyższy, bardzo malowniczy akcent kompozycji architektonicznej azylów.



Il. 4.70. Obrzyże, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde
bei Meseritz – wieża ciśnień (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.71. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – projekt wieży ciśnień, przekrój

Źródło: dokumentacja techniczna ze zbiorów Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Miedzyrzeczu

Inną stylistykę, o nieco zmodernizowanej formie, nadano wieży ciśnień w Stralsundzie (il. 4.72). Usytuowana została w kompleksie budynków gospodarczych i miała wysokość 46 m. W dolnej części wykorzystano czerwoną cegłę, a od mniej więcej 1/3 wysokości do licowania użyto ciemnej, brązowej cegły. Każdy bok zajęła wysoka prostokątna płycina, ponad którą umieszczono zegar. Całość nakryto fantazyjnym czterosпадowym dachem z wygiętymi połaciami, przerwany w połowie rzędem okienek. Niewielkie okienka rozmieszczono również w bokach wieży.

Lodownie

Zabytkowym elementem, obecnie już nieużytkowanym, ale pierwotnie występującym w każdym azylu, były piwnice lub budynki przeznaczone do przechowywania lodu. Czasem wyglądały z zewnątrz jak zwykłe szopy, czasem miały konstrukcję przypominającą bardziej eleganckie budynki, np. altany. Zachowane piwniczki na lód należą obecnie do rzadkości. Projekt pokazujący całą, specjalną konstrukcję tego typu obiektów znajduje się w dokumentacji technicznej w archiwum szpitalnym w Lichtenbergu (il. 4.73 i 4.74). Również sam budynek zachował się w dobrym stanie. Obiekt założono na planie koła z prostokątną przybudówką. Nieco więcej niż w 1/3 został zagłębiony w ziemi, dla lepszego utrzymania niskiej temperatury. Również ściany zewnętrzne zaprojektowano ze specjalnymi komorami izolacyjnymi. Do lodowni prowadziła 2-kondygnacyjna przybudówka, z wejściami z zewnątrz na każdej kondygnacji. Wnętrze budynku w kształcie rotundy było jednoprzestrzenne. Zostało nakryte kopułą, ponad którą w odległości około 1,5 m umieszczono dach stożkowy, z kominem stylizowanym na sterczynę pośrodku. Podłoga w części rotundowej została pochylona do środka, gdzie zainstalowano kanał do odprowadzania wody.

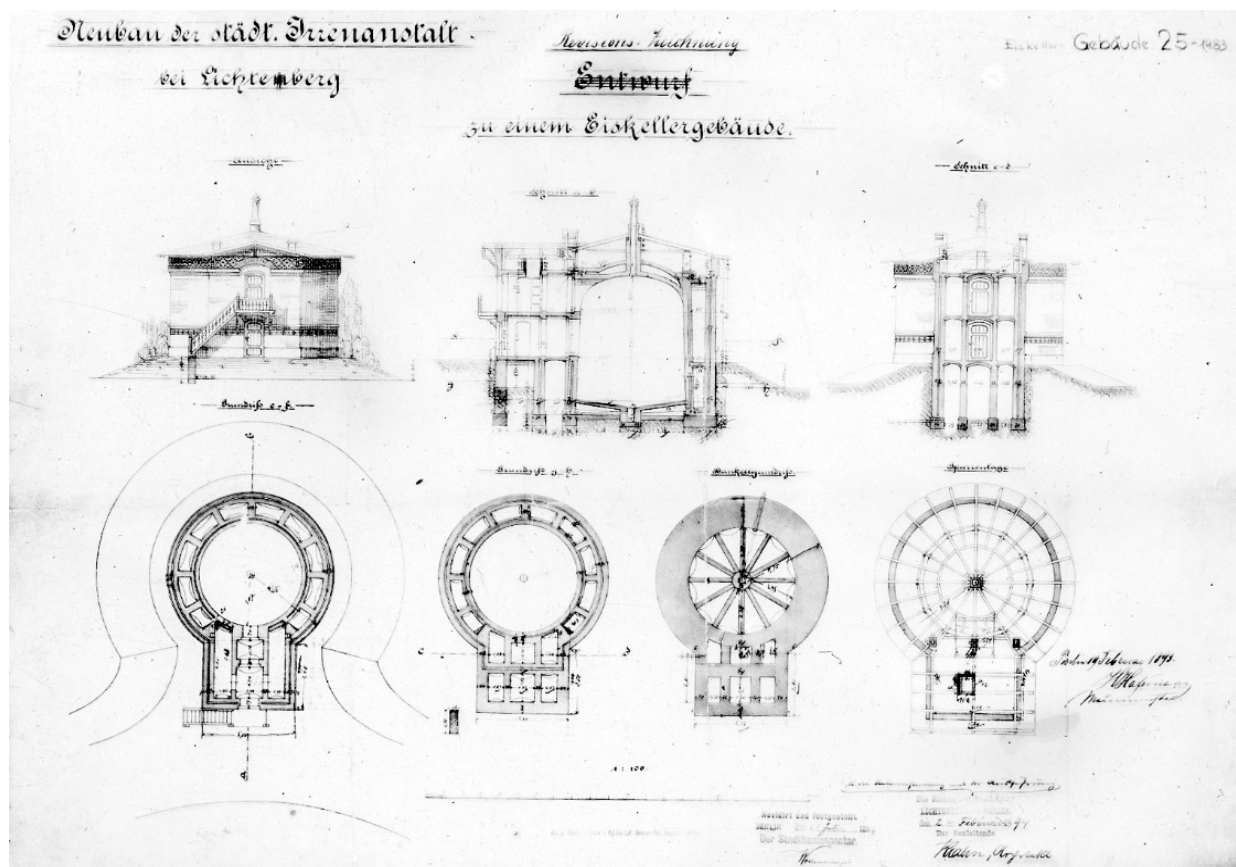
Lodownia była stosunkowo duża, wewnątrz miała średnicę około 5 m, a wysokość około 8 m. Prawdopodobnie służyła również jako chłodnia. Zadbano także o stylizację elewacji, odpowiadającą stylizacji innych budynków w azylu. Obiekt został wykończony beżową cegłą i opasany fryzami z czerwonej cegły, z której wykonano również cokół.



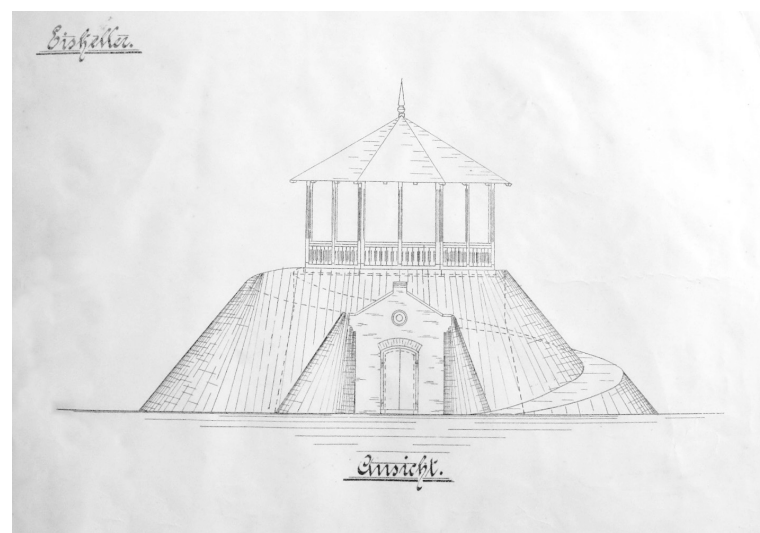
Il. 4.72. Stralsund, Vierte pommersche Provinzialheilanstalt zu Stralsund – wieża ciśnień (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.73. Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – lodownia (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.74. Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, 1894 r. – projekt lodowni
Źródło: Dokumentacja techniczna ze zbiorów Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gemeinnützige GmbH



Il. 4.75. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – projekt piwnicy na lód z altaną

Źródło: Dokumentacja techniczna ze zbiorów Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

W azylu w Obrzycach piwnicę na lód połączono z altaną (il. 4.75). Pomieszczenie lodowni umieszczono w czymś w rodzaju kopca, na którego szczycie ulokowano zadaną altanę. Do altany dochodziło się ścieżką obiegającą kopiec. Do piwnicy prowadziło murowane wejście w ścianie kopca. Lodownia założona została na planie koła o średnicy 6 m, wysokość wnętrza wynosiła 5,5 m. Była całkowicie odizolowana ziemią. W ścianach umieszczono komory, służące zapewne izolacji i wentylacji. Zainstalowano podłogę na lewarach, pod którą znajdował się kanał do odprowadzania wody. Altana była ażurowa, a drewnianą konstrukcję przykryto stożkowym dachem²⁹³.

Prostą piwnicę na lód zastosowano w Kocborowie. Okrągły zbiornik o średnicy 7 m zagłębiono w ziemi, na powierzchni pozostała tylko mała, drewniana nadbudówka z kominem wentylacyjnym²⁹⁴.

²⁹³ Dokumentacja techniczna ze zbiorów Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

²⁹⁴ Dokumentacja techniczna ze zbiorów Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

4.2.7. Domy mieszkalne dla personelu

Na terenie zakładów zakwaterowanie otrzymywał przede wszystkim personel lekarski oraz wyżsi urzędnicy. Mieszkanie dla dyrektora placówki w starszych azylach zazwyczaj zajmowało piętro budynku administracji, jak na przykład w Świeciu czy w Halle. W miarę powiększania szpitali i sytuowania ich w większej odległości od miast, trzeba było zapewnić mieszkania dla coraz większej liczby personelu. Często jeszcze na piętrach budynków administracji umieszczano mieszkania dla lekarzy czy urzędników lub lepsze mieszkania w samodzielnych skrzydłach tych obiektów (na przykład w Lęborku czy Kocborowie). Zapewne wygodne służbowe mieszkania podnosiły rangę zakładu i były jednym z czynników przyciągających zwłaszcza lekarzy. W wielu azylach wzniesiono eleganckie wille dla dyrektorów z rodzinami, otoczone ogrodami i zazwyczaj usytuowane nieco na uboczu zakładu lub przed terenem azylu. Budowano także domy kilkumieszkaniowe bądź bliźniacze wille dla lekarzy, domy dla personelu pielęgniarского oraz urzędników. W większych azylach z przełomu XIX i XX stulecia powstawały całe zespoły zabudowy mieszkaniowej, odpowiednio dopasowane do reszty budynków.

W Kościanie willa dyrektora zakładu położona została na wydzielonej działce w parku zakładowym. Mieszkania dla lekarza i nauczyciela z rodzinami umieszczono na piętrze szkoły w części zakładu dla dzieci. Ponieważ azyl ulokowany był w mieście, pozostała część personelu zapewne mieszkała w Kościanie²⁹⁵. W Owińskach w starym azylu dom dyrektora usytuowany był koło kościoła, natomiast w nowym zakładzie dom dla lekarzy umieszczono nieco z boku, w parku poprzedzającym zespół pawilonów.

W większych zakładach budowano małe „osiedla” dla pracowników. W ich skład wchodziły willa dyrektora, zazwyczaj „bliźniacze wille” dla lekarzy, mniejsze domki lub domy wielorodzinne dla pozostałego personelu. Ich rozmieszczenie na terenie zakładu było różne, ale zawsze nieco oddalone od głównej części.

Po rozbudowie zakładu Ueckermünde mieszkania dla personelu ulokowano w domach rozmieszczonych przy drodze prowadzącej do azylu i dalej do gospodarstwa rolnego. Domy z ogrodem przewidziano dla naczelnego lekarza i bliźniak dla dwóch „starszych” lekarzy, ponadto apartamenty w domach kilkurodzinnych dla inspektora, pierwszego i drugiego urzędnika oraz pozostałych lekarzy. Mniejsze mieszkania w domach wielorodzinnych przypadły personelowi pielęgniarскому²⁹⁶.

Niestety często domy mieszkalne dla personelu zostały adaptowane do innych celów, zwłaszcza wille. W niektórych przypadkach zachowały się części układu lub dekoracji. Czytelny układ zachowała willa dyrektora zakładu w Dziekance (il. 4.76). Usytuowana została po prawej stronie od głównego wejścia na teren szpitala. Wnętrze zorganizowano wokół holu z drewnianą klatką schodową i drewnianą galerią na piętrze, wspartą na drewnianych filarach z dekoracją snycerską. Wokół głównego holu rozlokowane były pokoje na parterze i na piętrze. W bocznej elewacji po prawej stronie fasady umieszczono dodatkowe wejście dla służby, prowadzące do kompleksu kuchennego i pokoju dla służącej na parterze oraz drugą klatkę schodową na górę. Na piętrze ulokowano jeszcze łazienkę²⁹⁷. Od strony ogrodu znajdowała się zajmująca całą szerokość domu drewniana weranda z również z dekoracją snycerską. Z kolei na piętrze od strony



Il. 4.76. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – willa dyrektora (fot. autorka, 2018 r.)

²⁹⁵ *Provinzialanstalt Kosten*, [w:] *Deutsche Heil-...*, op. cit., t. 1, s. 248, 254.

²⁹⁶ Dokumentacja techniczna ze zbiorów AMEOS Klinikum Ueckermünde.

²⁹⁷ Dokumentacja techniczna ze zbiorów Sali pamięci Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie.

fasady umieszczono głęboką loggię z drewnianymi filarami i dekoracją snycerską. Zachowały się też dwuskrzydłowe drzwi wejściowe, o konstrukcji ramowo-płycinowej z przeszkloną górną partią z bardzo dekoracyjną metalową kratą. Obecnie willa podzielona została na małe mieszkania dla pracowników. Naprzeciwko willi dyrektora po lewej stronie od wejścia usytuowano dom dla drugiego i trzeciego lekarza (lekarzy prymarjuszy). Ponadto willa dla dwóch lekarzy ordynatorów zaplanowana została po wschodniej, męskiej stronie głównej części azylu. Niewielkie domki dla personelu niższego szczebla znajdowały się po drugiej stronie obecnie ulicy Poznańskiej.

Z kolei w Obrzycach, gdzie znajdował się większy zakład, wzdłuż jego osi – z boku, poza częścią główną, umieszczono domki z ogródkami dla personelu – opiekunów (il. 4.77), a z tyłu koło cmentarzy (katolickiego, ewangelickiego i żydowskiego) małe domki dla strażników – również z ogródkami. Od południa przed linią frontu zakładu – nieco z boku – umieszczono dom dla lekarzy. Mieszkania dla urzędników zaplanowano w domu wzniesionym w zwartej zabudowie z budynkiem administracji po stronie zachodniej.



Il. 4.77. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – domki dla personelu (fot. autorka, 2018 r.)

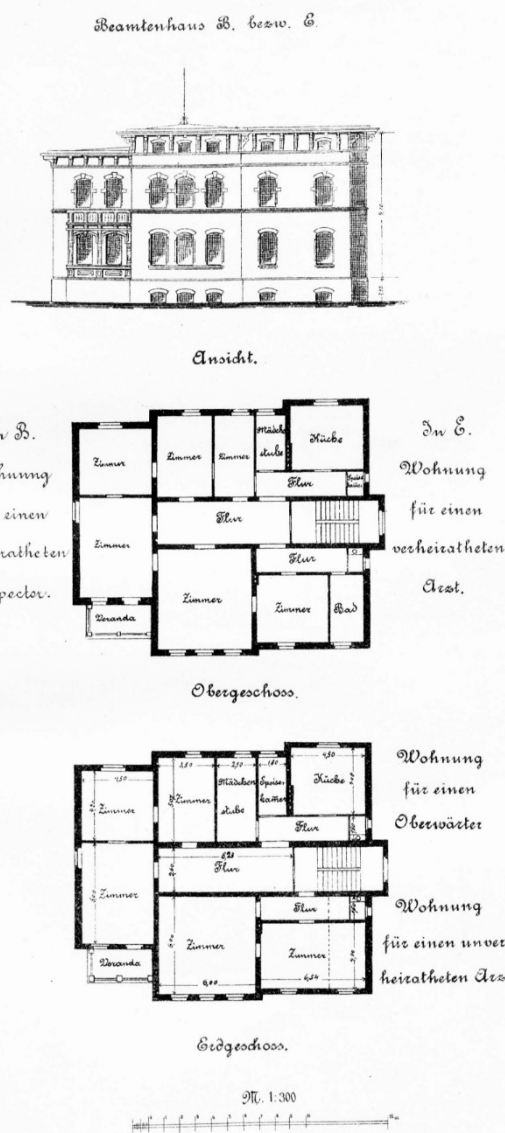
W Kocborowie, w linii budynku administracji umieszczono cztery domy pracownicze, po dwa z każdej strony. W dwóch były po 2 mieszkania na kondygnacji. Jedno – większe – składało się z trzech izb, kuchni, służbówki i spiżarni oraz WC, drugie – mniejsze – z dwóch izb i kuchni. Pomieszczenia były skomunikowane korytarzami. Dwa kolejne domy miały po jednym mieszkaniu na kondygnacji, które składało się z 6 pokoi, w tym dwóch mniejszych sypialni, dużego salonu i jadalni, kuchni ze służbówką i spiżarnią oraz łazienki (il. 4.78 i 4.79). Najlepsze mieszkania znajdowały się w willach – skrzydłach domu administracji.

Połączone były z jednej strony z gabinetem dyrektora (willa dyrektora) i z drugiej strony z kasą – tu znajdowały się dwa mieszkania. W willi dyrektora pomieszczenia parteru skomunikowane były wokół centralnego holu, z wejściem do budynku. Po obu stronach wejścia znajdowały się toaleta i spiżarnia, naprzeciwko salon z wyjściem do ogrodu, a po stronie budynku administracji dwa pokoje, przy czym jeden z przejściem do gabinetu dyrektora; po drugiej stronie pokój z wykuszem, kuchnia, a między nimi klatka schodowa na piętro. Na piętrze mieściły się sypialnie i pomieszczenia higieniczne. W drugim skrzydle na każdej kondygnacji umieszczono po jednym dużym mieszkaniu. Pomieszczenia były również skomunikowane centralnym holem, usytuowano tu pięć pokoi, jeden z wyjściem na werandę, kuchnię ze spiżarnią i służbówką oraz pomieszczenia higieniczne²⁹⁸.

W azylu w Kortowie zachowała się willa dla lekarzy oraz willa dyrektora usytuowana przed zakładem. Dom dyrektora wzniesiono w stylu architektury malowniczej z bryłą urozmaiconą werandami, balkonami i wykuszami (il. 4.80). W centrum umieszczono duży hol komunikujący pomieszczenia parteru i klatkę schodową.

Wille dla lekarzy zapewne często miały specjalny wystrój. Niestety po wojnach i przekształceniach ustrojowych niewiele się z tego zachowało. Jako przykład zachowanej (odrestaurowanej) dekoracji może posłużyć hol willi dyrektora w azylu Herzberge (il. 4.81). Ściany i sufit holu pokryte zostały freskami z motywami roślinnymi oraz symbolami sztuki lekarskiej – laską Eskulapa. Podłogę wyłożono płytkami ceramicznymi również ze stylizowanymi motywami roślinnymi i otoczonymi bordiurą z palmetkami i stylizowanymi kwiatami lotosu.

²⁹⁸ Dokumentacja techniczna ze zbiorów Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim.



Il. 4.78. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, 1899 r. – dom dla urzędników, fasada i rzuty
Źródło: Bericht der Westpreussischen Provinzial Irrenanstalt zu Conradstein pro 1899–1900, fig. 36.



Il. 4.80. Kortowo, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Kortau bei Allenstein in Ostpreussen – dawna willa dyrektora zakładu (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.81. Berlin in Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – sień w willi dyrektora z dekoracją (fot. autorka, 2019 r.)



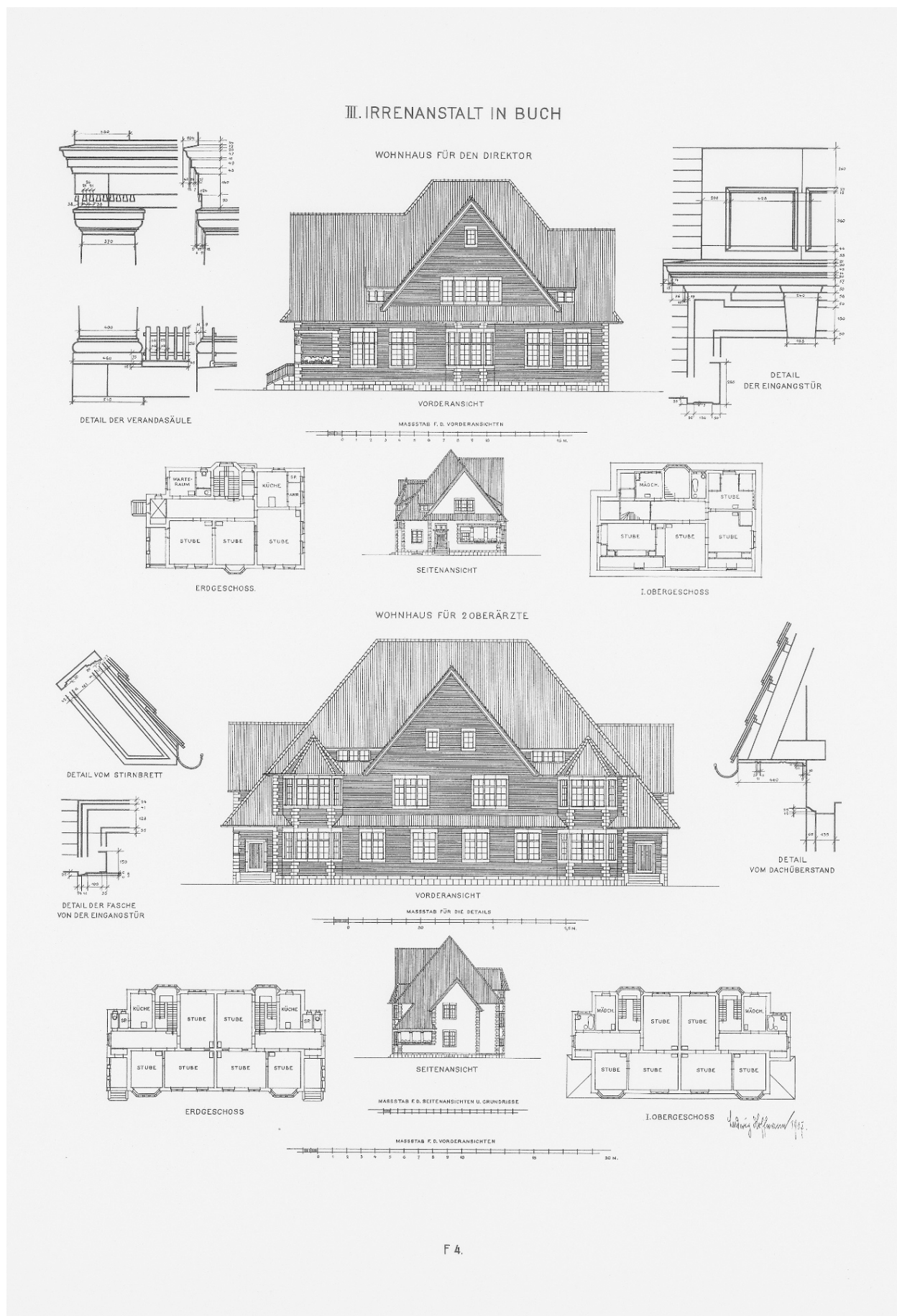
Il. 4.79. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard – dom dla personelu (fot. autorka, 2018 r.)

Największym z badanych azylów był zakład w Buch. Tutaj też było największe zapotrzebowanie na mieszkania dla personelu. Przed zakładem, przy ulicy biegnącej w stronę dworca oraz przy drodze do Buch powstało małe osiedle dla pracowników szpitala. Największy dom przeznaczony dla dyrektora zakładu usytuowano nieco z boku, przy drodze do Buch (il. 4.82). Dom mieścił na parterze trzy duże pokoje, kuchnię i poczekalnię, a na piętrze cztery pokoje, służbówkę i łazienkę. Obok usytuowano dom dla dwóch naczelników lekarzy. Bliźniacza willa mieściła w każdym mieszkaniu trzy pokoje oraz kuchnię ze spiżarnią na parterze, a na piętrze kolejne trzy pokoje, służbówkę i łazienkę. Następne domy zawierały po trzy mieszkania – dwa na parterze i jedno na piętrze. Były to mieszkania przeznaczone dla urzędników (np. inspektorów, naczelnika biura, asystenta gospodarczego, naczelników pielęgniarzy itp., na projektach rozpisano dokładnie, które mieszkanie przypisane jest do danego stanowiska) (il. 4.83). Każde z nich składało się z pięciu pokoi, kuchni ze spiżarnią, służbówki i WC. Mniejsze mieszkania, przeznaczone dla kolejnych, niższych rangą członków personelu szpitala, jak portierzy, pielęgniarze i pielęgniarki, składały się z 2–3 pokoiów i kuchni ze spiżarnią.



Il. 4.83. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – dom dla urzędników (fot. autorka, 2019 r.)

Razem na „osiedlu” wzniesiono 9 budynków. Jeszcze jeden dom, z pokojami dla pielęgniarzy, wybudowano od północnej strony, obok oddziału dla niebezpiecznych chorych, wymagających stałego nadzoru. Domom mieszkalnym dla pracowników azylu w Buch nadano malownicze formy architektury willowej z wysokimi dachami, wzbogacone szeregiem wykuszy, ryzalitów, facjat, szczytów, co bardzo urozmaicało bryły budynków. Ściany wykończone czerwoną cegłą, skonstrastowaną z jasnym detałem architektonicznym o skromnych formach, nawiązywały do opracowania pozostałych budynków azylu.



Il. 4.82. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch, 1908 r. – domy dla dyrektora i dla dwóch lekarzy – fasady, rzuty i detale
Źródło: L. Hoffmann, *Berlin-Buch, Neubauten der Stadt Berlin*, s. 4; TU Berlin Architekturmuseum, Inv. Nr. B 2377.

4.2.8. Zabudowania gospodarstw rolnych

Większość zakładów dla psychicznie chorych miała gospodarstwa rolne. Współczesne szpitale nie prowadzą już gospodarstw i ich zabudowania zostały sprzedane wraz z ziemią. W nielicznych zakładach zabudowania takie się zachowały i do dzisiaj należą do szpitali, nie pełnią już jednak swojej funkcji. Obok zabudowań typowo gospodarskich, jak obory, stodoły, stajnie itp., w kompleksach tych znajdowały się domy, w których mieszkali pacjenci zatrudnieni w gospodarstwie. Przykładem adaptacji obiektów gospodarskich do współczesnych celów jest kompleks w Ueckermünde, leżący nieopodal głównej części szpitala (il. 4.84). Zachowane zabudowania gospodarcze znajdują się również w zakładzie w Neustadt-Eberswalde.



Il. 4.84. Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – zabudowa gospodarstwa rolnego (fot. autorka, 2019 r.)

4.2.9. Stylistyczne opracowanie budynków

Z punktu widzenia wpływu medycyny na architekturę większe znaczenie dla terapii w chorobach psychicznych oraz opieki nad pacjentami miały układy funkcjonalne budynków oraz ich zróżnicowane funkcje, dlatego też tym zagadnieniom poświęcono więcej uwagi. Jednak opracowanie stylistyczne wielu zespołów było bardzo ciekawym odpowiednikiem aktualnych trendów formalnych oraz umiejętności projektantów. Z założenia skromne, niemające rozpraszać pacjentów budynki niejednokrotnie tworzyły zespoły o bardzo atrakcyjnych formach. W większości azylów obiekty otrzymały ujednoliconą szatę zewnętrzną, co podkreślało ład i harmonię założeń.

Jak pisał Ludwig Förster w 1855 r., „budynki w zakładach psychiatrycznych nie powinny przypominać monumentalnych pałaców”, zalecał brak zbędnych ozdób i ornamentów oraz „innych skomplikowanych konstrukcji”, które mogłyby źle wpływać na pacjentów. Pokoje dzienne powinny być przestronne, wygodnie urządzone, z „przyjaznym wystrojem”²⁹⁹. Tak też wyglądały azyle wzniesione około połowy XIX stulecia. W modelowym, oddanym do użytku w 1844 r. azylu w Halle wzniesiono 2- lub 3-kondygnacyjne budynki o sześciennych bryłach, przykrytych dwuspadowymi dachami z bocznymi ryzalitami. Wzniesiony według wskazówek prof. Damerowa zespół budynków otrzymał skromne tynkowane elewacje, z równomiernie rozmieszczonymi oknami wydzielonymi gzymsami międzykondygnacyjnymi. Według schematu zaplanowanego przez Damerowa i o podobnych, skromnych formach stylistycznych wzniesiony został azyl w Allenbergu.

Proste historyzujące formy stylistyczne cechował zespół szpitalny w Świeciu. Dość masywne, 3-kondygnacyjne budynki przykryte zostały wysokimi dwu- lub czterospadowymi dachami, obli-

²⁹⁹ L. Förster, *op. cit.*, s. 320.

cowane czerwoną cegłą i ozdobione ceglanym detalem architektonicznym w postaci prostych opasek okiennych, fryzów i gzymsów. Także budynek administracji miał skromną formę stylistyczną, podkreśloną jedynie na osi portalem wejściowym i balkonem na wysokości pierwszego piętra. Znajdujący się na wewnętrznym dziedzińcu budynek mieszczący kuchnię w strefie parteru i kaplicę na piętrze otrzymał na osi środkowego ryzalitu malowniczą sygnaturkę z zegarem oraz wysokie okna wyróżniające w fasadzie usytuowanie kaplicy³⁰⁰.

Proste sześciennie formy budynków zaprojektował Martin Gropius dla azylu w Neustadt-Eberswalde. Licowane beżową cegłą obiekty urozmaicone zostały jasnym detalem wykończenia okien i portali oraz wąskimi pasami z czerwonej cegły. Położony centralnie budynek administracji wzbogacono środkowym ryzalitem w fasadzie i balkonem na drugiej kondygnacji (il. 4.85). Pozostałe pawilony dla chorych miały pięcioboczne ryzalitty na osiach. Budynki połączono arkadowymi przejściami. Kolor ceglanej okładziny i wzór pasów z czerwonej cegły powtórzony został na wszystkich elewacjach budynków z pierwszego etapu budowy, a także na murowanym ogrodzeniu zakładu. Tak samo zaprojektowano wieżę ciśnień i zabudowania gospodarstwa rolnego. Pomimo zastosowania prostych form architektonicznych i stylistycznych cały zespół prezentuje się dość dostojnie i okazale, być może właśnie dzięki spójności wszystkich zastosowanych elementów.

W zespołach szpitalnych wzniesionych w latach 70. i 80 XIX w. nadal stosowano dość duże, 2-kondygnacyjne pawilony o sześciennych bryłach. Poprzez wybór wysokich, stromych dachów nadano im rustykalny charakter. Dodano również ryzalitty nakryte osobnymi dachami, zwieńczone trójkątnymi szczytami z ceglaną dekoracją i tynkowanymi blendami. Budynki wykańczane były czerwoną bądź beżową cegłą i skonstrastowanymi odpowiednio paskami z cegły innego koloru. Elewacje wzbogacały ceglane, dekoracyjne fryzy. W Owińskach użyto czerwonej licówki z ceglanym detalem w postaci fryzów arkadowych czy schodkowych w szczytach lub z cegieł kształtek ułożonych w ażurowe wzory. Budynki dzielą horyzontalnie pasy z pojedynczych rzędów cegieł, ułożonych rębem. W szczytach umieszczono jasno otynkowane blendy, skonstrastowane z czerwoną cegłą. Część okien, np. w ryzalitach, umieszczona została w płycinach zwieńczonych łukowo, dodatkowo z okrągłymi blendami. Na elewacjach części obiektów widoczne są również ślady po tynkowanych, pasowych fryzach (il. 4.86).



Il. 4.85. Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – budynek administracji (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.86. Owińska, Provinzial-Irrenanstalt Owińsk – budynek główny (fot. autorka, 2018 r.)

³⁰⁰ Oba zespoły zostały rozbudowane na początku XX w. w formach odpowiadających wymaganiom stylistycznym przełomu stuleci.



Il. 4.87. Kortowo, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Kortau bei Allenstein in Ostpreussen – budynek dla pacjentów (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.88. Gorzów Wielkopolski, Brandenburgische Landesirrenanstalt in Landsberg a. W. – budynek dla pacjentów (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.89. Berlin-Daldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Daldorf – budynek administracji
Źródło: fotografia ze zbiorów Vivantes Konzernz.

W Kortowie budynki wykończono również czerwoną cegłą z jasnymi pasami i skonstrastowano to z partiami jasnego tynku (il. 4.87). Budynki posadowione zostały na ceglanych cokołach zwieńczonych wydatnymi, ceglanyymi gzymsami. Część okien umieszczono w płycinach zamkniętych odcinkami łuków. Zastosowano również ceglane gzymsy międzykondygnacyjne z pasami fryzów, np. z cegły ułożonej rębem lub z wzorami geometrycznymi ułożonymi z jasnych i czerwonych cegieł, ponadto użyte zostały gzymsy podokapowe poprzedzone fryzem arkadowym lub schodkowym w szczytach. Wydatne okapy wsparto na drewnianych elementach, co dodało budynkom lekkości. Nieco inną stylistykę nadano budynkom mieszczącym mieszkania dla personelu czy willom dla lekarzy.

Z kolei w Łęborku i Gorzowie Wielkopolskim (il. 4.88) ściany oblicowano beżową cegłą, a do dekoracji wykorzystano ciemnoczerwoną, z której wykonano cokoły, wąskie pasy dzielące elewacje horyzontalnie oraz partie podokapowe. Bryły budynków urozmaicono ryzalitami nakrytymi osobnymi, wysokimi dachami, czasem wprowadzano również tarasy lub werandy. W płycinach podokiennej oraz jako pasy fryzów umieszczono dekoracje ceglane w formie geometrycznych wzorów ułożonych z dwóch kolorów cegieł. Wprowadzono również ceglane fryzy, np. z cegieł ułożonych rębem. W szerokich ryzalitach okna umieszczono parami w płycinach zamkniętych odcinkami łuków. Podobnie ale skromniej wykończone zostały budynki gospodarcze i techniczne oraz ogrodzenia.

Również w berlińskim azylu w Daldorf do oblicowania budynków użyto żółtobeżowej cegły, a elementy ozdobne w postaci fryzów czy ceramicznych dekoracji, jak rozetki, płyciny podokienne, medaliony, konsolki, wykonane zostały w kolorze czerwonym lub terakoty. Wszystkie budynki utrzymano w jednolitej stylistyce, wyróżniając bogatszą dekoracją gmach administracji (il. 4.89). Umieszczono

tam na ryzalicie podkreślającym główne wejście medaliony z głowami słynnych medyków, między innymi Hipokratesa i Asklepiadesa.

Inne formy stylistyczne i architektoniczne zastosowane zostały w azylu w Dziekance (il. 4.90). Budynki miały niewielkie rozmiary i były przykryte dużo niższymi dachami. Większość miała dwie lub jedną kondygnację. Sześciennie bryły wzbogacone były małymi bądź dużymi ryzalitami, werandami i tarasami łączącymi wnętrza z ogrodami. Do wykończenia elewacji użyto czerwonej licówki z ceglanyimi fryzami. Jako materiał wykończeniowy wykorzystane zostało również drewno.

Drewniane były werandy z dekoracją snycerską oraz dekoracyjne konsole, które wspierały znacznie wysunięte okapy dachów. Formy stylistyczne budynków były ujednolicone. Nieco więcej motywów dekoracyjnych otrzymała wieża ciśnien (podział lizenami, różne formy wąskich okien, stylizowany, ceglany fryz konsolkowy). Obecnie niestety część budynków została przebudowana i otynkowana, przez co straciły pierwotny charakter. Wysokością i nieco bogatszą dekoracją wyróżniał się jedynie budynek administracji. W środkowym ryzalicie mieściły się zgrupowane w pary wysokie okna sali towarzyskiej, umieszczone w płycinach, których górną część zajmowały okulusy z witrażami.

Zakłady lub ich części budowane pod koniec XIX i na początku XX wieku charakteryzują się nowymi formami stylistycznymi, najczęściej modnego w tym czasie malowniczego historyzmu. Budynki są mniejsze i urozmaicone wieloma elementami architektonicznymi oraz wykonanymi z drewna detalami, co nadawało im właśnie malowniczości. Często przybierały także formy popularnego w Niemczech tzw. stylu *Landhaus*. Widać to na przykładzie azylu w Ueckermünde, gdzie starsze budynki z pierwszego etapu budowy (ok. 1875 r.) mają masywne, proste formy i elewacje licowane czerwoną ceglą, niektóre – jak budynek administracji – z pasami z żółtej cegły albo ciemniejszej – wiśniowej. W nowszych obiektach, powstałych na przełomie XIX i XX stulecia, można dostrzec coraz bardziej odbijające się nowe trendy architektoniczne. Bryły pawilonów zostały zróżnicowane poprzez zastosowanie wykuszy, ryzalitów, łamanych dachów, wielu szczytów, werand, co nadało im bardzo malowniczy charakter. Elewacje udekorowano kolorowymi, glazurowanymi ceglami oraz połaciami tynku z dekoracją sztukatorską. Ostatnie budynki wzniesione w latach 1907–1908 wykonano w duchu klasycyzującego baroku z elementami secesji. Elewacje wzbogacono partiami wykonanymi z kamienia, czerwonej cegły skonstrastowanej z jasnym tynkiem i sztukatorską dekoracją. Budynki zostały nakryte mansardowymi dachami (il. 4.91). W jednym z nich zachował się piękny witraż w oknie klatki schodowej (il. 4.92). W pawilonach zastosowano również wiele drewnianych detali.

Azyl w Trzebiatowie wzniesiony pod koniec XIX stulecia, składał się z dwóch stylistycznie odmiennych rodzajów pawilonów. Budynki zgru-



Il. 4.90. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – pawilon dla chorych (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.91. Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – pensjonat dla chorych (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.92. Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – witraż klatki schodowej w pensjonacie dla chorych (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.93. Trzebiatów, Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rega – budynek dla chorych (fot. autorka, 2019 r.)

powane symetrycznie po obu stronach głównej osi zakładu miały dość masywne, 1- lub 2-kondygnacyjne bryły, urozmaicone ryzalitami i przykryte stosunkowo niskimi dachami podkreślającymi prostą sylwetkę obiektów. Nowsze pawilony usytuowane na obrzeżach wzniesione zostały w typie *Landhaus* i nakryte wysokimi dachami sprawiającymi bardziej malownicze wrażenie. W tym duchu powstała również willa dyrektora oraz domy dla pracowników. Do wystroju elewacji użyto czerwonej cegły licówki skonstrastowanej z przeważającymi połaciami jasnego tynku. Większość pawilonów oblicowano cegłą do wysokości $\frac{3}{4}$ okien parteru (niektóre tylko w strefie cokołu), powyżej cegła stanowiła element dekoracji na tynkowanym, pomalowanym jasnym kolorem tle (il. 4.93). Z cegły wykonano oprawę okien i portali, pionowe i poprzeczne podziały ścian, pasy fryzów, wykończenia narożników budynków, czasem całe ryzality. W zabudowie wyróżnia się dekoracja wspomnianej wyżej wieży ciśnień.

Na początku XX w. panowała tendencja do wznoszenia coraz mniejszych i bardziej kameralnych budynków dla chorych, bezpośrednio połączonych z ogrodami i dopasowanych do zielonego otoczenia. Przybierały formy malowniczych pawilonów z ryzalitami, wykuszami, wieżami, balkonami i werandami. Budynki w duchu malowniczej, rustykalnej architektury zdobiły drewniane elementy, jak wsporniki i balustrady werand, tarasów i balkonów, szkieletowe konstrukcje szczytów czy części poddaszy, opracowane snycersko konsole podokapowe i inne dekoracje. Budynki cały czas najczęściej licowano czerwoną lub jasną, żółtą albo beżową cegłą. Do ozdoby używano ciemnej, glazurowanej cegły, z której układano geometryczne wzory, fryzy czy obramienia portali. Stosowano również tynkowane płyciny z dekoracją roślinną oraz kamienne cokoły.

Nadal wśród zabudowań wyróżniały się budynki administracyjne, które przybierały bardziej reprezentacyjne formy. Finezyjną stylistykę nadawano wolnostojącym domom towarzyskim, zapewne chcąc podkreślić ich rolę jako miejsca, w którym gości sztuka. Istotną grupę stanowiły warsztaty rzemieślnicze, budynki gospodarcze (kuchnie i pralnie) oraz wyposażone w nowoczesne urządzenia budynki techniczne (kotłownie, pompownie). Wraz z rozrastaniem się azylów zwiększał się również potrzeby i wymagania stawiane kompleksom techniczno-gospodarczym. Formy architektoniczne tej grupy budynków dopasowywano do pozostałych obiektów, chociaż były oczywiście skromniejsze. Znaczna część z nich była jednak usytuowana ze względów praktycznych na osi założenia, wymagała więc stosownej oprawy stylistycznej. Osobną grupę stanowiły domy i budynki gospodarskie przy gospodarstwach rolnych, z których niestety niewiele się zachowało. W wielu zakładach wykorzystywano w tym celu dawne zabudowania majątku, na terenie którego powstał zakład lub którego areał rolny zakupiono. Powstawały również nowe zabudowania gospodarskie i wówczas najczęściej były dostosowane stylistycznie do głównych budynków.

W Kocborowie budynek administracji wyróżniał się spośród pozostałej zabudowy innymi formami stylistycznymi. Utrzymany został w duchu renesansu północnoeuropejskiego, z wieżyczkami na osi kalenicy i niewielkimi, ozdobnie potraktowanymi okienkami w połaciach wysokiego, wielospadowego dachu. Elewacje licowane czerwoną cegłą skonstrastowano z niewielkimi płycinami z jasnego tynku z dekoracją sztukatorską i pasami z ciemnej, glazurowanej cegły, użytej również w zamknięciach otworów okiennych. Ponadto zastosowano jeszcze ceglane gzymsy i fryzy. Fasada budynku została zaakcentowana wejściem na osi, ujętym kolumnami i poprzedzonym szerokimi, schodami z murowaną balustradą. Nad wejściem umieszczono balkon. Boki elewacji ujęte zostały ryzalitami z wysokimi szczytami przeprutymi okułusami i zwieńczonymi sterczynami.

Pawilony dla chorych zaprojektowano w skromnych formach architektury rustykalno-malowniczej jako niewielkie budynki o bryłach wzbogaconych prostymi ryzalitami i werandami, nakryte niskimi dachami z wysuniętymi okapami wspartymi na drewnianych, dekorowanych konsolach. Elewacje tych, jak i innych obiektów, wykończono czerwoną cegłą, wzbogacono fryzami i pasami z ciemnej, glazurowanej cegły. Jednym z ciekawszych architektonicznie obiektów był budynek towarzyski (il.



Il. 4.94. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard – budynek towarzyski (fot. autorka, 2018 r.)

4.94). Obiekt wzniesiony w stylu architektury malowniczej otrzymał bardzo rozczłonkowaną bryłę, przykrytą wieloma dachami i daszkami. Elewacje wykończono czerwoną cegłą, z ozdobnymi pasami i fryzami z ciemnej, glazurowanej cegły. Ponadto dodano niewielkie dekoracyjne elementy z tynku, np. klucze w obramieniach okien. Szczyty dachów i daszków oraz konsolki podtrzymujące gzymsy podokapowe, jak i same gzymsy wykonano z drewna, odpowiednio ozdabiając te elementy. W ogólnej formie budynek wpisywał się w architekturę zespołu i otaczającą go zielenią, jednak poprzez finezyjne zestawienie brył i wykończenie wyróżniał się spośród otaczającej go architektury. Wyjątkowo starannie zaprojektowano elewacje dużego budynku mieszczącego pralnię, kuchnię i mieszkania dla pracowników oraz warsztaty. W narożnikach umieszczono ryzalidy w formie wież, całość ozdobiono skonstrastowaną z czerwoną licówką ciemną, glazurowaną cegłą ułożoną w pasy i romby oraz zwieńczeniem w postaci fryzu arkadowego pod szerokim okapem.

Obiekty o bardzo ciekawych formach architektonicznych i dekoracyjnych zostały zaprojektowane w Obrzycach. Wzniesiono tam budynki o fantazyjnych bryłach, zróżnicowanej ilości kondygnacji, różnych planach, z wykuszami i ryzalitami, werandami czy wieżami, wykończone żółtą cegłą licówką. Cokoły i elementy dekoracyjne wykonano z czerwonej cegły. Budynki zdobiły fryzy z cegieł ułożonych w geometryczne wzory, fryzy arkadowe, opaski okienne oraz wykończenia blend i lizeny



Il. 4.95. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – pensjonat dla chorych (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.96. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – budynek dla chorych (fot. autorka, 2018 r.)

artykułujące elewacje. Również portale wejściowe wykonane zostały z czerwonej cegły. Dodatkowo wykorzystano glazurowaną zieloną cegłę, z której wykonano zwieńczenia cokołów i podokienniki, a pod oknami w niektórych budynkach umieszczono tynkowane płyciny podokienne (il. 4.95 i 4.96).

W całości założenia wyróżniał się budynek administracji, którego elewację wykończono czerwoną cegłą. Oś obiektu zaakcentowano środkowym ryzalitem, zwieńczonym wysokim, ozdobnym szczytem. Użyto również tynkowanych jasnych płycin z dekoracją o motywach roślinnych. Drugą kondygnację, gdzie mieściła się sala towarzyska, podkreślono dużymi, wysokimi oknami. Całość zwieńczono gzymsem podokapowym, poprzedzonym stylizowanym fryzem arkadowym, umieszczonym na tynkowanym tle.

Malowniczy charakter mają również budynki z drugiego etapu budowy azylu w Świeciu, w latach 1907–1908. Na północny wschód od starego zakładu w parku wzniesiono nowe pawilony dla chorych i domy mieszkalne dla personelu. Budynkom nadano bardzo malownicze formy, a każdy otrzymał indywidualną bryłę i dekorację, przy zachowaniu spójności całości. Bryły obiektów wzbogacono ryzalitami, czasem nawarstwionymi, werandami, balkonami i tarasami. Zwłaszcza bogato rozwiązane zostały strefy dachów, gdzie w wielu połaciach ustawionych pod różnymi kątami znajdowały się liczne okna, szczyty i mniejsze daszki. Nieco skromniejsze były budynki przeznaczone dla pracowników, choć nie pozbawione tych elementów. Elewacje nowej zabudowy wykonane zostały z czerwonej cegły, z dekoracyjnymi fryzami, również z czerwonej cegły układanej w skośne kratki, jodełkę lub inne geometryczne wzory dla kontrastu umieszczane na jasnych, tynkowanych tłach. W części budynków górne partie lub szczyty otynkowano i z cegły ułożono podziały pionowe

i poziome oraz oprawę okien. Dla podkreślenia malowniczości budynków wiele elementów wykonanych zostało z drewna. Wyróżniają się tarasy i balkony dwóch najbardziej wysuniętych na wschód pawilonów dla chorych (il. 4.97). Szerokie tarasy usytuowane w strefie parteru, skomunikowane z ogrodem, wydzielono murem balustradą. Schody prowadzące do ogrodu ujęto parami filarów, podtrzymujących balkon na drugiej kondygnacji. Od filarów na boki pociągnięto szerokie spływy wolutowe. Balkony zajmujące drugą i trzecią kondygnację nakryte zostały wysokimi, dwuspadowymi dachami, wspartymi na drewnianej konstrukcji stylizowanych arkad z dekoracją sztukatorską. Tarasy z balkonami to dominujące elementy w elewacjach pawilonów. Innym wyróżniającym się elementem jest wysoki, 3-kondygnacyjny szczyt jednego z pawilonów, wzniesiony w konstrukcji ramowo-płycinowej, z piękną dekoracją sztukatorską i facjatami z metalowymi sterczynami na ostatniej kondygnacji (il. 4.98).

Lekkie i żywe formy architektoniczne nadano budynkom w azylu w Buch. Zakład składał się z piętrowych lub parterowych budynków, wyższy był jedynie gmach administracji. Całemu zespołowi nadano charakter osiedla mieszkalnego o ujednoliconej stylistyce. Wszystkie budynki oblicowano czerwoną cegłą z jasnymi, podkreślonymi fugami. Do tego dodano jasny detal imitujący okładzinę kamienną w obramowaniach okien i portali, ujęciach narożników, cokołach, fragmentach lub całych elementach architektonicznych (wykuszach, ryzalitach, kolumnach ganków i werand czy loggii). Budynki mają również fantazyjne formy architektoniczne. Długim i szerokim piętrowym domom poprzez podziały ryzalitami i wykuszami oraz zwieńczenia falistymi lub trójkątnymi szczytami i wieżyczkami nadano charakter niewielkich kamieniczek o stylizowanych formach renesansowych i barokowych (il. 4.99). Dzięki



Il. 4.97. Świecie, Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz – budynek dla chorych, z okresu rozbudowy (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.98. Świecie, Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz – budynek dla pracowników, z okresu rozbudowy – detal (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.99. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – budynek dla chorych (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.100. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – Landhaus dla chorych (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.101. Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – płaskorzeźba – detal z budynku łaźni (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.102. Stralsund, Vierte pommersche Provinzialheilanstalt zu Stralsund – pawilon dla chorych (fot. autorka, 2019 r.)

temu budynki są urozmaicone i sprawiają żywsze wrażenie niż duże pawilony o prostych formach i ciemnoczerwonych ścianach. Ten sam zestaw elementów dekoracyjnych zaprojektowano dla mniejszych, parterowych budynków, nawiązujących do stylu architektury willowej, w duchu *Landhaus* (il. 4.100). Skontrastowanie czerwonej cegły z jasnym detałem imitującym kamień, użytym do wykończenia otworów okiennych, portali, wykuszy czy ganków, w zestawieniu z wysokimi dachami o wielu połaciach i szczytach oraz facjatakach dało również doskonały efekt. Parterowe są budynki gospodarcze, łaźnie i warsztaty oraz budynki techniczne. Mają jednak takie same formy, może nieco skromniejsze. Jedynym wyższym – 3-kondygnacyjnym budynkiem był gmach administracji. Duży budynek założony na planie litery „C” również został artykułowany ryzalitami i szczytami. Na osi umieszczono znacznie przestający z lica ryzalit z wysokim, falującym szczytem z zegarem. Również boki ujęto większymi ryzalitami, z wysokimi szczytami. Pozostałe części elewacji artykułowano niewielkimi, 2-kondygnacyjnymi ryzalitami, z niskimi szczytami. Ponadto budynki zdobią niewielkie płyciny z płaskorzeźbami, bardzo dyskretne i eleganckie dekoracje, często tematycznie dopasowane do funkcji budynku (il. 4.101).

Odmienne formy architektoniczno-stylistyczne nadano azyłowi w Stralsundzie. Niskie, parterowe lub piętrowe przysadziste budynki nakryte wysokimi, wielospadowymi dachami pięknie wkomponowano w krajobraz. Posadowiono je na cokole z licowanej cegły, wykończono tynkiem pomalowanym w jasne, pastelowe kolory, co pięknie kontrastowało z połaciami dachów z czerwonej dachówki. Bryły pawilonów dla chorych, jak i pozostałych budynków zostały zróżnicowane z dużymi lub małymi ryzalitami, nakrytymi wysokimi dachami, werandami i balkonami. Każdy budynek został

indywidualnie zaprojektowany, różnił się od pozostałych rozmieszczeniem lub liczbą kondygnacji, usytuowaniem ryzalitów, werand, dachów i daszków. Budynki zasadniczo nie mają dekoracji, poza skromnym detalem architektonicznym, ograniczonym do opasek okiennych. Cały urok architektury azylu polega na kompozycji brył budynków i wyjątkowym zgraniu ich z otaczającą zielenią (il. 4.102). Brak typowej dla zakładów psychiatrycznych z tego okresu symetrii kompozycji.

4.2.10. Inne elementy wyposażenia zakładów

Azyle dla psychicznie chorych były wyposażone w wiele udogodnień technicznych oraz specyficznych rozwiązań architektonicznych. Koniec XIX i początek XX wieku obfitował w nowe maszyny i urządzenia mające na celu usprawnienie pracy w kuchni, różne systemy ogrzewania i podgrzewania wody, maszyny parowe, silniki elektryczne i inne urządzenia – włącznie z centralami telefonicznymi. Wszystko to było używane w azylach. Wymyślono także wiele ciekawych, tak zwanych bezpiecznych rozwiązań architektonicznych, które były konieczne w tego typu instytucjach. Są to kolejne, bardzo obszerne tematy związane z zakładami dla psychicznie chorych, wymagające odrębnych opracowań.

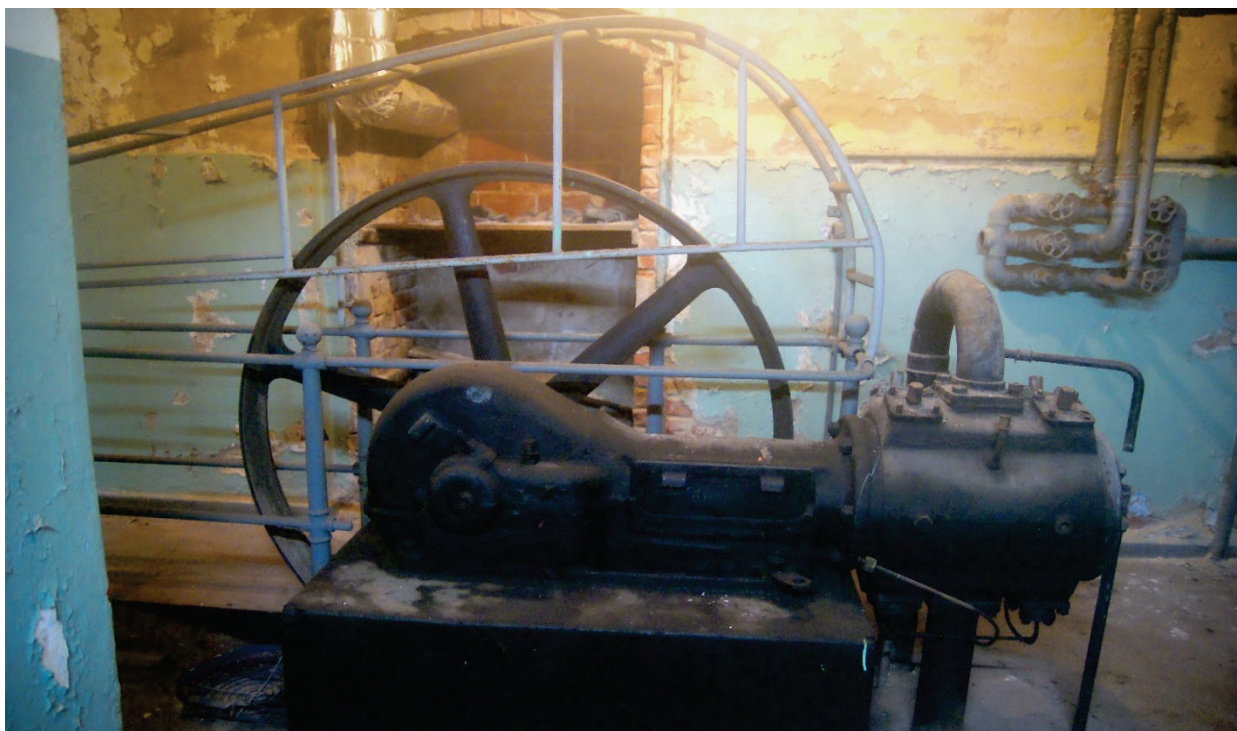
Niestety urządzenia z omawianego okresu, a także inne udogodnienia już dziś nie używane w większości zostały wymienione na nowe i wyrzucone. Do rzadkości należą silniki, piece czy nawet magły, które nie używane, jeszcze stoją gdzieś w kątach hal maszyn. Z opisów i fotografii wiadomo, że kuchnie były wyposażone na przykład w parowniki do gotowania kartofli, *szafki* do podgrzewania potraw. W pralniach parowych w specjalnych kotłach namaczano i gotowano bieliznę, były też maszynowe pralki oraz wirówki (centryfuga). Do suszenia bielizny używano pomieszczeń wyposażonych w aparaty do *suchej pary*, czyli ciepłego powietrza, które powodowało szybsze schnięcie prania. W maszynowniach używano maszyn parowych do ogrzewania parowego i podgrzewania wody (obok znajdowały się zazwyczaj łaźnie); silniki elektryczne napędzały pompy pompujące wodę do zbiorników w wieżach ciśnień. Używano także akumulatorów oraz wielu innych urządzeń (il. 4.103–4.106).



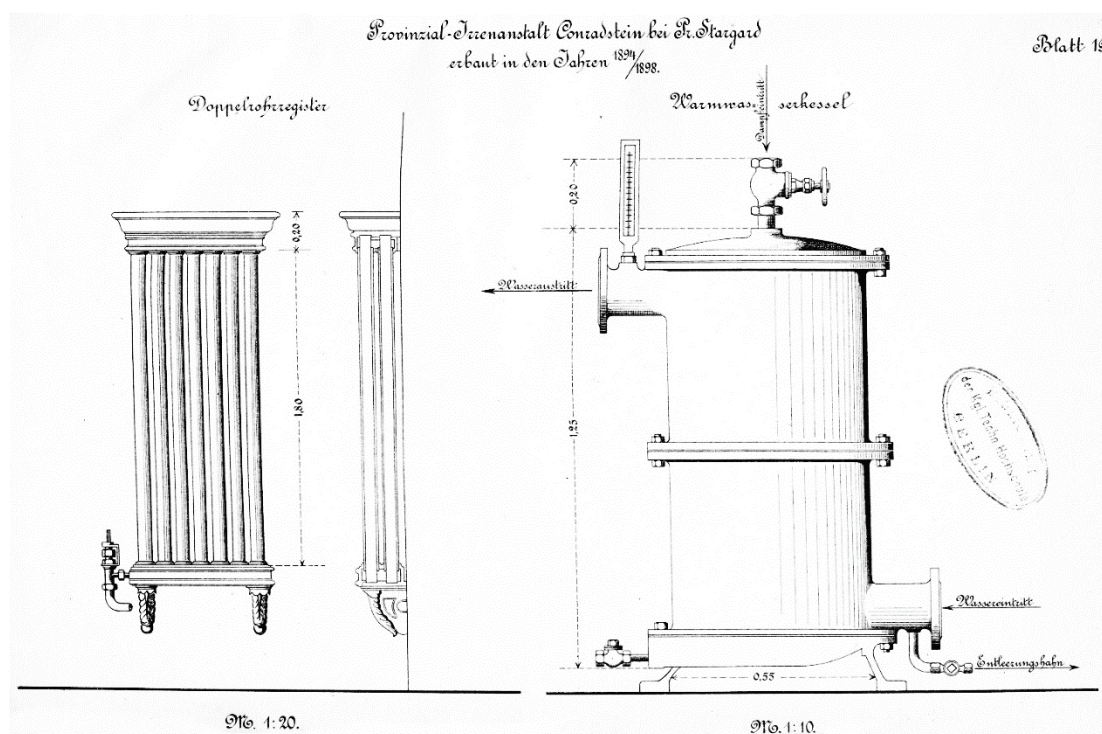
Il. 4.103. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – bojler (fot. autorka, 2017 r.)



Il. 4.104. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – kaloryfer systemu ogrzewania parowego (fot. autorka, 2017 r.)



Il. 4.105. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – pompa z pasem transmisyjnym do silnika (fot. autorka, 2017 r.)



Il. 4.106. Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, 1899 r. – urządzenia grzewcze – kaloryfer parowy i kocioł

Źródło: Bericht der Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Conradstein pro 1899–1900, fig. 19.

Nie istnieje także już większość rozwiązań architektonicznych, jak różne systemy *bezpiecznych* okien (il. 4.107) w większości wymienionych na nowe. Częściej można spotkać *bezpieczne* schody, których biegi zostały oddzielone murem zapobiegającym możliwości popełnienia samobójstwa (il. 4.108). W niektórych zakładach zachowały się schody samonośne o konstrukcji kamiennej, bardziej przez to odporne na ogień (il. 4.109 i 4.110). Przemysłane były nawet takie drobne elementy, jak kłamki. Na *bezpiecznej* kłamce pacjent nie mógł się powiesić (il. 4.111). Nieodzownym elementem były też stoły bilardowe, usytuowane w osobnych pokojach (il. 4.112).



Il. 4.107. Świecie, Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz – bezpieczne okno (fot. autorka, 2010 r.)



Il. 4.108. Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – bezpieczne schody ze ścianą (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.109. Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – klatka schodowa w pensjonacie z podwieszonymi schodami ognioodpornymi (fot. autorka, 2019 r.)



Il. 4.110. Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – bezpieczne schody podwieszane, kamienne, ognioodporne (fot. autorka, 2018 r.)



Il. 4.111. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – bezpieczna klamka (fot. autorka, 2017 r.)



Il. 4.112. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – stół bilardowy (fot. autorka, 2017 r.)

Te wszystkie urządzenia i udogodnienia świadczyły o rozwoju techniki, a stosowane zabezpieczenia – również o wyobraźni ówczesnych budowniczych i konstruktorów oraz doświadczeniu psychiatrów w opiece nad szaleńcami. Są to niestety rzeczy bezpowrotnie ginące, po których nic nie pozostanie. Dlatego warto byłoby poświęcić temu tematowi odrębne badania.

Podsumowując można stwierdzić, że badane zespoły szpitalne pod względem architektury spełniały wymogi czasów, w których zostały wzniesione. Pozornie zaprojektowane według tych samych sugestii i wzorców stanowiły założenia urbanistyczno-architektoniczne o indywidualnym charakterze zarówno w sferze rozwiązań funkcjonalnych budynków, jak i opracowania stylistycznego. Pomimo bardzo zbliżonych programów budowlanych, ogólnych podziałów na części żeńskie i męskie, a dalej na oddziały o podobnej organizacji, usytuowania całości w zależności od głównej osi symetrii, podobieństw w rozmieszczeniu pawilonów dla chorych i innych budynków zakłady zachowały własne cechy i każdy stanowi odrębny, warty uwagi zespół zabudowy. We wszystkich prowincjach nowe, budowane od około połowy XIX stulecia azyle spełniały wymagania stawiane tego typu placówkom i często nawet szpitale prowincjonalne były godnymi naśladowania rozwiązaniami, opisywanymi w fachowych czasopismach, jak azyle w Świeciu, Kocborowie, Dziekanówce czy Gorzowie Wielkopolskim. Ponadto bezsprzecznie podążały za rozwojem psychiatrii i wymaganiami terapeutycznymi. Wznoszono budynki o różnych funkcjach dostosowanych do potrzeb leczenia, modyfikowano układy funkcjonalne oddziałów dla chorych, wprowadzano udogodnienia techniczne, mające usprawnić pracę azylów. Nawet dbałość o warunki mieszkaniowe dla personelu, zwłaszcza wyższego szczebla, może świadczyć o staraniach władz, by sprowadzić do szpitali najlepszych fachowców.

4.3. Budowniczowie azylów

Planowanie i budowanie zakładów dla psychicznie chorych uważane było w środowisku architektów za bardzo trudną gałąź projektowania. Wymagało poza wiedzą z zakresu architektury i budownictwa także znajomości specyfiki organizacji i działania tego typu placówek medycznych. Dyskusja na temat wzorów dla azylu w środowisku psychiatrów i architektów była długa i nie doprowadziła do konsensusu. Jedni byli zwolennikami taniego budowania większej liczby zakładów, inni uważali, że przede wszystkim należy zapewnić pacjentom dobre warunki i możliwe udogodnienia. Jednak wszyscy byli zgodni co do tego, że prace przy budowie zakładów dla psychicznie chorych powinni wspólnie prowadzić psychiatrzy i architekci, dzieląc się swoją wiedzą. I tak też było w badanych azylach. Często projekty zlecano uznanym architektom, specjalizującym się w budowie szpitali, a twórcami koncepcji i konsultantami byli uznani w środowisku psychiatry. Nie zawsze możliwe jest ustalenie autorów planów budowy, czasem wymieniany jest tylko konsultant medyczny, którego koncepcję realizowano, czasem tylko architekt lub budowniczy prowadzący nadzór nad budową. Ale w wielu przypadkach udało się ustalić twórców projektów i często te nazwiska powtarzały się.

Niewiele wiadomo o projektantach najstarszych azylów. Były to zazwyczaj adaptacje, być może wykonywane przez lokalnych budowniczych i pod nadzorem przyszłego (pierwszego) dyrektora. Zapewne zakład dla obłąkanych w Neuruppin zaprojektował tajny, wyższy radca budowlany Berson. Wykonał dwie wersje projektów³⁰¹. Ilona Rohnowski opublikowała rzut suterenu wykonany przez Carla Ludwiga Engela (1778 Berlin – 1840 Helsinki), z około 1800 r.³⁰². Być może ten architekt też współpracował przy projekcie, zwłaszcza że tym czasie wykonał projekt wnętrza kościoła w Neuruppin. Po ukończeniu nauki w 1808 r. rozpoczął pracę jako architekt miejski w Revalu, a następnie przeniósł się do Helsinek, gdzie powstało dużo neoklasycznych budynków według jego projektów. W Finlandii zaprojektował również zakład dla *szalonych* w Lapprikan (1835)³⁰³.

Jedną z ważniejszych osób, które wpłynęły na rozwój pruskich azylów, był psychiatra prof. Heinrich Damerow (1798 Szczecin – 1866 Halle Nietleben)³⁰⁴, pierwszy dyrektor zakładu w Halle-

³⁰¹ A. Wallis, *op. cit.*, s. 479.

³⁰² I. Rohowski, *op. cit.*, s. 15.

³⁰³ H. Junecke, Engel, Carl Ludwig, [w:] *Neue Deutsche Biographie*. Band 4, Duncker & Humblot, Berlin 1959, s. 505 f, wersja on line <https://www.deutsche-biographie.de/pnd118817787.html#ndbcontent> (dostęp: 2.04.2020).

³⁰⁴ W. Leibbrand, Damerow, Heinrich Philipp August, [w:] *Neue Deutsche Biographie*, Band 3, Duncker & Humblot Berlin, 1957, s. 498–499, wersja on line <https://www.deutsche-biographie.de/sfz9242.html> (dostęp: 20.04.2020).

Nietleben. Studia medyczne ukończył w Berlinie, tam też przez kilka lat pracował w dziale medycznym ministerstwa kultury i oświaty. Był jednym z założycieli „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie”. Jego ideą było stworzenie nowego typu zakładu leczniczo-opiekuńczego dla psychicznie chorych. Damerow opracował koncepcję wraz ze szkicami planów nowego szpitala w Nietleben koło Halle. Według nich projekt budowlany sporządził Gustav Spott. Zasadą Damerowa była znaczna poprawa infrastruktury azylów w Prusach. Według jego projektu wzniesiony został jeszcze azyl w Allenbergu³⁰⁵. Ponadto, jak napisał w swoim artykule w „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin”, Baumeister Steunden zaprojektował wg jego koncepcji azyl w Owińskach. Jednak szpital ten powstał dużo później, dopiero w latach 1870–1973 więc musiał być to wczesny projekt. Jednak echa koncepcji Damerowa w wykonanej realizacji są widoczne. Psychiatra napisał również, że konsultował projekt azylu w Świeciu nad Wisłą³⁰⁶.

Z kolei projekt architektoniczny szpitala w Świeciu wykonał Eduard Römer (1814?– 1895?), architekt znany jedynie z swoich dzieł. Wiadomo, że na początku swojej kariery zawodowej pracował z berlińskimi architektami Theodorem Augustem Steinem, Augustem Sollerem i Augustem Stülerem. W twórczości Römera znalazło się najwięcej budynków związanych z koleją, jak hala główna z halą terminalową i salonem królewskim na dworcu Śląskim w Berlinie oraz liczne dworce na Śląsku i w Saksonii. Brał również udział w pracach nad projektami palcówek medycznych, np. szpitala diakonis Bethanien w ówczesnym Luisenstadt w Berlinie (obecnie Kreuzberg), zbudowanego w latach 1845–1847³⁰⁷.

Kolejnym lekarzem psychiatrą zaangażowanym w budowę azylów był prof. Bernhard Heinrich Laehr (1820 Żagań – 1905 Zehlendorf). Współpracował z prof. Damerowem, był od 1848 r. lekarzem asystentem, 2 lata później sekundariuszem w kierowanym przez Damerowa azylu w Halle-Nietleben. W 1853 r. założył prywatny zakład psychiatryczny dla kobiet „Schweizerhof” w Berlin-Zehlendorf. Udzielał się również na polu naukowym, od 1857 r. był redaktorem naczelnym czasopisma psychiatrycznego „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin”. Laehr miał duże zasługi w organizacji opieki psychiatrycznej, jako ekspert medyczny był zaangażowany w budowę szeregu publicznych ośrodków psychiatrycznych. Konsultował budowy azylów w Lengerich, Berlinie-Dalldorf, Eberswalde, Owińskach, Grafenbergu, Düren, Andernach, Merzig, Schwerinie i Poczdamie. Był jednym z głównych zwolenników leczenia w zamkniętych ośrodkach³⁰⁸.

Wśród architektów na pierwszym miejscu należy wymienić berlińską spółkę projektantów – Martina Gropiusa (1824 Berlin – 1880 Berlin) i Heino Schmiedena (1835 Soldin – 1913 Berlin), specjalizującą się w projektowaniu obiektów dla służby zdrowia. Wśród licznych zaprojektowanych przez nich budynków znalazły się szpitale ogólne, wojskowe, szpitale dla psychicznie chorych czy sanatoria ogólne i sanatoria dla płucnochorych. Architekci pozostawili po sobie również szereg innych obiektów, jak chociażby gmach Muzeum Rzemiosła Artystycznego w Berlinie. Tuż przed nawiązaniem współpracy ze Schmiedenem Gropius zaprojektował jeden z bardziej znaczących azylów pruskich – szpital w Neustadt-Eberswalde, gdzie – jak już wspomniano – konsultantem medycznym był prof. Laehr. Schmieden uczestniczył w projektowaniu domu dla chorych w czasie rozbudowy szpitala kilka lat później (1867–1868). Z badanych obiektów dziełem Gropiusa i Schmiedena są jeszcze projekty azylu w Wejherowie oraz rozbudowy szpitala w Allenbergu, gdzie ekspertem medycznym był ówczesny dyrektor Hermann Wendt³⁰⁹. Architekci wykonali również konkursowy projekt dla azylu w Daldorf (Berlin), za który otrzymali pierwszą nagrodę. Zakład wzniesiono jednak według planów skorygowanych przez miejskiego architekta Hermana Blankensteina i miejskiego inspektora budowlanego Augusta Lindemanna³¹⁰.

³⁰⁵ O. Peters, *op. cit.*, s. 354.

³⁰⁶ H. Damerow, *op. cit.*, s. 108.

³⁰⁷ U. Schroeter, *Eduard Römer, jeden zapomnianych budowniczych XIX wieku, architekt dworca w Kostrzynie nad Odrą*, Nadwarciański Rocznik Historyczno-Archiwalny, nr 17, 2010, s. 378–379, http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Nadwarcianski_Rocznik_Historyczno_Archiwalny/Nadwarcianski_Rocznik_Historyczno_Archiwalny-r2010-t-n17/Nadwarcianski_Rocznik_Historyczno_Archiwalny-r2010-t-n17-s375-385/Nadwarcianski_Rocznik_Historyczno_Archiwalny-r2010-t-n17-s375-385.pdf (dostęp: 10.03.2020).

³⁰⁸ J.L. Pagel, *Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts*, Berlin – Wien 1901, s. 938, <http://www.zeno.org/Pagel-1901/A/Laehr,+Heinrich> (dostęp: 15.03.2020).

³⁰⁹ Szczegółowe opisy projektów Gropiusa i Schmiedena podają: A. Körte, *op. cit.* i O. Peters, *op. cit.*

³¹⁰ *Ibidem*, s. 355–358.

W prowincji Pommern działał szczeciński architekt Emil Drews (Landes Baurat, Geheimrat). W Szczecinie zachowały się dwa okazałe gmachy jego autorstwa: siedziba Generalnej Dyrekcji i Banku Hipotecznego Ziemstwa Pomorskiego (wzniesiona w latach 1893–1895) i neobarokowy budynek Zakładu Ubezpieczeń Ziemskich (wzniesiony w latach 1902–1905). Na Pomorzu Drews zaprojektował trzy zakłady dla psychicznie chorych; najstarszy w Lęborku, przy którym współpracował z dr. Simensem³¹¹. Kolejnym zaprojektowanym przez niego szpitalem był zakład w Trzebiatowie, natomiast program budowlany opracował dr Mercklin – pierwszy dyrektor szpitala, który wcześniej pracował jako naczelnny lekarz w Lęborku³¹². Trzeci zespół to zakład w Stralsundzie, gdzie program budowlany opracował radca sanitarny dr Wilhelm Horstmann, późniejszy dyrektor szpitala³¹³. Przy pracach projektowych uczestniczył jeszcze architekt Gustav Broder; być może sprawował nadzór nad budową³¹⁴.

Z kolei budowę pomorskiego azylu w Ueckermünde powierzono architektowi Weberowi (Königliche Baumeister). Jako ekspert psychiatra zatrudniony został dyrektor zakładu w Darłowie dr Seiffert, natomiast nadzór nad budową prowadził Kreisbaumeister Joseph Ruhna³¹⁵.

Omawiane berlińskie zakłady zostały zaprojektowane przez ówczesnych miejskich radców budowlanych stolicy. Pierwszy z nich – Hermann Wilhelm Albert Blankenstein (1829 Grafenbrück bei Finowfurt, Landkreis Niederbarnim – 1910, Berlin) – funkcję miejskiego radcy budowlanego w Berlinie pełnił przez 24 lata. W tym czasie zaprojektował i nadzorował szereg berlińskich budowli, między innymi 16 szpitali, na przykład w Urban i Moabit czy Augusta-Hospitals w Mitte. W jego dorobku znalazły się wspomniane wyżej zakłady dla psychicznie chorych w Daldorf, gdzie konsultantem do spraw medycznych był prof. Laehr oraz o nieco podobnych formach budynków szpital w Lichtenbergu. W drugim konsultantem medycznym był przyszły dyrektor zakładu prof. Carl Moeli³¹⁶.

Drugim z miejskich radców budowlanych związanych z berlińskimi azylami, który pełnił tę funkcję w latach 1896–1924, był Ludwig Ernst Emil Hoffmann (1852 Darmstadt – 1932 Berlin). Zaprojektował liczne obiekty w Berlinie – szkoły i kościoły, a także kilka szpitali. W samym Buch podczas jego kadencji zbudowano całe „miasto medyczne” z dwoma sanatoriami dla płucnochorych, domem starców i domem opieki, a także powiązаныmi budynkami administracyjnymi oraz mieszkalnymi dla pracowników. Tam powstał zakład dla psychicznie chorych (Irrenanstalt Buch)³¹⁷.

W dokumentacjach i raportach znajdują się nazwiska architektów, na temat których trudno znaleźć jakieś informacje. Nie wiadomo, czy byli to lokalni projektanci czy też przybyli z innych regionów. Nie jest też pewna ich rola w powstaniu obiektów, ponieważ mogli tylko nadzorować budowę według projektu innego architekta.

I tak budowę zakładu w Dziekanec zlecono inspektorowi Braun (Landesbainspektor), co odnotowano w raporcie³¹⁸. Z kolei zakład w Kocborowie został opisany w „Zeitschrift für Bauwesen”, i tam też znalazła się informacja o twórcach szpitala. Za koncepcję odpowiedzialny był dr Kroemer (Medizinalrat), projekt budowlany wykonał Friedrich Tiburtius, Landesbaurat der Provinz Westpreußen in Danzig (ur. w 1860 r. w Neuendorf na Rugii, zm. 1912) oraz Otto Harnisch (?) Landesbauinspektor, Baurat Danzig. Zakład w Obrzycach został zaprojektowany przez lokalnego architekta Küblera (Regierungbaumeister) z Międzyrzecza³¹⁹. Pierwszym dyrektorem był Ludwig Scholz (1868–?), który być może nadzorował budowę? Scholz był synem psychiatry – dyrektora Irrenanstalt St. Jürgen w Bremen. Koncepcję budowlaną i organizacyjną zakładu w Kortowie

³¹¹ A. Funk, *op. cit.*, s. 47–48.

³¹² F. Siemens, *op. cit.*, s. 223.

³¹³ (?) Horstmann, *Provinzial Anstalt zu Stralsund*, [w:] *Deutsche Heil- ...*, *op. cit.*, t. 2, s. 183.

³¹⁴ J. Armbruster, H.J. Freyberger, *Verwahrung, Vernichtung, Therapie*, Verlag Dr. Kovac, Hamburg 2012, s. 45–46.

³¹⁵ Bericht über die Pommersche Provinzial-Irren-Anstalt bei Ueckermünde für die Zeit vom 1. April 1887 bis 31 März 1890, Stettin 1890, s. 4.

³¹⁶ M. Klinkott, *Hermann Blankenstein*, [w:] *Baumeister. Architekten. Stadtplaner. Biographien zur baulichen Entwicklung Berlins*, red. W. Ribbe, W. Schäche, Stappverlag, Berlin 1987, s. 235–256.

³¹⁷ D. Döhl, *Ludwig Hoffmann: Bauen für Berlin 1896–1924*, Ernst Wasmuth, Tübingen 2004.

³¹⁸ Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanecz bei Gnesnen für die Zeit vom 1. Oktober 1894 bis Ende März 1895, s. 3.

³¹⁹ W. Dramowicz, *op. cit.*, s. 9; podpis Küblera widnieje na projektach zakładu, jednak nie wiadomo, czy był twórcą planów czy tylko nadzorował budowę. Zaprojektowanie takiego dużego zespołu, o bardzo indywidualnych formach stylistycznych wymagało dużych umiejętności i doświadczenia.

sporządził dr Eugen Hallervorden³²⁰, pierwszy dyrektor szpitala, który do 1886 r. pracował jako sekundariusz w zakładzie psychiatrycznym w Allenbergu.

Informacje na temat architektów i psychiatrów zajmujących się budową i organizacją państwowych placówek leczniczo-opiekuńczych są niepełne. Należałoby pogłębić temat i zbadać, jakimi przesłankami kierowały się władze prowincji w doborze projektów i ich wykonawców. Jest to bardzo szeroki temat na osobną monografię. Jednak już na podstawie zebranych informacji można stwierdzić, że zakład dla psychicznie chorych był trudnym, poważnie traktowanym zadaniem architektonicznym i mieścił się w dossier najlepszych architektów.

³²⁰ Stoltenhoff, *op. cit.*, s. 176.

PODSUMOWANIE

XIX-wieczna psychiatria znacznie różniła się od współczesnej. Podejmowano różne próby leczenia umysłowo chorych, stworzenia im godnych warunków życia. Jedną z podstawowych idei było dobre traktowanie i zapewnienie „ważnej” opieki. Starano się, aby chorzy czuli się w azylach jak w rodzinie, mogli pracować i mieli zapewnione różne rozrywki oraz możliwość praktykowania swojej wiary. Zgodnie z tą koncepcją, jednym z narzędzi mających wspomóc leczenie, miała być dobrze zaplanowana architektura, która wraz z otoczeniem pozwoli na stosowanie nowoczesnych wówczas metod terapii.

Przedstawione w monografii badania nad wybraną grupą pruskich prowincjalnych zakładów leczniczo-opiekuńczych dla psychicznie chorych wykazały, że architektura oraz całe założenia były funkcjonalnie dostosowane do terapii i wykazywały ścisły związek z ówczesnymi koncepcjami opieki nad psychicznie chorymi.

Pierwszym krokiem w kierunku stosowania terapii moralnej, w której wówczas pokładano ogromne nadzieje, było zorganizowanie specjalistycznych szpitali, nawet w adaptowanych, niekiedy dobrze nadających się do tego celu budynkach. Pacjenci mieli tam przeznaczoną tylko dla nich przestrzeń, którą starano się wykorzystać tak, aby zapewnić chorym odpowiednie warunki do terapii. Wśród badanych założeń z I połowy XIX stulecia znalazły się takie obiekty, jak nowy budynek azylu w Neuruppin czy szpital w adaptowanym klasztorze w Owińskach, które na pierwszym etapie rozwoju psychiatrii spełniały te założenia. Następnie na przestrzeni lat modyfikowano przestrzeń azylów, by ją coraz lepiej przystosować do wymagań psychiatrii. Taka ewolucja jest wyraźnie widoczna w badanych pruskich prowincjalnych szpitalach. Poprzez odpowiednie zaprojektowanie układów funkcjonalnych całych założeń i poszczególnych obiektów starano się dobrze zorganizować życie społeczności chorych.

Nowoczesne azyle projektowane były wspólnie przez lekarzy psychiatrów i specjalizujących się w tej dziedzinie architektów. Psychiatrizy na podstawie swoich doświadczeń i praktyki kolegów po fachu opracowywali programy założeń, niektórzy – jak prof. Damerow – wykonywali również szkice projektów. Następnie zgodnie z ich sugestiami architekci opracowywali projekty układu urbanistycznego i wszystkich budynków. Taka ścisła współpraca była zalecana przez czołowych reformatorów i stosowana w większości przypadków. Również w dokumentacji i opisach badanych zespołów można znaleźć nazwiska konsultantów medycznych (czasem było ich kilku) oraz architektów i budowniczych pełniących nadzory nad budowami. Wśród najbardziej cenionych lekarzy pracujących przy badanych obiektach i zasłużonych dla organizacji pruskich azylów znaleźli się prof. Heinrich Damerow i prof. Bernhard Heinrich Laehr. Projekty architektoniczne wykonywali też cenieni architekci, jak Martin Gropius, Heino Schmieden, Herman Blankenstein czy Emil Hoffmann. Pozwoliło to na stworzenie przestrzeni terapeutycznej spełniającej wymagania ówczesnej psychiatrii.

W miarę jak nabierano doświadczeń w opiece i leczeniu *szalonych*, rozbudowywano programy funkcjonalne azylów. Do zapewnienia pacjentom terapii przez pracę potrzebne były warsztaty czy pokoje do pracy. Czasem lokowano je w pawilonach dla chorych, jak na przykład pomieszczenia do pracy dla niebezpiecznych pacjentów czy do cichej pracy dla kobiet. Często jednak starano się oddzielić miejsce pracy i budowano osobne warsztaty do zajęć rzemieślniczych lub sytuowano je przy budynkach technicznych. Znaczna część chorych znajdowała zatrudnienie przy uprawie roli. Powstawały gospodarstwa, w których czasem wykorzystywano istniejące w przejętych majątkach zabudowania, ale często budowano tzw. kolonie od podstaw, nadając im spójne formy z architekturą całego zakładu, np. w Eberswalde.

Obok pracy ważną częścią terapii była rozrywka. W rozwiniętych programach funkcjonalnych znalazły miejsce specjalne sale mieszczące się w budynkach administracji lub w osobnych obiektach. Sale wyposażone w scenę służyły wspólnemu obchodzeniu świąt, koncertom i przedstawieniom teatralnym. Wszystkie badane zespoły z II połowy XIX stulecia posiadały tego typu udogodnienia. Wybudowane około połowy XIX w. uzupełniano o salę w jednej z faz rozbudowy, a we wznoszonych od lat 70. planowano je już w fazie projektu. Jedną z wcześniejszych sal zaprojektował Martin Gropius w szpitalu w Neustadt-Eberswalde (1860). Projektowano również biblioteki

i czytelnie, pokoje bilardowe, muzyczne, często towarzyszące salom, tworzące kompleksy rozrywkowe. Było to zgodne z poglądami na leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi i zalecane przez większość psychiatrów. Poprzez tworzenie odpowiedniej przestrzeni do pracy i rozrywki architektura stawiała się „narzędziem” terapii.

Wśród rozrywek ruchowych niemieckiego XIX-wiecznego społeczeństwa bardzo popularna była gra w kręgle. O tym również pomyśleli projektanci azylów, umieszczając w większości zakładów specjalnie w tym celu wzniesione kręgielnie. Do nielicznych zachowanych należy niewielki budynek w szpitalu Herzberge w berlińskiej dzielnicy Lichtenberg. Budynki towarzyskie ze sceną, letnie teatry i kręgielnie były podstawowymi obiektami znajdującymi się w bardzo popularnych na terenie Prus w II połowie XIX stulecia założeniach teatralno-rozrywkowych, tzw. *Établissement*. Wprowadzając tego typu obiekty do zespołów azylów, starano się zapewnić chorym rozrywki, do których zapewne byli przyzwyczajeni. To także w mniemaniu ówczesnej psychiatrii miało sprzyjać terapii.

Również za „nawyk i potrzebę z poprzedniego życia”, które powinny być kontynuowane w szpitalu, psychiatrzy uważali modlitwę i udział w nabożeństwach. W zakładach znajdowali się chory różni wyznań, trzeba było więc zapewnić im odpowiednie kaplice lub sale modlitw. W większych założeniach dla chorych ewangelików i katolików wznoszono wolnostojące kaplice – kościółki, w innych urządzano je w budynkach administracji. W kilku badanych przypadkach budynki towarzyskie służyły również celom kultowym. Planowano także osobne sale modlitw dla żydów. Jak widać architektura służyła zaspokajaniu potrzeb religijnych, a w ten sposób również terapii.

Oddziały dla chorych były specjalnie projektowane. Miały odmienny układ funkcjonalny w zależności od grupy pacjentów, dla których były przeznaczone; różnił się on także w poszczególnych zakładach. Różnorodne rozwiązania z wykorzystaniem lub zredukowaniem korytarzy, użyciem dużych sal chorych lub kilkuosobowych pokoi, izolatek dla pobudzonych pacjentów, różnym układem pomieszczeń higienicznych zostały szczegółowo opisane w rozdziale 4. Różne układy funkcjonalne oddziałów zapewniały lepszą opiekę nad chorymi, możliwość nadzoru tam, gdzie zachodziła taka potrzeba oraz uczestnictwa w życiu społecznym. Oddziałom we wszystkich badanych azylach towarzyszyły ogrody, co również było wymogiem stawianym tego typu placówkom ze względu na możliwość zażywania ruchu i świeżego powietrza jako elementów leczenia.

Wraz z rozwojem techniki do terapii starano się wykorzystywać nowoczesne urządzenia. W skład zespołów obowiązkowo wchodziły łaźnie, służące oprócz utrzymywania higieny również uspokajającym kąpielom. W azylu w Kochborowie między łaźnią dla kobiet i dla mężczyzn usytuowano nawet basen. W nowszych zakładach łazienki z wannami umieszczano w pawilonach chorych. Urządzano też laboratoria, pomieszczenia zabiegowe i gabinety lekarskie. Stosowano np. elektroterapię i elektrodiagnostykę (Stralzund), a architekci musieli zapewnić budynki nadające się do tego typu funkcji.

Cały układ urbanistyczny zakładów był również podporządkowany terapii. Budynki wraz z otoczeniem miały kojąco wpływać na pacjentów, tworzyć atmosferę ładu i harmonii, spotęgowanej oddziaływaniem rozciągających się wokół ogrodów i parków. W większości badanych, zaprojektowanych jako azyle placówek zastosowano symetryczny względem głównej osi układ budynków. Ułatwiała to podział azylów na dwie części – żeńską i męską. Usytuowane na głównej osi obiekty ogólnej użyteczności były dobrze skomunikowane z obiema częściami zakładu i „porządkowały” układ całości. Ponadto takie podziały i zachowanie symetrii sprzyjały wrażeniu ogólnej harmonii, co wzmacniała jeszcze otaczająca budynki zieleń oraz rozległe parki towarzyszące azylom.

Podsumowując, można stwierdzić, że dzięki współpracy lekarzy i architektów, uwzględnianiu nabywanych w ciągu całego okresu budowania azylów doświadczeń powstawała specyficzna przestrzeń architektoniczno-urbanistyczna stwarzająca odpowiednie miejsca dla ówczesnie pojętej terapii i będąca jej swoistym „narzędziem”. Przestrzeń ta ewoluowała w ciągu XIX wieku, aby pod koniec stulecia i na początku następnego zaowocować dojrzałymi zespołami azylów, spełniającymi oczekiwania medycyny.

Na podstawie badanych obiektów można wyróżnić kilka kluczowych faz rozwoju pruskich zakładów leczniczo-opiekuńczych dla psychicznie chorych. Pierwszym etapem były zakłady z początku i pierwszej ćwierci XIX wieku, których twórcy starali się podążać za ówczesnymi wzorcami w tej dziedzinie. Adaptowano istniejące bądź budowano nowe, proste obiekty, które w drugiej połowie stulecia musiały ustąpić miejsca nowocześniejszemu zespołom. Wraz z rozwojem idei psychiatrii zmieniały się wymagania stawiane szpitalom. Od około połowy XIX stulecia wznoszono nowe, speł-

niające coraz więcej wymagań terapeutycznych budowle. Wprowadzono system odrębnych, dość masywnych budynków, usytuowanych wokół zazwyczaj prostokątnego dziedzińca. Na osi planowano budynki dla dyrekcji, a za nimi obiekty gospodarcze i techniczne. Ułatwiało to podziały na części dla kobiet i mężczyzn oraz dla chorych uleczalnych i nieuleczalnych. W kolejnych podziałach na oddziały dla spokojnych, umiarkowanie niespokojnych i niebezpiecznych stosowano segregację poziomą lub pionową, przy czym oddziały dla niebezpiecznych *szaleńców* umieszczano na końcu założenia lub poza zamkniętym dziedzińcem. Od początku starano się urządzać oddziałowe ogrody i parki. Kolejnym krokiem dla zapewnienia pacjentom warunków bardziej kameralnych i zbliżonych do domowych było „rozsuwanie” zabudowy, tworzenie większych przestrzeni między budynkami i na końcu wznoszenie coraz mniejszych, zapewniających większą intymność pawilonów przeznaczonych na oddziały. Zakłady zajmowały coraz większe przestrzenie.

W związku z rosnącymi potrzebami musiano zapewniać coraz więcej miejsc dla chorych. Starano się jednak nie wznosić wielkich budowli, tylko zwiększać liczbę małych pawilonów. Na przełomie XIX i XX oraz na początku XX wieku planowano azyle rozciągnięte na dużych obszarach, a budynkom zawsze towarzyszyła pięknie zaprojektowana zieleń w postaci ogrodów oddziałowych i parków. Ponadto zawsze starano się pozostawić miejsce na przyszłą rozbudowę zespołu.

W miarę rozwoju zakładów i zwiększania liczby miejsc następowała konieczność wznoszenia większych budynków gospodarczych i technicznych. Starano się wykorzystywać osiągnięcia techniki w celu usprawnienia pracy przy obsłudze pacjentów. Również zatrudniano coraz więcej personelu i tak azylom wzniesionym na początku XX w. towarzyszyły już spore zespoły willi, domków i wielomieszkaniowych budynków dla personelu.

Na podstawie badanej grupy obiektów można stwierdzić, że pruskie azyle ewoluowały, by sprostać wymogom stawianym tego typu placówkom. Finalnie powstał wzorzec do dziś działających szpitali, o harmonijnych układach, pełnych zieleni i nadal nadających się do pełnienia funkcji szpitali dla nerwowo i psychicznie chorych. Pomimo zarzutów ze strony części środowiska psychiatrycznego, dotyczących zbyt dużych kosztów budowy, powstawały zakłady na wysokim poziomie architektonicznym i technicznym, co zapewne pozwoliło im przetrwać do dziś. Ponadto bez względu na położenie na terenie Prus, zakłady budowano z taką samą starannością. W fachowych czasopismach opisywane były jako dobre wzorce zarówno azyle z Berlina i okolic, jak i z terenów dalekiej prowincji czy przyłączonych do Prus ziem polskich.

Azyle rozwijające się w XIX wieku miały pewne cechy wspólne z innymi rodzajami placówek medycznych. Korzystano z osiągnięć szpitalnictwa ogólnego, chociażby w kwestii higieny, układów pawilonowych, segregacji chorych w celu zapobiegania zakażeniom. Jednak ze względu na specyfikę pacjentów i stosowanej terapii w ciągu XIX stulecia wykształciły się zupełnie inne modele zakładów, służące często pacjentom przez długi czas albo i całe życie, i stanowiące dla nich namiastkę domu. Pruskie azyle wyróżniają się także na tle europejskich i amerykańskich placówek tego typu. Wydaje się, że właśnie ze względu na kameralność architektury i układów urbanistycznych powstały bardziej ponadczasowe zespoły niż w innych krajach. Chociaż wymagało to większych terenów i poniesienia wyższych kosztów budowy, jednak pozwoliło przetrwać architekturze wielu azylów w niezmienionej formie i szacie architektonicznej, a także zachować pełnią funkcję, czego nie można odnieść do większości zakładów w innych krajach.

Podsumowując, można stwierdzić, że pruskie zakłady leczniczo-opiekuńcze dla psychicznie chorych stanowią cenne świadectwo ewolucji myśli medycznej, rozwoju psychiatrii, architektury oraz techniki w XIX i na początku XX wieku. Są również „świadkami” zachodzących w tym czasie przemian społecznych, które pozwoliły na zmianę podejścia do *szaleńców*. Symbolizują współpracę ludzi o światłych umysłach, mają na celu poprawienie doli chorych psychicznie, często pokrzywdzonych przez los, przez lata odrzucanych przez społeczeństwo.

Prowadzone rozważania wykazały, jak ciekawą grupę badawczą stanowią pruskie azyle. Architektura XIX i początku XX stulecia, chociaż jest już dziedziną coraz lepiej poznaną, ma jednak jeszcze wiele nieprzeanalizowanych obiektów. Zebrany materiał uzupełnił literaturę przedmiotu o te stosunkowo mało poznane zespoły architektoniczno-urbanistyczne. W publikacji nie wyczerpano tego szerokiego tematu. W trakcie badań nasunęło się jeszcze wiele wątków, które należałoby podjąć. Są to między innymi sylwetki twórców szpitali i droga ich zatrudniania przy projektach, wszystkie sprawy techniczne związane z wynalazkami XIX wieku, urządzeniami używanymi w azylach zarówno w celu poprawy bezpieczeństwa, jak i usprawnienia pracy. Warta badań jest też kwestia wystrojów wnętrz,

urządzeń higienicznych, ogrodów. Przede wszystkim warto jednak przyjrzeć się dokładniej architekturze każdego zakładu z osobna i stworzyć katalog tych cennych obiektów.

Zebrany materiał badawczy może stanowić również cenne źródło informacji dla służb konserwatorskich i osób odpowiedzialnych za remonty tych cennych zespołów zabytkowych. Przedstawione w monografii zespoły szpitali mogą być również interesujące dla współczesnych architektów i studentów architektury jako placówki o cały czas aktualnych walorach architektonicznych, jako miejsca ponadczasowe dzięki kameralnym wnętrzom architektoniczno-urbanistycznym, współgraniu architektury z naturą i zielenią, wprowadzeniu klimatu spokoju i harmonii, czego często brakuje współczesnym, ogromnym zespołom szpitalnym. Godna podkreślenia jest również ścisła współpraca konsultantów medycznych i projektantów, rozpowszechnianie dobrych wzorców i konsekwentna polityka państwa, dzięki której liczba placówek systematycznie wzrastała.

Zakłady dla psychicznie chorych na terenie Niemiec budowano jeszcze w okresie 20-lecia międzywojennego. Kres rozwoju tej szczytnej idei przyniosła działalność hitlerowców i tzw. „akcja T 4”, kiedy to w latach 1939–1945 zamordowano około 200 tysięcy upośledzonych i niepełnosprawnych pensjonariuszy szpitali psychiatrycznych na terenach okupowanych przez hitlerowskie Niemcy. Placówki, które przetrwały kataklizm II wojny światowej i którym w okresie powojennym nie zmieniono funkcji lub ją w krótkim czasie przywrócono, działają do dziś.

BIBLIOGRAFIA I ŹRÓDŁA

Źródła

- Archiwum Państwowe w Olsztynie, Wojewódzkie Biuro Projektów „Miastoprojekt” nr zesp. 528, Dokumentacja Techniczna – Kortowo 1950 r., sygn. 38, 40–43, 45, 47–60; 62–63, 65, 78, 131.
- Archiwum Państwowe w Poznaniu, zespół: 53/292/0 Starostwo Krajowe w Poznaniu » Seria: 2.7 Sprawy budowlane zakładów leczniczych – Zakład Psychiatryczny w Dziekance, sygn. 496, 407, 431.
- Archiwum Państwowe w Poznaniu, zespół: 53/292/0 Starostwo Krajowe w Poznaniu » Seria: 2.8 Sprawy budowlane zakładów leczniczych – Zakład Psychiatryczny w Kościanie, sygn. 500, 501, 502, 503.
- Archiwum Państwowe w Poznaniu, zespół: 53/292/0 Starostwo Krajowe w Poznaniu » Seria: 2.8 Sprawy budowlane zakładów leczniczych – Zakład Psychiatryczny w Owińskach, sygn. 505, 506.
- Dodatek tyżący się instytutu leczenia obłąkanych na umyśle w Owińskach*, 1838, <http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/docmetadata?id=365217&from=publication>, dostęp 15.09.2018
- Dokumentacja techniczna – projekty Martina Gropiusa, ze zbiorów GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde.
- Dokumentacja techniczna ze zbiorów AMEOS Klinikum Ueckermünde.
- Dokumentacja techniczna ze zbiorów Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gemeinnützige GmbH.
- Dokumentacja techniczna ze zbiorów Sali pamięci Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie.
- Dokumentacja techniczna ze zbiorów Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu.
- Dokumentacja techniczna ze zbiorów Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim.
- Dokumentacja techniczna i fotograficzna ze zbiorów TU Berlin Architekturmuseum:
- Eduard Römer (1814–1895) Irrenanstalt, Schwetz, Inv. Nr. ZFB 04,019, ZFB 04,020 ZFB 04,021, ZFB 04,028, ZFB 04,029, ZFB 04,030–032,
- Königliche Oberbaudeputation Irren-Heil-Anstalt, Owinsk Inv. Nr. 8110,16–19
- N.N. Provinzial-Irrenanstalt, Conradstein (1898) Inv. Nr. 30696–97, 30706, 30720, F 5692, F 5701, F 5702, F 5703, ZFB 53,011
- Ludwig Hoffmann (1852–1932), Irrenhaus, Berlin-Buch Inv. Nr. B 2377,002–061
- N.N. Landesirrenanstalt, Neustadt-Eberswalde, Inv. Nr. ZFB 19,001–013
- N.N. Landesirrenanstalt, Landsberg/Warthe, Inv. Nr. ZFB 42,034 036.
- Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz, sygn. I.HA Rep.70, nr 270, Reglement für die zu Neuruppin angelegte Kurmarkische Irren-Anstalt, Berlin 1802.
- Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz, sygn. 2196, Denkschrift über den gegenwärtigen Zustand der Irrenpflege in der Provinz Preussen mit besonderer Berücksichtigung des Planes der neu zu bauenden Anstalten zu Paterswalde und Schwetz, Königsberg 1848.
- Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz, sygn. I.HA Rep. 77, tit. 2782, nr 1, Bd1, Bericht über die Provinzial Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde von Direktor Dr. Sponholz.
- Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz, sygn. I.HA Rep. 77, tit. 2782, nr 1Bd 2, Reglement für die Irren-Anstalten der Stadt Berlin.
- Geheimes Staatsarchiv Preussischer Kulturbesitz, sygn. I.HA Rep. 77, tit. 2783, nr 2, Amst-Blatt der Königlichen Regierung zu Stralsund, nr 23, 9.06.1870.

Sprawozdania szpitali (Bericht)

- Bericht der Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt in Neustadt pro 1900–1901.
- Bericht der Westpreussischen Provinzial Irrenanstalt zu Conradstein pro 1899–1900.
- Bericht der Westpreussischen Provinzial Irrenanstalt zu Conradstein pro 1900–1901.
- Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen für die Zeit vom 1 Oktober 1894 bis Ende März 1895.
- Bericht über die Provinzial-Irren-Pflege-Anstalt zu Kosten für die Zeit vom 1 April 1893 bis 31. März 1895.
- Bericht über die Provinzial-Irren-Pflege-Anstalt zu Kosten für die Zeit vom 1 April 1895–1897; 1. April 1900–1901.
- Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Obrawalde für die Zeit vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

- Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Obrawalde für die Zeit vom 1. April 1907 bis 31. März 1908.
 Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Obrawalde für die Zeit vom 1. April 1908 bis 31. März 1909.
 Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Obrawalde für die Zeit vom 1. April 1909 bis 31. März 1910.
 Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Obrawalde für die Zeit vom 1. April 1910 bis 31. März 1911.
 Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Obrawalde für die Zeit vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.
 Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Obrawalde für die Zeit vom 1. April 1912 bis 31. März 1913.
 Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Owinsk für die Zeit vom 1890–1891. April 1895 bis 31. März 1896
 do 1902; 1891–1892.
 Bericht über die Provinzial-Irren-Anstalt in Owinsk die Zeit vom 1. April 1892 bis 31. März 1893 umfassend.
 Bericht der Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz pro 1899–1900.
 Bericht über die Pommersche Provinzial-Irren-Anstalt bei Ueckermünde für die Zeit vom 1. April 1887 bis 31
 März 1890, Stettin 1890.
 Bericht über die Pommersche Provinzial-Irren-Anstalt bei Ueckermünde in dem Jahren 1875–1887, Stettin 1887.

Literatura z okresu wznoszenia i rozwoju azylów dla psychicznie chorych – koniec XVIII w. – początek XX w.

- Battye W., 1758. *Treatise on Madness*, Whiston and White, London.
 Bentham J., 1787. *Panopticon, Constitution, Colonies, Codification*. [w:] *The Works of Jeremy Bentham*,
 J. Bowring (red.), 1843, William Tait, Edinburgh, vol. 4, 37–170, http://oll-resources.s3.amazonaws.com/titles/1925/0872.04_Bk.pdf (dostęp 2.01.2020).
 Bernhardt (?), 1854. *Die Heil- und Pflege-Anstalt Allenberg bei Wehlau in Ostpreussien*. Correspondenz-Blatt
 der Gesellschaft für Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie, 1(5), 1.10.1854, 33–36.
 Bernhardt (?), 1854. *Provinzial-Irrenheil- und Pflegeanstalt Allenberg bei Wehlau*. Allgemeine Zeitschrift für
 Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, 4, 679.
Beschreibung der dritten Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Conradstein bei Pr. Stargard, 1901.
 A.W. Kafemann, Danzig.
 Bowen T., 1783. *An Historical Account of the Rise, Progress and Present State of Behtlem Hospital*. (Print
 Editions April 19, 2018, Gale Ecco), London.
 Browne W.A.F., 1837. *What Asylums Were, Are, Ought to Be*, Balfour and Jack, Edinburg.
 Bru P., 1890. *Histoire de Bicêtre*. Lecrosnie & Babé, Paris.
 Carlson E.T., 1874. *The Death of the Asylum?* Bulletin of the New York Academy of Medicine, 50, 636–650.
 Chiarugi V., 1991. *Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di
 osservazioni*. Vecchiarelli (reprint).
 Conolly J., 1847. *The Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospital for Insane*. John Churchil,
 London, <https://archive.org/details/constructiongove00cono/page/n6/mode/2up> (dostęp 4.03.2020).
 Damerow H., 1844. *Zur Geschichte des Neubaues der Ständischen Irren-Heil- und Pflege-Anstalt für die Preuss.
 Provinz Sachsen bei Halle a. d. S.* Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medi-
 zin, 1, 97–112.
Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild, t. 1, 1910, t. 2, 1911, J. Bresler (red.),
 Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale.
 Förster L., 1855. *Über den Bau und Organisation der Irrenanstalten*. Allgemeine Bauzeitung, 8, 318– 319.
 Funk A., 1891. *Irren-Anstalten*. [w:] *Handbuch der Architektur*, J. Durm (red.), Verlag von Arnold Bergsträsser,
 Darmstadt, 4, Halb-Band 5, Heft 2, 1–60.
 Gädicke J.Ch., 1806. *Lexicon von Berlin und der umliegenden Gegend*. Gebrüder Gädicke, Berlin.
 Gropius M., 1869. *Die Provinzial-Irren-Anstalt zu Neustadt-Eberswalde*. Zeitschrift für Bauwesen. 147–194.
 Grunau (?), 1897. *Die erste 40 Jahren (von 1 April 1855 bis 31 März 1895) der Westpreussischen Provinzial-
 Irren-Anstalt Schwetz*. U.W. Kafemann, Danzig.
 Hine G.T., 1901. *Asylums and Asylum Planning*. Journal of the Royal Institute of British Architects, R. VIII, 3/8,
 161–180.
 Hoffmann L., 1908. *Irrenhaus, Berlin-Buch, Neubauten der Stadt Berlin*, VII, [http://www.omnia.ie/index.php?navigation_function=3&europeana_query=Irrenhaus,%20Berlin-Buch.%20\(Aus:%20Neubauten%20der%20Stadt%20Berlin,%20Bd.%20VII,%201908](http://www.omnia.ie/index.php?navigation_function=3&europeana_query=Irrenhaus,%20Berlin-Buch.%20(Aus:%20Neubauten%20der%20Stadt%20Berlin,%20Bd.%20VII,%201908) (dostęp: 25.03.2020).
 Horstmann (?), 1911. *Provinzial Anstalt zu Stralsund*, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-
 kranke in Wort und Bild*, t. 1, J. Bresler (red.), Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale.
 Ideler C., Blankenstein H., 1883. *Die städtische Irren-Anstalt zu Dalldorf*. Ver. Julius Springer, Berlin.
 Jacobi M., 1834. *Über die Anlegung und Einrichtung von Irren-Heilanstalt mit ausführlicher Darstellung der
 Irren-Heilanstalt zu Siegburg*. Reimer, Berlin.
 Jacobi M., 1841. *Die Irrenheilanstalt zu Siegburg und ihre Gegner auf dem sechsten rheinischen Landtage*. Bonn,
<http://digitale-sammlungen.ulb.uni-bonn.de/content/pageview/3731631> (dostęp 15.03.20).

- Kirkbride T.S., 1854. *On the Construction, Organization, and General Arrangements of Hospitals for the Insane*. Lindsay & Blakiston, Philadelphia, <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-66510280R-bk> (dostęp 20.02.2020).
- Laehr H., 1912. *Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Oestreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern*. Druck und Verlag von Georg Reimer, Berlin.
- Laehr H., Lewald M., 1899. *Die Heil- und Pflege-Anstalten für Psychische-Kranke des deutschen Sprachgebiets*. Verlag von Georg Rieme Berlin.
- Moeli D., 1896. *Die Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg*. Verl. Otto Enslin, Buchhandlung für Medicine, Berlin.
- Pagel J.L., 1901. *Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts*. Berlin – Wien, <http://www.zeno.org/Pagel-1901/A/Laehr,+Heinrich> (dostęp 15.03.2020).
- Pamiętnik XXX-lecia Dziekanki, krajowego zakładu psychiatrycznego pod Gnieznem, 1925. Nowiny Psychiatryczne, II.
- Pellnan (?), 1878. *Allgemeine Ideen über die Errichtung von Irren Anstalten*. Deutsche Bauzeitung, 42, 207–209; 44, 222–224 i 46, 231–234.
- Peveling (?), 1892. *Die Landes-Irrenanstalt in Landsberg a. W.* Zeitschrift für Bauwesen, 42, 147–160.
- Pinel P., 1801. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Wyd. II z 1809 r., J.A. Broson Libraire Paris, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g.texteImage> (dostęp 29.03.2020).
- Provincial-Irrenanstalt, Conradstein, 1903. Zeitschrift für Bauwesen, hrsg. v. Ministerium der öffentlichen Arbeiten, Jg. 53, 57–94.
- Provincialanstalt Dziekanka, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, t. 1, 1910, J. Bresler (red.), Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale.
- Provincialanstalt Kosten, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, t. 1, 1910, J. Bresler (red.), Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale.
- Provincialanstalt Obrawalde bei Meseritz, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, t. 1, 1910, J. Bresler (red.), Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale.
- Provincialanstalt Owinsk, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, t. 1, 1910, J. Bresler (red.), Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale.
- Reil J.Ch., 1803. *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen*. Verl. Curt Halle, http://www.deutschestextarchiv.de/book/view/reil_curmethode_1803?p=467 (dostęp 8.12.2019).
- Roller CH.F.W., 1831. *Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen*. Chr.Fr. Müller'schen Hofbuchhandlung Karlsruhe, https://reader.digitale-sammlungen.de//de/fs1/object/display/bsb10288446_00005.html (dostęp 15.03.2020).
- Römer E., 1854. *Irren-Anstalt zu Schwetz*. Zeitschrift für Bauwesen, 3–4, 119–124.
- Schnieber (?), 1845. Mittheilungen über die Irrenanstalt zu Sorau in der Neider-Lausitz. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin, 2.
- Schüle H., 1910. *Landesanstalt Illenau*, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, red. J. Bresler, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale, t. 1.
- Siemens F., 1910. *Provincialanstalt Lauenburg*, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, t. 1, J. Bresler (red.), Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale.
- Spott G., 1854. *Die Provinzial-Irrenanstalt zu Halle*. Zeitschrift für praktische Baukunst, 5.
- Stoltenhoff (?), 1911. *Provincial-Anstalt zu Kortau*, [w:] *Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild*, t. 2, J. Bresler (red.), Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. Saale.
- Tuke S., 1813. *Description of the Retreat an institution near York for insane person of the Society of Friends Philadelphia*. Isaak Pierce Philadelphia, <https://collections.nlm.nih.gov/ext/mhl/2575045R/PDF/2575045R.pdf> (dostęp 22.12.2019, (dostęp 2.01.2020).
- Viszanik M., 1845. *Die Irrenheil- und Pflegeanstalten Deutschlands, Frankreichs sammt der Cretinen-Anstalt auf dem Abendberge in der Schweiz*. Verl. Carl Gerold, Wien, tom I.
- Wallis A., 1845. *Geschichtliche und Statistische Nachrichten über die ständische Land-Irrenanstalt der Kurmark zu Neu-Ruppin*. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medicin, 2/3, 475–485.

Literatura

- Allderidge P., 1979. *Hospitals, Madhouses and Asylums: Cycles in the Care of the Insane*. British Journal of Psychiatry, 134(4), 321–34.
- Andrews J., Briggs A., Porter R., Tucker P., Waddington K., 1997. *History of Bethlem*. Psychology Press London & New York.
- Andrews J., Smith I. (opr.), 1993. *Let There be Light Again: A History of Gartnavel Royal Hospital from its Beginnings to the Present Day*. Gartnavel Royal Hospital Glasgow, <https://www.scottishindexes.com/institutions/28.aspx#top> (dostęp 22.12.2019).

- Armbruster J., Freyberger H.J., 2012. *Verwahrung, Vernichtung, Therapie*. Verlag Dr. Kovac, Hamburg.
- Berlin I., 2003. *The Salpêtrière Hospital: From Confining the Poor to Freeing the Insane*. The American Journal of Psychiatry, publikacja 1.10.2003, doi.org/10.1176/appi.ajp.160.9.1579.
- Blasius D., 1994. *Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945*. Fischer TB, Frankfurt am Main.
- Bilikiewicz T., Gallus J., 1962. *Psychiatria polska na tle dziejowym*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Blindt (?), 1929. *Kranken-Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Pommern*. Otto Fritz Druckerei und Verlag, Düsseldorf.
- Borthwick A., Holman C., Kennard D., McFetridge M., Messruther K., Wilkes J., 2001. *The relevance of moral treatment to contemporary mental health care*. Journal of Mental Health, 10, 427–439, https://www.researchgate.net/publication/232043396_The_relevance_of_moral_treatment_to_contemporary_mental_health_care (dostęp 29.03.2020).
- Bręczewska-Kulesza D., 2014. *Humanitarne trendy w psychiatrii w I połowie XIX wieku i ich wpływ na architekturę zakładów zdrowotnych. Teoria i praktyka – na przykładzie zakładu w Świeciu nad Wisłą*. [w:] *Przestrzeń jako laboratorium. Perspektywy. Studia. Interwencje*, R. Barełkowski (red.), Wyd. Exemplum, Poznań, 102–117.
- Bręczewska-Kulesza D., 2018. *Odbicie idei „Établissement” w zespołach pruskich szpitali dla psychicznie chorych w XIX i na początku XX stulecia*. [w:] *Integracja sztuk wszelkich w XXI wieku. Architektura Teatru*, Wydawnictwa Uczelniane UTP, Bydgoszcz, 13–20.
- Bręczewska-Kulesza D., 2018. *The role of gardens in the 19th century asylums for the mentally and neurotically ill. The theory and practice by the example of the Prussian asylums in the former Province of Posen*, E3S Web of Conferences, <https://doi.org/10.1051/e3sconf/20184900007>.
- Bręczewska-Kulesza D., 2019. *Na styku medycyny, architektury i sztuki – sale rozrywkowo-teatralne w XIX-wiecznych zakładach dla psychicznie chorych na Pomorzu i w Wielkopolsce* [The meeting of medicine, architecture and theatre – entertainment and theatre rooms in the 19th century lunatic asylums in Pomerania and Greater Poland]. *Wiadomości Konserwatorskie, Journal of Heritage Conservation*, 59, 61–72, https://repozytorium.biblos.pk.edu.pl/reo/resources/42371/file/resourceFiles/WiadomosciKonserwatorskie_nr59-2019.pdf (dostęp 15.02.2020).
- Bręczewska-Kulesza D., 2019. *Ponadczasowość. Fenomen pruskich szpitali dla psychicznie i nerwowo chorych z przełomu XIX i XX w.* [Timelessness. The Phenomenon of Prussian Hospitals for the Mentally and Nervously Ill from the Turn of the 19th and 20th Centuries] [w:] *Definiowanie przestrzeni architektonicznej – tradycja i nowoczesność architektury/Defining the Architectural Space – Tradition and Modernity in Architecture*, vol. 4, 55–68.
- Brink C., 2010. *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980*. Wallstein Verlag, Göttingen.
- Brückner B., 2014. *Geschichte der Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag, Köln.
- Digby A., 1985. *Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796–1914*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Döhl D., 2004. *Ludwig Hoffmann: Bauen für Berlin 1896–1924*. Ernst Wasmuth, Tübingen.
- Dramowicz W., 2004. *Obrzyce. Dzieje szpitala*. Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.
- Edington B., 1994. *The Well-Ordered Body: The Quest for Sanity through Nineteenth – Century Asylum Architecture*. CBMH/BCHM, 11, 375–386.
- Edington B., 2003. *The design of moral architecture at the York Retreat*. Journal of Design History, 16(2), 103–117.
- Faulstich H., 2007. *Zwischen Staatsanstalt und Lokalversorgung. Zur Unterbringung der Konstanzer Geisteskranken im 19. Jahrhundert*, UVK Verlagsgesellschaft Konstanz.
- Goldstein J.L., Godemont M.M.L., 2003. *The legend and lessons of Geel: A 1500-year-old legend, a 21st century model*. Community Mental Health Journal, 39(5), 441–458, doi:10.1023/A:1025813003347.
- Gropius in Eberswalde. *Der Martin-Gropius-Bau der Landeslinik Eberswalde*, 2002. bra verlag GmbH, Berlin-Brandenburg.
- Haag R., 2011. *Johann Peter Frank (1745–1821) und seine Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit*. Kovac, Hamburg.
- Jaśkiewicz-Sojak A., 2013. *Wielkie założenia szpitalne Prus Wschodnich i Zachodnich 2. połowy XIX i początku XX wieku oraz ich ochrona*. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. inż. arch. M. J. Sołtysik, Archiwum Politechniki Gdańskiej, Gdańsk.
- Jetter D., 1971. *Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1789–1840)*. [w:] *Geschichte des Hospitals*, vol. 2, F. Steiner Verlag, Wiesbaden.
- Jetter D., 1981. *Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses*. Wiss. Buchges, Darmstadt.

- Jetter D., 1992. *Wichtige Irrenhäuser in Frankreich, Deutschland und England (1800–1900)*. [w:] *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 60, 329–348.
- Jones K., 1993. *Asylum and After: A Revised History of the Mental Health Services: From the Early 18th Century to the 1900s*. Athlone Pr, London.
- Junecke H., 1959. *Carl Ludwig Engel*. [w:] *Neue Deutsche Biographie*, Duncker & Humblot Berlin, 4, 505, wersja online, <https://www.deutsche-biographie.de/pnd118817787.html#ndbcontent> (dostęp 2.04.2020).
- Kiejna A., Wójtowicz M., 2002. *Prowincjalny Psychiatryczny Zakład Leczniczo-Opiekuńczy w Lubiążu 1830–1912*. Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego, Herausberg, Wrocław.
- Klinkott M., 1987. *Hermann Blankenstein*. [w:] *Baumeister. Architekten. Stadtplaner. Biographien zur baulichen Entwicklung Berlins*, W. Ribbe, W. Schäche (red.), Stappverlag, Berlin, 235–256.
- Kmieciak B., 2014. *Choroba psychiczna – cierpienie, które zmieniło prawo*. *Ethics in Progress*, Vol. 5, No. 2, 115–128, doi:10.14746/eip.2014.2.9.
- Körte A., 2013. *Martin Gropius. Leben und Werk eines Berliner Architekten 1824–1880*. Lukas-Verlag, Berlin.
- Kruszewski T., 2012. *Prowincjonalne leczenie chorych psychicznie na Śląsku na przełomie XIX i XX stulecia*. *Folia Iuridica Wratislaviensis*, Vol. 1, No. 1, 9–11.
- Kruszewski T., 2016. *Prowincjonalna opieka nad chorymi psychicznie na Śląsku w XIX i pierwszej połowie XX w.* Wrocław University Press, Wrocław, <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/79501> (dostęp 15.01.2019).
- Kruszewski T., 2018. *Medyczne i administracyjne zadania służby zdrowia w prowincjonalnych zakładach leczenia psychiatrycznego na Śląsku w XIX i pierwszej połowie XX wieku*. [w:] *Dzieje biurokracji*, t. VI, A. Gorak, T. Bykowska, G. Smyk (red.), http://tonik-libra.pl/wp-content/uploads/2018/06/333_Tomasz-Kruszewski_DB-VI.pdf (dostęp 2.01.2019).
- Kubisz R., *Zarys historii szpitalnictwa w Europie do XIX w.* <https://kwasnicki.prawo.uni.wroc.pl/pliki/Kubisz%20zarys%20ewolucji%20szpitalnictwa.pdf> (dostęp 23.03.2020).
- Leibbrand W., 1957. *Damerow, Heinrich Philipp August*, [w:] *Neue Deutsche Biographie*, Band 3, Duncker & Humblot Berlin, wersja on line <https://www.deutsche-biographie.de/sfz9242.html> (dostęp: 20.04.2020).
- Łukasiewicz D., 2013. *Choroba i zdrowie w Królestwie Prus w XIX wieku (1806–1871)*. *Colloquium*, 2, 7–3, <http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Colloquium/Colloquium-r2013-t-n2/Colloquium-r2013-t-n2-s7-36/Colloquium-r2013-t-n2-s7-36.pdf> (dostęp 23.02.2020).
- Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, 2007. L. Topp, J. Moran, J. Andrews (red.), Routledge, New York.
- Mazur E., 2008. *Szpital w Królestwie Polskim w XIX w.* Instytut Archeologii i Etnologii PAN, Warszawa.
- Michalik G., 2008. *Historia psychiatrii. Od prehistorii do końca starożytności w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. [w:] *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*, B. Płonka-Syroka (red.), Wyd. Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich, Wrocław, 246–257.
- Murken A.H., 1979. *Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert*. Gettingen.
- Nasierowski T., 2010. *Dzieje psychiatrii: główne wydarzenia, osoby i tendencje rozwojowe*. [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, J. Rybakowski, J.S. Pużyński, J. Wciórka (red.), Elsevier, Urban & Partner Wrocław, t. 1.
- Pamiętnik XXX-lecia Dziekanki, krajowego zakładu psychiatrycznego pod Gnieznem*, 1925. *Nowiny Psychiatryczne*, II.
- Pernice A., Evans N.J.R., 1995. *Family care and asylum psychiatry in the nineteenth century: the controversy in the Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie between 1844 and 1902*. *History of Psychiatry (First Published March 1, 1995 Research Article)*, <https://doi.org/10.1177/0957154X9500602103>.
- Peters O., 2016. *Heino Schmieden. Leben und Werk des Architekten und Baumeisters 1835–1913*. Lukas Verlag, Berlin.
- Pevsner N., 1976. *History of Buildings Types*. Princeton University Press, Princeton.
- Podgórska-Klawe Z., 1981. *Od hospicjum do współczesnego szpitala, rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX w.* Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Warszawa.
- Porębowicz S., 1964. *Loggia i krużganki w budownictwie szpitalnym epoki renesansu i baroku (Dekoracja architektoniczna i plastyczna szpitali na tle rozwoju kształtowania ich koncepcji przestrzennych)*. *Zeszyty Naukowe Politechniki Gdańskiej, Architektura*, z. 3(59), 52–63.
- Porębowicz S., 1968. *Pierwsze powszechne zakłady leczenia chorób w sanktuariach poświęconych kultowi Asklepiosa (Przyczynek do dziejów kultury i historii architektury greckiej)*. *Zeszyty Naukowe Politechniki Gdańskiej, Architektura*, z. 8.
- Porter R., 1997. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. W.W. Norton & Company, Londyn.
- Praschinger A., 2010. *Der Wiener Narrenturm*. *Psychopraxis*, vol. 13, z. 5–6, 14–17, <https://doi.org/10.1007/s00739-010-0247-z> (dostęp 22.12.2010).
- Psychiatrischer Alltag in der Autobiographie von Karl Gehry (1881–1962)*, 1989. red. B. Schoop-Russbült, Jurys, Zurich.

- Rohowski I., 2002. *Vom Verwahren zum Pflegen und Heilen*, [w:] *Gropius in Eberswalde. Der Martin-Gropius-Bau der Landesclinik Eberswalde*, be.br verlag GmbH, Berlin.
- Schneider H., 1986. *Ernst Horn (1774–1848) – Leben und Werk: ein ärztlicher Direktor der Berliner Charite an der Wende zur naturwissenschaftlichen Medizin*. Freie Universität, Berlin.
- Schochow M., Steger D.F., 2014. *Johann Christian Reil (1759–1813): Pioneer of Psychiatry, City Physician, and Advocate of Public Medical Care*. Am. J. Psychiatry, 171, <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ajp.2013.13081151> (dostęp 7.12.2019).
- Schroeter U., 2010. *Eduard Römer, jeden zapomnianych budowniczych XIX wieku, architekt dworca w Kostrzynie nad Odrą*. Nadwarciański Rocznik Historyczno-Archiwalny, nr 17, 378–379, http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Nadwarcianski_Rocznik_Historyczno_Archiwalny/Nadwarcianski_Rocznik_Historyczno_Archiwalny-r2010-t-n17/Nadwarcianski_Rocznik_Historyczno_Archiwalny-r2010-t-n17-s375-385/Nadwarcianski_Rocznik_Historyczno_Archiwalny-r2010-t-n17-s375-385.pdf (dostęp 17.03.2020).
- Scul A., 2004. *The Insanity of Place*. History of Psychiatry, vol. 60(1), 417–436.
- Shorter E.L., 2005. *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*. WSiP, Warszawa.
- Smith L., 2007. *The architecture of confinement: Urban public asylums in England, 1750–1820*. [w:] *Routledge studies in the social history of medicine, Routledge Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, L. Topp, J.E. Moran, J. Andrews (red.), t. 27, 41–62.
- Steadman P., 2014. *Building Types and Built Forms*. Troubadour Publishing Leicester.
- Stevenson Ch., 1996. *Robert Hooke's Bethlem*. Journal of the Society of Architectural Historians, vol. 55, nr 3, 254–275.
- Stevenson Ch., 1997. *The Architecture of Bethlem at Moorfields*. [w:] *History of Bethlem*, J. Andrews, A. Briggs, R. Porter, P. Tucker, K. Waddington, Routledge London & New York, 230–259.
- Syed I.B., 2002. *Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times*. Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine, z. 2, 2–9.
- Szarszewski A., 2011. *Lekarzy czujne oczy. Medykalizacja w Gdańsku doby oświecenia*. Klio, nr 15, 59–93.
- Taylor J., 1991. *Hospital and Asylum Architecture in England 1840–1914*. Building for Health Care, Mansell Publishing, London.
- Tomes N., 1994. *The Art of Asylum-Keeping: Thomas Story Kirkbride and the origins of American Psychiatry*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Topp L., 2005. *Otto Wagner and the Steinhoff Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding*. The Art Bulletin, vol. 87(1), 130–156.
- Vessella L., 2017. *Open Prison Architecture: Design Criteria for a New Prison Typology*. WIT Press Southampton.
- Wójtowicz M., 2015. *Zakłady psychiatryczne w Langenhorn, Wiesloch i Lubiżu – komplementarne zespoły urbanistyczne* [Mental institutions in Langenhorn, Wiesloch and Lubiż – complementary urban architecture complexes]. Architectus, nr 2/42, 41–54, DOI: 10.5277/arc150205.
- Yani C., 2003. *The Linear Plan for Insane Asylums in the United States before 1866*. Journal of the Society of Architectural Historians, Vol. 62, No. 1, 24–49.
- Yanni C., 2007. *The architecture of madness: insane asylums in the United States*. University of Minnesota Press, Minneapolis.

Netografia

- Bauausführungen des preußischen Staats, 2, (1836–1836), Bl. 16: Situationsplan, Grundriss 2.Etage Hauptgebäude, Wirtschaftsgebäude; retrieved from <https://architekturmuseum.ub.tu-berlin.de/index.php?p=79&POS=2> (dostęp 17.04.2019).
- Currey H., *St. Thomas's Hospital*, King's College London, Royal Institute of British Architects, 1871, <https://www.british-history.ac.uk/survey-london/vol23/pp79-80> (dostęp: 20.03.2020).
- Histoire de l'hôpital Saint-Louis*, Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, <http://ghparis10.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/41/files/2019/07/Histoire-de-lhopital-Saint-Louis.pdf> (dostęp 15.02.2020).
- http://studymore.org.uk/4_13_TA.HTM#Hanwell (dostęp 28.12.2019).
- http://www.asylumprojects.org/index.php/Main_Page.
- <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.35112103077360&view=1up&seq=385> (dostęp 4.01.2020).
- <https://www.deon.pl/imiona-swietych/dymfna,2429> (dostęp 25.11.2019).
- Johann Christian Reil, <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/1176.html>.
- Notes on asylum architecture, <http://studymore.org.uk/asyarc.htm#Functions> autor strony Andrew Roberts, użyte materiały autorstwa Peter Cracknell (Cambridge), Susan Piddock (Australia) and Sarah Rutherford (DeMontfort) (dostęp 28.12.2019).
- Ruppiner Kliniken GmbH, *Geschichte mit Zukunft*, s. 5, 2006, www.ruppiner-kliniken.de (dostęp 14.02.2020).
- Tollet C., 1894. *Les Hopitaux modernes au XIXe siècle*, Paris, https://www.europeana.eu/pl/item/9200520/ark_12148_bpt6k86642n (dostęp: 23.03.2020).

Spis ilustracji i tabel

Il. 1.1.	Szpital św. Ducha w Lubece	15
Il. 1.2.	Szpital św. Ducha w Stralsundzie	15
Il. 1.3.	Pora posiłku w Hotel Dieu w Paryżu, ryc. 1889 r.	15
Il. 1.4.	Londyn, plan pierwszego szpitala Bethlem, Daniel Hack Tukes, 1882 r.	16
Il. 1.5.	Rzut poziomy Ospedale Maggiore z traktaku Filarete, 1460/1464	17
Il. 1.6.	Neapol, Ospedale degli Incurabilil – fot. współczesna	17
Il. 1.7.	Paryż, Hopital de la Salpetriere, Paryż, G. Guillain, J-M Charcot, XVII w.	18
Il. 1.8.	Paryż, Hôpital Saint-Louis, Claude Chatillon, 1608 r.	19
Il. 1.9.	Plymouth, Royal Naval Hospital	20
Il. 1.10.	Wiedeń, Altes AKH, 1784 r. – sztych	20
Il. 2.1.	Londyn, Bethlem Morfields – proj. Robert Hooke, ryt. Robert White, 1676 r.	27
Il. 2.2.	Londyn, St Luke's Hospital for Lunatics, 1878 r.	28
Il. 2.3.	Londyn, The Hospital of Bethlem [Bedlam], St. George's Fields, Lambeth, ryt. J. Tingle wg T.H. Shepherd, 1816 r.	29
Il. 2.4.	Londyn, Bethlem Hospital, 1815r. – południowa elewacja i plan	30
Il. 2.5.	Plan Panopticonu, Jeremy Bentham – The works of Jeremy Bentham, vol. IV, 172–173	31
Il. 2.6.	Widok na York Retreat, około 1796 r.	32
Il. 2.7.	Paryż, Hôpital Lariboisière – dziedziniec szpitala z kaplicą – fot. współczesna	33
Il. 2.8.	Londyn, St. Thomas' Hospital, Lambeth, 1860 r.	34
Il. 2.9.	Berlin, Städtisches Krankenhaus, Friedrichshain Meyers Konversations-Lexikon (1888–), 10 Band (1890), fig. 6	34
Il. 2.10.	Wiedeń, Otto-Wagner-Spital, Steinhof, fot. Walter Mittelholzer, 1932 r.	35
Il. 2.11.	Hanwell, w hrabstwie Middlesex, 1850 r. – plan sytuacyjny	37
Il. 2.12.	Norristown, State Lunatic Hospital – plan sytuacyjny	39
Il. 2.13.	Cardiff City Mental Hospital w Whitchurch – układ Compact Arrow	39
Il. 2.14.	New Jersey State Lunatic Asylum, 1854 r. – plan sytuacyjny Kirbride'a	40
Il. 2.15.	Osnabrück, Irrenanstalt bei Osnabrück, A. Funk, 1891 r. – plan	40
Il. 2.16.	Foxboro State Hospital w Massachusetts – pocztówka z pocz. XX w.	41
Il. 2.17.	Düren, Rheinische Provinzial Irrenanstalt bei Düren, Funk A., 1891 r. – plan	41
Il. 3.1.	Illenau, Heil- und Pflege-Anstalt Illenau, 1865 r., litografia J. Vollweider i C. Kiefer	46
Il. 3.2.	Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale, 1854 r. – plan	48
Il. 3.3.	Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale, 1854 r. – męski oddział leczniczy, fasada i przekrój	49
Il. 3.4.	Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale, 1854 r. – męski oddział opiekuńczy, rzuty poziome wszystkich kondygnacji i przekrój	49
Il. 4.1.	Neuruppin – gmach Kurmarkische Irrenanstalt	64
Il. 4.2.	Owińska, Irren-Heil-Anstalt Owinsk, 1836 r. – plan sytuacyjny i rzut piętra	66
Il. 4.3.	Kościan, budynek główny, elewacja tylna	67
Il. 4.4.	Kortowo, Lageplan der Provinzial Irrenanstalt Kortau, 1913 r.	68
Il. 4.5.	Allenberg, Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Allenberg, 1854 r. – plan sytuacyjny	70
Il. 4.6.	Świecie, Irrenanstalt Schwetz, 1854 r. – plan sytuacyjny	71
Il. 4.7.	Eberswalde, Landesirrenanstalt Neustadt-Eberswalde, 1869 r. – plan sytuacyjny	72
Il. 4.8.	Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde, początek XX w. – plan sytuacyjny	73
Il. 4.9.	Owińska, Provinzial-Irrenanstalt Owinsk – plan sytuacyjny	74
Il. 4.10.	Daldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Daldorf, 1911 r. – plan sytuacyjny	74
Il. 4.11.	Lębork, Die Provinzial-Heilanstalt zu Lauenburg i. Pommern, 1891 r. – plan sytuacyjny,	75
Il. 4.12.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – plan sytuacyjny	75
Il. 4.13.	Lichtenberg, Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, 1896 r. – plan sytuacyjny	76
Il. 4.14.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz, 1910 r. – plan sytuacyjny	78

Il. 4.15.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, 1903 r. – widok perspektywiczny	78
Il. 4.16.	Berlin-Buch, Irren Anstalt in Buch – plan sytuacyjny	79
Il. 4.17.	Stralsund, Vierte pommersche Provinzialheilanstalt zu Stralsund – plan sytuacyjny	80
Il. 4.18.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – fontanna w parku	81
Il. 4.19.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – pocztówka z początku XX w.	81
Il. 4.20.	Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde, początek XX w. – projekt ogrodu przy pawilonie dla kobiet	82
Il. 4.21.	Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde, 1908 r. – projekt ogrodu przy willi dla lekarzy	82
Il. 4.22.	Świecie, Irrenanstalt in Schwetz, Eduard Römer, 1854 r. – męskie oddziały leczniczy i opiekuńczy, rysunek fasad i rzuty parterów	83
Il. 4.23.	Świecie, Irrenanstalt in Schwetz, Eduard Römer, 1854 r. – oddział dla „szaleńców“, rysunek fasady i rzut parteru	84
Il. 4.24.	Eberswalde, Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – budynek B dla chorych spokojnych wyższego stanu	84
Il. 4.25.	Eberswalde, Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – budynek D dla prostych pacjentów nieuleczalnych	84
Il. 4.26.	Gorzów Wielkopolski, Brandenburgische Landesirrenanstalt in Landsberg a. W. – elewacja i plany budynków dla chorych	86
Il. 4.27.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – oddział dla 40 umiarkowanie spokojnych pacjentów, rzut parteru i piętra	87
Il. 4.28.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – pensjonat i oddział przyjęć	88
Il. 4.29.	Berlin-Lichtenberg, Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, 1896 r. – oddział przyjęć, rzut parteru	88
Il. 4.30.	Berlin-Lichtenberg, Irren-Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, 1896 r. – oddział dla chorych pod nadzorem, rzut piętra	89
Il. 4.31.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – rzuty oddziałów dla umiarkowanie spokojnych i dla niespokojnych pacjentów	90
Il. 4.32.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein, 1903 r. – rzuty budynków	91
Il. 4.33.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch, 1908 r. – fasady, detale i rzuty budynków oddziału opiekuńczego i oddziału dla chorych pod nadzorem	93
Il. 4.34.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – fasady, detale i rzuty oddziału otwartego	94
Il. 4.35.	Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale, 1854 r. – główny budynek – rzuty wszystkich kondygnacji	96
Il. 4.36.	Świecie, Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz, 1854 r. – budynek administracji i dyrekcji, fasada, przekrój, rzuty i detale	96
Il. 4.37.	Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde, 1869 r. – budynek administracji, przekrój wzdłużny i przekroje poprzeczne kaplicy i westybulu	97
Il. 4.38.	Gorzów Wielkopolski, Brandenburgische Landesirrenanstalt in Landsberg a. W., 1892 r. – budynek administracji, fasada, przekroje i rzuty	98
Il. 4.39.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – budynek a administracji, hol główny na parterze	98
Il. 4.40.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – budynek administracji – rzut 1. i 2. piętra	99
Il. 4.41.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – budynek administracji, hol główny na parterze	99
Il. 4.42.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – budynek administracyjno-mieszkalny, rzut parteru i piętra	100
Il. 4.43.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch, 1908 r. – budynek administracji, elewacje, rzuty parteru i piętra i detale	101
Il. 4.44.	Halle, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale – kaplica	103
Il. 4.45.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – kaplica	104
Il. 4.46.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, 1894 r. – rzut kaplicy	104
Il. 4.47.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – kaplica	104
Il. 4.48.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – wnętrze kaplicy	104
Il. 4.49.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – kaplica	105
Il. 4.50.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch, 1908 r. – wnętrze kaplicy	105
Il. 4.51.	Stralsund, Vierte pommersche Provinzialheilanstalt zu Stralsund – kaplica	105
Il. 4.52.	Świecie, Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz – wnętrze kaplicy	106

Il. 4.53.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – kaplica w budynku administracji	106
Il. 4.54.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – organy w kaplicy ..	106
Il. 4.55.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – witraż w sali towarzyskiej w budynku administracji	107
Il. 4.56.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – sala towarzyska w budynku administracji	108
Il. 4.57.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – sala towarzyska w budynku administracji	108
Il. 4.58.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – sala towarzyska w budynku administracji	109
Il. 4.59.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, fot. Emil Boehm – dwufunkcyjna sala balowa z kaplicą w budynku towarzyskim, zdjęcie w kierunku sceny	110
Il. 4.60.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – zabytkowa kręgielnia	111
Il. 4.61.	Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – projekt kręgielni	111
Il. 4.62.	Świecie, Provinzial Irren Anstalt in Schwetz, 1854 r. – budynek gospodarczy z kaplicą, fasada, przekroje i detale	112
Il. 4.63.	Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – widok na zabudowę gospodarczą z tyłu zakładu	113
Il. 4.64.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, fot. Emil Bohm – budynek gospodarczy z kuchnią i pralnią	114
Il. 4.65.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, 1899 r. – budynek mieszczący warsztaty i łaźnię z basenem, rzut parteru	114
Il. 4.66.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – warsztat terapeutyczny	115
Il. 4.67.	Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – projekt wieży ciśnień, rzut ...	115
Il. 4.68.	Berlin-Daldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Daldorf, Friedrich Albert Schwartz, 1885 r. – budynek gospodarczy z wieżą ciśnień i kominami kotłowni	116
Il. 4.69.	Trzebiatów, Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rega – wieża ciśnień z kominem kotłowni	116
Il. 4.70.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – wieża ciśnień	117
Il. 4.71.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – projekt wieży ciśnień, przekrój	117
Il. 4.72.	Stralsund, Vierte pommersche Provinzialheilanstalt zu Stralsund, wieża ciśnień	118
Il. 4.73.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – lodownia	118
Il. 4.74.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg, 1894 r. – projekt lodowni	119
Il. 4.75.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – projekt piwnicy na lód z altaną	119
Il. 4.76.	Dziekanka, Provinzial Irrenanstalt Dziekanka – willa dyrektora	120
Il. 4.77.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – domki dla personelu	121
Il. 4.78.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, 1899 r. – dom dla urzędników, fasada i rzuty	122
Il. 4.79.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard – dom dla personelu	122
Il. 4.80.	Kortowo, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Kortau bei Allenstein in Ostpreussen – dawna willa dyrektora zakładu	122
Il. 4.81.	Berlin-Lichtenberg, Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg – sień w willi dyrektora z dekoracją	122
Il. 4.82.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch, 1908 r. – domy dla dyrektora i dla dwóch lekarzy – fasady, rzuty i detale	123
Il. 4.83.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – dom dla urzędników	124
Il. 4.84.	Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – zabudowa gospodarstwa rolnego	125
Il. 4.85.	Eberswalde, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde – budynek administracji	126
Il. 4.86.	Owińska, Provinzial Irrenanstalt Owinsk – budynek główny	126
Il. 4.87.	Kortowo, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Kortau bei Allenstein in Ostpreussen – budynek dla pacjentów	127
Il. 4.88.	Gorzów Wielkopolski, Brandenburgische Landesirrenanstalt in Landsberg a. W. – budynek dla pacjentów	127
Il. 4.89.	Berlin-Daldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Daldorf – budynek administracji	127
Il. 4.90.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – pawilon dla chorych	128
Il. 4.91.	Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – pensjonat dla chorych	128
Il. 4.92.	Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – witraż klatki schodowej w pensjonacie dla chorych	129

Il. 4.93.	Trzebiatów, Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rega – budynek dla chorych	129
Il. 4.94.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard – budynek towarzyski	130
Il. 4.95.	Obrzyce Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – pensjonat dla chorych	131
Il. 4.96.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – budynek dla chorych	131
Il. 4.97.	Świecie, Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz – budynek dla chorych, z okresu rozbudowy	132
Il. 4.98.	Świecie, Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz – budynek dla pracowników, z okresu rozbudowy – detal	132
Il. 4.99.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – budynek dla chorych	132
Il. 4.100.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – Landhaus dla chorych	133
Il. 4.101.	Berlin-Buch, Irrenanstalt in Buch – płaskorzeźba – detal z budynku łaźni	133
Il. 4.102.	Stralsund, Vierte pommersche Provinzialheilanstalt zu Stralsund – pawilon dla chorych	133
Il. 4.103.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – bojler	134
Il. 4.104.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – kaloryfer systemu ogrzewania parowego	134
Il. 4.105.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – pompa z pasem transmisyjnym do silnika	135
Il. 4.106.	Kocborowo, Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard, 1899 r. – urządzenia grzewcze – kaloryfer parowy i kocioł	135
Il. 4.107.	Świecie, Provinzial-Irrenanstalt in Schwetz – bezpieczne okno	136
Il. 4.108.	Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – bezpieczne schody ze ścianą	136
Il. 4.109.	Ueckermünde, Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde – klatka schodowa w pensjonacie z podwieszonymi schodami ognioodpornymi	136
Il. 4.110.	Obrzyce, Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz – bezpieczne schody podwieszone, kamienne, ognioodporne	137
Il. 4.111.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – bezpieczna klamka	137
Il. 4.112.	Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka – stół bilardowy	137

Tabela 1.	Podział azylów ze względu na liczbę chorych proponowany przez Forstera, Pellnana i Funka.....	61
-----------	---	----

Aneks

Chronologiczne zestawienie badanych obiektów

Nazwy prowincji i miejscowości: niemieckie/polskie/rosyjskie
Forma inwestycji: A – adaptacja istniejących budynków, B – budowa nowego zakładu, R – rozbudowa zakładu
Obecna funkcja: M – medyczna, W – wojsko, B – brak/ruina, E – edukacyjna, I – inna

Lp.	Prowincja	Miejscowość	Nazwa zakładu	Lata budowy/ rozbudowy	Liczba pacjentów	Forma inwestycji	Obecna funkcja
1	Kurmarchia/Brandenburg/Brandenburgia	Neurupin/Rupin Nowy	<i>Kurmarkische Irrenanstalt</i>	1798-1801	100/160	B	I
2	Brandenburg/Brandenburgia	Sorau/Żary	<i>Irrenanstalt zu Sorau in der Neider-Lausitz</i>	1812 adaptacja	138	A	B
3	Großherzogtum Posen/Wielkie Księstwo Poznańskie/Provinz Posen/Prowincja Poznańska	Owinsk/Owińska (miejscowość pod Poznaniem)	<i>Provinzial-Irrenanstalt Owinsk</i>	1838 adaptacja	100/120	A	E
4	Pomern	Rügenwalde/Darłowo	<i>Provinzial-Irrenanstalt</i>	1841 – adaptacja 1858	60/80 124	A	I
5	Sachsen/Saksonia	Halle-Nietleben ob. Halle	<i>Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Nietleben bei Halle a. Saale</i>	1844 1879–1899	400 900	B R	E/I
6	Westpreußen/Prusy Zachodnie	Schwetz/Świecie	<i>Westpreussischen Provinzial- -Irrenanstalt in Schwetz</i>	1852–1855 1895 1907–1908	200 480 900	B R	M
7	Ostpreußen/Prusy Wschodnie	Allenberg/Znamieńsk	<i>Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt</i>	1852 1870–1872 1881–1895	250 500 890	B R	W
8	Brandenburg/Brandenburgia	Neustad-Eberswalde ob. Eberswalde	<i>Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde</i>	1860	500	B R	M
9	Provinz Posen/Prowincja Poznańska	Owinsk/Owińska nowy zakład	<i>Provinzial-Irrenanstalt Owinsk</i>	1870–1873	500	B	B
10	Pommern/Pomorze	Ueckermünde	<i>Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde</i>	1871–1875 1895–1897 1902–1903 1907–1908	360 630	B R	M

11	Pommern/Pomorze	Lauenberg/Lębork	<i>Die Provinzial-Heilanstalt zu Lauenburg i. Pommern</i>	1887–1889 1892	300 600	B R	W
12	Westpreußen/Prusy Zachodnie	Neustadt/Wejherowo	<i>Provinzial-Irren-Anstalt in Neustadt/Westpreußen</i>	1881–1883	400	B	W
13	Ostpreußen/Prusy Wschodnie	Kortau/Kortowo ob. dzielnica Olsztyna	<i>Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Kortau bei Allenstein in Ostpreußen</i>	1886 1907–1910	600 937	B R	E
14	Brandenburg/Brandenburgia	Daldorf-Berlin	<i>Irren-Anstalt der Stadt Berlin zu Daldorf</i>	1880–1881	1020	B	M
15	Brandenburg/Brandenburgia	Landsberg/Gorzów Wielkopolski	<i>Brandenburgische Landes-irrenanstalt in Landsberg a. W.</i>	1888 do 1900 1910/1911	600 1000	B R	M
16	Provinz Posen/Prowincja Poznańska	Dziekanka, ob. Gniezno	<i>Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka</i>	1891–1894	600	B	M
17	Provinz Posen/Prowincja Poznańska	Kosten/Kościan	<i>Provinzial Irren- und Idioten Anstalt in Kosten</i>	1893 adaptacja 1899–1900 – budowa zakładu dla dzieci i rozbudowa	210 773	A R	M
18	Brandenburg/Brandenburgia	Lichtenberg-Berlin	<i>Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg</i>	1893	1050	B R	M
19	Westpreußen/Prusy Zachodnie	Conradstein/Kocborowo ob. Starogard Gdański	<i>Dritte westpreussische Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard</i>	1893–1909	1300	B	M
20	Pommern/Pomorze	Treptow am Rega/Trzebiatów	<i>Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rega</i>	1897–1900 pocz. XX w.	560 750	B R	M/I
21	Provinz Posen/Prowincja Poznańska	Obrwalde/Obrzyce ob. Międzyrzecz	<i>Provinzial-Irrenanstalt Obrwalde bei Meseritz</i>	1901–1904 uk. do 1912	700 1200	B R	M
22	Ostpreußen/Prusy Wschodnie	Tapiau/Gwardiejsk	<i>Heil- und Pflegeanstalt Tapiau</i>	1901–1912	1000	B	W
23	Brandenburg/Brandenburgia	Buch-Berlin	<i>Irrenanstalt in Buch</i>	1906	1649	B	M
24	Pommern/Pomorze	Stralsund	<i>Vierte pommersche Provinzial- heilanstalt zu Stralsund</i>	1909–1912 1914	1050	B R	M

**ARCHITECTURE IN THE SERVICE OF MEDICINE.
THE EVOLUTION OF ARCHITECTURAL AND URBAN LAYOUTS OF MENTAL HEALTH
HOSPITALS ON THE EXAMPLE OF PRUSSIAN PROVINCIAL CARE AND TREATMENT FACILITIES
FROM THE 19TH AND THE BEGINNING OF THE 20TH CENTURY**

Summary

Hospital architecture is a very specific field of design that deals with the planning of many types of objects that differ in terms of functionality. A space designed for medical purposes must meet many criteria that have changed a great deal throughout history. Due to the specificity of mental illnesses, designing mental health facilities was an even more complicated task. Patients stayed in the hospital for a long time, sometimes for the rest of their life. In addition, they were often physically fit, which enabled therapy through work or other activities. Efforts were also made to provide residents with conditions reminiscent of the “normal” life they had before they fell ill. Among the patients of asylums, there were also dangerous ones who were kept under constant supervision. All this required the creation of an architecture significantly different from the forms of construction of general hospitals or other specialised facilities.

Many different factors contributed to the creation and development of architectural complexes of mental health facilities. The advancement of treatment, the development of philosophical approaches, changes in social relations and ideological attitudes that have been going on for centuries have finally led to looking at the “madmen” as mentally ill (!), and to attempting to provide them with treatment instead of care in isolation. These changes were one of the most important factors that led to the creation of specialised medical centres for this group of patients, where properly designed buildings were to support therapy. Moreover, the general transformation and development of hospitality and hospital architecture, the introduction of hygiene rules and the isolation of infectious patients, the creation of specialized hospital departments have contributed a lot to the establishment of mental health facilities. Progress in the field of construction techniques, technological and technical possibilities, as well as changing stylistic trends in architecture, that had an impact on the external appearance and decor of buildings, were also of great importance.

All these factors have made the architecture of mental health facilities a very interesting topic, combining many threads, and – despite many published works of a historical nature – not fully explored from the perspective of the history of architecture. While asylums in English-speaking countries have been covered with broad architectural studies, the group of Prussian care and treatment facilities for the mentally ill has not been the subject of wider consideration in the aspect of the influence of medical ideas on architecture. In addition, asylums constitute a large group of very interesting complexes of monuments, which unfortunately are nowadays little known and underestimated.

The main goal of the research carried out was to look at the architecture in the context of medicine. The question was raised: were Prussian provincial care and treatment facilities for the mentally ill seen as hospitals and designed as a kind of “therapeutic tools”, where both the plans of the whole complex and the functions of the particular facilities – as well as their functional systems show a close relationship with medicine – which was the basis of somatic theory regarding the origin of mental illness, popular in Europe during the period considered? The research was carried out from the point of view of the history of architecture, therefore another research problem posed was the evolution of asylums, its course and adapting subsequently proposed solutions to the requirements of constantly developing psychiatry. Another issue to solve was comparing European trends with the selected research group set out below and to examine the impact of leading model centres on asylums emerging in the provinces.

Medical consultants – psychiatrists closely cooperated with architects in the design of mental health facilities. Basically, each of the studied assumptions had two authors. For therapeutic reasons, asylums required buildings of many functional types, which were modified and enriched thanks to such a cooperation in parallel to the evolution of psychiatry. Tracing the layouts of urban assumptions, organisational divisions and the following functional layouts of buildings, forms of departments for patients and various types of general utility, economic and technical buildings allowed to observe the evolution of this group of hospital facilities from the turn of the 18th and 19th

centuries to the beginning of the 20th century. This, in turn, allowed drawing conclusions about the impact of the development of medicine on the evolution of asylum architecture.

Detailed research has been limited to selected examples of Prussian provincial care and treatment facilities. Prussia was, especially in the second half of the 19th century (after the unification of the German Empire), one of the leading countries in the field of care provided to the mentally ill. A lot of asylums, both private and public, were erected and run by local governments. The latter, provincial facilities, are a perfect reflection of the development of architectural thought in this field, the cooperation of psychiatrists and architects, as well as the efforts made to provide patients with decent living conditions, therapy or care. The research group included both capital hospitals located in Berlin, as well as those erected in the remote provinces and Polish lands annexed to the Kingdom of Prussia after the partitions of Poland. The North-East Prussian provinces – East and West Prussia, Pomerania and the Province of Poznań were selected for study and compared with Brandenburg with Berlin and the model hospital in Neustadt-Eberswalde, as well as the model hospital in Halle (Saale). Psychiatric facilities located in these areas are good examples reflecting the development of this type of institution in the 19th century and at the beginning of the 20th century, both in the capital region and in the province. The list of hospital complexes selected for research along with the most important information about them was placed in Annex 1 at the end of the study.

The studied group included both the first hospitals established in adapted monasteries or other existing buildings, institutions built in a compact system around the mid-19th century, as well as modern asylums designed in a pavilion system at the turn of the 19th and 20th centuries. The chronological scope for detailed research thus covers the period from 1801, when the first Prussian insane asylum was established in Neuruppin, up to 1914, the outbreak of World War I, when the crisis related to the armed conflict interrupted the development of asylums.

In addition to the main threads of research, the author tried to look at the subject discussed through the prism of the evolving psychiatry, although it should be noted once again that the research was conducted from the perspective of an architectural historian. The first part of the monograph consists of a short historical outline showing the history of mental health care in the context of buildings intended for this purpose. The study of the architecture of asylums cannot ignore the “long and bumpy” road of humanity to the point where “modern” psychiatry was born with an idyllic vision of “new asylum”. Based on the analysis of the existing, quite extensive literature on this subject, the development of views on the “care and treatment” of mentally ill patients and the evolution of hospital construction in terms of function and architecture was outlined. It was also impossible not to mention the doctors-reformers: people who contributed to changing the fate of “madmen” and to the establishment of asylums. Local health care traditions were also important here, as they influenced the creation of private and public psychiatric hospitals. All this makes up a historical and social background to the specificity of the institutions discussed below.

To show Prussian hospitals against the background of the development of these institutions in Europe and in the world, various ideas accompanying this type of construction were put forward. The second part of the monograph briefly discusses European, mainly English and French, as well as American asylum construction, each developing in a slightly different manner. This allowed for comparing the path of development of Prussian asylum with their counterparts in other countries and the location of the achievements of Prussian architects and psychiatrists against the European background.

In the next part of the monograph, the author focused on the factors shaping the group of provincial care and treatment facilities, among which there were many model projects. The state policy in the aspect of the reform of mental health care and treatment as well as institutionalisation of treatment was analysed. A lot of space was devoted to Prussian model solutions of hospital complexes, which had a great impact on the development of asylum architecture. Professional publications from the 19th century, containing many descriptions of asylums accompanied with discussions on the principles of construction of such facilities, turned out to be a very interesting source and research material. The discourse taking place in German-language publications that had a direct impact on Prussian asylums was presented on a few selected examples. The analysis of the requirements for asylum presented in the professional literature allowed to show the studied facilities against the background of the then prevailing views on this subject. It should be added that some of the complexes studied were also described as model solutions in the professional press.

The most important part of the research is the analysis of the development of provincial care and treatment facilities in selected provinces. It was carried out chronologically and divided based on several leading aspects. First, the oldest hospitals from the first half of the 19th century were discussed as a separate group. Hospitals from the second half of the century and the beginning of the 20th century were then analysed in terms of location, urban layout with green areas, groups of building housing various departments for patients, as well as their functional arrangements. A wide group of other general public buildings, outbuildings and technical buildings as well as staff houses were also discussed. This allowed the verification of the “usefulness” of all building groups and the types of designs for mental health care and treatment. A little less attention was paid to the style of the buildings. This was motivated by the fact, that it was the function and layout of the premises that were to play a significant role in therapy, and not the external forms of buildings, which were supposed to be simple so as not to distract patients. In addition, the design assumptions tried to unify the stylistic forms of buildings, so attention was given only to the most interesting solutions, which were described and shown in the illustrations.

Detailed research was carried out in all selected complexes. The basic research methods used in the work were bibliographic and archival queries, in situ research, photographic inventory and analysis of the collected material in terms of the typology of mental health hospitals, their evolution, the impact of model solutions on erected asylums and, above all, the “usefulness” of this type of architecture for the specific field of medicine which psychiatry was at that time. Comparison of the realisations made it possible to answer the question about the transfer of patterns and the quality of projects carried out regardless of geographical location. Paving the way for the development of Prussian asylums has also allowed to situate this group against a broader background. Finally, some attention was paid to their creators.

The conducted research showed that thanks to the cooperation of doctors and architects, taking into account the experience acquired during the entire period of building asylums, a specific architectural and urban space was created, providing appropriate places for therapy, as it was understood at that time, and also serving as a kind of therapeutic “tool”. This space evolved during the entire 19th century to result at the end of the and the beginning of the next one in mature asylum complexes that were meeting the expectations of medicine. Based on the studied group, it can be concluded that the path of evolution of Prussian asylums followed the requirements of this type of institution. Finally, a model facility was created with harmonious layout, full of greenery and still suitable for the function of mental health hospital. In addition, regardless of the location in Prussia, all the facilities were built with the same diligence.

Moreover, studies have shown that the Prussian mental health care and treatment facilities are a truly interesting object of research. They are undoubtedly a valuable testimony to the evolution of medical ideas, the development of psychiatry, architecture and technology in the 19th and early 20th centuries. They were also witnessing social changes taking place at that time, which allowed for a change in the approach to *madmen*. They symbolise the cooperation of people with enlightened minds aimed at improving the lives of the mentally ill, often disadvantaged by fate and rejected by society for a long time.

The investigations carried out completed the gap in the subject literature with these relatively little-known architectural and urban complexes, but they do not exhaust this broad issue. Many additional topics came up in the course of research. First of all, it would be worth taking a closer look at the architecture of each Prussian facility separately and create a catalogue of these valuable objects.

Research presented in the monograph may also be a valuable source of information for conservation services and persons supervising renovations in these valuable historic complexes. In addition, hospital complexes presented in the study may be of interest to contemporary architects and architecture students as the institutions that, despite the development of technology, are still timeless places of great architectural value. Thanks to the cosy architectural and urban interiors, the interaction of architecture with nature and greenery, the introduction of a climate of peace and harmony, which is often lacking in contemporary, huge hospital complexes, they still successfully fulfil their function. Close cooperation between medical consultants and designers, dissemination of good practices and consistent state policy, thanks to which the number of facilities has been systematically increasing, is also worth emphasising.

**ARCHITEKTUR IM DIENSTE DER MEDIZIN.
DIE EVOLUTION DER ARCHITEKTONISCHEN UND URBANISTISCHEN ANLAGEN VON
PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSERN AM BEISPIEL DER PROVINZIELLEN PREUSSISCHEN
HEIL- UND FÜRSORGEANSTALTEN VOM 19. UND ANFANG DES 20. JAHRHUNDERTS**

Kurzfassung

Die Krankenhausarchitektur ist ein sehr einzigartiger Bereich der Gestaltung, der sich mit der Planung vieler funktionell unterschiedlicher Objekttypen befasst. Der zu medizinischen Zwecken gestaltete Raum muss viele Kriterien erfüllen, die sich mit der Zeit stark geändert haben. Aus dem Grund der Besonderheit der psychischen Krankheiten war die Gestaltung von Heilanstalten für Geisteskranke eine noch kompliziertere Aufgabe. Der Kranke blieb im Krankenhaus über eine sehr lange Zeit, zuweilen bis Lebensende. Darüber hinaus war er oft körperlich gesund, was Therapie durch Arbeit oder durch andere Aktivitäten ermöglichte. Es wurde auch versucht, für Bewohner solche Bedingungen zu schaffen, die so stark wie möglich ans „normale“ Leben, die sie vor der Krankheit geführt haben, erinnerten. In den Anstalten befanden sich auch gefährliche Patienten, die ständig überwacht wurden. All dies erforderte die Entwicklung einer Architektur, die stark von der Form der Gebäude der allgemeinen Krankenhäuser oder sonstiger Fachanstalten abwich.

Die Entstehung und Entwicklung von Bauprojekten für psychisch Kranke stützte sich auf vielen diversen Faktoren. Fortschritte in der Heilkunde, die Entwicklung der Interessen der Philosophie, Änderungen in den sozialen Verhältnissen und in den Standpunkten, die über Jahrhunderte erfolgten, mündeten Endlich in einem Blick auf „Irren“ als psychisch Kranken (!), und in der Unternehmung von Heilungsversuchen, statt der Fürsorge und Isolation. Diese Änderungen waren einige der wichtigsten Faktoren, die zur Entstehung von professionellen medizinischen Anstalten für diese Patientengruppe geführt haben, bei welchen entsprechend gestaltete Bauwerke die Therapie unterstützen sollen. Auch allgemeine Umwälzungen und die Entwicklungen im Krankenhauswesen im Allgemeinen sowie Krankenhausarchitektur, die Einführung der Hygiene und Isolierung für Patienten mit ansteckenden Krankheiten, die Gründung von Fachabteilungen haben stark zur Entstehung von Anstalten für geistig Kranke beigetragen. Von enormer Bedeutung war auch der Fortschritt im Bereich der Bautechniken, in den technologischen und technischen Möglichkeiten, sowie neue stilistische Trends in der Architektur, die Einfluss auf das äußerliche Aussehen und Dekoration der Gebäude ausgeübt haben.

Alle diese Faktoren führten dazu, dass die Architektur der Anstalten für psychisch Kranke zum interessanten Thema wurde, das in sich viele Fäden vereint; gleichzeitig ist es im Hinblick auf die Architekturgeschichte ein nicht abschließend untersuchter Bereich, trotz der Veröffentlichung vieler historischer Arbeiten. Soweit Anstalten im Englischsprachigen Raum tiefere Studien bekommen haben, wurde die Gruppe Preußischer Heil- und Fürsorgeanstalten für psychisch Kranke bisher tiefer im Hinblick auf Einflüsse der Ideen der Medizin auf Architektur noch nicht untersucht. Darüber hinaus stellen Anstalten eine große Gruppe architektonisch sehr interessanter Baudenkmalgruppe, die leider sehr wenig bekannt und von den Gegenwärtigen wenig geschätzt ist.

Die grundlegende Idee hinter den geführten Untersuchungen war ein Blick auf Architektur im Kontext der Medizin. Es wurde die Frage gestellt: Waren Preußische, provinzielle Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke solche Krankenhäuser, die schlicht als „therapeutische Werkzeuge“ entwickelt wurden, bei welchen sowohl Pläne der Gesamtheit als auch Funktionen der Objekte und ihre funktionelle Ordnung stark mit Medizin verbunden waren, was die Grundlage der somatischen Theorie des Ursprungs der Geisteskrankheiten, die in Europa im untersuchten Zeitraum weit verbreitet war, bildete? Untersuchungen wurden vom Standpunkt der Architekturgeschichte aus ausgeführt, von da her war die grundlegende Forschungsaufgabe die Evolution der Anstalten, ihr Verlauf und Unterwerfung weiterer vorgeschlagener Lösungen den Anforderungen der sich entwickelnden Psychiatrie. Eine weitere zu lösende Aufgabe war der Vergleich von europäischen Trends mit einer gewählten unten genannten Untersuchungsgruppe sowie die Untersuchung des Einflusses der führenden, beispielhaften Anstalten auf solche, die in der Provinz gebaut wurden.

Bei dem Bau von Anstalten für psychisch Kranke habe medizinische Berater – Psychiater und Architekten – eng zusammen gearbeitet. Faktisch hatte jedes der untersuchten Bauprojekte zwei Autoren. Aus dem Grund der Therapie erforderten Anstalten Gebäude mit vielen funktionellen Ty-

pen, die durch diese Zusammenarbeit entlang der Entwicklung der Psychiatrie geändert und erweitert wurden. Die Verfolgung der urbanistischen Anlagen, der organisatorischen Unterteilungen und der darauf folgenden funktionellen Anlagen, der Formen der Abteilungen für Kranke sowie diverser Arten der allgemein nützlichen, verwaltungstechnischen und technischen Gebäuden ermöglichte die Beobachtung dieser Gruppe der Krankenhausanlagen zwischen dem Ende des 18. Jahrhunderts und dem Beginn des 20. Jahrhunderts. Dies ermöglichte wiederum die Entwicklung der Schlussfolgerungen über den Einfluss der Medizin auf die Evolution der Architektur der Anstalten.

Detaillierte Untersuchungen beschränken sich auf gewählte Beispiele der Preußischen provinziellen Heil- und Pflegeanstalten. Insbesondere in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (nach Vereinigung – das Deutsche Kaiserreich) war Preußen eines der führenden Staaten im Bereich der Fürsorge über Geisteskranke. Es wurden viele sowohl private wie auch staatliche Anstalten errichtet, die von lokalen Behörden versorgt wurden. Diese letzten, provinziellen Anstalten spiegeln perfekt die Entwicklungen der Gedanken der Architektur in diesem Bereich, die Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Architekten, das Streben nach der Sicherung von guten Lebens-, Therapie- oder Fürsorgeverhältnisse für Patienten wieder. Die Forschungsgruppe umfasste sowohl Krankenhäuser der Hauptstadt, in Berlin, wie auch solche, die in der tiefsten Provinz sowie in den Polnischen Regionen, d nach den Teilungen Polens an das Preußische Königreich kamen, errichtet wurden. Für die Untersuchungen wurden nordöstliche Provinzen von Preußen gewählt – Ost- und Westpreußen, Pommern sowie die Provinz Posen, und zum Vergleich – Brandenburg mit Berlin sowie dem Modellkrankenhaus Neustadt-Eberswalde, sowie das Musterkrankenhaus in Halle an der Saale. Die Anstalten in diesen Gebieten sind gute Beispiele, die die Entwicklung solcher Institutionen im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts sowohl im Hauptstadtbereich wie in der Provinz widerspiegeln. Die Liste der für die Untersuchungen ausgewählten Krankenhausanlagen zusammen mit den wichtigsten Angaben über diese wurde im Anhang Nr. 1 am Ende der Arbeit hinterlegt.

In der untersuchten Gruppe fanden sich sowohl erste Krankenhäuser, die in angepassten Klöstern oder in anderen bestehenden Gebäuden angelegt wurden, Institutionen, die in einem geschlossenen System ca. ab Hälfte des 19. Jahrhunderts errichtet wurden, sowie moderne Anstalten, die im System der getrennten Gebäuden gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelt wurden. So umfasst die Chronologie für die eingehenden Untersuchungen den Zeitraum zwischen 1801, wenn die erste Anstalt für psychisch Kranke in Preußen in Neuruppin eröffnet wurde, und 1914, dem Ausbruch des Ersten Weltkriegs, wenn die Krise des militärischen Konflikts die Entwicklung der Anstalten unterbrochen hat.

Neben den Hauptrichtungen der Untersuchungen versuchte die Autorin, die besprochenen Themen durch das Prisma der sich entwickelnden Psychiatrie zu beobachten; an dieser Stelle muss noch einmal betont werden, dass die Untersuchungen vom Standpunkt einer Architekturhistorikerin durchgeführt wurden. Der erste Teil der Monografie umfasst einen kurzen historischen Umriss, der die Geschichte der Therapie von psychisch Kranken im Kontext der zu diesem Zweck vorgesehenen Gebäude umfasst. Ein Studium über die Architektur der Anstalten darf nicht den „weiten und holprigen“ Weg, die die Menschheit zurück legen musste, um zu dem Punkt zu gelangen, wo „moderne“ Psychiatrie zusammen mit der idyllischen Vision einer „neuen Anstalt“ geboren wurde. Auf Grundlage der Analyse der bestehenden, recht breiten Literatur darüber wurde die Entwicklung der Ansichten über „Fürsorge und Therapie“ von psychisch Kranken sowie die Evolution des Krankenhausbaus im Hinblick auf Funktionen und Architektur abgezeichnet. Reformatorärzte, Personen, die stark zur Änderung des Lebens von „Irren“ und zum Bau der Anstalten beigetragen haben, bedürften auch einer Beschreibung. Wichtig waren auch lokale therapeutische Traditionen, die die Entstehung privater und staatlicher psychiatrischer Krankenhäuser beeinflusst haben. All dies stellt das historische und soziale Hintergrund für die weiter beschriebenen Besonderheiten der besprochenen Anstalten dar.

Um Preußische Krankenhäuser gegen den Hintergrund der Entwicklung solcher Institutionen in Europa und in der Welt zu stellen, wurden diverse Ideen dargestellt, die solchen Bauprojekten zur Seite standen, dargestellt. Im zweiten Teil der Monografie wurde kurz Europäisches, hauptsächlich Englisches und Französisches Bauwesen im Bereich der Anstalten besprochen, neben dem Bauwesen von Anstalten im Vereinigten Staaten, wobei jede einen etwas anderen Pfad verfolgte. Dies ermöglichte den Vergleich des Entwicklungswegs Preußischer Anstalten mit denjenigen aus

anderen Ländern und die Stellung der Errungenschaften Preußischer Architekten und Psychiater gegen den Europäischen Hintergrund.

Im weiteren Teil der Monografie beobachtet die Autorin die Faktoren, die die Gruppe der provinziellen Heil- und Fürsorgeanstalten beeinflusst haben; diese Gruppe umfasst viele beispielhafte Projekte. Es wurde die staatliche Politik im Hinblick auf die Reform der Fürsorge über Geisteskranke und ihre Therapie sowie die Institutionalisierung der Gesundheitspflege analysiert. Den Preußischen, musterhaften Lösungen der Krankenhausanlagen wurde viel Platz gelassen; diese trugen stark zur Entwicklung der Anstaltsarchitektur bei. Eine sehr interessante Quelle und interessantes Untersuchungsmaterial stellen fachliche Veröffentlichungen aus dem 19. Jahrhundert, wo viele Anstalten beschrieben wurden, und wo Diskussionen geführt darüber geführt wurden, wie solche Anstalten zu bauen sind. Die Diskussionen in den deutschsprachigen Veröffentlichungen, die Preußische Anstalten direkt beeinflusst haben, wurden anhand einiger Beispiele dargestellt. Die Analyse der in Fachliteratur an Anstalten gestellten Anforderungen ermöglichte die Darstellung der untersuchten Anstalten gegen dem Hintergrund der in diesem Bereich vorherrschenden Ideen. Es muss hinzugefügt werden, dass einige der untersuchten Anlagen wurden in Fachpresse auch als Lösungsmuster beschrieben.

Den wichtigsten Teil der Untersuchungen stellt die Analyse der Entwicklung der provinziellen Heil- und Fürsorgeanstalten in ausgewählten Provinzen. Die Analyse erfolgt chronologisch und ist in einige führende Aspekte unterteilt. Zuerst wurden die ältesten Krankenhäuser aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts als eine separate Gruppe besprochen. Die Krankenhäuser aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und aus dem 20. Jahrhundert wurden im Hinblick auf ihre Lage, Gebäudeverteilung samt den Grünanlagen, auf Gebäudegruppen mit diversen Abteilungen für Kranke und mit ihren funktionellen Anlagen hin analysiert. Besprochen wurde ebenfalls eine breite Gruppe sonstiger allgemein nützlicher Gebäuden, verwaltungstechnischen sowie technischen Gebäuden sowie Häuser für das Personal. Dadurch wurde die Untersuchung der „Nützlichkeit“ aller Gebäudegruppen sowie Typen der Anlagen für die Therapie und Fürsorge für psychisch Kranke ermöglicht. Etwas weniger Platz wurde dem Stil der Gebäuden gewidmet. Die Ursache war die Tatsache, dass eben die Funktion und die Anordnung der Räume eine bedeutende Rolle in der Therapie spielen sollten, und nicht die externen Formen der Gebäuden, die als einfach und für Patienten nicht störend angelegt wurden. Darüber hinaus strebte man danach in den Anlagen, die stilistischen Formen der Gebäuden weitgehend zu vereinheitlichen, von da her erfreuten sich nur die einfachsten Lösungen Interesse, die beschrieben und in den Abbildungen dargestellt wurden.

In allen genannten Anlagen wurden eingehende Untersuchungen durchgeführt. Die Grundlegenden Untersuchungsmethoden, die in der Arbeit verwendet wurden, sind die Literatur- und die Archivrecherche, sowie Untersuchungen vor Ort, fotografische Dokumentation sowie Analysen der gesammelten Unterlagen im Hinblick auf die Typologie der psychiatrischen Krankenhäuser, ihre Evolution, den Einfluss von Musterlösungen auf die errichteten Anstalten und vor allem auf die „Nützlichkeit“ solcher Architektur für den besonderen Bereich von Medizin, die damals die Psychiatrie darstellte. Der Vergleich der Anlagen ermöglichte eine Antwort auf die Frage zur Übertragung der Muster und Qualität der ausgeführten Projekte unabhängig von der geografischen Lage. Die Bestimmung des Entwicklungswegs der Preußischen Anstalten ermöglichte auch die Bestimmung der Lage dieser Gruppe gegenüber einen breiteren Hintergrund. Ganz am Ende wurde noch etwas Platz ihren Schöpfen gewidmet.

Die durchgeführten Untersuchungen haben gezeigt, dass dank Zusammenarbeit von Medizinern und Architekten, durch Berücksichtigung aller Erfahrungen, die im Laufe des Baus der Anstalten gesammelt wurden, ein besonderer baulicher und urbanistischer Raum entstand, der entsprechende Orte für die damals so aufgefasste Therapie entstand, der ein besonderes „Werkzeug“ derselben darstellte. Dieser Raum entwickelte sich im Laufe des 19. Jahrhunderts, um gegen Ende des Jahrhunderts und am Anfang des Nächsten mit reifen Anlagen zu schaffen, die die Erwartungen von Medizin erfüllten. Auf Grundlage der untersuchten Gruppe kann gesagt werden, dass der Evolutionsweg der Preußischen Anstalten den an solchen Institutionen gestellten Anforderungen folgte. Im Endeffekt entstand ein Anstaltsmuster mit einer harmonischen Anordnung, voll von Grünanlagen, das sich immer noch für die Funktionen von Krankenhäuser für Nerven- und psychisch Kranke eignet. Darüber hinaus, unabhängig von der Lage in Preußen, wurden die Anstalten mit der selben Sorge gebaut.

Darüber hinaus hat die Recherche gezeigt, welche eine interessante Untersuchungsgruppe Preußische Heil- und Fürsorgeanstalten für psychisch Kranke darstellen. Zweifellos sind sie ein wertvolles Zeugnis der Evolution des medizinischen Gedankens, der Psychiatrie, der Architektur und der Technik im 19. und am Anfang des 20. Jahrhunderts. Sie sind auch Zeugen der zu dieser Zeit stattfindenden sozialen Veränderungen, die eine Änderung der Herangehensweise gegenüber *Irren* ermöglichten. Sie stellen ein Symbol der Zusammenarbeit der Menschen mit offenem Verstand zum Zwecke der Verbesserung des Schicksals der psychisch Kranken, die oft unter einem schlechten Stern standen und über Jahre von der Gesellschaft abgelehnt waren.

Durchgeführte Untersuchungen füllen eine Lücke in der Literatur um diese verhältnismäßig wenig untersuchte bauliche und urbanistische Anlagen, sie schöpfen jedoch dieses breite Thema nicht aus. Bei den Untersuchungen kamen noch viele Fäden hinzu. Es lohnt sich vor allem, die Architektur jeder Preußischen Anstalt getrennt näher zu studieren, und ein Katalog dieser wertvollen Objekte zu schaffen.

Die in dieser Monografie dargestellten Untersuchungen können ebenfalls eine wertvolle Informationsquelle für Restauratoren und Aufsehern von Sanierungen solcher kostbaren Denkmäler darstellen. Darüber hinaus können in der Arbeit vorgestellte Krankenhausanlagen für gegenwärtige Architekten und Architekturstudenten wertvoll sein, und zwar als Orte, die trotz der Entwicklung der Technik Anlagen geblieben sind, die einen hohen architektonischen Wert haben und zeitlose Orte darstellen. Durch die gemütlichen architektonischen und urbanistischen Interieurs, durch das Zusammenspiel der Architektur mit Natur und mit Grünanlagen, durch Einführung der Atmosphäre der Ruhe und Harmonie, das oft gegenwärtigen, enormen Krankenhausanlagen fehlt, erfüllen sie erfolgreich weiterhin ihre Funktionen. Bemerkenswert ist auch die enge Zusammenarbeit der medizinischen Beratern und Gestaltern, die Verbreitung guter Muster und die konsequente Staatspolitik, durch welche die Zahl der Anstalten systematisch anstieg.