

UNIwersytet IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

ELEMENTY PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

tom V

praca zbiorowa pod redakcją
BOGUSŁAWA WALIGÓRY



POZNAŃ 1998

Skrypt przeznaczony dla studentów psychologii

Recenzent: dr hab. KRYSZYNA DRAT-RUSZCZAK

Redaktor: ELŻBIETA KOSTECKA

Redaktor techniczny: ELŻBIETA RYGIELSKA

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1998

ISBN 83-232-0896-4

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersYTETU
IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

Wydanie I. Nakład 620+80 egz. Ark. wyd. 12,00. Ark. druk. 10,25.
Papier druk. offset. kl. III, 80 g. 70 × 100.
Podpisano do druku w czerwcu 1998 r.

ZAKŁAD POLIGRAFICZNY, K. GŁOGOWSKI, E. SERBA,
POZNAN, UL. WOJKOWSKICH 28

Spis treści

| | |
|--|-----|
| Wstęp | 7 |
| PIOTR OGNIK, Wykorzystanie plastyczności mózgu do odbudowy funkcji psychicznych | 9 |
| PIOTR OGNIK, Neuropsychologiczny model działania pamięci | 27 |
| STANISŁAW KOWALIK, Wybrane zagadnienia psychologii bólu | 39 |
| ANNA SUCHAŃSKA, Problem intencjonalności zachowań autodestruktywnych | 55 |
| LIDIA CIERPIAŁKOWSKA, Współzależnienie – choroba, zaburzenie osobowości czy wzorzec zachowania | 75 |
| MAŁGORZATA ADAMCZAK, TERESA ŚWIRYDOWICZ, Problem wypalenia zawodowego w opiece paliatywnej | 95 |
| MARTA CICHOCKA, Wspomaganie procesu wychodzenia z żałoby u starszych kobiet | 107 |
| AUGUSTYN BAŃKA, Przestrzeń architektoniczna jako czynnik terapii | 119 |
| JERZY GOŚCINIAK, Rola fantazji w życiu psychicznym i genezie symptomów | 131 |
| JERZY GOŚCINIAK, Próba zarysowania poglądów Zygmunta Freuda na temat schizofrenii | 149 |

AUGUSTYN BAŃKA

Przestrzeń architektoniczna jako czynnik terapii

Idee stare i nowe

Od lat sześćdziesiątych nieustannie wyrażana jest potrzeba sformułowania nowej koncepcji kształtowania zdrowia psychicznego (Papalia, Olds, 1985; Mostwin, 1988; Lamers, 1989) i wprowadzenia zasadniczych korekt w dotychczas obowiązującej filozofii udzielania pomocy ludziom (Berkson i in., 1977; Przesmycka-Kamińska, 1990). Wiele z tych obiecujących idei nie jest wcale niczym nowym, a aktualne propozycje tym się różnią od wcześniejszych, że coraz bardziej zmiierają w kierunku konkretnej propozycji ścisłego powiązania całej problematyki rehabilitacji, zdrowia i pomyślności człowieka z jakością fizycznej przestrzeni i środowiska (Gałkowski, 1989; Bańka, 1989). Nowoczesna idea wiążąca terapię z przestrzenią (Papalia, Olds, 1985) jest jednocześnie nawrotem do wywodzącej się ze starożytności holistycznej koncepcji zdrowia. U jej podstaw leży założenie, iż zdrowie to rezultat istnienia równowagi w całym układzie, jakim jest organizm ludzki, środowisko społeczne i środowisko fizyczne (Capra, 1987).

Zgodnie z „nową” filozofią moc terapeutyczna tkwi w każdym z wyżej wymienionych elementów. W pierwszym z nich moc terapeutyczna zawiera się w formie zdolności autoterapeutycznej. Oznacza to, iż organizm z natury rzeczy dąży do samorealizacji i każdy ma wewnętrzną siłę prowadzącą do samowyleczenia. W drugim elemencie moc terapeutyczna zawiera się w uzdrawiającym działaniu harmonii stosunków międzyludzkich, co wraz z pierwszym czynnikiem jest zasadniczym mottem psychoterapii. Tak np. według Torreya (1981, s. 42) na proces terapeutyczny wpływ mają tylko cztery elementy: wspólny obraz świata pacjenta i terapeuty, osobiste cechy terapeuty, nastawienia osobiste oraz techniki terapii. Jak widać nie uwzględnia on, wzorem większości psychoterapeutów, uzdrawiających właściwości fizycznego środowiska przestrzennego jako samoczynnej i integralnej siły terapeutycznej. Tymczasem, jak wiadomo chociażby z codziennych doświadczeń, środowisko fizyczne – a szczególnie przestrzeń architektoniczna – ma silny wpływ na samopoczucie ludzi, interakcje społeczne oraz nawroty choroby (Bassuk, Gerson, 1978).

Od pewnego jednak czasu czynione są próby znalezienia wspólnego języka, wspólnej płaszczyzny porozumienia między tym, co jest w człowieku, a tym, co go otacza. W architekturze poszukuje się nowych rozwiązań (Ostrowska, 1990) zdolnych pogodzić potrzeby człowieka z postępem technologicznym. Z kolei w psychologii współczesnej rozwija się nurt inspirowany starą prawdą, iż aby móc zrozumieć człowieka i móc mu pomóc, należy widzieć go w kontekście zorganizowanego środowiska fizycznego i społecznego – rodziny, szkoły, pracy, miejsca zamieszkania, szpitala (np. Przesmycka-Kamińska, 1990). Badania porównawcze Kiesler (1982) między różnymi instytucjonalnymi i pozainstytucjonalnymi strategiami opieki dowodzą, że pacjenci hospitalizowani psychiatrycznie uzyskują znacznie lepsze oceny lekarskie, są bardziej efektywni w pracy i szkole, lepiej radzą sobie w kontaktach społecznych, gdy uzyskują odpowiednią pomoc w ramach swojego normalnego środowiska życia.

Podstawowa zmiana, jaka dokonała się w paradygmacie psychologii dotyczy stosunku do środowiska i to mimo tego, że praktycznie cały rozwój nowoczesnej psychologii nierozzerwalnie związany był z tym pojęciem (np. behawioryzm). W psychologii ekologicznej (Barker, 1968, 1987), środowiskowej (Proshansky, 1978) i międzykulturowej (Triandis, 1991) pojęcie środowisko ujmowane jest nie jak dawniej w wymiarze pasywnej przestrzeni, w której zachodzą procesy percepcji, interakcji i reakcji podmiotu z otoczeniem, ale w wymiarze aktywnego współdziałania, w którym zmiane podlega zarówno sama jednostka, jak i miejsce jej zachowania. Postępująca wzajemna akomodacja między aktywną istotą ludzką, będącą w trakcie rozwoju, a zmieniającymi się cechami otoczenia (*setting*), w jakim ona żyje tworzy specyficzną ekologię rozwoju człowieka (Bronfenbrenner, 1981). Proces rozwoju, zgodnie z tą koncepcją, ulega wpływom rozmaitych relacji zachodzących między różnymi rodzajami otoczenia oraz wpływom ze strony szerszych kontekstów ekonomicznych, politycznych, prawnych, cywilizacyjnych (Segal i in., 1990) – w jakich ekosystem zachowania jest „zagnieżdżony” (Gibson, 1987).

Znaczenie oddziaływań przestrzennych

Jak dotąd psychoterapeutyczne właściwości zmiennych związanych ze środowiskiem fizycznym nie są należycie doceniane. Za ledwie pobieżną analizą monograficznego numeru czasopisma architektonicznego *Baumeister* (1985), poświęconego przeglądowi najnowszych tendencji w szpitalnictwie, wskazuje na naddominację we wzorach myślenia kryteriów technologicznych. Szpital jawi się tam jako „maszyna do leczenia”.

Psychologowie z kolei w dalszym ciągu przywiązują nadmierną wagę bądź do behawiorystycznie pojętego środowiska jako systemu kar i nagród, bądź do własnych możliwości bezpośredniego (psychoterapeutycznego) oddziaływania na zachowania osób rehabilitowanych. Tymczasem, jak pokazują np. badania Zimbardo, Haneya, Banksa i Jaffe'a (1978), kształt interakcji między osobą znajdującą się w roli więźnia a osobą znajdującą się w roli strażnika można wyjaśnić jedynie całokształtem sytuacji, której nie da się zredukować do kar i nagród, lub zmiennych osobowościowych. Eksperyment przeprowadzony przez wymienionych badaczy pokazuje jak tendencja usiłująca zlokalizować źródło zaburzeń zachowania nie docenia potęgi czynników sytuacyjnych, a przecenia znaczenie czynników osobowościowych i indywidualnej dyspozycji. Normalni, zdrowi i wykształceni mężczyźni (studenci) pod wpływem instytucjonalnego nacisku środowiska „więziennego” (akademik w roli fikcyjnego więźnia) tak bardzo się zmieniają, że zaciera się granica między rzeczywistością i złudzeniem, poczuciem tożsamości a odgrywaną rolą narzuconą przez sytuację. W eksperymencie Zimbardo i jego kolegów „przestrzeń więzienna” jest nie tylko ukształtowaną z betonu i stali metaforą. Przestrzeń ta, z początku odczuwana jako nierzeczywistość, w której jest pełno miejsca na grę, powoli staje się rzeczywistością, z której elementy gry ulegają wyparciu, tak iż dalej nie ma już widzów – są tylko sami uczestnicy. Eksperyment ten pokazuje, być może z nieznaną gwałtownością, przepotężny wpływ fizycznej przestrzeni, fizycznych parametrów sytuacji instytucjonalnej na wszystkich uczestników, tzn. tych, którzy byli w roli podmiotów rehabilitowanych, jak i tych w roli podmiotów rehabilitujących. Parametry fizycznego otoczenia wpływają więc nie tylko na więźnia, ale w równym stopniu na strażnika kształtującego określony typ interakcji, który skłonni jesteśmy przypisywać czynnikom pozasytuacyjnym, na przykład wrodzonym (psychopatii) czy psychologicznym (np. emocjonalnym zaburzeniom osobowości).

Pomijając etyczną stronę eksperymentu Zimbardo – ewokującą głównie pytanie o granice, których psychologowie nie wolno przekroczyć w imię poznawania tzw. prawd nauki – jego poznawczą wartość trudno przecenić. Reprezentuje on aktualny nurt psychologii, który ujmuje dynamiczną zależność między jednostką a środowiskiem. Poza tym wskazuje on na rolę, jaką w tej interakcji odgrywa środowisko architektoniczne, jeżeli nie *per se*, to przynajmniej przez rozwój barier wyobraźniowych, zdefiniowanych sposobami użytkowania fizycznych elementów przestrzeni. Dodatkowo eksperyment Zimbardo uświadamia między innymi to, że ilekroć stawiany jest problem skuteczności oddziaływań terapeutycznych, nie można uchylić się od odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu obserwowane efekty są wynikiem stosowanej procedury, a w jakim stopniu środowiska architektonicznego.

Terapeutyczna rola przestrzeni

Przez wiele lat przestrzeń architektoniczna jako taka nie znajdowała się w bezpośrednim zasięgu zainteresowań psychologów. Dość długo ich głównym celem zainteresowania było badanie izolowanych bodźców płynących ze środowiska. Architektoniczne wyznaczniki zachowania były albo pomijane, albo traktowane w kategoriach czynnika pośredniczącego bez określania szczegółów owego wpływu. Niemal całkowity brak zainteresowania przestrzenią architektoniczną wypływał z tendencji do traktowania jej jako zmiennej bez większego znaczenia. Fakt ten E.T. Hall (1959) skomentował w taki sposób, iż „traktujemy przestrzeń podobnie jak seks: jest, lecz nie mówimy o tym”.

Wskutek traktowania architektury jako czynnika pasywnego wiedza o terapeutycznym znaczeniu przestrzeni architektonicznej jest jeszcze w dalszym ciągu fragmentaryczna (por. S.A. Shumaker, W. Pequegnat, 1989). Jest tak między innymi dlatego, że większość instytucji zajmujących się terapią ma rodowód wręcz antyczny, lecz ich bezpośrednie korzenie konceptualne nie sięgają dalej jak dwieście lat (Papalia, Olds, 1985). Ewolucja postaw wobec roli przestrzeni w procesie terapii nie jest – niestety – historią liniowego rozwoju od form i koncepcji prymitywnych do bardziej złożonych, lepiej zaspokajających potrzeby człowieka (Paul, 1969). W tym kontekście pouczające są klasyczne obserwacje H. Osmonda (1957), które przeprowadził w nowo wybudowanym domu starców. W opisywanym przezeń przypadku architektura *high tech* była zgodna z zasadami ergonomii, ale mimo to, im dłużej pensjonariusze przebywali w owym „technicznie” zhumanizowanym środowisku, tym bardziej zamykali się w sobie, odizolowywali się jeden od drugiego. Jak z tego wynika nowoczesność i postęp to nie to samo. Ewolucja zasad projektowania architektonicznego, jak też wykorzystania architektury nie zawsze prowadzi bowiem do powstawania przestrzeni realizujących cele rehabilitacyjne, mierzone pozytywnymi kryteriami jakości życia (Bassuk i Gerson, 1978).

Jak zauważył m.in. Osmond, niektóre rodzaje przestrzeni, takie jak wieloosobowe sypialnie, mają tendencję do podtrzymywania dystansu między ludźmi i sprzyjają zachowaniom pasywnym, gdy inne – jak solaria, świetlice, korytarze – ułatwiają wzajemne zbliżenie, a w konsekwencji sprzyjają lepszym kontaktom międzyludzkim, lepszej atmosferze. W tym świetle szpital to instytucja-środowisko, które jest mieszaniną przestrzeni uspołecznionych i odspołecznionych, społecznie aktywnych i pasywnych, społecznie przyciągających i ucieczkowych. Stosunek różnych użytkowników do każdej z tych dwóch form działania przestrzeni nie jest jednakowy. Personel szpitalny preferuje typ przestrzeni zgeometryzowanej,

uporządkowanej. Pacjenci, zwykli ludzie, widzą jakość przestrzeni przez pryzmat domowości, nieszablonowości itd.

Jak z tego wynika przestrzeń architektoniczna kształtuje interakcję terapeutyczną, jak również sama jest modyfikowana nawykami i nastawieniami uczestników sytuacji. Zachowania osoby będącej podmiotem terapii oraz zachowania osób sterujących terapią stanowią wraz z przestrzenią architektoniczną jedną całość (zob. Proshansky i inni, 1978), którą za R. Barkerem określić można mianem *milieu* (Barker, 1987), dla podkreślenia jej interakcyjnego charakteru.

Przestrzeń a cele terapii

Ogół możliwych sposobów wykorzystania przestrzeni w procesie terapii sprowadzić można do trzech zasadniczych modeli tworzenia *milieu*: a) przypadkowego „upychania” różnego rodzaju funkcji w przestrzeni architektonicznej, bez uwzględniania jej specyficznych właściwości terapeutycznych, b) normatywnego traktowania funkcji przestrzennych na bazie myślenia technicznego, c) psychoekologicznego kształtowania interakcji między człowiekiem a środowiskiem fizycznym (architekturą) i społecznym.

W modelu pierwszym przestrzeń traktowana jest w kategoriach czynnika pasywnego. W rezultacie dość powszechnie obserwuje się paradoksalne zjawisko, iż te same funkcje terapeutyczne są realizowane w różnych formacjach przestrzennych i na odwrót; te same formacje przestrzenne stanowią bazę dla różnych programów terapeutycznych. Takie *milieu* to rezultat bądź nieświadomości istnienia terapeutycznej siły przestrzeni, bądź konieczności honorowania woli społecznej (np. społeczeństwo domaga się, aby nosiciele wirusa HIV lokowani byli w opuszczonych koszarach, a nie w zwykłym środowisku zamieszkania). W tym drugim przypadku problem polega na tym, iż cele terapeutyczne podzielić można na wewnętrzne i zewnętrzne. Zewnętrzne cele terapeutyczne to takie, które przypisane w określonej instytucji społecznej i stanowią o jej statusie symbolu, mają charakter formalny (są sformułowane *explicite*) i w związku z tym są one w społeczeństwie albo wspierane, albo zwalczane (np. MONAR). Owe funkcje zewnętrzne wyznaczają pozycję danej instytucji w strukturze społecznej, a związany z tym status symbolu decyduje o gotowości społecznej do ponoszenia kosztów ekonomicznego utrzymania. Społeczeństwo przyjmuje do wiadomości konieczność ponoszenia kosztów organizacji domów pomocy społecznej, ośrodków chorych na AIDS, miejsc rekreacji i zabaw, jednak owym różnym celom nadaje różną wartość. Ponieważ koszty wspierania programów rehabilitacyjnych, terapeutycznych itp. ponosi społeczeństwo, nic więc dziwnego, że kieruje się ono kryterium ekonomizacji na-

kładów, którego jednym z istotnych elementów jest adaptacja funkcjonalno-przestrzenna obiektów już istniejących. Umieszczanie instytucji zajmujących się rehabilitacją w dworach, pałacach, budynkach poklasztornych, jak i standardowe, normatywno-techniczne podejście do użytkowania przestrzeni jest tańsze niż budowanie od podstaw wyspecjalizowanych form architektonicznych, ale za to nie zawsze zgodne z wewnętrznymi celami terapii (wynikającymi z samej jej natury).

Fakt „upychania” programów terapii w przypadkowe i adaptowane przestrzenie (jak np. ośrodków rehabilitacji nosicieli wirusa HIV) sam w sobie nie jest zły. Problem polega jedynie na tym, że przypadkowość taka utrudnia ustalenie, jakie cechy przestrzenne *milieu* są optymalne z punktu widzenia wewnętrznych celów terapii. Zależności te są trudne do jednoznacznego ustalenia m.in. dlatego, że różne są cele instytucji, jak np. spółdzielni inwalidów, inne szpitala dla nerwowo chorych, a jeszcze inne domu opieki dla upośledzonych umysłowo. Dodatkowo poszczególne cele zmieniają się w zależności od roli personelu zarządzającego oraz personelu pomocniczo-usługowego. W wielu przypadkach cele zewnętrzne i wewnętrzne są ze sobą sprzeczne, jak np. społeczne oczekiwania izolacji przestrzennej niektórych pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie z wymogami humanistycznej terapii – realizującej postulat zapewnienia człowiekowi poczucia godności i swobody wyboru zachowań.

Adaptowanie istniejących już obiektów do różnorodnych programów terapeutycznych nie stawia z góry na straconych pozycjach możliwości korzystania z uzdrawiających właściwości tkwiących w przestrzeni. Problem polega jedynie na tym, że tak naprawdę niewiele o nich wiadomo. Liczne dowody, niestety o charakterze anegdotycznym, a nie naukowym, świadczą o tym, iż wiele adaptowanych przestrzeni ma dobre właściwości terapeutyczne z punktu widzenia tak terapii *per se* – czyli rehabilitacji, jak i terapii *sensu largo* – a więc ogólnego tła psychologicznego uwidaczniającego się w zachowaniu personelu, zachowaniu pacjentów w procesie terapii właściwej (*per se*), zachowaniu rodziny, otoczenia społecznego (np. w walce społeczności lokalnych z ośrodkami grupującymi chorych na AIDS).

Jednakże bezrefleksyjny stosunek do przestrzeni sprawił, że specyficzne zależności między fizyczno-przestrzennym kontekstem terapii a jej efektywnością nie zostały zarejestrowane, co w konsekwencji uniemożliwia wykorzystanie ich w nowych sytuacjach.

Normatywno-statystyczna wizja przestrzeni

W normatywnym modelu przestrzeni, który do niedawna uchodził za symbol nowoczesności, preferowane są kryteria statystyczno-standardowe. Jest to wynikiem obowiązujących w myśleniu technicznym wartości ekono-

micznych, jak i przejawem ogólnego procesu przechodzenia w metodach projektowania od zasad sztuki i intuicji do projektowania usystematyzowanego (Bańka, 1985).

Jednak to, co sprawdza się w technice najwyraźniej zawodzi w świecie wartości ludzkich, co najlepiej widać w kontekście wewnętrznych celów terapii. Kryteria standardowo-techniczne zawierają w sobie dialektyczną sprzeczność. To, co standardowe jest przeciętne i zrównujące. W powszechnym przekonaniu standardowość jest synonimem sprawiedliwości społecznej i jakości życia. Niemniej jednak takie pojęcie sprawiedliwości nie przewidywa niekonwencjonalnych potrzeb terapii. Rozwój w ostatnich latach semantycznych i syntaktycznych kodów budowlanych doprowadził do tego, że np. tę samą „wielką płytę” stosowano przy wznoszeniu domów mieszkalnych, przedszkoli, żłobków, szpitali. Ideogram wielkiej płyty uniemożliwia indywidualizację, której potrzeba nie jest wynikiem arbitralnych preferencji, ale celów, jakie poszczególne instytucje mają do odegrania w społeczeństwie, rehabilitacji i psychoterapii. Brak większych postępów w przełamywaniu barier architektonicznych jest rezultatem nie tylko braku woli czy wyobraźni, ale wynikiem niemożności wprowadzania zmian w rozwiązaniach typowych: szerokość drzwi w windach, na klatkach schodowych czy w mieszkaniu.

Obecnie zbyt wiele wagi przywiązuje się do ekstensywnych miar jakości i habilitatywności życia, jak PN (Polska Norma), Accreditation Council (1978) czy US Department of Health, Education and Welfare (1974). Oczywiście rozwiązania standardowe są stosowane oprócz tego z powodów psychologicznych. Ludzie są bowiem nosicielami różnego rodzaju stereotypów i prototypów (Honikman, 1976), które zapewniając kulturze ciągłość rozwoju są też powodem jej okresowego skostnienia. Słynny projekt szkoły w Ivre pod Paryżem jest rzadkim przykładem przewyciężenia skostniałego stereotypu instytucji, której prototyp, wyobrażenie ukształtowało się w epoce Komenskigo.

Psychoekologia jakości życia

W modelu trzecim – psychoekologicznym – istotę terapii wyznaczają procesy interakcji między organizmem a środowiskiem fizycznym i społecznym. Fizyczna przestrzeń architektoniczna jest jedną z najistotniejszych cech otoczenia (*setting*) w jakim człowiek żyje i rozwija się. Innymi słowy, przestrzeń architektoniczna współtworzy ekosystem zachowania (*behavior setting* – Barker, 1978) oraz ekosystem rozwoju człowieka (*ecology of human development* – Bronfenbrenner, 1981) decydujący o jego jakości życia i zdrowiu psychofizycznym. Jakość życia w środowisku i zdrowie to nieodłączne korelaty

tego samego procesu utrzymywania równowagi dynamicznej między organizmem, środowiskiem fizycznym i środowiskiem społecznym. Nowość tego podejścia polega na traktowaniu architektury jako czynnika aktywnie kształtującego ekosystem zachowania i rozwoju człowieka oraz czynnie uczestniczącego w procesie percepcji (Gibson, 1979). Brak stymulacji środowiskowej przesądza często o tym, że funkcje poznawcze, emocjonalne i psychoruchowe nie mogą się w prawidłowy sposób wykształcić, mimo że układ nerwowy nie wykazywał odchylenia od stanu normalnego (Lerner, 1978; Bush-Rossnagel, 1981).

Psychologiczny mechanizm terapeutyczny przestrzeni architektonicznej polega na wyzwaniu w jednostkach i grupach społecznych procesów oraz zachowań składających się na pozytywną jakość życia – aktywność, rozwój, odpowiedzialność za siebie oraz innych, solidarność grupową (ang. *we feeling*), pozytywny obraz samego siebie. Oznacza to – w przeciwieństwie do dawniej wyznawanych poglądów, że środowisko wyzwala w człowieku proces, który nazwać można autooptymalizacją zmierzającą do wybierania i realizowania takiego własnego programu, który zapewnia jednostce właściwy kierunek przyswajania sobie schematów zachowań, optymalny dla wymagań środowiska. Jednak, jak podkreśla Gibson (1979), funkcjonowanie systemów percepcyjnych człowieka zrozumieć można adekwatnie tylko wtedy, gdy zostaną one ujęte i opisane w sposób pozwalający wykazać, co musi naprawdę zawierać percepcja człowieka z punktu widzenia przetrwania i optymalnego funkcjonowania organizmu w środowisku (Kaminsky, 1989). Według Gibsona (1979) architektura jako element ekosystemu ma pozytywne, jak i negatywne wyzwacze (*affordances*), które dostarczają pewnego rodzaju sposobów wykorzystania środowiska i prowadzą do mniej lub bardziej pomyślnych dla człowieka konsekwencji. Jednostki spostrzegają środowisko i zachowują się w nim w sposób, w jaki pozwalają na to owe środowiskowe wyzwacze.

W modelu psychoekologicznym podstawowym elementem terapii jest przestrzeń. Może być ona zarówno instrumentem terapii właściwej, tj. rehabilitacji osób z dysfunkcjami psychicznymi i fizycznymi, jak i terapii w sensie ogólnym, a więc mającej na celu ogólną jakość życia w każdej sytuacji, tzn. w środowisku zamieszkania, pracy, nauki, wypoczynku, rekreacji.

Uwagi końcowe

Psychoekologiczna formuła terapii oznacza celowe sterowanie interakcją trzech elementów – środowiska fizycznego (architektonicznego), podmiotu terapii (pacjenta, osoby oddającej się rekreacji itd.) oraz otoczenia stanowiącego społeczne *milieu* procesu terapii (personelu medycznego, psy-

chologicznego, społeczności realizującej ten sam cel terapeutyczny, dalszych i bliższych uczestników w układzie terapeutycznym). Jednak realizacja owego na pozór prostego założenia wymaga spełnienia pewnych warunków. Niezbędna jest minimalna wiedza praktyczna o każdym z tych trzech elementów. Niestety, w przypadku środowiska architektonicznego problem ten nie jest prosty do rozwiązania. Można wskazać dwie główne tego przyczyny: braki w dziedzinie teorii (Kaminsky, 1989) oraz deficyt danych ukazujących zachowania ludzkie w ich naturalnej formie, w całościowych sytuacjach (Barker, 1978). Jeżeli chodzi o kwestię braków w teorii, na skutek preferowania w rozwoju psychologii ujęć eksperymentalnych, to są one w szybkim tempie nadrabiane. Natomiast braki odnoszące się do kauzalnych zależności między różnymi aspektami psychicznego i społecznego funkcjonowania człowieka a środowiskiem fizycznym są wciąż tak duże, że uniemożliwiają racjonalne wykorzystywanie potencjalnych dobrodziejstw przestrzeni. Jak zauważa Barker (1968, s. 3):

dysponujemy codziennymi zapisami zawartości tlenu w wodach rzek, temperaturą gleby na plantacjach, informacjami o aktywności wulkanów, wiedza o zwyczajach wróbli (...) jednak zaledwie nieliczne badania naukowe informują nas o przestrzennych zwyczajach opiekuńczych matek małych dzieci, zachowaniach nauczycieli w klasie, zachowaniach się rodzin podczas spożywania posiłków (...) Ponieważ brakuje na ten temat odpowiednich danych, zastępuje je spekulacja na temat takich problemów, jak te: Jak różni się sposób życia członków małych i dużych rodzin? Jakie zmiany pojawiają się w związku z przemianami generacji i w związku z tym z partycypacją dzieci w różnych generacjach?(...) Zanim będziemy w stanie odpowiedzieć na tego rodzaju pytania, wprawdzie musimy poznać lepiej same zachowania, a nie tylko prawa o nich orzekające. Musimy poznać rozkład istotnych uwarunkowań takich, a nie innych zachowań ludzi.

Efekty deficytu danych o przestrzennych zachowaniach ludzi widoczne są zarówno w obniżonej efektywności terapii *per se* (rehabilitacji), jak i w niweczeniu pozytywnych efektów w terapii *sensu largo*.

Choć w jednym i w drugim przypadku mechanizm psychologiczny przestrzenioterapii jest taki sam, jednak tu i tam inne jest intencjonalne podłoże terapeutycznego wykorzystania przestrzeni, a w ślad za tym inny jest rozkład odpowiedzialności. Przestrzenioterapia w rehabilitacji zawsze jest tylko jednym z licznych elementów procesu, teorii i praktyki leczenia. Bez względu na rolę, jaką mogłaby w niej odegrać architektura, zawsze największa odpowiedzialność za ostateczne efekty spoczywa na osobie kierującej procesem (lekarzu, psychoterapeucie, fizykoterapeucie, trenerze itp.). Zadaniem architekta jest jedynie dopasowanie odpowiedniej formy do wymagań sformułowanych i dostarczonych mu w gotowej postaci.

Inaczej rzecz się ma w przypadku terapii *sensu largo*. Optymalne warunki wystąpienia pozytywnych własności przestrzeni są kreowane w głównej mierze przez architekta. W zadaniu tym nie może on jednak liczyć na zbytnią pomoc nauki, działaczy gospodarczych, politycznych, sportowych i in-

nych. Jak wskazuje R. Barker (1968, s. 145) „fakt, że w psychologicznej literaturze naukowej brak jest odpowiednich danych o ekologii gry, zabawy, śmiania się, rozmawiania, dowartościowania, konfliktów i błędów, stawia psychologię w obliczu monstrualnego niespełnienia jej posłania. Zadanie takie stoi przed psychologią ekologiczną (. . .)”.

Niedostatek danych psychologicznych formułujących kausalną zależność między „formacją zachowaniową” a „formacją przestrzenną różnorodnych *milieu* jest – jak pisze Joan Carrol (1982) – „dogodnym alibi dla architektów i planistów do zamknięcia się w swoich własnych kryteriach postępu, jak w przysłowiowej wieży z kości słoniowej”. Problemy przestrzeni uzyskują rangę, na jaką zasługują, tylko wtedy, gdy wszyscy zainteresowani wykażą niezbędną w tym zakresie postawę odpowiedzialności.

Bibliografia

- Accreditation council for the mentally retarded and other developmentally disabled persons* (1978). *Standards for services for developmentally disabled individuals*. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Hospitals.
- Bańka A. (1985). *Psychologiczna struktura projektowa środowiska; studium przestrzeni architektonicznej*. Poznań: Wydawnictwo PP.
- Bańka A. (1989). *Projektowanie środowiska dla optymalizacji interakcji z osobami niepełnosprawnymi*, (w:) S. Kowalik, J. Kwiek, B. Szychowiak (red.), *Optymalizacja interakcji w procesie usprawniania osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi*. Poznań: Wydawnictwo UAM, 24-31.
- Barker R. (1968). *Ecological psychology*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Barker R. (1978). *Behavior settings: human habitats, and behavior machines*, (in:) Barker & Associates (eds), *Habitats, environments, and human behavior*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barker R. (1987). *Prospecting in environmental psychology: Oskaloosa revisited*, (in:) D. Stokols, I. Altman (eds), *Handbook of environmental psychology*. New York: Wiley.
- Bassuk E.L., Gerson S. (1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American*, 237, 2, 46-53.
- Baumeister*. Zeitschrift für Architektur, Planung, Umwelt. (1985). Pflegeeinheiten in Krankenhausern, 2.
- Beauchesne H. (1990). Espace et psychopathologie. De la sémiologie au cadre thérapeutique. *Acta Psychiatrica Belgica*, 90, 3-4, 133-143.
- Bechtel R.B. (1984). *Patient and community. The ecological bond*, (in:) W. O'Connor, B. Lubin (eds), *Ecological approaches to clinical psychology*. New York: Wiley.
- Berkson G., Landesman-Dwyer S. (1977). Behavioral Research on severe and mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 5, 14-15.

- Bronfenbrenner U. (1981). *The ecology of human development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Busch-Rossnagel N. (1981). *Where is handicap in disability? The contextual impact of physical disability*, (in:) R. M. Lerner, N. A. Bush-Rossnagel (eds), *Individuals procedures of their development. A life-span perspective*. New York, 281-312.
- Capra F. (1987). *Punkt zwrotny*. Warszawa: PIW.
- Carrol J. (1982). Alienating environments. *Psychology Today*, 7, 14-19.
- Gałkowski T. (1989). Ekologiczne aspekty zaburzeń rozwojowych dzieci, (w:) S. Kowalik, J. Kwiek, B. Szychowiak (red.), Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Gibson J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hall E.T. (1978). *Ukryty wymiar*. Warszawa: PWN.
- Honikman B. (1976). *Personal construct theory and environmental meaning: application to urban design*, (in:) G. T. Moore, R.G. Colledge (eds), *Environmental knowing. Theories, research, and methods*. Stroudsburg PA: Dowden Press.
- Ittelson W.H., Proshansky H.M., Rivlin L.G. (1978). *The environmental psychology of psychiatric ward*, (in:) W.H. Proshansky, H.M. Ittelson, L.G. Rivlin (eds), *Environmental psychology. Man and his physical setting*. New York: Rinehart.
- Kaminsky G. (1989). *The relevance of ecologically oriented theory building in environment and behavior research*, (in:) E.H. Zube, G.T. Moore (eds), *Advances in environment, behavior, and design*. New York: Plenum Press.
- Kiesler C.A. (1982). Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 34, 349-360.
- Lamers P. (1989). Some thoughts about transitional space in therapy with borderline patients. *International Journal of Therapeutic Communities*, 10, 1, 17-27.
- Lerner R.M. (1978). Nature, nurture and dynamic interactionism. *Human Development*, 21, 1-20.
- Mostwin D. (1988). Terapia rodziny z uwzględnieniem przestrzeni życiowej. *Psychiatria Polska*, 22, 3, 258-268.
- Osmond H. (1959). *The relationship between architect and psychiatrist*, (in:) *Psychiatric architecture*. American Washington D.C.; Psychiatric Association Press.
- Ostrowska M. (1990). *Bioarchitektura: człowiek i przestrzeń*. Szczecin: Instytut Architektury i Planowania Przestrzennego.
- Papalia D.E., Olds S.W. (1985). *Therapy*, (in:) *Psychology*. New York: Mc Graw-Hill, 551-583.
- Paul G.L. (1969). Chronic mental patients: Current status future directions. *Psychological Bulletin*, 71, 81-94.
- Przesmycka-Kamińska J. (1990). *Psychologia osobowa i środowiskowa. Analiza aktywności życiowej i jej uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Segall M.H., Dasen P.R., Berry J.W., Portinga Y.H. (1990). *Human behavior in global perspective: An introduction to cross-cultural psychology*. New York: Pergamon.
- Shumaker S.A., Pequegnat W. (1989). *Hospital design, health providers, and the delivery of effective health care*, (in:) E. H. Zube, G. T. Moore (eds), *Advances in environment, behavior, and design*. New York: Plenum.
- Torrey E.F. (1981). *Czarownicy i psychiatrzy*. Warszawa: PIW.

-
- United States Department of Health, Education, and Welfare. Regulations for intermediate care facility services for the mentally retarded. Federal Register, Washington D.C. (1972).*
- Triandis H. (1991). Psychologia. Rozwój i dokonania. *Przegląd Psychologiczny*, 34, 3.
- Zimbardo P.G., Hanney C., Banks W.C., Jaffe D. P. (1978). *Psychologia uwięzienia: deprivacja, władza i patologia*, (w:) K. Jankowski (red.), *Przetom w psychologii*. Warszawa: Czytelnik.