

PAULINA MODEL

AGH W KRAKOWIE

ORCID ID 0000-0001-8851-154X

**MIEDZY WIĘZIENIEM A OSTOJĄ,
CZYLI JAK BYWA CZYTANA PRZESTRZEŃ
SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO**

**PRISON OR REFUGE? DIFFERENT WAYS OF READING
THE SPACE OF A MENTAL HOSPITAL**

Abstract: The article takes a closer look at the Mental Hospital in Cracow and shows an analysis of the research conducted there. The author used a triangulation of methods: a survey, an anthropological walk that ended with a focus interview, and an action research: space mapping. The main aim of this paper is to show diverse metaphors developed by research participants. They compared the mental hospital to a museum – death camp, a zoo, a prison, a playground and a cemetery, while referring to their expectations. The metaphors were analyzed using the tools of cultural semiotics.

Słowa kluczowe: antropologia psychiatrii, Kobierzyn, Kraków, szpital psychiatryczny, miasto ogród, Józef Babiński, Szpital Kliniczny im. dr Józefa Babińskiego, semiotyka kultury, metafory choroby.

Keywords: anthropology of psychiatry, Kobierzyn, Kraków, Cracow, psychiatric hospital, garden city, Józef Babiński, mental hospital, Dr Józef Babiński Clinical Psychiatric Hospital, semiotics of culture, metaphors of illness.

Napisać, że szpital psychiatryczny to miejsce specyficzne i wielowymiarowe, to nic nie napisać. Równie dobrze można to stwierdzić o niemalże każdej przestrzeni „trudnej” czy „owianej tajemnicą”. Jednakże antropologia psychiatrii daje nam narzędzie by ten frazes rozbroić. Sięgając do warsztatu analitycznego semiotyki kultury, można podjąć się obserwacji tworzenia sensów [...] przez krakowianki i krakowian. Oni to byli uczestnikami badań terenowych prowadzonych przez autorkę na terenie parku Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie-Kobierzynie. W wielostopniowym procesie badawczym poznawali, doświadczali, opowiadali, a nawet rozrysowywali przestrzeń szpitala psychiatrycznego. W tej pracy autorka postara się przybliżyć czytelnikowi część efektów twórczego przekładu, jakiego dokonali badani reflektując nad tym, czym szpital jest i jak w nim być. Po nakreśleniu krajobrazu miejsca, przyjrzymy się metaforom, jakie przywołali badani, by opisać i zrozumieć szpital psychiatryczny.

SZPITAL KLINICZNY IM. DRA JÓZEFA BABIŃSKIEGO W KRAKOWIE

Cofnijmy się od wieku XIX. Państwo polskie było pod zaborami, zaś w Galicji, bo to teren nas interesujący, znajdował się de facto jeden szpital psychiatryczny. Był on ulokowany w Kulparkowie pod Lwowem. Taki stan rzeczy oznacza, że na 8327 mieszkańców przypadało 1 łóżko w tym jednym szpitalu. Sytuacja była fatalna. Doprowadziło to do tego, że Sejm Galicyjski uchwalił powstanie nowego szpitala. Tym razem będzie się on mieścił w Galicji zachodniej, w Kobierzynie pod Krakowem. Był to rok 1907¹.

Zakład dla Nerwowo i Umysłowo Chorych łączył koncepcję szpitala pawilonowego z założeniami miasta-ogrodu Ebenezera Howarda². W praktyce oznaczało to stworzenie spójnego architektonicznie, samowystarczального kompleksu leczniczego z dużym procentem terenów zielonych. Na terenie szpitala prócz oddziałów znalazło się także osiedle dla personelu medycznego, ale i część przemysłowa z kotłownią, piekarnią, warsztatami itp. Prócz

¹ *Historia, Dziedzictwo i Sztuka*, <https://babinski.pl/historia-dziedzictwo-i-sztuka/> [dostęp: 30.12.2022].

² A. Rec (reż.), *100 lat szpitala w Kobierzynie*, 2016, 3'25".

tego zaplanowano szczegółowo ogrody i tereny rolne: pole, szklarnie, sad. Towarzyszyła im cała część folwarczna. W projekcie znalazło się też miejsce na mniej przyziemne kwestie, mianowicie teatr i kaplicę, a także cmentarz. Dezynfektoria i prosektorium także zostały zaplanowane i wybudowane.

Dziś szpital posiada ok. 800 łóżek na 16 oddziałach³. W XXI-wiecznym szpitalu zachowało się wiele z jego pierwotnych założeń. Do lamusa odeszły takie instytucje jak oddział dla chorych zamożnych czy oddział psycho-jaglicowy czy psycho-gruzliczy. Nie ma też już folwarku, kotłownia ani piekarnia też już nie służą (choć stoją, świadczą o historii i czekają na nowe zagospodarowanie). Niemniej jednak i dziś oczom przyjeżdżającym do szpitala w Kobierzynie ukazuje się zabytkowa sieć pawilonów rozsiadanych na terenie dużego parku. Po otwarciu szpitala pojawił się jeden oddział nieprzystający architektonicznie do reszty, tak zwana tysiąclatka, zaś inne zmieniły funkcje. Postawiono także pomnik ofiarom akcji T4⁴. Sporą część szklani zastąpiło pole paneli słonecznych. Zaszły też mniej widoczne zmiany, jak zarządzanie zielenią parkową, wprowadzenie api- i felinoterapii, otwarcie działalności różnego rodzaju sklepików czy to czysto komercyjnych, czy mających też funkcję rehabilitacyjną względem pacjentów. Sprawne oko uchwyci znaki czasu. Nieobeznany przechodzień spacerujący po zielonym kompleksie pełnym pięknych i spójnych budynków może w zasadzie przeoczyć fakt bycia na terenie szpitala. Ten jest miejscem otwartym, również w sensie czysto fizycznym. Nie okalają go mury, a jedynie w niektórych miejscach ogrodzenie z siatki. Niemniej jednak jest przynajmniej kilka wejść pozostających permanentnie niezagrodzonych, pozwalających bez skrupowania wejść i wyjść z terenu szpitala. To też robią pacjenci

³ *Misja, status i strategia*, <https://babinski.pl/misja-i-strategia/> [dostęp: 20.12.2022].

⁴ Niem. Aktion T4, E-Aktion, program „eliminacji życia niewartego życia”, niem. Vernichtung von lebensunwertem Leben. W szpitalu kobierzyńskim przekładała się ona na systematyczne głodzenie pacjentów, w szczególności pochodzenia żydowskiego, sfinalizowane wywiezieniem pozostałych przy życiu do Auschwitz 23 czerwca 1942 roku. Niezdolnych do przemieszczania się uśmiercono zastrzykiem z fenolu. Zob. M. Spórna, *Zbrodnia niemiecka na pacjentach szpitala*, <http://www.mbczestochowska.katolicki.eu/index.php/szpital/zbrodnia-niemiecka> [dostęp 30.12.2022].

posiadający przepustki, ich rodziny, personel szpitala, ale także okoliczni mieszkańcy przychodzący do kompleksu szpitalno-parkowego na spacer, koncert, eucharystię, czy żeby pograć w piłkę na boisku.

METODOLOGIA. BADANIA TERENOWE

W takim to miejscu autorka postanowiła prowadzić badania etnograficzne. Jednakże nie z pacjentami czy personelem szpitala, ale z tymi, którzy co do zasady są poza jego murami. Celem przedsięwzięcia było zbadanie, jak krakowianie i krakowianki postrzegają Kobierzyn⁵. Jak o nim myśleli, ale też jak to konceptualizowanie przestrzeni zmieniało się po jej doświadczeniu. Zamiarem było uchwycenie napięcia pomiędzy światem cierpienia (rzeczywistością szpitalną) a światem relaksu (bo taki ma zapewniać park, nawet ten przyszpitalny). Czy można robić grilla na trawniku szpitala psychiatrycznego, a może piknik? Czy można się relaksować, jeżeli 50 czy 100 metrów dalej ktoś cierpi? Czy i jak spacerować, skoro wokół są ludzie, którzy odgradzeni od nas oknami z kratami, robić tego częstokroć nie mogą? To tylko przykłady dylematów, jakie rodziły się w uczestnikach badań. W zespole szpitalno-parkowym te dwie rzeczywistości, leczenia/cierpienia i odpoczynku/rozrywki⁶ ścierają się ze sobą, czasem ledwie stykają, odgradzone oknem, murem czy kratami. W to doświadczenie przestrzeni odgradzonej od świata, a jednocześnie wewnętrznie niejednorodnej zostali zaproszeni uczestnicy badań. Sytuacja badawcza, choć nie eksplicitnie, stawiała przed nimi, mieszkańcami miasta, pytania o obecność w „małym mieście osób chorych”; o to jak, jako kto tu być. Rolą badaczki była obserwacja wytwarzania sensów, przyglądania się, jak Kobierzyn tworzy się i przetwarza w opowieściach uczestników badań.

⁵ Pozwolę sobie tym mianem posługiwać się w celu określenia Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie. Warto nadmienić, że także jego używali częstokroć uczestnicy badań, niejednokrotnie nie znając nawet oficjalnej nazwy szpitala.

⁶ Choć dla porządku należy zaznaczyć, że i szpital, i przyroda mają także funkcje lecznicze. Stąd też taki układ szpitala, od początku zaprojektowanego jako miasto-ogród. Oczywiście skala prozdrowotności szpitala a ogrodu są znacznie inne.

Projektując metody, przyjęto ich triangulację, dążąc do uzyskania jak najszerszych i najciekawszych odpowiedzi⁷. W etnografię zostały też włączone metody działaniowe, jako te, które są nieraz w stanie odsłonić inne sensory niż wywiad czy ankieta. Grupa badawcza powstała poprzez zebranie chętnych, którzy odpowiedzieli na zaproszenie umieszczone w mediach społecznościach. Powiększała się ona metodą kuli śniegowej. Podstawowa grupa liczyła 16 osób (11 kobiet i 5 mężczyzn), była w całości złożona z mieszkańców Krakowa. Stanowiły ją osoby w wieku od 21 do 56 lat. W grupie znaleźli się studenci i osoby pracujące; nikt z nich nie był zawodowo związany z psychologią ani psychiatrią. Dla znaczącej większości badanych była to pierwsza wizyta na terenie omawianego szpitala. Na proces badawczy składał się spacer antropologiczny po kompleksie szpitalno-parkowym, zwiedzenie wystawy „Uważaj na głowę”, swoiście zapośredniczającej głos osób zdrowiejących, wszystko zaś wieńczył wywiad grupowy. Następnie ta sama grupa po około tygodniu lub dwóch spotykała się jeszcze raz, żeby zmapować przestrzeń, i znów: porozmawiać w grupie o swoich doświadczeniach i przemyśleniach. Oznaczało to nanoszenie na wielkoformatową mapę szpitala różnego rodzaju informacji, wrażeń, cech swojego doświadczenia, czemu towarzyszyła wymiana zdań. Dodatkowo tak uczestnicy względnie nielicznych spacerów antropologicznych (wspomniane 16 osób), jak i obfitujących w uczestników spacerów organizowanych przez szpital na jego 100-lecie⁸, dostawali do wypełnienia papierowy kwestionariusz. Udało się ich zgromadzić ponad 80.

Krótkiego komentarza wymaga zastosowanie badań w działaniu, jako nieoczywistego wyboru etnograficznego, ale i swoistej orientacji etycznej.

⁷ U. Flick, *Projektowanie badania jakościowego*, tłum. P. Tomanek, Warszawa 2012, s. 84

⁸ Badania zostały przeprowadzone w 2017 roku, kiedy to Szpital świętował stulecie. Z tej okazji pracownicy szpitala: rzecznik prasowy pan Maciej Bóbr oraz lekarz psychiatra dr Damian Leszczyński prowadzili spacer przybliżające historię całego kompleksu, jego rozwój i zachodzące zmiany. Ta szczególna okazja sprawiła, że odbyło się ich więcej podczas uroczystych obchodów, niemniej jednak i wcześniej, i później odbywały się one mniej więcej raz na kwartał.

Jeżeli idzie o ten drugi komponent, przekłada się to na to, że autorka w swojej pracy stara się możliwie spłaszczyć strukturę relacji, jeżeli jest to osiągalne. Oznacza to nie badanie respondentów czy informatorów (co wskazuje na ich bezosobowe lub przedmiotowe traktowanie), ale rozmowę z uczestnikami. Jednocześnie autorka zdaje sobie sprawę z tego, co Clifford nazywał autorytetem etnograficznym⁹. Wynika on chociażby z lat studiów, posiadanego warsztatu i wiedzy, ale też czynności władzy: finalnie badacz zadaje pytania, interpretuje i pisze. Pytanie, ile badaczka jest w stanie przenieść ze swojej szali na szalę rozmówcy, jeśli idzie o władzę właśnie. Badania działaniowe zakładają współdziałanie w generowaniu pewnej etnograficznej wiedzy. Taka relacja ciąży bardziej ku partnerstwu niż utrzymaniu hierarchiczności wszechwiedzącego badacza, zyskującego dane, a następnie robiącego karierę płatną w punktach. W badaniach obie strony zyskiwały: rozmówcy poznawali z bliska nową, choć znaną ze słyszenia, przestrzeń, dostawali wiedzę i doświadczenie, a z drugiej strony: badaczka, mówiąc dość bezobcesowo, zdobywała materiał badawczy. Tak ustawiona sytuacja badań dla obu stron miała charakter procesu poznawczego, można więc powiedzieć za Barbarą Smolińską-Theiss i Wiesławem Theissem, że był to proces wspólnego uczenia się¹⁰.

Inną bardzo ważną kwestią było uniknięcie „kolonizowania” terenu¹¹. Oznaczało to uważność na sytuację robienia badań dotyczących osób chorujących psychicznie bez osób chorujących psychicznie. Żeby możliwie uniknąć nadużycia, oddano głos pacjentom poprzez włączenie w program spaceru zwiedzania wystawy „Uważaj na głowę”. Została ona stworzona przez osoby, które przeszły kryzys psychiczny, i niejednokrotnie to one po niej oprowadzały.

⁹ J. Clifford, *O autorytecie etnograficznym*, „Polska Sztuka Ludowa – Konteksty” 1995, nr 3–4 (49), s. 26.

¹⁰ B. Smolińska-Theiss, W. Theiss, *Badanie i działanie w pedagogice społecznej – między tradycją a współczesnymi zadaniami*, [w:] *Edukacyjne badania w działaniu*, red. H. Červinková, B.D. Gołębniak, Wrocław 2013, s. 30.

¹¹ *Etnografia/Animacja/Sztuka*, red. T. Rakowski, Warszawa 2015, s. 9.

ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE. SEMIOTYCZNE CZYTANIE MIASTA

Żeby zrozumieć lepiej sensy i znaczenia z opowieści uczestników badań, sięgnięto po dorobek semiotyki kultury, w szczególności zaś szkoły moskiewsko-tartuskiej. Ta zaś zakładała, że kultura to informacja, którą za pomocą semiotyki¹² możemy odczytać; odcyfrować najgłębsze sensy w niej zapisane. Bo kultura to też pamięć (choć niedziedziczna, a przekazywana).

Koncepcją szczególnie przydatną na gruncie omawianych badań jest semiosfera. Jurij Łotman zaproponował ją jako określenie na pewną całość, która jakoby organizm łączy w sobie różne teksty i języki. Te zaś mogą wchodzić ze sobą w interakcje, lecz nie muszą. W Szpitalu Klinicznym im. dr. J. Babińskiego znajdziemy więc przykładowo: różne języki jak dyskurs medyczny czy historyczny, ale i religijny. Z kolei takie elementy jak zespół oddziałów czy teatr mogą być czytane jako teksty. Tej zaś lektury dokonywali uczestnicy badań, w trakcie spacerów antropologicznych i po nich. Następował proces semiozy, a więc sytuacja komunikacyjna, kiedy to tworzyły się i były ujawniane znaczenia znaków¹³.

Jedną z kluczowych cech kultury, jak mówią semiotycy, jest kreatywność jej użytkowników¹⁴. Było to kapitalnie widoczne w trakcie sytuacji badawczej. Jej uczestnicy niejednokrotnie posługiwali się metaforami, to jest przekodowywali znaki z jednego porządku na inny system (inny wtórny system modelujący). Ojcowie językoznawstwa kognitywnego Lakoff i Johnsonn pisali: „Istotą metafory jest rozumienie i doświadczanie pewnego rodzaju rzeczy w terminach innej rzeczy”¹⁵. W podobnym duchu wypowiadał się Jurij Łotman: „Wyrażenie pewnego istotnego sensu za pomocą środków innego języka jest podstawą ujawnienia natury tego sensu”¹⁶. Rozmówcy zaproponowali szereg takich

¹² Ta zaś miała pełnić taką funkcję wobec nauk humanistycznych jak matematyka wobec nauk ścisłych.

¹³ B. Żyłko, *Semiotyka kultury*, Gdańsk 2009, s. 102.

¹⁴ Ibidem, t., s. 106.

¹⁵ G. Lakoff, M. Johnson, *Metafory w naszym życiu*, Warszawa 2011, s. 27.

¹⁶ J. Łotman, *Uniwersum umysłu. Semiotyczna teoria kultury*, tłum. B. Żyłko, Gdańsk 2008, s. 202.

przekodowań. Stąd też tytułowy namysł: wśród przywołanych porównań pojawiły się tak przytłaczające jak więzienie, ale też o mniejszym ciężarze gatunkowym aż po skojarzenia pozytywne. W tym artykule zostanie poddanych głębszej analizie pięć metafor: muzeum-obozu, zoo, więzienia, placu zabaw i cmentarza. Prócz nich pojawiły się jeszcze porównania szpitala do: czyścica, rekolekcji, szkoły, sanatorium. W przeciwieństwie do metafor omawianych w niniejszej pracy, te charakteryzowały się zabarwieniem ambiwalentnym lub pozytywnym. Uczestnicy badań stosowali też nawiązania intertekstualne do *Azylu Arkham*, *Lotu nad kukulczym gniazdem* oraz *Mistrza i Małgorzaty*. Omawiane pojęcia odnoszą się do miejsca i procesu chorowania, mają zakorzenienie w wyobrażeniach, jakie badani mieli przed wywiadem. Być może pojęcia odnoszące się do zdrowienia, które powstały już w trakcie badań, po doświadczeniu przestrzeni, znajdują miejsce dla siebie w osobnej analizie¹⁷.

METAFORY SZPITALA I CHOROWANIA PRZYWOŁANE PRZEZ UCZESTNIKÓW I UCZESTNICZKI BADAŃ

Muzeum: obóz koncentracyjny

Obóz-muzeum pojawił się w zestawieniu ze szpitalem psychiatrycznym po pierwsze w związku z ogromnym cierpieniem, jakie ma/ miało miejsce w obu tych przestrzeniach. Jednakże nie było to kluczowe skojarzenie. Na pierwszy plan wybija się nie tyle relacja do rzeczywistości niewyobrażalnego trudu okresu II wojny światowej, ile do doświadczenia dzisiejszego, czyli zwiedzania obozu koncentracyjnego. W tym też kryje się napięcie: „zwiedzać obóz” – „zwiedzać szpital psychiatryczny”. Obie te konotacje były postrzegane jako nieadekwatne przez badanych, a jednak nasuwają się przy refleksji nad ich obecnością w przestrzeni parkowo-szpitalnej.

Mateusz: No właśnie nie było *visiting places*, tylko było bardziej *experience*.

Monika: Tak, tak, to było to. Było takie, że gromadzę doświadczenie.

Mateusz: Doświadczać.

¹⁷ W przygotowaniu do wydania znajduje się publikacja książkowa autorki, omawiająca szeroko wszystkie wyniki nakreślonych tutaj badań.

Monika: Ale też nie na takiej zasadzie konsumpcyjnej, że tutaj sobie po-doświadczam Kobierzyna, a w niedzielę Skalki Twardowskiego...

Paulina: ...w poniedziałek więzienie...

Monika:... oczywiście, że. Tak, w poniedziałek więzienie [śmiech].

Mateusz: A potem Auschwitz. Auschwitz-Wieliczka, nie?

Monika: A potem Auschwitz. Wydaje mi się, że z Auschwitz jest ten sam problem: jak to zrobić, żeby pokazać ludziom, żeby robić wystawę, a równocześnie nie zrobić z tego właśnie jakiegoś wizytowania miejsc. Żeby to wszystko miało swoje granice tak jak tutaj.

Mateusz: No bo Auschwitz jest muzeum. Być może jest pierwszym takim zjawiskiem wyprzedzającym swoją epokę, jeśli chodzi o odwiedzanie miejsc czy doświadczanie jakiś miejsc. W sensie Auschwitz jest zrobione mega właśnie jako muzeum, no i w pewien sposób musiało funkcjonować w tych ramach.

Monika: Dzieci, które jadą na wycieczkę szkolną, które żują gumę, piją coca-colę i mówią, że im się nudzi, co nie?

(20170524_2)¹⁸.

W przywołanej wypowiedzi widać opór przed muzealizacją, rozumianą jako zamknięcie pewnego doświadczenia w sztywnych ramach. I chodzi tu tak o ramy fizycznej przestrzeni, magazynu i prezentowanych zbiorów, jak i ramy zachowania się, tak regulaminowych, jak i niepisanych zasad bycia w danym miejscu. Jest to opór przed zamknięciem w tradycyjnie rozumianym muzeum „widoku cudzego cierpienia”¹⁹ i swoisty lęk, obawa przed stanieniem się tym, który patrzy, nic nie mogąc zrobić, co więcej: patrzy na obiekt, nie na osobę. Badani proponują zmianę semantyczną: nie „muzeum”, a „miejsce”, nie „zwiedzanie”, a „doświadczanie”. Warto zwrócić tu uwagę na kategorię miejsca właśnie. Ma to być taka przestrzeń, do której użytkownik posiada jakąś relację i gdzie może swoje doświadczenie artykułować²⁰. Mamy tu do czynienia więc z odwrotnością muzeum w stereotypowym ujęciu.

¹⁸ Imiona badanych zostały zmienione.

¹⁹ Por. S. Sontag, *Widok cudzego cierpienia*, tłum. S. Magała, Kraków 2010.

²⁰ K. Rembowska, *Miasto jako przestrzeń znacząca*, [w:] *STUDIA REGIONALNE Społeczeństwo – region – miejsce*, red. M. Wójcik, Łódź 2013, s. 175.

Pod refleksję zostały poddane też niuanse metafory obozu koncentracyjnego. Wszak mowa jest o innych czasach, innych uwarunkowaniach historycznych. W zasadzie różni te przestrzenie wszystko prócz spojrzenia turysty (w relacji do muzeum-obozu) i cierpienia (w odniesieniu do obóz).

Amelia: Jest to miejsce, to może być dziwne, to co w tej chwili powiem, ale jest to miejsce, które **może być trudniejsze od np. Auschwitz**, bo w przypadku obozów koncentracyjnych mamy do czynienia z miejscem, gdzie się działy straszne rzeczy, które nie powinny się nigdy więcej powtórzyć, ale mniej lub bardziej jesteśmy w stanie sobie zracjonalizować pewne rzeczy kładąc na karb zwyrodnialstwa albo bestialstwa, a szpitale psychiatryczne są wypełnione ludźmi, którzy bardzo często funkcjonują w zupełnie innej rzeczywistości, której reguły są bardzo trudne do pojęcia i też nie zawsze dostępne. Poza tym, tak jak powiedziałaś, że to jest miejsce żywe – **o wiele prościej jest zrozumieć i funkcjonować w przestrzeni trochę martwej, jak obozy, no bo przecież to się już kiedyś stało** [podkreślenie autorki]²¹, i jakby to jest pewna straszna rzecz, która się kiedyś tam podziała, ale tego już nie ma. Okej, jedziemy tam, żeby rozliczyć się, jak są wycieczki z Izraela np., rozliczamy się z pamięcią, z tą traumą, ale tego już nie ma. A szpitale psychiatryczne... Kiedyś się spotkałam z takim określeniem, że **najstraszniejszym miejscem na świecie, wcale nie był obóz koncentracyjny, tylko jest szpital psychiatryczny, bo w obozie mimo wszystko jakaś tam logika pozostaje**. Jakby jakieś tam działania, jakkolwiek zwyrodniałe, jesteś to w stanie jakoś logicznie uporządkować. A w szpitalach psychiatrycznych, no weź, ogarnij: usiądzie Ci przy stole 10 osób z ciężką schizofrenią i 10 osób pozostaje w tym samym momencie w 10 różnych światach. I właśnie świat, w którym nie ma żadnych zasad logicznych jest najtrudniejszy do zrozumienia, do odnalezienia się, bo nie oswoisz takiego miejsca. Bo możesz go mniej lub bardziej starać się zrozumieć, ale nigdy nie jesteś w pełni w stanie oswoić. (20170610).

²¹ To i kolejne podkreślenia w cytatach pochodzą w całości od autorki.

Choroba psychiczna została tu powiązana z brakiem logiki, brakiem możliwości przez osobę zdrową przewidzenia zachowań i zrozumienia wewnętrznego świata osoby chorej. Jest to jedna z licznych barier odgradzających te dwa światy. Prócz peryferyjnego położenia szpitala, okolenia go ogrodzeniem, a wewnątrz odseparowania go od świata drzwiami i oknami z kratami, na końcu pozostają te bariery interpersonalne. Z jednej strony wypieranie z wyobraźni szaleńców, ekscentryków (a więc: tych spoza centrum) sprawia, że mieszkańcy miasta wcale niekoniecznie chcą na te peryferia mentalne i fizyczne wybywać. Z drugiej strony, nawet jeżeli chcą lub muszą dotrzeć do szpitala psychiatrycznego: pozostaje granica choroby, w mniejszym lub większym stopniu utrudniająca wzajemne zrozumienie.

Szpital psychiatryczny w dobie oświecenia powstały w tym celu, aby ten chaos, nielogiczność chorego i choroby zamknąć i uporządkować. Instytucja lecznicza reprezentująca zorganizowany Rozumu miała ten nierozum okiełznać. Obóz koncentracyjny i szpital – oba te obiekty są instytucjami o ścisłych regułach. Obie miały w sposób rygorystyczny dyscyplinować, a w pierwszym przypadku też eliminować to, co zagrażało społecznemu „ładowi” (specyficznie rozumianemu).

Zoo

O ile w wypadku porównania do muzeum-oboju koncentracyjnego badani nie chcieli patrzeć na ludzi jak na obiekty muzealne dokumentujące cierpienie, a o tyle w przypadku metafory zoo nie chcieli na chorujących patrzeć jak na zwierzęta. Skojarzenie z ogrodem zoologicznym przywołały cechy wspólne: uczestnicy badań znaleźli się w parku, gdzie pewne przestrzenie były oddzielone kratami, za którymi dostrzec czasem mogli postacie pacjentów.

Kaja: Najbardziej pozytywne to chyba dla mnie były właśnie wystawa, to „Uważaj na głowę”, którą widziałam wcześniej, i obrazy, które widziałam w teatrze, które pokazywały właśnie emocje pacjentów i widać było, co przeżywają, czemu tak na prawdę tu siedzą i jak się tutaj też czują, bo chodziliśmy właśnie, tak jak Ci wcześniej mówiłam – **jak w zoo. I oglądaliśmy te wszystkie oddziały, i te twarze w oknach.** To głupio mi było spojrzeć właśnie w górę do nich, tylko właśnie szukałam gdzieś innego

kontaktu wzrokowego, bo to było trochę takim moim zdaniem niefajne w tym wszystkim. Ale tego się chyba nie da uniknąć (20170710).

Mateusz: Ja tutaj w ogóle nie czuję, że jestem w szpitalu.

Monika: Może to kwestia mojej świadomości, że ja wiedziałam, że wyprawa...

Mateusz: Też co do mówiłaś, **zależało mi, żeby na pewno nie wydarzyła się taka sytuacja, w której właśnie by nam pokazywali ludzi**. Bo nie można jednak tutaj orientalizmu i muzeum robić, „no popatrzenie tutaj są tacy państwo, z takimi zaburzeniami”.

Monika: Takie okazy jak w zoo. (20170524_2).

Pojawiają się tutaj dwa problemy: krat i egzotyizacji. Kraty, co również pojawiło się w badaniach, mają dwie strony. Jest oglądający i oglądany. Ważką kwestią znowuż było uniknięcie „spojrzenia turysty” przy jednoczesnym problemie: jak patrzeć na szpital i jego pacjentów, żeby nie było to spojrzenie ciekawskie, badawcze „szkiełko i oko”, które już samą czynnością patrzenia kolonizuje i osądza obiekt oglądany. Ponad to kraty stawia się, by, przynajmniej deklaratorywnie, zapewnić obu stronom bezpieczeństwo.

Żywa była w uczestnikach badań niepewność stąpania po gruncie im obcym. Niechęć do bycia turystą w zoo czy muzeum, pytanie – kim być i jak być w tak trudnej przestrzeni. Jednocześnie warto zaznaczyć, dla nakreślenia szerszego kontekstu, że z tym zagadnieniem pokolenia poprzednie nie miały takiego problemu. W tym miejscu można przywołać choćby pokazy historyczek z kliniki Salpêtrière Jeana Martina Charcota²². Francuzki stanowiły pewną atrakcję, osobiwość do pokazania ludności Paryża. Przychodzono oglądać, co może się stać z człowiekiem. To, co prowokuje skojarzenie Kobierzyna i zoo, to kraty. Nieuchronnie dzielą one ludzi na tych zamkniętych i tych „na wolności”. Prowokuje to skojarzenia hierarchiczne; jednym wolno co innego niż drugim i nietrudno tu osądzić, komu przysługuje więcej przywilejów. Tym samym chodzenie wpisuje się w relację władzy. Lecz prócz tego – jest jeszcze

²² A. Alksnin, *Augustine: Króliczek Charcota*, „Teksty Drugie” 2014, nr 1, s. 315.

opowieść. Opowieść, której characorowskiego stylu obwiali się badani. Tym samym „zezwierzenie” pacjentów mogło następować nie tylko poprzez zamknięcie ich za kratami, ale i poprzez upadające słowo.

Więzienie

Konotacja z aresztem czy więzieniem pojawiała się w kontekście wyglądu i przyjmowanych postaw. Badani spodziewali się (choć najczęściej ich oczekiwania weryfikowała rzeczywistość) licznych murów, bram i krat. Jeżeli zaś idzie o nastawienie, to w wypowiedziach pojawiały się głosy twierdzące, że obie te przestrzenie wywołują lęk i niepokój, choć obie zostały stworzone po to, żeby zapewnić społeczeństwu spokój.

Błażej: Ludzie po prostu nie lubią inności i lubią czuć się lepsi. Z tego np. wynika właśnie niechęć do chorych psychicznie, niepełnosprawnych. Bo my możemy się czuć lepsi, wyśmiewając ich, ta dam. Mają jakieś ubytki i tyle. No i poza tym szpitali psychiatrycznych się nie lubi, bo można tam trafić, a raczej nikt by nie chciał tam trafić, i w ogóle mieć powód, żeby tam trafić.

Kaja: Może Cię ktoś posądzić, że jesteś psychiczny.

Błażej: Trochę jak z więzieniami. Więzień też nikt nie lubi, chociaż izolują ludzi, którzy są niebezpieczni dla nas, ale i tak do samego więzienia podchodzimy z rezerwą.

[...]

Kaja: Ja mam jedną myśl właśnie, że tak jak mówiłeś o więzieniach. **Że z więzień się nie śmiejemy, bo wydaje mi się, że wiemy, czego się spodziewać**, że tam trafiają właśnie mordercy, przestępcy itd. Natomiast po osobach chorych psychicznie nie wiemy, czego się spodziewać, po prostu. To nie jest coś, o czym się rozmawia. Nie wiadomo jakie są objawy, czy coś takiego, więc to jest bardziej inne niż inne. Że to jest właśnie taka wielka niewiadoma. I myślę, że to też dlatego. Po więzieniach wiemy, czego się spodziewać, że to bardziej chodzi o przemoc, a tutaj....

Błażej: **Przestępca jest zły, a chory człowiek jest po prostu chory.**

Kaja: Inny. (20170710).

Metafora więzienia wiąże się z konotacją z instytucją totalną, która organizuje życie na wszystkich poziomach stosując ku temu sztywne regulaminy, ale i (przynajmniej w myśleniu potocznym) wielopoziomową przemoc. Słowem: stosuje ona różnorakie środki dyscyplinujące. Alienacja więźnia odbywa się na przynajmniej dwóch poziomach: zamknięcia za fizycznymi murami, ale i stygmatyzacji. Oba te działania wykluczają człowieka ze społeczeństwa. Więzień zostaje uwieczony na mocy prawa, za popełnienie zła.

Mając tak nakreślone tło, łatwo można odnieść szpital psychiatryczny do więzienia. Jest on także typem instytucji totalnej, w której „zamyka” się ludzi. I tu funkcjonuje szereg środków regulujących i sankcjonujących. Sama przestrzeń jest obwarowana fizycznymi barierami jak kraty w oknach czy przysłowiowe „drzwi bez klamek”. Przywołanie więzienia wskazuje też na myślenie o szpitalu w kategoriach moralnych, jako miejsca detencji tych, którzy przekroczyli ramy umowy społecznej, popełnili zło. Nawiązywał do tego Foucault, relacjonując, że w przeszłości osoby chorujące, włóczędzy i złoczyńcy trafiali wspólnie do przytułków dla psychicznie i nerwowo chorych (posługując się dawną nomenklaturą)²³. Samo szaleństwo było traktowane jako przewinienie, gdyż sprzeciwiało się etosowi pracy²⁴.

Tak więzienie, jak i szpital psychiatryczny wywołują społeczną awersję. W przypadku pierwszej z tych instytucji źródłem jest negatywna moralna ocena osób odbywających karę. Jeżeli zaś przyjrzeć się szpitalom psychiatrycznym, to w opinii badanych niechęć bierze się z niewiedzy, ta zaś rodzi lęk i stereotypy. Podobnie jak w przypadku porównania do muzeum-obozu koncentracyjnego pojawia się problem logiki i komunikacji. W omawianym przypadku do porządku logiki zalicza się więzienia. Zrozumiałe jest, że ktoś, kto okradł bank czy popełnił morderstwo, po ujęciu i sprawiedliwym sądzie odbędzie karę pozbawienia wolności. Wyroki ferowane przez sądy są zrozumiałe, a więc skutecznie zakomunikowane. Nie można tego zaś powiedzieć o diagnozach psychiatrycznych. Jakkolwiek wiedza potoczna zamknięta

²³ K. Kubat, *Dom wariatów – miejsce i doświadczenie*, „Konteksty” 2010, nr 2–3, s. 1–29; R. Porter, *Szaleństwo. Rys historyczny*, tłum. J. Karłowski, Warszawa 2003, s. 108.

²⁴ A. Kapusta, *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta*, <https://andkapusta.files.wordpress.com/2010/04/doktorat11.pdf> [dostęp: 30.12.2022], s. 49–50.

w stereotypach przekazuje pewien obraz, to jest on niepełny i niepewny, a już całkowicie chwieje się przy pojęciach takich jak „choroba afektywna dwubiegunowa”, „zaburzenia osobowości typu borderline” i podobnych²⁵.

Plac zabaw/kojec dla dzieci

Choć raczej miejsce zabawy wskazywałoby na konotacje pozytywne, to jak pokażą poniższe wypowiedzi badanych, niejednoznacznie. To, co ma charakteryzować czy plac zabaw, czy kojec, i łączyć go ze szpitalem psychiatrycznym, to powracające po raz kolejny w tej pracy: kraty. Ogrodzenie w tych miejscach ma być konieczne, by chronić jeszcze nie w pełni dojrzałych członków społeczeństwa.

Maria: My w ogóle mamy w tej chwili, mi się tak wydaje, że mamy takie podejście, że wszystko co jest za kratami, to jest złe. Tak. Ogrody zoologiczne, które się te wybiegi też inaczej w tej chwili buduje, jakieś fosy, jakieś coś, żeby jak najwięcej przestrzeni te zwierzęta miały, i nawet, ja mówię, ja ze swojego dzieciństwa pamiętam coś, co się nazywało kojec. [...] Ale teraz się tego nie robi. Dzieci raczej są puszczane wolno, trzeba je pilnować, no i gdzieś tam, ale się ich nie zabezpiecza w ten sposób i to jest, wydaje mi się, źle postrzegane.

Aneta: Takie kraty. No tak, bo myślenie jest takie, że te zabezpieczenia czy kraty w ogóle jakiegoś miejsca, wszystkim się wydaje, że one są ochrony ludzi na zewnątrz, żeby ten, kto jest w środku nie mógł wyjść. A czasami to jest po to, żeby chronić osoby, które są w środku, właśnie przed światem zewnętrznym i bardzo często przed samym sobą, żeby w tym świecie zewnętrznym sobie po prostu nie zrobiły krzywdy. [...]

Agata: **Bo myśmy tu przyszli na spacer, a to jest ich miejsce i teren dla nich przede wszystkim**, to co mówię od początku. Szkoda, że właśnie tego tutaj nie widać, ale mówię: no, skądinąd zdajemy sobie sprawę, że,

²⁵ W jakimś stopniu wiedza potoczna jest większa, kiedy mowa o np. depresji. Aczkolwiek jak pokazują liczne kampanie społeczne, wciąż jest ona daleka od tego, co tym mianem określa medycyna i psychologia.

no może lepiej by było, żeby był jakiś taki otoczony tak jak masz place zabaw dla dzieci – są otoczone siatką. Te dzieci, możesz tam z nimi wejść, te dzieci sobie tam krzywdy nie robią, więc może tutaj taki no, taki teren dla tych ludzi też byłby dobry i wskazany, żeby oni nie musieli przy takiej pięknej pogodzie siedzieć w pomieszczeniu, tylko jednak wyjść.

Żaneta: Ale tam mają takie jakieś małe ogródki (20170624).

Ograniczenie przestrzeni, możliwości przemieszczania się nie jest więc karą, a troską, w przywołanej wypowiedzi. Tak dzieci, jak i chorujący psychicznie, nie będą w stanie, przynajmniej na dany moment, poradzić sobie bez wyznaczonych granic. Pojawia się więc kwestia władzy tego, który te granice i ewentualne zasady ich przekraczania wyznacza. W przypadku potomstwa jest to rodzic, w przypadku osoby chorującej – społeczeństwo go izolujące i lekarza decydującego o przebiegu leczenia. W tak postawionej sprawie pojawia się ambiwalencja, podniesiona także w czasie wywiadów, pomiędzy pozytywnie wartościowaną troską a negatywnie ocenianym zamknięciem i kontrolą.

Sam plac zabaw pojawił się jeszcze w innym kontekście w wypowiedziach badanych. Mianowicie zaistniał on w czasie refleksji nad byciem w przestrzeni nie swojej.

Zofia: Nie czujesz się tak, jakbyś tu był nielegalnie i włamał się na czyjąś działkę?

Aneta: Ale może nie aż tak, ale też jakbym siedziała właśnie np. na placu zabaw dla dzieci. Gdzie też to nie jest ogrodzone [tj. zamknięte pod kluczem], mogę se tam siedzieć, ale też mam takie poczucie, że kurcze no, te 3-latki tu powinny siedzieć, a nie ja (20170624).

Ta wymiana zdań pokazuje pewne poczucie wyobcowania. Zaszła jakaś zmiana w regulaminie i narracji, choć nie w mentalności. Oficjalnie każdy może korzystać z przestrzeni parkowej Szpitala Klinicznego w Kobierzy-
nie, odbywają się tam spacer i różne wydarzenia, a jednak wciąż przyjsie osoby zdrowej do miejsca, gdzie leczą się osoby chorujące psychicznie, dla samego przyjsia, przyjemności spaceru po parku, było powodem jednych

z największych napięć w czasie badań. Niemalże niewyobrażalne było przybywanie w zespole szpitalno-parkowym nie po to, żeby odwiedzić bliskiego chorego. Generowało ono swoisty dyskomfort wynikający z szeregu pytań: jak być, jak się zachować, jak patrzeć, jak chodzić; jak dyscyplinować siebie, swoje ciało. Obcym nie był już chorujący psychicznie, ale obcym, innym, intruzem stawał się gość, zdrowy krakowianin czy krakowianka. Część z tych dylematów została już podniesiona przy omawianiu poprzednich metafor. Część z nich także rozmywała się wraz z oswajaniem przestrzeni.

Cmentarz

Odwrotnie niż w przypadku poprzedniego porównania, gdzie plac zabaw jawił się pozytywnie, choć w czasie analizy przynajmniej częściowo tracił ten ładunek, tu cmentarz zwyczajowo konotujący smutek czy żalobę w wypowiedziach badanych zyskiwał blasku. Uczestnicy badań wybierali skojarzenia potrzebne do danej sytuacji poznawczej, i w ten sposób szpital z cmentarzem połączył spokój, takt i zieleń.

Maria: [...] A poza tym, już abstrahując od pacjentów, to tak jak nie wiem, **wchodzę do lasu gęstego, pięknego i nie drę się tam jak opętana, prawda, bo wiem, że w tym lesie żyją** ptaki, zwierzęta i różne zwierzęta i różne stworzenia, które chcą mieć spokój i mają do tego prawo, bo to jest ich dom. Ja tam przychodzę, żeby sobie pospacerować, a nie żeby im przewracać życie do góry nogami, więc tutaj też jest, trochę ze względu na te przyrodniczą stronę tego miejsca chyba też. Poza tym tak mi się teraz skojarzyło, ja wiem, że to strasznie zabrzmi, ale a propos uszanowania właśnie charakteru miejsca np. stare cmentarze takie jak Rakowice czy Salwator są często miejscami, gdzie ludzie spacerują. Ja znam takich, co chodzą sobie na spacer na cmentarz, bo tam jest cicho [emfaza]. To jest pierwszy argument, który słyszę. **Cicho i piękne, stare drzewa. I sobie chodzą na Rakowice, nawet jeżeli nie mają tam żadnego znajomego czy rodzinnego grobu**, po prostu sobie chodzą i to w dniach, oczywiście nie mówię o Wszystkich Świętych, kiedy tam są tłumy, ale w taki dzień jak dziś, spacer na Rakowice to jest jedna z ulubionych rozrywek Krakowian, którzy chcą się wyciszyć. (20170625).

Sylwia: No żeby nie imprezować tutaj [na terenie kompleksu szpitalno-parkowego], takich melanzj ostrych nie robić. Z racji tego, że **tak samo jak można się śmiać na cmentarzu, ale to może zaburzać spokój osób, które tam czekają, tam się modlą.** [...] To tak samo tutaj, może dla kogoś to jest miejsce takiego wyciszenia, rekonwalescencji, że nie powinno się tego robić tutaj (20170603).

W tak przedstawionym opisie cmentarz staje się przede wszystkim przestrzenią wyciszenia, a także oazą zieleni w mieście. Pierwszy z tych komponentów wynika z funkcji nekropolii. Spoczywają tu szczątki ludzkie, zaś regulamin i obyczaj kształtują zachowanie się w tej przestrzeni. Nie wchodząc w szczegóły, sprowadza się ono do postawy cichej, godnej i pełen szacunku dla innych użytkowników miejsca nad i pod ziemią. Tak jak w przypadku szpitala, funkcja „parkowa” nie jest wiodąca dla cmentarza. Szpital wprawdzie jest jednostką leczniczą, a nekropolia miejscem pochówku, co nie wyklucza korzystania z tych miejsc w innym przeznaczeniu. Niemniej jednak funkcja prymarna kształtuje zachowanie. Inne będą aktywności spacerowiczów w parku miejskim, a inne wśród mogił. W takim ujęciu zasady cmentarne i szpitalne będą względnie do siebie podobne²⁶. Różnicą jest praktyka chodzenia, a właściwie jej częstotliwość czy może wyobraźalność. „Prościej” mentalnie jest spacerować po cmentarzu, szczególnie w dobie tanaturystyki, niż spacerować po wciąż funkcjonującym szpitalu psychiatrycznym. Kluczem jest tu owa częstotliwość tak zorganizowanych wydarzeń, jak i miejsc, gdzie może się to odbywać. Cmentarzy w Krakowie jest najwyczejajniej w świecie więcej, a wycieczki odbywają się po nich częściej²⁷, niż jakiegokolwiek wydarzenia w jednym i to peryferyjnie położonym szpitalu psychiatrycznym. Dodatkowym aspektem są inni będący w tej samej przestrzeni – zmarli nie widzą, żywi mają obyczaj regulujący ich bycie na cmentarzu.

²⁶ Więcej na temat zachowań w sanatorium (do którego też przyrównywali szpital psychiatryczny badani) w nagraniu seminarium prof. Dariusza Brzostka pt. *Enklawa spokoju i nakaz milczenia. Wokół praktykowania ciszy w sanatoriach* <https://fonoteka.etnologia.uj.edu.pl/seminarium> [dostęp 30.12.2022].

²⁷ Dostępne są też częstokroć papierowe i internetowe przewodniki pozwalające na samodzielną eksplorację.

WNIOSKI

Zostały tu przywołane jedynie metafory szpitala odnoszące się do wyobrażeń, jakie uczestnicy badań wnosili w proces. Jakkolwiek prezentują wizję Kobierzyna opresyjnego, pełnego regulacji i sankcji, osaczonego murami i kratami, odbijając lęki badanych, to pokazują też ich kreatywność jako uczestników kultury. Tłumaczyli oni sobie szpital, nadawali mu sens, przekładając dyskurs historyczno-medyczny na język metafor. Przekodowania, jakich dokonali odnoszą się do różnorodnych obszarów. Wśród zaproponowanych pojęć pojawiły się: muzeum-obóz koncentracyjny, zoo, więzienie, plac zabaw/ kojec dla dzieci oraz cmentarz. W wypowiedziach wybrzmiewają obawy przed zawłaszczeniem tej przestrzeni okiem turysty, przed kolonizowaniem nie swojego świata, przed odbieraniem podmiotowości pacjentom. Jednocześnie namysł koncentruje się na tym, jak być, jak doświadczać miejsca tak trudnego, złożonego. Kto i kiedy jest swoim, a kto obcym. W odpowiedzi pojawia się refleksja nad granicami i regulacjami tych granic. Samo pojęcie granicy, granic oddzielających szpital i jego pacjentów od miasta i jego mieszkańców zasługuje na osobne studium. Niemniej jednak na poziomie wypowiedzi wyłaniają się propozycje przekraczania pewnych granic, a uszanowania innych. I tak padały słowa o „doświadczeniu miejsca”, a więc przekraczaniu fizycznej bramy miast-ogrodu Kobierzyna, a jednocześnie postulaty uszanowania cudzych granic (tu: pacjentów), jak się to odbywa w przestrzeni cmentarza.

Przeprowadzone badania rymują się z postulatem, jaki badaniom etnograficznym na polu psychiatrii stawiał Andrzej Perzanowski (choć skupiał się on przede wszystkim na deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej). Wskazywał m.in. na to, że identyfikacja postaw, wyobrażeń i narracji o chorobie psychicznej ma możliwość przyczynienia się do redukcji piętna²⁸. Mówiąc nieco inaczej: osławiania; tak chorego jak i choroby, to zaś działa się podczas omawianego procesu badawczego. Znowuż osobnej analizy wymagają porównania przywołane w trakcie badań, a odnoszące się nie tyle do miejsca i jego wyobrażenia, a do samego procesu zdrowienia, jakiego mają tu

²⁸ A. Perzanowski, *Antropologia i psychiatria: społeczny wymiar deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej*, [w:] *Antropologia stosowana*, red. M. Ząbek, Warszawa 2013, s. 263.

doświadczać pacjenci. Kreśląc jedynie horyzont rozważań warto przywołać te metafory, a więc: przechodzenia przez czyściec, odbywania rekolekcji, uczęszania się w szkole i rekonwalescencji w sanatorium²⁹. Ich charakter odbiegał od metafor przedstawionych w tym artykule; można go określić jako zabarwiony ambiwalentnie oraz pozytywnie (w zależności od metafory). Pokazuje to, że szpital, jego tłumaczenie sobie przez „czytelników przestrzeni” ma potencjał ujawniania różnorodnych sensów i aspektów tego miejsca, bycia w nim.

W niniejszej pracy zostały przedstawione wypowiedzi mieszkańców miasta i ich analiza. Jednakże wciąż do zbadania pozostaje, jak ową przestrzeń i jej aktorów społecznych konceptualizacje personel szpitala, a także sami jego pacjenci.

Proces badawczy stawiał badanych w przestrzeni znanej, bo głęboko zakorzenionej w języku i wyobraźni, a jednocześnie zupełnie nowej konfrontacji ze szpitalem faktycznym, nie wyobrażonym. Poprzez sięgnięcie do różnorodnych metod to przedsięwzięcie badawcze, skutkowało czymś, co Tomasz Rakowski nazwałby cyklotronem kultury³⁰. W gęstej interakcji pojawiały się tak pojęcia, skojarzenia archaiczne, jak i zupełnie nowe, nieoczywiste. Uczestnicy badań sięgali tak do rezerwuaru wyobrażeń społecznych, jak i dokonywali twórczego przekładu. Pojęcia peryferyjne, mieszkające na obrzeżach miasta i umysłu, zostały postawione w centrum wywiadu, dano im szansę zaistnieć i zostać zreinterpretowanymi.

²⁹ Zob. przypis nr 17, s. 200.

³⁰ T. Rakowski, op. cit., s. 23.

BIBLIOGRAFIA

- Alksnin A., *Augustine: Króliczek Charcota*, „Teksty Drugie” 2014, nr 1.
- Bogaczyk M., *Sztuka Inna. O sztuce prymitywnej, naiwnej i surowej*, „F i l o – S o f i j a” 2006, nr 1(6).
- Clifford J., *O autorytecie etnograficznym*, „Polska Sztuka Ludowa – Konteksty” 1995, 3–4 (49).
- Etnografia/Animacja/Sztuka*, red. T. Rakowski, Warszawa 2015.
- Flick U., *Projektowanie badania jakościowego*, tłum. P. Tomanek, Warszawa 2012.
- Foucault M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, Warszawa 1987.
- Jackowski A., *Mit sztuki poza kulturą. Art Brut*, „Polska Sztuka Ludowa – Konteksty” 1994, nr 3–4(48).
- Kapusta A., 1999, *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta*, <https://andkapusta.files.wordpress.com/2010/04/doktorat11.pdf> [dostęp: 30.12.2022].
- Kubat K., *Dom wariatów – miejsce i doświadczenie*, „Konteksty” 2010, nr 2–3.
- Lakoff G., Johnson M., *Metafory w naszym życiu*, Warszawa 2011.
- Łotman J., *Uniwersum umysłu. Semiotyczna teoria kultury*, tłum. B. Żyłko, Gdańsk 2008.
- Perzanowski A., *Antropologia i psychiatria: społeczny wymiar deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej*, [w:] *Antropologia stosowana*, red. M. Ząbek, Warszawa 2013.
- Porter R., *Szaleństwo. Rys historyczny*, tłum. J. Karłowski, Warszawa 2003.
- Rembowska K., *Miasto jako przestrzeń znacząca*, [w:] *STUDIA REGIONALNE Społeczeństwo – region – miejsce*, red. M. Wójcik, Łódź 2013.
- Smolińska-Theiss B., Theiss W., *Badanie i działanie w pedagogice społecznej – między tradycją a współczesnymi zadaniami*, [w:] *Edukacyjne badania w działaniu*, red. H. Červinková, B.D. Gołębiak, Wrocław 2013.
- Sontag S., *Widok cudzego cierpienia*, tłum. S. Magala, Kraków 2010.
- Żyłko B., *Miasto i mit*, „Estetyka i Krytyka” 2007, nr 12 (1).
- Żyłko B., *Semiotyka kultury*, Gdańsk 2009.

Źródła internetowe

Historia, Dziedzictwo i Sztuka, <https://babinski.pl/historia-dziedzictwo-i-sztuka/> [dostęp: 30.12.2022].

Misja, status i strategia, <https://babinski.pl/misja-i-strategia/> [dostęp: 30.12.2022].

M. Spórna, *Zbrodnia niemiecka na pacjentach szpitala*, <http://www.mbczestochowska.katolicki.eu/index.php/szpital/zbrodnia-niemiecka> [dostęp: 30.12.2022].

Filmografia

A. Rec (reż.), *100 lat szpitala w Kobierzynie*, 2016.

NOTA O AUTORCE

Paulina Model – etnografka i antropolożka kulturowa wykształcona na Uniwersytecie Jagiellońskim. Obecnie w Szkole Doktorskiej AGH przygotowuje rozprawę z zakresu antropologii religii traktującą o kryzysie Kościoła rzymsko-katolickiego. Naukowo interesuje się koncepcją szaleństwa w humanistyce, przemianami religijnymi we współczesnej Polsce, a także antropologią zaangażowaną i metodami działaniovymi. Współpracowała z różnymi krakowskimi instytucjami kultury, m.in. Muzeum Narodowym w Krakowie oraz Małopolskim Instytutem Kultury.

Kontakt: model@agh.edu.pl