

Ks. Jan Klimek
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6333-8215>
Ks. Grzegorz Wąchol
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6427-7231>
DOI: <https://doi.org/10.15633/9788363241414.14>

**KULTURA STRESU I MIEJSCA JEGO NIWELOWANIA
ZAŁOŻENIE OGRODOWE
PRZY SZPITALU KLINICZNYM
IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO W KRAKOWIE
JAKO PARK TERAPEUTYCZNY**

Wstęp

Ogrody szpitalne to specjalne założenia ogrodowe projektowane i realizowane przy budynkach szpitalnych w celach rekreacyjnych i wspierających procesy terapeutyczne. W jednostkach szpitalnych o profilowanym charakterze medycznym ogrody te są dostosowane do określonej grupy pacjentów. Spotkać możemy ogrody szpitalne dziecięce, ogrody dla pacjentów geriatrycznych (Alzheimer i zespoły otępienne), dla pacjentów onkologicznych, dla chorych terminalnie i, jak w przypadku krakowskiego Kobierzyna (Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego), dla chorych i cierpiących psychicznie.

Rekreacja i terapia jako istotne cele założeń ogrodowych przyszpitalnych są ze sobą ściśle powiązane przynajmniej z dwóch powodów: Właściwie zaprojektowany i utrzymywany ogród szpitalny dla pacjentów ma działanie terapeutyczne, a dla odwiedzających go i dla personelu szpitalnego ma działanie rekreacyjne. Trzeba o tym pamiętać, bo choć ogród terapeutyczny praktycznie nie ma wad w ujęciu terapeutycznym, to przecież generuje dla podmiotu leczniczego istotne koszty związane z pozyskaniem terenu pod jego założenie, zaprojektowaniem i późniejszym utrzymaniem we właściwej fitokulturze. Jednakże gdy ogród terapeutyczny, a tym bardziej park szpitalny (ogród szpitalny na znacząco większej przestrzeni), otworzymy dla wszystkich (dla dzielnicy, dla miasta), staje się on bardzo cennym zasobem, łatwiejszym we wspólnym utrzymaniu. Dla szpitala psychiatrycznego w Kobierzynie, jak i dla innych szpitali

psychiatrycznych taki park ogrodowy ma jeszcze jedno fundamentalne znaczenie: zadbany i piękny park szpitalny to miejsce destygmatyzacji chorych psychicznie. Społeczne ofiary patodeweloperki i betonozy chociażby Nowego Ruczaju i inni odwiedzający „[...] tu obcują z pięknem przyrody, słuchają śpiewu ptaków i odpoczywają psychicznie w cieniu nie tylko wieloletnich drzew, ale i stuletnich pawilonów medycznych” (dziś w większości pięknie wyremontowanych i spójnych architektonicznie), nie zawsze świadomi, że wciąż pełne są one pacjentów. [...] A gdy dziś spotykają się na tych ścieżkach zdrowi i wariaci (od łacińskiego: *varia, varius*, czyli różny, inny, inaczej chory, inaczej cierpiący), wielu czuje się nieswojo i niepewnie. Nie jest łatwo dziś dzielić przestrzeń fizyczną i społeczną z osobami chorymi psychicznie. Jednak jesteśmy na to «skazani» w dobrym i złym tego słowa znaczeniu¹.

Według Marka Siewniaka i Anny Mitkowskiej pierwsze ogrody przyszpitalne zakładano już w XVIII wieku, z pewnością wzorując się na przyklasztornych wirydarzach². Jednak dopiero w latach 30. ubiegłego wieku zaczęto je profilować i rozwijać, tworząc dojrzałe *ogrody zbalansowane*, czyli ogrody harmonijne i zrównoważone, w których występuje współbrzmienie posadzonych roślin tworzących miłą dla zmysłów symfonię barw, kształtów oraz zapachów³. Niestety, pomimo licznych już badań potwierdzających pozytywny wpływ natury na człowieka (*medicus curat, natura sanat*) i uznania hortiterapii za oficjalną metodę wspierającą leczenie, realizacji przyszpitalnych ogrodów w pełni wykorzystujących ich potencjał terapeutyczny wciąż nie są powszechne. Najczęściej ze względu na wspomniane koszty ich założenia i utrzymania. W Polsce wciąż dominuje utylitarne podejście do zagospodarowania terenów przyszpitalnych. Zieleń w otulinie szpitala najczęściej spełnia funkcje tylko estetyczne i izolujące. Tymczasem odpowiednio zaprojektowane założenie ogrodowe może skrócić czas leczenia, poprawić efektywność prowadzonych terapii i, poprzez kreację przestrzeni przyjaznej człowiekowi, zminimalizować stres związany z koniecznością leczenia i pobytem w szpitalu⁴.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie (promocja) założenia parkowego przy Szpitalu kobierzyńskim wraz z jego ogrodami zbalansowanymi jako miejsca terapii w świetle badań dotyczących wpływu przestrzeni na czło-

¹ J. Klimek, E. Galus, *Kobierzyn wczoraj i dziś*, Kraków 2017, s. 10.

² Por. M. Siewniak, A. Mitkowska, *Tezaurusz sztuki ogrodowej*, Warszawa 1988.

³ Więcej na ten temat: E. Filek, *Ogrody zbalansowane jako nowoczesna metoda terapii terenowej dla pacjentów*, w: *Środowisko a zdrowie psychiczne człowieka*, red. J. Berlińska, J. Klimek, Kraków 2015, s. 156-164.

⁴ Por. M. Czałczyńska-Podolska, M. Rzeszotarska-Pałka, *Ogród szpitalny jako miejsce terapii i rekonwalescencji*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych” t. 65 (2016), nr 4 (313), s. 609-619.

wieka i jego dobrostan. W artykule wskazano istotne cechy przestrzeni terapeutycznej, które powinny być uwzględniane przy projektowaniu i utrzymywaniu ogrodów terapeutycznych dla chorych i cierpiących psychicznie.

Kultura stresu

Nie ulega wątpliwości, że żyjemy w czasie, który charakteryzuje się bardzo dużym nasileniem ilości bodźców, jakie dopływają do naszego układu nerwowego, szczególnie jego centralnej części, gdzie są przetwarzane. Żadna poprzednia epoka nie dostarczała tylu wiadomości i spostrzeżeń, a niektóre szacunki mówią o tym, że całe życie średniowiecznego człowieka podawało mniej bodźców niż jeden przejazd czy przemarsz przez współczesne miasta. Mózg, który w dużej mierze odpowiada za przetwarzanie docierających do niego informacji, jest bardzo wydajnym i plastycznym narządem, potrafiącym radzić sobie z wysokimi wymaganiami, ale posiada też granicę możliwości optymalnego funkcjonowania. Liczne badania pokazują, że nadmierna ilość bodźców w środowisku życia staje się przyczyną niewydolnego funkcjonowania układu nerwowego, co ma konsekwencje w różnego rodzaju zaburzeniach. Te zaburzenia można podzielić na somatyczne i psychiczne (choć obie grupy w tym wypadku mają u podstaw czynniki fizjologiczne, związane ze zmęczeniem wymienionych wyżej części ludzkiego organizmu). Do pierwszej grupy objawów można zaliczyć zmiany w czynnościach różnych partii układu nerwowego, czym zajmują się przede wszystkim subdyscypliny medyczne, takie jak psychiatria i neurologia. Druga grupa jest łatwiejsza do zewnętrznego zaobserwowania i związana jest z obniżoną jakością życia codziennego, zwłaszcza w przestrzeni oddziaływania społecznego⁵. Na opisane powyżej problemy szczególnie narażeni są mieszkańcy państw, które szybko rozwijają się gospodarczo i kulturowo. Do niedawna można było przyjąć ogólną definicję, pisząc w tej kwestii o kulturze Zachodu, ale podobne zjawiska obserwuje się w różnych częściach świata, także w stosunkowo ubogich krajach Azji i Afryki, które szybko rozwijają swoje gospodarki. Problemem jest nie tylko wysokie przebodźcowanie, ale również systematyczny wzrost poziomu tego fenomenu. Badania pokazują, że w Stanach Zjednoczonych, na przestrzeni pierwszej dekady XXI wieku, średni czas użycia mediów elektronicznych w ciągu doby przekroczył długość snu w tej samej jednostce czasu. A w latach między 1999 a 2009 wzrósł z 7,5 do prawie 11 godzin⁶.

⁵ Por. J. Urbańska, *Zmęczenie życiem codziennym. Środowiskowe i zdrowotne uwarunkowania oraz możliwości redukcji w sanatorium*, Poznań 2010, s. 15-20.

⁶ Por. M. Dawert, J. Słomski, K. Słomski, *O mózgu słów kilka. Zdolności dostosowawcze, w: Niezbadany mózg. Możliwości i wyzwania*, red. M. Kwaśnik, Pelplin 2010, s. 26-34; M. Macieszczyk, *Zmęczenie: przyczyny, objawy, zapobieganie*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis” 26 (2007), s. 18-27.

Przedstawiona w ten sposób sytuacja ludzi żyjących w obecnej epoce przyczynia się do gwałtownego wzrostu liczby zaburzeń psychicznych oraz obniżenia się wieku ich powstawania. Szacuje się, że nawet co czwarty Polak może mieć objawy depresji. Jeszcze gorzej prezentuje się sytuacja w wysoko rozwiniętych krajach świata. Znaczna część społeczeństwa, zbliżona do połowy całej populacji, nie radzi sobie z codziennymi wymaganiami, w związku z czym potrzebuje wsparcia psychologicznego⁷. Zjawiskiem potwierdzającym tę rzeczywistość jest również wzrost zainteresowania ścieżkami edukacyjnymi dającymi uprawnienia do prowadzenia psychoterapii, studiami psychologicznymi, a także wzrost zapotrzebowania na tego typu zawody. Warto zauważyć, że obecność psychologów stała się czymś zwyczajnym w strukturach oświaty czy służb ratunkowych. Osoby przygotowane do pracy z poszkodowanymi w wymiarze psychicznym mogą działać w dwojaki sposób. Pierwszym z nich jest interwencja kryzysowa, czyli doraźna forma szybkiej pomocy, mająca na celu pokazanie zainteresowanemu osobom otwartości, wsparcia i empatii w problemie, jakiego doświadczają. Wymaga ona od interwenta przede wszystkim pozytywnego nastawienia i chęci wsparcia danego człowieka, jest związana z cechami osobowości podejmującego interwencję, a także treningiem postawy wobec tych, którym pomaga⁸. Drugą, o wiele dłuższą i bardziej systemową formą wsparcia psychologicznego, jest terapia. Wymaga ona odpowiedniego wykształcenia, przygotowania merytorycznego i osobowościowego. Badania pokazują, że najważniejszym czynnikiem, odpowiadającym za powodzenie terapii jest siła związku i identyfikacji między pacjentem a terapeutą⁹.

Próba opisu struktury terapii jest bardzo trudnym zadaniem ze względu na ogromną złożoność tego procesu. Istnieje wiele nurtów psychologicznych, charakteryzujących w różny sposób ludzką osobowość, które wyznaczają ogólne zasady podejścia do osób zgłaszających się po pomoc psychologiczną. Obserwacje zmian w terapii w ostatnich czasach pokazują tendencję do łączenia danych, spostrzeżeń i technik między różnymi nurtami psychologicznymi w ramach podejścia całościowego, inaczej zwanego eklektycznym¹⁰. Oprócz

⁷ Por. World Health Organization, *Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region*, Geneva: WHO, <https://www.who.int/data/global-health-estimates> (dostęp: 11.07.2022); B. Wojtyniak, P. Goryński, *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania – synteza*, Warszawa 2020.

⁸ Por. J. Grodecka, R. Kałucka, K. Sarzała, A. Żukiewicz, *Standard interwencji kryzysowej. Materiały projektu 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”*, https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf (dostęp: 20.09.2022).

⁹ Por. A. Klatkiewicz, *Relacja terapeutyczna w terapii pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline*, „Psychoterapia” 2 (173) 2015, s. 23–32.

¹⁰ Por. M. Jędrasik-Styła, R. Styła, *Psychoterapia integracyjna: podejście eklektyczne*,

wypracowanych sposobów prowadzenia tego rodzaju terapii bardzo ważna jest postawa samego terapeuty oraz środowisko, w jakim ona się odbywa, a jednym z podstawowych warunków zaistnienia prawidłowej i skutecznej relacji między terapeutą a pacjentem (współcześnie częściej zwanym klientem) jest przybranie przez pierwszego postawy neutralnej światopoglądowo tak, aby spotkania podejmowane w celu poprawy kondycji psychicznej nie stały się okazją do indoktrynacji w jakiegokolwiek sferze przyjmowanych i reprezentowanych poglądów¹¹.

Terapia jako droga powrotu do natury

W podstawowym znaczeniu natura jest środowiskiem, które było człowiekowi dane, w które nie ingerował i istniało jeszcze przed pojawieniem się gatunku ludzkiego. Kultura zaś jest pojęciem posiadającym wiele znaczeń i wiele koncepcji, oznacza przede wszystkim sumę wszystkich wytworów człowieka – materialnych i duchowych¹². Patrząc na sytuację krajów wysoko rozwiniętych i domniemany związek jakości życia opisywany w kategoriach ekonomicznych z nasilającą się ilością zaburzeń psychicznych, można w bardzo dużym uproszczeniu założyć, że to kultura, a dokładnie jej szybki rozwój, odpowiada za tego typu patologie. Przywołane powyżej refleksje, również uproszczone w znacznym stopniu znaczenia, definiują kulturę i naturę jako zjawiska przeciwstawne. W ten sposób można dojść do wniosku, że lekarstwem na zagrażającą człowiekowi kulturę (lub przynajmniej jej niektóre elementy) może być powrót do natury¹³. Potwierdzeniem tak postawionej tezy jest wzrost popularności i uznanie w kręgach naukowych jako skutecznej metody redukcji stresu medytacji. Obecnie coraz większą popularność zyskuje medytacja zakorzeniona w kulturach Wschodu, zwłaszcza buddyjska i hinduska. Często zapomina się o bogatej tradycji chrześcijańskiej, rozwijającej od początku istnienia tej religii opisywanej praktyki. Ma ona zarówno charakter duchowy – mający na celu umocnienie relacji z Sacrum, ale jednocześnie przynosi korzyści dla ludzkiej psychiki¹⁴. Takie spostrzeżenie rodzi się nie tylko z naukowych obserwacji zachodzących w naszym świecie procesów, ale także z subiektywnego i osobistego doświadczenia wielu ludzi, które nie mieści się w ramy refleksji metodycznej. Między innymi właśnie z tych powodów wiele osób poszukuje miejsc nieskażonych przez dzia-

asymilatywne, integracji oraz czynniki wspólne, „Psychoterapia” 2 (149) 2009, s. 5-16.

¹¹ Por. K. Marchewka, B. Dobroczyński, *Psychoterapie między neutralnością światopoglądową a prozelityzmem*, „Polskie Forum Psychologiczne” 3 (20) 2015, s. 427-440.

¹² Por. F. Trompenaars, Ch. Hamnden-Turner, *Siedem wymiarów kultury*, Kraków 2002, s. 35-44.

¹³ Por. B. Kotowa, *Natura czy kultura?*, „Chowanna” 2 (2016), s. 17-28.

¹⁴ Por. S. Radoń, *Czy medytacja naprawdę działa?*, Kraków 2017, s. 105-142.

łalność człowieka, w których można odpoczywać i cieszyć się pięknem stworzonego świata. Nie wiedząc czemu, jakby intuicyjnie, lepiej czujemy się na obszarach, gdzie rośnie więcej roślin, widać odległe przestrzenie, słychać szum wody czy wyraźniej obserwowane są zjawiska meteorologiczne. W ten sposób wielu powraca do psychicznej równowagi, czując, że bycie w środowisku maksymalnie naturalnym sprzyja relaksowi. O skuteczności tej praktyki świadczą liczne badania empiryczne, które potwierdzają wpływ tej metody przede wszystkim na redukcję stresu i wewnętrzną zgodę – rozumianą na poziomie poznawczym – na rzeczywistość, w jakiej znajduje się podejmujący taką aktywność. W efekcie medytacja przyczynia się do ogólnego lepszego samopoczucia oraz pomaga w radzeniu sobie ze skomplikowanymi zjawiskami z zakresu psychopatologii, takimi jak: zaburzenia lękowe, depresje, zaburzenia związane z odżywieniem, uzależnienia, zespoły stresu pourazowego, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia z pogranicza, czy różnego typu psychozy¹⁵.

Podstawowymi elementami medytacji pozostają: uważność, czyli skupienie na danym obiekcie (lub paradoksalnie na jego braku – pewnego rodzaju pustce, np. przestrzeni), oraz wyłączność, a więc wycofanie jakichkolwiek analiz myślowych o niepotrzebnych przedmiotach, zazwyczaj sprawach codziennych, zobowiązaniach, planowanych aktywnościach itd.¹⁶ Te dwie postawy są silnie uwarunkowane otoczeniem, gdzie ma odbywać się medytacja. W tym miejscu trzeba dodać, że można ją rozumieć dwojako: w pierwszej kolejności jako planowaną i przygotowaną czynność mającą pozytywnie wpłynąć na dobrostan i stanowiącą część troski o organizm ludzki. Można też mówić o medytacji w kontekście spontanicznej aktywności człowieka, wynikającej z okoliczności, w jakich znajduje się w danym momencie. Aby zaistniała ta druga możliwość, konieczne są obiekty mogące szczególnie przykuć uwagę i zainteresować daną osobę. Niewątpliwie takimi elementami krajobrazu są rośliny, które najbardziej kojarzą się z naturą. W dużej mierze ich obecność przyczynia się do atrakcyjności środowiska, a tym samym umożliwia redukcję stresu i poprawę samopoczucia. Obrazem tej rzeczywistości są dane demograficzne, które wskazują, że najrzadziej zamieszkany, co jednocześnie pokazuje, że najbardziej surowymi i nieprzyjaznymi człowiekowi obszarami, są pustynie. Na nich nie ma możliwości rozwoju osobowego w żadnej z podstawowych przestrzeni charakteryzujących ten proces¹⁷.

¹⁵ Por. H. John, M. Neubert, Ch. Marrs, *Podręcznik zielonej infrastruktury. Koncepcje i teoretyczne podstawy, terminy i definicje*, Drezno 2019, s. 23–24.

¹⁶ Por. S. Radoń, *Specyfika, funkcje i mechanizmy stanów medytacyjnych na podstawie badań neuropsychologicznych nad uważnością*, „Annales. Pedagogia-Psychologia” 1 (30) 2017, s. 111–127.

¹⁷ Por. Z. Niśkiewicz, *Dobrostan psychiczny i jego rola w życiu człowieka*, „Studia

Tego typu funkcję mogą spełniać planowane przestrzennie formy roślinne, czyli ogrody. Stanowią one nie tylko element estetyczny, ale również terapeutyczny, zwłaszcza w przypadku osób podejmujących działania na rzecz poprawy własnego stanu psychicznego.

Wpływ przestrzeni na dobrostan człowieka

Kontakt człowieka z przyrodą jest fundamentalnym czynnikiem wpływającym na jego dobrostan i funkcjonowanie w życiu codziennym. Ma też istotne znaczenie w jego zmaganiach z przeciwnościami i wszystkim, co ostatecznie generuje reakcję stresową¹⁸. Pierwsze obserwacje dotyczące wpływu sposobu zagospodarowania otoczenia szpitali na pacjentów i proces ich zdrowienia prowadziła Florence Nightingale¹⁹. Szersze próby obserwacji i udowodnienia terapeutycznego wpływu przestrzeni na człowieka zaczęto podejmować w drugiej połowie XX wieku. Impulsem naukowym stały się badania Rogera Ulricha prowadzone w latach 70. nad emocjonalnym i psychologicznym wpływem otoczenia na pacjentów przebywających w szpitalach. On jako pierwszy, stosując empiryczne i jakościowe metody badań, wykazał, że pacjenci, którzy po operacjach chirurgicznych mają kontakt z ogrodem chociażby przez okno, wracają do zdrowia szybciej i potrzebują mniej środków przeciwbólowych w porównaniu z tymi, których okna sali szpitalnej wychodziły na znajdującą się naprzeciwko ścianę budynku. Badania Ulricha stały się inspiracją dla dalszych studiów nad wpływem przestrzeni, natury i ogrodu na człowieka i jego dobrostan. W późniejszych badaniach wykazano, że osoby przebywające w ogrodach i wykonujące prace ogrodnicze oceniają swoje samopoczucie bardziej pozytywnie²⁰, a naturalny potencjał przestrzeni wpływa na jej pozytywne postrzeganie i ocenianie²¹. Udowodniono również, że wykonywanie prac ogrodniczych przyczynia się do ogólnej poprawy stanu pacjentów. Ta aktywność poprawia ich kondycję fizyczną, powiększa masę mięśniową oraz gęstości kości, przyczynia się do lepszej koordynacji ruchowej, obniża poziom stresu, napięcia psychicznego i agresji²². Odpowiednio zaaranżowane ogrody zbalansowane i praca w nich

Krytyczne” 3 (2016), s. 139-151.

¹⁸ Por. E. Filek, *Ogrody zbalansowane...*, dz. cyt., s. 153.

¹⁹ Por. N. Gerlach-Springs, R.E. Kaufman., S.B. Warner (JR.), *Restorative gardens: The healing landscape*, New Haven 1998.

²⁰ Por. S. Kaplan, *Cognitive maps, human needs and the designed environment*, w: *Environmental design research*, ed. W.F.E. Preiser, Stroudsburg 1973, s. 275-283.

²¹ Por. S. Kaplan, J.F. Talbot, *Psychological benefits of a wilderness experience*, w: *Behavior and the natural environment*, ed. I. Altman, J.F. Wohlwill, New York 1983, s. 63-203.

²² Por. M. Latkowska, M. Miernik, *Ogrody terapeutyczne – miejsca biernej i czynnej „zielonej terapii”*, „Czasopismo Technologiczne” 2012, 8-A, s. 243-251.

(w ramach hortiterapii²³) wpływają wybitnie pozytywnie na psychikę chorego. Hortiterapia (zarówno czynna, jak i bierna) wpływa na długotrwałą reakcję relaksacyjną poprzez: wzmocnienie własnej wartości i samooceny u pacjenta (efekty jego pracy w ogrodzie widać od razu), poprawę samopoczucia, zmniejszenie stresu, stabilizację nastroju, zmniejszenie niepokoju, przeciwdziałanie depresji, wzmocnienie poczucia kontroli nad sobą, doświadczenie spokoju, opanowania, wyciszenia emocji i odczuwania osobistej satysfakcji²⁴. Co więcej, badania potwierdziły również, że kontakt z przestrzenią ogrodową sprzyja zdrowym kontaktom społecznym i zmniejsza ryzyko przemocy w rodzinie.

Wykazanie pozytywnego wpływu natury na człowieka spowodowało narastające zainteresowanie funkcjami terapeutycznymi i społecznymi, jakie może pełnić w życiu człowieka kontakt (zarówno bierny, jak i czynny) z roślinami. To z kolei doprowadziło do szerszego zainteresowania się zjawiskiem wpływu przyrody nie tylko na zdrowie fizyczne i psychiczne, ale także na relacje międzyludzkie²⁵. Efektem tego jest powstanie interdyscyplinarnej dziedziny wiedzy - socjoogrodnictwa (ang. *human issues in horticulture*; franc. *so-cio-horticulture*). Jednym z narzędzi socjoogrodnictwa jest hortiterapia, wykorzystująca ogrodnictwo jako wsparcie programów tradycyjnej terapii i rehabilitacji. Pod pojęciem *terapii ogrodniczej* często rozumie się wykonywanie satysfakcjonujących prac ogrodniczych, które poprawiają nasze samopoczucie, zdrowie i kondycję. Doświadczenia związane z tego typu zajęciami pozwalają zbliżyć się do swojej natury i lepiej poznać własne możliwości. Jak wskazują Dorn i Relf, terapia ogrodnicza (ang. *horticultural therapy*) to jedna z form uzupełniających tradycyjne metody terapii i rehabilitacji, prowadzona dla ściśle określonej i zdefiniowanej grup pacjentów, u których zdiagnozowano problemy: natury psychicznej, umysłowej, fizycznej, sensorycznej, geriatrycznej, z uzależnieniami lub z problemami natury społecznej²⁶. We wszystkich definicjach

²³ W tradycyjnym ujęciu ogrodnictwo dysponowało (interesowało się) zazwyczaj końcowym produktem uprawy (np. kwiatami, owocami lub drzewkami ze szkółki), a także kompozycją tych roślin w terenie, czyli ogrodami. We współczesnej hortiterapii wykorzystuje się nie tylko wszystkie elementy procesu produkcji roślin ogrodniczych (np. nasiona, owoce, kwiaty, pędy, korzenie, cebule), ale i wszystkie rodzaje prac ogrodniczych (np. siew, sadzonkowanie, pielęgnowanie roślin, zbiór owoców) oraz wszystkie możliwości artystycznego zastosowania tych roślin (np. florystyka). A wszystko to razem podejmuje się w kontekście zdrowia człowieka.

²⁴ Por. E. Filek, J. Klimek, D. Olewicz, *W poszukiwaniu piękna – od natury ku abstrakcji. Powiązania horti i arteterapii*, w: *Sacrum a priroda. Ochrana zdravia a zivota*, red. P. Tirpak, J. Klimek, Presov 2018, s. 63-92.

²⁵ Por. F.E. Kuo, *Horticulture, well-being, and mental health: From intuitions to evidence*, „Acta Horticulturae” 2004 (639), s. 27-34.

²⁶ Por. D. Relf, *Gardening in raised beds and containers for older gardeners and*

terapii ogrodniczej szczególny nacisk kładzie się na aktywność pacjentów i wykonywanie przez nich pewnych określonych zadań (prac ogrodniczych). Jest to *hortiterapia czynna*. Biernie korzystanie z ogrodu mające między innymi formę spacerów (*hortiterapia bierna*) może być tylko częścią programu terapeutycznego. Programy terapii ogrodniczej zwykle są zróżnicowane i zależą od dostępnego zaplecza, a także potrzeb i możliwości poszczególnych grup pacjentów. Programy te można podzielić na trzy grupy: zawodowe (podnoszące kwalifikacje i zwiększające możliwość zdobycia pracy przez pacjentów), terapeutyczne (skoncentrowane przede wszystkim na leczeniu chorób psychicznych i fizycznych), a także społeczne (poprawiające umiejętności komunikacyjne uczestników programu²⁷). To zaś zakłada równoległe prowadzone zajęcia teoretyczne, najczęściej w formie uczestnictwa pacjentów w prezentacjach multimedialnych, w których poznaje się najpiękniejsze ogrody świata, poszczególne gatunki roślin, znaczenie warzyw dla naszego zdrowia, zwierzęta towarzyszące człowiekowi w ogrodach itd.²⁸ Właściwie prowadzona terapia ogrodnicza powinna jednak koncentrować się na kontakcie z żywymi roślinami. Okazjonalnie, najczęściej w sezonie zimowym, można korzystać ze wspomnianych teoretycznych form zajęć. W ogrodach terapeutycznych (nazywanych też *ogrodami zdrowia*), a tym bardziej w parkach o charakterze terapeutycznym powinien być zapewniony i ułatwiony zarówno bierny, jak i aktywny kontakt z naturą. Dlatego przy ich projektowaniu należy uwzględniać dostępność i łatwość poruszania się wszystkich osób, bez względu na wiek i stopień sprawności, a także bezpieczeństwo wszystkich elementów wyposażenia parku i ogrodu oraz samej roślinności, łatwy dostęp do roślin i kontakt z nimi. Dla pacjentów ważna jest też możliwość wykonywania prac ogrodniczych bez zbyteńnego obciążenia fizycznego²⁹. Ciekawym tego przykładem jest podwyższona rabata ozdobna dla pacjentów oddziałów psychogeriatrycznych szpitala kobierzyńskiego. Badania wpływu ogrodu na płaszczyznę psychiczną i fizyczną człowieka i jego funkcjonowanie w społeczeństwie przełożyły się na realizację różnych form założeń ogrodowych o funkcji terapeutycznej. Przykłady przestrzeni stosujących terapię roślinami to m.in.: ogrody terapeutyczne (ang. *healing gardens*), lokalizowane przy szpitalach, domach seniora, hospicjach i różnego rodzaju ośrodkach terapeutycznych i re-

individuals with physical disabilities (1995), <http://www.hort.vt.edu/human/pub426020d.html>.

²⁷ Por. R. Haller, *The Framework*, w: *Horticultural therapy methods-making connections in health care, human services and community programs*, ed. R. Haller, C.L.Cramer, New York, London, Oxford 2006, s. 1-22.

²⁸ Por. E. Filek, J. Klimek, D. Olewicz, *W poszukiwaniu piękna...*, dz. cyt., s. 77.

²⁹ D. Relf, *Gardening in raised beds and containers for older Gardeners...*, dz. cyt.; M.J. Latkowska, *Hortiterapia – rehabilitacja i terapia przez pracę w ogrodzie*, „Zeszyty Problemowe Postępu Nauk Rolniczych” 2008 (523), s. 229-235.

habilitacyjnych, oraz ogrody społeczne i działkowe, wykorzystujące formy socjoogrodnictwa i hortiterapii dla budowy wspólnoty i integracji w przestrzeni (zakładane głównie w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej)³⁰.

Bardzo ciekawym i unikalnym przykładem takiego parku ze względu na wiek, koncentryczno-geometryczny układ przestrzenny typu howardowskiego *city-garden*³¹ i samą powierzchnię założenia ogrodowego terapeutycznego (52 ha) zawierającego w sobie ogrody terapeutyczne zbalansowane jest park Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie.

Rys historyczny kobierzyńskiego kompleksu

W 1903 roku został złożony pierwszy wniosek w sprawie budowy Zakładu dla Nerwowo i Umysłowo Chorych pod Krakowem. Budowa Zakładu jako inwestycja rządowa została uchwalona przez Autonomiczny Galicyjski Sejm Krajowy w styczniu 1907 roku, który na ten cel zapewnił odpowiednie fundusze.

³⁰ Por. M. Czalczyńska-Podolska, M. Rzeszotarska-Pałka, *Ogród szpitalny...*, dz. cyt., s. 610.

³¹ Aby lepiej zrozumieć ideę *miast-ogrodów*, warto zapoznać się z nietypową publikacją, bo zawierającą dwie książki autorów żyjących ponad sto lat po sobie. Jedną z nich jest pierwsze tłumaczenie na język polski książki Ebenezera Howarda *Garden Cities of To-Morrow* (1902). Autorem drugiej, zatytułowanej *Trzewia Lewiatana. Miasta ogrody i narodziny kulturalnego przedmieścia*, a zarazem redaktorem całości oraz współtłumaczem tekstu Howarda jest Adam Czyżewski. Książka Adama Czyżewskiego, będąc wprowadzeniem do koncepcji Howarda, przynosi cenne informacje historyczne dotyczące samego Brytyjczyka, ruchu reformatorskiego, któremu patronował, oraz budowy Letchworth Garden City. Nie stanowi ona jedynie wprowadzenia do dzieła Howarda. Ambicje autora są znacznie szersze. Nakreślony w niej został obraz przedmieść przemysłowych „strasznych przedmieść”, stanowiących negatywny kontekst cywilizacyjny i powód reformy Howardowskiej, a także idea budowy tytułowych kulturalnych przedmieść wielkich metropolii, przy czym nie jest tak, że owe kulturalne przedmieścia są przetworzeniem idei i praktyki *miast-ogrodów*, było raczej odwrotnie, a potem oddziaływanie stało się wzajemne. Książka zawiera także omówienie późniejszych realizacji, ograniczone do wczesnej fazy ruchu nowoczesnego i nieuwzględniające już modernistycznych blokowisk, które były przecież intencjonalnie zmodernizowaną i umasowioną wersją idei *miast-ogrodów*. Zawiera też omówienie ewolucji koncepcji Howardowskiej, a następnie jej zdegenerowaną totalitarną mutację, która w połączeniu z rasową eugeniką i higieną społeczną przerodziła się w nazistowską „architekturę zagłady”. W zakończeniu autor robi przeskok czasowo-problemowy od idei *garden-cities* do koncepcji zrównoważonego rozwoju (*sustainable development*). Zasadniczy tekst uzupełniony jest dwoma suplementami: pierwszy zawiera rozważania nad utopijnością koncepcji Howarda, drugi dotyczy miast ogrodów w Polsce, por. J. Tarnowski, *Przeszłość i przyszłość miast-ogrodów*, „Estetyka i Krytyka” 24 (1/2012), https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiToaKazoDyAhVtpYsKHa_-CtEQFjAAegQIBhAD&url=http%3A%2F%2Fcejsz.icm.edu.pl%2Fcejsz%2Felement%2Fbwmeta1.element.desklight-bc51070e-90b7-4fc2-8eff-78046353c4de&usq=AOvVaw3E226u_5f0a0Qe kfubEOnv (dostęp: 15.06.2021).

Projekt architektoniczny kompleksu został opracowany w roku 1909 przez grupę lwowskich architektów pod kierunkiem inż. Władysława Klimczaka specjalizującego się w budownictwie szpitalnym oraz uzdrowskowym. Jego współpracownikami byli Antoni Budkowski i Tadeusz Zieliński. Władysław Klimczak, poza stworzeniem projektów szeregu obiektów, był przede wszystkim autorem całości rozplanowania urbanistycznego kompleksu szpitalnego. Nadał mu formę satelitarne wobec Krakowa, odrębnego miasteczka (suburbium), opartego właśnie o ideę *miasta-ogrodu* Ebenezera Howarda³². Całość planu ma zdominowany trzema głównymi osiami układ promienisto-obwodnicowo-koncentryczny, stylizowany finezyjnie na kształt motyla (popularnego symbolu secesji). Na jego skrzydłach umieszczone zostały symetryczne zespoły odrębnych pawilonów dla kobiet i mężczyzn. Oś główna, z założenia dzieląca owe skrzydła, związana jest z rondem otoczonym zespołem budynków recepcyjno-reprezentacyjnych, do którego należy gmach teatru oraz pawilon administracyjny i willa dyrektora szpitala. Według tej koncepcji architektonicznej znaczna część personelu szpitala miał mieszkać na jego terenie. Z myślą o tym zaprojektowano zespół zabudowy mieszkalnej złożony z willi dyrektora, domów dla lekarzy i urzędników oraz zespół kamienic dla pozostałych pracowników z rodzinami. Nie tylko umiejscowienie poszczególnych kamienic, ale również metraż i standard mieszkań świadczą o strukturze hierarchicznej pracowników ówczesnego Zakładu³³. Realizacja projektu kobierzyńskiego przypadła w udziale wybitnemu krakowskiemu architektowi Tadeuszowi Stryjeńskiemu, który brał udział w projektowaniu niektórych pawilonów, a przede wszystkim koordynował budowę całości kompleksu. Jego syn Władysław Stryjeński będzie później dyrektorem szpitala w okresie międzywojennym. Realizując nowe trendy medyczne, zmieniające charakter opieki nad chorymi psychicznie z opresyjnego odosobnienia na przyjazną pacjentowi aktywność terapeutyczną i społecznie użyteczną pracę na rzecz szpitala, zakład kobierzyński stał się zało-

³² Pierwsza polska definicja *miasta-ogrodu* pochodziła z 1909 r. i została sformułowana przez Warszawskie Towarzystwo Higieniczne jako: „[...] planowe skupisko ludzkie na terenie tanim, stale pod kontrolą wspólnoty pozostające, tak, by raz na zawsze uniemożliwić spekulację. Jest to nowy typ miast, umożliwiający radykalną reformę mieszkaniową, dostarczający przemysłowi i rękodzielnictwu korzystnych warunków produkcji i zapewniający znaczną część terenu rolnictwu i ogrodnictwu”. Definicję tę podaje za Władysławem Dobrzyńskim (Por. W. Dobrzyński, *Zdrowie publiczne a idea miast-ogrodów*, Warszawa 1911). E. Howard tak określał miast *miasto-ogród*: „Miasto-ogród jest to miasto samodzielne, przemysłowe, planowane jako całość i obejmujące dosyć przestrzeni, by w nim było domów z ogrodami dla 30 000 mieszkańców, z szerokim pasem pól otwartych naokoło. Ono łączy dodatnie strony miasta i wsi, torując drogę ruchowi narodowemu, mającemu hamować wyludnienie wsi oraz przepelnienie i tak już przepelnionych miast” (tamże).

³³ Szarzej na ten temat: J. Klimek, *Duszpasterstwo w kobierzyńskiej kapelanii na przestrzeni wieku*, Kraków 2019, s. 71-172.

zeniem na wskroś nowoczesnym. W wyborze jego lokalizacji brano także pod uwagę ciekawe walory widokowe miejsca, świeże powietrze oraz dobrą jakość wody z ujęcia bielańskiego.

Duży stopień samowystarczalności kompleksu szpitalnego, według idei Howardowskiej, miał zapewnić zespół zabudowań gospodarczych. Ogród, sad, pola uprawne i folwark dostarczały pacjentom, jak i pracownikom wyżywienie. Folwark rozplanowano z myślą nie tylko o zaopatrzeniu Zakładu w żywność, lecz także o terapeutycznej funkcji pracy - ergoterapii pacjentów. Na zabudowę szpitalną z ogrodami przeznaczono 44 morgi gruntu, na park 7 morgów, na pola uprawne 50, a na cmentarz zakładowy - 3 morgi³⁴. W sumie obszar całego Zakładu wynosił w dzisiejszych jednostkach pomiaru ponad 58 ha. Do dziś w ramach parku przyszpitalnego ten teren wynosi ok. 52 ha.

W latach 1908 do 1914 wytyczono kanwę kompozycyjną całego kompleksu i prowadzono budowę zasadniczego zespołu szpitalnego. Planowana pierwotnie kompozycja zieleni parkowej utrzymana była w duchu dominującej na początku stulecia tendencji, zgodnie z którą należało łączyć swobodny układ parku krajobrazowego z sytuowanymi przy budynkach ogrodami geometrycznymi. W tych latach zrealizowano tylko część krajobrazową parkowego założenia.

Po roku 1919 w następstwie działań wojennych na terenie szpitala zieleni była zrujnowana i wymagająca rewitalizacji. Przy głównych alejach rosły słabo przyjmujące się młode drzewa oraz młodnik iglasty o powierzchni 7 morgów. Powstał więc plan zadrzewienia opracowany przez agronoma Zakładu, który przewidywał oczyszczenie terenu z gruzów, splantowanie i rozbudowę sieci ścieżek, co zrealizowano na początku lat 20. Zbudowano też trzy boiska do gier sportowych, w tym jeden z pierwszych w Krakowie kortów tenisowych. Wytyczono też główną aleję wjazdową wysadzaną 130 głogami szczepionymi, w miejscu słabo rosnących jaworów. Latem tworzyły one niezwykle czerwono-różowo-zielony szpaler. Na całej długości tej alei za wspomnianymi krtegusami biegł równo przyszczyżony wysoki żywopłot zasłaniający część folwarczną. Na żywopłocie pięły się róże. Przed budynkiem administracji, na klombie w środku ronda, latem wysadzano mozaikę kwiatów i ozdobnych roślin z wielką palmą pośrodku, którą przenoszono w zimnych okresach roku do oranżerii. W okresie międzywojennym powstały też: aleja brzoźowa od klombu do folwarku, aleja klonowa od administracji do apteki, aleja topolowa wzdłuż budynków mieszkalnych. Nasadzono również aleję jarzębinową, kilka alei akacjowych i jedną wiśniową. Aleję do kaplicy szpitalnej wysadzono lipami, a samą

³⁴ *Morga* (także *mórg*, *jutrzyzna*) - historyczna jednostka powierzchni używana zwłaszcza w rolnictwie. Początkowo oznaczała obszar, jaki jeden człowiek mógł zorać lub skosić jednym zaprzęgiem w ciągu dnia roboczego (dokładnie: od rana do południa), a jej wielkość wynosiła zależnie od jakości gleby, zaprzęgu i narzędzi w Europie od 0,33 do 1,07 hektara. *Morga nowopolska* oznaczała teren o powierzchni 0,5598 ha.

kaplicę od strony prezbiterium otoczono kasztanami. W lasku przyszpitalnym posadzono 450 świerków szlachetnych wzdłuż drogi wjazdowej i ścieżek wokół administracji. Jednocześnie przy każdym pawilonie dla chorych zaplanowano geometryczny ogród kwiatowy. Obsadzono je też po obrysie kasztanami, lipami, jarzębinami i akacjami. Wzdłuż osiatkowanego ogrodzenia kompleksu szpitalnego wysadzono gęsto topole nadwiślańskie, przeznaczone do wycięcia, gdy drzewa się rozrosną. Topole wysadzono też wzdłuż toru kolejowego, a na pastwisku zakładowym wysadzono 130 drzewek szlachetnych gatunków jabłoni. Ogółem posadzono 4,5 tys. drzew, w tym 550 owocowych, 10 tys. kultury dwuletniego świerku i 5700 krzewów ozdobnych³⁵. Zgodnie z koncepcją hwardowskiego *miasta-ogrodu* najdalszy krąg tworzyły obszary rolne, a w miejscach podmokłych plantacje wikliny (materiał dla ówczesnej pracowni wiklinarskiej) i pola, na których uprawiano zboże oraz rośliny okopowe³⁶.

Po ponad stu latach z całego kompleksu pozostało to, co najcenniejsze i wciąż aktualne w swej misji społecznej: zespół obiektów infrastruktury medycznej i park szpitalny, który ocalał dzięki wpisaniu całości kompleksu kobierzynskiego do Rejestru Zabytków Miasta Krakowa 17 września 1991 roku pod pozycją A-893.

Znaczenie destygmatyzacyjne założenia parkowego

Niewątpliwie chorzy psychicznie są wciąż najbardziej stygmatyzowaną grupą ludzi chorych w społeczeństwie³⁷. Ich cierpienie jest wciąż najbardziej tajemnicze diagnostycznie³⁸, niezrozumiałe społecznie i nieakceptowane ekonomicznie. Ale zawsze to cierpienie wiąże się ze stresem, który towarzyszy

³⁵ Por. E. Galus, *Historia Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego oraz kaplicy pw. Matki Bożej Częstochowskiej w Krakowie-Kobierzynie*, w: *Odnaleźć wykluczonych*, red. J. Dziedzic, J. Klimek, Kraków 2014, s. 15-32.

³⁶ Por. J. Klimek, E. Galus, *Kobierzyn wczoraj i dziś...*, dz. cyt., s. 43-78.

³⁷ Por. G. Schomerus, C. Schwahn, A. Holzinger, P. Corrigan, H. Grabe, M. Carta, *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta analysis*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 125 (2012), nr 6, s. 440-452.

³⁸ To otwiera nas na przykład ku perspektywie refleksji zarówno totalnologicznej (poszukującej dziś demonologicznej genezy chorób psychicznych), jak też i antypsychiatrycznej (rozwój nurtu antypsychiatrii w latach 60. XX w.). Antypsychiatria co prawda może być pojmowana jako jeden z nurtów współczesnej psychiatrii, ale ze względu na wielkie zagrożenie, jakie stanowiła ona dla samego istnienia psychiatrii i jej tożsamości, trzeba ją kwalifikować jako swoiste nadużycie we współczesnej psychiatrii. Warto wspomnieć, że główni przedstawiciele tego nurtu, jak Laing bądź Basaglia, byli pod silnym wpływem politycznych idei lewicowych, a Cooper był zagorzałym komunistą. Szerzej na ten temat: M.T. Berlim, M.P. Fleck, E. Shorter, *Notes on antypsychiatry*, „European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience” 243 (2003), nr 2, s. 65.

choremu psychicznie i osobom doświadczającym kontaktu z chorym. Według badań statystycznych to właśnie chorym psychicznie (szpitalom psychiatrycznym) społeczeństwo europejskie zredukowałoby fundusze w ramach programu oszczędności w służbie zdrowia³⁹. Nie rozumiemy chorych psychicznie z ich cierpieniem i stąd boimy się ich, a w każdym razie staramy się zachować wobec nich „rozsądny” i bezpieczny dla nas dystans⁴⁰. Wiemy, że chorzy psychicznie nie zarażają, ale może jednak jakoś udzielają się ich cierpienia psychiczne innym...? Wiemy, że nie należy myśleć stereotypami, ale który z nich wyciągnąć z konstrukcji mechanizmu naszych własnych sądów, aby się nam wszystko nie rozsypało?

Destygmatyzacja osób chorych psychicznie, jak i jej przeciwieństwo (stygmatyzacja), są procesami złożonymi, wieloaspektowymi, wielowymiarowymi oraz wieloetapowymi⁴¹. Proces destygmatyzacji inicjuje się od nawiązania jakiejś formy kontaktu człowieka zdrowego z chorym psychicznie, od budowania *relacji początkowych*. Wszystko rozpoczyna się od relacji najprostszej po stopniowo już wielowymiarową aż do twórczej, aktywnej bliskości, której nie da się uzasadnić już tylko racją społeczną, powinnością motywowaną ekonomicznie bądź ludzką szlachetnością. Dla chrześcijan ostatecznym uzasadnieniem tej relacji jest miłość bliźniego, a jej najgłębszym źródłem – Bóg, który jest miłością (por. 1 J 4, 8).

Na ogół to człowiek zdrowy psychicznie rozpoczyna relację spotkania z człowiekiem chorym psychicznie. Wchodzi pierwszy na tę drogę spotkania, a tak naprawdę na drogę wzajemnego spotkania z głębią i wielowymiarową kondycją naszej psychiki – niezwykłego przejawu naszego człowieczeństwa, która mimo choroby i z nią związanych ograniczeń i deficytów potrafi zadziwiać swoją szlachetnością, pięknem osobowości człowieka chorego i jego talentami. Istotnie, ten proces winien rozpoczynać człowiek zdrowy, bo człowiek chory psychicznie, mając świadomość swojej inności, przeżywając *syndrom spodziewanego*

³⁹ Na przykład negatywny stosunek społeczeństwa niemieckiego do chorych psychicznie potwierdzają nietypowe badanie G. Schomerusa i współpracowników, gdzie pełnoletni obywatele Niemiec w ankiecie anonimowej uznawali, że gdyby mieli decydować o cięciach w budżecie publicznego sektora ochrony zdrowia, dotyczyłyby one psychiatrii i leczenia chorych psychicznie. Szerzej na ten temat: G. Schomerus, H. Matschinger, M. Angermeyer, *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 41 (2006), s. 369–377.

⁴⁰ Por. P. Kiniewicz, *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jako problem moralny*, w: *Antropologia teologicznomoralna. Koncepcje, kontrowersje, inspiracje*, red. I. Mroczkowski, J. Sobkowiak, Warszawa 2008, s. 157.

⁴¹ Szerzej na ten temat: P. Świtaj, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Warszawa 2008.

odrzućenia, sam z tej relacji świadomie i często rezygnuje⁴². Kiedyś niemal powszechnie, a dziś na szczęście tylko w wyjątkowych sytuacjach, ten *efekt spodziewanego odrzućenia* (chyba najgłębszy z mechanizmów stygmatyzacji) ma swoje fizyczne urzeczywistnienie w ograniczeniu wolności osób chorych psychicznie, w ich internacji bądź izolacji. Dlatego kiedyś – sto lat temu – szpitale psychiatryczne powstawały poza miastem, w bezpiecznej fizycznie i psychicznie odległości. Wystarczy wspomnieć tu o szpitalach: Steinhof pod Wiedniem, Bohnice pod Pragę, Kulparków pod Lwowem i Kobierzyn pod Krakowem. Dziś one wszystkie (zbudowane mniej więcej sto lat temu) zostały wchłonięte przez wielkie miejskie aglomeracje. Miasta przybliżyły się do nich i ostatecznie wchłonięły szpitale, ale czy szpitale „przybliżyły” się do miast?

Większość szpitali psychiatrycznych wznoszonych na przełomie XIX i XX wieku posiadała wielkoprzestrzenne założenia parkowo-ogrodowe. Miejsca leczenia chorych psychicznie otaczano celowo komponowanym krajobrazem kreowanym w myśl trendów panujących wówczas w sztuce ogrodowej. Były ku temu przynajmniej trzy powody. Po pierwsze park stanowił otulinę szpitala psychiatrycznego, a wszystkie nasadzenia w nim pełniły funkcję izolacyjną i estetyczną. Drugim powodem były teorie obowiązujące w psychiatrii tamtych czasów (skądinąd w tych aspektach wciąż aktualne i słuszne) mówiące, że przebywanie w pięknym, naturalnym środowisku, obcowanie z naturą według ówczesnego idyllicznego obrazu wsi, miało sprzyjać leczeniu chorób psychicznych⁴³. Trzecim powodem było po prostu ułatwienie życia pacjentom, którzy, przed epoką neuroleptyków, spędzali nieraz wiele lat w szpitalach psychiatrycznych.

Dzisiaj rozbudowujące się miasto bardzo potrzebuje Kobierzyna z jego piękną zieloną przestrzenią, potrzebuje zadbanego, monumentalnego, stuletniego parku, który we wspomnieniach najstarszych kobierzynian kwitnął co miesiąc innymi kolorami, od kwietnia do listopada. Zabudowany, zabetonowany i słoczony „Kraków” potrzebuje zielonego „Kobierzyna” i „bierze go sobie” coraz liczniej odwiedzającymi to miejsce mieszkańcami. Jest to naturalny i dobry

⁴² *Efekt oczekiwanego odrzućenia* prowadzi do *autostygmatyzacji* (self-stigma), zwanej też *drugą chorobą* i ostatecznie skutkuje obniżoną samooceną. Jest on też główną przeszkodą w podejmowaniu ról społecznych, w pracy zawodowej, w życiu osobistym i w przeżywaniu wiary we wspólnocie religijnej. Szerzej na ten temat: A. Ucock, D. Brohan, N. Sartorius, M. Leese, M. Yoon, *Anticipated and experienced stigma among persons with schizophrenia: its nature and correlates*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 46 (2011), s. 643-650.

⁴³ Por. A. Staniszevska, *Ogrody szpitali psychiatrycznych z przełomu XIX i XX wieku – reinterpretacja*, „Wiadomości Konserwatorskie” (Journal of Heritage Conservation), nr 53 (2018), s. 55-66, https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiQ_bOIh-nkAhVODuwKHVT3Cm4QFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fsuw.biblos.pk.edu.pl%2FdownloadResource%26mId%3D2443087&usg=AOvVaw1FtGW4jwCsZqCL8iC49YL3 (dostęp: 24.02.2019).

proces społeczny, który od kilku lat obserwujemy i który należy wszelkimi sposobami wspierać. Prowadzi on do inicjacji różnorodnych spotkań osób zdrowych z chorymi psychicznie, stanowiąc istotne *milieux* destygmatyzacji⁴⁴.

Park terapeutyczny w Kobierzynie z jego ogrodami zbalansowanymi

W ogrodach szpitala kobierzyńskiego z uwagi na szczególnie duży rozmiar parku (52 ha), wiek drzewostanu i założenie architektoniczne typu *city-garden* istnieją wspaniałe warunki zarówno spacerowania, jak też intensywnego ruchu. Teren służy zarówno pacjentom, personelowi szpitala i wszystkim go odwiedzającym. Znaczenie terapeutyczne miejsca podzielić można na: 1. Wpływ starodrzewu (sylwoterapia) i 2. Wpływ ogrodów zbalansowanych.

Wpływ sylwoterapeutyczny

Zacieniona przestrzeń między budynkami kompleksu kobierzyńskiego wyjątkowo sprzyja odpoczynkowi i wyciszeniu. Natomiast elementy rekreacyjne, bardzo chętnie użytkowane przez pacjentów, personel i osoby odwiedzające założenie parkowe spełniają funkcję terapeutyczną. Pacjenci samodzielnie poruszają się ci, którzy korzystają z parku pod okiem personelu, chętnie korzystają z ogrodu, zarówno z części zacienionej, jak i z nasłonecznionego trawnika. Słuchanie szumu liści stuletnich drzew, śpiewu ptaków, które tu mają swój unikalny habitat i innych odgłosów przyrody okazuje się jedną z najlepszych form terapii dźwiękiem. W środowisku naturalnym bowiem barwom i kształtom towarzyszą nieodłącznie dźwięki. Szum wiatru poruszającego liśćmi, szum strumienia wody, śpiew ptaków i odgłosy zwierząt składają się na naturalną „symfonię” dźwięków. Natężenie dźwięków pochodzenia naturalnego uspokaja, pozwala odpocząć, poprawia nastrój. W przeciwieństwie do dźwięków pochodzenia technicznego odgłosy natury nie drażnią, nie stresują. W świecie, w którym ponad 20% europejskiej populacji cierpi na zanieczyszczenie środowiska miejskiego hałasem przekraczającym 65 dB, miejsca naturalnej ciszy stają się coraz większą rzadkością⁴⁵. Co więcej, znaczenie zanieczyszczenia środowiska naturalnego hałasem jest umniejszane w stosunku do innych form jego degradacji, a tymczasem systematycznie ono rośnie. Jego skutki odbijają się bardzo negatywnie w obszarze schorzeń nazywanych mianem chorób cywilizacyjnych. Ich wspólnym podłożem jest przewlekły stres. Co ciekawe, do dziś badania nad

⁴⁴ Sprzyja temu istniejące na terenie parku szpitalnego Bistro „Tymiankowo”, siłownia na świeżym powietrzu, koncerty organowe w kaplicy szpitalnej, spotkania ze *Słowem Bożym* połączone z relaksacją.

⁴⁵ Por. EEA Report 10.2014 Noise in Europe 2014, http://www.skas.sk/dokumenty-skas/EEA_10-2014_Noise_in_Europe_2014.pdf (dostęp: 22.07.2021).

wpływem hałasu na stan zdrowia psychicznego są nieliczne⁴⁶. Rozlokowanie pawilonów medycznych (oddziałów psychiatrycznych) na rozległym terenie kompleksu szpitalnego ma jeszcze jedno bardzo ważne znaczenie. Odgłosy pacjentów pobudzonych (krzyczących bądź przeklinających) przywiezionych do szpitala w ostrej psychozie wyciszane są nie tylko ścianami budynków, ale również naturalnym „ekranem” kobierzyńskiej zieleni szpitalnego założenia parkowego. Założenie ogrodowe Kobierzyna pełni więc nie tylko funkcje terapeutyczne, ale też izolacyjne i estetyczne.

Starodrzew Kobierzyna z pomnikami przyrody (fot. 2 i 3) daje nie tylko pacjentom poczucie stabilności i trwałości, a tym samym obniża poziom stresu związanego z doświadczaniem zbyt częstych zmian w naszym życiu i z tym, co nazwać można akceleracją procesów społecznych. Spacerując po alejach, można podziwiać piękne, monumentalne okazy platanów, brzoź, jesionów, klonów, lip bądź akacji. Założenie ogrodowe szpitala pozwala na podziwianie kolorów, kształtów i zapachów tych drzew. Każda pora roku ofiarowuje tutaj spacerującym nowe, wspaniałe doznania. Wiosna (fot. 4, 5 i 6), z promieniami ciepłego słońca, głośnym śpiewem ptaków i młodymi, świeżymi listkami, wydobywającymi się z pączków, pokazuje wspaniały świat, budzący się do życia po surowej zimie. Kwitnące krzewy i drzewa są źródłem nektaru dla owadów, szczególnie pszczoł ze szpitalnej pasieki. Pasieka oferuje możliwość korzystania z domku inhalacyjnego i innych dobrodziejstw apiterapii. Lato z kwitnącymi głógami, akacjami i lipami oferuje piękne zapachy, które przenikają do wnętrza szpitalnych przez otwarte okna. Jesień to pora ognistych barw liści klonów, żółcień brzoź i jesionów. Spadające kasztany i żołędzie, kolorowe liście, zasuszone kwiatostany stanowią wspaniały materiał do zajęć terapeutycznych na oddziałach. Zimą cudownie wyglądają wiekowe, bezlistne drzewa pokryte szadzią bądź świeżym śniegiem.

Wpływ ogrodów zbalansowanych

Dodatkowo przy każdym oddziale zostały założone ogródki, w których prowadzi się zajęcia z hortiterapii czynnej. W ramach tych spotkań proponowany jest pacjentom zrównoważony ruch na świeżym powietrzu przy ich pielęgnacji. Podczas tych zajęć uzyskuje się efekty terapeutyczne, takie jak: odreagowanie stresu, uspokojenie i relaks. Pielęgnacja ogrodu przyczynia się do kształcenia cierpliwości i systematyczności w uczestnikach zajęć. Zbalansowanie ogrodów ma i ten wymiar, że ogrody dla oddziałów męskich zostały tak zaprojektowane, że wymagają więcej prac fizycznych dla ich pielęgnacji (ciąćcia i strzyżenia),

⁴⁶ Por. K. Pawlas, *Hałas jako czynnik zanieczyszczający środowisko – aspekty medyczne*, „Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine” 2015, z. 18, nr 4, s. 56.

a mniej pielienia. Pacjenci, dążąc do określonego celu, wykonują pracę, która w efekcie przynosi radość także innym osobom. Ponieważ efekty pracy widoczne są od razu, prowadzi to do podniesienia własnej samooceny pacjentów. Umiarkowany ruch na świeżym powietrzu wywołuje zwiększone „spalanie” kortyzolu – hormonu stresu oraz wydzielanie endorfin – hormonów szczęścia. Terapia ogrodnicza tam prowadzona daje możliwość zdobycia nowych umiejętności, takich jak: produkcja rozsady roślin, wykonywanie sadzonek krzewów ozdobnych, pielęgnowanie ogrodów, sadzenie roślin. Kwiaty z ogrodów można przeznaczyć na wykonanie bukietów w pracowni florystycznej.

Zadaniem hortiterapii w kobierzyńskich ogrodach jest też uzyskanie wewnętrzznego zadowolenia z solidnie wykonanego zadania, wykształcenie spostrzegawczości i zainteresowania otaczającą nas przyrodą oraz dostrzeganie piękna i złożoności form roślin i zwierząt, które nam towarzyszą. Pacjenci uczestniczą w zajęciach na miarę swoich możliwości. Niektórzy zaledwie obserwują pracę zespołu, inni mogą wykonywać tylko najprostsze czynności. Podczas zajęć wykorzystywane są narzędzia ogrodnicze, których używanie poprawia kondycję fizyczną i pozwala wzmocnić konkretne partie mięśni. Chwile spędzone w ogrodzie oddziału szpitalnego budują też doświadczenie wspólnoty osób leczących się w danej jednostce medycznej. Realizowane są konkursy na najładniejszy ogród przyoddziałowy.

Praca w ogrodach kobierzyńskich daje pacjentom głębsze doświadczenie mijającego czasu. Dookreśla dobę szpitalną: jest czas na pracę, zajęcia – terapię i jest czas na sen. Przeciwdziała tym samym tzw. „chorobie szpitalnej” z jej zaburzeniami snu. Należy też wspomnieć, że emerytowani pracownicy i pacjenci kobierzyńskiego szpitala, oceniając wygląd ówczesnego (międzywojennego i w pierwszych latach po II wojnie światowej) założenia ogrodowego, podkreślali, że cały „Kobierzyn” (nomen omen) był istotnie wielkim kobiercem kwiatów. Rozkwitały one w każdym miesiącu innymi kolorami, a cały kompleks zmieniał dzięki temu radykalnie swój wygląd kilka razy w ciągu roku. Dla pacjentów, którzy w tamtych czasach hospitalizowani byli przez wiele miesięcy, a niektórzy pozostawali w Kobierzynie i wiele lat, te kolory w szczególności i jednocześnie naturalny sposób wyznaczały czas ich terapii⁴⁷. Pacjenci w zdecydowanej większości bardzo pozytywnie oceniają każdą formę hortiterapii i nie wyobrażają sobie szpitala bez ogrodów zbalansowanych w jego założeniu parkowym. Ogrody terapeutyczne są źródłem nie tylko piękna, ale i radości dla pacjentów. Są też sposobnością do odkrywania i wykorzystania talentów artystycznych drzemiących w pacjentach, ponieważ w harmonijnie skomponowanych wnętrzach ogrodowych można urządzać sesje malarskie (plener).

Zajęcia hortiterapii na zewnątrz pomieszczeń trwają od wiosny do jesieni.

47

Por. J. Klimek, E. Galus, *Kobierzyn wczoraj i dziś...*, dz. cyt., s. 43-78.

Umożliwia to pacjentom obserwacje przemian, jakie zachodzą w przyrodzie, od siewu nasion poprzez kiełkowanie i kwitnienie roślin aż do zebrania oczekiwanych plonów. W zimie prowadzone są zajęcia teoretyczne w formie prezentacji multimedialnych dotyczące wszystkich zagadnień związanych z ogrodami.

Nieoceniona jest współpraca personelu poszczególnych oddziałów w mobilizacji i zachęcaniu pacjentów do uczestniczenia w zajęciach hortiterapii. Dzięki pełnemu zrozumieniu dobroczynnego wpływu i twórczego charakteru zajęć hortiterapeutycznych możliwa była realizacja wielu pięknych ogródków. Stworzone przy udziale pacjentów ogrody są darem dla innych ludzi, którzy będą przebywać w naszym Szpitalu. Ruch na świeżym powietrzu i przebywanie w pięknych, kolorowych wnętrzach ogrodowych przyczynia się do szybszej rekonwalescencji i wzmocnieniu pozytywnych odczuć. Wzbudza też w pacjentach poczucie wartości i dumę z wykonanego dobrze zadania, które pozostanie jako pamiątka po ich pobycie. Wielu pacjentów powraca do Szpitala. Obserwując efekty swojej pracy, cieszy się, że dzięki ich trudowi ogród ze zwykłej łąki przekształcił się w tętniącą kolorami rabatę.

Wszystko to sprawia, że park kobierzyński jest wręcz idealnym miejscem do spacerowania i relaksacji, bardzo pozytywnie wpływającym na odreagowanie stresu i uspokojenie nerwów. Daje to miejsce sposobność oddziaływania elementami natury na wszystkie zmysły człowieka, na jego uczucia, przeżycia wewnętrzne, prowadząc do rozładowywania napięć, a także stymulując zmysły. Zarówno dla pacjentów z niepokojem psychoruchowym, jak i dla cierpiących na „zblednięcie emocji” występujące w schizofreniach, ogród staje się szczególnym miejscem pozytywnych i głębokich doznań. Co prawda dzisiejsza farmakologia pozwala oddziaływać o wiele mocniej i szybciej na procesy metaboliczne organizmu, a przez nie na psychikę człowieka, jednak jest to zawsze sztuczne oddziaływanie na naturalne struktury organizmu. Podobne, a często lepsze efekty terapeutyczne, choć wymagające więcej czasu, uwagi i ostatecznie pieniędzy, uzyskiwać można na drodze naturalnych oddziaływań, które niosą ze sobą walory miejsca i zdobycze współczesnego ogrodolecznictwa. Jak wspomnieliśmy, park szpitalny, którego potrzebuje miasto, może i powinien być przez nie współfinansowany.

Pomimo większych kosztów trzeba pamiętać, że hortiterapia łączy w sobie elementy arteterapii, przebywanie bowiem wśród roślin dostarcza wrażeń estetycznych; ergoterapii – przez pracę w ogrodzie i pielęgnowanie roślin oraz psychoterapii – przez bezpośrednie stymulowanie procesów emocjonalnych, poznawczych i decyzyjnych w czasie biernego lub aktywnego obcowania z roślinami. Wydaje się, że właśnie brak konieczności aktywnego udziału w procesie terapeutycznym daje ogromne możliwości działania wszystkim specjalistom biorącym udział w procesie rehabilitacji – zwłaszcza osób ciężko poszkodowanych na zdrowiu – w tym osób z niepełnosprawnością. Dodatkowym walorem

tego rodzaju terapii jest jej dostępność dla każdego, niezależnie od wieku, rodzaju schorzenia, rodzaju i stopnia niepełnosprawności. Nawet przy całkowicie sparaliżowanym ciele, aktywność psychiczna może być pobudzana i stymulowana w otoczeniu roślin odpowiednio dobranych, a to – chociaż nie przekłada się na polepszenie fizycznego stanu zdrowia – z pewnością poprawia jakość życia, co nie może we współczesnej medycynie i psychologii rehabilitacyjnej być lekceważone.

Nie bez znaczenia jest także pozytywny wpływ miasta-ogrodu z jego hortiterapią na osoby towarzyszące pacjentom, na ich rodziny. Te osoby są często mocno obciążone fizycznie i psychicznie nieustanną opieką nad chorym czy niepełnosprawnym członkiem rodziny. Dla nich odwiedziny w ogrodach Babińskiego są okazją do chwili wytchnienia i rekreacji, a na pewno zmniejszają stres związany z całą rzeczywistością choroby kogoś bliskiego.

Zakończenie

Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego ma już ponad stuletnią historię. W tym okresie wielokrotnie próbowano szpital zlikwidować i zmienić jego funkcję społeczną. Jednym z powodów jest piękny ponad 52-hektarowy teren ze swoim stuletnim założeniem ogrodowo-parkowym, w którym rozlokowano kilkanaście obiektów medycznych (pawilonów) w spójnym, secesyjnym stylu. Wciąż wiele osób i instytucji uważa, że cały kobierzyński kompleks po prostu się marnuje, służąc „tylko” psychicznie chorym, że można byłoby go „lepiej” wykorzystać dla innych osób, społeczności bądź celów. Paradoksalnie jeden z najważniejszych walorów szpitala – jego zasoby przyrodnicze (piękny park, rozległy zielony teren, rzadkie założenie architektoniczno-urbanistyczne miasto-ogród) są wciąż największym zagrożeniem jego istnienia.

Niniejszy artykuł miał na celu zaprezentowanie ważnej, a często niedocenianej aktywności terapeutycznej związanej ze środowiskiem naturalnym i z doświadczeniem jego piękna i wpływu na dobrostan, a tym samym na poziom doświadczenia stresu przez człowieka. To właśnie kontakt z naturą jest źródłem homeostazy, wewnętrznej harmonii i piękna przenoszonego w abstrakcję sztuki. Jest też i drogą ku pełni ludzkiej duchowości.

Bibliografia

Berlim M.T., Fleck M.P., Shorter E., *Notes on antipsychiatry*, „European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience” 243 (2003), nr 2, s. 65.

Bilikiewicz A., *Zakres psychiatrii i jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin*, w: *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1998.

Borowska A., *Rozwój zrównoważony a rozwój duchowy człowieka*, „Economy and Management” – 2 (2012), s. 19-27.

Czańczyńska-Podolska M., Rzeszotarska-Pałka M., *Ogród szpitalny jako miejsce terapii i rekonwalescencji*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych” t. 65 (2016), nr 4 (313), s. 609-619

Czyżewski A., *Trzewia Lewiatana. Miasta ogrody i narodziny przedmieścia kulturalnego; Ebenezer Howard Miasta ogrody przyszłości*, Państwowe Muzeum Etnograficzne w Warszawie, Warszawa 2009.

Dobrzyński W., *Zdrowie publiczne a idea miast-ogrodów*, Warszawa 1911.

EEA Report 10.2014 Noise in Europe 2014, http://www.skas.sk/dokumenty-skas/EEA_10-2014_Noise_in_Europe_2014.pdf (dostęp: 22.07.2021).

Galus E., *Historia Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego oraz kaplicy pw. Matki Bożej Częstochowskiej w Krakowie-Kobierzynie*, w: *Odnaleźć wykluczonych. Wsparcie terapeutyczno-duszpasterskie pacjentów Szpitala Specjalistycznego z Krakowie*, red. J. Dziedzic, J. Klimek, Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ, Kraków 2014.

Filek E., *Ogrody zbalansowane jako nowoczesna metoda terapii terenowej dla pacjentów*, w: *Środowisko a zdrowie psychiczne człowieka*, red. J. Berlińska, J. Klimek, Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego, Kraków 2015.

Filek E., Klimek J., Olewicz D., *W poszukiwaniu piękna – od natury ku abstrakcji. Powiązania horti i arteterapii*, w: *Sacrum a priroda. Ochrona zdravia a zivota*, red. P. Tirpak, J. Klimek, Gréckokatolícka teologická fakulta, Presov 2018.

Fowler J., *Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning*, HarperOne, San Francisco 1985.

Gerlach-Springs N., Kaufman R.E., Warner S.B. (JR.), *Restorative gardens: The healing landscape*, Yale University Press, New Haven 1998.

Grodecka J., Kałucka R., Sarzała K., Żukiewicz A., *Standard interwencji kryzysowej. Materiały projektu 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”*, https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf (dostęp: 20.09.2022).

Haller R., *The Framework*, w: *Horticultural therapy methods-making connections in health care, human services and community programs*, ed. R. Haller, C.L. Cramer, The Haworth Press, New York, London, Oxford 2006, s. 1-22.

Jędrasik-Styla M., Styla R., *Psychoterapia integracyjna: podejście eklektyczne, asymilatywne, integracji oraz czynniki wspólne*, „Psychoterapia” 2 (149) 2009, s. 5-16.

John H., Neubert M., Marrs Ch., *Podręcznik zielonej infrastruktury. Koncepcje i teoretyczne podstawy, terminy i definicje*, WN Uniwersytetu Technicznego, Drezno 2019, s. 23-24.

Kaplan S., *Cognitive maps, human needs and the designed environment*, w: *Environmental design research*, ed. W.F.E. Preiser, Dowden, Hutchinson and Ross, Stroudsburg 1973, s. 275-283.

Kaplan S., Talbot J.F., *Psychological benefits of a wilderness experience*, w: *Behavior and the natural environment*, ed. I. Altman, J.F. Wohwill, Plenum, New York 1983, s. 63-203.

Klatkiewicz A., *Relacja terapeutyczna w terapii pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline*, „Psychoterapia” 2 (173) 2015, s. 23-32.

Klimek J., Galus E., *Kobierzyn wczoraj i dziś*, Kraków 2017, s. 43-78.

Klimek J., *Duszpasterstwo w kobierzyńskiej kapelanii na przestrzeni wieku*, Kraków 2019.

Kotowa B., *Natura czy kultura?*, „Chowanna” 2 (2016), s. 17-28.

Kuo F.E., *Horticulture, well-being, and mental health: From intuitions to evidence*, „Acta Horticulturae” 2004 (639), s. 27-34.

Latkowska M.J., *Hortiterapia – rehabilitacja i terapia przez pracę w ogrodzie*, „Zeszyty Problemowe Postępu Nauk Rolniczych” 2008 (523), s. 229-235.

Latkowska M., Miernik M., *Ogrody terapeutyczne – miejsca biernej i czynnej „zielonej terapii”*, „Czasopismo Technologiczne” 2012, 8-A, s. 243-251.

Dawert M., Słomski J., Słomski K., *O mózgu słów kilka. Zdolności dostosowawcze*, w: *Niezbadany mózg. Możliwości i wyzwania*, red. M. Kwaśnik, Bernardinum, Pelplin 2010, s. 26-34.

Kiniewicz P., *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jako problem moralny*, w: *Antropologia teologicznomoralna. Koncepcje, kontrowersje, inspiracje*, red. I. Mroczkowski, J. Sobkowiak, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2008, s. 157.

Macieszczuk M., *Zmęczenie: przyczyny, objawy, zapobieganie*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis” 26 (2007), s. 18-27.

Marcus C.C., Sachs N.A., *Therapeutic landscapes: an evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces*, John Wiley & Sons Inc, New Jersey 2014.

Marchewka K., Dobroczyński B., *Psychoterapie między neutralnością światopoglądową a prozelityzmem*, „Polskie Forum Psychologiczne” 3 (20) 2015, s. 427-440.

Niškiewicz Z., *Dobrostan psychiczny i jego rola w życiu człowieka*, „Studia Krytyczne” 3 (2016), s. 139-151.

Pawlas K., *Hałas jako czynnik zanieczyszczający środowisko – aspekty medyczne*, „Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine” 2015, z. 18, nr 4, s. 56.

Radoń S., *Czy medytacja naprawdę działa?*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2017, s. 105-142.

Radoń S., *Specyfika, funkcje i mechanizmy stanów medytacyjnych na podstawie badań neuropsychologicznych nad uważnością*, „Annales. Paedagogia-Psychologia” 1 (30) 2017, s. 111-127.

Relf D., *Gardening in raised beds and containers for older gardeners and individuals with physical disabilities* (1995), <http://www.hort.vt.edu/human/pub426020d.html>

Rzym M., *Przyroda jako pierwsza księga objawienia. Chrześcijańskie podstawy ekologii*, „NURT SVD” 2 (2018), s. 292-310.

Siewniak M., Mitkowska A., *Tezaurusz sztuki ogrodowej*, Oficyna Wydawnicza Rytm, Warszawa 1988.

Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan P., H. Grabe, M. Carta, *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta analysis*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 125 (2012), nr 6, s. 440-452.

Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M., *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 41 (2006), s. 369-377.

Staniszewska A., *Ogrody szpitali psychiatrycznych z przełomu XIX i XX wieku – reinterpretacja*, „Wiadomości Konserwatorskie” (Journal of Heritage Conservation), (2018), nr 53.

Świtaj P., *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Psychologii, Warszawa 2008.

Trompenaars F., Hamnden-Turner Ch., *Siedem wymiarów kultury*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 35-44.

Tarnowski J., *Przeszłość i przyszłość miast-ogrodów*, „Estetyka i Krytyka” 24(1/2012), https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiToaKazoDyAhVtpYsKHa_-C-tEQFjAAegQIBhAD&url=http%3A%2F%2Fcejsh.icm.edu.pl%2Fcejsh%2Felement%2Fbwmeta1.element.desklight=-b51070ce90-7b4-f2c8-eff78046353-4cde&usg-AOVvaw3E226u_5f0a0QekfubEOnv (dostęp: 15.06.2021).

Ucok A., Brohan D., Sartorius N., Leese M., Yoon M., *Anticipated and experienced stigma among persons with schizophrenia: its nature and correlates*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 46 (2011), s. 643–650.

Urbańska J., *Zmęczenie życiem codziennym. Środowisko, uwarunkowania oraz możliwości redukcji w sanatorium*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2010, s. 15–20.

Wojtyński B., Goryński P., *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania – synteza*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

World Health Organization, *Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region*, Geneva: WHO, <https://www.who.int/data/global-health-estimates> (dostęp: 11.07.2022)

Streszczenie

KULTURA STRESU I MIEJSCA JEGO NIWELOWANIA ZAŁOŻENIE OGRODOWE PRZY SZPITALU KLINICZNYM IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO W KRAKOWIE JAKO PARK TERAPEUTYCZNY

Podstawowym problemem, z jakim mierzą się współczesna społeczeństwa w kontekście zdrowia psychicznego i ogólnego dobrostanu, jest wysoki poziom stresu. Jest on przyczyną nie tylko dezorganizacji, napięć w relacjach interpersonalnych, problemów z funkcjami poznawczymi, ale również odpowiada za wiele schorzeń, w tym zaburzeń psychicznych. Istnieje wiele koncepcji służących opracowywaniu sposobów na redukcję stresu, od codziennych prostych ćwiczeń po złożone psychoterapię. Jednym z podstawowych sposobów na redukcję stresu jest kontakt z naturą. W środowiskach zindustrializowanych może on być zapewniony przez projektowane w tym celu ogrody terapeutyczne, które mogą służyć zarówno pacjentom oddziałów psychiatrycznych, jak i całej miejskiej społeczności.

Słowa kluczowe: stres, hortiterapia, ogrody terapeutyczne, city-garden

Summary

CULTURE OF STRESS AND PLACES OF ITS REDUCTION. GARDENS AT DOCTOR JOZEF BABINSKI CLINICAL HOSPITAL IN KRAKOW AS A THERAPEUTIC PARK

The high level of stress constitutes the main problem faced by modern societies in the context of mental health and general wellbeing. It is not only the cause of disorganisation, tensions in interpersonal relationships, problems with cognitive functions but it is also responsible for many conditions including mental disorders. There are many concepts developing ways to reduce stress, ranging from simple daily exercises to complex psychotherapies. One of the basic ways to reduce stress is contact with nature. In industrialised environments it can be provided by therapeutic gardens designed for this purpose, serving both patients of psychiatric wards and the entire urban community.

Keywords: stress, horticultural therapy, therapeutic gardens, city garden

Noty o Autorach

Jan Klimek, prezbiter Archidiecezji Krakowskiej (świecenia 1996 r.), doktor habilitowany teologii, adiunkt w Katedrze Teologii i Psychologii Pastoralnej Instytutu Teologii Praktycznej Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. Sekretarz Rady Wydziału Teologicznego UPJPII. Od 2006 r. kapelan Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Jest między innymi autorem unikalnej monografii o historii kapelanii w szpitalu kobierzyńskim. Interesuje się problematyką wykluczenia osób chorych psychicznie.

Grzegorz Wąchol, prezbiter Archidiecezji Krakowskiej (świecenia 2015), doktor teologii, adiunkt w Katedrze Psychopatologii i Psychologii Rozwojowej Wydziału Filozoficznego Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, wykłada pedagogikę, psychologię pastoralną i psychologię religii, studiując dalej psychologię na Uniwersytecie Humanistyczno-Społecznym SWPS w Katowicach. Od kilku lat pełni funkcję kapelana Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Zainteresowania naukowe: psychopatologia a religijność, duszpasterstwo specjalistyczne chorych i niepełnosprawnych.