

# Piotr Waław Gorczyca

---

## Choroby psychiczne w obszarach społecznych miasta

---

Studia Etnologiczne i Antropologiczne 8, 323-339

---

2004

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

**Piotr Waclaw Gorczyca**

Śląska Akademia Medyczna  
Zabrze

## **Choroby psychiczne w obszarach społecznych miasta**

Występowanie chorób psychicznych w różnych rejonach miasta było już przedmiotem zainteresowania psychiatrów oraz socjologów, co znalazło swój wyraz w publikacjach takich autorów, jak: Roger Bastide, William W. Eaton, Robert E.L. Faris<sup>1</sup>. Porównywano także występowanie chorób psychicznych na wsi i w mieście. Podkreślano negatywny wpływ na zdrowie psychiczne m.in. takich czynników, jak nadmierne zagęszczenie ludności, hałas czy zanieczyszczenie atmosfery<sup>2</sup>. Ostatnio coraz częściej podkreśla się niekorzystną rolę występowania bezrobocia oraz biedy jako czynników sprzyjających powstawaniu chorób psychicznych<sup>3</sup>. Przedstawiciele chicagowskiej szkoły ekologicznej wiązali fizyczne cechy miasta z rozmieszczeniem grup społecznych oraz układami zachowań dewiacyjnych i chorób psychicznych. Prowadzone przez nich badania dostarczyły opisu obszarów społecznych, ich indywidualności, sposobu życia i struktury.

---

<sup>1</sup> R. Bastide: *Socjologia chorób psychicznych*. Warszawa 1972, s. 154; W.W. Eaton: *The Sociology of Mental Disorders*. New York 1980, s. 179; R.E.L. Faris, H.W. Dunham: *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago 1934, za R. Bastide: *Socjologia chorób psychicznych*. Warszawa 1972, s. 170.

<sup>2</sup> A.A. McLean, G.C. Taylor: *Mental Health in Industry*. New York–Toronto–London 1958, s. 59.

<sup>3</sup> S. Leder: *Bezrobocie a zdrowie*. „Psychiatria Polska” 1994, nr 6, s. 651–666.

Okazało się, że te obszary, czyli strefy ekologiczne, nie są stałe. Zmieniają się wraz ze zmianą statusu grup ludności walczącej o byt, którego wartość decyduje o możliwościach egzystencjalnych. To decyduje z kolei o segregacji ludności i w konsekwencji jej lokalizacji w obszarach oddzielonych, w dzielnicach luksusowych bądź robotniczych. Inwazja centrum miasta, jako ośrodka interesów i rozrywek, na dzielnice mieszkalne prowadzi do porzucania mieszkań, spadku czynszów, utworzenia strefy ruchomej – hoteli, umeblowanych pokoi do wynajęcia, mieszkań przeznaczonych do zburzenia, miejsca spotkań osób z kręgu patologii społecznej<sup>4</sup>.

Na podstawie tych samych, pogłębionych badań antropologii miasta wyróżniono kilka typów struktury miast, podkreślając kluczową dla zjawisk patologii społecznej tzw. strefę marginalną (przejściową), nacechowaną częstym występowaniem chorób psychicznych. Strefa ta jest zmienna i przesuwa się wraz z pozyskiwaniem przez kapitał obszarów strategicznych czy korzystnych dla rozwoju ekonomicznego<sup>5</sup>. Dziś w dobie rosnącego zagęszczenia ludności miasta dostrzega się coraz to większą rolę zabudowy obszarów miejskich. Zmienia się jej typ, powstają obszary domków jedno- czy kilkurodzinnych, preferowane są budynki mieszkalne złożone jedynie z kilku kondygnacji z dwoma rodzinami na piętrze. Ponadto dostrzega się już ciekawszą architekturę budynków. Usytuowanie w stosunku do dróg, a nawet do kierunku wiatrów też już nie jest przypadkowe. Te czynniki stanowią więc nie tylko o atrakcyjności miejsca, ale i o jego wartości (cenie). Jakie są współczesne modele miast? Czy typ zabudowy mieszkaniowej ma wpływ na warunki życia, w tym na sytuację sprzyjającą rozwojowi chorób psychicznych?

Przyjrzyjmy się zatem modelom i typom zabudowy miejskiej z zamiarem odniesienia wybranego modelu do badanego miasta Tarnowskie Góry (za Bohdanem Jałowieckim, Markiem S. Szczepańskim oraz Januszem Słodczykiem)<sup>6</sup>:

- model koncentryczny (Ernest W. Burgess 1924, 1952), w którym idąc od środka, wyróżniamy kolejno: (1) centrum handlowo-administracyjne, (2) handel hurtowy i przemysł lekki, (3) dzielnicę mieszkaniową klas niższych, (4) dzielnicę mieszkaniową klas średnich, (5) dzielnicę mieszkaniową klas wyższych, (10) strefę dojazdów do pracy;
- model sektorowy (Homer Hoyt, 1939), w którym pewne atrakcyjne elementy struktury miasta (ciągi komunikacyjne) stymulują nieco odmienne rozmieszczenie stref niż w modelu koncentrycznym;

<sup>4</sup> B. Jałowiecki, M.S. Szczepański: *Miasto i przestrzeń w perspektywie socjologicznej*. Warszawa 2002, s. 214; J. Słodczyk: *Przestrzeń miasta i jej przeobrażenia*. Opole 2001, s. 270; J. Szacki: *Historia myśli socjologicznej*. Wydanie nowe. Warszawa 2002, s. 604; D.J. Walmsley, G.J. Lewis: *Geografia człowieka. Podejście behawioralne*. Warszawa 1997, s. 45.

<sup>5</sup> J. Szacki. *Historia myśli socjologicznej...*, s. 604.

<sup>6</sup> B. Jałowiecki, M.S. Szczepański: *Miasto i przestrzeń w perspektywie socjologicznej...*, s. 267; J. Słodczyk: *Przestrzeń miasta i jej przeobrażenia...*, s. 267.

- model policentryczny (Chauncy D. Harris i Edward L. Ullman, 1945) – charakteryzuje się występowaniem, obok głównego centrum, wielu innych wyspecjalizowanych ośrodków. Dodatkowo w powyższym modelu wyróżnia się następujące strefy: (6) przemysł ciężki, (7) drugorzędne centrum handlowe, (8) przedmieście mieszkalne, (9) przedmieście przemysłowe oraz – w zmodyfikowanej koncepcji Burgessa i Hoyta (1955) – (10) strefę dojazdów do pracy: (a) przedmieście, (b) przedmieście klas wyższych, (c) przedmieście klas średnich, (d) przedmieście klas niższych, (e) Harlem, (f) przemysł, (g) luksusowe apartamenty, (h) kamienice czynszowe, (i) hotele, (j) dzielnicę rozrywek, (k) siedlisko „występku”, (l) miasto chińskie, (m) „Małą Italię”, (n) getto, (p) przedmieście przemysłowe, (r) kolej.

Wszystkie te modele łączy dynamiczna funkcja centralnego obszaru działalności gospodarczej (centrum).

Modele struktury miast powstawały na przykładach dużych miast amerykańskich. Z uwagi jednak na interesujące, dynamiczne uwarunkowania zachodzące między wydzielonymi strukturami miejskimi spróbowano przenieść ten sposób podziału na warunki średniego polskiego miasta, jakim są Tarnowskie Góry.

W odniesieniu do typów zabudowy mieszkaniowej – które można także odnieść do Tarnowskich Gór – przytoczono podział Jana Chmielewskiego (za Słodczykiem)<sup>7</sup>, w którym wyróżnia się:

- typ grzebieniowy – zespół budynków wzajemnie równoległych (lub prawie równoległych), usytuowanych najczęściej wzdłuż osi północ – południe;
- typ blokowy – zespół budynków tworzących najczęściej prostokątne, wyodrębnione przestrzenie wnętrza urbanistyczne, na ogół wpisanych w prostokątną sieć ulic i ciągów pieszych;
- typ gniazdowy – zespoły budynków najczęściej punktowych, otaczających wnętrza o cechach użytkowych, odmiennych od cech przestrzeni poza gniazdem;
- typ liniowy – bardzo długie pojedyncze budynki lub zestawy budynków krótszych, które są komponowane na planie linii prostej, łamanej lub krzywej. Tworzy się linia zabudowy w postaci pasm;
- typ meandrowy – zestawy skomponowane z budynków, które tworzą układy wnętrza wzajemnie sprzężonych, o zróżnicowanym charakterze funkcjonalnym.

Według J. Chmielewskiego (za J. Słodczykiem) najbardziej niekorzystne wydają się układy grzebieniowe. Są monotonne i schematyczne. Budynki sytuowane równolegle z wejściami w tę samą stronę nie wytwarzają granic przestrzeni, która mogłaby być użytkowana przez określoną grupę mieszkańców. Zabudowa blokowa lepiej stymuluje rozwój więzi sąsiedzkich i wzajemnej identyfikacji mieszkańców. Gdy jednak do tej zabudowy włączono obiekty usługowe, np. żłobek, to

<sup>7</sup> J. S ł o d c z y k: *Przestrzeń miasta i jej przeobrażenia...*, s. 141.

zmniejszając przestrzeń wspólną, utrudniono kontakt z określonym otoczeniem. Układy gniazdowe w wypadku budynków 11-kondygnacyjnych zawierają niezbędną powierzchnię techniczną (drogi pożarowe, dojazdy do śmietników, parkingi), co obniża ich walory, charakterystyczne także dla zabudowy blokowej. Natomiast w zabudowie liniowej tworzą się „przestrzenie niczyje”. W zabudowie obrzeżnej niekorzystne były: brak przewiewu, niedoświetlenie mieszkań, zwłaszcza w narożnikach, oraz uciążliwości związane z ulicą („dziedzińce-studnie”).

W toku wdrażania zmian w zabudowie powstały następane jej typy. Jednostka mieszkaniowa stała się jednolitym zespołem budynków mieszkaniowych, ustawionych w otwartej, zazielenionej przestrzeni oraz wyposażonym w podstawowe usługi (okres międzywojenny w Polsce). W następnych okresach powstawały, przeznaczone głównie dla rzesz robotników, górników, tzw. kolonie mieszkaniowe (1500–2500 mieszkań) z dużym, zamkniętym dziedzińcem bez komunikacji kołowej, wyposażonym w urządzenia do wypoczynku i zabaw dla dzieci. Budynki były odwrócone „tyłem” do ulicy, by główne pomieszczenia mieszkalne znajdowały się od strony dziedzińca. Stopniowo odchodzono od zabudowy obrzeżnej, dążąc do zabudowy grzebieniastej, dla której charakterystyczne było prostopadłe do ciągu komunikacyjnego ustawienie budynków w celu zmniejszenia uciążliwości ulicy. Nieco później w powojennej Polsce – jeszcze przed okresem socrealizmu – powstawały budynki 3-piętrowe z ogródkami, wolne od ruchu samochodowego i bez parkingów. W latach sześćdziesiątych powrócono do luźnej zabudowy budynków o zróżnicowanej wysokości na podstawie budownictwa wielkopłytowego. W latach siedemdziesiątych powstawały wielotysięczne dzielnice składające się z osiedli mieszkaniowych. Zwiększały one częstotliwość wzajemnych kontaktów, często bezosobowych. Mogły one powodować poczucie izolacji społecznej, zwłaszcza dla osób, które wcześniej były wzajemnie bardziej zintegrowane. Wyższy standard mieszkań osiedlowych mógł nie równoważyć tych zmian. Starsze budownictwo mieszkaniowe z uwagi na nierzadko występujący gorszy standard wymaga unowocześnienia. Zaniedbane są podwórza tych domów, które w paru przypadkach tworzą układ dziedzińców-studni. Takie zmiany zwiększą efekt przynależności mieszkańców, zwłaszcza w dobie postępu cywilizacyjnego oraz po wstąpieniu do Unii Europejskiej. Co mogło być jeszcze dopuszczalnym „klimatem” w ramach wspólnoty mieszkańców w przeszłości, obecnie wymaga już odpowiednich zmian. W innym razie zaniedbana zabudowa mieszkaniowa może przyczynić się do dezintegracji psychicznej osób na to podatnych. Jak widać z przedstawionego powyżej opisu, rodzaj zabudowy mieszkaniowej może mieć znaczenie nie tylko dla jakości życia, ale także dla profilaktyki zdrowia psychicznego mieszkańców.

Celem moich badań i obserwacji była ocena rozmieszczenia chorób psychicznych w obrębie Tarnowskich Gór i zwrócenie uwagi na fakt, iż jednym z czynników ich liczniejszego występowania jest właśnie zamieszkanie w określonej

przestrzeni miasta. Tarnowskie Góry są średniej wielkości miastem liczącym około 62 tys. mieszkańców. Mają zabytkową zabudowę, zwłaszcza rynku i wokół niego. W tym fragmencie miasta wraz z okolicami wokół ścisłego centrum można dopasować zabudowę do modelu koncentrycznego Burgessa. Natomiast istniejące zakłady przemysłowe na północno-wschodnich i częściowo północno-zachodnich obrzeżach miasta tworzą układ częściowo sektorowy. Osiedla mieszkaniowe w Starych Tarnowicach mają niemałe połacie zieleni. Nieco mniej mieści się ich na innych wyodrębnionych osiedlach mieszkaniowych: Osadzie Jana oraz tzw. osiedlu Fazos (zakładowym) w „dalszym” centrum miasta, gdzie także pewnym utrudnieniem są ruchliwe drogi przy budynkach (obwodnica). Centrum miasta, Sowice, Lasowice mają starszą zabudowę. W tych też rejonach mieszkają osoby starsze. Wokół rynku dostrzega się ruchomą strefę marginalną. Biedniejsi lokatorzy, wśród nich także część osób z zaburzeniami psychicznymi, opuszczają mieszkania, które stają się agencjami różnych firm. Infrastruktura budynku, w których zamieszkiwali, była bardziej zaniedbana, wymagała remontów. Jest to tzw. stare budownictwo z drewnianymi kondygnacjami i toaletami na korytarzu. Wraz ze wzrostem kosztów życia bezpieczniejsze dlań było przeniesienie się w rejony miasta o tańszych czynszach, nieco dalej od rynku miasta, tym bardziej iż znajdowały się osoby zainteresowane przejęciem tych mieszkań.

W badaniach wzięto pod uwagę adresy pacjentów zamieszkałych w Tarnowskich Górach, leczonych w latach 1989–2002 w oddziałach psychiatrycznych w tym mieście, jak również w Lublińcu i Toszku z rozpoznaniem schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych oraz z rozpoznaniem depresji, manii a zarazem innych zaburzeń nastroju, nerwicowych i związanych ze stresem. Wzięto pod uwagę oddziały psychiatryczne w innych miastach, gdyż w nich także byli leczeni chorzy z Tarnowskich Gór. Starano się więc nie pominąć w badaniach części populacji chorych z Tarnowskich Gór, leczonych w innych miastach. Nie dokonywano analiz pacjentów z uwagi na ich miejsce leczenia w różnych oddziałach psychiatrycznych w innych niż Tarnowskie Góry miastach.

Analizowana grupa osób wynosiła 681 pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Analiza polegała na zbadaniu relacji między liczbą zachorowań, które znalazły swój finał w leczeniu szpitalnym, a miejscem zamieszkania.

Wyniki badań dotyczące osób hospitalizowanych psychiatrycznie z powodu wybranych chorób psychicznych, liczby hospitalizacji psychiatrycznych w stosunku do liczby mieszkańców oraz w stosunku do liczby wszystkich hospitalizacji z powodu danej choroby przedstawiono w tabelach 1–6, opatrując je stosownym komentarzem, pozwalającym na wnioskowanie. Pierwsza tabela to zestawienie osób leczonych szpitalnie w poszczególnych częściach Tarnowskich Gór.

Tabela 1

**Procent hospitalizowanych z powodu zaburzeń nastroju (depresji), zaburzeń nerwicowych i zaburzeń związanych ze stresem w stosunku do liczby mieszkańców w danej dzielnicy Tarnowskich Gór w latach 1989–2002**

Dzielnica miasta	Procent hospitalizowanych	Procent hospitalizowanych mężczyzn	Procent hospitalizowanych kobiet	Liczba mieszkańców w tys.*
Śródmieście	0,550	0,250	0,300	22 725
Stare Tarnowice	0,678	0,342	0,335	13 428
Osada Jana	0,560	0,204	0,356	5 891
Lasowice	0,468	0,273	0,195	5 123
Sowice	0,427	0,085	0,342	1 170
Bobrowniki	0,177	0,127	0,051	3 947
Repty	0,055	0,000	0,055	1 804
Pniowiec	0,178	0,178	0,000	1 121
Strzybnica	0,289	0,060	0,228	6 572
Rybna	0,099	0,000	0,099	2 014
Opatowice	0,142	0,000	0,142	703
Miasto	0,736	0,733	0,093	64 651

\* Wyniki uśrednione z lat 1995–2002.

Stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w mieście wynosił w roku 2002 – 1:1,08.

Z danych tabeli 1 wynika, iż najwięcej hospitalizowanych osób z powodu zaburzeń nastroju mieszka w dzielnicy Stare Tarnowice, w której zdecydowana większość mieszkańców zamieszkuje osiedle „Przyjaźń”, następnie w dzielnicy „Osada Jana” – tutaj większość mieszkańców pochodzi z osiedla Tysiąclecie, w Śródmieściu Tarnowskich Gór oraz w dzielnicach Lasowice i Sowice. Pośrodku dzielnic o wyższym procencie hospitalizowanych i niższym procencie hospitalizowanych znajduje się dzielnica Strzybnica. Przewagę osób chorych wymagających hospitalizacji psychiatrycznych, którzy mieszkają w osiedlach, można by tłumaczyć większym tempem życia ludzi tam mieszkających oraz specyfiką samej zabudowy osiedlowej. W obszarze osiedla „Przyjaźń” w dzielnicy Stare Tarnowice są zarówno obszary o bardziej, jak i mniej korzystnej zabudowie. Ten pierwszy rodzaj zabudowy dotyczy starszej części osiedla, która jest bardziej wyodrębniona od pozostałej części i tworzy układ blokowy – ul. Doniecka. Ponadto nie występuje tutaj ścieśnienie przestrzeni pomiędzy budynkami z naprzeciwka. Teren ten z uwagi na obecność drzew i krzewów dodatkowo zwiększa wrażenie przestrzeni „własnej”. Ta część osiedla charakteryzuje się stosunkowo mniejszą liczbą hospitalizacji psychiatrycznych. Podobną zabudowę na terenie osiedla posiada m.in. ulica Szwedzka. Większa liczba hospitalizacji psychiatrycznych dotyczy obszarów o większym zagęszczeniu budynków – m.in. ulicy Włoskiej, Francuskiej, Poczdamskiej, Morcinka. Nawet próba ciekawej, różno-

kształtnej zabudowy charakterystycznej dla typu meandrowego przy ścieśnieniu i braku określonej oraz wyrazistej przestrzeni wokół budynków nie przyczyniła się do zmniejszenia się liczby osób hospitalizowanych psychiatrycznie w stosunku do innych obszarów osiedla. Niekorzystny układ grzebieniowy budynków wobec ruchliwej obwodnicy miasta występuje na osiedlu Tysiąclecia w dzielnicy „Osada Jana”, co więcej, także tam można się dopatrzeć układu liniowego budynków, niekorzystnego z uwagi na monotonię zabudowy i tworzenie przestrzeni niczyjej. Wyraźniejsze różnice w związku z płcią obserwuje się w dzielnicy Sowice oraz w Osadzie Jana – przewaga kobiet, natomiast wyraźniejszą przewagę hospitalizowanych mężczyzn obserwuje się w dzielnicy Bobrowniki.

Tabela 2  
Procent hospitalizowanych psychiatrycznie z powodu schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych w stosunku do liczby mieszkańców w danej dzielnicy w latach 1989–2002

Dzielnica miasta	Procent chorych hospitalizowanych	Procent hospitalizowanych mężczyzn	Procent hospitalizowanych kobiet	Liczba mieszkańców w tys.*
Śródmieście	0,7788778	0,3256325	0,4532453	22 725
Stare Tarnowice	0,2750000	0,5580000	0,2830000	13 428
Osada Jana	0,2380000	0,6450000	0,4070000	5 891
Lasowice	0,3100000	0,4900000	0,1800000	5 123
Sowice	1,3700000	1,1100000	0,2600000	1 170
Bobrowniki	0,1000000	0,2000000	0,1000000	3 947
Repty	0,2770000	0,4430000	0,1660000	1 804
Pniowiece	0,2700000	0,3600000	0,0900000	1 121
Strzybnica	0,1800000	0,3300000	0,1500000	6 572
Rybna	0,0000000	0,1500000	0,1500000	2 014
Opatowice	0,1400000	0,2800000	0,1400000	703
Miasto	0,2660000	0,5720000	0,3060000	64 651

\* Wyniki uśrednione z lat 1995–2002.

Stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w mieście wynosił w roku 2002 – 1:1,08.

W wypadku schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych zdecydowana przewaga w liczbie hospitalizowanych psychiatrycznie mieszkańców dotyczy dzielnicy Sowice oraz Śródmieścia.

Wcześniej już zastanawiano się, czy ludzie chorzy na schizofrenię „dryfują”<sup>8</sup> w kierunku tańszych mieszkań w centrum lub też będąc często osobami stanu wolnego, mieszkają tam z rodzicami bądź w mieszkaniu po zmarłych rodzicach. Z codziennych doświadczeń klinicznych można wnosić, iż w Śródmieściu więk-

<sup>8</sup> H. Freeman: *Schizophrenia and City Residence*. „British Journal of Psychiatry” 1994, Vol. 164 (suppl. 23), s. 39–50.



szczość chorych znajduje się przez dłuższy czas na rencie, czego nie można w tym nasileniu stwierdzić wśród chorych na zaburzenia nastroju mieszkających w osiedlach. Znajdują się oni często w sytuacji groźby utraty pracy, co w pewnym stopniu kieruje ich na psychiatryczną drogę do renty – trudna sytuacja ekonomiczna może towarzyszyć zwłaszcza zaburzeniom związanym ze stresem. Co do płci, to poza Śródmieściem występuje przewaga hospitalizowanych mężczyzn. Obszary Śródmieścia oraz dzielnicy Sowice charakteryzują się starszą zabudową. Sowice, zwłaszcza w przeszłości, były terenem zaplanowanym pod rozwój przemysłu. Dla mieszkańców w starszym budownictwie mieszkaniowym ważne jest umożliwienie im zwiększania standardu życia: m.in. przez umożliwianie im zakładania łazienek tam, gdzie ich nie ma, wymiana zniszczonych okien na nowe, poprawianie wyglądu klatek schodowych. Istotne jest też odnawianie budynków z zewnątrz. Zmiany te mogłyby być elementami szerszej rozumianej profilaktyki chorób psychicznych.

Tabela 3

**Wskaźnik liczby hospitalizacji w stosunku do liczby mieszkańców w danym obszarze miasta z powodu zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych i zaburzeń związanych ze stresem oraz dla schizofrenii w różnych obszarach Tarnowskich Gór w latach 1989–2002**

Dzielnica miasta	Wskaźnik liczby hospitalizacji do liczby mieszkańców	Wskaźnik liczby hospitalizacji mężczyzn do liczby mieszkańców	Wskaźnik liczby hospitalizacji kobiet do liczby mieszkańców
Śródmieście	0,0095000	0,0041000	0,0053000
Stare Tarnowice	0,0093000	0,0048000	0,0045000
Osada Jana	0,0088000	0,0024000	0,0064000
Lasowice	0,0060000	0,0035000	0,0025000
Sowice	0,0042735	0,0008547	0,0034188
Bobrowniki	0,0043000	0,0023000	0,0020000
Repty	0,0005500	0,0000000	0,0005500
Pniowiec	0,0027000	0,0027000	0,0000000
Strzybnica	0,0036500	0,0007600	0,0028900
Rybna	0,0009900	0,0000000	0,0009900
Opatowice	0,0014000	0,0000000	0,0014000
Miasto	0,0073600	0,0032300	0,0041300

Wielokrotność hospitalizacji poszczególnych chorych świadczy o przewlekłości schorzenia; jest ona najwyższa w Śródmieściu oraz w dzielnicach „osiedlowych”: Stare Tarnowice i Osada Jana. Mniejsza liczebność hospitalizacji w dzielnicach o wyższym procencie hospitalizowanych mieszkańców (Sowice, Lasowice) może świadczyć o ich epizodyczności bądź o lżejszym przebiegu.

Tabela 4

Procent hospitalizacji w stosunku do liczby wszystkich hospitalizacji z powodu zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych i zaburzeń związanych ze stresem w różnych obszarach miasta w latach 1989–2002

Dzielnica miasta	Procent chorych hospitalizowanych	Procent hospitalizowanych mężczyzn	Procent hospitalizowanych kobiet
Śródmieście	45,36	19,83	25,53
Stare Tarnowice	26,37	13,71	12,66
Osada Jana	10,97	2,95	8,02
Lasowice	6,54	3,80	2,74
Sowice	1,05	0,21	0,84
Bobrowniki	3,59	1,90	1,69
Repty	0,21	0,00	0,21
Pniowiec	0,63	0,42	0,21
Strzybnica	5,06	1,05	4,01
Rybna	0,42	0,00	0,42
Opatowice	0,21	0,00	0,21
Miasto	100,00	43,90	56,50

Tabela 4 umożliwia orientację co do rozkładu liczby hospitalizacji w poszczególnych obszarach. Obserwuje się wyraźniejszą przewagę hospitalizacji kobiet z powodu zaburzeń nastroju w dzielnicach o stosunkowo większej liczbie mieszkańców (Śródmieście, Osada Jana), ale już nie w Starych Tarnowicach.

Tabela 5

Wskaźnik liczby hospitalizacji w stosunku do liczby mieszkańców w danym obszarze miasta z powodu schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych w różnych obszarach miasta w latach 1989–2002

Dzielnica miasta	Wskaźnik liczby hospitalizacji do liczby mieszkańców	Wskaźnik liczby hospitalizacji mężczyzn do liczby mieszkańców	Wskaźnik liczby hospitalizacji kobiet do liczby mieszkańców
Śródmieście	0,016760	0,008180	0,008580
Stare Tarnowice	0,013800	0,006500	0,007300
Osada Jana	0,017993	0,008148	0,009845
Lasowice	0,011520	0,008980	0,002540
Sowice	0,012800	0,009400	0,003400
Bobrowniki	0,008900	0,007600	0,001300
Repty	0,008310	0,006650	0,001660
Pniowiec	0,006200	0,005300	0,000900
Strzybnica	0,005900	0,002700	0,003200
Rybna	0,003000	0,000000	0,003000
Opatowice	0,007100	0,001400	0,005700
Miasto	0,013200	0,007100	0,006100

W wypadku schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych największy wskaźnik hospitalizowanych mieszkańców dotyczy, podobnie jak w wypadku zaburzeń nastroju, Śródmieścia, Starych Tarnowic (z osiedlem „Przyjaźń”) i Osady Jana (z osiedlem Tysiąclecia). Różnica polega jednak na tym, iż w wypadku schizofrenii wskaźniki te są wyraźnie wyższe. Z uwagi na większe dysproporcje liczby hospitalizacji w stosunku do liczby hospitalizowanych w dzielnicach Sowice i Lasowice można sądzić o lżejszym przebiegu choroby u osób zamieszkujących te rejony.

Osoby chorujące na schizofrenię są najczęściej na rencie, nierzadko chodzi o osoby samotne bądź rozwiedzione. Część tych osób z własnymi problemami radzi sobie właśnie przez hospitalizację psychiatryczną. Są to wówczas hospitalizacje wielokrotne. Gdyby system leczenia chorego w jego środowisku był bardziej wydolny, nie musiałoby dochodzić do ich licznych hospitalizacji psychiatrycznych. Można tu także przywołać wcześniejsze opisy dotyczące zarówno starszego budownictwa, jak i osiedli mieszkaniowych pod kątem profilaktyki chorób psychicznych. W tym miejscu należy wyrazić przypuszczenie, iż liczba hospitalizowanych psychiatrycznie jest czulszym wskaźnikiem co do wyodrębnienia poszczególnych obszarów o określonej zabudowie niż liczba hospitalizacji psychiatrycznych, tj. ich wielokrotności, która jest największa w dzielnicach o największej liczbie ludności, z wyjątkiem Strzybnicy. Dzielnica ta jest jednak najbardziej oddalona od centrum Tarnowskich Gór. Ponadto stosunkowo większa liczba hospitalizacji z powodu schizofrenii w porównaniu z zaburzeniami nastroju (depresjami) może wiązać się z bardziej przewlekłym przebiegiem schizofrenii niż depresji – w wypadku tych ostatnich jest on bardziej epizodyczny i nawrotowy. Tabela 6 daje orientację co do rozkładu procentowego z uwzględnieniem płci do wszystkich hospitalizacji z powodu schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych.

W Śródmieściu Tarnowskich Gór oraz w innych dzielnicach o stosunkowo większej liczbie mieszkańców (Stare Tarnowice, Osada Jana) obserwuje się przewagę kobiet, natomiast w tradycyjnych dzielnicach przemysłowych (Sowice, Lasowice, Bobrowniki) – przewagę mężczyzn w rozkładzie procentowym hospitalizacji psychiatrycznych. Stosunkowo większa liczba hospitalizowanych kobiet w tych pierwszych obszarach może wiązać się z częstszym występowaniem sytuacji stresowych niż u kobiet w tych drugich obszarach. Kobiety w obszarach bardziej uprzemysłowionych mogły odgrywać mniej stresującą rolę gospodyni domowej.

Jeżeli chodzi o analizę struktury wieku badanych, należy wziąć pod uwagę następujące zjawiska:

1. Schizofrenia rozpoczyna się najczęściej w wieku młodym, tj. szczyt zachorowań dla płci męskiej przypada na 25. rok życia, natomiast u kobiet na około 35. rok życia. Im później rozwija się schizofrenia, tym lepsze rokowanie odnośnie do funkcjonowania społecznego chorych, gdyż w starszym wieku częściej

Tabela 6

Procent hospitalizacji w stosunku do liczby wszystkich hospitalizacji z powodu schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych w obszarach miasta w latach 1989–2002

Dzielnica miasta	Procent chorych hospitalizowanych	Procent hospitalizowanych mężczyzn	Procent hospitalizowanych kobiet
Śródmieście	44,72	21,83	22,89
Stare Tarnowice	21,83	10,33	11,50
Osada Jana	12,44	5,63	6,81
Lasowice	6,92	5,40	1,52
Sowice	1,76	1,29	0,47
Bobrowniki	4,11	3,52	0,89
Repty	1,76	1,41	0,35
Pniowiec	0,82	0,70	0,12
Strzybnica	4,60	2,10	2,50
Rybna	0,70	0,00	0,70
Opatowice	0,59	0,12	0,47
Miasto	100,00	89,90	10,10

ma się rodzinę i zdobyte wykształcenie. Często jest tak, że w początkowym okresie choroby skuteczność stosowanych leków jest większa, a przebieg choroby ma mniej progresywny charakter. Podczas leczenia choroby jego skuteczność może się zmniejszać, co też może prowadzić do zwiększenia się liczby hospitalizacji psychiatrycznych („drzwi obrotowe”). W tej grupie badanych – z uwagi na nie takie znów rzadkie różnice między poszczególnymi lekarzami co do precyzji w rozpoznawaniu i klasyfikowaniu objawów choroby – postanowiono włączyć do grupy schizofrenii także inne zaburzenia psychotyczne, które w pewnej części mogą się w przyszłości okazać schizofrenią

2. Tak zwana duża depresja (określenie z klasyfikacji amerykańskiej) częściej dotyczy osób w średnim i starszym wieku i mimo iż sytuacje stresowe mogą wyzwaląć tę chorobę, to uwarunkowania typowo sytuacyjne są bardziej charakterystyczne dla zaburzeń adaptacyjnych w związku ze słabszą wydolnością mechanizmów obronnych człowieka.

Tabele 7 i 8 informują o rozkładzie wieku w badanej populacji pacjentów psychiatrycznych.

Tabela 7

Struktura wieku hospitalizowanych z powodu zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych i zaburzeń związanych ze stresem w latach 1989–2002

Dzielnica	17–20 lat	Procent	21–29 lat	Procent	30–39 lat	Procent	40–49 lat	Procent	50–59 lat	Procent	Powyżej 60 lat	Procent
Śródmieście mężczyźni	5	0,022	12	0,053	8	0,035	19	0,084	8	0,035	7	0,030
kobiety	1	0,004	5	0,022	10	0,044	18	0,079	16	0,070	14	0,060
Stare Tarnowice mężczyźni	1	0,007	3	0,022	7	0,052	17	0,127	13	0,097	3	0,022
kobiety	0	0,000	5	0,037	13	0,097	15	0,112	9	0,067	3	0,022
Osada Jana mężczyźni	2	0,034	3	0,051	2	0,034	4	0,068	2	0,034	0	0,000
kobiety	1	0,017	3	0,051	4	0,068	1	0,017	5	0,080	1	0,017
Lasowice mężczyźni	0	0,000	3	0,058	1	0,019	7	0,137	1	0,019	1	0,019
kobiety	2	0,039	2	0,039	1	0,019	4	0,078	0	0,000	0	0,000
Sowice mężczyźni	0	0,000	0	0,000	0	0,000	1	0,085	0	0,000	0	0,000
kobiety	0	0,000	2	0,170	1	0,085	0	0,000	1	0,085	0	0,000
Bobrowniki mężczyźni	0	0,000	0	0,000	0	0,000	3	0,076	0	0,000	2	0,051
kobiety	0	0,000	0	0,000	1	0,025	0	0,000	1	0,025	0	0,000
Repty mężczyźni	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
kobiety	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	1	0,055
Pniowiec mężczyźni	0	0,000	1	0,089	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
kobiety	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	1	0,089
Strzybnica mężczyźni	0	0,000	0	0,000	1	0,015	2	0,030	1	0,015	0	0,000
kobiety	0	0,000	0	0,000	6	0,091	3	0,046	4	0,060	0	0,000
Rybna mężczyźni	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
kobiety	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	2	0,099	0	0,000
Opatowice mężczyźni	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
kobiety	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	1	0,142	0	0,000
Miasto mężczyźni	8	0,012	22	0,034	19	0,029	53	0,082	25	0,039	13	0,020
Miasto kobiety	4	0,006	12	0,018	36	0,056	41	0,063	39	0,060	20	0,031
Miasto r a z e m	12	0,018	34	0,052	55	0,085	94	0,145	64	0,099	33	0,051

W tym miejscu należy zaznaczyć, że w badaniach wzięto pod uwagę osoby, które ukończyły 17. rok życia. By zbadać problemy natury psychicznej wśród dzieci i młodzieży, należałoby badać placówki przeznaczone do takich interwencji. Jak widać, liczba problemów zwiększa się wraz z wiekiem, co ma swoje odniesienie do częstszej zapadalności na depresję w średnim i w późniejszym wieku, ale i do sytuacji bezrobocia i zagubienia osób stosunkowo młodych. W wypadku tych drugich częściej mamy do czynienia z reakcjami dezadaptacyjnymi niż z klasyczną depresją.

Tabela 8 przedstawia rozkład wieku osób z głębszymi chorobami psychicznymi, jakimi są schizofrenia i inne psychozy. Te inne psychozy, nieschizofreniczne, częściej niż schizofrenia występują w późniejszym okresie życia.

Tabela 8

**Struktura wieku hospitalizowanych z powodu schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych w różnych obszarach miasta w latach 1989–2002**

Dzielnica	17–20 lat	Procent	21–29 lat	Procent	30–39 lat	Procent	40–49 lat	Procent	50–59 lat	Procent	Powyżej 60 lat	Procent
Śródmieście mężczyźni	6	0,026	13	0,057	26	0,114	16	0,070	4	0,018	12	0,053
kobiety	6	0,026	10	0,044	15	0,066	24	0,106	22	0,097	29	0,128
Stare Tarnowice mężczyźni	3	0,022	3	0,022	8	0,059	14	0,104	3	0,022	1	0,007
kobiety	1	0,007	8	0,059	15	0,011	11	0,080	6	0,045	3	0,022
Osada Jana mężczyźni	0	0,000	5	0,080	2	0,034	4	0,068	1	0,017	1	0,017
kobiety	0	0,000	3	0,051	3	0,051	1	0,017	2	0,034	2	0,034
Lasowice mężczyźni	0	0,000	6	0,117	3	0,058	2	0,039	1	0,019	1	0,039
kobiety	0	0,000	0	0,000	2	0,039	6	0,117	1	0,019	3	0,058
Sowice mężczyźni	0	0,000	2	0,170	0	0,000	1	0,085	1	0,085	1	0,085
kobiety	1	0,085	0	0,000	1	0,085	0	0,000	1	0,085	0	0,085
Bobrowniki mężczyźni	2	0,051	1	0,025	1	0,025	0	0,000	0	0,000	0	0,000
kobiety	0	0,000	1	0,025	1	0,025	1	0,025	1	0,025	0	0,000
Repty mężczyźni	1	0,055	1	0,055	0	0,000	0	0,055	1	0,055	1	0,055
kobiety	1	0,055	1	0,055	0	0,000	0	0,000	1	0,055	0	0,000
Pniowiec mężczyźni	0	0,000	1	0,089	0	0,000	1	0,089	0	0,000	1	0,089
kobiety	0	0,000	1	0,089	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000
Strzybnica mężczyźni	0	0,000	1	0,015	1	0,015	5	0,076	2	0,030	3	0,046

cd. tab. 8

Dzielnica	17-20 lat	Procent	21-29 lat	Procent	30-39 lat	Procent	40-49 lat	Procent	50-59 lat	Procent	Powyżej 60 lat	Procent
kobiety	0	0,000	3	0,046	3	0,046	3	0,046	1	0,015	0	0,000
Rybna mężczyźni	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	2	0,099	1	0,050
kobiety	0	0,000	0	0,000	0	0,000	0	0,000	2	0,099	0	0,000
Opatowice mężczyźni	0	0,000	0	0,000	1	0,142	0	0,000	0	0,000	0	0,000
kobiety	0	0,000	0	0,000	0	0,000	1	0,142	0	0,000	0	0,000
Miasto mężczyźni	12	0,018	33	0,051	42	0,065	44	0,068	15	0,023	23	0,035
Miasto kobiety	9	0,014	27	0,042	40	0,062	47	0,073	37	0,057	38	0,059
Miasto r a z e m	21	0,320	60	0,093	82	0,127	91	0,141	52	0,080	61	0,094

Co do badanej struktury wieku to w wypadku schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych relatywnie większą liczbę hospitalizowanych obserwuje się już od czwartej dekady życia, natomiast w wypadku zaburzeń nastroju przesuwa się to na następne dekady życia. Zapadalność na schizofrenię przypada najczęściej w 3. i 4. dekadzie życia. Obserwuje się jednak zjawisko, które polega na tym, iż we wcześniejszym okresie choroby ma ona nieco łżejszy przebieg i jest bardziej podatna na leczenie. Wobec tego częstsze hospitalizacje występują w następnych dekadach życia. W wypadku zaburzeń nastroju częstszy początek występowania zaburzeń pokrywa się z większą liczbą hospitalizacji.

## Podsumowanie

Próby oceny rozmieszczenia schizofrenii w obszarach miejskich i pozamiejskich (wiejskich) stanowią dość często poruszany problem badawczy. Pewnym ułatwieniem w prowadzeniu tej części badań była dość jasna koncepcja diagnostyczna tej choroby, w związku z czym raczej trudno byłoby zakwalifikować do tej grupy chorych osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi. Natomiast w wypadku depresji i zaburzeń pokrewnych, mimo istnienia coraz to doskonalszych kryteriów diagnostycznych, łatwiej o pewną dowolność w ich interpretowaniu. Ponadto ta grupa zaburzeń (nastroju) łatwiej odnosi się do problemów codziennego życia (bezrobocie, bieda). Wyjątkiem są tutaj zaburzenia afektywne dwubiegunowe w przebiegu, w których występują stany maniackalne nie sprawiające, podobnie jak schizofrenia, większych problemów diagnostycznych.

Podsumowując otrzymane wyniki oraz mając na uwadze dotychczasowe doniesienia potwierdzające częstsze występowanie chorób psychicznych w centrum miasta, za pewnego rodzaju *novum* można uznać stosunkowo częstsze występowanie chorób psychicznych w osiedlach mieszkaniowych. Moim zdaniem przyczynę tego zjawiska można upatrywać w następujących zjawiskach:

1. W osiedlach mieszkaniowych trudniej o przestrzeń prywatną, zwłaszcza w zabudowie zagęszczonej, pozbawionej wolnej przestrzeni, gdzie z obydwu stron bloku znajdują się w niedużej odległości inne bloki.

2. Sytuacja zawodowa mieszkańców osiedli jest niepewna – część mieszkańców już nie ma pracy bądź występuje takie zagrożenie (większość mieszkańców osiedla, gdy zamieszkiwała nowe mieszkania, miała ustabilizowaną sytuację zawodową). Żyją w stałym napięciu związanym z groźbą utraty pracy, co u osób bardziej podatnych (wrażliwych) może spowodować depresję, nadużywanie alkoholu czy dekompensację psychotyczną.

3. Dorastające dzieci, nie mające pracy i widoków na jej uzyskanie, mają mniejsze szanse na własne mieszkania i na założenie rodziny. Powoduje to konflikty w ich domu rodzinnym, czują one, że stanowią obciążenie dla rodziców, poszukują akceptacji w środowisku z podobnymi problemami, co nie motywuje do zmiany tej sytuacji.

4. Należy spodziewać się odpływu części mieszkańców osiedli, zwłaszcza tych, którzy nie mają jeszcze emerytury czy renty do tańszych lokali mieszkalnych w Śródmieściu – także do tzw. strefy marginalnej. Znalezienie się w tej strefie może prowadzić do destabilizacji ich stanu psychicznego aż do pojawienia się chorób psychicznych.

Powyższe przemyślenia dotyczą zwłaszcza dość atrakcyjnie usytuowanego osiedla „Przyjaźń” w Starych Tarnowicach. Nasuwa się refleksja, by jeden z elementów profilaktyki występowania zaburzeń psychicznych stanowiła dbałość o wygląd i funkcjonalność osiedli mieszkaniowych oraz „poprawianie” wyglądu i funkcji starszej zabudowy miejskiej. Z pamiętnika nastoletniej narkomanki z Berlina Zachodniego wyłania się ponury obraz osiedla mieszkaniowego, w którym relacjonowała o likwidowaniu miejsc do spędzania wolnego czasu: „Była jeszcze taka stara góra śmieci, przysypana ziemią i piaskiem, na której często bawiliśmy się z psami. Ją też zagrodzono przed nami najpierw drutem kolczastym, a potem wysokim parkanem, zanim zaczęli tam budować restaurację z tarasem widokowym. Fajnie było też na paru polach, których chłopcy już nie uprawiali [...]. Pola wykupiło państwo, żeby zrobić tam właściwie tereny wypoczynkowe. Odgradzano kawałek po kawałku. Na jednej części dawnych pól rozłożyła się szkółka jazdy konnej, na drugiej zbudowano korty tenisowe. Wtedy już właściwie w ogóle nie mieliśmy, gdzie pójść, żeby wyrwać się z Gropiusstadt.”<sup>9</sup> Dalej autorka rela-

<sup>9</sup> F. Christiane: *My, dzieci z dworca ZOO*. Wg zapisu K. Hermann, H. Rieck. Tłum. R. Turczyn. Warszawa 1997, s. 22–23.



cjonuje o kolejnym wydzielaniu mniejszych przestrzeni do jazdy konnej, która odbywa się już tylko wzdłuż torów kolejowych.

Wydaje się, że w planie zabudowy osiedli mieszkaniowych panuje nadmierna tendencja do wypełniania pustych przestrzeni, które właśnie mogłyby dawać pewne ukojenie mieszkańcom, umożliwiać im wyciszenie. Natomiast zagrać w tenisa czy pojeździć konno mogliby w nieco odleglejszych punktach miasta. Mieszkańcy już z niepokojem mogą patrzeć na równające grunt koparki...

### Mental illnesses in the social areas of a city

#### S u m m a r y

A city is both an urban, architectural and social space. Each city has its areas, which are described in terms of a standard of development and ecological values of great importance to the existence and prophylactics of mental health of its inhabitants. The researches conducted by the author confirmed frequent occurrence of mental illnesses in the center of the city, both schizophrenia and the disturbances of mood, neurotic and stress disturbances. The author sees a certain novelty in the results of the researches in the relatively frequent occurrence of mental illnesses in the housing developments. I see the reasons for that fact in a disadvantageous housing development limiting the private space of inhabitants, creating an unfavorable situation for the coexistence of individuals and their families. A diverse, non-monotonous layout of buildings does not appear helpful here, if a space without a close presence of apartment buildings or other building of public utility is not created. Other housing developments, apart from the "Przyjaźń" housing development, which is mentioned above, of a more monotonous layout, and less favorable localization just outside the old buildings of the center of the city and due to smaller attractiveness and price, do not have to create a transitory state for a relatively large number of the inhabitants. The housing developments, which are discussed here, are administratively separated and have a name, or are a part of e.g. the Downtown district of Tarnowskie Góry. Each zone can be transitory stage for a certain group of inhabitants to a more (or less) attractive localization. These areas do not create a typical zone of marginalization of occurrence of phenomena from the field of social pathology with mental illnesses and addictions, because the character and appearance of these buildings does not change. We can talk about pathological phenomena occurring in particular areas rather than a creation of a zone of marginalization. A part of inhabitants can complete this zone, if they move there. Such a zone of marginalization could be seen just outside the Market of the city. A part of psychiatric patients living there moved to apartments of less attractive localization, also in the center of the city, and institutions, agencies, and more luxurious stores moved in the place of their former place of inhabitation. The city has also areas inhabited by the poor, lonely, unemployed or ill. Such areas are created by every city, but their localization changes when they appear attractive for some reason, e.g. an economic activity. These areas remain unchanged, as we can see on the example of Tarnowskie Gory. If e.g. one unattractive area does not characterize with a frequent change of occupants, it can be described as a peculiar heritage park, and this is what the Nakielska Street appears to be. It is separated – in a way – from the city center. This phenomenon of marginalization concerns mainly people addicted to alcohol – it is a subject for another thesis – rather than people with mental diseases, as results from the observations of the place of inhabitation of the patients of psychiatric hospitals. The mentally ill people occupy older buildings

– it mainly concerns people with schizophrenia, whereas people with depression rather live in apartment buildings.

### Geistige Krankheiten in sozialen Bereichen der Städte

#### Zusammenfassung

Die Stadt ist ein städtebaulicher, architektonischer und gesellschaftlicher Raum. Jede Stadt besitzt ihre Zonen, die hinsichtlich ihrer Gebäudekomplexe und der ökologischen, für die Gesundheit der Einwohner und die Vorbeugung der geistigen Krankheiten wichtigen Werte bezeichnet werden. Der Verfasser des vorliegenden Artikels hat in seinen Forschungen bestätigt, dass geistige Krankheiten, wie z.B. Schizophrenie, Depressionsstimmung, Neurosen und stressbedingte Erkrankungen viel häufiger im Stadtzentrum vorkommen. Ein gewisses Novum ist, dass immer mehr seelische Krankheiten in Wohnsiedlungen auftreten. Die Ursache dafür sieht der Verfasser in ungünstiger Bebauung der Siedlungen, die das private Gebiet der Einwohner immer mehr verringert, was das Zusammenleben der Menschen und ihrer Familien schwer macht. Verschiedenartige, nicht monotone Anordnung der Gebäude ist keine gute Lösung, wenn es neben den Wohnhäusern und öffentlichen Gebäuden nicht genug freien Lebensraum gibt. Andere Wohnsiedlungen, außer der oben beschriebenen Wohnsiedlung „Przyjaźń“, mit monotonerer Bebauung, ungünstigerer Lokalisierung gleich hinter den alten Mietshäusern im Stadtzentrum, die nicht so attraktiv, aber auch billiger sind, müssen für mehrere Einwohner nicht unbedingt ein Übergangsstadium bedeuten. Wohnsiedlungen von denen hier die Rede ist, wurden administrativ ausgesondert, besitzen ihren Namen oder sind ein Teil z.B. der Innenstadt von Tarnowskie Góry (dt. Tarnowitz). Für manche Einwohnergruppen kann jede Zone eine Übergangzone werden. Solche Gebiete werden jedoch keine marginale Zone, wo pathologische Erscheinungen mit geistigen Krankheiten und Süchten zum Vorschein kommen, weil sich ihr Charakter und ihr Aussehen nicht ändern. Man sollte eher von bestimmten Krankheitsfällen auf bestimmten Gebieten, als von einer Marginalität sprechen. Ein Teil der Einwohner kann jedoch diese Zone ergänzen, wenn sie auf ihr Gebiet umziehen werden. Eine richtige marginale Zone befindet sich gleich hinter dem Stadtmarktplatz. Manche geisteskranken Patienten, die dort gewohnt haben, zogen in ungünstiger gelegene Wohnungen im Stadtzentrum um, und ihre bisherigen Wohnungen wurden von verschiedenen Institutionen, Agenturen und luxuriöseren Geschäften besiedelt. Die Stadt besitzt auch Gebiete, auf denen arme, einsame, arbeitslose oder kranke Menschen leben. Solche Gebiete werden durch jede Stadt gebildet und ihre Lokalisation wird erst dann geändert, wenn sie aus irgendwelchen Gründen attraktiv werden (z.B. für Handelsgewerbe); wenn es um Tarnowskie Góry geht, sind sie immer noch gleichbleibend. Wenn auf einem unattraktiven Gebiet eine häufige Einwohnerrotation nicht festgestellt wurde, kann man von einem „Freilichtmuseum“ sprechen, wie es bei der Nakielska-Strasse der Fall ist. Sie ist vom engen Stadtzentrum in gewissem Sinne abgegrenzt. Die Beobachtungen des Wohnortes von den Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser ließen den Schluss ziehen, dass die Marginalität viel mehr Alkoholsüchtige als Geisteskranke betrifft. Geisteskranke Personen (v.a. Schizophrener) wohnen meist in älteren Mietshäusern und Depressionskranke in Wohnsiedlungen.