

Psihijatrijska bolnica za 21. stoljeće

Matković, Toma

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:

University of Split, Faculty of Civil Engineering, Architecture and Geodesy / Sveučilište u Splitu, Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:123:115603>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[FCEAG Repository - Repository of the Faculty of Civil Engineering, Architecture and Geodesy, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU



FAKULTET GRAĐEVINARSTVA, ARHITEKTURE I GEODEZIJE

TOMA MATKOVIĆ

PSIHIJATRIJSKA BOLNICA ZA 21. STOLJEĆE

AKADEMSKA GODINA

2016/ 2017

MENTOR: doc.mr.sc. SAŠA RANDIĆ, dipl.ing.arh.

sadržaj

separati: projektni program
komentorski rad

tema odabranog područja

objašnjenje arhitektonsko- urbanističkog koncepta (sa iskazima i prikazima potrebnih tehničkih iskaza)

nacrti: situacija mj 1:500
tlocrti svih etaža i krovnih ploha mj 1:200
presjeci 1,2,3,4
pročelja

3d prikazi

student_ Toma Matković
mentor_ doc. mr. sc. Saša Randić
komentor_ prof. dr. sc. Goran Dodig
konzultant_ dr. sc. Hrvoje Smoljanović
zimski semestar 2016./17.
9.11.2016.

_prijedlog projektnog programa diplomskog rada (izmjenjeno i doručeno)

naslov_
Psihijatrijska bolnica za 21. stoljeće
tema_
Psihijatrijska ustanova danas...Između 'institucionalnog' značenja i 'psihijatrije u zajednici'
lokacija_
KB Split

_sadržaj

...uvodna riječ...
0

Općenito o psihijatriji

Psihijatrija...što je to?	1
Kratka povijest psihijatrije i metoda u psihijatriji	1
Još ponešto o psihoterapijskim metodama...	5
Nešto o povijesti i aktualnoj situaciji (i problemima) hrvatske psihijatrije	8
...iz medija...	
10	

Što bi trebala biti psihijatrijska ustanova u 21. stoljeću?

13 <u>Uvod u temu</u>	
Socijalna psihijatrija i povratak mentalnih bolesnika u zajednicu	13
Arhitektonski koncepti vezani za psihijatrijsku praksu	15
Ulazni podaci u vezi stanja Klinike za psihijatriju KB Split	16
<u>Tema</u>	
Psihijatrijska ustanova danas...Između 'institucionalnog' značenja i 'psihijatrije u zajednici' (i o nekim ostalim aspektima i modelima rehabilitacije)	17
Zašto graditi psihijatrijsku ustanovu u Splitu?	19
Lokacija i prostorni kontekst	19
Još o nekim bitnim aspektima u planiranju i organizaciji psihijatrijske ustanove	20
Kako ja mogu u svom projektu generirati međudnos pacijenta i zajednice?	21
Organizacija ustanove (s iskazom potrebnih prostora i površina)	22
izvori	25

grafički prilozi

situacija mj 1:5000
situacija mj 1:1000
ortofoto šire situacija mj 1:5000
ortofoto uže situacija mj 1:1000
namjena površina po GUP-u Grada Splita
analiza postojećeg stanja Psihijatrijskog odjela KB Split
'psihijatrijska arhitektura'
fotodokumentacija

...uvodna riječ...

Polazeći od pretpostavke da je čovjek izbalansirana biološko, psihološko, socijalna cjelina, te da je za kvalitetu života tako složene cjeline neophodna svaka od ovih sastavnica, došao sam na ideju da se u ovom radu pozabavim jednim iznimno značajnim aspektom funkcioniranja čovjeka, a to je duševno zdravlje. Ili bolje rečeno grubo narušenim duševnim zdravljem, to više što se definicija duševnog zdravlja tumači, pojednostavljeno rečeno, socijalno prihvatljivim ponašanjem, no u novije vrijeme se uvodi i kategorija kvalitete života.

Zbog svega toga, iz razumljivih razloga, ovdje ću se fokusirati na ozbiljno narušeno duševno zdravlje kada pojedinac zbog toga mora biti institucionalno liječen, iako sam svjestan da ta moja namjera bitno ovisi o vrijednosnim sustavima trenutno prisutnim u društvu, kao što je npr. odnos društva prema pojedincu, zdravstveni sustav koji to regulira, doživljaji okoline i zakonodavstva, u krajnjoj liniji, koje regulira tko se mora liječiti na psihijatrijskoj instituciji, a tko ne.

Dakle, potpuno sam svjestan svih zamki pred kojima se nalazim u ovom mom radu, no držim da ima smisla barem otvoriti ovo kao temu, i na konkretan način odgovoriti na pitanje: kako bi trebala izgledati moderna psihijatrijska bolnica?

Općenito o psihijatriji

Psihijatrija...što je to?

Psihijatrija (grčki psyche - duša, iatrea - liječenje) klasično je određena kao medicinska struka koja se bavi nastankom, razvojem, manifestacijama bolesti čovjekove ličnosti koji proizlaze iz subjektivnoga individualnog života ili njegova odnosa s okolinom.

Osnovna su dva područja u medicinskoj struci psihijatrija: mentalni poremećaji i individualno ponašanje u zdravlju i bolesti. Oba su područja karakterizirana stupnjem znanstvene nesigurnosti. Psihijatrija upotrebljava modele ponašanja i mentalne aktivnosti da bi umanjila nesigurnost organizirajući znano u konceptualni okvir.

Kratka povijest psihijatrije i metoda u psihijatriji

Razvoj psihijatrije vezan je uz razvoj ljudske civilizacije i čini se da se ni u jednoj medicinskoj disciplini taj razvoj tako dobro ne reflektira kao u razvoju psihijatrije...Nema nikakvih podataka o odnosu prema duševnim bolesnicima iz razdoblja **prapovijesti** čovječanstva. Za pretpostaviti je da je duševna bolest bila tumačena kao posljedica upletanja viših sila i datost koju je nemoguće mijenjati, pa je duševni bolesnik bio prepušten sam sebi, tj. dobrim i zlim duhovima koji su ionako odgovorni za njegovo stanje, a kao takav nije mogao dugo poživjeti.

U **starom vijeku** prve tragove razvoja medicine, pa i psihijatrije, nalazimo u starih naroda između Eufrata i Tigrisa (Asirci, Sumerani, Babilonci). Radi se o arhajskoj medicini (koja je uglavnom u rukama svećenika) gdje se u nedostatku egzaktnih pokazatelja bolest tumači na mističnim, magično-teurgičnim (spekulativnim) načelima, a tako se pristupa i liječenju.

Grčka medicina negira magijski i teurgični karakter duševnih bolesti. Duševna se bolest, kao i ostale bolesti tumači racionalno. Veliki grčki liječnik **Hipokrat** (460.-377.pr. Kr.) negira magično-teurgično shvaćanje duševnih bolesti, i tvrdi prvi put u povijesti da duševne bolesti imaju isti uzrok kao i one tjelesne, pa se zalaže za racionalan i prirodan koncept duševne bolesti te isti takav pristup u njihovu liječenju. Smatrao je da tjelesno i duševno zdravlje ovise i o sredini u kojoj čovjek živi. Zaslužan je i za prvu klasifikaciju duševnih bolesti, preporučuje blagi tretman duševnih bolesti, a odgoju za koji smatra da je važan čimbenik prevencije duševnih bolesti posvećuje veliku pozornost. Rimljani preuzimaju medicinu od Etruščana i napose Grka. Rimski liječnik **Asklepijad** (njegov štap sa zmijom i danas je simbol medicine) je prvi liječnik koji je više pozornosti posvetio tjelesnim poremećajima kao uzroku bolesti. Za duševne (i tjelesne) bolesnike preporučuje humani i blagi postupak, boravak u svijetlim i zračnim prostorima, glazbu i drugu zabavu, putovanja i radnu terapiju. U rimsko doba postoji i nehumani pristup kod liječenja, primjerice **Celso** koji opširno piše o duševnim bolestima i

preporučuje različite racionalne metode liječenja, istovremeno ne zariže ni od surovih metoda kao što su vezivanje i zatvaranje u tamne prostorije, batinanje, uranjanje u vodu i slično.

U **srednjem vijeku** propašću Rimskog carstva dolazi do zastoja u razvoju medicine i zdravstva. Uglavnom pod utjecajem kršćanstva se povećava misticizam i animističko tumačenje nastanka duševnih bolesti. Opet se vraća pristup, kao u pradavnim vremenima, da je duševni bolesnik opsjednut demonima. Liječenje je primitivno- prakticira se egzorcizam i drugi magijsko-religijski postupci. Mnogi duševni bolesnici završili su na lomači. Stečevine rimske medicine su djelomično sačuvane u arapskoj medicini. Arapi osnivaju i prvu psihijatrijsku bolnicu 875. godine. U nekim se europskim gradovima osnivaju azili za duševne bolesnike (u Matzu oko 1100., Gandu oko 1200., Hamburgu 1375., Padovi 1410.), a prva prava europska psihijatrijska bolnica se osniva u Valenciji 1409. Nedaleko od Londona dio bolnice „*St. Mary of Betlehem Hospital*“ se 1676. pregrađuje i uređuje samo za duševne bolesnike (dio bolnice poznat i kao „*Bedlam*“- *ludnica*). U toj bolnici kao i bolnici „*Narrenturm*“ u Beču iz 1784. bolesnike se uzdržavalo od prihoda koje su plaćali znatiželjni posjetitelji. Često su tretmani u ovim bolnicama bili obilježeni surovošću i brutalnim metodama.

Novi vijek... Početkom 16. st. u povijesti medicine, kao i drugim znanostima počinje novo razdoblje koje karakterizira rušenje dotadašnjih autoriteta, oslobađanje od tradicije, te postupno uvođenje prirodnoznanstvenih metoda. To je razdoblje renesanse medicine. Međutim i u tom je vremenu vidljiv raskorak između napretka somatske (tjelesne) medicine i spoznaja o duševnim bolestima. Medicinski velikan **Paracelsus** je u psihijatriji značajan jer je napisao jedan od prvih klasičnih spisa u kojem je dokazivao da su duševne bolesti uzrokovane prirodnim čimbenicima, a ne djelovanjem demona. Tumači ih poremećajima kemijskih procesa u organizmu. Proučavao je naročito epilepsiju i histeriju. U 17. i 18. stoljeću (razdoblje prosvjetiteljstva) se konačno napuštaju srednjovjekovni stavovi o nastancima i liječenjima bolesti. **Thomas Willis** prvi proučava građu mozga i utvrđuje da histerija nije bolest uzrokovana kretanjem maternice po organizmu žene, već je to bolest mozga. Unatoč vidljivom napretku medicine u ovo vrijeme vidljiv je kako u medicini, tako i u društvu, izrazit sukob zastarjelih shvaćanja s afirmacijom racionalnog i znanstvenog. Krajem 18. st. javljaju se u medicini tri osebujna sustava značajna i za psihijatriju. Prvi, **animalni magnetizam** osniva bečki liječnik **Franz Anton Mesmer** koji tvrdi da svojim magnetnim snagama uspješno liječi najrazličitije bolesti dodirivanjem ruku, bolesnike je dovodio u stanje hipnoze, imao je stanovitog uspjeha kod duševno labilnijih bolesnika, kao posljedica sugestije. Drugi, **frenologija**, osnivač **Franz Joseph Gall**, koji tvrdi da su sva duševna svojstva lokalizirana u određenim dijelovima mozga koja mogu biti više ili manje razvijena, pa otud nastaju veća ili manja izbočenja na lubanji. I treći sustav je **homeopatija** (njezini sljedbenici i danas djeluju, pa i kod nas), osnivač je njemački liječnik **Samuel Hahnemann**. Princip homeopatije je da liječi jednako jednakim (*similia similibus*) u posve neznatnim dozama, za razliku od školske medicine koja liječi protivno protivnim (*contraria contrariis*) u normalnim dozama.

Znanstveno razdoblje medicine... počinje u prvoj polovici 19. stoljeća. Ravnatelj pariške psihijatrijske bolnice „*Bicetre*“, **Philip Pinel**, 1792. skida okove i lance s duševnih bolesnika, smatra ga se tvorcem humanističke psihijatrijske revolucije, zalaže se za humani odnos prema duševnim bolesnicima. Njegove ideje se brzo šire i u druge zemlje, sve se više bavi anatomskim, fiziološkim, psihološkim, patološkim i kliničkim istraživanjima kojima se nastoji proučiti duševne bolesti. U Engleskoj 1838. **John Conolly** provodi reformu kojom se odbacuju sva mehanička i prisilna sredstva smirivanja duševnih bolesnika u psihijatrijskim ustanovama. Počinje se nadzirati metode zbrinjavanja duševnih bolesnika. Krajem 18. st. osnivaju se i prve bolnice za duševne bolesnike u Pragu i Beču.

(„*Narrenturm*“). Iako je to dovelo do određenog napretka, budući da su odvojeni duševni bolesnici od kriminalaca, metode su još uvijek bile srednjovjekovne- vezivanje i zlostavljanje bolesnika. Osim u Njemačkoj, Italiji, Engleskoj vjetrovi humanizacije odnosa prema duševnim bolesnicima se osjećaju i u Rusiji i Americi, koje kasnije samostalno razvijaju vlastite psihijatrijske škole.

U 19. i 20. stoljeću položaj psihijatrijskog bolesnika se posve mijenja, ukida se gotovo potpuno sustav sputavanja duševnih bolesnika, uvodi se poluzatvoreni, pa i posve otvoreni („*open door*“) sustav liječenja. Osnivaju se specijalizirane institucije za neke kategorije bolesnika (za epileptičare, alkoholičare, duševno zaostale i druge), uvodi se paviljonski sustav u gradnji bolnica, kolonije za duševne bolesnike u cilju njihove resocijalizacije.

W. Griessinger uvodi neurološku metodu u istraživanje duševnih bolesti, dakle povezuje neurologiju i psihijatriju, te posljedično s vremenom dolazi do osnivanja neurološko-psihijatrijskih klinika i odjela u općim bolnicama, što je kasnije postalo opće prihvaćeno pravilo. Na polju **neuropatološkog smjera** značajni su kasnije **Westphal**, **Meynert** i **Wernicke**.

Kao protuteža idealističko-spekulativnom pokretu „psihičara“ sredinom 19. st. se javlja pokret čiji su predstavnici **Morel** i **Magnan** (Francuska) i **Lombroso** (Italija) koji vjeruju da su duševne bolesti odraz procesa degeneracije, traže „vanjske“ tjelesne dokaze za tu teoriju. (Poznat je tzv. Lombrozov stav o posebnom obliku glave kriminalca.)

Jedna od najvećih ličnosti u povijesti psihijatrije je **Emil Kraepelin** (1856.-1926.), on proučava psihopatološke fenomene egzaktnim metodama, razgraničava endogene (unutarnje) od simptomatskih psihoza, radi modernu klasifikaciju duševnih bolesti, svrstava demenciju prekoks i manično-depresivnu psihozu u grupu endogenih psihoza. Bavio se i istraživanjima psihičke pojave u čovjeka pod utjecajem alkohola, meskalina, itd. Zalaže se i za osnivanje prvog istraživačkog zavoda za psihijatriju u Munchenu. Teži se za pronalaženjem uzroka i biti duševnih bolesti, te sredstava za njihovo spriječavanje, ublažavanje i liječenje, znanstvenim putem.

Najpoznatije psihijatrijsko ime s kraja 19. i početka 20. stoljeća svakako je ime velikog bečkog neurologa, psihijatra i psihoterapeuta **Sigmunda Freuda** (1856.-1939.). On je tvorac novog smjera u psihijatriji koji je psihijatriju učinio privlačnom čak ne samo liječnicima, nego i obrazovanim laicima. Tvorac tzv. **psihodinamičke psihijatrije**. S bečkim liječnikom J. Breuerom utvrđuje da histerične smetnje imaju svoj uzrok u tome što različiti podsvijesni događaji i psihičke traume, izbjegavajući svjesno sjećanje, izbijaju u obliku nekih tjelesnih i psihičkih simptoma. Ako se u hipnozi te potisnute psihičke traume i doživljaje uspije oživjeti, uz snažnu afektivnu pratnju dolazi do reagiranja i nestajanja psihičkih simptoma. Ta je metoda, kojom se neko vrijeme koristio, prozvana **psihokatarza**. Kasnije primjenjuje tehniku **forsiranih asocijacija**. Freud proučava **svjesno**, **predsvjesno** i **podsvjesno**, opisuje strukturu ličnosti koju dijeli na **IDA**-ono (nesvjesni dio ličnosti kojim dirigiraju nagoni, naročito seksualni), **EGO**-ja (korespondira s okolinom i testira stvarnost) i **SUPEREGO**- nad-ja (dijelom svijesni, dijelom nesvjesni dio ličnosti u kojem su sadržane zabrane i ograničenja koje nameće društvo; to je naša savjest). Freud razvija **teoriju psihoseksualnog nagona**, **Edipovog i kastracijskog straha**. Osnovni elementi **psihooanalitičkog učenja** koje je Freud postavio bili su učenje o otporu i potiskivanju, o nesvjesnom, etiološkom značenju seksualnog života i važnosti događaja u djetinjstvu. Njegovo učenje je jedno od najvažnijih učenja u psihijatriji i na njegovim zasadama uz logičnu primjenu novih spoznaja i danas se liječe mnogi pacijenti.

Freudovi učenici **Carl Gustav Jung** i **Alfred Adler** stvaraju vlastite psihološke sustave...Jung- **analitičku kompleksnu psihologiju**, a Adler- **individualnu psihologiju**.

Eugen Bleuler uvodi Freudove psihološke koncepte (koji nisu u početku priznati od tzv. službene psihijatrije) u kliničku psihijatriju, stvara most između dotadašnje kliničke psihijatrije i psihoanalize. U razdoblju otprilike Prvog svjetskog rata bitni su psihijatri **K. Jaspers** sa svojom knjigom „**Opća psihopatologija**“ i **E. Kretschmer** koji povezuje fenomene psihe s funkcijama mozga, endokrinim sustavom i općom strukturom tijela, postavlja poznate antropološke tipove, koji su kasnije prihvaćeni u kliničkoj psihijatriji.

Tvorac ruske kliničke psihijatrije **S. Korsakov** smatrao je da su duševne bolesti zapravo tjelesne bolesti kod kojih je obolio živčani sustav. Bavi se alkoholnim psihozama. **I. P. Pavlov** se bavi teorijom o uvjetnim refleksima (tzv. **refleksološka škola**) zasnovanim na fiziološkim postavkama refleksnih mehanizama mozga, te refleksološki tumači razvitak duševnih bolesti.

Psihijatrija se u SAD-u razvijala paralelno s europskom. Švicarac **Adolf Mayer** (1866.-1950.) prenio je u SAD Bleulerove psihijatrijske nazore, ali pod utjecajem američke praktične filozofije počeo se sve više oslanjati na značenje čovjekove praktične uloge, međuljudskih odnosa i ponašanje unutar ljudskog društva, te razvija **dinamičko-biološki psihijatrijski smjer**. Po njemu su duševne bolesti odgovor na određenu životnu situaciju, duševni poremećaji su dinamični i promjenjivi. Ova koncepcija koja se približava pojmu **neuroza** i **psihoza**, postala je u SAD-u uglavnom dominantna. Bivši duševni bolesnik **Clifford Beers** koji je proveo više godina u duševnim bolnicama i doživio raznovrsne nehumane postupke i poniženja upozna je javnost s teškim uvjetima života u američkim psihijatrijskim bolnicama, zalagao se za promjenu takvih uvjeta, stvara novi smjer- **mentalna higijena**.

W. Jaureggov pokušaj liječenja progresivne paralize umjetnim izazivanjem malarije 1917. smatra se početkom znanstvene psihijatrijske terapije., **Klaesi** kasnije uvodi kao terapiju metodu dugotrajnog spavanja, **Sakel** terapiju inzulinom. Mađar **Meduna** shizofreniju liječi konvulzijama koje je izazivao kardijazolom. Ideja za tu pretpostavku je krenula od krive pretpostavke da osoba koja boluje od epilepsije ne može bolovati od shizofrenije. **Cerletti** i **Bini** 1937. uvode **elektrokonvulzivnu terapiju**, koja se pokazala u nekim slučajevima uspješnom i zadržana je do danas u cijelom svijetu.

Leukotomija, (lobotomija), kao prvi psihokirurški zahvat u svijetu, izvedena od portugalskog psihijatra **Egasa Moniza** 1936., za koju je dobio i Nobelovu nagradu, napušta se zbog njene nesigurnosti i agresivnosti kojom je više invalidizirala pacijente, nego im pomagala.

Veliki pomak u liječenju se događa 50-ih godina 20. stoljeća otkrićem **psihofarmaka**. Iako su otprije bili poznati barbiturati i litij, smatra se za prvi učinkoviti psihofarmak, klorpromazim, koji se koristio kod shizofrenih bolesnika. Njegova kontraindikacija je kočenje psihomotorike. Ubrzo su otkriveni i **antidepresivi**.

Sistematska primjena litijevih soli u terapiji kod manično- depresivne psihoze nakon perioda zanemarenosti je ponovo aktualna, uz primjenu u međuvremenu razvijenih stabilizatora raspoloženja.

Od početka 90-ih je razvijen niz novih psihofarmaka, antipsihotika i antidepresiva, sa jednakim ili boljim učincima nego kod od prije poznatih lijekova.

Pojava psihofarmaka i njihov razvoj omogućio je sve češći otpust bolesnika iz psihijatrijskih bolnica i nastavak njihova liječenja u ambulantnim uvjetima. Dolazi do **deinstitucionalizacije**, zbog čega se i smanjuje broj psihijatrijskih kreveta u svijetu, pa i rehabilitacije i uključivanja bolesnika u društveni život.

Još ponešto o psihoterapijskim metodama...

Paralelno s razvojem bioloških metoda liječenja razvijala se i psihoterapija. Danas ima više od 200 (!) oficijelnih psihoterapijskih teorija, pravaca i postupaka. U toj šumi ponekad se teško i snalaziti. Među najpopularnijima su **psihodinamički orijentirana psihoterapija, psihoanaliza, grupna analiza, obiteljska psihoterapija, bihevioralna psihoterapija, različite kognitivno orijentirane psihoterapije, transakcijska psihoterapija, Gestalt psihoterapija, integrativna psihoterapija**, itd.

Ponešto o nekima....

Biolojska psihijatrija je psihijatrijska škola i disciplina koja naglašava fizikalne, kemijske i neurološke uzroke psihijatrijskih bolesti i pristupa u liječenju.

Psihoterapija - Psihoterapijska i psihodinamska psihijatrija se bavi procesima kod kojih se osobe koje se žele osloboditi simptoma ili traže načine za osobni razvoj uz pomoć psihoterapeuta ili psihoanalitičara razumijevaju svoje ponašanje u zdravlju i bolesti, sa stajališta motivacije, naglašavajući psihološka značenja i biološke instinkte kao pokretače promjena.

Forenzička psihijatrija - Forenzička ili sudska psihijatrija je grana psihijatrije koja se bavi pravnim pitanjima vezanim uz duševne poremećaje. Sudsko psihijatrijski vještaci izrađuju ekspertize tj. provode vještačenja osoba koje zbog duševnih poremećaja dolaze u kontakt s pravnim normama, kaznenog i građanskog prava i u vanparničnim postupcima.

Socijalna psihijatrija je grana psihijatrije koja se bavi kulturološkim, ekološkim i sociološkim čimbenicima koji izazivaju, precipitiraju, pojačavaju, produžuju ili na drugi način kompliciraju neprilagođene modele ponašanja te njihovim liječenjem.

Liaison - Konzultacijsko suradna (liaison) psihijatrija se bavi suradnjom s ostalim medicinskim stručnjacima kako bi se poboljšala dijagnostika, liječenje i vođenje bolesnika s primarnim tjelesnim bolestima.

Dječja i adolescentna psihijatrija je grana psihijatrije koja proučava duševne poremećaje, njihovo dijagnosticiranje, prevenciju i liječenje kod djece i adolescenata, osoba mlađih od 18 godina.

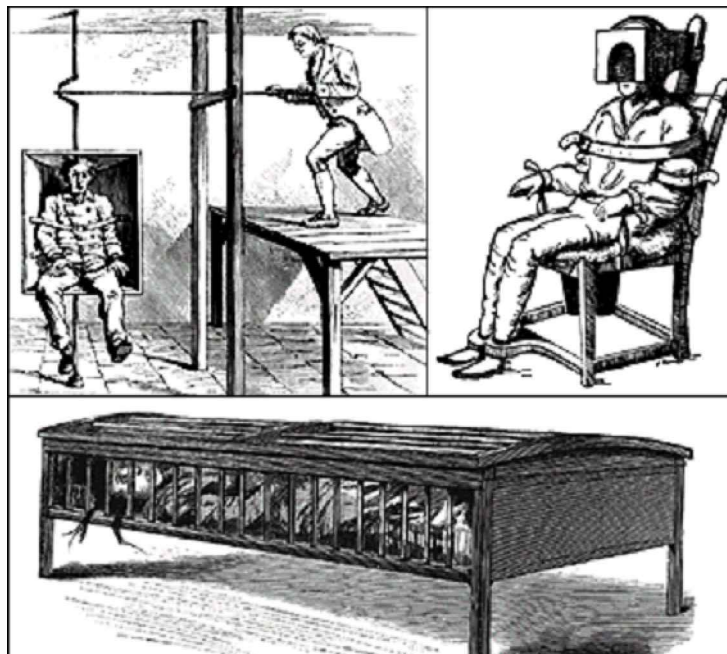
Psihijatrija ovisnosti se bavi bolestima ovisnosti, primjerice alkoholizmom

Gerontopsihijatrija se bavi psihičkim problemima starijih osoba.

Stres, psihotrauma i **PTSP** (posttraumatski stresni poremećaj) su posebno važno područje interesa psihijatarata.

Psihijatrija je često zlorabijavana, osobito u totalitarnim sustavima kakvi su bili komunizam i fašizam. Naime, mnogi su politički protivnici tih sustava bili proglašavani duševnim bolesnicima i zatvarani u psihijatrijske bolnice. Krajem 60ih i početkom 70ih godina 20. stoljeća rađa se tzv. **antipsihijatrijski pokret**. Glavni predstavnici su Laing, Cooper, Szasz, Bazaglia i drugi. Antipsihijatrija nije ozbiljnije utjecala na psihijatrijsku praksu, no njezine su teorije bile široko prihvaćene među zapadnim intelektualcima. Zasnih desetljeća, ponajprije zahvaljujući proizvodnji psihofarmaka sve se više naglašava potreba otpuštanja psihijatrijskih bolesnika iz bolnica i njihova liječenja u njihovoj socijalnoj sredini (psihijatrija u zajednici).

„tretman“ duševnih bolesnika u 16. st.



W.Hogart, A Rake's Progress, Bedlam



F. Goya, „Ludnica“, 1819.

Nešto o povijesti i aktuanoj situaciji (i problemima) hrvatske psihijatrije

Možemo reći da je razvoj hrvatske psihijatrije nešto kasnio za razvojem one u svijetu, ali je slijedio primjer svjetske psihijatrije. Neki segmenti psihijatrije su puno kasnili za svijetom, ali neki su se paralelno koristili kako i u svijetu, tako i u Hrvatskoj (npr. prvi antipsihotik u Hrvatskoj je primjenjen 1953. godine, samo godinu kasnije od njegove prve primjene u Francuskoj).

Povijest hrvatske psihijatrije počinje osnivanjem i izgradnjom Psihijatrijske bolnice Vrapče. Ona je izgrađena u Zagrebu krajem 19. stoljeća (tada nazvana Zavod za umobolne Stenjevec). Gradnja bolnice započela je 1877. godine, a završena je za dvije godine. Bolnica je prvotno bila namijenjena za oko 300 bolesnika, ali je taj broj premašen te se izvršila dogradnja i proširenje bolnice. Bolnica 1932. godine osniva u neposrednoj blizini, u Jankomiru u Zagrebu, stacionar za 130 kroničnih duševnih bolesnika. Danas psihijatrijska bolnica Vrapče raspolaže s približno 850 psihijatrijskih kreveta.

U Pakracu je 1905. godine osnovana psihijatrijska bolnica s otprilike 100 kreveta. Nakon nekog vremena, točnije sedamdesetih godina 20. stoljeća postaje dio Opće bolnice u Pakracu. U rujnu 1991. godine bolesnici (njih otprilike 250) su evakuirani iz bolnice zbog opasnosti od stradanja u ratnim razaranjima. Nakon završetka rata bolesnici se u nju nisu vraćali, te se ne planira njena obnova.

Godine 1934. u dvorcu u Popovači, istočno od Zagreba, dr. Ivan Barbot osniva psihijatrijsku bolnicu koja danas nosi njegovo ime. Ta bolnica danas raspolaže s oko 650 kreveta.

U Zemunik Donjem kod Zadra godine 1938. otvoren je psihijatrijski odjel kapaciteta 80 kreveta koji je bio depadansa šibenske psihijatrije. Kasnije se odjel pripaja općoj bolnici u Zadru, a na kraju egzistira kao samostalna psihijatrijska bolnica s otprilike 250 psihijatrijskih kreveta. Bolnica je zatvorena 1991. zbog ratnih operacija.

Godine 1955. osnovane su na otocima Rabu i Ugljanu, u napuštenim vojarnama i barakama psihijatrijske bolnice koje i dan danas postoje. U svakoj od tih bolnica danas se nalazi oko 450 bolesnika.

Depadansa za kronične psihijatrijske bolesnike Psihijatrijske bolnice Vrapče u Jankomiru godine 1958. postaje samostalna psihijatrijska bolnica Jankomir (danas Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan) koja ima približno 500 kreveta.

Šezdesetih i sedamdesetih godina osniva se većina (neuro)psihijatrijskih odjela u hrvatskim općim bolnicama. Sada u Hrvatskoj ima ukupno 17 samostalnih psihijatrijskih odjela, koji su u pravilu nastajali odjeljivanjem od neuropsihijatrijskih odjela, izuzev odjela u Šibeniku i Puli. Odjel u Šibeniku danas ima 18, a u Puli 35 kreveta. Sadašnji broj kreveta koji se definiraju kao „akutni“: Zadar- 20, Koprivnica- 27, Varaždin-42, Dubrovnik- 27, Vinkovci- 35, Karlovac- 30, Požega- 18, Čakovec- 29, Nova Gradiška- 15, Klinička bolnica Dubrava-30, Virovitica- 20, Vukovar- 22, Slavonski Brod- 35 kreveta.

Prema hrvatskim zakonima klinika je zdravstvena ustanova, ili njezin dio, u kojoj se uz dijagnosticiranje bolesti i liječenje bolesnika odvija edukacija studenata i provode znanstvena istraživanja. Uz adekvatan prostor, klinika mora imati određeni broj visokostručnih kadrova. Klinike su u pravilu vezane uz neki od visokoškolskih zdravstvenih institucija (fakulteti). U tim klinikama se

educiraju studenti medicine te specijalizanti. Svaka od klinika ima jako razvijenu polikliničku službu i dnevni bolnicu.

Klinika za psihijatriju KB Osijek

Ona je dobila naslov Klinike Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 1988. godine, temeljem nastavne potrebe studija medicine u Osijeku i udovoljenih kriterija za taj naslov. Prvi predsjednik klinike bio je prof. dr. sc. Nikola Mandić (1988.-2003.). Na klinici je zaposleno 18 liječnika (14 specijalista i 4 specijalizanta), 2 psihologa, 1 pedagog, 1 tajnik, 9 viših medicinskih sestara i 29 medicinskih sestara za njegu.

Klinika za psihijatriju KB Rijeka

Liječenje psihijatrijskih bolesnika u Rijeci započelo je davne 1823. godine u bolnici koja je smještena u Belom Kamniku. Od 1925. duševni bolesnici se liječe u sadašnjoj zgradi Klinike za psihijatriju. Prvi specijalist neuropsihijatar je prof. dr. sc. Zvonimir Sušić. Osnivanjem Medicinskog fakulteta u Rijeci godine 1955., neuropsihijatrijski odjel dobiva naziv Klinika za neurologiju i psihijatriju, a godine 1974. dolazi do razdvajanja neurologije i psihijatrije u dvije klinike. Klinikom rukovodi prof. dr. sc. Ljiljana Moro od 1992. godine, a na klinici rade još petero docenata i tri asistenta.

Klinika za psihijatriju KBC Zagreb

Prva neuropsihijatrijska klinika u Zagrebu osnovana je davne 1921. godine, nekoliko godina nakon (1917.) osnivanja medicinskog fakulteta. Ona je od samog osnutka djelovala kao klinika. Prvi bolesnici primljeni su na liječenje davne 1923. godine. Klinika je bila smještena u jednoj zgradi u Kukovićevoj ulici te je imala oko 45 kreveta. U sadašnju zgradu KBC na Rebru premještena je 1943. godine. Prvi predstojnik je bio prof. dr. Mihajlo Lapinskij (1862.-1948.). Danas je klinika organizirana u tri zavoda, a to su Zavod za socijalnu psihijatriju, Zavod za biologijsku psihijatriju te Zavod za kliničku psihijatriju. Ukupno na klinici radi 114 osoba, od toga 25 psihijatara, 6 specijalizanata, 3 psihologa, 45 medicinskih sestara, 3 okupaciona terapeuta te 4 EEG tehničara.

Bitna značajka razvoja hrvatske psihijatrijske službe: posrijedi je, naime, **relativno stihijsko osnivanje nekih psihijatrijskih ustanova**. Osnivanje psihijatrijske ustanove često nije bilo plod promišljene i planirane zdravstvene politike. Događalo se, naime, da se npr. Psihijatrijska bolnica osnivala zahvaljujući „jakom“ pojedincu ili nastojanju lokalnih političara da zaposle lokalno stanovništvo. Tako su sve bolnice osim „Vrapča“ osnovane „zato što je trebalo staviti u funkciju slobodan prostor“ stare vojarnje, dvorca, barake...“

Pa se dogodilo da su „Rab“ i „Ugljan“ na izoliranim otocima, „Popovača“ u starom dvorcu, „Jankomir“ ni kilometar od najveće ciljano građene bolnice Vrapče. Štoviše, u vrijeme kad se govori o potrebi smanjivanja psihijatrijskih kreveta (psihijatrija u zajednici) broj kreveta u bolnicama, izuzev Vrapča, gdje je padao (1960 na 881) i Popovače gdje je isti (700:699), u ostalim bolnicama raste. Jankomir (s 445 na 558), Ugljan (s 300 na 483), Rab (s 260 na 476).

Istodobno, sredine kao što su istočna Slavonija ili južna Dalmacija moraju svoje bolesnike slati u udaljenije bolnice gdje ih njihova rodbina teško može posjećivati.

Zadnjih 20-25 godina se broj psihijatrijskih kreveta u Hrvatskoj smanjio. To je djelomično rezultat orijentacije ka psihijatriji u zajednici, djelomično zbog manjeg broja pacijenata (hrvatske psihijatrijske bolnice su pokrivala jedan dio potreba psihijatrijskih kreveta za ostale republike bivše Jugoslavije), a također i zbog zatvaranja triju bolnica za vrijeme Domovinskog rata.

Godine 2002. mreža psihijatrijskih kreveta u Hrvatskoj sastoji se od 3975 kreveta. Od tog broja samo njih 54 namijenjeno je djeci i adolescentima. Ovi kreveti podijeljeni su na tzv. „akutne“ kojih je 1107 i „kronične“ kojih je 2868. S obzirom na ukupni broj stanovnika proizlazi da je hrvatskim građanima na raspolaganju 0,9 psihijatrijskih kreveta na 1000 stanovnika, tj. 0,25 „akutnih“ i 0,65 „kroničnih“. Ovome treba još dodati 351 krevet namijenjen forenzično-psihijatrijskim pacijentima (Popovača- 200, Vrapče- 70, Rab- 54, Ugljan-27 kreveta). Hrvatskojhh

(Tema o psihijatrijskoj organizaciji u Splitu je obrađena naprijed.)

...iz medija...

...dr. Dodig za Slobodnu Dalmaciju (2.3.2011.)...

Dnevno u ambulantu dolazi od 250 do 350 pacijenata, pa svaki psihijatar iz KBC-a svaki dan obradi od 40 do 50 ljudi, a optimum bi bio 15, najviše 20.

- U Hrvatskoj se kontinuirano proizvodi osjećaj ugroženosti i straha. Recimo, posljednji prosvjedi u Zagrebu najbolji su pokazatelj: mirnom prosvjedu branitelja na televiziji se dala pažnja kao i maškarama u Rijeci, ali je zato puno veću zastupljenost dobio drugi prosvjed u kojemu je bilo puno nasilja - istaknuo je dr. Dodig.

....

U medijima se može čuti da će 500 škverana dobiti otkaz, i to u sklopu priče o spasu brodogradilišta i ostalih škverskih radnih mjesta.

No, od njih petsto velik dio će doći i potražiti pomoć na Psihijatriji i to je najtragičnije u svemu - kazao nam je dr. Goran Dodig, predstojnik Klinike za psihijatriju KBC-a Split.

Psihijatriju svakodnevno posjeti mnogo ljudi. Većina nema psihijatrijsku dijagnozu, već ih tište egzistencijalni problemi. Samo 23. i 24. veljače psihijatrijsku ambulantu posjetilo je 585 osoba tražeći pomoć.

....

Na klinici za psihijatriju sve više pomoć traže i djeca od 14 do 16 godina, i to zbog alkoholiziranosti.

- Kada se otrijezne, ta djeca nemaju logično objašnjenje zašto su se napili. Tada na "scenu" stižu roditelji koji ih dolaze preuzeti. Budu u šoku i kažu da njihova djeca nisu takva. Pa oni i ne poznaju svoju djecu, njima je važnije skijanje u Austriji s prijateljima, nego odgoj djece. Podjednak je broj muške i ženske alkoholizirane djece, nema tu razlike.

No, ovo društvo mora zabrinuti činjenica da će ta djeca za nekoliko godina biti glasači na izborima. Bojim se i promisliti kakva će biti Hrvatska kada je kod te djece sve destruktivno i crno. Nikada u Hrvatskoj nije bila ovakva, gotovo bezizlazna situacija, kazao je dr. Dodig.

....Jutarnji list, 18. 2.2015.

Psihijatrijske bolnice nose najveći teret manjka novca u zdravstvu: sobe su male i pretrpane krevetima, nedostaje medicinskih sestara, liječnika i stručnjaka

Na Odsjeku kronične skrbi psihogerijatrijskog odjela bolnice Vrapče bilo je 45 nepokretnih pacijenata, a u jutarnjoj smjeni radile su samo dvije medicinske sestre jer su ostale morale ići u vanjske preglede. U istoj bolnici na Odjelu Zavoda za forenzičnu psihijatriju u sobi od 29,8 kvadrata smješteno je osam pacijenata koji odjeću drže u torbama ispod kreveta jer za ormara nema mjesta. Na Zavodu za forenzičnu psihijatriju bolnice u Popovači u pojedinim slučajevima sputavanja, odnosno vezanja pacijenata za krevet, pacijenta se smjesti u središnji dio hodnika pred ostale pacijente, a u psihijatrijskoj bolnici na Rabu na Odjelu za forenzičnu psihijatriju nalazi se sedam pacijenata koje nikada nitko nije posjetio. U bolnici Lopača pak, pacijenti u okviru radne terapije obavljaju poslove koje bi trebali zaposlenici bolnice, poput peglanja rublja i čak prenošenja umrlih!

Svi spomenuti slučajevi navedeni su u Izvješću pučke pravobraniteljice sastavljenom kako bi se pokazala kakva je razina ljudskih prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama, a o kojem bi danas trebao raspravljati saborski Odbor za ljudska prava.

.....

Prosječna napučenost ustanova iznosi 77 posto, najveća je kod Popovače (89%), a najniža u Vrapču (70%). Pravilnik propisuje najviše četiri kreveta po sobi i 6 kvadrata prostora za svakog pacijenta, no tako nije u praksi.

- Sobe su u pravilu premalene s brojem kreveta dvostruko većim od propisanog. U nekim se bolnicama nalazi i 14 kreveta u jednoj sobi - navodi se.

Problem je detektiran i kod propisivanja lijekova.

- U pravilu su u psihijatrijskim ustanovama za liječenje na raspolaganju psihofarmaci nove generacije, često zahvaljujući donacijama. No, prema terapijskim smjernicama prvo se moraju isprobati stariji i jeftiniji lijekovi i tek ako ne djeluju, pacijenti dobivaju novije lijekove.

.....

Neuropsihijatrijska bolnica Popovača

- na Odjelu za forenzičnu psihijatriju pacijentice su umjesto u manjim sobama i apartmanima smještene u velikoj sobi s devet kreveta

- na Odjelu za psihogerijatriju muški i ženski WC-i nisu odvojeni
- u Zavodu za forenzičnu psihijatriju u pojedinim slučajevima sputavanja krevet s pacijentom smjesti se u središnji dio hodnika pred ostale pacijente

Psihijatrijska bolnica Rab

- na Odjelu za produljeno liječenje većina spavaonica ima po osam kreveta
- na Odjelu za prijem i intermedijarno liječenje sobe su prenapučene i ne postoji propisani razmak
- Odjel za forenzičnu psihijatriju je na 1. katu pa slabije pokretne pacijente bolničari prenose kad idu u park
- na Odjelu za forenzičnu psihijatriju je 7 pacijenata koje nikada nitko nije posjetio

Psihijatrijska bolnica Lopača

- nemaju socijalnog radnika
- korisnici dugotrajnog smještaja u pravilu nisu znali da nemaju status pacijenta
- pacijenti bolnice i korisnici dugotrajnog smještaja koriste iste prostore
- prostor za djecu i adolescente potpuno neadekvatan
- pacijenti u okviru radne terapije obavljaju poslove koje bi trebali zaposlenici bolnice poput peglanja rublja, prenošenja umrlih

Psihijatrijska bolnica Ugljan

- pacijenti koji nisu forenzički smještaju se na takve odjele jer na njima ima slobodnih kreveta
- na Odjelu demencije za psihijatriju starijih i palijativnu skrb postoje dvije sobe u kojima je po 14 pacijentica
- na Odjelu demencije u sanitarnom su čvoru samo čučavci
- na Odjelu za forenzičnu psihijatriju na WC-ima nema vrata ni zavjese na tušu

Klinika za psihijatriju Vrapče

- na odjelu Zavoda za forenzičnu psihijatriju u sobi od 29,8 kvadrata smješteno je osam pacijenata koji odjeću drže u torbama ispod kreveta

- na Odjelu psihogerijatrije na odsjeku kronične skrbi, gdje je od 48 pacijenata njih 45 nepokretno, u sobama je od 2 do 7 kreveta koji su toliko blizu da je prilaz pacijentima moguć samo s jedne strane

- na Odjelu psihogerijatrije stolarija je stara, prozori su truli pa zimi ulazi hladan zrak, krov prokišnjava...

- na odsjeku intenzivne skrbi pacijenti su smješteni u 6 boksova koji su razdvojeni samo staklom, a u svakom je po 6 kreveta

- Odjel za demenciju nema kupaonice prilagođene za kupanje nepokretnih i polupokretnih

- na Odjelu za forenzičnu psihijatriju pacijenti ne smiju koristiti vlastiti mobilni telefon

- na Odjelu psihogerijatrije u odsjeku kronične skrbi bilo je 45 nepokretnih pacijenata, a u jutarnjoj smjeni radile su samo dvije sestre

- na odjelima urgentne psihijatrije pacijenti koji ne mogu sami izaći na zrak i ne izlaze jer se bolnica pravda nedostatkom osoblja

Što bi trebala biti psihijatrijska ustanova u 21. stoljeću?

Uvod u temu

Socijalna psihijatrija i povratak mentalnih bolesnika u zajednicu

Otkriće psihofarmaka 50-ih godina 20. stoljeća je označilo veliko prekretnicu u pristupu liječenju psihijatrijskih bolesnika. Veliki broj psihijatrijskih bolesnika se otpušta iz bolnica i vraća u zajednicu. Dolazi do promjene paradigme značenja psihijatrijske ustanove. Do tada su psihijatrijske ustanove imale i preko 1000 kreveta, bolesnici su u njima boravili na dugotrajnom liječenju, koje često i nije dovodilo do oporavka. Otkrićem psihofarmaka dolazi u pitanje smisao bolnice kao pružatelja dugotrajne skrbi, dolazi do deinstitucionalizacije psihijatrijskog zdravstvenog sustava. Burton govori o 'institucionalnoj neurozi'- neprilagođavanju otpuštenih pacijenata novonastaloj situaciji i nesnalaženje u 'svakodnevnom' životu.

Kao odgovor na takvu situaciju javlja se pristup pod nazivom 'community care' (kod nas 'psihijatrija u zajednici' -javna skrb). To je internacionalni pokret čiji su temelji dati u SAD-u početkom 60-ih. Taj model daje više na značaju nemedicinski (sociološki, psihologijski) pristup u odnosu na (otpuštene i potencijalne nove) mentalne bolesnike i ističe na važnosti eksperimentalnih sadržaja i ustroja unutar zajednice. National Institut for Mental Health (SAD) za ciljeve postavlja nadzor i grupnu identifikaciju korisnika ('users'), pomoć i beneficije, pravodobne krizne intervencije, psihosocijalnu pomoć, umreženost sustava, sudjelovanje zajednice, medicinsku pomoć i urednu administraciju. Dakle, pristup je takav da je psihosocijalni kontekst i okružje od većeg značaja za život korisnika, nego stanje vezano za dijagnozu njegove bolesti. Ekdawi i Conning daju tri osnovne postavke: ne-bolnička briga, briga zajednice ('family model'- gdje obitelji pružaju skrb) i briga u javnim objektima kao što su hosteli, grupni domovi.

Još jedan pristup blizak modelu javne skrbi je 'teorija normalizacije' ('normalization theory'). Ima za cilj jačanje vrijednosti socijalnog značaja psihički bolesnih osoba, koje su pod određenom stigmom i društvo zazire od njih. U tom smislu cilj je njihova reintegracija, te stvaranje svijesti da su oni prvenstveno 'ljudi', a ne 'mentalni bolesnici'. Ova teorija je fokusirana na pacijentove individualne potrebe, izbor i prioritete.

Na ovom mjestu bih izložio samo neke od pokušaja implementacije gore navedenih pristupa kao uvod za bolje razumijevanje psihijatrijske problematike.

-U UK-u 'therapeutic community' pokret drži da je boravak u bolnici samo jedan korak u liječenju, cilj je da se pacijent liječi u zajednici, protive se medicinskom modelu (uporaba lijekova, ECT), iznose revolucionarne ideje: pacijenti samoodlučuju, komuniciraju s osobljem (liječnici, sestre) vlastitim imenima. 1958. UK uvodi sustav dnevnih bolnica u cilju da je pacijent bliže svojoj zajednici, kao i u cilju primarne, pa i sekundarne zaštite. U UK-u pokret 'community care' propada zbog nedostatka novčanih sredstava, tijekom krize krajem 80-ih godina.

-U New Yorku socijalni radnik J. Beard 1958. otvara kuću 'Clubhouse' u kojoj priprema otpuštene bolesnike za normalan život. Korisnici upravljaju objektom. Kasnije je otvoreno nekoliko takvih kuća u SAD-u i UK.

-50-ih se u Francuskoj i UK provode polemike oko zakonodavstva vezano za deinstitutionalizaciju sustava i reintegraciju psihičkih bolesnika što bi trebalo dovesti do smanjenja javnih troškova.

-60-ih u Americi predsjednik Kennedy propagira mentalno zdravlje kao glavno pitanje zdravlja nacije i utemeljuje CHMC (Community Mental Health Centres) na 700 lokacija u idućih 15 godina, čak i u objektima, kao npr. trgovačkim centrima, uredskim zgradama, obiteljskim kućama. Bave se 'in' i 'out' brigom o pacijentima, edukacijom, parcijalnom hospitalizacijom, hitnim slučajevima. Dolazi do zatvaranja mnogih bolnica ili njihovih adaptacija u druge svrhe. Ovaj sustav je pokazao mnoge manjkavosti u organizaciji.

-1968. Bazaglia zatvara u Trstu veliku bolnicu sa preko 1000 kreveta. On je uz Lainga, Coopera, Szasza, glavni predstavnik 'antipsihijatrijskog pokreta'. Antipsihijatrija nije ozbiljnije utjecala na psihijatrijsku praksu, no njezine su teorije bile široko prihvaćene među zapadnim intelektualcima.

Treba odmah reći da je pristup 'psihijatrije u zajednici' ubrzo po svom začetku izazvao niz polemika i društvenih kritika. Primjerice, CHMC sustav u SAD-u je svojom (ne)organizacijom doveo do toga da su psihički oboljeli beskućnici zalazili u te prostore i noćili po hodnicima zgrada, dvorištima obiteljskih kuća, pa se stvorio kontrapokret NIMB ('Not in My Backyard').

Dakle, polemika se vodila (a i danas je aktualna i kontroverzna) oko kritike da društvo treba biti zaštićeno od psihičkih bolesnika koji obitavaju u zajednici, u smislu sigurnosti njihove okoline, kao i njih samih. Ubrzo je shvaćeno da u usporedbi 'institucionalnog' liječenja u bolnici i liječenja u zajednici, istina nije crno- bijela- i jedan i drugi sustav imaju svojih pogodnosti i nedostataka. Shvaćeno je da 'institucionalizirano' ponašanje nije samo rezultat bolničkog tretmana, već i rezultat društvenog uređenja. Sljedeći korak nije stvaranje nekog novog 'revolucionarnog' modela već nastojanje da postojeći modeli napreduju (evoluiraju) i izvlačenje najboljeg iz njih.

80-ih godina imamo, kako u kojoj zemlji, tri glavna pristupa: 1. Totalna skrb u zajednici na principu posebnih sadržaja i objekata specijalno za tu svrhu, 2. Skrb u zajednici u kombinaciji s pragmatičnim pristupom (suradnja s bolnicama i azilima) (u Hrvatskoj je takav sustav), 3. Radikalni pristup bolničkom liječenju. SAD tih godina definira psihičko zdravlje kao pitanje stanja, a ne patologije. Javlja se i privatni sektor u terapiji psihičkih bolesnika. U Francuskoj koja slovi kao jedna od zemalja sa dobro uređenim psihijatrijskim sustavom zakonodavstvo 1985. državu dijeli na 825 psihijatrijskih sektora, s prosječnom populacijom 60 000 stanovnika po sektoru. Postoje varijacije u veličini sektora, pa mnogi i dosta premašuju ovaj broj. Naglasak je na bolji tretman unutarnjih (bolničkih) pacijenata, liječenje bliže domu, prevenciju, skrb nakon liječenja, ciljaju na kroničnu populaciju, rano dijagnosticiranje i akutnu skrb. Bave se pitanjem skrbi svih stanovnika na određenom području. Uvode 'dobrovoljnu hospitalizaciju'. Rezultati su takvi da 60% korisnika psihičke pomoći nisu hospitalizirani. Uređuje društvene servise (dispanzere), dnevne i noćne bolnice, liječilišne stanove, uvode autonomiju kuća u zajednici ('communal houses'-24-satna briga i timovi koji rade slično kao u bolnicama). Pacijenti koji prođu tretman u 'communal houses' dalje idu u liječilišne stanove ('therapeutic apartments') gdje su autonomniji. Ukoliko se tu prepozna regres bolesti, tek tad se šalju na liječenje u bolnice. U Belgiji koja također slovi kao zemlja s dobro uređenim psihijatrijskim sustavom postoje tri osnovna principa: 1. nekoliko velikih bolnica (npr. Bethenienhius s 672 kreveta) i psihijatrijski odjeli glavnih bolnica, 2. domovi za pomoć, skloništa, 3. ambulatna skrb (sa razvijenim obiteljskim programima).

Arhitektonski koncepti vezani za psihijatrijsku praksu

Na ovom mjestu ne bih izlagao neke povijesne koncepte psihijatrijskih ustanova (koji su u današnjoj realnosti irelevantni, iako dijele ponekad neke poveznice s današnjim pristupom), jer bi to oduzelo dosta vremena i prostora. Fokusirat ću se na ono što je danas relevantno, od 60-ih godina, naovamo. Tih je godina skovan i pojam 'psihijatrijske arhitekture' koje predstavlja teoretsko proučavanje koje se bavi psihosocijalnim teorijama i arhitekturom u cilju terapije.

1960. psihijatri A. Baker i P. Sinadon i arhitekt R.L. Davis surađuju na publikaciji WHO-a 'Psihijatrijsko djelovanje i arhitektura'. Zauzima se stav da psihijatrijska bolnica preuzima glavnu ulogu u skrbi u suradnji s javnim službama. Bolnica prihvaća slučajeve gdje je hospitalizacija nužna i vremenski koliko je potrebno, ali s tim da treba pružiti bolesniku 'domaćinski' ('domesticity') ugođaj. Javne službe djeuju kao dispanzeri, centri za rani tretman, dnevne bolnice, radionice, post-oporavak u domovima i radnom okruženju. Predlaže se koncept novih bolnica. U tom smislu predlažu koncept 'sela' ('village'). Servisi, smještaj, terapijske radionice, socijalni centri, medicinski centri, administracija trebaju biti u odvojenim i prpoznatljivim blokovima da bi se izbjegli do tada uobičajeni dugi koridori i građevine velikih razmjera. Preporuča se veličina bolnica do 280 kreveta, govori se o značaju boja, osvjetljenja i grijanja.

H. Goodman, glavni arhitekt britanskog Ministarstva zdravlja zauzima se za vernakularnu psihijatrijsku arhitekturu manjeg 'stambenog' mjerila. Preferira značaj normalnog okoliša i govori o aspektu sigurnosti pacijenata i njihove okoline u tom 'uobičajenom tradicijskom' okolišu i predlaže neke specifične mjere u sprečavanju ugroze pacijenata, npr. bavi se problematikom sprečavanja suicida.

Po pitanju uključivanja zajednice u funkcioniranje 'institucionalne' forme psihijatrijskih ustanova izdvojio bih Brandona koji za koncept psihijatrijske bolnice Haven Community (dio Frien Hospital u SAD-u) predlaže uključivanje funkcija lokalne zajednice unutar samog objekta. On, također, za tu bolnicu, predlaže koncept azila koji se sastoji od četiri odvojena objekta ('houses') od kojih svaki pruža neki od najzastupljenijih metoda terapije u psihijatriji.

U UK-u 70-ih godina u većini bolnica je broj kreveta reduciran na 80-120. Koriste sustav hostela za 20-30 korisnika mlađe populacije koji nisu ranije hospitalizirani. Razvijaju 'core and cluster' model kao strukture 'satelitskih' jedinica kao domove za grupe od 6 do 12 korisnika.

U Francuskoj se prof. Amiel bavi novom paradigmom bolnica koje moraju nositi glavnu ulogu u liječenju. Uvodi pojam 'topotherapy' koji govori o značaju trodimenzionalnog prostora u terapiji. Iznosi koncept po kojemu je osobnost satkana u ovisnosti od vremena i prostora. Po njemu se odnosi brže razvijaju kada su vezani za prostor, nego oni koji su vezani za vremenski tok. Iznosi pet parova suprotstavljenih mogućnosti koje liječnik može koristiti u liječenju: 1. samostalnost vs život u zajednici, 2. male vs velike grupe, 3. opuštanje vs aktivnost, 4. ovisnost vs neovisnost, 5. sigurnost vs nesigurnost. Od arhitekata traži da ispituju ove mogućnosti i predlaže stambenu hotelsku arhitekturu.

Psihijatrica J. Fisk podcrtava dva glavna koncepta koji se odnose na planiranje psihijatrijskih objekata. Prvi se odnosi na specijalističku skrb o pacijentu i liječenje s obzirom na njihovo stanje. Tu glavnu ulogu igraju liječnici i medicinske sestre. Drugi koncept se odnosi na generalnu skrb koja se temelji na 'normalization theory', tj. iskustvima tog pristupa. Teorija govori da uređen i organiziran društveni sustav više pomaže od same specijalističke brige.

Ulazni podaci u vezi stanja Klinike za psihijatriju KB Split

Počeci organizirane hospitalne skrbi za psihijatrijske bolesnike u Splitu datiraju od jeseni 1943. godine kada je Opća bolnica Split za duševne bolesnike odvojila nekoliko kreveta u jednoj podrumskoj prostoriji. Na odjeli radi jedan liječnik specijalist uz nekoliko priučениh bolničara, sve do 1958. godine, kada počinje raditi još jedan liječnik specijalist uz dvije medicinske sestre. Godine 1974. odjel se seli u zgradu nove bolnice na Firulama, a godine 1980. formalno se odvaja psihijatrija od neurologije. Prvi šef odjela bio je prim. dr. Viktor Ostrovidov, a od 1962. godine šef odjela i predstojnik klinike je prof. dr. Borben Uglešić. Uglešić odlazi u mirovinu 1988. godine, a vođenje klinike preuzima prof. dr. Goran Dodig. Danas uz prof. Dodiga na klinici rade još i dva asistenta. Današnja organizacija čini 101 bolesnički krevet, dnevna bolnica s 15 mjesta, ambulantno-poliklinički odjel (44.487 pregleda 2001. godine), služba kliničke psihologije, služba socijalne skrbi te 111 zaposlenih. Treba dodati da u bolnici Križine djeluje Centar za psihotraumu, uglavnom ga koriste branitelji za ambulantne preglede. Opis i unutarnje ustrojstvo Klinike za psihijatriju: Klinički odjel kliničke psihijatrije s ukupno 33 kreveta i 6 liječnika specijalista, Klinički odjel biološke psihijatrije s jedinicom intenzivne njege s ukupno 36 kreveta i 5 liječnika specijalista, Klinički odjel socijalne psihijatrije s 32 kreveta i 5 liječnika specijalista, Regionalni centar za psihotraumu s 3 liječnika specijalista (bolnica Križine), dnevna bolnica s 35 mjesta i 2 liječnika specijalista, Poliklinika. U okviru Klinike samostalno djeluje služba kliničke psihologije s ukupno 5 psihologa koji su uključeni u dijagnostičke, terapijske i nastavne aktivnosti Klinike. Djelatnici Klinike za psihijatriju sudjeluju u organizaciji nastave iz kolegija Psihijatrija pri Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog

fakulteta Sveučilišta u Splitu (smjer Medicina i Dentalna medicina), na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija (smjer Sestrinstvo i Fizioterapija) te na diplomskom sveučilišnom studiju forenzike.

Postojeću prostornu organizaciju odjela vidjeti u grafičkom prilogu!

Tema

Psihijatrijska ustanova danas...Između 'institucionalnog' značenja i 'psihijatrije u zajednici' (i o nekim ostalim aspektima i modelima rehabilitacije)

Proučavajući problematiku vezanu za arhitekturu psihijatrijskih ustanova, prva stvar koja me iznenađuje jest koliko je zapravo ova tema neistražena i marginalizirana. Nisam naišao na nikakve podatke o bavljenju poznatih arhitekata ovom problematikom, govorim o drugoj polovici 20. stoljeća. Tek, mogu izdvojiti, citat Aldo Van Eycka koji kaže za psihijatrijsku ustanovu: 'building which cannot be left or entered'. U klinici koju gradi u Nizozemskoj, on govori o značaju fokusa na otvorene prostore unutar perimetra, te potrebu za anuliranje zatvorskog osjećaja. Nadalje, kaže, da je kod ove zadaće vizualna veza između prostora i planiranje tih otvorenih prostora jednako bitna stvar kao i primjerice neki detalj u rješenju prozora. Također, ne postoji ni nešto mnogo literature koja se bavi 'psihijatrijskom arhitekturom', na hrvatskom jeziku, koliko mi je poznato i ne postoji.

Graditi, stvarati arhitekturu, nosi samo po sebi veliku odgovornost arhitekta u odnosu na onoga za koga gradi. Često su i mnogi projekti koji su imali neku humanu gestu u zamisli, padali u praksi, i postajali nešto sasvim drugo, pada mi napamet 'Robin Hood Gardens' Smithsonovih ili 'Scampia' u Napulju. Zamišljeno kao ultimativno stambeno rješenje za srednju i radničku klasu na kraju su postali utočišta kriminalaca i ovisnika, u slučaju 'Scampie' i važna baza zloglasne 'Camore', koja doslovno upravlja naseljem. U tom smislu graditi za ljude za koje 'ne važe pravila', graditi ustanovu u koju dijele shizofrenik koji pati od toga da je sve u simetriji, autist koji sjedi i 'bulji' u jednu točku i depresivac koji hoda po dugačkim hodnicima satima, čini mi se kao posebno interesantna, ali naravno i odgovorna zadaća.

No, da se vratim na analizu onoga što sam iznio u uvodu. Moram na početku naglasiti da sam za izraz 'community care' (u literaturi na eng. jeziku) u uvodu uglavnom koristio izraz 'skrb u zajednici' (naravno, odnosi se na psihijatrijsku skrb), dok je nekakav 'službeni' izraz u hrvatskoj stručnoj literaturi 'psihijatrija u zajednici', iako sam i tu nailazio na varijacije na temu.

Iz uvoda je jasno da je po pitanju psihijatrijske prakse danas jedno od glavnih pitanja pronalaženje balansa između psihijatrijske ustanove u 'institucionalnom' smislu i težnje za 'povratkom' psihijatrije, odnosno, psihičkih bolesnika, u zajednicu. Usporedno s time, postavlja se i pitanje arhitektonskog odgovora na tu problematiku. I to bi bila moja osnovna zadaća i tema- kroz objekt koji ću projektirati pomiriti te dvije nužne datosti, i otud naziv teme.

„In other words, when asked to design for mental health the architects, until very recently, could not refer to evidence-based guidelines on which to base their solutions. Anecdotal evidence and 'personal' references were the available 'tools' for design professionals. This dearth of evidence-based

knowledge was often complicated by inadequate briefing on the part of the health and care providers. This was due to the lack of understanding about how to translate the concept of community care into a fullyfunctioning building.“

To bi u praksi značilo da trebam ispoštovati mnoštvo zahtjeva za funkcioniranje jedne takve ustanove na bonitet prvenstveno pacijenata, zatim osoblja, posjetitelja i šire zajednice. U literaturi sam nailazio na nekakav princip da je za ustanovu ovog tipa jedna od prvih težnji s obzirom na bonitet pacijenata, naglasak na 'normalnoj', 'domaćinskoj' ('domesticity') atmosferi. Naravno, to ovdje nosi dodatnu težinu i značenje.

Korisnici ustanove mogu ugrubo biti podijeljeni na dvije osnovne grupe: nervozne i agresivne, te depresivne (tihe i povučene). U praksi se događa da ove dvije vrste bolesnika dijele isti prostor, pa dolazi do kontradiktornih i potencijalno opasnih situacija. U tom smislu jedan dio kreveta (u posebnoj jedinici) pripada akutnim slučajevima (onima kod kojih dolazi do izraženog pogoršanja simptoma i koji traže hitnu intervenciju). Preporuka za akutne jedinice je da imaju odvojeni ulaz, mogućnost prolaska bolničkih kreveta i prijema hitne pomoći.

'Centre for Mental Health' (UK) za 21. stoljeće zacrtava za ciljeve u psihijatrijskoj skrbi: visoko kvalitetna njega, informiranje, potpora, zdrava hrana, aktivnosti u slobodno vrijeme, povlastice, zapošljavanje, odgovarajuća gradnja. Okoliš treba osigurati osnovne potrebe. Planiranjem i sadržajima objekata treba uvažiti više aspekata i potreba, nego samo pružiti sklonište. Opasnosti se kriju jednako po pitanju prostornih aspekata, kao i socijalnih odnosa. Okoliš mora pružiti integracijske mogućnosti, ovo traži integrirani pristup u kojem je u središtu interesa pacijent. Mnoge građevine više ne mogu odgovoriti na nove koncepte i potrebe.

Scher definira održiv okoliš vezan za nove koncepte. Naglasak je na liječenju i brizi o korisnicima (pacijentima) u suradnji s zajednicom. Ističe značaj osoblja i medicinskog modela u najboljoj okolini koja pruža koncentraciju za osoblje. Za korisnike je bitna čistoća, hrana, kvaliteta okoliša. Ono što utječe na rezultat je prostor, komfort, komunikacija, inkorporiranje fizičke i mentalne skrbi, mir. Briga-glavna riječ po pitanju zdravstvene njege. Bitan je fokus na psihosocijalna pitanja, pravo bolesnika na privatnost i dostojanstvo. Te sve potrebe i zahtjevi moraju biti koherentni. Model rehabilitacije je partnerstvo pacijenata, osoblja i zajednice. Implementacija navedenoga vodi poboljšanju. Model pomaže čak i skupinama najtežih bolesnika ili onima kod kojih dolazi do napretka bolesti. Ovakav model je u suprotnosti s prijašnjim modelom gdje je fokus na redukciju simptoma, gdje se postavlja očekivano vrijeme u kojem bi trebalo doći do napretka u liječenju, i gdje se ignorira zaostali invaliditet i socijalni hendikep pacijenta.

U procesu rehabilitacije cilja se na da to pacijenti izraze svoje vještine. To traži strpljenje i sigurnost osoblja kao ključnim sudionicima u procesu. Oni osim pružanja tretmana, moraju kod pacijenta stvoriti osjećaj veze s 'običnim životom' da se izbjegne osjećaj izolacije. Reintegracija, kao ključna tema, traži više od kuće u zajednici jer i tu postoji osamljenost.

Pažljivo osmišljena i senzibilna arhitektura za mentalne bolesnike ima jako bitnu ulogu u procesu rehabilitacije. Siromašan i nepodržavajući okoliš može čak u potpunosti opstruirati ovaj proces! Kod ovih zgrada naročito je bitan izbor materijala, namještaja (koji treba biti fleksibilan) i boja. Izbor materijala, po pitanju 'ukusa' pacijenata, dosta ovisi o kulturološkim značajkama određenog prostora. Istraživanja pokazuju da npr. pacijenti u zemljama južne Europe (Grčka) više preferiraju 'asketski'

izbor materijala (kamen) i bijele ravne plohe, dok oni u primjerice Nizozemskoj preferiraju tapete sa grubljom teksturom i hladne boje.

Zašto graditi psihijatrijsku ustanovu u Splitu?

'Statistički' je jako teško predvidjeti potrebne 'kapacitete' psihijatrijskog sustava. Mnoge zemlje traže i ispituju raznorazne sustave i koncepte. Ti 'kapaciteti' ovisе o mnogim složenim sociološkim, lokalnim, ekonomskim, političkim, kulturološkim i mnogim drugim aspektima. Teško je predvidjeti koliko je psihijatrijskih kreveta potrebno na nekom prostoru 'per capita'. Vezano za to, jedan mali 'brainstorming'... Interesantno mi je primjetiti da je primjerice u bogatim skandinavskim zemljama (naročito Finska), visoka stopa samoubojstava, dok je u nekim siromašnim južnoameričkim zemljama ta stopa niska, i kod stanovnika tih (siromašnih) zemalja je vlastiti doživljaj 'sreće' visoko izražen na nekakvoj subjektivnoj ljestvici.

Rekli smo prije o stihijskoj organizaciji psihijatrijskog sustava u Hrvatskoj, o tome da je većina 'kapaciteta' smještena u središnjoj Hrvatskoj, jedan dio na otocima, Slavonija i južna Dalmacija šalju bolesnike u udaljene krajeve, iz medija vidimo o prekapacitiranosti i lošim uvjetima u mnogim odjelima. Prostorne datosti postojeće Psihijatrijske klinike KB Split u organizacijskom smislu ne mogu odgovoriti suvremenim stremljenjima psihijatrijske nauke i prakse. Depresija postaje druga najčešća bolest današnjice (i kod nas), psihofarmaci najprodavaniji lijekovi...

Sve su to razlozi zašto graditi novu psihijatrijsku ustanovu. Dakle, jedan od bitnijih ciljeva je da ta nova ustanova (osim pružanja jednog suvremenog procesa liječenja) rastereti jedan dio prekapacitiranog sustava.

Postojeći prostori Klinike za psihijatriju bi svoje mjesto ustupili nekom drugom bolničkom odjelu koji je KB-u Split nužan. Govori se, primjerice, o nužnosti uvođenja transplatacijskog programa u KB Split.

Lokacija i prostorni kontekst

Predmetna lokacija sastoji se od tri katastarske čestice: kč 9938/2, 9937/3, 9928/2, ko Split. Lokacija se nalazi na krajnjem istočnom dijelu kompleksa KB Split, i gradnja na tom dijelu bi predstavljala logičan urbanistički završetak kompleksa. Predmetna lokacija se po važećem GUP-u Grada Splita nalazi u zoni D2 (socijalna namjena), odnosno D3 (zdrastvena namjena), što opravdava planiranje objekta psihijatrijske ustanove. Teren je većim dijelom poprilično ravan, sa blagim nagibom na parceli 9937/3.

Površina predmetne lokacije je 5120 m².

Lokacija je s istočne strane omeđena gradskom ulicom (Ulica Ivana pl. Zajca) koja nije izvedena u potpunosti, a s južne sabirnom ulicom (Spinčićeva ulica).

S istočne strane lokacije se nalazi helidrom u funkciji KB Split, kao objekt od strateškog značaja. Sjeveroistočno od lokacije se nalazi samostanski kompleks. Južno od lokacije se nalazi objekt Klinike za plućne bolesti brutto tlocrtne površine cca 1950 m². Južno od tog objekta su objekti višestambene

izgradnje (dijelom turističke namjene po GUP-u) , srednje katnosti. Zapadno i sjeverozapadno od lokacije je nekoliko objekata (uglavnom P+2+Pk) obiteljske izgradnje rahlo grupiranih u prostoru.

Sjeverno od predmetne lokacije se nalazi objekt (P+2+Pk) u kojem je smješten 'Dnevni centar Firule', kao sastavnica Centra za odgoj i obrazovanje 'Juraj Bonači'. Ovdje se vodi skrb o djeci s posebnim potrebama (autizam, Downov sindrom, itd.). Činjenica blizine objekta takve funkcije potencira funkcionalni, urbanističko-arhitektonski međuodnos sa objektom koji planiram, budući su po definiciji povezanog sadržaja. U tom smislu određenu ulogu mi (ovisno o rješenju) može igrati parcela 9973/3.

Još o nekim bitnim aspektima u planiranju i organizaciji psihijatrijske ustanove

Budući da u psihijatrijskoj ustanovi obitavaju bolesnici sa mnogim bolestima (depresije, bipolarni poremećaj, psihoze) koje mogu generirati različita i nepredvidljiva ponašanja, naročito bitan aspekt je pitanje sigurnosti pacijenata, osoblja i zajednice. Naročito treba voditi računa o tome da se arhitektonskim pristupom spriječi mogućnost suicida. Jedno od rješenja da se spriječi samougrožavanje pacijenta i ugroza okoline, su sobe za odvajanje koje obično imaju krevet i sjedalicu od pjenastih materijala, zidni sat i wc. U današnje vrijeme se nadzor sve više obavlja kamerama, što se opet kosi s pravom pacijenta za privatnošću. Treba težiti arhitektonskim rješenjima koja pružaju što bolji mogući nadzor, sa što manje zadiranja u privatnost.

Prostor za medicinske sestre je bitna stavka u planiranju oko koje ovisi mnogo toga u terapijskom procesu. Treba biti smješten u zoni gdje se pacijenti druže i imaju dnevne aktivnosti , te svojim fokusom pružiti 'prijateljski' osjećaj prema pacijentima, a samim time i mogućnost nadzora. Ti prostori su često planirani kao otvoreni, uglavnom sa staklenim stijenkama zbog zaštite od buke.

Po pitanju horizontalnih komunikacija postoje podijeljena mišljenja o tome kako bi trebali funkcionirati. Neki psihijatri preporučuju duge hodnike, budući da postoje pacijenti s određenim dijagnozama koji vole hodati po hodnicima. Međutim postoje i oni pacijenti koji se plaše dugačkih hodnika, tako da je konsenzus da je najbolje rješenje hodnici koji su raščlanjeni i ispunjeni sadržajima, u cilju da se stvori 'prijateljski' ugođaj i komunikacija između pacijenata.

Kod planiranja psihijatrijskih ustanova bitno je osigurati fleksibilnost jedinica, tj. ostaviti mogućnost kasnije pretvorbe, ovisno o budućim potrebama u smislu terapije za ciljane grupe.

Zaključak: U projektiranju psihijatrijske ustanove ne postoji siguran put i generalizacija koja može dati univerzalni odgovor, već je jako bitan pristup na način da se o svakom pitanju odlučuje na temelju iskustva i analize na način da se važe da li neko rješenje, koje će se odabrati, nosi više prednosti u odnosu na neko drugo. Naročito je bitna empatija prema korisnicima.

'Therefore, the architecture of mental health facilities should be a hybrid of a domestic and a health care environment, which also takes into account the rehabilitation procedures at the earliest possible stages of their involvement in the mental health system and where a domestic atmosphere and

organisation plays a key role, but where also the three parameters model of safety, competence and personalization and choice is taken into account as a basic therapeutic element, which according to service users' pathology and care regime implies the relevant architectural and design adaptations.'

Kako ja mogu u svom projektu generirati međuodnos pacijenta i zajednice?

Čovjek je biološko, sociološko i duhovno biće. Imamo razum i inteligenciju. Imamo osjećaje i emocije koje nas koče i pokreću. Svi smo različiti kao individue, i zdravi ljudi i duševni bolesnici. I duševni bolesnici, isto kao i zdravi ljudi, preferiraju neke aktivnosti koje im gode i prijaju: slušanje glazbe, ples, čitanje, pisanje, crtanje, kuhanje, vrtlarjenje, bavljenje sportom... U tome vidim neograničen splet scenarija koji se mogu događati unutar moje ustanove u cilju rehabilitacije štićenika. U tome svemu, naravno, pod nadzorom stručnog osoblja, mogu sudjelovati i vanjski korisnici, prvenstveno obitelji i prijatelji pacijenata, te volonteri. Smatram da ovakva ustanova treba biti što više ispunjena prostorima koji omogućuju takve scenarije.

U ustanovi će postojati radionice iz kojih će izlaziti raznorazne rukotvorine štićenika (npr. slike, skulpture, namještaj, suveniri) koje se i van ustanove mogu prezentirati i prodavati. Za posjetitelje (primjerice mnogobrojne turiste koji dolaze u Split) će postojati 'art shop'. Zarada će se financirati za potrebe ustanove.

Pitanje vjere i vjerovanja u procesu oporavka? Čovjek koji će biti korisnik ove ustanove možda će biti vjernik. Naći će se mjesto i za kapelicu.

Obzirom da se lokacija nalazi u blizini centra 'Juraj Bonači' koji se brine o djeci s posebnim potrebama, nameće se sama po sebi potreba stvaranja međuodnosa, možda nekakvih 'space between' prostora s raznoraznim scenarijima korištenja, igraonicama gdje se npr. stariji pokretni pacijenti s demencijom igraju s djecom s Downovim sindromom, ili gdje vrtove sa kupusom i rajčicama održavaju štićenici obaju ustanova, ili možda nešto treće...

Organizacija ustanove (s iskazom potrebnih prostora i površina)

(u dogovoru s dr. Dodigom)

Ulazni podatak koji nam je bitan za razmišljanje o organizaciji ustanove je odgovor na pitanje: Koje vrste poremećaja bi liječili u takvoj instituciji?

odgovor:

Polazeći od činjenice da je psihijatrijska bolest etiološki (uzročno) nedovoljno istražena, nadalje, da i unutar iste bolesti postoje različite varijacije pojavljivanja te bolesti, a da u psihijatriji postoje tri temeljna koncepta, ne samo etiološkog tumačenja psihijatrijske bolesti, nego i terapijskog pristupa tim bolestima, onda postaje posve jasno da je izbalansirati te činjenice iznimno važno, pa i zbog toga što su u psihijatrijskoj struci prisutni, često puta, individualni terapijski pristupi koji proizlaze iz edukacije samih psihijatara. Zato ćemo se u ovom pristupu ograničiti na najzastupljenije pojavnosti određene bolesti i najzastupljenije metode liječenja.

S tim u vezi se predviđaju sljedeći odjeli, sa iskazom potrebnih kapaciteta:

1. Odjel za grupe shizofrenija i sličnih poremećaja	50 kreveta
2. Odjel za poremećaje raspoloženja	50 kreveta
3. Odjel za poremećaje vezane za stres i somatoforne poremećaje	30 kreveta
4. Odjel za poremećaje hranjenja (anoreksija)	10 kreveta
5. Odjel za poremećaje spavanja	5 kreveta
6. Odjel za poremećaje ličnosti i poremećaje ponašanja odraslih	20 kreveta
7. Odjel dječje i adolescentne psihijatrije	20 kreveta
8. Odjel za demencije	15 kreveta
9. Odjel za duševne poremećaje izazvane uporabom psihoaktivnih tvari	10 kreveta
	<u>210 kreveta</u>

Sobe za pacijente se predviđaju kao **dvokrevetne (15 m2)**, svaka sa svojim **wc-om (3 m2)**.

Ukupno: 18 m2 /soba+wc Ovisno o rješenju moguće se i varijacije, pa neke mogu biti i jednokrevetne.

Dakle za sve odjele je potrebno **ukupno cca 105 soba**, iz čega proizlazi da je **potrebna kvadratura za sve sobe (+wc) cca 1900 m2**.

Pitanje međusobnog fizičkog (prostornog) odvajanja pojedinih odjela ovisi o arhitektonskom rješenju i potrebama pacijenata određenih odjela, što će se odlučivati kroz razradu.

Na svim odjelima se predviđa otprilike **50 % akutnih kreveta**. Za sobe s akutnim krevetima poželjno je fizičko razdvajanje, ovisno o rješenju. Pitanje odvajanje muškaraca i žena će se rješavati u daljnjoj razradi.

društveni prostori:

Na odjelima sa preko 15 pacijenata potrebno je predvidjeti prostorije za grupnu psihoterapiju. To su dakle svi odjeli osim 4, 5 i 9. Za pretpostavku je da u jednom trenutku grupnu psihoterapiju koristi max 60% pacijenata. Površina cca 2 m2/pacijentu. Za odjele 1 i 2 idu dvije prostorije. Za odjel 3 varijabilno jedna ili dvije prostorije.

odjel 1 2 x 30 m2 =60 m2

odjel 2 2x 30 m2= 60 m2

odjel 3 (1) =36 m2

odjel 6 =24 m2

odjel 7 =24 m2

odjel 8 =20 m2

prostorije za grupnu psihoterapiju ukupno: cca 230 m2

-ulazni hall cca **100 m2**

-dnevne sobe /prostori za pušenje U psihijatrijskim ustanovama treba predvidjeti prostore za pušenje duhana, u sklopu dnevnih soba. Preporučljivo je da su prostori za pušenje fizički odvojeni. Poželjno je prirodno prozračivanje ili dobro riješen sustav ventilacije. Dnevne sobe treba racionalno rasporediti po svim odjelima, i dimenzionirati ih s obzirom na veličinu odjela. Aproximativna pretpostavka srednje veličine: 30 m2/ dnevnoj sobi. Po tome ispada 9 x 30 = **ukupno 270 m2**.

-caffe bar (za vanjske korisnike) površina cca **100 m2**

-mala sportska dvorana Predviđa se za raznorazne aktivnosti: sport, ples, priredbe i slično. Površina cca 20 x 10= **200 m2**

-uz dvoranu predvidjeti i manji prostor teretane/ fitnessa površina cca **100 m2**

-uz ove prostore predvidjeti svlačionice, sanitarije površina cca **60 m2**

Za navedene prostore poželjno je da su pristupačni i vanjskim korisnicima. Ovisno o razradi može se predvidjeti i plivački bazen, sa odvojenim utilitarnim prostorima.

-terapijske radionice (slikarske, kiparske, kreiranje namještaja, i sl.) raspoređene ovisno o rješenju i razradi. (suradnja vanjskih korisnika, volontera) površina cca **150 m2**

-blagovaonica ovisno o rješenju i razradi centralno pozicionirana ili po odjelima (preporučljivije) cca **300 m2**

-biblioteka+čitaonica časopisi/ beletristika/ popularna literatura za pacijente+ stručna literatura za osoblje cca **150 m2**

-'art shop' cca **50 m2**

-volonterski klub cca 50 m2

-kapelica cca 50 m2

utilitarni prostori:

-hitni prijem, ambulante, ljekarne, sobe za odvajanje, sanitarije, praonica, spremišta
apoksimativno 400-500 m2

-prostorije za osoblje

Računica je da bi u psihijatrijskoj ustanovi ovakvih kapaciteta bilo zaposleno 30-40 liječnika psihijatar, 5-8 psihologa, 5-6 radnih terapeuta, 2-3 defektologa, 5 socijalnih radnika, 120 medicinskih sestara. Na taj broj treba dodati još administrativno i pomoćno osoblje (70-80 djelatnika). Svaki liječnik treba imati svoj prostor (ured, ordinacija, cca 15 m2, za liječnike ukupno cca 600 m2). Na taj broj treba dodati urede ostalog višeg kadra i administracije (cca 20 ureda x 15m2=300 m2). Garderobe i sanitarije za sestre i pomoćno osoblje cca 0,5 m2/osobi, ukupno cca 100 m2). Po odjelima treba rasporediti posebne prostore (pultove) za sestre, cca 100 m2)

ukupno: cca 1100 m2

-centralna kuhinja (+pomoćni prostori /garderobe za osoblje, sanitarije, skladištenje namirnica, sanitarije, prijem robe) cca 400 m2

ukupno: 6000 m2 (bez komunikacija)

horizontalne, vertikalne komunikacije liftovi

pretpostavka 25 % ukupne brutto tlocrtne površine: 2000 m2

REKAPITULACIJA: brutto tlocrtna površina (bez garaže): **8000 m2**

parkirališna mjesta

Clanak 33. GUP-a propisuje normativ za rješavanje parkirališnih ili garažnih površina prema namjeni, pa je za bolnice, klinike i slicne objekte obveza osigurati minimalno 1PM na 100 m2 BRP-a.

Potrebno: cca 60 pm

(rješavanje **garažom cca 1100-1200 m2**, jedan dio vanjski parking)

UKUPNA BRUTTO TLOCRTNA POVRŠINA OBJEKTA: **cca 9200 m2**

vanjski sadržaji

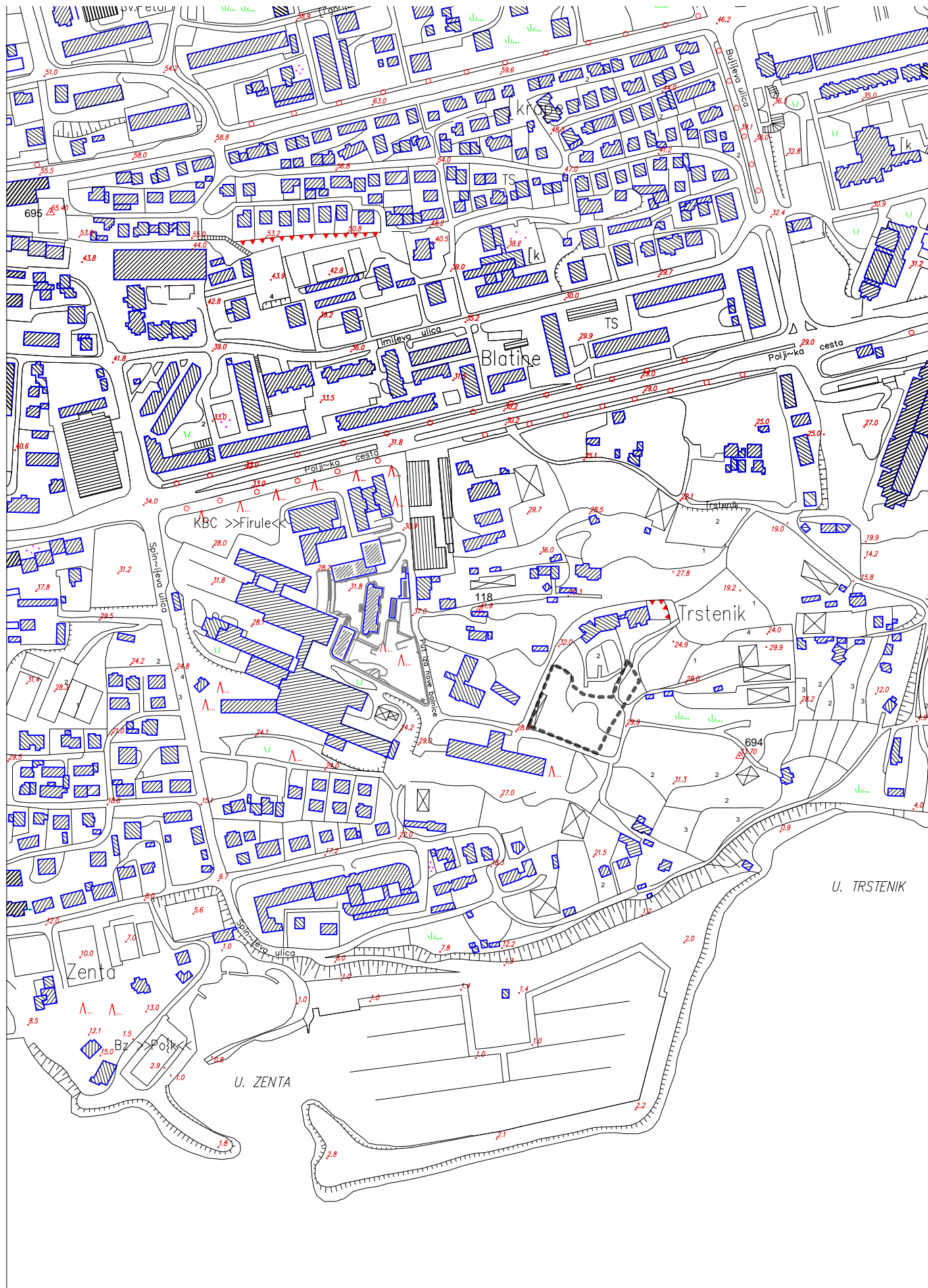
šetnice, sportska igrališta, igraonice, vrtovi, itd. ovisno o rješenju

kig i kis će proizaći iz rješenja (nisam našao podatke iz Gupa)

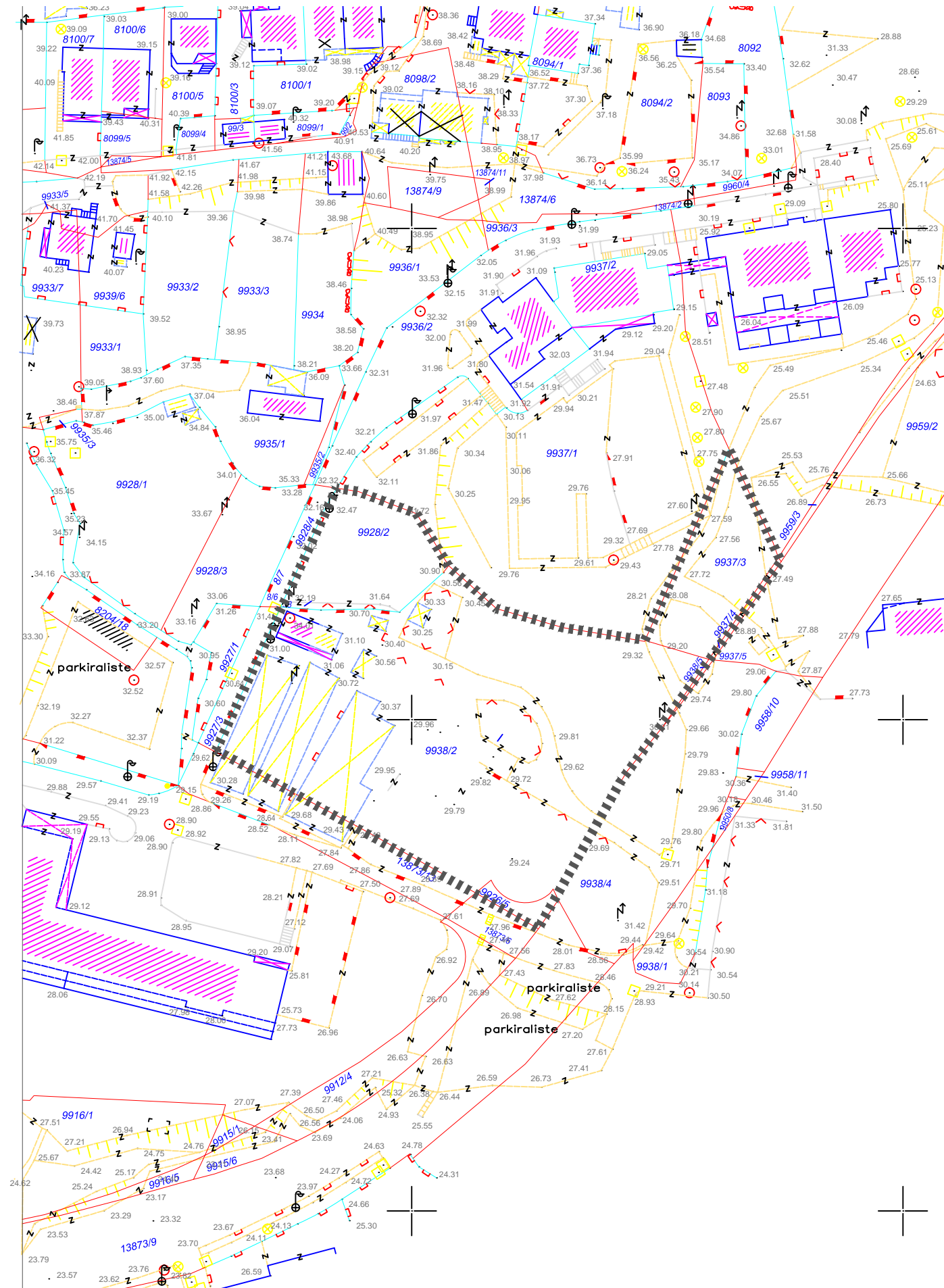
izvori

Hotunjac, Ljubomir. Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.

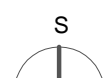
Dr Evangelia CHRYSIKOU, Architecture for psychiatric environment and therapeutic spaces, 2015.



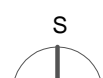
situacija_mj 1:5000



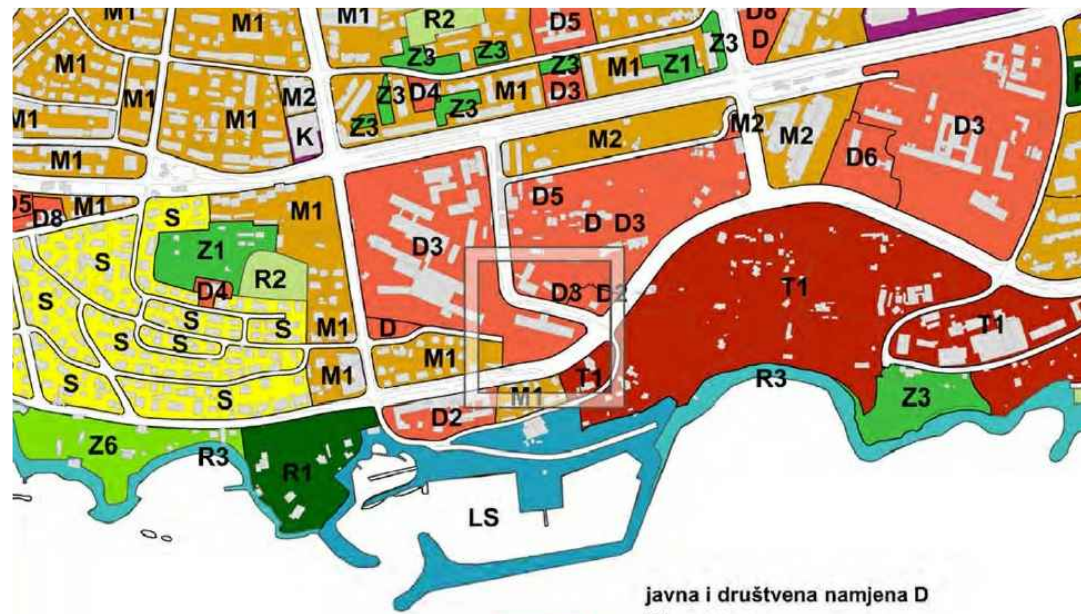
situacija_mj 1:1000



ortofoto šire situacije_mj 1:5000

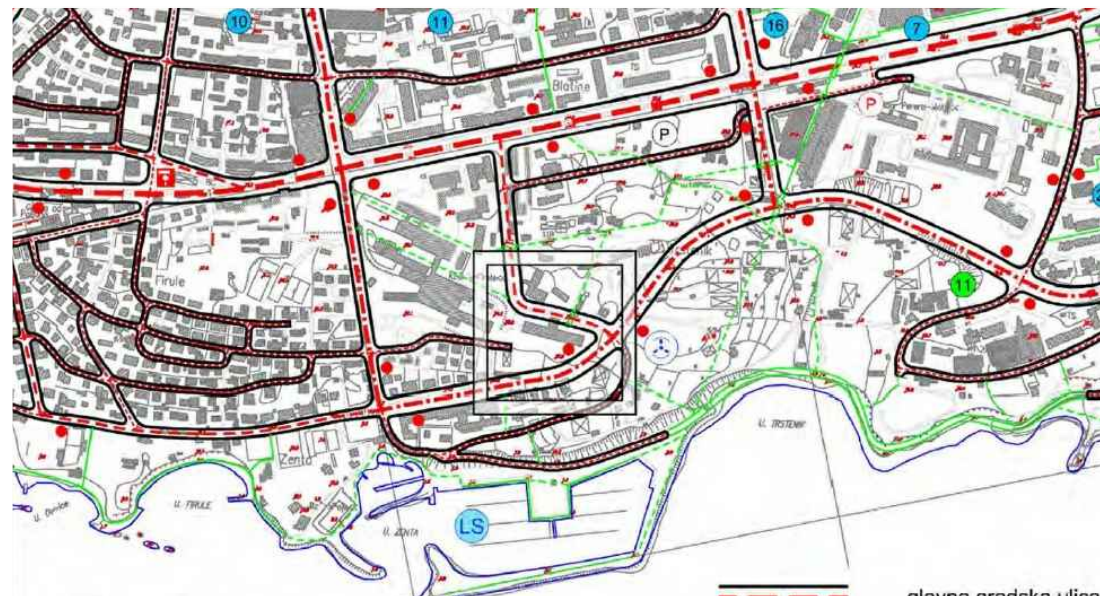


ortofoto uže situacije_mj 1:1000



javna i društvena namjena D

- D1 - uprava
- D2 - socijalna
- D3 - zdravstvena
- D4 - predškolska
- D5 - školska
- D6 - visoko učilište, znanost, tehnološki parkovi
- D7 - kultura
- D8 - vjerska

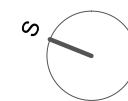


- | | | | |
|-----------|-----------|--|------------------------|
| postojeće | planirano | | glavna gradska ulica |
| | | | gradska ulica |
| | | | sabirna ulica |
| | | | pristupna ulica |
| | | | glavni pješački pravci |
| | | | stajalište autobusa |
| | | | helidrom |

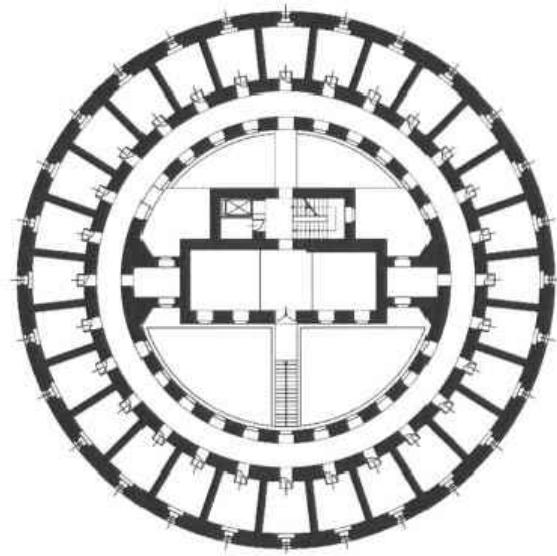
_namjena površina po GUP-u Grada Splita



- granice unutarnjih prostora odjela
- brutto površina odjela (zatvoreni dio): 1640 m²
- odjel biologijske psihijatrije: 540 m²
- odjel socijalne psihijatrije: 470 m²
- sobe za pacijente
biolog. psihijatrija p=250 m²
socijalna psihijatrija p=270 m²
ukupno p=520 m²
- horizontalne komunikacije
- dnevne sobe za pacijente p=75 m²
- ambulante, medicinski prostori, osoblje
- uredi, administracija
- utilitarni prostori/ sanitarije, spremišta, održavanje



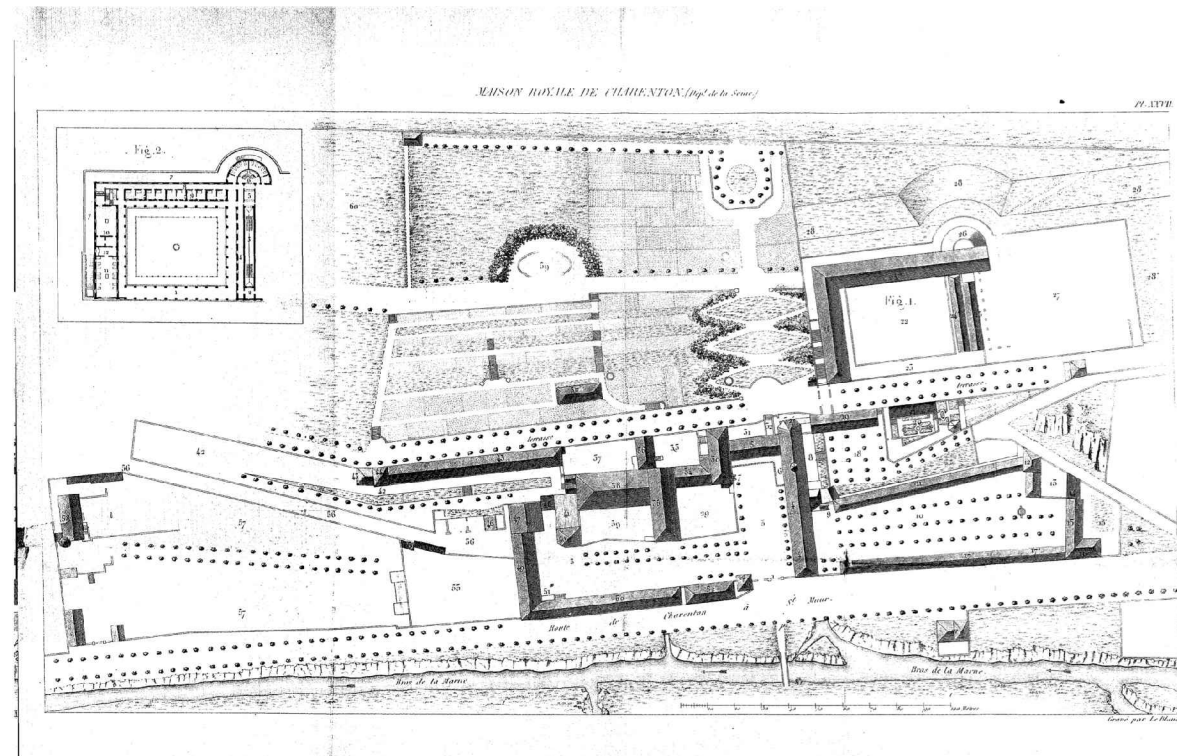
analiza postojećeg stanja psihijatrijskog odjela kb split_mj 1:500



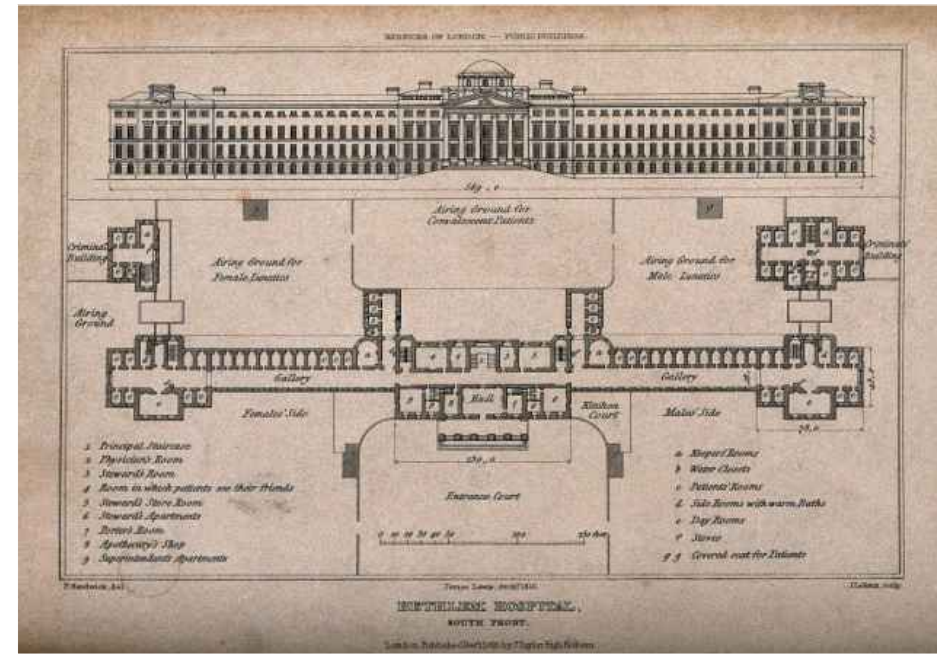
Narrenturm, Beč, 1784.



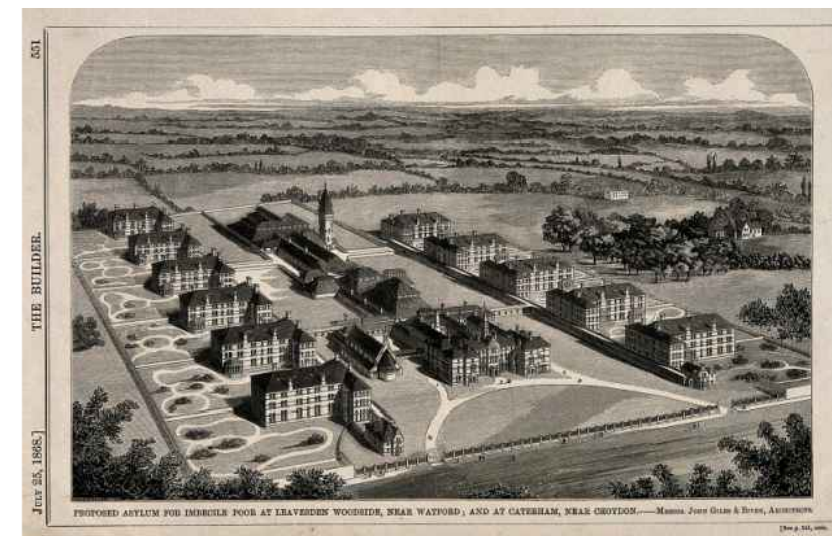
plan bolnice u Charentonu



'psihijatrijska arhitektura'



Asylum for Imbecile Poor, proposed for Leavesden Woodside, Watford, UK



'psihijatrijska arhitektura'



- 1 HTRUM
 - 2 MIS ROOMS
 - 3 OFFICE
 - 4 RECEPTION
 - 5 MEETING ROOM
 - 6 TECHNICAL EQUIPMENT
 - 7 SPEAKING ROOM
 - 8 SPEAKING ROOM
 - 9 KITCHEN
 - 10 COLLECTIVE SPACE
 - 11 SPORT FACILITIES
 - 12 SHEDDING ROOM
- SCALE/ 1:500



JDS Architects, Helsingør psychiatric hospital, Danska, 2006.



Atelier 2+1 Architectes, Psihijatrijska bolnica, Pariz, 2016.



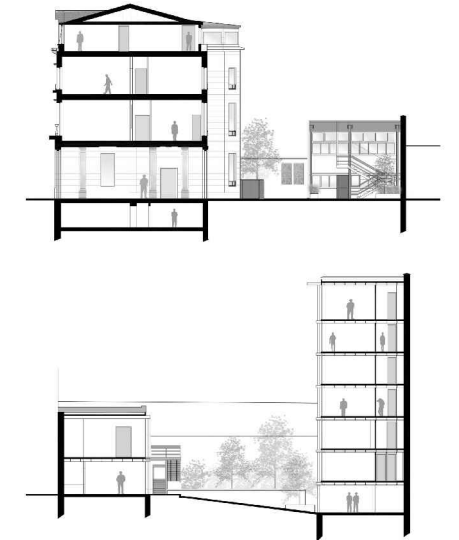
Kronstad Psychiatric Hospital/ Origo Arkitektgruppe
Bergen, Norveška, 2013.



'psihijatrijska arhitektura'

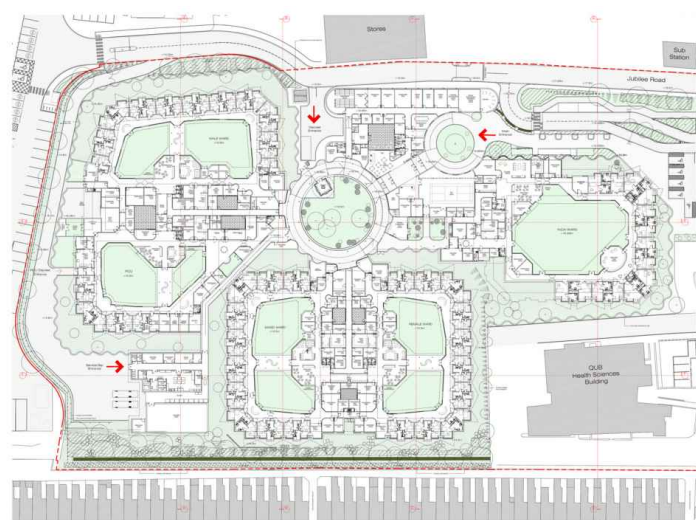


- 1 - HALL ACCUEIL
- 2 - INFORMATIQUE
- 3 - BUREAU
- 4 - SALLE D'ACTIVITÉ
- 5 - RESTAURANT
- 6 - CUISINE
- 7 - LOGISTIQUE
- 8 - BIBLIOTHÈQUE
- 9 - ATELIER
- 10 - CLUB
- 11 - PHARMA
- 12 - INFIRMERIE



'psihijatrijska arhitektura'

Richard Murphy Architects, Devereux Architects, RPP Architects:
Acute Mental Health Facility, City Hospital, Belfast
pobjednički projekt na natječaju, 2015. (model klastera)
vrijednost projekta: 20 mil. funti (80 kreveta)





fgag_Split

student_ Toma Matković

mentor_ doc. mr. sc. Saša Randić

komentor_ prof. dr. sc. Goran Dodig

konzultant_ dr. sc. Hrvoje Smoljanović

zimski semestar 2016./17., 25.11.2016.

naslov_ Psihijatrijska bolnica za 21. stoljeće

tema_ Psihijatrijska ustanova danas...Između 'institucionalnog' značenja i 'psihijatrije u zajednici'

lokacija_KB Split

_komentorski rad

Pregled psihičkih bolesti i poremećaja, te rehabilitacijskih kriterija i postupaka za iste (katalogizacija s obzirom na programske smjernice)

_sadržaj

	stranica
Uvod	0
Pregled psihičkih bolesti i poremećaja, te rehabilitacijskih postupaka za iste (katalogizacija s obzirom na programske smjernice):	
1. Odjel za grupe shizofrenija i sličnih poremećaja	1-3
2. Odjel za poremećaje raspoloženja	3-4
3. Odjel za poremećaje vezane za stres i somatoforne poremećaje	4-8
4. Odjel za poremećaje hranjenja (anoreksija)	8-9
5. Odjel za poremećaje spavanja	9-12
6. Odjel za poremećaje ličnosti i poremećaje ponašanja odraslih	12-19
7. Odjel dječje i adolescentne psihijatrije	20-22
8. Odjel za demencije	23-24
9. Odjel za duševne poremećaje izazvane uporabom psihoaktivnih tvari	24-28
Izvori	29

Uvod

U Prijedlogu programa diplomskog rada objašnjena je osnovna tematika i problematika kojom se bavim u projektnom zadatku. Na što bih stavio osnovni fokus u ovom radu?

S obzirom na potrebne odjele, dati ću nekakva osnovna objašnjenja pojedinih bolesti i poremećaja koja idu uz te odjele. Izložio bih osnovno o etiologiji i naravi tih bolesti, obrascima ponašanja određenih bolesnika, terapijskim postupcima, te statistikama. Smatram da je upoznavanje s ovim činjenicama jako bitna stvar za kasniji projektantski rad iz razloga toga što se uzročno posljedično, iz tih činjenica, dalje mogu planirati sadržaji i prostori koji su potrebni, najviše s obzirom na predviđene terapijske postupke, ali također, te činjenice se odnose i na ostale bitne organizacijske aspekte u projektiranju, napose, na pitanje sigurnosti.

U separatu je fotokopija iz dijela knjige 'Psihijatrija' (Tanja Frančišković, Ljiljana Moro i suradnici, Medicinska naklada Zagreb, 2009.) gdje su detaljnije objašnjeni, u prethodnom tekstu spomenuti psihoterapijski i socioterapijski modeli u rehabilitaciji psihičkih bolesti i poremećaja. Separat je informacijskog karaktera, te kao takav može poslužiti u daljnjem radu.

1. Odjel za grupe shizofrenija i sličnih poremećaja (50 kreveta)

> Shizofrenija

Karakteristike bolesti Shizofrenija se uzima kao paradigma duševne bolesti (stigme), još se koriste eufemizmi 'akutna psihoza', 'nespecificirana psihoza'. Bleuler 1911. govori o 'rasjepu duše', Kraepelin je ranije naziva 'dementia praecox' (mladenačko ludilo).

Jedan od brojnih razloga stigmatizacije je i taj što se došlo do spoznaje da razvoj ovisi i o genetskim čimbenicima (dodatni razlog skrivanja). Karakterističan je loš društveno-ekonomski-obiteljski status shizofrenog bolesnika.

Na svjetskoj razini je učestalost pojave 1 oboljeli/ 100 stanovnika. U Hrvatskoj je evidentirano 18000 oboljelih (3,94 oboljeli/ 1000 stanovnika). Treba istaći da još uvijek nije moguće predvidjeti incidenciju shizofrenije. 1.4 puta je češća kod muškaraca. Kod nas se svake godine obavi prva hospitalizacija 1000 novih bolesnika. 2000 bolesnika je smješteno u socijalne ustanove. U Hrvatskoj se nitko iz socijalne ustanove ne vraća u obitelj! Opravdano je utvrditi da je za razvoj shizofrenih bolesnika, samo smanjivanje broja postelja, poguban postupak ukoliko nisu kompenzirani odgovarajući i suvremeni supstituti (npr. tretman u kući, psihijatrijske ambulante u primarnoj zaštiti).

Po nekim istraživanjima više od 10% bolesnika izvrši suicid (druga bolest po učestalosti suicida, nakon depresije), najčešće u fazi remisije (poboljšanje dulje od 6 mjeseci) bolesti, kada bolesnici postanu svjesni vlastitog životnog stanja. Zato je u ovoj fazi najbitnija socijalna podrška! Prvi simptomi se pojavljuju između 18-e i 22-e godine, a do prve hospitalizacije često prođe i više od 5 godina od pojave prvih simptoma. Karakteristično za ove bolesnike je da oboljevaju i od drugih psihijatrijskih i somatskih bolesti.

Najčešći tip shizofrenije je paranoidni. Kod pacijenta se pojavljuju halucinacije i sumanute misli, a istodobno može redovito odlaziti na posao, „živi na dva kolosijeka“, „ovdje i tamo“. Osjećaji, opažanje, govor i komunikacija poremećeni. Od bolesnika je, kada su u boljem stanju, teško saznati detaljnije opise akutnih epizoda, košmarna sjećanja, kažu: „Bilo mi je jako teško.“ Karakterističan je iskrivljen doživljaj realiteta, sumanutosti, obmane čutila, višestrukost ličnosti, mukotrni duševni raskol, depersonalizacija, halucinacije. Nedovoljno je jasna etiologija (uzrok) ove bolesti, iako je poznato da genetski utjecaj igra ulogu. Također, psihotrauma u najranijoj dobi ima utjecaj na poremećaj ega uz korištenje najprimitivnijih obrambenih mehanizama. Dakle, govori se o psihodinamičkim, psihosocijalnim etiološkim čimbenicima. Okolišni čimbenici povezani s razvojem shizofrenije uključuju životne uvjete, uporabu droga, te prenatalne faktore stresa. Stil odgajanja, čini se, nema značajnog utjecaja, iako ljudi čiji im roditelji pružaju podršku obično imaju blaže simptome od onih s kritičnim ili neprijateljskim roditeljima. Život u urbanom okolišu tijekom djetinjstva ili odrasle dobi redovito se pokazuje kao povećan čimbenik rizika za razvoj shizofrenije, s faktorom povećanja od dva puta, čak i nakon uzimanja u obzir konzumiranja droga, etničke pripadnosti, te veličine socijalne grupe. Drugi čimbenici koji igraju važnu ulogu uključuju društvenu izolaciju te imigraciju povezanu s društvenim nepovoljnim okolnostima, rasnom diskriminacijom, obiteljskom disfunkcijom, nezaposlenošću, te slabim uvjetima stanovanja. Otprilike polovica ljudi sa shizofrenijom prekomjerno uzima droge i/ili alkohol. Iako se ne smatra mogućim uzrokom ove bolesti, ljudi koji boluju od shizofrenije konzumiraju nikotin pušenjem u puno većim količinama u odnosu na ostatak stanovništva.

Izjava jednog shizofrenog bolesnika (tjedan dana nakon slijetanja čovjeka na Mjesec):

“Mene su uništili, krađu sve, i Mjesec su ukrali, tamo je montiran teleodašiljač i sada me gađaju, razaraju mi mozak i dušu, sve će uništiti, čuvajte se, Mjesec je već, osvojen, osvojen!“

Ako su dva akutna bolesnika u sobi zajedno, može proći i nekoliko sati, pa i dana, da ne progovore ni riječi, ili samo kratke poruke. Vjeruje se da imaju 'emocionalni' život, ali on proizlazi iz njihove percepcije, drugačije od naše (autizam, bešćutnost- odgovor na njihov realitet). Za bolesnika je važniji hijerarhijski sklop psihotičnih simptoma, nego realitet. Kognitivni kapacitet kod shizofrenih bolesnika je specifičan po otklonu pažnje, a ne smanjenom kapacitetu. Često je pažnja usmjerena na patološki sadržaj i poruku. (Ne percipiraju okolinu dovoljno.) Stereotip je da ovi bolesnici uvijek agresivno reagiraju prema sebi i drugima. Eventualna agresija je vezana za patologiju mišljenja, percepcije, i vjerovanja. Ako se poznaje ta patologija, onda ta agresija postaje 'razumljiva', često logična i najčešće je rezultat obrane samog sebe, bližnjeg, ideje i slično. U običnom kontaktu shizofrene se osobe ponašaju neagresivno. Kad nemaju sumanutih ideja i halucinacija imaju moralno etičke norme ponašanja kao što su ih imali i prije razvoja bolesti. Komordibitet (pojava više psihički bolesti) u kombinaciji s alkoholizmom povećava agresivnost.

Terapija Nužna je komplementarnost psihološke, sociološke i biološke terapije. Prije otkrića psihofarmaka ovi su bolesnici ostajali cijeli život u bolnici. U prodromalnoj (početnoj, prije razvoja) fazi bolesti je veliki značaj psihoterapijskog rada s bolesnikom i njegovom obitelji. U akutnoj fazi se primjenjuje biološka terapija (farmakoterapija-lijekovi, elektrostimulirajuća terapija), ostale terapije nemaju značaja ni izgleda u ovoj fazi. Antipsihotici mogu umanjiti pozitivne simptome psihoze u 7 do 14 dana. Nakon dobrog učinka biološke terapije moguće je preći na socioterapiju. Bitno je da se shizofreni bolesnici izlažu suradljivosti, jer su skloni izolirati se od zajednice. Ova terapija se koristi, dakle, u fazama remisije (oporavka). U akutnoj fazi pacijenti su skloni nesuradljivosti i suicidu. Vezano za biološku terapiju, bitno je napomenuti da mnogi lijekovi (antipsihotici) imaju niz neželjenih nuspojava. Jedna od njih je tzv. 'Zombijev sindrom', tj. akatizacija- jaka, neodoljiva i mukotrpana potreba za kretanjem. Iz tog razloga potrebno je osigurati dovoljno staza za hodanje. Neki od ostalih nuspojava lijekova: porast šećera, dijabetes, pretilost.

Nakon dobrog učinka biološke terapije moguće je preći na socioterapiju. Bitno je da se shizofreni bolesnici izlažu suradljivosti, jer su skloni izolirati se od zajednice. Ova terapija se koristi, dakle, u fazama remisije (oporavka). U akutnoj fazi pacijenti su skloni nesuradljivosti i suicidu.

Prognoza je bolja kod pacijenata kod kojih se bolest pojavila u vrijeme nakon stupanja u brak, osnivanja obitelji i početka profesionalne karijere, najlošija je kod rastavljenih. Postoje dokazi koji ukazuju da redovita tjelovježba ima pozitivni učinak na fizičko i psihološko zdravlje pacijenata sa shizofrenijom. Nekoliko se vrsta psihosocijalnih intervencija pokazalo korisnim u tretmanu shizofrenije: obiteljska terapija, asertivni tretman u zajednici, potpomognuto zaposlenje, kognitivna remedijacija, vježbanje vještina, kognitivno bihevioralna terapija (CBT) i psihosocijalne intervencije s ciljem smanjenja ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i upravljanje gubitkom težine. Obiteljska terapija i obrazovanje mogu umanjiti ponovnu pojavu simptoma i hospitalizacije. Dokazi o učinkovitosti kognitivno bihevioralne terapije na smanjenje simptoma i prevenciju njihovog povrata su minimalne. Terapija umjetnošću (glumom, plesom, glazbom, likovnim stvaralaštvom) je poznata u praksi, ali nije još dovoljno istražena.

> Shizoafektivni poremećaj

Kod više od 90% bolesnika koji su imali više od tri hospitalizacije u jednoj od otpusnih dijagnoza je bila shizofrenija ili bipolarni afektivni poremećaj. Dakle, radi se o nekakvom prelaznom tipu bolesti. Postoje bipolarni i depresivni tip.

2. Odjel za poremećaje raspoloženja (50 kreveta)

> Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)- depresije

Karakteristike bolesti Stresni događaji u životu, kao što su smrt bliske osobe, rastava braka, romantična razočaranja, preseljenja, prisilne emigracije i sl. su okidači žaljenja, pojave simptoma anksioznosti, uznemirenosti, nesanice, itd. Kada ta osjećanja i intezitet traju dulje od očekivanog tada postaju predmet interesa psihijatrijskog pristupa i javlja se potreba liječenja. Dolazi do oštećenja emocija, što dovodi do promjena ostalih funkcija duševnog zdravlja. Depresivno raspoloženje karakterizira povlačenje bolesnika u sebe, potištenost, gubitak interesa za prijašnje aktivnosti, pad vitalnih dinamizama, nesanica, gubitak apetita, opsjednutost crnim mislima, usporeni misaoni tijek, beznadnost i bespomoćnost, neodlučnost, osjećaj bezvrijednosti, „sve je crno ili sivo“, suicidalna razmišljanja. Možemo govoriti o patološko povećanom ili smanjenom raspoloženju. I izraženo radosni događaji mogu biti okidači pojave depresije.

Depresija je jedna od najčešćih bolesti današnjice (15% svjetskog stanovništva u nekom trenutku će bolovati ili boluje) pretpostavka je da će u idućih 15 godina postati druga najučestalija bolest, a danas su lijekovi u liječenju depresije među najprodavanijim lijekovima. Dvostruko češće se javlja kod žena. Rizik obolijevanja je za žene 10-25%, za muškarce 5-12,5%. Etiologija je nepoznata, ali se dovodi u vezu s biološkim (genetski, neurotransmiterski, hormonalni) i psihosocijalnim čimbenicima. Psihosocijalni se odnose na stresne događaje i strukturalne osobnosti. Depresije se češće razvijaju kod introvertiranih i pasivno ovisnih osoba, osoba niskog samopoštovanja, i onih s nedostatkom povjerenja u druge ljude. Kod starijih ljudi incidencija za pojavu depresije raste. Po Freudovu psihodinamičkom tumačenju depresija je izraz ljutnje koje se okreće 'prema unutra'. Korijeni sežu u ranu fazu razvoja. Njegovo tumačenje je da je razvoj depresije uvjetovan nemogućnošću prevladavanja tzv. depresivne pozicije, izvorište je u relaciji između ego vs superego koji je često okrutan. (Sadizam se razvija prema izgubljenom voljenom objektu.) U svim psihodinamičkim konceptima *manija* je shvaćena kao obrana od postojeće depresije. Osnovni sadržaj u korijenu depresije može biti i „život za druge, ne za sebe“, neovisno da li se radi o osobi ili ideji.

Prema tijeku bolesti klinički je korisno razlikovati: **unipolarne depresije**, kad se pojavljuju samo depresivne epizode i **bipolarne depresije (bipolarni afektivni poremećaji)** kod kojih se pojavljuju epizode depresije i maničnih stanja u kojima je osoba dobro raspoložena, hiperaktivna, 'supernormalno' socijalno funkcionira. Kod razvijenog stanja se javlja infantilnost i agresivnost. Pažnja je oslabljena, prelaze s teme na temu, mišljenje i aktivnost su eksponirani do grandomanije, ideje moći, snage, bogatstva, inventivnosti. Ponekad se događaju vidne i slušne halucinacije.

Prema dodatnim karakteristikama razlikujemo još: **psihotičku depresiju** (halucinacije, 15% depresivnih bolesnika), **melankoliju** (teška forma depresije u starijih bolesnika, psihomotorna usporenost, stanje gore ujutro), **ciklotimija** (bipolarni poremećaj smanjenog inteziteta), **distimija** i **sezonske depresije** (vezane za godišnja doba).

Depresija je 'društveno skupa bolest' zbog bolovanja i nemogućnosti rada. Veliki problem vezan uz ovu bolest je *alkoholizam* kojemu bolesnici pribjegavaju u namjeri da riješe poremećaj sna i povećaju uzbuđenje. 15% osoba s poremećajem raspoloženja koje se ne liječe, počine suicid.

„Faza oporavka kad se psihomotorička aktivnost vraća u normalu, a raspoloženje je još tamno, smatra se glavnim razdobljem rizika za suicid.“

Terapija

biološka: psihofarmaci (antidepresivi), elektrostimulativna terapija, litij (stabilizator raspoloženja) ciljevi: umanjiti ili ublažiti simptome, uspostaviti radno i opće socijalno funkcioniranje, smanjiti mogućnost relapsa ili recidiva bolesti.

psihoterapijske metode: kognitivna terapija (podizanje motiviranosti za uzimanje lijekova), biheioralna terapija (temelji se na teoriji učenja i služi ispravljanju neželjenih ponašanja), intepersonalna terapija, psihodinamički orjentirana psihoterapija, suportivna psihoterapija, grupne terapijske tehnike, obiteljska terapija

3. Odjel za poremećaje vezane za stres i somatoforne poremećaje (30 kreveta)

Anksioznost je simptom koji se pojavljuje u svim psihičkim poremećajima, ali je u anksioznim, stresom uzrokovanim poremećajima i somatofornim poremećajima, primarni i ključni simptom. Ovi su poremećaji nekada bili poznati pod zajedničkim nazivom *neuroze*. Ta skupina uz psihoze i poremećaje osobnosti spada u *neorganske poremećaje*. Izvor tjeskobe je nesvjesni unutarnji konflikt (potiskivanje, izolacija, reaktivna formacija- dešava se **anksiozni poremećaj**) ili situacijski čimbenik (stres, trauma- dešava se **poremećaj prilagodbe**). Uglavnom nema izrazite disfunkcije kognitivnih i perceptivnih procesa, sposobnost razlučivanja fantazije i zbilje je očuvana. Mogu se pojaviti znatna odstupanja od normalnog obrasca ponašanja i međuljudskih odnosa (kao i kod poremećaja osobnosti).

Neurotički, stresom uzrokovani i somatoforni poremećaji, u danas važećim klasifikacijskim sustavima razvrstani su na sljedeći način:

> **anksiozni poremećaji**: generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), panični poremećaji, fobični poremećaj, socijalne fobije, opsesivno- kompulzivni poremećaj (OPK), anksiozno-depresivni poremećaj

> **poremećaji prilagodbe**: poremećaj prilagodbe, akutna reakcija na stres, produljeno žalovanje, posttraumatski stresni poremećaj

> **disocijativni (konverzivni) poremećaji**: disocijativna amnezija, disocijativna fuga, disocijativni poremećaj osobnosti, depersonalizacijski poremećaj

> **somatoforni poremećaji**: somatizacijski poremećaj, hipohondrijaza

> Anksiozni poremećaji

Učestalost se kreće od 0,05% (OKP) do 5% (GAP). Češće se javljaju kod žena, izuzev OKP koji je ujednačen u incidenciji kod oba spola. O poremećaju se govori kad tegobe osobu znatno ograniče u svakodnevnom socijalnom i radnom funkcioniranju. Anksioznost je zapravo strah od gubitka nad određenim nagonima i mogućim posljedicama toga. Simptomi anksioznosti su izravne manifestacije pobuđenosti perifernoga autonomnog živčanog sustava (rekcije borba/bijeg) nastale zbog zastrašujućih nesvjesnih fantazija, impulsa i osjećaja...Na svjesnom planu samo tjeskoba, sve ostalo na nesvjesnom.

Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) Kronična tjeskoba i zabrinutost koja traje mjesecima, najmanje pola godine. Simptomi: nelagoda i nervoza u radu s ljudima, teškoće u komunikaciji, trzanje,kronični umor, glavobolje, nesanice.

Panični poremećaj spada među najbolnija životna iskustva. Traje od nekoliko minuta do jedan ili dva sata. Bolesnik osjeća užas koji nastaje bez nekog vidljivog povoda, prijetnju katastrofe, ima osjećaj da će umrijeti. Sve je popraćeno somatskim tegobama.

Fobični poremećaj je neurotički poremećaj označen prisutnošću neracionalnoga ili pretjeranoga straha objekata, situacija ili tjelesnih funkcija koji nisu stvarno opasni i nisu opravdani razlog anksioznosti.

Socijalne fobije su stanja u kojima je anksioznost pobuđena prisutnošću drugih ljudi i iracionalnim strahom od neugode ili poniženja u javnosti. To stanje dovodi s vremenom do liječnika jer smanji socijalno funkcioniranje.

Opsesivno- kompulzivni poremećaj (OPK) je neurotički poremećaj karakteriziran prisutnošću ponavljajućih ideja i fantazija (opsesija) te ponavljajućih impulsa ili radnji (kompulzija) koje bolesnik smatra bolesnim i protiv kojih se iznutra opire. OPK čini manje od 5% onih s neurotičkim poremećajima ili 0,05% opće populacije, podjednako među oba spola i češći je u gornjim socioekonomskim grupama, te među inteligentnijim ljudima. Te opsesije (obuzetosti) su ideje, riječi, slike koje se osobi nameću i skreću pažnju. Osoba ih prepoznaje kao besmislene, no troši mnogo energije da im se odupre. Kod kompulzija je sve isto, samo što ovdje osoba vrši određenu radnju,

primjerice zbraja brojeve registarskih tablica. Te kompulzije mogu biti i agresivne, opscene. Uz OPK je vezano i magijsko mišljenje, čega je osoba svjesna. Bizarnosti magijskog mišljenja mogu nalikovati na shizofreno mišljenje, no kod opsesivnog bolesnika je testiranje stvarnosti netaknuto.

Anksiozno-depresivni poremećaj se često dijagnosticira u praksi, a to je kad klinička slika ne zadovoljava kriterije ni za jedno ni za drugo. Zapravo bi trebao označavati samo rijetka dijagnostički nejasna stanja.

Liječenje anksioznih poremećaja Psihoterapija se provodi kod GAP, OKP, napadaja panike. (psihodinamička, integrativna, suportivna, gestalt, transakcijska i druge). Usmjerene su otkrivanju nesvjesnih konflikata i time omogućuju psihičke promjene koje dovode do povećane samospoznaje i tolerancije unutarnjih nagona. Medikamentna terapija ide uvijek uz psihoterapiju. Kod bihevioralne terapije se izaziva osjećaj 'preplavlivanja'.

> Poremećaji prilagodbe

Obuhvaćaju poremećaje karakterizirane pojačanom anksioznošću izazvanom djelovanjem neke vanjske stresne situacije s kojom se osoba ne može nositi (npr. smrt bližnjeg). Često je prisutna i povišena depresivnost.

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj ili PTSP (često se krivo izgovara pi-ti-es-pi jer se misli da je to engleska kratica; engleski je Post-traumatic stress disorder i engleska kratica PTSD izgovara se pi-ti-es-di; pravi hrvatski izgovor je pe-te-es-pe) oblik je psiholoških posljedica izlaganja stresnim događajima, koji uključuju smrtnu opasnost, ozbiljne fizičke povrede ili prijetnju psihičkom ili fizičkom integritetu osobe te koja ta osoba doživljava krajnje traumatično. U središtu traume je nametljivo sjećanje na središnji stresni (nasilni) događaj, poput slike i zvuka puščane vatre, vriskovi ili trenutačna tišina, ubod nožem, prasak puške, eksplozija mine, ranjavanje, udarac, liptanje krvi, zvukovi zrakoplova, zvukovi sirena.

Nasilna djela imaju pogubnije posljedice na žrtve od posljedica prirodnih katastrofa, jer žrtve nasilja ili nasilnih događaja imaju osjećaj da su namjerno odabrane kao cilj zlostavljanja. Za žrtve zlostavljanja društveni svijet postaje opasnim mjestom u kojem ljudi iz okoline predstavljaju prijetnju sigurnosti. U pamćenje žrtve urezuje se obrazac ljudske okrutnosti zbog koje napadnuta osoba sa strahom gleda sve što imalo nalikuje samom napadu koji je izazvao traumu. U Hrvatskoj je danas taj problem vrlo prisutan zbog velikog broja oboljelih kao posljedica Domovinskog rata.

Osnovni simptomi PTSP-a jesu:

- Ponovno proživljavanje traumatskog događaja - npr. kroz sjećanja na događaj, snove..., neki svakodnevni događaj potakne sjećanje na traumatski događaj, aktivira se lučenje hormona stresa, žrtvi pred očima sjevaju prizori iz prošlosti, tijelo preplavljuje istim onim osjećajima koje je osjetila tijekom izvorne traume: tijelo se počne preznojavati, javi se osjećaj straha, groznica, drhtanje. Osobe kod kojih je hormon stresa preobilan ne prilagođavaju se i za razliku od osoba bez jakog traumatskog

događaja koje se svakodnevnim npr. glasnim zvukovima prilagođavaju, žrtve traume reagiraju uvijek jednako, preintenzivno.

- Izbjegavanje svih podsjetnika na traumu (npr. izbjegavanja odlaska na mjesto gdje se trauma dogodila, gledanje filmova sa takvim sadržajima)

- Pojačana podražljivost koja se manifestira kao nesanicna, razdražljivost, snižen prag na frustracije i sl.

Liječenje PTSP se liječi farmakoterapijom (tj. lijekovima) i psihoterapijom. Od lijekova se koriste antidepresivi i anksiolitici, te stabilizatori raspoloženja. Od psihoterapije koriste se različite tehnike prorade trauma (preplavlivanje), dinamički orijentirane terapije, EMDR, ali i tehnike relaksacije (npr. progresivna mišićna relaksacija). Terapija u grupi se pokazala posebno blagotvornom jer se bavi i alijenacijom kroz prihvaćanje od članova grupe, empatiju, potporu i adaptivne sugestije.

> Disocijativni (konverzivni) poremećaji (prije *histerije*)

Disocijacija- psihička obrana koja onemogućuje prodor u svijest, posebno, u bolne i neugodne sadržaje koji uzrokuju anksioznost. Radi se o 'odvajanju' i 'uklanjanju' određenih sadržaja iz svijesti, ali oni i dalje bivaju 'aktivni' na nesvjesnoj razini. Ovakav rascjep na dio sadržaja koji je emocionalno prožet (koji se potiskuje iz svijesti) i dio koji je emocionalno 'indiferentan' (koji ostaje u svijesti), priječi proces normalnog memoriranja i proradbe informacija (tj. događaja) koji je disocijaciju izazvao. To uklanjanje može se provesti 'eliminacijom' neželjenog sadržaja na plan glatke muskulature i autonomnoga živčanog sustava. Tada govorimo o *somatizacijama*. Kao i svi psihički fenomeni i disocijacija se u nekim granicama nalazi u domeni 'normalnog', primjerice kada 'sanjarimo' u nekoj dosadnoj situaciji. Kada se radi o jako neugodnim situacijama ovo 'bježanje' iz realiteta može biti način kako izdržati u njima. Informacija o toj neugodnoj situaciji se jednostavno 'izbriše', tj. pohrani u nesvjesno i tako se omogući daljnje funkcioniranje osobe u toj neugodnoj situaciji. To je *primarna disocijacija*. Ako se u jednom trenutku ne uspije 'spojiti' emocionalni i svjesni dio informacije na svjesnoj razini, ona ostaje podijeljena i njena memorijska proradba dovodi do iskrivljenja, tj. do 'distorzije' u kognitivnom procesu. Tada se govori o tzv. *sekundarnoj disocijaciji*. Dakle, neprorađeno i rascijepljeno iskustvo jako nabijeno neugodnim emocijama ostaje 'aktivno', i tako nesvjesno, sudjeluje u stvaranju kognitivnih i emocionalnih shema. (primjer: „Svijet je neprijateljsko mjesto, nikome ne mogu vjerovati, bliske osobe me mogu povrijediti.“) Daljnja izgradnja stavova na temelju iskrivljenoga memorijskoga obrasca dovodi do promjene u reakcijama na veliki spektar doživljaja ili čak potpune podjele ličnosti na dvije ili više osobnosti. Tada se govori o tzv. *tercijarnoj disocijaciji*.

Fenomen disocijacije igra jako bitnu ulogu u manifestaciji posttraumatskih tegoba, koji se razvijaju nakon naročito teških i po život opasnih epizoda. *Konverzivni simptomi* Gotovo svaki simptom somatske bolesti može imati konverzivnu osnovu, primjerice rođak se javi s boli u abdomenu, oponaša bolest njegovog nedavno preminulog rođaka. Najuobičajeniji je ispad osjetila ili motorike na rukama i nogama.

Disocijativni proces može uzrokovati različite poremećaje svijesti: *somnambulizam* (mjesočarenje), *amnezije* (gubitak sjećanja na nekoliko sati do tjedana). Rijetka i dramatična stanja su *fuge* i *višestruke osobnosti*, kada pojedinac izgubi sjećanje na neki period i događaje, u kojem je promjenio

identitet, bez nekog uvida u svoju promjenu osobnosti. Potpuno je amnestičan za razdoblje fuge i potresen je novom okolinom.

Najčešća **terapija** za disocijativne poremećaje je psihoanalitička psihoterapija, kao i grupna psihoterapija. Cilj je dovesti bolesnika do djelomičnog uvida i snalaženja u svakodnevnim grupnim situacijama. Bolesnici su tijekom terapijskog procesa, osim u kriznim situacijama, radno aktivni. Koristi se i hipnoza. Kad navedene tegobe remete odnosi u obitelji koristi se obiteljska i bračna terapija. Bez prave motivacije bolesnika, nema rezultata.

> Somatoforni poremećaji

Psihički poremećaji karakterizirani brojnim tjelesnim tegobama, češći kod žena (1-2% ženske populacije). Pojavljuje se u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Etiologija nepoznata, pretpostavlja se da utječe genetika, povezuju se uz depresiju. Psihodinamička teorija govori o osobama koje svoju golemu potrebu za pažnjom i pomoći okoline izražavaju na takav način, naravno nesvjesno. U ovu skupinu spadaju somatizacijski i hipohondrijski poremećaji, bolni sindromi i dismorfofobija. Bolesnici se žale na glavobolju, križobolju, tegobe u probavnom sustavu, mučnine, povraćanje, pritisak u prsištu, umor, anksioznost...

Psihoterapijske tehnike: psihoedukativne i sugestivne tehnike, kognitivna i bihevioralna terapija, grupna psihoterapija, dinamički orjentirana psihoterapija, obiteljska terapija
- farmakoterapija

4. Odjel za poremećaje hranjenja (10 kreveta)

Poremećaji prehrane (ED- eating disorders) su bolesti današnjice. Već od najranijeg djetinjstva se govori o fizičkom izgledu i dijetama. Diktiraju se poželjni standardi ljepote od strane medija. Gube se regionalne kuhinje, a razne egzotične kuhinje se diljem svijeta prezentiraju kao 'zdrava hrana'. Ravnoteža između količine hrane koju unosimo i tjelesne aktivnosti je poremećena. Hrana postaje prostor društvene kontrole. Anoreksija najčešće nastaje u ranoj adolescenciji. Postoje dvije manifestacije anoreksije: *anoreksija nervoza* i *bulimija nervoza*.

> Anoreksija nervoza

Obolijeva 0,5-1 % populacije, 10-20 puta češće žene. Simptomi najčešće između 10-e i 30-e godine, maksimalna učestalost između 17-e i 18-e. Incidencija je vezana i uz neke profesije, pa se povezuje s balerinama i manekenkama. Ovo je restriktivni tip oboljenja. Oboljela osoba je preokupirana hranom i dijetom, odbijaju dosegnuti čak i minimalnu težinu s obzirom na visinu. Opsjednute samokontrolom

hranjenja, skupljaju recepte, često vole kuhati za druge, sklone izolaciji, OKP, ritualno ponašanje. Etiološko biološki čimbenici su vezani za činjenicu da su depresivni poremećaji češći kod anoreksičnih bolesnika, nego u općoj populaciji. Psihološki se anoreksija objašnjava kao reakcija na zahtjeve adolescenata za većom neovisnošću i porastom interesa socijalnog i seksualnog funkcioniranja. Psihodinamičko objašnjenje govori o promijenjenom odnosu s roditeljima (krut, nasilan stav roditelja o hranjenju). Kod anoreksičnih djevojaka se javljaju dvojaka osjećanja prema drugima, smetnje psihoseksualnog identiteta, teškoća s poistovjećivanjem ženske uloge majke. Teško prihvaćaju psihoterapijski tretman. Imaju podršku zajednice u vježbanje sa ciljem postizanja što manje mase i veće vitkosti. U kasnijoj fazi anoreksije dolazi do gubitka apetita. Treba reći da je anoreksija jedna od rijetkih psihičkih bolesti koja može izazvati smrtni ishod zbog somatskih razloga mršavosti i nedostatka elektrolita, tj. opće lošeg metaboličkog stanja.

> Bulimija nervoza

Kod bulimičkog tipa nema samokontrole u hranjenju. Bolesnici se prejedaju, zatim prisilno izbacuju hranu, povraćanjem, korištenjem diuretika i laksativa. Ovaj tip je skloniji depresiji, samoozljeđivanju, emocionalno su nestabilni, sklone uporabi alkohola i psihoaktivnih tvari, kompulzivnom kupovanju, suicidu. Bulimički bolesnici mogu biti i pretili. Kod oba tipa je izražen nedostatak interesa za povećanjem težine i smanjenjem životnog rizika. Bulimičari sklone krađi slatkiša i odjeće. Kod oba tipa je izražen nedostatak interesa za suprotnim spolom (anksioznost). Često uhvate 35-40 godina kad prvi put zatraže pomoć. Ponekad se bolest povuče spontano. Bulimičari češće traže pomoć nego anoreksičari.

Terapija farmakoterapija (antidepresivi) sama ili uz psihoterapiju (kognitivna psihoterapija)

Pretilost je stanje koje se prema klasifikaciji bolesti ne ubraja u bolesti hranjenja već u skupinu 'psihičkih čimbenika koji djeluju na fizičko stanje', ali ga je ipak bitno spomenuti. Pojavnost pretilosti je u porastu u općoj populaciji, kao i stalna potraga za novim dijetetskim programima. Etiološki čimbenici nisu u potpunosti razjašnjeni. Naime, teorija o većem broju masnih stanica ne objašnjava sve vrste pretilosti. Mnoge pretile osobe su sklone da na emocionalna stanja povišene tjeskobe, usamljenosti, straha, dosade reagiraju uvećanim unošenjem hrane, nakon kojeg osjećaju rasterećenje. Dijete mogu izazvati osjećaj frustracije, dovesti do agitacije i iritabilnosti. U liječenju je bitna, dakako, tjelovježba i psihoterapijske tehnike (individualne ili grupne).

5. Odjel za poremećaje spavanja (5 kreveta)

Spavanje i budnost su komplementarni egzistencijalni oblici. Budnost obilježava percepcija i djelovanje, a spavanje senzorna i motorička deprivacija. Spavanje i budnost su fenomenološki kontrasti. Budna svijest je organizirana i ostavlja memorijski trag. S uspavlivanjem svjesnost nestaje. Ipak u pojedinim razdobljima spavanja događaju se procesi s potencijalnim svjesnim sadržajem- to je sanjanje. Snovi, međutim, mogu biti dijelom svjesne percepcije, samo ako se neposredno poslije sanjanja probudimo. Snovi mogu biti psihološki i psihijatrijski interesantni, ali to je sporedna

nuspojava prikrivenog memorijskog procesa u spavanju, koji vjerojatno odražava konsolidaciju pamćenja iz prethodnih budnosti. Sanjanje, kao jedini mentalni proces tijekom spavanja se događa u REM- fazi, a tek rijetko i atipično u ostalim fazama spavanja. Da bi se razumjelo zašto spavamo, treba imati na umu dvije stvari. Prvo, da je u budnosti tkivna funkcija podložna iscrpljenju, a tkivna struktura habanju. U spavanju, koje obilježava tjelesni mir, a s dubinom spavanja i progresivna mišićna relaksacija, sve do potpune paralize voljne muskulature u REM-fazi, optimalne su okolnosti za regeneraciju tjelesnih tkiva, tj. za umnažanje i rast stanica.

Osnovna podjela poremećaja spavanja i budnosti je sljedeća:

1. Poremećaji uspavlivanja i održavanja spavanja - nesanice i stanja prouzročena periodičnim pokretima udova (PLM- *Periodic Limb Movements*) i nemirne noge u spavanju (*Restless Legs Syndrome*)
2. Poremećaj održavanja dnevne budnosti - glavni predstavnik su hipersomnije zbog smetnji disanja u spavanju (apnoički sindrom u spavanju) i narkolepsija
3. Poremećaji rasporeda budnosti - *Jat Lag* sindrom, koji nastaje kod brzih promjena vremenskih zona, te poremećaj budnosti i spavanja zbog smjenskog rada
4. Poremećaji spavanja povezani s pojedinim stadijima spavanja i/ili djelomičnim buđenjem s glavnim predstavnicima parasomnija. Uključuje somnambulizam ili mjesečarenje, noćni strah i noćno mokrenje.

> Poremećaji uspavlivanja i održavanja spavanja

Nesanica je subjektivna poteškoća uspavlivanja, održavanja spavanja, doživljaj loše kakvoće spavanja, sve unatoč dobrim uvjetima za spavanje. Karakterističan je dnevni umor i pospanost, smetnje u koncentraciji, nestabilno raspoloženje, podložnost infekcijama, kostobolji, želučanom kataru, vrijedu želuca, kao i drugim bolestima tihog tijeka zbog posljedica 'nakupljenog duga spavanja'. U SAD-, Europi i Australiji učestalost je 10-49. Teža kronična nesanica ima učestalost u općoj populaciji 10-20%, a vrlo teška 3-9%. U Hrvatskoj od nesanice pati 26% osoba, od čega 15% od lakšeg oblika, a 11% od težeg i dugotrajnijeg. Nesanica je znatno češća u žena (70%). Znatno više pate osobe s manjim primanjima. Postoji više razloga nesanice: zbog psihičkih, tjelesnih/ neuroloških bolesti, zbog uporabe određenih lijekova, apneje, itd... Zbog psihijatrijskih stanja se javlja kod afektivnih poremećaja: manije, depresije, distimije, česta je kod vežine anksioznih stanja, PTSP-a i kod raznih oblika ovisnosti. Postavlja se temeljem anamneze, heteropodataka, specijalnih upitnika, dnevnika budnost- spavanje, aktigrafije i polisomnografije po noći i danu (MSLT- *Multiple Sleep Latency Test*).

Terapija se provodi uzročno, kad je to moguće. Ako se ne može pomoći uzročno, tada je postupak kao i kod primarne insomnije. Nemedikamentni pristup je osnovni, ako nema rezultata, kombinacija s medikacijom. Umjeren fizički napor 6 sati prije lijevanja, poboljšava spavanje. Psihoterapije: bihevioralna, kognitivno-bihevioralna, zatim relaksacijske tehnike, kronoterapija, terapija svjetlom (duljine oko 2 sata svjetlom jačine 1000 luksa, ujutro).

Sindrom nemirnih nogu (Restless Legs Syndrome- RLS)- neizdrživa potreba pokretanja nogu, pokreti malih amplituda, grčevi potkoljenice, potreba za pokretom naglašena kod fiksacije, olakšana kod realizacije. Intezitet najveći uvečer. Pokreti prestaju u REM- fazi. Pojavljuje se ponekad u dječjoj dobi,

incidencija raste s godinama, u skupini 30-70 godina kod 10 %, iznad 80 godina kod 19 % populacije. Liječenje dopaminergičnim agonistima, u težim slučajevima morfijski agonisti.

> Poremećaj održavanja dnevne budnosti

Narkolepsija je kronični poremećaj spavanja - karakteriziran pretjeranom pospanošću i iznenadnim napadajima sna u neprimjerenim situacijama. Oboljeli od narkolepsije često imaju isprekidan noćni san i abnormalan ritam spavanja tijekom dana, što se nerijetko pogrešno tumači kao insomnija. Pri usnivanju uglavnom ulaze u REM fazu sna unutar prvih 5 minuta, dok kod većine ostalih ljudi REM faza nastupa tek sat vremena kasnije. Još jedan od problema koje doživljavaju mnogi oboljeli jest katapleksija - iznenadna mišićna slabost koja je izazvana snažnim osjećajima, ili nastaje spontano bez emocionalnog okidača. Može se manifestirati kao jedva primjetan gubitak tonusa muskulature lica, opuštanje donje čeljusti, pognutost glave, slabost u koljenima, ili kao potpuni kolaps. [3] Govor je često nerazgovjetan te se pojavljuju poremećaji vida u obliku dvoslika i nemogućnosti fokusiranja pogleda, no sluh i svijest su očuvani. U rijetkim slučajevima može nastupiti paraliza i ukočenost mišića. Neki od oboljelih prilikom napadaja dožive pojačan osjet njuha i okusa.

Narkolepsija je neurološki poremećaj spavanja. Nije uzrokovana mentalnim poremećajem ili psihološkim problemima. Najvjerojatnije je uzrokovana određenim genetskim mutacijama i abnormalnostima koje utječu na specifične biološke čimbenike u mozgu, u kombinaciji s utjecajima iz okoline za vrijeme razvoja, poput virusnih infekcija. Dijagnostika je relativno laka kada su prisutni svi tipični simptomi narkolepsije, no ako su napadaji sna izolirani, a katapleksija odsutna ili tek blago izražena, dijagnozu je znatno teže postaviti. Uz to je moguće i posve izolirana pojava katapleksije. Pri standardnom postavljanju dijagnoze koriste se tri testa - polisomnografija, Multiple Sleep Latency Test (MSLT), te procjena prema Epworthovoj ljestvici pospanosti. Ove testove obično provode specijalisti medicine spavanja.

Polisomnografija uključuje kontinuirano snimanje moždanih valova te brojnih živčanih i mišićnih funkcija tijekom noćnog sna. Pri testiranju oboljeli od narkolepsije brzo usnivaju, rano ulaze u REM fazu sna i bude se tijekom noći. Pomoću polisomnografije se mogu detektirati i ostali poremećaji spavanja koji uzrokuju pretjeranu pospanost tijekom dana. Pri izvođenju Multiple Sleep Latency testa pacijentu je ponuđeno da odspava svako 2 sata tijekom dana. Bilježi se vrijeme potrebno da se dostignu različiti stadiji sna. Ovim se testom mjeri stupanj pospanosti tijekom dana i brzina nastupa REM faze. Epworthova ljestvica pospanosti je kratki upitnik kojim se detektira mogućnost postojanja nekog poremećaja spavanja, uključujući narkolepsiju. Liječenje se vrši farmakoterapijom: vekamini, modafinil, a za katapleksiju triciklički antidepresivi.

> Poremećaji rasporeda budnosti

'Jat Lag' U vrijeme brzih putovanja zrakoplovom desinhronizira se unutarnji bioritam. Unutarnji sat zaostaje na "kućnom" vremenu. Za prilagodbu na nove uvjete potrebno je tri do sedam dana. Poremećaj se javlja nakon promjene najmanje tri vremenske zone, a sve je izraženiji čim je put dalji. Put na istok teže se podnosi nego put na zapad. Ovaj je poremećaj neizbježan. Važna je anticipacija promijenjenih sposobnosti na određitu prvih dana. Sve složene aktivnosti treba odgoditi ili

prilagoditi mogućnostima. Izbjeći upravljanje motornim vozilima u prva tri dana. Djelotvorne prevencije nema.

Smjenski rad Brojni ljudi rade u smjenama. Neki od njih se dobro prilagode takvom životu i radu, neki slabo. No i kod dobro prilagođenih razvijaju se posve nekonvencionalne navike. Loše prilagođeni, osim nesanice po noći i pospanosti po danu, pojačano pate od raznih tjelesnih bolesti naizgled nepovezanih s lošim spavanjem. Gastritis ili vrijed želuca, reumatizam, oslabljena otpornost na infekcije, samo su neka medicinska stanja češća kod smjenaša. Raspoloživo vrijeme dnevnog spavanja većinom nije optimalno, jer unatoč pospanosti unutarnji sat po danu diktira budnost a ne spavanje. Stoga se po danu spava skraćeno i pliće, pa se kumulira deficit najvažnijih vidova spavanja. Smjenaš mentalno i tjelesno slabi. Kod aktivnih smjenaša ne govorimo o liječenju poremećaja spavanja i budnosti, već o kontramjerama. Njih treba podržati u nekonvencionalnom životnom stilu.

> Poremećaji spavanja povezani s pojedinim stadijima spavanja i/ili djelomičnim buđenjem

Uobičajene parasomnije, uglavnom bez patološkog značenja: *hipnagogne vizije* (trzanje udova kod uspavlivanja), *bruksizam* (škripanje zuba), *somnilokvija* (govor u vrijeme spavanja), *noćne more* (teški snovi praćeni strahom i osjećajem opresije koja ostavlja dojam teškog disanja). Od NREM patoloških parasomnija značajne su: somnambulizam ili mjesečarenje, noćni strah i noćno mokrenje. **Somnambulizam** se pretežito pojavljuje u djetinjstvu do 12. godine. Radi se o parcijalnom buđenju s automatiziranim motoričkim ponašanjem bez svjesne kontrole. **Noćni strah** (pavor nocturnus) je najdramatičniji od svih poremećaja buđenja. Intezivni, ponekad i ekstremni, neutješni strah s paničnim ponašanjem, plačem, lupanjem rukama, trčanjem po sobi... Incident može potrajati i do 45 minuta, i može imati forenzično značenje, jer ovakvo ponašanje, premda je ustrašeno, može biti i violentno. Amnezija gotovo redovita. Najčešće se pojavljuje u djetinjstvu, nerijetko ostaje i u odrasloj dobi, a ponekad se i pojavi u odrasloj dobi. **Noćno mokrenje** (enuresis nocturna) može imati gensku, bihevioralnu ili psihičku podlogu. Češće u djetinjstvu, ali se protegne i na odraslu dob. Od sekundarnih fenomena povezanih sa spavanjem najvažniji su noćni epileptični napadaji.

Kod liječenja parasomnija su korisne psihološko-bihevioralne metode, kao potpora medikaciji. Elektivno djelujućeg lijeka nema. Znatno broj parasomnija prolazi spontano.

6. Odjel za poremećaje ličnosti i poremećaje ponašanja odraslih (20 kreveta)

Osobnost se definira kao relativno stabilni način mišljenja, osjećanja, ponašanja i odnosa prema drugima. Svaka osoba ima određene životne stavove i pretpostavke prema kojima pokušava razumjeti doživljaje kroz koje svakodnevno prolazi. Svaka osoba prepoznaje repertoar emocija s kojima je suživljena i tipično na njih reagira i pri tome pokazuje karakteristični način ponašanja u relaciji s najbližima. Jedan dio navedenog je svjestan, drugi nesvjestan i automatski. Odavno postoji veliki interes za ona psihička stanja između normalnoga i patološkoga koja nisu ni bolest, ni zdravlje, već se

radi o poremećenim obrascima ponašanja. To je neka vrst *deformacije osobnosti*.

Poremećaji ličnosti su obično rigidni i loše prilagođeni obrasci ponašanja i štete socijalnim, interpersonalnim i rapidnim odnosima. Obrasci loše prilagodbe su očiti, pojavljuju se već u doba djetinjstva i traju veći dio života. I pri izostanku frustracija iz okoline, osobe s poremećajem osobnosti obično pokazuju niski prag za prevladavanje svakodnevnih životnih situacija, doživljavaju ih frustrativno i pokazuju povišenu razinu anksioznosti ili druge mentalne i emocionalne simptome i osjećaju da je njihov obrazac ponašanja 'normalan' i 'ispravan'. Rijetko traže pomoć zbog vlastite anksioznosti i nelagode. Često ih dovode službe ili obitelji zbog teškoća koje stvaraju drugima. D. Henderson je definirao tri skupine psihopata:

1. Pretežito agresivni, ne samo oni koji su pretežito agresivni, ne samo oni koji su uzastupno agresivni prema drugima, veći i oni koji su agresivni i prema sebi, tj. suicidalni. Skloni zlouporabi alkohola, ovisnosti o raznim psihoaktivnim supstancama.
2. Pasivni i osobe s neodgovarajućom osobnošću, nestabilne ličnosti, hipohondri, patološki lažljivci, kao i oni koji imaju shizoidne karakteristike.
3. Kreativni psihopati.

Bolesnici s poremećajima osobnosti teško uspostavljaju relaciju, nepouzdati su i skloni nepredvidivim reakcijama. Teško preuzimaju odgovornost za bilo što što se oko njih događa, često su u sukobu s okolinom i društvenim normama općenito, protiv volje ih se dovodi na opservaciju kod psihijatra. Spadaju u rizičnu skupinu za razvoj ovisnosti o alkoholu i drogama, autodestruktivnog asu ponašanja, seksualne devijacije. Sklone slomu nakon izlaganja stresu. Dijagnoza se temelji na prepoznavanju tipičnog rigidnog obrasca ponašanja, izostanku uvida i otporu bolesnika da se promjeni. Očita je nesposobnost da uči iz loših iskustava. Mehanizmi otpora se ne mogu slomiti uvjerenjem niti interpretacijom, ali dobro reagiraju na poboljšane međudnose i na suportivnu, ali i snažnu konfrontaciju u dugotrajnoj psihoterapiji i na grupe za samopomoć. Dijagnoza se postavlja na temelju disocijacije, projekcija, shizoidnih fantazija, hipohondrijaze, okretanja protiv sebe, *acting out*-a i rascjepa.

Klasifikacija poremećaja osobnosti prema MKB-10 i DSM-IV:

- paranoidni poremećaj osobnosti
- shizoidni poremećaj osobnosti
- shizotipni poremećaj osobnosti
- histrionski poremećaj osobnosti
- narcistički poremećaj osobnosti
- antisocijalni poremećaj osobnosti
- granični poremećaj osobnosti
- anksiozni (izbjegavajući) poremećaj osobnosti
- zavisni poremećaj osobnosti
- anankastični ili kompulzivno-prisilni poremećaj osobnosti
- pasivno agresivni poremećaj osobnosti
- ciklotimni poremećaj osobnosti
- trajne promjene osobnosti nakon katastrofalnih doživljaja
- organski poremećaj osobnosti

> paranoidni poremećaj osobnosti

Jedno od osnovnih obilježja paranoidnog poremećaja osobnosti jest promjena u načinu razmišljanja koje je obilježeno neumoljivim traženjem skrivenog značenja i tragova kako bi se razotkrila „istina“ iza situacije koja je predočena. Njihova beskrajna potraga uključuje intenzivnu pobuđenost pažnje i neprestano pozorno monitoriranje okoline i svega što nije uobičajeno, a takav način razmišljanja uzima visoku cijenu u smislu psihičke i emocionalne tenzije. Oni se jednostavno ne mogu opustiti. Paranoidno razmišljanje je obilježeno i nedostatkom fleksibilnosti. Ni najuvjerljiviji argumenti nemaju utjecaja na rigidnost njihova vjerovanja, a osoba koja se upusti u raspravu s njima postat će meta njihove sumnjičavosti. Osobe s ovim poremećajem imaju izraženu potrebu kontrolirati druge što odražava nisko samopoštovanje a to je srž paranoje. Duboko u sebi osjećaju se slabi, inferiorni i bezuspješni. Stoga se grandioznost i osjećaj posebnosti koji često prezentiraju može razumijeti kao kompenzatorni mehanizam osjećaja inferiornosti. U odnos s drugima ulaze s uvjerenjem da će ta osoba sve uprskati, izlanuti se i na taj način pokazati njegova/njena vjerovanja (i sumnjičavosti) utemeljenim. Rijetko kada traže psihijatrijsku pomoć. Kod psihijatra ih dovodi netko iz njihove okoline koji su zasićeni bolesnikovim optužbama, ili dolaze pod pritiskom poslodavca odnosno braćenog druga. Kada i dragovoljno pristanu na proces liječenja uvjereni su da nisu oni ti koji imaju psihičke poteškoće, već da su krivo tretirani i iznevjereni od drugih.

Zbog bolesnikove sumnjičavosti grupna terapija ne bi bila metoda izbora. Liječenje bi se moralo bazirati na individualnom pristupu unatoč golemom izazovu koji se time nameće psihoterapeutu. Kako je glavna početna prepreka izrazito nepovjerenje, prvi korak u liječenju bilo bi uspostavljanje terapijskog saveza s bolesnikom. Terapeut mora zauzeti stav koji je drugačiji od dotadašnjeg bolesnikovog okruženja, odnosno mora izbjegavati obrambeni stav. Kada se bolesnik malo više otvori terapeut može početi imenovati bolesnikove osjećaje i na taj način mu pomoći napraviti razliku između osjećaja i stvarnosti. Može mu pomoći premostiti pukotine u svom znanju. U najboljem slučaju ti bolesnici mogu otkriti svoju žudnju da budu prihvaćeni, voljeni i bliski što je povezano s njihovim frustracijama i razočarenjima s ranim figurama iz njihova života.

>shizoidni poremećaj osobnosti

Prema DSM-u: Pervazivni obrazac nezainteresiranosti za socijalne odnose, ograničenog raspona izražavanja emocija u međuljudskim situacijama, koji možemo dijagnosticirati u ranom odraslom dobu. Ispoljava se u raznim situacijama. Za uspostavljanje ove dijagnoze moramo uzeti u obzir najmanje četiri od sljedećih indikatora:

1. Niti žele odnose, niti uživaju u bliskim odnosima, uključujući i odnose s članovima porodice
2. Gotovo uvijek biraju samostalne, usamljeničke aktivnosti
3. Gotovo da uopće nisu zainteresirani za seksualna iskustva s drugom osobom
4. Uživaju u vrlo malo, ili nimalo, aktivnosti
5. Nemaju bliskih prijatelja ili osoba od povjerenja, osim (možda) najbližih članova porodice
6. Često su nezainteresirani za druge, izgledaju indiferentno prema tuđim naklonostima ili imaju emocionalnu tupost

Potrebno je naglasiti da se shizoidni poremećaj ličnosti ne javlja isključivo u toku shizofrenije (iako je ovakav obrazac ponašanja kod oko 40% shizofrenih bolesnika prije nastupa bolesti), nekog drugog

psihotičnog poremećaja ili pervazivnog razvojnog poremećaja i da ne nastaje kao rezultat neposredne fiziološke posljedice nekog općeg zdravstvenog problema.

>shizotipni poremećaj osobnosti

Bitno obilježje je pervazivni model socijalnih i interpersonalnih deficita izraženih akutnom nelagodnom u bliskim odnosima (i smanjenim kapacitetom za njih) kao i iskrivljenim kognitivnim i perceptualnim poimanjem i ekscentričnim ponašanjem. Ponašanje koje upućuje na shizofreniju, ali nema dovoljno izraženih simptoma za taj poremećaj. Ove osobe mogu biti praznovjerne ili zaokupljene paranormalnim fenomenima koji su izvan normi njihove supkulture. Mogu osjećati da imaju posebnu moć predosjećanja događaja ili čitanja tuđih misli. Mogu vjerovati da imaju magičnu kontrolu nad drugima, koja se može primijeniti izravno ili neizravno kroz udovoljavanje magijskim ritualima. Mogu postojati osjetilne promjene (npr. osjećaju da je druga osoba prisutna ili čuju glas koji mrmlja njegovo ili njezino ime). Govor im može sadržavati neobične ili idiosinkratičke fraze i konstrukcije. Često je nejasan, isprazan i udaljuje se od predmeta, no bez stvarne derealizacije i inkoherencije. Odgovori mogu biti ili previše konkretni ili previše apstraktni. Osobe s ovim poremećajem često su sumnjičave i mogu imati paranoidne ideje. Obično nisu u stanju ispoljiti puni raspon osjećaja i međuljudskih znakova koji je potreban za uspješne odnose i tako se često čini da su im interakcije s drugim neprikladne, krute ili ograničene. Ove osobe često se smatraju čudnima ili ekscentričnima zbog neobičnog manirizma i neobičnog načina odijevanja. Doživljavaju međuljudske odnose problematičnim i osjećaju se neugodno u odnosima s drugim ljudima. Iako mogu izražavati nezadovoljstvo zbog nedostatka tih odnosa, njihovo ponašanje upućuje na smanjenu želju za bliskim kontaktima. Kao rezultat toga imaju malo, ili nimalo bliskih osoba. U socijalnim situacijama su anksiozni, osobito u onima u kojima sudjeluju nepoznati ljudi. Ući će u interakcije s drugim ljudima ako moraju, ali radije se drže za sebe jer se osjećaju da su različiti i da se ne uklapaju.

Uglavnom dolaze na liječenje zbog popratnih simptoma anksioznosti, depresije ili drugih disforičnih osjećaja. Osobito u odgovoru na stres mogu imati prolazne psihotične epizode (traju nekoliko minuta ili sati), iako obično ne traju dovoljno da bi se opravdala dodatna dijagnoza kao što je akutni psihotični ili shizofreniformni poremećaj. Više od polovice može u anamnezi imati bar jednu Veliku depresivnu epizodu. Prevalencija shizotipnog poremećaja je oko 3 %. Tijek bolesti je stabilan.

>histrionski poremećaj osobnosti

Ovakve osobe traže pažnju i iskazuju izrazitu emocionalnost. Njihove emocije su plitke i često se mijenjaju. Najčešće se radi o privlačnim i zavodljivim osobama, s prenaplašenom brigom za svoj vanjski izgled. Prisutan je sveobuhvatni način ponašanja jako izražene emocionalnosti i stalnog traženja pažnje koji počinje u vrijeme ranije odrasle dobi. Karakteristično za ovaj poremećaj jest osjećaj nelagode kada osoba nije u centru pažnje, interakcija s drugim osobama koja se može okarakterizirati kao neprikladno seksualna, zavodljiva i provokativna. Osim toga osjećaji te osobe su neiskreni, točnije se opisuju kao plitki i brzo se mijenjaju. Takva osoba konstantno koristi svoj fizički izgled da bi privukla pozornost na sebe. Govor takvih osoba je pun dojmova iako bez detalja. Osim toga, kod ovog poremećaja javlja se i povećana sugestibilnost od strane drugih osoba ili okolnosti i na kraju jako isticanje važnosti nekih veza i poznanstva. Uz ove glavne simptome poremećaja ličnosti česti su i poremećaji raspoloženja i poremećaji u smislu somatizacije psihičkih tegoba, odnosno odražavanja 'negativne' psihičke energije na organizam. U liječenju se koristi psihoterapija, individualna i grupna, ali i lijekovi, posebno antidepresivi.

>narcistički poremećaj osobnosti

Pojedinci s dijagnozom ovog poremećaja ličnosti imaju osjećaj grandioznosti u svezi s osobnom važnošću, dok su u isto vrijeme jako osjetljivi na kritiku. Gotovo da ne posjeduju mogućnost suosjećanja s drugima, a češće su zaokupljeni pojavom nego sadržajem. Pogođene osobe pokazuju osjećaj grandioznosti, bilo to fantaziranje ili iskazivanje manirama, iskazuju potrebu da im se divi, i manjak suosjećanja koji počinje u mlađem odraslom dobu. Grandiozni osjećaj osobne važnosti se može iskazivati kao pretjerano naglašavanje osobnih postignuća i talenata. Zaokupljeni su fantazijama o neograničenom uspjehu, moći, izuzetnosti, ljepoti i idealnoj ljubavi. Oni vjeruju da su posebni i jedinstveni i da ih mogu razumjeti samo osobe visokog statusa, a uz to iskazuju jaku potrebu da im se divi. Također, oni iskazuju nerazumna očekivanja podilaženja i automatskog slaganja s njihovim stavovima. Interpersonalni odnosi kojih su oni dio pokazuju eksploatacijski odnos na štetu drugih osoba. Nedostaje im mogućnost suosjećanja, dok često misle da su im drugi zavidni i ljubomorni na njih. Nije rijedak ni arogantni nastup. Kao i kod drugih poremećaja ličnosti iz ove skupine, pogođene osobe pokazuju poremećaje raspoloženja. Uglavnom se radi o depresiji i depresivnim raspoloženjima. Preokupiranost vlastitom pojavom izuzetno jako je izražena. Osim toga javlja se i problem somatizacije. U liječenju se koristi individualna i grupna psihoterapija.

>antisocijalni poremećaj osobnosti

Osobe koje pate do ovog oblika poremećaja ličnosti imaju povijest trajnog i kroničnog antisocijalnog ponašanja u sklopu kojeg se vrši nasilje nad pravima drugih. Osnovni poremećaj kod ovog stanja jest nemogućnost kontroliranja impulsa. Osobe pogođene ovim poremećajem pokazuju nedostatak osjećaja prema drugima. Oni su egocentrični, sebični i pretjerano zahtjevni. Uz to, često se kod njih ne mogu pronaći znakovi tjeskobe, kajanja i krivnje. Kršenje prava i zakona zajednice karakteristično je za ovaj poremećaj ličnosti. Pojmovi poput 'sociopat' ili 'psihopat' koriste se za osobe kod kojeg je posebno izraženo devijantno antisocijalno ponašanje. Ovo stanje smatra se doživotnim, a za dijagnozu je važno da je poremećaj u ponašanju prisutan već u adolescenciji. Osobe koje koriste nelegalne supstance (droge) često spadaju u skupinu antisocijalnih poremećaja. Međutim, ako je problem te osobe vezan isključivo za zlouporabu droga, i ako osoba osjeća krivnju zbog svog ponašanja onda se dijagnoza antisocijalnog poremećaja ličnosti može isključiti. Često postoje podaci o sličnim poremećajima u obitelji. Stoga se danas smatra da u razvijanju ovog poremećaja ulogu igraju i okoliš u kojem osoba odrasta, ali i genetski faktor. Problemi u obitelji vezani uz alkoholizam također povećava rizik od antisocijalnog ponašanja.

Antisocijalno ponašanje može nastati i kao posljedica traume mozga, ili upale mozga (encefalitis). Liječenje je potrebno provoditi isključivo na odjelima, a kao učinkovitija metoda pokazale se grupna terapija.

Osim psihodinamičkog pristupa kod nekih bolesnika stanje se može poboljšati lijekovima.

>granični ('borderline') poremećaj osobnosti

Glavni poremećaj jest nestabilnost poimanja samog sebe, među-osobnih odnosa i raspoloženja. Karakterističan je uzorak ponašanja obilježen nestabilnošću međuljudskih odnosa, poimanja samog sebe, afekata i kontrole afekata što počinje u ranoj odrasloj dobi. Stanje je obilježeno velikim naporom u izbjegavanju stvarnih ili izmišljenih vezanja. Međuljudski odnosi su nestabilni i intenzivni.

Identitet o samom sebi je nestalan i poremećen. Prisutna je impulzivnost u barem dvije aktivnosti koje su potencijalno štetne za tu osobu (seks, zlouporaba droga, prežderavanje). Suicidalno ponašanje može biti prisutno ili ponašanje koje naginje samoranjavanju. Prisutan je kronični osjećaj praznine, osjećaj ljutnje je intenzivan, bez kontrole i neprikladan za određenu situaciju. Ova vrst poremećaja prisutna je u 1-2% populacije. Dijagnoza je češća dva puta više kod žena. Uzrok ove vrste poremećaja najvjerojatnije je poremećaj u ranom razvoju ličnosti. Čest nalaz je teško zlostavljanje u djetinjstvu. U terapiji se koristi psihodinamički pristup, ali i lijekovi.

>anksiozni (izbjegavajući) poremećaj osobnosti

Izbjegavajući poremećaj ličnosti u prvom redu karakterizira preosjetljivost, socijalno inhibirano ponašanje, osjećaj neadekvatnosti te izbjegavanje društvenih kontakata radi straha od posramljivanja, kritiziranja ili odbacivanja. Smatra se da se ovaj poremećaj javlja kod osoba koje su već ranije pokazivale povučenu i sramežljivost, bile su zabrinute kakvo mišljenje drugi imaju o njima. Rezervirani su i suzdržani prema drugima, a bliske odnose imaju s članovima obitelji i malim brojem najbližih prijatelja. Ove su osobe emocionalno ovisne o drugima i velik trud ulažu kako bi svima ugodili. Pasivni su, zahtjevni i „ljepljivi“ u odnosima, uz izražen strah ododvajanja. Teško donose odluke bez pomoći i savjeta drugih, čak i ako se radi o svakodnevnim odlukama. Imaju izražen strah od napuštanja i strašno ih pogađa ako dođe do završetka nekog odnosa, pa često odmah ulaze u novi odnos. Pretjerano su osjetljivi na kritiku, ne mogu biti sami, spremni su tolerirati tuđe zlostavljanje ili neprimjereno ponašanje prema sebi, a potrebe drugih stavljaju ispred svojih. Skloni su naivnosti i maštanju, izbjegavaju neslaganje s drugima radi straha da će izgubiti njihovu podršku ili odobravanje. Izbjegavaju prihvaćanje odgovornosti kao i zadataka i poslova koji zahtijevaju samostalno funkcioniranje, skloni su pesimizmu i nedostatku vjere u sebe, a ponekad čak i sumnjaju u to da se mogu brinuti sami o sebi. Budući da su vrlo osjetljivi na odbijanje, iako imaju vrlo snažnu želju za bliskošću s drugima, zadržavaju distancu i zahtijevaju bezuvjetno prihvaćanje prije nego se usude „otvoriti“ prema drugima. U tu svrhu testiraju druge kako bi se uvjerali prema kome smiju pokazati svoje osjećaje i kome će se svidjeti. Izbjegavajući obrazac može biti izražen u različitom intenzitetu, od „normalne sramežljivosti“ sve do izbjegavajućeg poremećaja ličnosti. Stupanj izraženosti direktno utječe na svakodnevno funkcioniranje. Glavna metoda liječenja ovog poremećaja je psihoterapija, zatim trening socijalnih vještina, a prema potrebi i farmakoterapija. Cilj je terapije da osoba postane aktivnija i neovisnija te da može formirati zadovoljavajuće bliske odnose. Obično se preferira kratkotrajna terapija, jer kod dugotrajne terapije postoji opasnost od stvaranje ovisnosti o terapeutu. Problemi u započinjanju terapije mogu biti nedostatak motivacije za promjenu.

>zavisni poremećaj osobnosti

Osobe s ovim poremećajem dopuštaju drugima da upravljaju njihovim životima jer to nisu u stanju sami. Drugi ljudi (poput bračnih partnera) određuju sve ključne životne odluke umjesto njih, poput mjesta življenja, odabir posla i sl. Potrebe ovisnih ljudi nalaze se na drugom mjestu, iza osoba o kojima su ovisni, da bi izbjegli bilo kakvu mogućnost donošenja vlastitih odluka i odgovornosti. Ovisne osobe vide sebe kao bespomoćne i glupe. Neki autori smatraju da uzrok ovog poremećaja može imati korijene u kulturološkim osnovama neke zajednice u kojoj se od određene skupine ljudi očekuje da budu ovisniji o drugima. Jako je izražena potreba za brigom o njima i javlja se strah od odvajanja od .

nekoga uz koga je bila ovisna. Ovakvo ponašanje javlja se u ranoj odrasloj dobi, a može se javljati u različitim kontekstima. Depresija je kod ovog poremećaja ličnosti česta popratna komplikacija.

>anankastični ili kompulzivno-prisilni poremećaj osobnosti

Pogođene osobe su perfekcionista, neprilagodljivi, te nisu sposobni izraziti prijazne, nježne osjećaje. Preokupirani su beznačajnim detaljima i pravilima i nimalo im se ne sviđa promjena u nekoj rutini ili navici. Osobe s ovim poremećajem ličnosti iskazuju preokupiranost s redom, urednošću, kontrolom nad okolinom i međuljudskim osjećajima, po cijenu prilagodljivosti, otvorenosti i učinkovitosti. Ovakvo ponašanje se javlja u ranoj odrasloj dobi, a može se očitovati na nekoliko različitih načina: preokupacija detaljima, pravilima, redom, organizacijom ili rasporedima do te granice da je aktivnost i produktivnost te osobe značajno umanjena što za posljedicu ima razvijanje neučinkovitosti na svim životnim poljima, perfekcionizam koji ometa završetak započetog zadatka, izrazita posvećenost poslu i radnim zadaćama do stupnja koji isključuje odmor. Za razliku od drugih poremećaja ličnost, kod ovog poremećaja osobe znaju da imaju problem kojim sami sebe koče i ne dopuštaju sami sebi da se dobro osjećaju. Poremećaj se liječi uglavnom psihoterapijom, bilo individualnom ili grupnom.

>pasivno agresivni poremećaj osobnosti

Pasivno-agresivan način ponašanja odnosi se na način ponašanja u stresnim ili frustrirajućim situacijama, a manifestira se kroz specifičan (indirektan) način izražavanja ljutnje prema drugima. Često se ove osobe naizgled slažu sa željama drugih, no kada nešto trebaju sprovesti, počinju to odugovlačiti ili ako sprovedu određeni zadatak, učine to na način da je rezultat posve beskoristan. Stoga takvo ponašanje dovodi do brojnih problema u privatnom i poslovnom životu. Pasivno-agresivno ponašanje uključuje odugovlačenje, zamjerenje, opstrukciju, dvosmislenost ili nejasnoću, otpor prema tuđim prijedlozima, optuživanje drugih, izbjegavanje odgovornosti kroz ispriku da se nešto zaboravilo, stalno kašnjenje i ponavljanje zaboravljanja, strah od kompeticije, strah od autoriteta i bliskosti, poticanje kaosa, namjerna neučinkovitost, izbjegavanje otvorenog izražavanja ljutnje, prigovaranje. Kao i kod drugih poremećaja ličnosti, uzroci nastanka ovog poremećaja nisu točno poznati, ali vjerojatno se radi o kombinaciji genetskih i okolišnih čimbenika (npr. pretjerana kontrola od strane roditelja, zanemarivanje ili roditeljska naklonost drugom djetetu mogu dovesti do razvoja "tihog protesta" ili protestirajuće poslušnosti).Pretpostavlja se da su kod ovog poremećaja izražene određene karakteristike: 1.povišen neuroticizam (kronično negativan afekt - anksioznost, tenzija, bojažljivost, ljutnja, iritabilnost, malodušnost, osjećaj krivnje i srama, beznađe), 2.povišena ekstrovertiranost (pretjerana otvorenost uz neprimjereno otkrivanje detalja o sebi, nemogućnost osobe da bude sama, naglašeno izražavanje emocija, neodgovorno traženje uzbuđenja, pokušaji kontroliranja drugih osoba),3. snižena otvorenost (problemi prilagodbe na osobne i društvene promjene, snižena tolerancija ili razumijevanje različitih gledišta ili stilova života), 4. snižena sklonost slaganju (izražen cinizam i paranoidno razmišljanje - nemogućnost stjecanja povjerenja u druge, sklonost svađi, manipulativnost i bezobzirnost prema bliskim osobama, što se često iskazuju nepoštivanjem društvenih konvencija, napuhanim ili veličanstvenim doživljajem sebe uz arogantno ponašanje) te 5. povišena osjetljivost (ove se osobe često ističu pretjeranim uspjesima na poslu).

Ponašanje ovih osoba u bliskim odnosima je ambivalentno. Ponekad ih je teško razumjeti jer se sami nalaze u procjepu između izražavanja neprijateljskog prkosa i pokušaja da ublaže svoje ponašanje traženjem oprosta. Upravo radi toga često su skloni svađama, zamjerenju i razdražljivosti, uz burno i eksplozivno ponašanje, dok se s druge strane često osjećaju kao žrtve. Osobe koje su s njima u

bliskom odnosu obično imaju osjećaj da se stalno čeka na novu svađu, kritiziranje ili burnu reakciju. Ovakve osobe uspijevaju druge uvući u situacije u kojima je sve što učine - uvijek pogrešno.

>ciklotimni poremećaj osobnosti

Ciklotimija je perzistirajuće nestabilno raspoloženje koje uključuje brojne periode blago depresivnog raspoloženja i blage elacije pri čemu nisu ispunjeni kriteriji za blagu depresivnu epizodu prema MKB-10 ili veliku depresivnu epizodu prema DSM-IV.Drži se kako je riječ o predispoziciji temperamenta za bipolarni afektivni poremećaj i druge poremećaje raspoloženja. Bez duljeg razdoblja promatranja pacijenta ili podataka o njegovom ranijem ponašanju teško je postaviti dijagnozu. Prema MKB-10 i DSM-IV, simptomi elacije i neraspoloženja, što se izmjenjuju, moraju perzistirati najmanje 2 godine i nikad ne smiju imati psihotičnu dimenziju. Da se postavi dijagnoza snižene faze ciklotimije pacijent mora imati najmanje 3 od sljedećih 8 simptoma: smanjenje energije i aktivnosti, insomnija, gubitak samopouzdanja i osjećaj vlastite neadekvatnosti, teškoće koncentracije, socijalno povlačenje, gubitak interesa i zadovoljstva u seksu i u drugim inače ugodnim aktivnostima, smanjena pričljivost, pesimizam glede budućnosti ili razmišljanje o prošlosti. Ciklotimija se obično razvije u ranoj odrasloj dobi i nastavlja kroničnim tijekom, iako povremeno raspoloženje može biti normalno i stabilno mjesecima. Promjene raspoloženja obično su neovisne o životnim događajima.Ukoliko su prisutni hipomanični i depresivni simptomi onda su nedostatni po broju, težini, uvjerljivosti i trajanju da bi zadovoljili kriterije za maničnu ili depresivnu epizodu. Potreba za tretmanom ciklotimije ovisi od slučaja do slučaja. Liječenje svakako treba ponuditi ako je funkcioniranje pacijenta narušeno ili postoji hereditet za bipolarni afektivni poremećaj.Prepisivanje litija ili drugih stabilizatora raspoloženja može otkloniti hipomanične simptome i reducirati učestalost ciklusa, odnosno faza. Antidepresivima se mogu ukloniti depresivni simptomi, no u 40-50% slučajeva sami antidepresivi mogu inducirati hipomaniju. Prema nekim istraživanjima približno 60% pacijenata se poboljša na primjenu litijevih soli.

>trajne promjene osobnosti nakon katastrofalnih doživljaja

Ovaj poremećaj nije u cijelosti definiran. Kada promjena osobnosti nastane nakon katastrofalnih iskustava i prolongiranih ekstremno teških stresnih situacija, a traje najmanje dvije godine, može se govoriti o ovoj dijagnozi. Može se nastaviti na PTSP, ali ne mora postojati izrazita klinička slika PTSP-a.

>organski poremećaj osobnosti

Koncipiran kao promjene u osobnosti i ponašanju kod ozljede ili disfunkcije mozga. Karakteristična velika promjena uobičajenih obrazaca ponašanja, pogotovo u odnosu na izražavanje emocija, potreba i impulsa. Kognitivna funkcija može biti ugrožena. Pokazuju izrazitu zavisnost o drugima.

7. Odjel dječje i adolescentne psihijatrije (20 kreveta)

Uvod Suprotno općem stavu, psihičke tegobe kod djece i adolescenata nisu rijetkost i u nekim se aspektima one razlikuju u odnosu na psihičke tegobe kod odraslih. Stoga se svaka psihička tegoba kod djece i adolescenata treba promatrati kroz prizmu razvojnog procesa, jer jedan te isti simptom može označavati usporeniji razvoj, simptom, sindrom ili bolest. Različitost psihičkih tegoba u odnosu na odrasle, uvjetuje i njihova ovisnost o okolini i njezi, koja je utoliko veća ukoliko je dijete mlađe dobi. Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of ental Disorders) koji je službeni klasifikacijski sustav u SAD-u, imaju poglavlja koja se odnose na psihopatologiju dječje i adolescentne dobi. MKB-10 u poglavlju koje se odnosi na razvoj bilježi dvije skupine poremećaja: poremećaje *psihičkog razvoja* i *poremećaje u ponašanju i ophođenju*. Klasifikacije psihijatrijskih bolesti kod djece i adolescenata trebale bi uvažiti tri značajna čimbenika: 1. Djeca i adolescenti su u stalnom procesu promjena i rasta tako da u procjenjivanju dijagnoze treba imati na umu zakonitosti normalnog psihičkog razvoja 2. U većine psihijatrijskih tegoba u djece postoje ispadi u ponašanju koje pokazuje i većina mladih (npr. agresija, primjena dijeta) 3. Psihičke poteškoće koje pokazuju djeca i adolescenti često proizlaze iz konteksta odnosa u obitelji.

Procjena se vrši na temelju: epidemioloških podataka (npr. agitacija i agresivnost češći u dječaka, emocionalan nestabilnost u djevojčica), praćenja tijekom dužeg vremena, genetičkih istraživanja, psihički rizičnih čimbenika, neuropsiholoških testova, medicinskih istraživanja.

Što su psihički poremećaji djece i adolescenata ?

Psihički poremećaji su manifestacije nefunkcioniranja u pojedincu a mogu biti uzrokovani nasljeđem, psihogenim i okolinskim uzrocima. Psihički poremećaji djece i adolescenata mogu se ispoljiti na različite načine npr .kao tjelesni simptomi i bolesti, poremećaji kontrole sfinktera, poremećaji govora i hranjenja, smetnje ponašanja i raspoloženja, anksiozni i hiperkinetski poremećaji, smetnje učenja i prilagodbe, zloupotreba psihoaktivnih tvari sve do suicidalnih ponašanja, poremećaja osobnosti i pervazivnih razvojnih poremećaja. Prema podacima SZO-e 3 - 12 % mladih ima ozbiljan psihički poremećaj a 20 % mladih do osamnaeste godine ima neki od oblika razvojnih, emocionalnih ili ponašajnih problema. Podaci za Hrvatsku su oskudni i nepouzdati.

Psihopatološki fenomeni karakteristični za dječju i adolescentnu dob:

mentalna retardacija, poremećaji učenja, pervazivni razvojni poremećaj, deficit pažnje i poremećaji s nasilničkim ponašanjem, poremećaji hranjenja, poremećaji eliminiranja, anksiozni poremećaji zbog separacije, školska fobija

Psihički poremećaji koji se manifestiraju u razvojnoj i odrasloj dobi:

poremećaji vezani uz tvari, shizofrenija, poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, poremećaji spolnog identiteta, poremećaji hranjenja

Mentalna retardacija je naziv za splet simptoma koju uključuju ustrajnu usporenost u učenju osnovnih motoričkih i jezičnih vještina za vrijeme djetinjstva, i kod odraslih za kvocijent inteligencije značajno niži od prosjeka. Jedan od kriterija za dijagnozu mentalne retardacije je rezultat IQ ispod

70. na testu inteligencije i poteškoće u prilgodbi. Sljedeća klasifikacija mentalne retardacija koristi se kao uobičajena, utemeljena na Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)

Vrsta	IQ
Teška mentalna retardacija	Ispod 20
Teža mentalna retardacija	20-34
Umjerena mentalna retardacija	35-49
Laka mentalna retardacija	50-69
Granične kognitivne sposobnosti	70-79

Poremećaji učenja

Sposobnosti djeteta znatno su niže od onih koje se očekuju na temelju djetetove kronološke dobi i inteligencije. Etiologija nije dovoljno razjašnjena, genske predispozicije, razna neurološka i općezdravstvena stanja mogu biti povezana. *Disleksična* djeca, češće dječaci, kod čitanja miješaju određena slova ili pomiču vokale u riječi, djeca s *disgrafijom* pokazuju probleme kod pisanja.

Pervazivni razvojni poremećaji

U tu skupinu ulaze *autizam* (najčešći) , *Rettov sindrom*, *Aspergerov sindrom* .

Autizam

Creakova skala za dijagnozu glasi: Velike teškoće u druženju i igranju s drugom djecom, dijete se ponaša kao da je gluho, jak otpor prema učenju, dijete nema straha od stvarnih opasnosti, jak otpor promjenama u rutini, dijete se radije koristi gestom ako nešto želi, dijete se smije bez vidljiva razloga, dijete se ne voli maziti, ni da ga se nosi, pretjerana fizička aktivnost (hiperaktivnost), izbjegava pogled u oči, neuobičajena vezanost za objekte ili dijelove objekta, dijete okreće predmete i potreseno je ako je u tome prekinuto, neprestano se igra čudnih igara i ponavlja ih, dijete se drži po strani

Deficit pažnje i poremećaji s nasilničkim ponašanjem

Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću, poznat i kao ADHD (od engl. Attention Deficit Hyperactivity Disorder), jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi. Ovaj poremećaj uključuje povećanu motoričku aktivnost djeteta, koja je praćena neadekvatno razvijenom i lako otklonjivom pažnjom te naglim, nepredvidljivim i impulzivnim reakcijama. Takvo je dijete u razredu nemirno, ometa druge u radu, ne može završiti ni najjednostavniji zadatak, nepažljivo je, uvijek je u nevolji, promjenjivo je raspoloženja, razdražljivo je, ne može održati prijateljstva i sl. Etiologija nije dovoljno razjašnjena, smatra se da su značajni genetički čimbenici, traumatizmi glave. U liječenju se kombiniraju stimulansi SŽS-a i biheviornalne tehnike. Liječenje je dugotrajno. Bitna suradnja psihijataru, psihologu, učitelja, odgojitelja i roditelja. Tijek i prognoza varijabilni. Oko 25 % djece s ADHD-om ne završi školovanje i u odrasloj dobi zadovoljava kriterije za neku od psihijatrijskih bolesti (ovisnosti, depresije, suicidalnost, antisocijalni poremećaj ličnosti). Remisija obično između 12-e i 20-e godine.

Anksiozni poremećaji zbog separacije

Ova djeca su pretjerano anksiozna i zabrinuta u situacijama kada se trebaju odvojiti (npr. odlazak na spavanje) od osobe uz koju je dijete vezano (najčešće majka) i pokazuju veliki strah da bi se toj osobi nešto loše moglo dogoditi.

Poremećaji vezani uz stvari

Vidjeti u poglavlju o ovisnostima. Uz adolescenciju se povezuje ekperimentiranje s brojnim sredstvima (koja nude 'brza rješenja') koji ne znače ovisnost. Obično se vežu uz adolescente čiji je superego slabije strukturiran, obično ovakav adolescent dolazi iz obitelji koja je disfunkcionalna, a odnosi s vršnjacima su površni i nezadovoljavajući.

Shizofrenija

Dob početka shizofrenije najčešće pripada adolescentnom razdoblju. Treba naglasiti da su fenomeni derealizacije i depersonalizacije, karakteristični simptomi shizofrenije, nerijetko prisutni u adolescenciji, ali kao prolazni i privremeni dio prirodnog procesa razvoja i sazrijevanja. Tu se stvaraju poteškoće na diferencijalnoj dijagnostici.

Poremećaji raspoloženja (depresija u djece i adolescenata)

O ovome se znatno manje govori, mada su ovi poremećaji u djece vrlo slični depresivnim poremećajima kod odraslih uz nekoliko iznimaka. Naime, djeca će umjesto depresivnog raspoloženja, djeca će pokazivati razdražljivo raspoloženje. Često ide uz anksiozni poremećaj, ADHD, poremećaj hranjenja, OPK, autizam. Rizik je i kod djece s neurološkim ili kroničnim bolestima (astma, dijabetes, epilepsija, itd.). Često su u pozadini negativni životni događaji u obitelji (zlostavljanje, zanemarivanje, psihij. Bolesti roditelja i sl.). SZO govori o 3% djece sa velikim depresivnim poremećajem, 3,3% djece s distimijom, 3-4% djece s sezonskim afektivnim poremećajem. Neke depresivne epizode kod djece traju kratko i 'prolaze same po sebi'. Međutim, ukoliko depresija potraje, ili ima tendenciju ponavljanja, tada značajno oštećuje djetetovo psihičko razvijanje i razvoj, a posljedično i njegovo društveno i školsko funkcioniranje.

Opća načela liječenja

U liječenju djece i adolescenata primjenjuje se psihoterapijsko i medikamentno liječenje, a veoma često i kombinacija medikamentnog i psihoterapijskog tretmana. Psihoterapijska načela liječenja djece i adolescenata imaju svoje specifičnosti u odnosu na psihoterapijske intervencije i tretmane kod odraslih.

Psihoterapijsko liječenje djece, bez obzira koji se terapijski koncept primjenjuje, uključuje igru, koja je nužan element zdravog razvoja. Terapijski koncepti se oslanjaju na učenja Anne Freud i Melanie Klein. Terapeut mora od djece biti doživljen kao odrasla osoba, treba biti posrednik između djece i roditelja. Dijete se treba izraziti vlastitu patnju bez straha, pokazati vlastitu agresivnost na simboličan način što će tijekom terapije dovest do postuone redukcije anksioznosti. Cilj psihoterapije djece je modifikacija superega kroz igru. Igra djetetu omogućuje izražavanje emocija, a terapeutu razumijevanje emocionalnog konflikta. Psihoterapija se može provoditi likovnom terapijom i terapijom s materijalima (modeliranje, igračke, posude s vodom, pijeskom, itd.) Dijete daje 'materijal' za analizu, a interpretacijom se može doprijeti do djetetovih nesvjesnih interpretacija. '*Igra je, kao i san, kraljevski put u nesvjesno*.'

Psihoterapijsko liječenje adolescenata uključuje individualne i grupne psihoterapijske tehnike. Načela grupnog psihoterapijskog rada naročito su značajna za adolescente jer je grupa vršnjaka nužan element zdravog razvoja. Primjenjuju se različite grupne tehnike: sociogrupa, art-terapija, psihodrama, mala grupa, terapijska zajednica.

Parcijalna hospitalizacija (dnevna bolnica) osobito je pogodan okvir za ovu dobnu skupinu. Na ovaj se način adolescentima pruža sveobuhvatna psihoterapijska pomoć u relativno kratkom razdoblju, a da pri tom ne gube relacije sa svojom prirodnom okolinom (obitelj, škola/studij, prijatelji).

8. Odjel za demencije (15 kreveta)

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), *gerontologija* je znanost o procesima starenja, morfološkim, fiziološkim, psihološkim i socijalnim aspektima staračke dobi. To je multidisciplinarno područje gdje se susreće više raznih struka.

Gerontopsihijatrija (psihogerijatrija) prepoznaje patološke promjene psihičkog funkcioniranja u starosti. Ona se bavi funkcionalnim i organskim psihičkim poremećajima u starijoj dobi te poremećajima koji proizlaze iz poteškoća u prilagodbi starijih osoba čiji je krajnji rezultat psihopatološko starenje, uz popratnu nemogućnost zadovoljavanja osnovnih potreba starog čovjeka. Osim brojnih medicinskih problema, gerijatrijsku dob koja je definirana starošću iznad 65 godina, prate i brojni negativni socijalno-ekonomski čimbenici koji utječu na zdravstveno stanje pojedinca.

Funkcionalni poremećaji psihičkog života u starosti su: depresija, manične reakcije, paranoidne reakcije, hipohondrija, anksioznost. Organski poremećaji su: senilna demencija (Alzheimerova bolest), aterosklerotična demencija, amnestički sindrom, konfuzna stanja akutnoga, delirantnog tipa. Psihičke poremećaje u trećoj dobi može se nadalje svrstati u dvije skupine: bolesti koje se manifestiraju u svim životnim dobima, pa tako i starijoj, te bolesti kojima je tipičan početak u gerijatrijskoj dobi.

Demencije

Očituju se multiplim kognitivnim defektima koji uključuju oštećenje memorije bez oštećenja svijesti. Kognitivne funkcije koje mogu biti oštećene u demenciji su: inteligencija, učenje i pamćenje, govor, rješavanje problema, orijentacija, percepcija, pažnja, koncentracija, prosuđivanje i socijalne sposobnosti. Može doći i do jakih oštećenja osobnosti. Sve rezultira značajnim opadanjem u socijalno radnom funkcioniranju. Demencije su uglavnom progresivne i ireverzibilne bolesti, ali je ipak oko 15% demencija reverzibilno, ako tretman počne pravodobno. Demencije su najčešće bolesti starijih ljudi. Statistike pokazuju da oko 5% ljudi starijih od 65 godina ima teži, a 15% lakši oblik demencije u zemljama Europe i SAD-u. Od ukupnog broja oboljelih od demencije, 50-60% imaju najčešći tip- Alzheimerovu demenciju. To je degenerativna bolest koja se očituje kognitivnim zatajivanjem (memorija, rasuđivanje, planiranje, konceptualno organiziranje, jezik). Rizični čimbenici za bolest su ženski spol, srodstvo s osobama koje boluju od *Alzheimerove demencije* i trauma glave u prošlosti. Alzheimerove demencije

Ova bolest se pojavljuje najčešće u 60-im pa nadalje, rijetko u 40-im i 50-im godinama. Etiologija nije još jasna. Neki autori govore o genskoj predispoziciji i uvjetovanosti. Poremećaj počinje podmuklo i razvija se polako, ali stalno raste tijekom godina. Uglavnom počinje nakon 65. godine i tada ima polagani tijek, te prevladava poremećaj pamćenja. Ako započne ranije ima brzi tijek s izraženim višestrukim poremećajima viših kortikalnih funkcija. Nerijetko u kliničkoj slici prevladavaju depresivni sindromi koji mogu zadovoljiti kriterije i za veliku depresivnu epizodu. Često se u praksi vide i dominantni psihotički simptomi (sumanutosti i halucinacije). Procjena je da 20-30% bolesnika ima halucinacije, a 30-40% deluzije, uglavnom paranoidne. Fizička agresivnost i drugi oblici nasilja su učestali kod demencijih osoba koje imaju psihotičke simptome.

Vaskularne demencije

Drugi najčešći oblik demencije je vaskularna demencija koja je uzročno povezana s

cerebovaskularnim bolestima. Ovaj oblik demencija zastupljen je 15-30% svih demencija. Pojavljuje se najčešće između 60-ih i 70-ih godina. Od 10-15% svih oboljelih od demencije imaju vaskularnu i Alzheimerovu demenciju. Rizični čimbenici za ovaj tip demencije su hipertenzija i muški spol. Vaskularne demencije nastaju zbog vaskularne bolesti mozga.

Liječenje

Tretman i liječenje Alzheimerove demencije obuhvaća opća načela, psihosocijalni tretman, terapiju kognitivnih zatajivanja, terapiju psihoze i agitacije, terapiju depresivnosti, terapiju nesanice i ostale tretmane. Važno je procijeniti mogućnost da li će bolesnik sebi nauditi (suicidalnost), a potrebna je i edukacija obitelji o bolesti. Psihosocijalni tretman sjedinjuje u sebi okupacijsku terapiju bolesnika, vježbe prisjećanja i učenje kako se nositi s postojećim defektima. Liječenje vaskularne demencije se ne razlikuje od liječenja AD-a.

9. Odjel za duševne poremećaje izazvane uporabom psihoaktivnih tvari (10 kreveta)

S obzirom na sve veći problem ovisnosti, prijeko je potrebno upozoriti da iste supstance kad se primjenju u medicini i pod kontrolom liječnika mogu biti korisne za zdravlje, dok izvan sustava mogu biti zloupotrebene i izazvati ovisnost. Psihostimulansi su tvari koje pospješuju funkciju živčanog sustava povećavajući koncentraciju noradrenalina, serotonina i dopamina u sinaptičkoj pukotini. Uzrokuju pojačanje pažnje, budnost, nesanicu, euforiju, smanjenje apetita, a u većim dozama i psihozu. Pod psihostimulansima se često podrazumijeva 'amfetaminski tip' stimulansa. Prirodni psihostimulansi su: nikotin, adrenalin, khat, kakao, kokain, guarana. U lijekove spadaju: pseudoefedrin, deksamfetamin, dietilpropion, metilfenidat i dr. Ilegalno proizvedena sredstva su: amfetamin-sulfat ('speed'), metafetamin ('ice meth', kristal), metilendiamin-metoksiamfetamin (MDMA, 'ecstasy'). Psihostimulansi izazivaju toleranciju i ovisnost. Za razliku od njih, halucinogeni ili psihomimetici (LSD, PCP, THC) izazivaju promjene mišljenja i raspoloženja. I jedni i drugi su značajni kao sredstva zlouporabe. Jedno vrijeme je amfetamin bio korišten kao sredstvo za liječenje narkolepsije i hiperaktivnog sindroma u djece, te za liječenje depresije i debljine, ali se zbog nuspojava prestao primjenjivati. Budući da uzrokuju toleranciju i ovisnost primjena psihostimulansa postala je strogo ograničena. Najčešće se primjenjuju za liječenje djece i adolescenata kod deficita pažnje i narkolepsije (UK, SAD). Uporaba amfetamina kod osoba sklonih psihotičnoj dekompenzaciji može izazvati nastup prave shizofrenije. Amfetamini rijetko uzrokuju smrt zbog predoziranja. Kod nas nije odobren za uporabu ni jedan psihostimulans.

Ovisnost o opijatima

Može se definirati kao snažan psihički nagon za uzimanjem opijata tj. podrazumijeva nesavladivu želju za drogom, jaku želju za nabavljanjem i uzimanjem droge pod svaku cijenu, sklonost povećavanju doze droge kako ovisnost duže traje. Ovisnost o drogama osim opasnosti za ovisnika/ovisnicu nosi opasnost i za obitelj i cijelu društvenu zajednicu. Ovisnost može biti psihička, fizička ili kombinirana. Fizička ovisnost podrazumijeva promjene u funkcioniranju organizma koje nastaju uslijed dugotrajnog konzumiranja droga. Te se promjene nakon prestanka uzimanja droge očituju raznolikim simptomima, ovisno o sredstvu o kojem je čovjek ovisan. Organizam fizički ovisnog čovjeka održava tu novu ravnotežu jedino ako je droga stalno prisutna. Psihička ovisnost je izmijenjeno stanje organizma u kojem osoba osjeća jaku potrebu za stalnim uzimanjem droge kako bi

se zadržao osjećaj dobrog psihičkog stanja i zadovoljstva. Pretežno psihičku ovisnost uzrokuju kokain, kanabis i neki halucinogeni. Ostali (opijati, amfetamini, neka sredstva za smirenje itd.) uzrokuju i psihičku i fizičku ovisnost, a samostalna fizička ovisnost je jako rijetka. Klinička slika ovisnosti

Kao simptomi ovisnosti mogu se javiti akutna intoksikacija (predoziranje) ili apstinencijski sindrom. Akutna intoksikacija očituje se sniženom tjelesnom temperaturom, euforičnim ponašanjem, pospanošću, sniženim krvnim tlakom, usporenim srčanim otkucajima, usporenim i plitkim disanjem, te crvenilom i svrbežom kože.

Tolerancija na droge

Tolerancija na droge je stanje u koje organizam dolazi nakon dugotrajnog uzimanja sredstva ovisnosti. Razvija se tako da se doza mora sve više povećavati kako bi se postigao željeni početni učinak i dobro funkcioniranje, a fizička ovisnost se sve više pojačava kako se doza povisuje i što dulje traje uzimanje. Tolerancija i fizička ovisnost razvijaju se vrlo brzo, a u slučaju ustezanja od uzimanja javlja se apstinencijski sindrom. Za sredstva koja imaju slična svojstva i način djelovanja javlja se kombinirana (ukrižena) tolerancija.

Apstinencijski sindrom je skup simptoma koji se javljaju nakon prestanka uzimanja droge. Ovisno o sredstvu o kojem je čovjek ovisan, apstinencijski se sindromi razlikuju. Očituje se znakovima pretjerane aktivnosti središnjeg živčanog sustava. Težina stanja u apstinencijskom sindromu se pogoršava s veličinom doze opijata koja se uzima i trajanjem uzimanja. Simptomi započinju najranije 4-6 sati od posljednje doze. Javlja se potreba za uzimanjem droge uz tjeskobnost, ubrzano disanje, znojenje, suzenje, slinjenje, te zijevanje. Mogu se javiti i drhtavica, izmjena osjećaja topline i hladnoće, trzanje i bol u mišićima, anoreksija. Česte komplikacije su plućne bolesti; upala pluća, plućni apsces, plućna embolija, zatim jetrene; virusni hepatitis A, B, C, mišićno-koštane; osteomijelitis (zbog širenja infekcije krvlju iz nesterilnih injekcija), imunološke; povišena razina protutijela IgM, IgG (nepoznatog razloga) i neurološke; anoksija mozga (nestanak kisika) i komplikacije kome. Nesterilne igle koje narkomani često koriste stalni su izvor zaraze i infekcija koje uslijed načina života i neliječenja često završavaju teškim komplikacijama i životnom ugroženošću. Trudnice ovisne o heroinu, kao i one koje uzimaju metadon (zamjenska terapija) prenose tu ovisnost i na dijete, jer heroin i metadon slobodno prolaze kroz placentu.

Rizične skupine

Zlouporaba droga prisutna je u svim dobnim skupinama, ali je rizična skupina ipak adolescentna dob. "Krivci" za to su novi načini zabave, trendovi, pozitivni stavovi prema drogama, materijalistička filozofija, hedonistička orijentacija prema životu, povodljiva adolescenta osobnost itd. Osjećaj inferiornosti i nedostatak samopoštovanja; loše socijalne prilike u obitelji, nedostatak roditeljske pažnje i ljubavi doprinose vjerojatnosti da će adolescent posegnuti za drogama.

Kategorije konzumenata

Osobe koje uzimaju droge općenito se mogu podijeliti u dvije skupine: u prvoj se nalaze "uspješni konzumenti" koji uzimaju droge u svrhu stimulacije i smirenja, a služe im kao pomoć u trci za materijalističkim ciljevima modernog društva (karijera i zarada novca). U drugu skupinu pripadaju oni koji bježe od stvarnosti jer misle da su nesposobni za život, neuspješni i nedovoljno poštovani. Sve veći dio populacije razvijenog svijeta pokazuje sklonost uzimanju psihoaktivnih sredstava da bi mogli raditi, ali je i sve više onih koji rade da bi se mogli nagraditi kupovanjem i konzumacijom pojedinih droga.

Broj ovisnika

Podaci o broju ovisnika moraju se uzeti s rezervom jer se do podataka može doći samo posredno, preko registriranih ovisnika u medicinskim institucijama, preko smrtnih slučajeva izazvanih

predoziranje ili putem registriranih kriminalnih aktivnosti. računa se da broj ovisnika o heroinu ne premašuje 0.5% ukupne populacije, dok je broj konzumenata drugih droga značajno viši.

Razvrstavanje ovisnika

Ovisnici se razvrstavaju u tzv. problematične i rekreativne, među kojima je najveći broj konzumenata derivata indijske konoplje (marihuana, hašiš). Tu će drogu barem jednom u životu probati stanovnici brojnih europskih gradova, a u Hrvatskoj do 50% mladih. Broj onih koji tu drogu uzimaju jednom tjedno kreće se u urbanim sredinama između 3 i 10%.

Ovisnost u Hrvatskoj

Procjenjuje se da je 1994. godine u Hrvatskoj bilo ukupno 6.000 ovisnika o ilegalnim drogama i još oko 35.000 osoba koje nisu ovisnici nego konzumenti neke od ilegalnih droga najmanje jednom tjedno. Vezano uz rat, nestabilnost i nagle političke i gospodarske promjene, u Hrvatskoj se od 1991. prati nagli porast broja konzumenata ilegalnih droga, osobito marihuane koja se uzgaja širom Hrvatske. Broj ovisnika koji su uključeni u supstitucijske programe metadonom povećan je 1994. godine na oko 1.200. U Zagrebu se od 1993. značajno povećao broj konzumenata droge Ecstasy, trendovske droge, čije se uzimanje povezuje s techno glazbom i osobito organizacijom rave partyja. Spolna distribucija
Ovisnost je četiri puta češća u muškog spola nego u ženskog.

Liječenje

Kliničko liječenje ovisnika je izuzetno teško i uključuje ne samo medicinski, nego i psihosocijalni aspekt i poznavanje zakona. U terapiji predoziranja koristi se nalokson, intravenski, koji brzo rješava nesvjesno stanje nastalo predoziranje. Sve takve bolesnike treba inače hospitalizirati i držati na promatranju 24 sata. Apstinencijski sindrom je samoograničavajuća metoda liječenja i iako težak, nije opasan po život, no pacijenta treba informirati o tome što će mu se događati i kako će se osjećati. U slučaju teške nepodnošljivosti apstinencijskog sindroma, daju se prema procjeni lijekovi koji će olakšati da pacijent prebrodi krizu. Jedna od mogućnosti odvikavanja od ovisnosti je i davanje zamjenske terapije, metadona čija se doza postupno smanjuje i tako nastoji izliječiti ovisnost kroz ublaženi apstinencijski sindrom, koji se lakše podnosi. Ustezanje od metadona rezultira apstinencijskim sindromom koji nastupa kasnije i postupnije. U posljednje vrijeme primjenjuje se liječenje narkomana u tzv. terapijama u zajednici.

Ovisnost o alkoholu

Alkoholizam je kronična ovisnost o alkoholnim pićima. Manifestira se kroz snažnu želju za pićem, gubitkom kontrole prilikom pića, simptomima fizičkog odvikavanja i povećanom tolerancijom na alkohol. Ovisnost o alkoholu je težak psihički poremećaj, jer dolazi do patološkog procesa, koji mijenja način na koji mozak funkcionira. Alkoholizam na duži rok uzrokuje cijeli niz ozbiljnih zdravstvenih problema kao što su ciroza jetre, trovanje alkoholom, srčane bolesti, bubrežne bolesti kao i cijeli niz psihičkih poremećaja od kojih je najpoznatija Korsakovljeva psihoza. Kod djece majki-alkoholičarki je zabilježen cijeli niz malformacija, u daleko češćem slučaju, nego kod djece čije su majke bile ovisne o teškim opojnim drogama. Brojne su i posredne posljedice alkoholizma u obliku prometnih i nesreća na radu, odnosno povećane stope kriminaliteta s obzirom, da je učestala konzumacija alkohola jedan od važnih kriminogenih faktora. Iako je konzumacija alkoholnih pića dio kulture skoro svakog ljudskog društva, tek s pojavom industrijske revolucije se alkoholizam počeo

shvaćati kao ozbiljan zdravstveni, odnosno društveni problem. To je potaklo stvaranje trezvenjačkih pokreta, koji su u nekim slučajevima od vlada ishodile cijeli niz zakonskih i drugih mjera za suzbijanje alkoholizma, od kojih je najpoznatija Prohibicija u SAD-u.

Samo 2-8% populacije u Hrvatskoj nije probalo alkoholna pića - to su primarni apstinenti. Sekundarni su oni, koji su to postali liječenjem od alkoholizma. U Hrvatskoj se počinje piti u dobi od 14 do 16 godina, a sve više piju i žene. Od 1955. do 1984. godine potrošnja u Hrvatskoj raste do 8,4 litara čistog alkohola po stanovniku, no ta je brojka i veća zbog nekontrolirane proizvodnje u domaćinstvima. Od 1983. do 1990. dolazi do pada potrošnje alkoholnih pića u najrazvijenijim zemljama zbog nacionalnih programa suzbijanja alkohola. Podaci Kliničke bolnice «Sestre milosrdnice» govore kako 15% odraslih muških osoba boluje od alkoholizma, a 15% ih prekomjerno pije. U Hrvatskoj je oko 200.000 do 240.000 alkoholičara, što ispada jedan alkoholičar na 19 stanovnika, a brojka je i veća zbog nemoguće potpune procjene.

Uzroke alkoholizma dijelimo na *biološke, psihološke i sociološke čimbenike*.

Biološki: od bioloških čimbenika najčešće su to genetičke teorije, koje alkoholizam promatraju kao nasljednu bolest. Razni genski čimbenici dakako utječu i na razlike u reakciji na alkohol, različitu osjetljivost mozga i drugih tjelesnih sustava na alkohol, brzina eliminacije alkohola, stjecanje tolerancije i fizičke ovisnosti.

Psihološki: psihološke teorije gledaju na alkoholizam kao individualni psihološki problem, a socijalni čimbenici mogu imati više ili manje utjecaja na razvoj. Spominje se oralna fiksacija i zastoj u razvoju ličnosti kao glavna obilježja primarnog alkoholizma. Te fiksacije kasnije rezultiraju infantilizam, pojačanu ovisnost, narcisoidnost i pasivnost.

Sociološki: u sociološkom pogledu na alkoholizam razmatraju se pojmovi odnosno teorije poput primarne i sekundarne obitelji alkoholičara, a i vrlo često obiteljski alkoholizam.

Ni jedna od navedenih teorija ne može se isključiti, alkoholizam je izrazito kompleksan problem, koji obuhvaća činioce često vrlo raznih grana znanja, stoga iz svake pojedine grane uzročnika sudjeluje barem jedan čimbenik u stvaranju alkoholizma. Alkoholizam nikada nije rezultat samo jednog činioca

Alkoholizam je često neizravni uzrok psihopatoloških slika kroničnoga organskog moždanog sindroma s demencijom i alkoholnim amnestičkim sindromom. Tu su i psihijatrijski poremećaji kao depresija, anksioznost, neurotički poremećaji, delirij, sumračna stanja i drugo.

Dipsomanija kao klinički oblik alkoholizma je neodoljiva želja za pićem i intenzivno pijenje u trajanju od nekoliko dana. Njihova tolerancija na alkohol je izrazito velika pa su količine popijenog alkohola vrlo često i jako velike. Prava dipsomanija je rijetka, češća je pseudodipsomanija, takozvano povremeno jače pijenje alkohola. Takva stanja, smatra se, nastaju posljedično zbog depresivnih stanja.

Patološko pijano stanje je idiosinkratička reakcija osobe i na manju količinu alkohola, gdje odmah dolazi do sumračnih stanja. Patološko pijano stanje nastupa naglo sa suženjem svijesti, nemirom, uzbuđenjem i agresijom i tako dalje. U takvim stanjima osoba može počinuti teške bezrazložne zločine, lutati bez cilja ili ponašati se nesuvislo uopće. Traje od nekoliko minuta do par dana, a završava snom nakon čega često slijedi amnezija - gubitak sjećanja za skoro sve što se dogodilo. Patološko pijano stanje je i predmet Sudskog psihijatrijskog vještačenja.

Delirium tremens česta je akutna psihoza alkoholičara i pripada akutnom organskom psihosindromu. Uzrok je osim tjelesnih trauma, kirurških zahvata, infekcija, i psihička trauma alkoholičara te nagla apstinencija. Očituje se kao kvantitativni poremećaj svijesti sa smetenim stanjem uz poremećaje orijentacije u vremenu i prostoru. Javljaju se i halucinacije, češće vidne nego slušne. Halucinacije su često opća slika straha i nemira poput malenih životinjica ili insekata, koji plaze po koži ili je njima okružen. Javlja se i opća slabost uz tremor te obilno znojenje što dovodi do dehidracije i poremećaja elektrolitne ravnoteže. Govor je inkohherentan, nepravilan. Nakon par dana delirija, bolesnik pada u duboki san iz kojeg se budi s neznatnim tegobama često amnestičan za većinu događaja. Alkoholna halucinoza je sindrom iz skupine alkoholnih psihoza. Halucinatorni doživljaji uz inače očuvanu svijest, dobru orijentaciju te sačuvanu osobnost. Halucinacije su uglavnom slušne, traju od par dana do par mjeseci.

Psihoza ljubomore je psihoza sumanutih misli u obliku patološke ljubomore, javlja se u kasnijim fazama alkoholizma i gotovo uvijek kod muškaraca. Alkoholičar svojom ljubomorom, odnosno paranoidnim idejama izražava i agresiju te često postaje mučiteljem svoje žene i obitelji.

Korsakovljeva psihoza je teški psihički poremećaj, koji se javlja u kasnijem stadiju alkoholizma. Kombinacija polineuropatija i demencije (bezumnosti, mahnitosti). Karakterizira ju poremećaji pamćenja i sjećanja, konfabulacija, smetenost, dezorijentiranost. Liječi se isključivo u bolnici.

Intermedijarni alkoholni sindrom pokazuje klinička obilježja alkoholnog oštećenja psihoorganske naravi, ali je reverzibilna i može imati dobru budućnost. Očituje se većim ili manjim oštećenjem ponašanja. Ako liječenje započne na vrijeme može spriječiti ireverzibilnu sliku demencije.

Tetidis ili Antabus psihoza nastaje primjenom Tetidisa (disulfiram) namijenjenog liječenju alkoholičara. U slučajevima 1:10.000 javlja se akutna psihoza s velikim strahom, psihomotoričkim nemirom i paranoidnim idejama, traje nekoliko dana. Ako potraje može završiti težim psihoorganskim poremećajima. Disulfiram blokira razgradnju alkohola na razini acetaldehida

Alkoholna demencija je teže organsko oštećenje, u najgorem slučaju mozga, što se očituje u njegovoj difuznoj atrofiji. Česta pojava akutnog stanja je i amnezija, kod tzv. društvenih pilaca gdje dolazi do akutnog pijanstva. Depresivno stanje može biti uzrok pojačanog pijenja, a alkoholizam može biti uzrok depresiji. U onih koji su primarno bili depresivni ili postali tijekom alkoholizma vrlo često je pojava suicidalnih misli i samog suicida.

Liječenje

Najpoznatiji pristup liječenja u Hrvatskoj je Hudolinov kompleksni socijalno-psihijatrijski postupak Zagrebačke škole alkoholologije. Sastoji se od grupne psihoterapije, obiteljske terapije, edukacije, terapijske zajednice, mogućega farmakološkog liječenja i kluba liječenih alkoholičara. Postoji i razvijeni obiteljski pristup sastavljen od obiteljske terapije kroz duže vrijeme. Alkoholizam se prije liječenja smatra dugotrajnim poremećajima pa tako i liječenje mora biti dugotrajno, a najmanje 5 godina. Za sada su najbolje rezultate dali kombinacija raznih obiteljskih terapija koje uključuju samu obitelj i "alkoholnu obitelj", edukacija, sustavi samopomoći i uzajamne pomoći kao što je klub liječenih alkoholičara. Djeletvorne su terapijske zajednice s više obitelji. Liječenje je bolničko (stacionarno ili dnevno) i izvan bolničko (odlazak na terapije 2-3 puta tjedno).

Izvori:

'Psihijatrija', Tanja Frančičković, Ljiljana Moro i suradnici, Medicinska naklada Zagreb, 2009. (sve izuzev jednog djela o poremećajima osobnosti i jednog djela u vezi ovisnosti o drogama i alkoholizmu)

ostali izvori:

<http://www.mojdoktor.hr/article.php?id=2611&naziv=paranoidni-poremecaj-osobnosti>

<http://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/psihologija/shizotipni-poremecaj-licnosti>

<http://psihoterapijsketeme.rs/2011/2325/>

<http://psihijatrija.blogspot.hr/2011/11/poremecaji-licnosti-skupina-b.html>

<https://www.zdravobudi.hr/clanak/496/anksiozni-izbjegavajuci-poremecaj-licnosti>

<https://www.zdravobudi.hr/clanak/437/pasivno-agresivni-poremecaj-licnosti-1-dio>

http://www.cybermed.hr/clanci/ciklotimicni_poremecaj

<http://psihijatrija.com/t273-ovisnost-o-drogama>

tema odabranog područja

URBANISTIČKO-ARHITEKTONSKI KONCEPT

SITUACIJA ŠIREG KONTEKSTA MJ 1:2000



Obrazloženje urbanističkog koncepta

Lokacija i prostorni kontekst

Predmetna lokacija sastoji se od tri katastarske čestice: kč 9938/2, 9937/3, 9928/2, ko Split. Lokacija se nalazi na krajnjem istočnom dijelu kompleksa KB Split, i gradnja na tom dijelu bi predstavljala logičan urbanistički završetak kompleksa. Predmetna lokacija se po važećem GUP-u Grada Splita nalazi u zoni D2 (socijalna namjena), odnosno D3 (zdravstvena namjena), što opravdava planiranje objekta psihijatrijske ustanove. Teren je većim dijelom poprilično ravan, sa blagim nagibom na parceli 9937/3.

Površina predmetne lokacije je 5120 m².

Lokacija je s istočne strane omeđena gradskom ulicom (Ulica Ivana pl. Zajca) koja nije izvedena u potpunosti, a s južne sabirnom ulicom (Spinčićeva ulica).

S istočne strane lokacije se nalazi helidrom u funkciji KB Split, kao objekt od strateškog značaja. Sjeveroistočno od lokacije se nalazi samostanski kompleks. Južno od lokacije se nalazi objekt Klinike za plućne bolesti brutto tlocrtne površine cca 1950 m². Južno od tog objekta su objekti višestambene izgradnje (dijelom turističke namjene po GUP-u), srednje katnosti. Zapadno i sjeverozapadno od lokacije je nekoliko objekata (uglavnom P+2+Pk) obiteljske izgradnje rahlo grupiranih u prostoru.

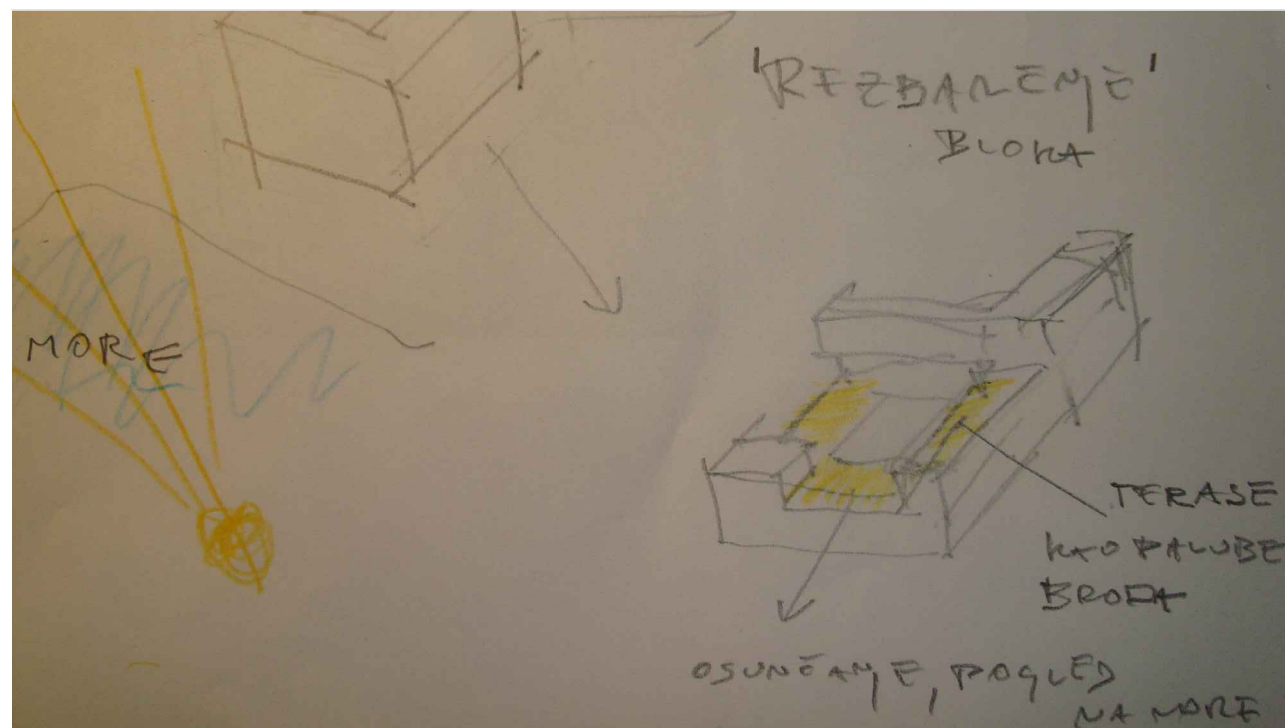
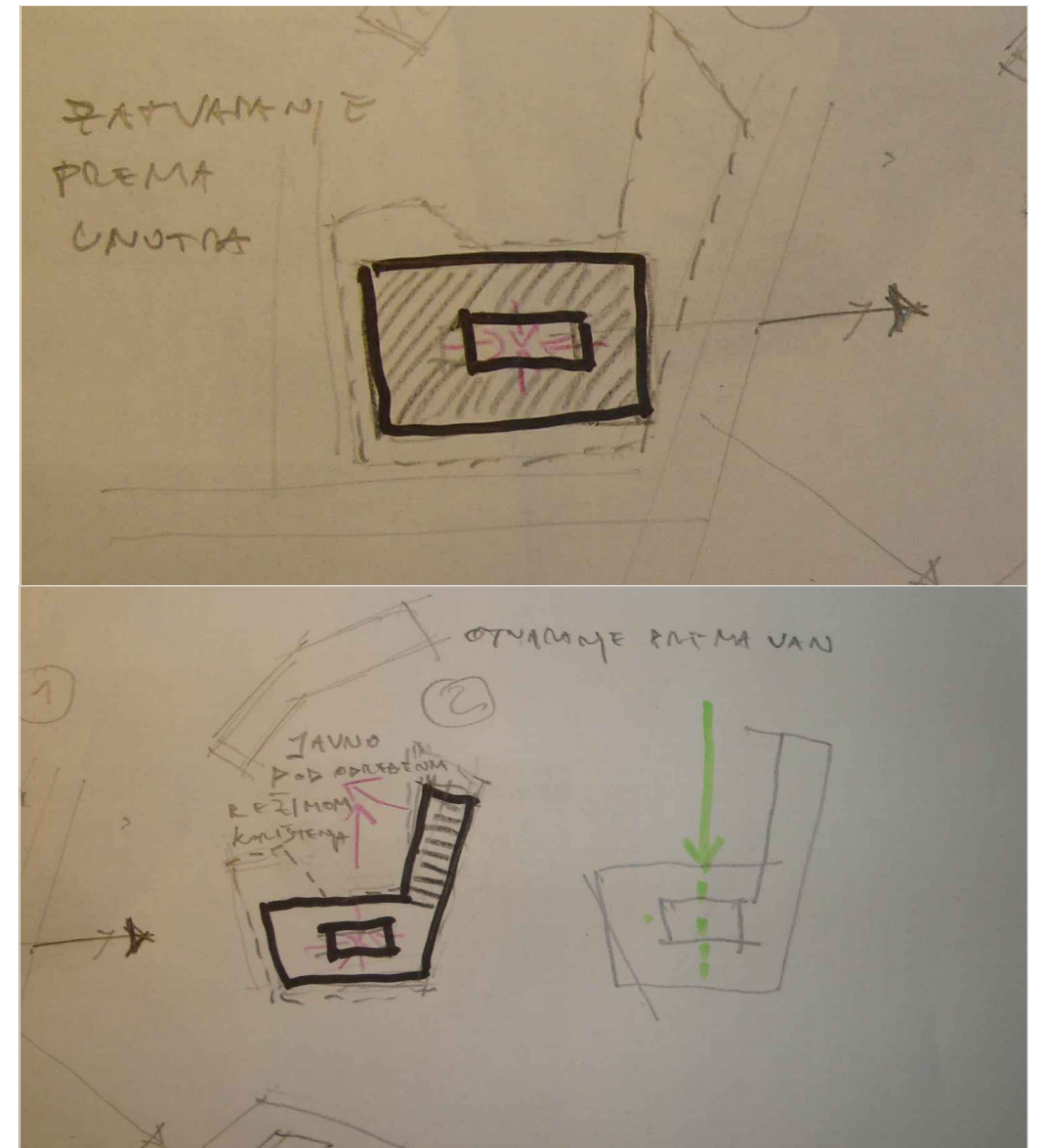
Sjeverno od predmetne lokacije se nalazi objekt (P+2+Pk) u kojem je smješten 'Dnevni centar Firule', kao sastavnica Centra za odgoj i obrazovanje 'Juraj Bonačić'. Ovdje se vodi skrb o djeci s posebnim potrebama (autizam, Downov sindrom, itd.). Činjenica blizine objekta takve funkcije potencira funkcionalni, urbanističko-arhitektonski međuodnos sa objektom koji planiram, budući su po definiciji povezanog sadržaja. U tom smislu određenu ulogu mi (ovisno o rješenju) može igrati parcela 9973/3.

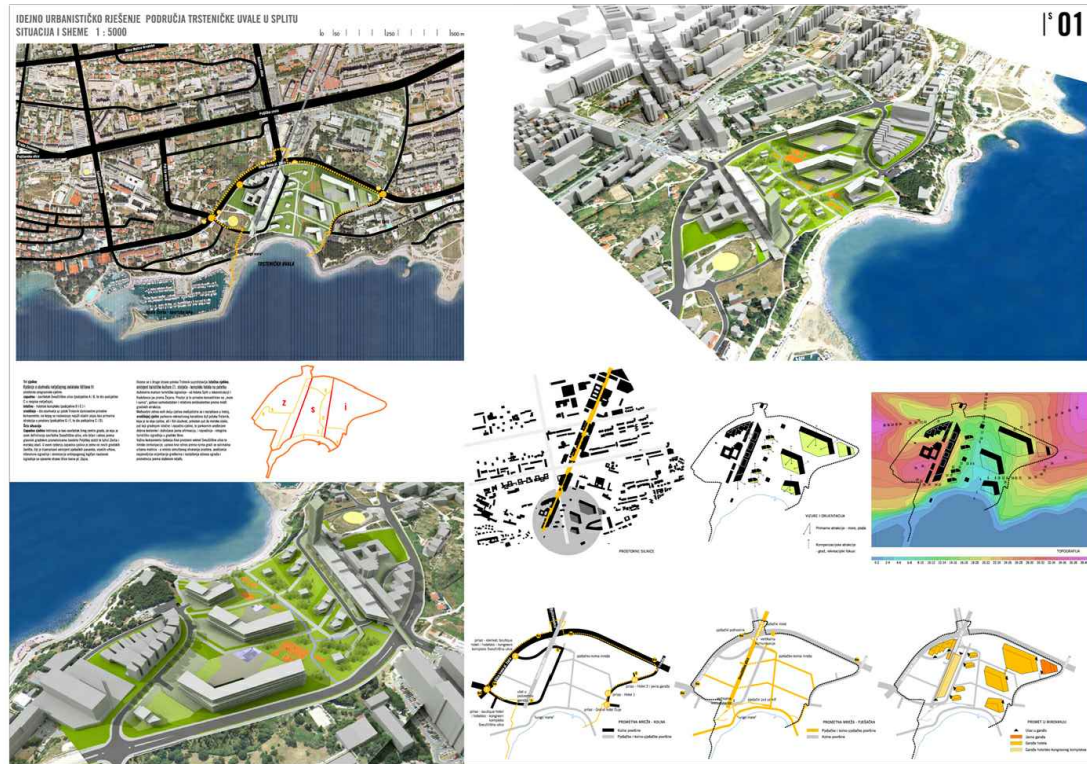
.....

Jedno od osnovnih programskih pitanja s urbanističkog aspekta je odnos 'kuće' prema okolini. Ta okolina je prilično nedefinirana i nekoherentna. S zapadne strane imamo 'bigness' bolničkog sklopa sastavljenog od glavne ('big') blokovske zgrade i u okolici nje manjih zgrada unutar kojih su smješteni različiti odjeli. Južno od sklopa je prilično gusto izgrađena stambena zona s objektima srednje katnosti (cca p+4). U blizini je helidrom i samostanski objekt koji je opet nekakav novi nastavak te disperzivne priče o 'bignessu', kao i nove stambene zgrade više katnosti (cca p+8) koje se upravo grade sjeverno od objekta. I sama nedovršena četvertračna gradska cesta neposredno uz istočnu granicu obuhvata pojačava tu priču. Dakle postavlja se pitanje, prema čemu se veličinom 'kuće' postaviti i time stvoriti logičan završetak (ili početak) bolničkog sklopa? Odgovor je- 'kuća' se mjerilom i veličinom mora prilagoditi jakim okolnim silnicama- 'bignessu'. Prostor u blizini objekta, uvala Trstenik, za koju je raspisan arhitektonsko-urbanistički natječaj prije desetak godina također sugerira (pobjedničkim programom) urbanističku koncepciju u većem (gradskom) mjerilu.

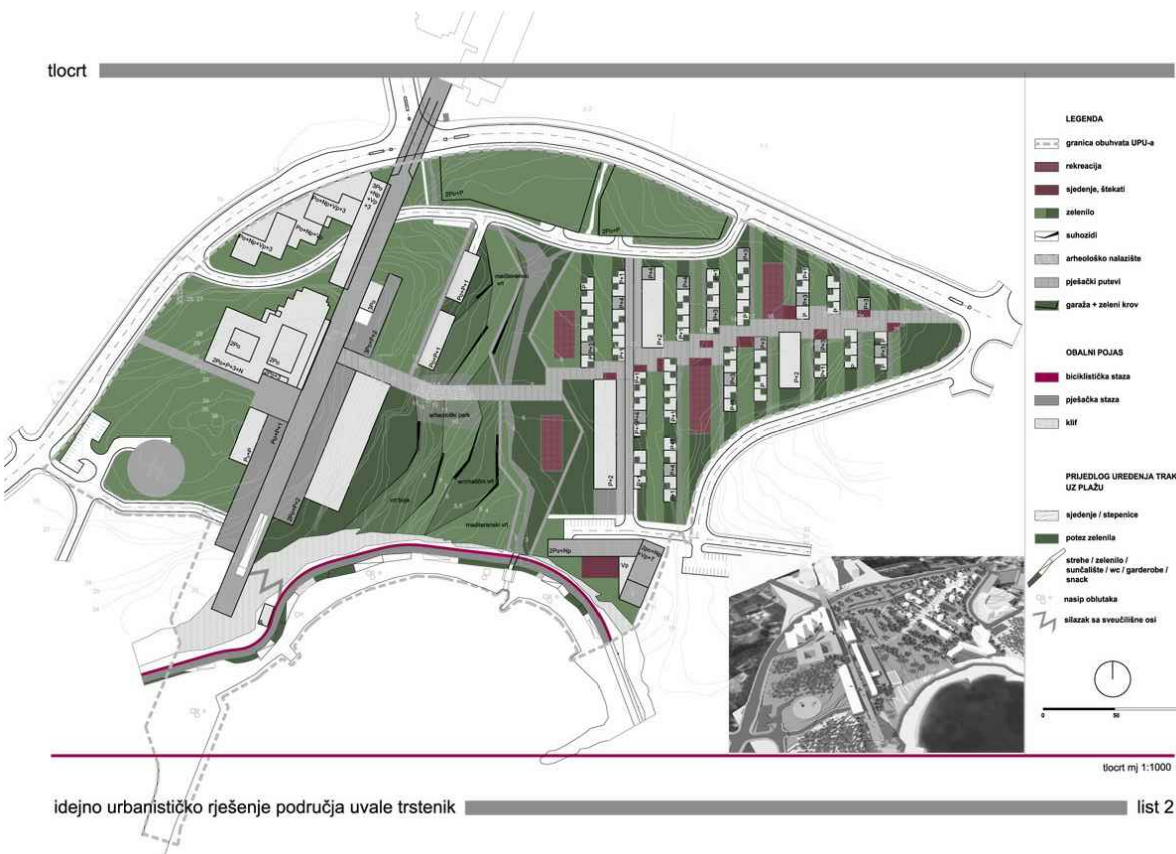
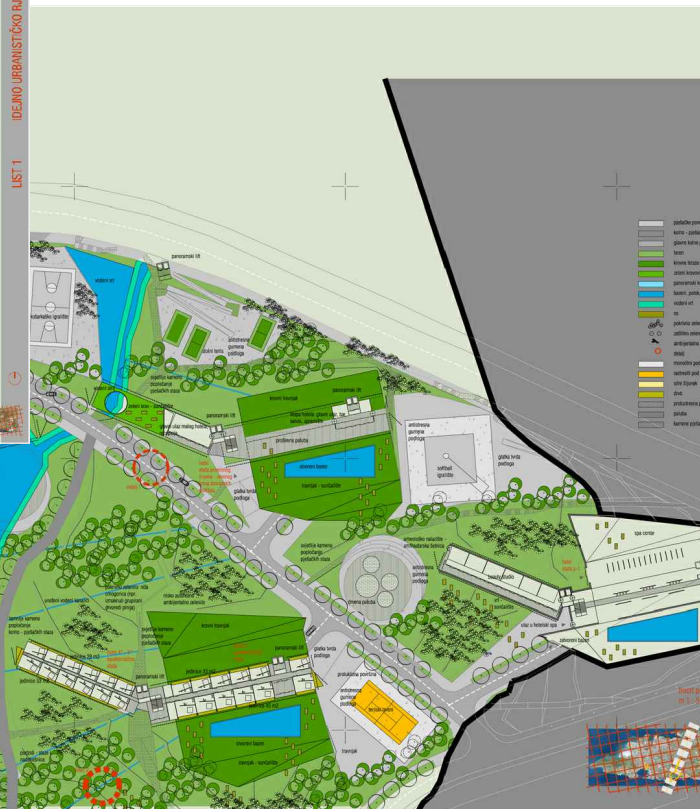
Sama urbanistička postavka objekta proizlazi iz mnogih kako programskih, tako i urbanističkih datosti. Programski (socijalizacija) je jako bitna stavka pitanje odnosa prema (dijelom ostvarenom) urbanističkom potezu pješačke Sveučilišne ulice čiji je završetak u blizini objekta. Taj potez sugerira pješačko kretanje prema objektu.

Program psihijatrijske bolnice sugerira zatvaranje unutar sebe, kao i otvaranje prema van, prema zajednici, a sama parcela svojim oblikom to isto potencira.





arhitektonsko- urbanistički natječaj za uvalu Trstenička
(turistička zona)



Obrazloženje arhitektonskog koncepta

Programski zgrada psihijatrijske bolnice unutar sebe prima pacijente s nizom različitih psihijatrijskih poremećaja i bolesti. Nastojao sam prostorno posložiti cijelu zgradu, a napose razmještaj odjela na način da stvorim neke pozitivne, a ne potencijalno destruktivne međudnose između korisnika (i zajednice). Iz proučavanja tih međudnosa je jednim dijelom proizašao arhitektonski koncept cijele zgrade.

U samom startu sam htio izbjeći 'zatvorsku' arhitekturu na način da dekonstruiram blok. Taj blok unutar sebe prima mnoštvo različitih sadržaja za pacijente i vanjske korisnike. Unutrašnjost bloka postaje arhitektonska promenade sa različitim prostornim doživljajima. U razini prizemlja se nalazi zeleni blok sa kapelicom i vodenom površinom kao prostor koji postaje kontemplativan ili smirujući u svom tom okruženju. Preko kapelice se penjemo na 'unutarnji trg' u razini prvog kata. Kao nekakav 'forte' događanja na trgu postaje veliki 'Čovječe ne ljuti se' na polju gdje ljudi pomiču plastične figure primjerene mjerilu čovjeka i bacaju spužvastu kocku niz gledalište iznad kapelice. Ujedno to polje 'Čovječa ne ljuti se' postaje simbolički križ koji je obvezan na krovovima svih bolničkih ustanova. Sa tog trga se prilazi u prostore odjela i multimedijalne dvorane. Natkriveni prolazi, uokvireni metalnom perforiranom fasadom postaju kao nekakvi 'space between' prostori između ljudi na 'trgu' i onih na odjelima, gdje se pacijenti druže i imaju svoju privatnost, ali opet nisu distancirani od ljudi, što je jako bitno za njihovu socijalizaciju i proces oporavka. (U 'space between' prostore mogu uvrstiti i 'dječji kutak' i 'kutak za mlade'.) Dalje priča teče na način da se iz tih ('space between' prostora) dolazi u prostore rehabilitacije sa radionicama gdje pacijenti rade pod kontrolom i u suradnji s osobljem, kao i s volonterima, primjerice studentima psihologije, pedagogije i sl. Dalje su opet prostori grupnih psihoterapija, kao prostori 'malo više' orijentirani u službi samih pacijenata, a dalje su 'privatni' prostori, tj. spavaće sobe pacijenata.

Nastavak priče arhitektonske krovne promenade ide preko krova multimedijalne dvorane gdje je prostor odjela za adolescente koji na svom dijelu krova imaju košarkaško igralište. U nastavku dolazimo na 'ljetnu terasu' koja se nalazi između odjela za adolescente i odjela za demencije. Tu arhitektonska promenade hvata pogled prema moru i ugodno osunčanje i u zimskim mjesecima. Također se stvara poželjna psihološka igra, budući da adolescenti, pred kojima je cijeli život i koji za sebe drže da imaju cijeli svijet pod nogama, dobijaju krovnu terasu, a s druge strane stvara se interakcija sa dementnim ljudima pred kraj života. I jedni i drugi se druže radeći u permakulturnom vrtu s pitarima. Tu je i azil za mačke koje mogu, kako istraživanja dokazuju, pozitivno djelovati na psihi pacijenata.

Odjel za poremećaje ličnosti je distanciran u svom bloku budući da je to odjel u kojem se mogu pojavljivati osobe sa potencijalnim sklonostima nasilnom ponašanju.

Također, moram se vratiti na pozicioniranje odjela za poremećaje raspoloženja ('depresije'). Budući da je osnova depresije 'krivnja prema samom sebi', od tih osoba se ne očekuje nasilno ponašanje, pa kat (naravno i 'trg') dijele s djecom, što i jednima i drugima može pomoći u psihosocijalnoj terapiji. Naime, dokazano je da kod dobrog dijela depresivnih pojedinaca druženje s djecom doprinosi njihovom oporavku. Primjerice, Jim Carrey je depresivac. Naravno potencijalno agresivni pacijenti su smješteni na distanciranom akutnom odijelu gdje su pod sociomedicinskim tretmanom prilagođenim njihovom stanju.

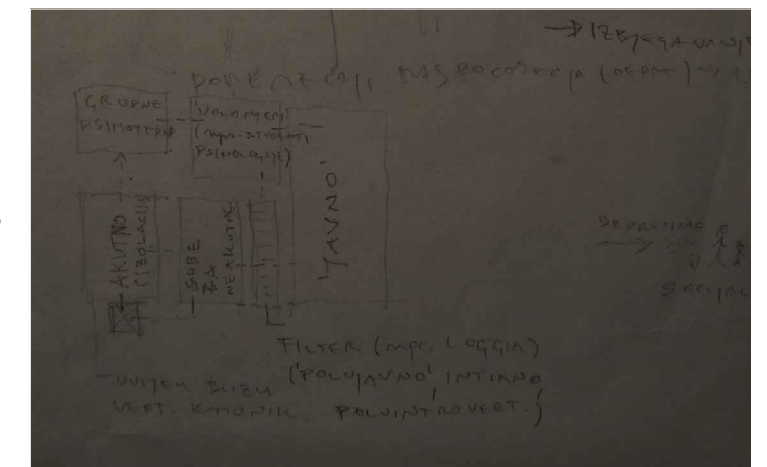
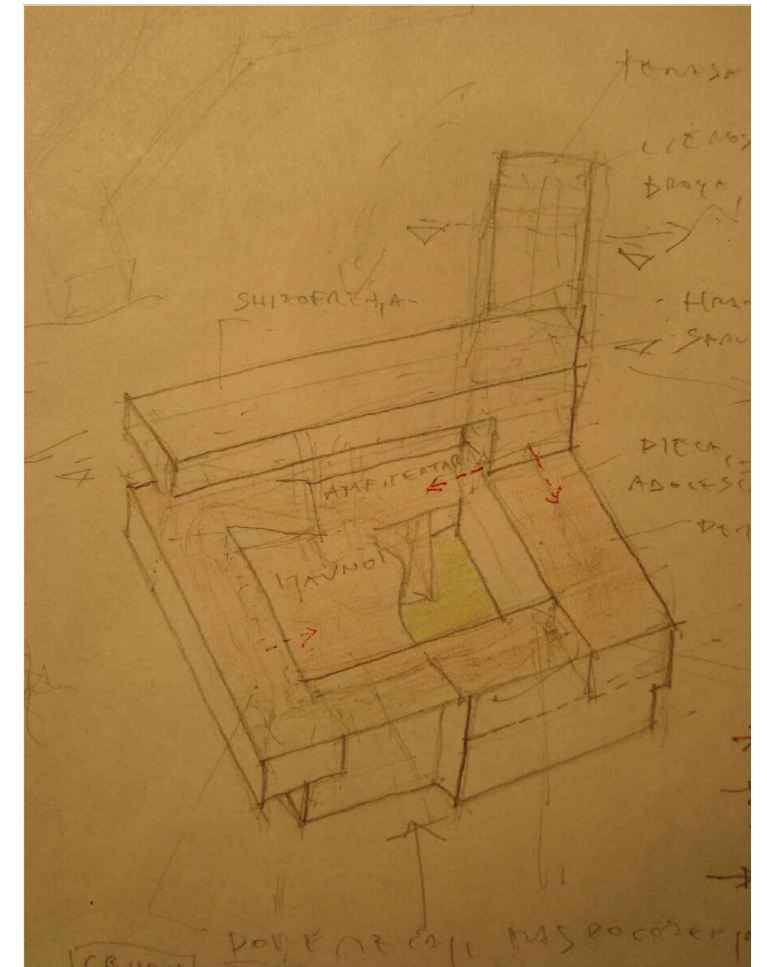
Odjel za shizofreničare opet ima svoj posebni kat koji je ciljano nastao dva kata iznad trga da bi se stvorila hijerarhijska upečatljivost pri pogledu izvana da se unutar ove zgrade 'nešto događa'. I sama priroda njihove bolesti sugerira određenu distanciranost. I oni imaju svoju krovnu terasu sa dugačkom stazom za hodanje koja je jako bitna budući da koriste određene lijekove koji izazivaju neutaživu želju za hodanjem ('Zombijev sindrom').

Spavaći traktovi su uglavnom orijentirani prema istoku. Unutar loggia postoje betonski pitari s biljem za zaštitu od buke i ugodnu atmosferu.

Želio sam oblikovanjem cijele zgrade stvoriti dojam da je unutra neki interesantan svijet, zapravo navući prolaznika na pitanje 'što je unutra?', načeti stigmu već samom pojavnošću zgrade prema psihijatrijskim bolesnicima. Otud i izlomljene krovne plohe, izlomljeni prozori, izlomljeni završeci metalne fasade (ujedno i ograde). Možda se ta zgrada može činiti kao 'čudna lađa', 'čardak ni na nebu ni na zemlji'.

Htio sam stvoriti zgradu i okoliš koji želi biti human i prijateljski, ali uvijek s dozom opreza da se konflikte situacije maksimalno minimaliziraju. Naravno, u takvoj bi 'kući' u tome svemu bitnu ulogu igrala angažiranost osoblja i njihova jaka motiviranost.

(Smatram da na ovom mjestu nema potrebe za objašnjavanjem potrebe određenih sadržaja budući da je to jasno razloženo u programskom i komentarskom separatu.)



Međudnos štićenika i zajednice

Osnovna stavka u stvaranju međudnosa korisnika i zajednice je stvaranje 'vanjskog unutarnjeg dvorišta'.

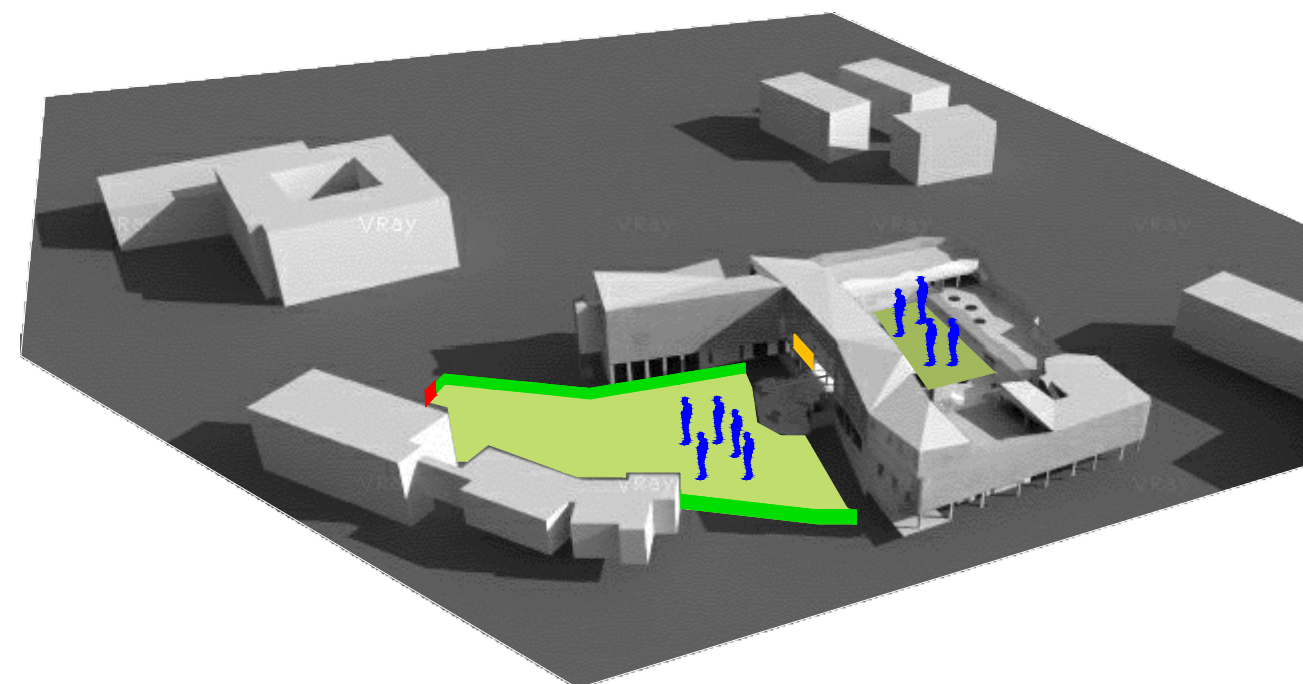
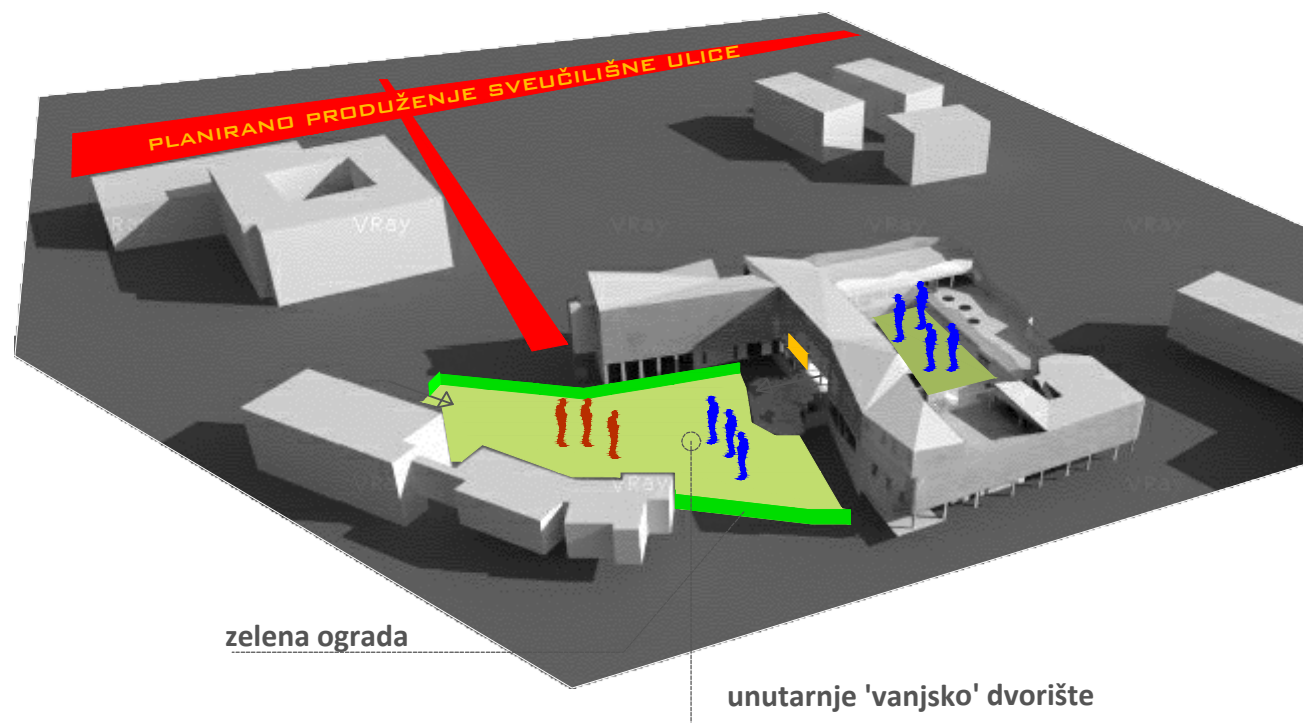
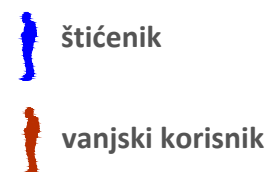
Nalazi se između postojećeg centra 'Juraj Bonači' gdje se liječe djeca s posebnim potrebama i psihijatrijske

bolnice. Dvorište ima postojeća igrališta za košarku i balote, a dodano je i igralište za odbojku i dječje igralište. Ono je ograđeno grmljem koje stvara vizualnu distancu, i na nekom dijelu ulazna vrata. Njega koriste štićenici obaju ustanova, kao i vanjski korisnici, štićenici, naravno, ovisno o njihovom psihosocijalnom stanju, pod kontrolom osoblja. Može postojati posebni termin za štićenike, posebni za vanjske korisnike, a posebni i za jedne i druge. Preko betonskih tribina se penje na prostor iznad prizemlja psihijatrijske

bolnice, na 'vanjski trg', gdje se fokus događanja može zbivati u multimedijalnoj dvorani, gdje štićenici izvode predstave, ili je na rasporedu simpozij psihijatara. Svi vanjski posjetitelji moraju proći 'check in' (imati ulaznicu, pozivnicu ili slično). Dakle, ovakav koncept mnogo ovisi o dobroj organizaciji.

Postojanje dvorane za cagge ball, teretane i fitness centra koji imaju distanciran pristup je također aspekt odnosa prema zajednici, skidanje stigme (približi se 'ustanovi'). Koriste je vanjski korisnici i štićenici, opet određenom terminu, a postojala bi i određena financijska korist. Također u tu svrhu, kao i svrhu socijalizacije postoji i muzej psihijatrije. (Mali Muzej psihijatrije postoji i unutar sklopa Psihijatrijske bolnice Vrapče

(Smatram da na ovom mjestu nema potrebe za objašnjavanjem potrebe određenih sadržaja budući da je to jasno razloženo u programskom i komentarskom separatu.)

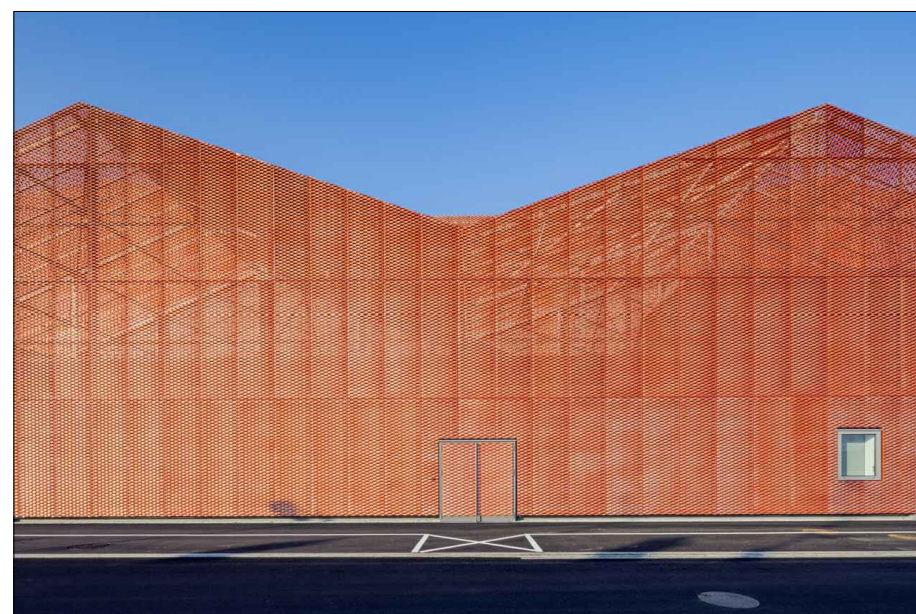
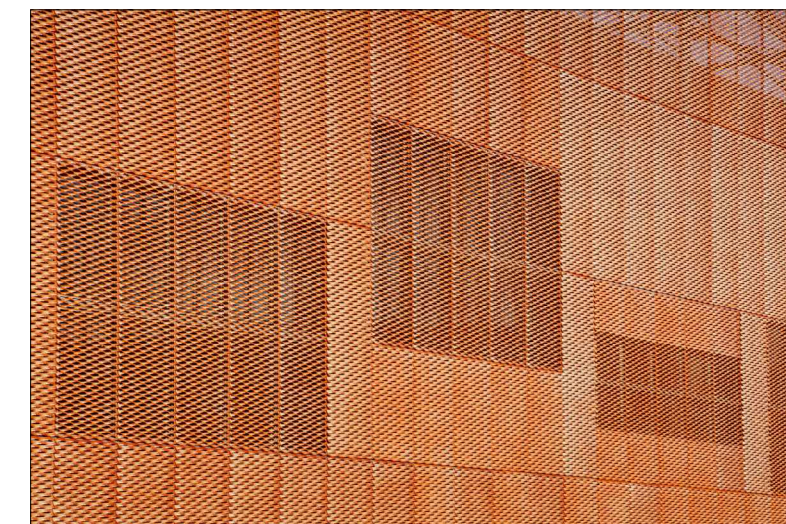


FASADA

Osnovni gradbeni element fasade je perforirani metalni omotač plašt koji pokriva najveći dio 'kuće'. Taj omotač ima višeznačnu ulogu. Osnovni element su bakrom obojene pocinčane ploče (a copper-colored expanded metal). Ova fasada služi kao zaštita od sunca, a u prostoru između nje i toplinske izolacije stvara se vertikalni zračni tok koji odnosi većinu topli energije. Bitan aspekt koji fasada u ovakvoj ustanovi mora ispuniti je i pitanje sigurnosti korisnika. Ovaj ekonomičan fasadni sustav 'pokriva' zatvorene dijelove objekta i na isti način nastavlja kao vanjska (sigurnosna) zaštita (ograda) krovnih terasa, što omogućuje slobodno oblikovanje vrha omotača, čime se sve ukupno dobija interesantan volumenski dojam cijele građevine, možda kao 'čudna lađa' ili 'čardak ni na nebu ni na zemlji'. Boja fasade je smeđe- narančasta, dakle neutralna do vesela. I formom i bojom želim postići otklon od razmišljanja psihijatrijskoj ustanovi, kao 'ustanovi', dakle želim da ona svojom pojavnošću potiče prolaznika na razmišljanje 'kakva je to zgrada, što se krije iza?'

Fasada omogućava transparentnost do određene mjere, ovisno o kutu gledanja, čime korisniku omogućuje privatnost 'u njegovom svijetu', a prolazniku vizuru iz koje uviđa da se i 'nešto događa'. U određenim dijelovima pročelja su pomične vanjske prozorske stijenke koje omogućuju provjetravanje, a ujedno se postiže interakcija s fasadom koja mijenja izgled. Te pomične stijenke su unutar prostora gdje je manja koncentracija pacijenata, dakle uredi, prostori osoblja. Privatni prostori pacijenata i javni prostori gdje je veća koncentracija pacijenata traže određenu 'žrtvu' u smislu nepostavljanja vanjskih (metalnih) pomičnih stijena radi pitanja njihove sigurnosti (opasnost od suicida). Naravno, svi prostori imaju unutarnje (staklene) stijenke. Fasadni sustav filtrira agresivni kontrast svjetla u mekše difuzne tonove, čime se potiče korištenje prirodnog svjetla tijekom cijelog dana. Zgrada ostaje otvorena prema okolini, a istodobno nenametljivo filtrira moguće vanjske smetnje.

Oblikovanje vanjskih otvora je opet u 'slobodnom stilu', izlomljeno, i uklapa se u ostali dio priče o dojmu 'kuće', a dodatno omogućuje interesantne noćne vizure kada je uključena unutarnja rasvjeta. Pomične stijenke su uvijek u određenom perimetru fasade.



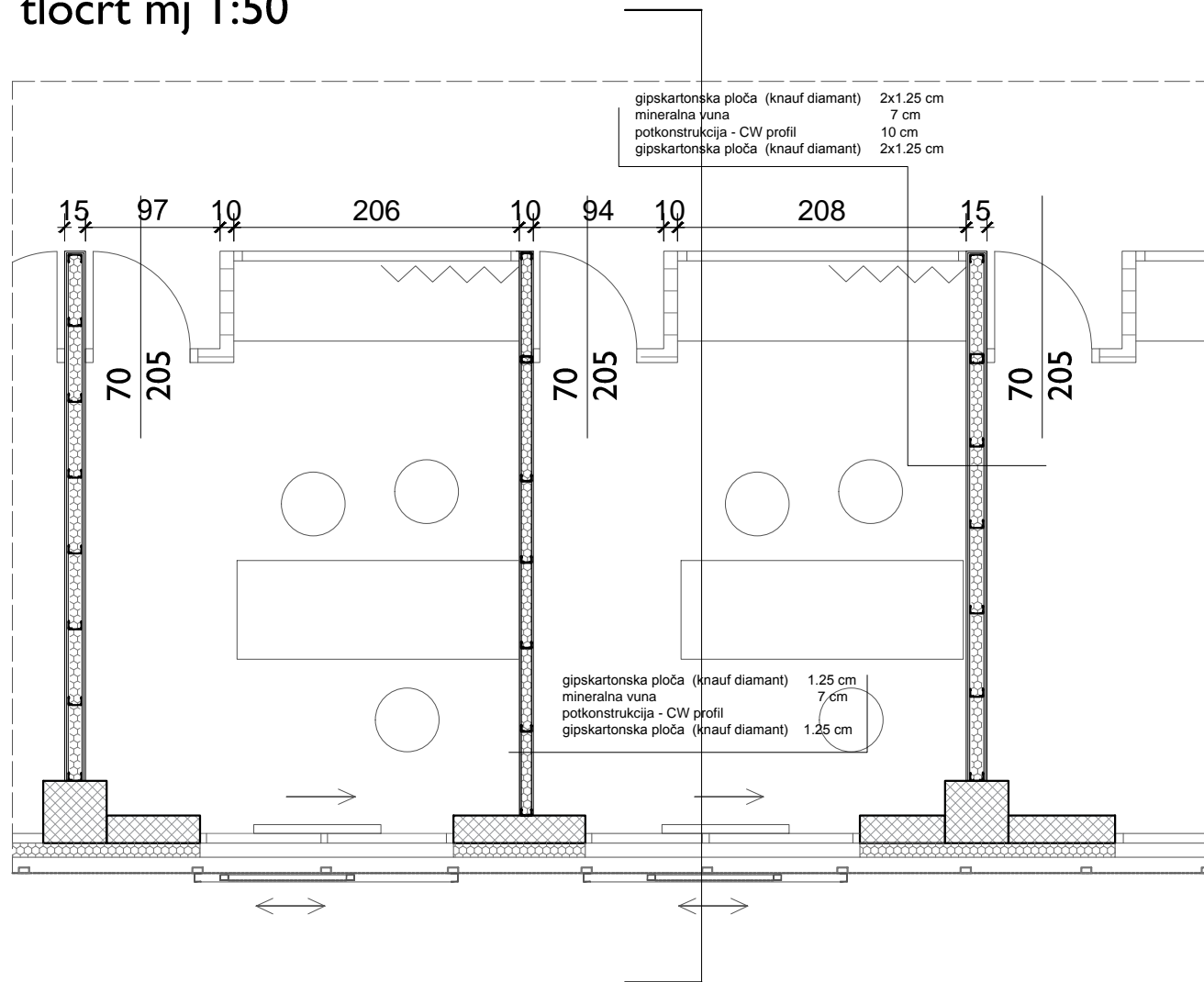
referentni primjer:
The FORUM Associative / Manuelle Gautrand Archite
St. Louis, Francuska, 2015.

/gradski kulturno- sportski centar
/ 5713 m²

/ukupni budžet: 9,7 m €

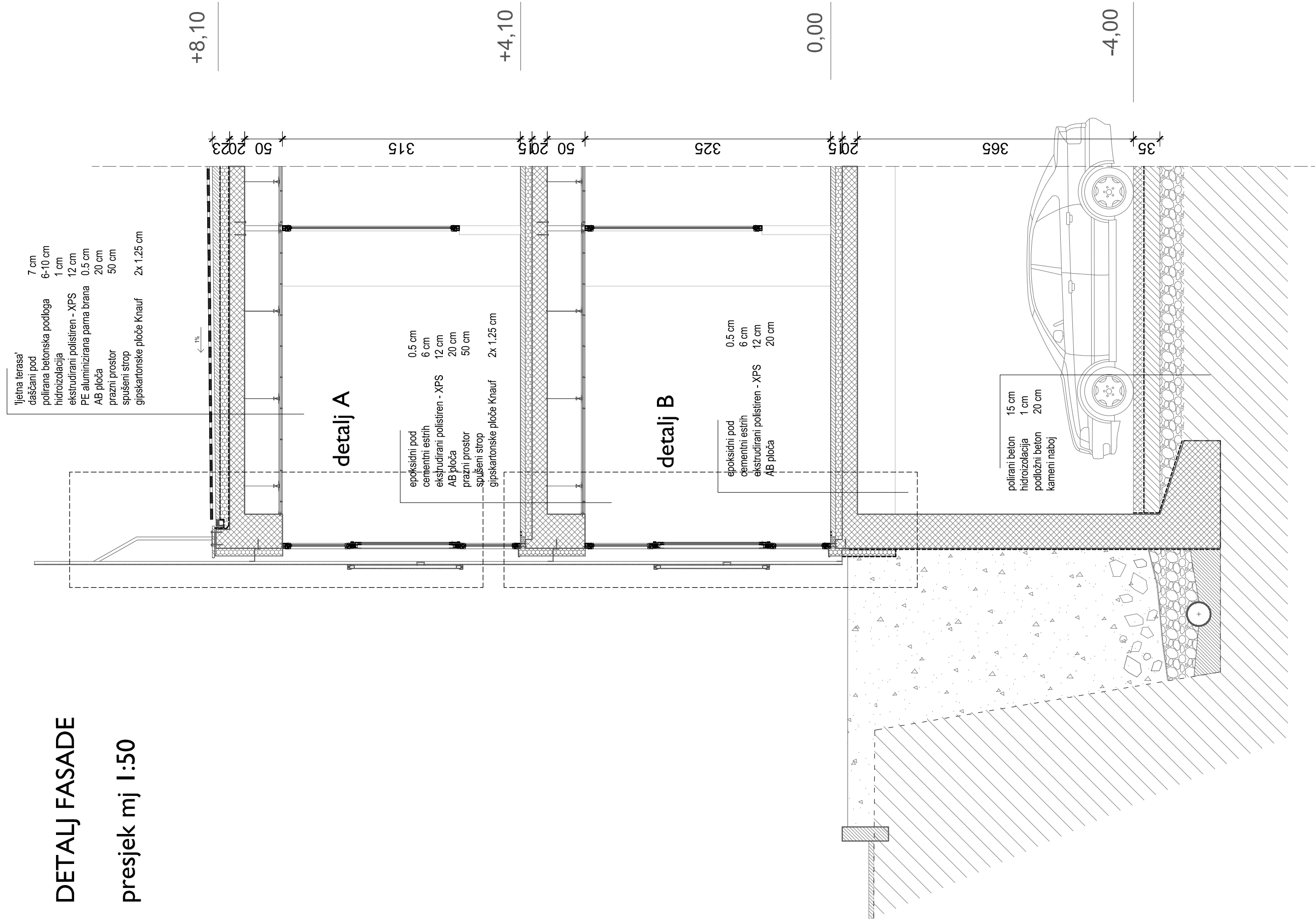
DETALJ FASADE

tlocrt mj 1:50



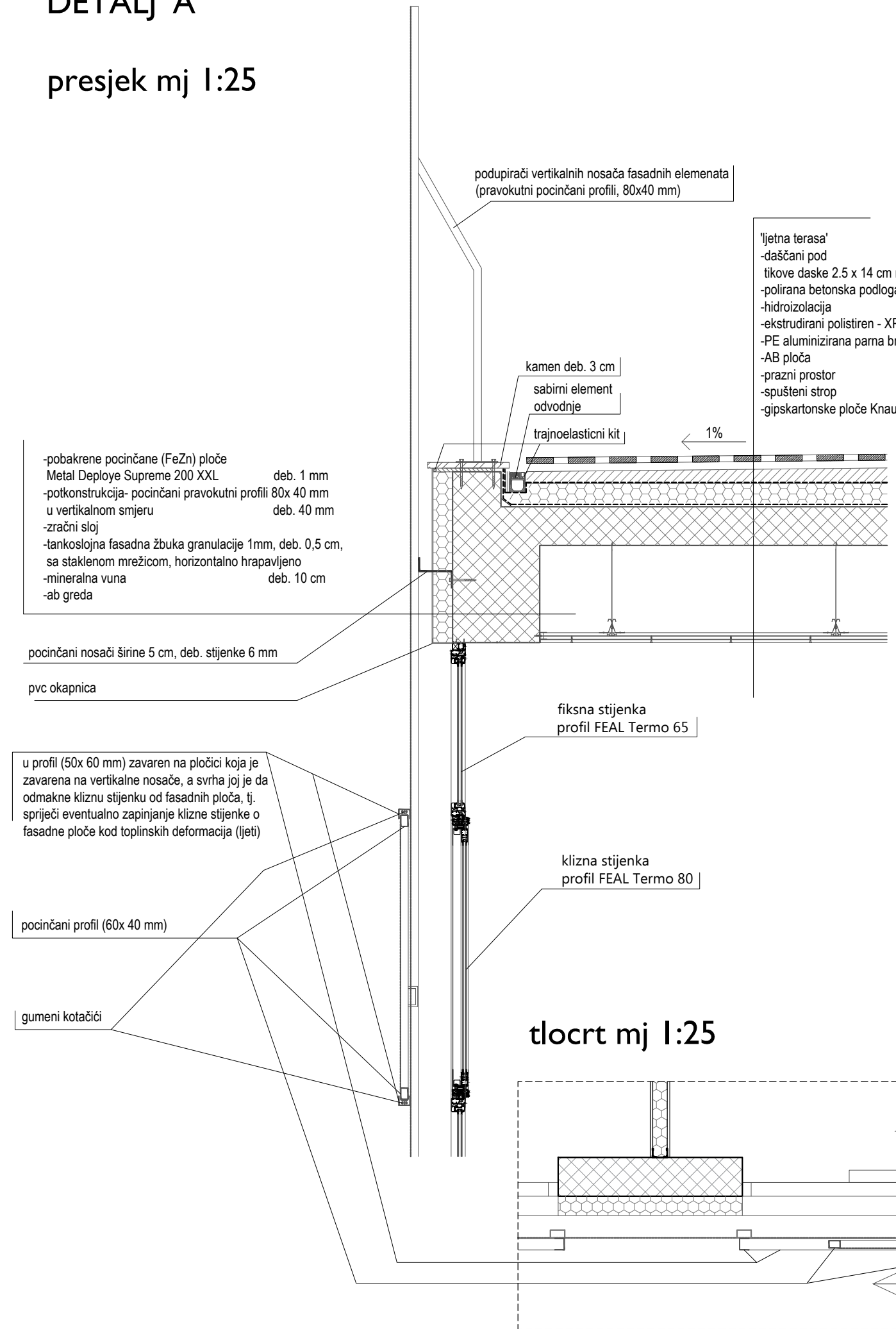
DETALJ FASADE

presjek mj 1:50

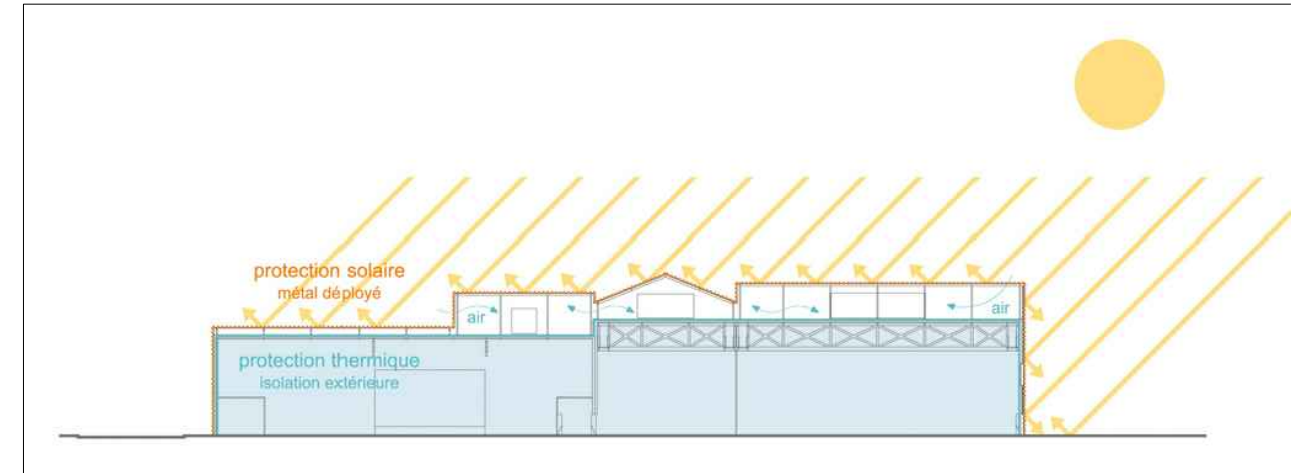
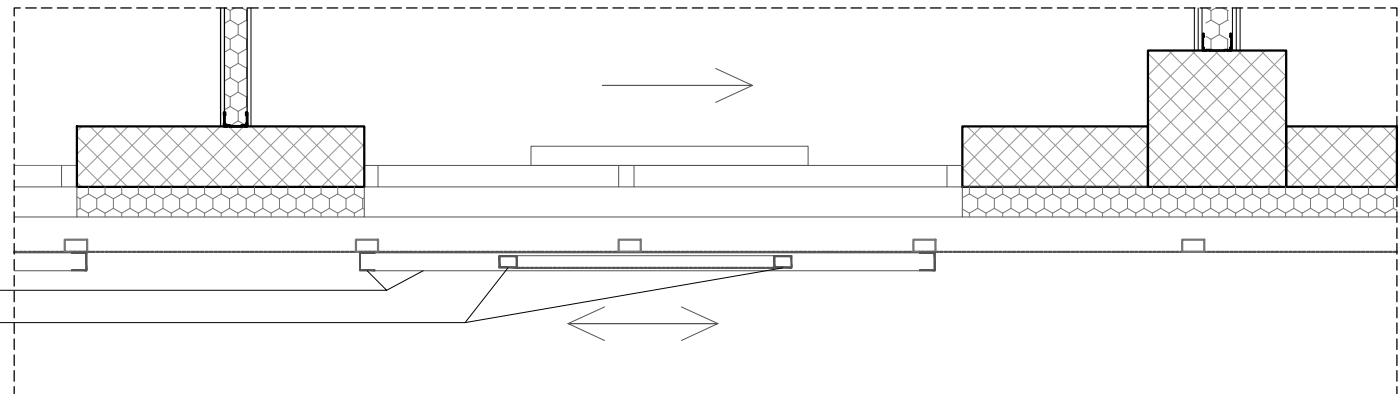


DETALJ 'A'

presjek mj 1:25



tlocrt mj 1:25



KARAKTERISTIKE PLOČA 'SUPREME 200 XXL' PROIZVOĐAČA 'METAL DEPLOYE'

LD = 200 mm

Tmax = 63 %

T90 = 20 %

Standard LD (mm): 1 000, 1 250, 1 500, 2 000, 2 500

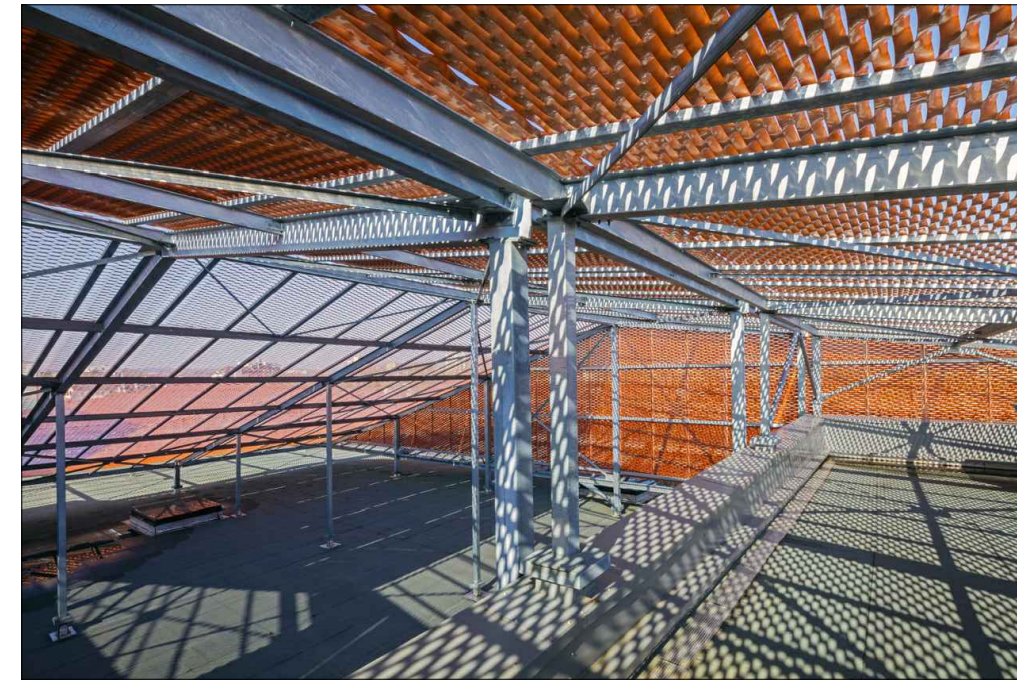
Standard CD (mm): 1 000, 2 000, 3 000

Pour d'autres dimensions, nous consulter. For other dimensions, please contact us.

Steel - acier	ALU	AC	15,8	13,2	9,9
Aluminium	ALU	ALU	6,8	4,5	3,4

Stainless on request - Inox sur demande

www.metalde.com



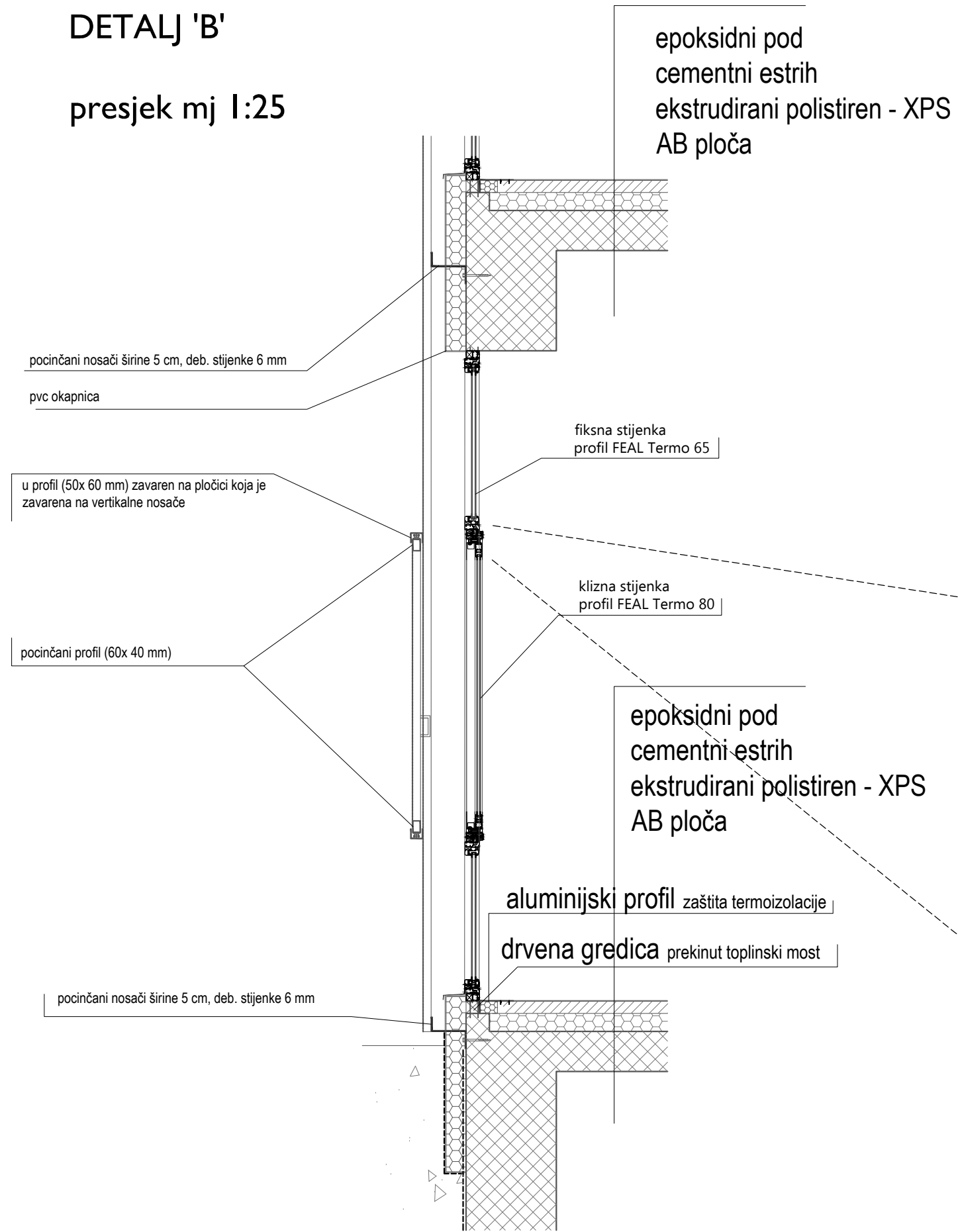
Proučavajući ovaj sustav shvatio sam da osnovna r potkonstrukcija samih fasadnih panela ide samo u vertikalnom smjeru (što se vidi i na slici lijevo). Vanjski rubovi (lijevi i desni) panela se oslanjaju na potkonstrukciju (profili 80x 40 cm) koji su zavareni r ovisne na ab konstrukciju.

Većina panela na objektu je standardnih dimenzija proizvođača. Debljina panela bi bila 1.5 mm, pobaki pocinčane ploče, težina 9,9 kg/ m2 što je čini lakom konstrukcijom.

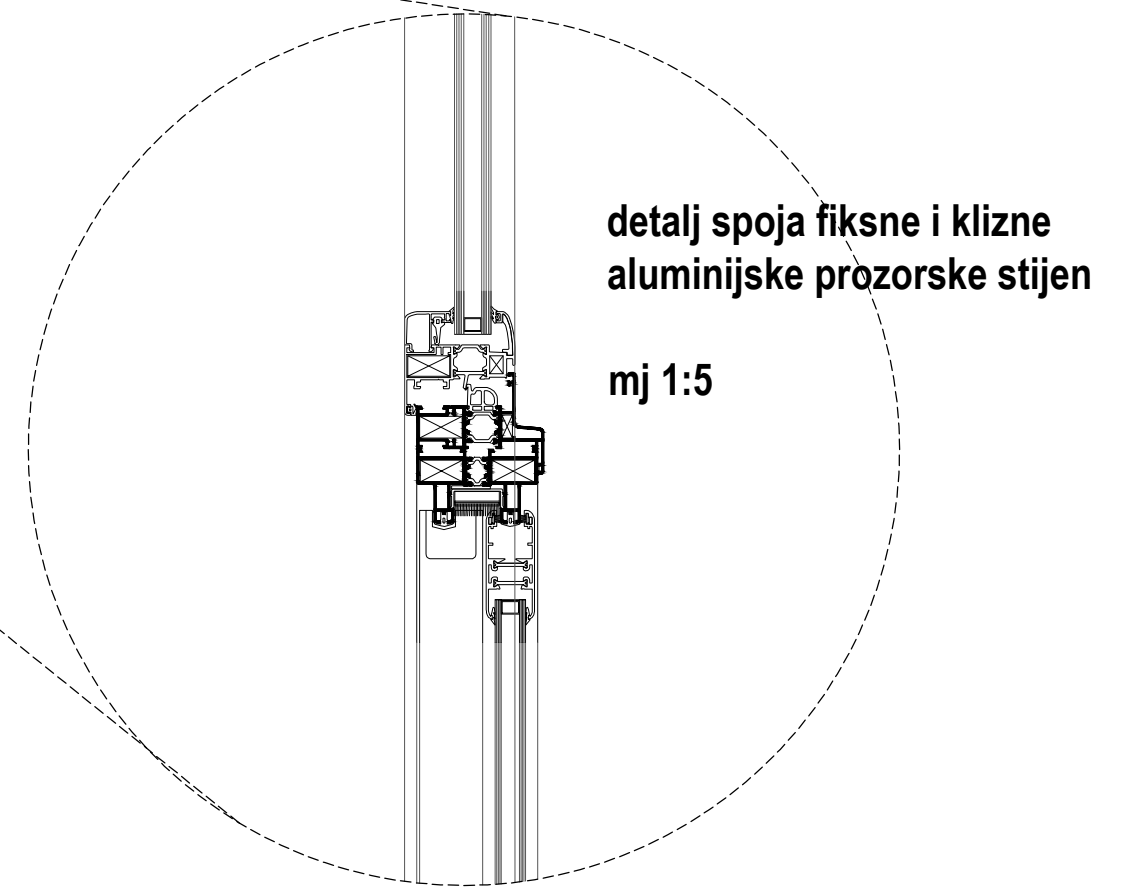
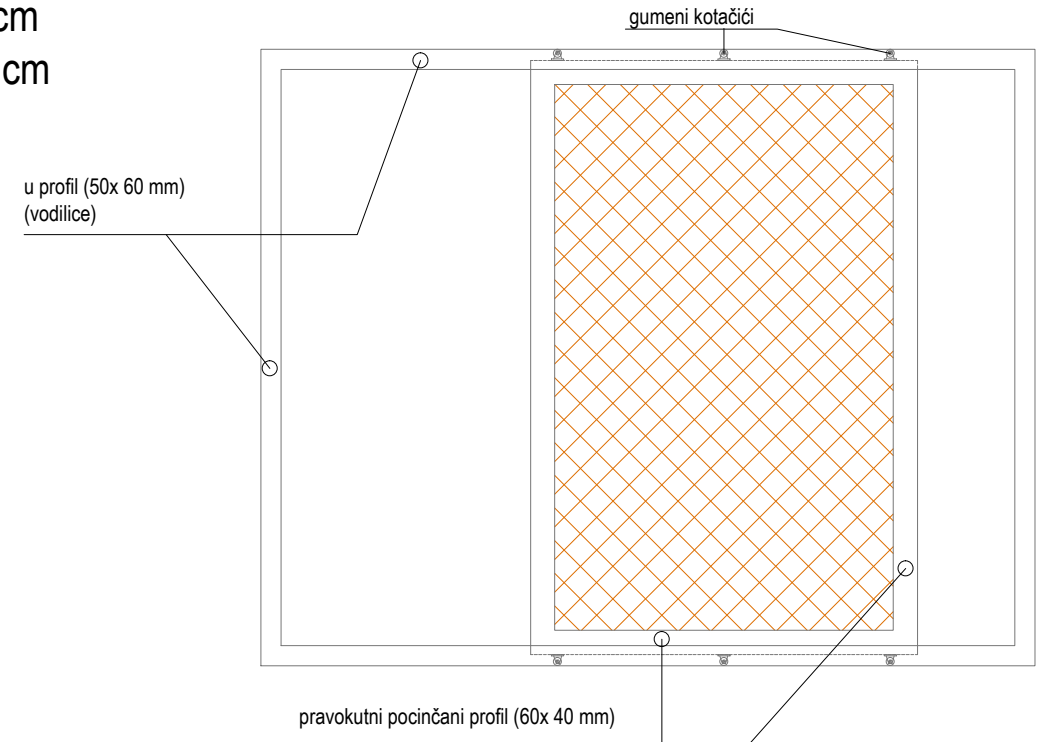
Dodatna mehanička otpornost i stabilnost čitave fas konstrukcije se postiže i samim vezivanjem fasadnih sa potkonstrukcijom.

DETALJ 'B'

presjek mj 1:25

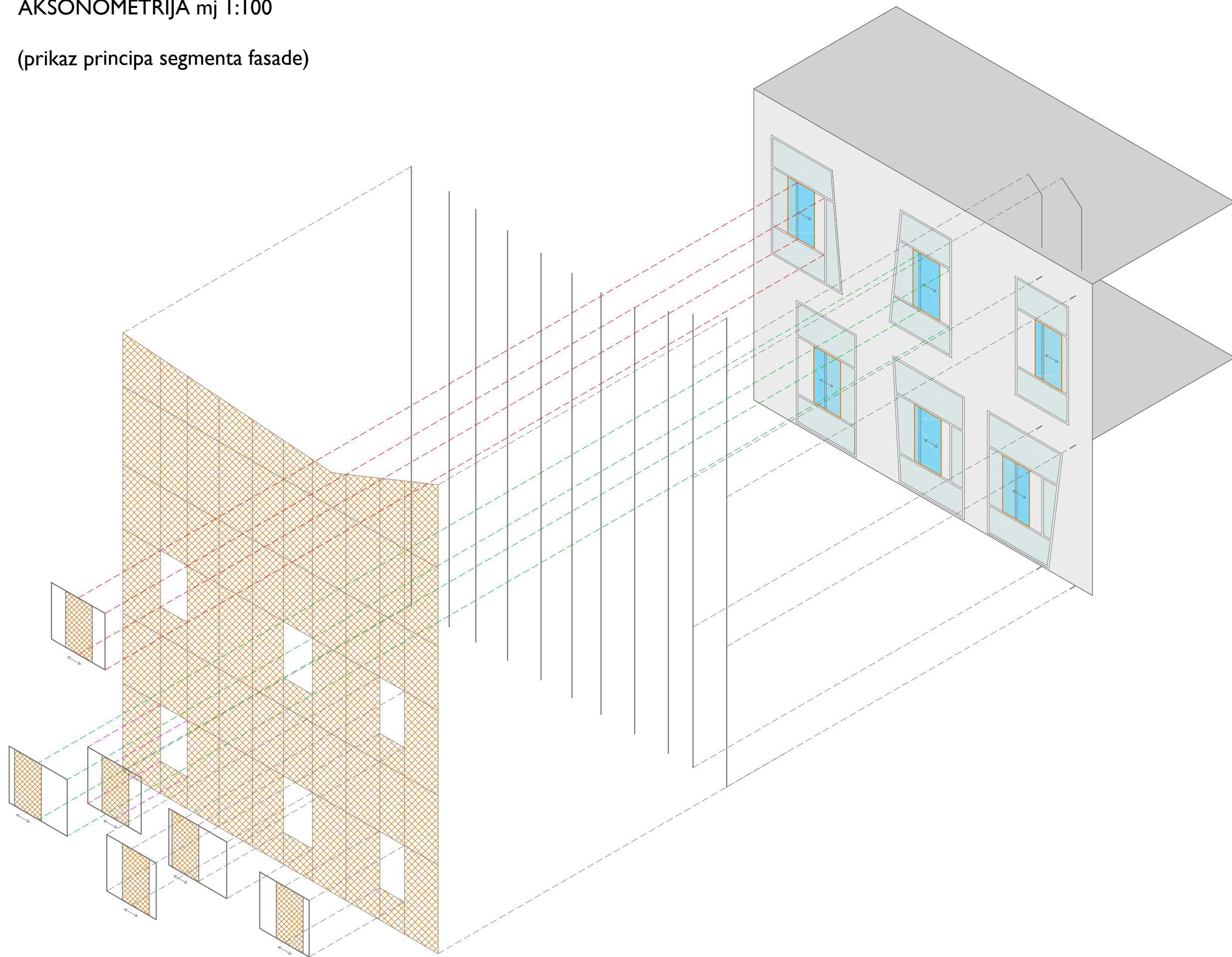


vanjska klizna stijenka u pogledu mj 1:75



AKSONOMETRIJA mj 1:100

(prikaz principa segmenta fasade)



FASADNI OMOTAČ

3.KAT

ODJEL ZA SHIZOFRENIJU I SLIČNE POREMEĆAJE

TERASA SHIZOFRENIČARA

2.KAT

ODJEL ZA POREMEĆAJE PONAŠANJA ODRASLIH

LJETNA TERASA

ODJEL ZA DEMENCIJE

ODJEL DJEČJE I ADOLESCENTSKE PSIHIJATRIJE I POREMEĆAJA HRANJENJA

VANJSKI AMFITEATAR

DJECA, POREMEĆAJI HRANJENJA

AKUTNI ODJEL

AMBULANTA

1.KAT

ODJEL ZA POREMEĆAJE RASPOLOŽENI I POREMEĆAJE SPAVANJA

'ČOVJEČE NE LJUTI SE'

UNUTARNJI 'TRG'

ODJEL ZA POREMEĆAJE UZROKOVANE KONZUMIRANJEM PSIHOAKTIVNIH TVARI

MULTIMEDIJALNA DVORANA

BIBLIOTEKA

RADIONICE, PSIHOTERAPIJE

RESTORAN

CAGE BALL DVORANA/ FITNESS

PRIZEMLJE

UNUTARNJE DVORIŠTE

AKUTNI ODJEL

ULAZNI HALL

MUZEJ PSIHIJATRIJE

ODJEL ZA STRES I SOMATOFORNE POREMEĆAJE

ETAŽA-1 (GARAŽA)

FUNKCIONALNI KONCEPT

Osim navedenoga prije ovdje bih iznio ostale pojedinosti vezane za funkcioniranje ustanove.

Pacijent kojemu je potreban hitan prijem, u bolnicu dolazi kolima hitne pomoći. Glavni pristup za hitnu pomoć je u razini prizemlja odakle se iz glavnog halla dalje vertikalnim komunikacijama dovozi na odjel. Akutni kreveti su uvijek na najbližem mogućem mjestu uz vertikalne komunikacije. Ukoliko je unutar zgrade nekakav javni skup, tada vozač kola kontaktira odjel i dovozi pacijenta u garažu koja ima posebna mjesta za hitni prijem i odatle se dalje opet vert. komunikacijom dovozi na predviđeno mjesto. Time se sprječava uznemiravanje kako pacijenata, tako i vanjskih korisnika, dakle cijeli proces ostaje 'nevidljiv'.

Ulaz u garažu se kontrolira iz nadzorne zaštitarske kućice, koja je povezana s IT tehnikom, sve u cilju boljeg elektronskog nadzora potencijalno rizičnih situacija unutar zgrade. Pristup osoblja je i s zapadne strane (s vanjskog parkinga).

U razini prizemlja se iz glavnog halla pristupa u caffe bar i restoran ala cart koji je povezan s kuhinjom koja opslužuje cijelu bolnicu. Iz prizemlja se također pristupa i u muzej psihijatrije, multimedijalnu dvoranu, biblioteku, kapelicu, posredno i u fitness centar i sportsku dvoranu. Sa sjeverne strane je odvojeni ulaz za osoblje, psihologa, radne terapeute, defektologa koji su profesionalno povezani sa svim odjelima (primjerice kao suradnici ostalog osoblja vezanog uz određene odjele), sobe administracije, ljekarna.

Iz glavnog halla se pristupa u Odjel za stres i somatoforne poremećaje. Treba istaknuti da su u odnosu na programski zadatak koncepti odjela neznatno promijenjeni, u smislu da su objedinjeni NEKI odjeli primjerice Odjel dječje i adolescentske psihijatrije i poremećaje hranjanje, budući su oni usko povezani. (S dozvolom dr. Dodiga.)

Ovako zamišljena ustanova bi funkcionirala kao dnevna bolnica, i stacionar za neki kraći period (npr. do 15-20 dana). Dnevna bolnica se bazira na ideji da pacijent redovno dolazi na rehabilitacijske tretmane (psihoterapije, radne terapije), a može i dio dana dobiti sobu na raspolaganje.

1. ODJEL ZA STRES I SOMATOFORNE POREMEĆAJE

28 kreveta (od toga 14 akutnih kreveta)

Unutar odjela su radionice, prostori za grupnu terapiju, sestre kontroliraju sve pristupe. U izdvojenom, intimnijem dijelu su dvokrevetne sobe (po 14 kreveta za neakutne i akutne pacijente). Psihijatrijski bolesnici često imaju i somatske tegobe, pa tako postoji ambulanta za osnovne medicinske postupke, koju po potrebi obilazi i liječnik opće prakse ili drugi specijalist. Unutar odjela su smještene ordinacije i uredi psihijatarata i ostalog visokoobrazovanog osoblja, u skladu s programskim smjernicama. Uz prostor za sestre se nalazi soba za odvajanje. Dnevni boravak pacijenata sa sobom za pušače.

2. ODJEL ZA POREMEĆAJE RASPOLOŽENJA (DEPRESIJE) I POREMEĆAJE SPAVANJA

54 kreveta (od toga na akutnom odjelu 24 kreveta)

Unutar odjela su radionice, prostori za grupnu psihoterapiju, izdvojeni akutni odjel sa odvojenim rehabilitacijskim prostorima, uredima, prostorima za sestre koje kontroliraju sve koridore i ujedno učestvuju u društvenom životu pacijenata.

3. ODJEL ZA POREMEĆAJE IZAZVANE UPORABOM PSIHOAKTIVNIH TVARI

8 kreveta

Poremećaji vezani uz ovaj odjel su često vezani za depresije, pa oni koriste rehabilitacijske prostore tog odjela.

Ambulantu koriste i pacijenti s ovog odjela i po potrebi pacijenti s odjela dječje i adolescentske psihijatrije.

4. ODJEL DJEČJE I ADOLESCENTSKE PSIHIJATRIJE I POREMEĆAJA HRANJENJA

(po 8 kreveta za potrebe dječje psihijatrije i poremećaja hranjenja i 12 kreveta u izdvojenom dijelu za adolescente na 2. katu)

Unutar odjela dječja radionica, radionica za mlade dnevni boravak, ordinacije osoblja.

5. ODJEL ZA POREMEĆAJE LIČNOSTI I POREMEĆAJE PONAŠANJA ODRASLIH

22 kreveta (od toga 14 akutnih kreveta)

Unutar odjela su radionice, prostori za grupnu terapiju, dnevni boravak pacijenata vezan za vanjsku terasu, sestre kontroliraju pristup. Unutar odjela su smještene ordinacije i uredi psihijatarata i ostalog visokoobrazovanog osoblja, u skladu s programskim smjernicama. Uz prostor za sestre se nalazi soba za odvajanje. Osigurana soba za pušače. U mirnijem dijelu odjela smještene sobe.

6. ODJEL ZA DEMENCIJE

16 kreveta (od toga 6 za invalidne osobe)

Unutar odjela su radionice, prostori za grupnu psihoterapiju, uredima, ordinacijama, ambulantom, prostorima za sestre koje kontroliraju sve koridore i ujedno učestvuju u društvenom životu pacijenata.

7. ODJEL ZA SHIZOFRENIJE I SLIČNE POREMEĆAJE

48 kreveta (22 akutna)

Akutni odjel je smješten s južne strane (8 dvokrevetnih i 6 jednokrevetnih soba sa sanitarijama). Sobe neakutnog odjela smještene u istočnom traktu. Oba odjela imaju sve potrebne sadržaje, prostore za boravak pacijenata, grupne terapije i radionice na sjecištu odjela, ordinacije i uredi osoblja, prostor za sestre, sobu za odvajanje. Izlaz na terasu osiguran.

Unutar cijele zgrade su propisno osigurani potrebni utilitarni i sanitarni prostori (i za invalidne osobe).

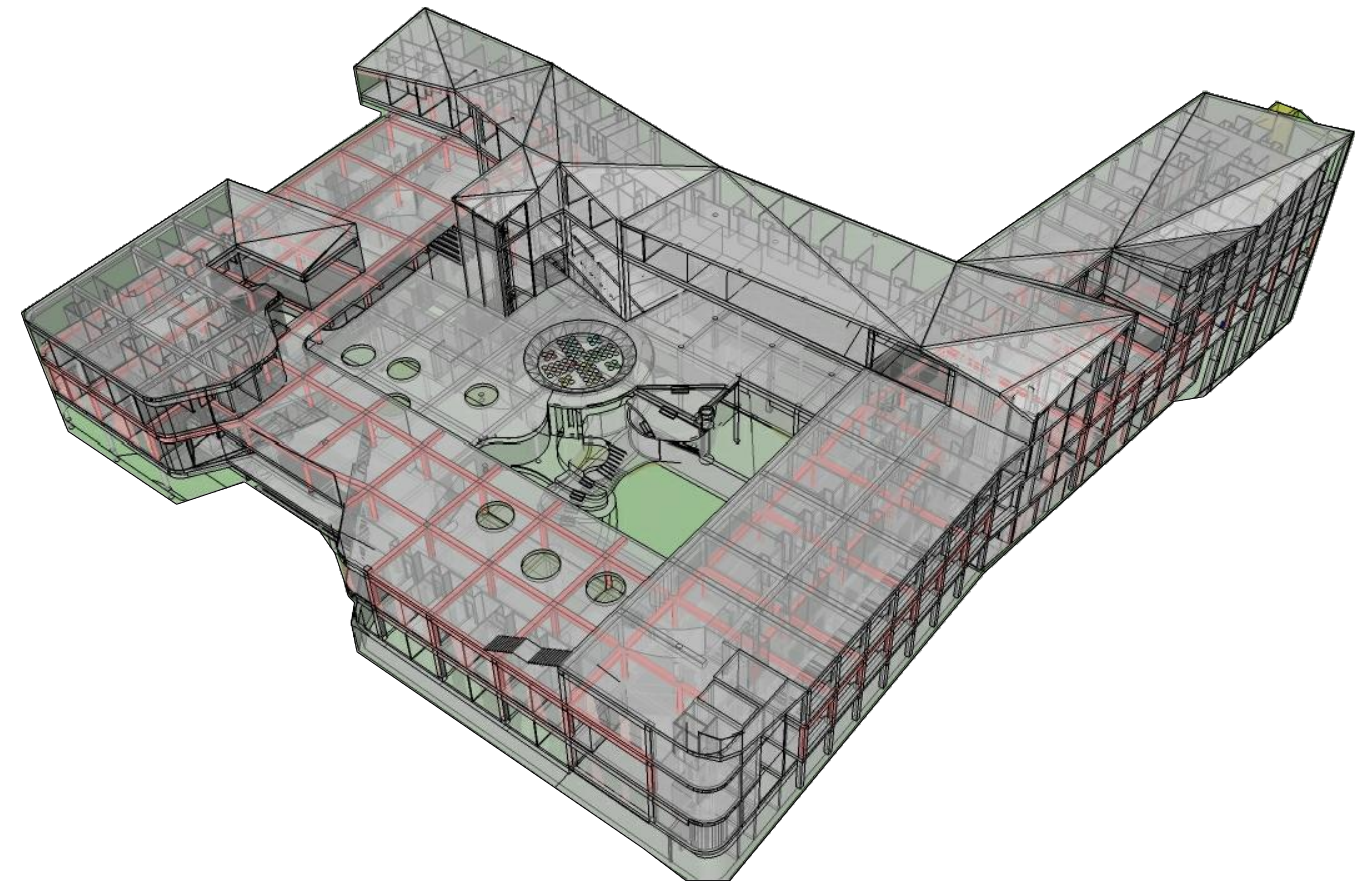
KONSTRUKCIJA

Osnovna konstrukcija gotovo cijeloga objekta je armirano betonski skeletni sustav (stupovi+ grede). Stupovi su kružnog, kvadratnog i polukružno-polukvadratnog presjeka dimenzija većinom 45x 45 cm, izuzev stupova što nose krov dvorane i treći kat objekta. Oni su presjeka 60x60 cm. Gledalište multimedijalne dvorane je izvedeno od greda 70x 20 cm položenih na zidove. Grede su visina 1/12 raspona. U sportskoj dvorani stupovi su dimenzija 70x70 cm na koji su položene grede 150x 45 cm koje iznad sebe nose neovisni konstruktivni sustav poprečnih zidova.

Konstrukcija stubišta unutar odjela za mlade je od čeličnih pravokutnih profila, kao i ona koja nosi krov iznad tog stepeništa. Konstrukcija požarnog stubišta je također čelična.

MATERIJALI

Osim fasade koja je posebno definirana, ostali materijali i podne obloge su: epoksidni podovi, kamen klesanac (kapelica) i drveni pod (tikovina) na ljetnoj terasi. U sanitarijama keramika. Staklene stijene otvora su od sigurnosnog stakla. Materijal tribine u natkrivenom teatru je hrastova građa. Završna obloga podova terasa je polirani beton.



ISKAZ OS I VARENIH PROGRAMSKIH VELICINA:**ETAŽA - I**

Garaža (66 PM+ 3 PM za hitnu pomoć)

0.0. garaža	2385 m ²
0.1. vert. trakt	29,7 m ²
0.2. vert. trakt	27,4 m ²
0.3. vert. trakt	28,1 m ²
0.4. vert. trakt	28,3 m ²
0.5. strojarnica lifta	13,33 m ²
0.6. strojarnica lifta	11,50 m ²
0.7. strojarnica lifta	10,10 m ²
0.8. strojarnica lifta	17,20 m ²

UKUPNO 2553 m²**PRIZEMLJE**

1. Horizontalne komunikacije (bez odjela za stres i somatoforne poremećaje):

1.1. vjetroban	19,34 m ²
1.2. ulazni hall (sa trafikom i art shopom)	373,08 m ²
1.3. ostali koridori	355,18 m ²

2. Utilitarni prostori, prostori osoblja, uredi (bez odjela)

2.1. prijem robe	14,82 m ²
2.2. hladnjača	8,67 m ²
2.3. skladište hrane	10,57 m ²
2.4. kuhinja	81,20 m ²
2.5. praonica rublja	18,36 m ²
2.6. garderoba (m)	20,83 m ²
2.7. wc (m)	6,80 m ²
2.8. wc (ž)	9,08 m ²
2.9. garderoba (ž)	26,80 m ²
2.10. čajna kuhinja	17,65 m ²
2.11. info pult	24,46 m ²
2.12. garderoba (za vanjske korisnike)	9,54 m ²
2.13. spremište	16,53 m ²
2.14. wc (m)	22,00 m ²
2.15. wc (ž)	22,00 m ²
2.16. wc za invalida	3,43 m ²
2.17. psiholog	13,53 m ²
2.18. 2 socijalna radnika	13,46 m ²
2.19. 2 radna terapeuta	11,31 m ²
2.20. wc (ž)	3,80 m ²
2.21. wc (m)	3,80 m ²
2.22. tajništvo/ računovodstvo	18,06 m ²
2.23. tajnica ravnatelj	8,32 m ²
2.24. ravnatelj	10,44 m ²
2.25. soba za sastanke	20,64 m ²
2.26. defektolog	15,72 m ²
2.27. ljekarna	14,12 m ²
2.28. garderoba (ž)	18,50 m ²

2.29. wc (ž)	7,20 m ²
2.30. wc (m)	7,20 m ²
2.31. garderoba (m)	8,50 m ²
2.32. nadzorna soba	10,92 m ²
2.33. IT tehnika	9,53 m ²
2.34. prostor s klimatizacijskim uređajima	22,17 m ²
2.35. spremište pvn dvorane	47,39 m ²

3. Restoran 'a la cart' & caffe bar 160,04 m²4. Multimedijalna dvorana (150 sjedećih mjesta) 214,50 m²5. Muzej psihijatrije 137,30 m²6. Kapelica 67,00 m²7. Biblioteka 74,56 m²8. Fitness & joga (disco klub) 47,53 m²9. Teretana 65,89 m²10. Sportska dvorana (cagge ball) 280,65 m²

11. Odjel za poremećaje vezane za stres i somatoforne poremećaje

11.1. horizontalne komunikacije (koridori) (uključen i volonterski klub)	183,50 m ²
11.2. radionice	87,57 m ²
11.3. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	28,23 m ²
11.4. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	28,50 m ²
11.5. spremište	6,46 m ²
11.6. ured socijalnog radnika	18,57 m ²
11.7. ured za 2 radna terapeuta	12,20 m ²
11.8. ordinacije psihijatar	12,20 m ² x 5 = 61 m ²
11.9. dnevni boravak štićenika	21,54 m ²
11.10. dnevni boravak- odvojak za pušače	8,76 m ²
11.11. wc+ kupaonica za invalida	6,20 m ²
11.12. wc (ž)	1,74 m ²
11.13. wc (m)	1,74 m ²
11.14. smještajna jedinica (a.) spavaća soba 14,46 m ² (b.) kupaonica 3,40 m ² =17,86 m ² x 14= 250,04 m ²	
11.15. prostor za sestre (pult, mini ambulanta, čajna kuhinja)	24,72 m ²
11.16. soba za odvajanje (s wc-om)	8,86 m ²

VANJSKI PROSTORI

*1.1. natkriveni prolaz	410 m ²
*1.2. natkriveni prolaz	49,5 m ²
*1.3. unutarnje dvorište	414 m ²

UNUTARNJI PROSTORI: 3420 m²VANJSKI PROSTORI: 873,50 m²

4. Multimedijalna dvorana i utilitarni prostori dvorane:

4.* multimedijalna dvorana (150 sjedećih mjesta)	214,50m ²
4.1. soba za projekcije	6,45 m ²
4.2. horizontalne komunikacije (sa volunt. klubom)	141,00 m ²
4.3. wc (m)	5,17 m ²
4.4. wc (ž)	7,14 m ²
4.5. wc (invalid)	3,48 m ²

12. Odjel za dječju i adolescentsku psihijatriju i poremećaje hranjenja

(na ovom katu su spavaći kapaciteti za djecu i poremećaje hranjenja)

12.1. horizontalne komunikacije	100,00 m ²
12.2. sestre/ info pult- opslužuje i potrebe multifunkcionalne dvorane	12,37 m ²
12.3. soba za sastanke/ čajna kuhinja	13,45 m ²
12.4. spremište	2,85 m ²
12.5. ordinacija psihijatra	13,53 m ²
12.6. ordinacija psihijatra	13,30 m ²
	x 3= 39,90 m ²
12.7. ordinacija psihologa	11,80 m ²
12.8. ured defektologa i 2 radna terapeuta	13,19 m ²
12.9. smještajna jedinica za djecu	13,70 m ²
	x 2= 27,40 m ²
12.10. wc+ kupaonica smješt. jedinice	8,31 m ²
12.11. spremište	3,97 m ²
12.12. smještajna jedinica za poremećaje hranjenja (uglavnom adolescenti)	
a. spavaći dio	12,12 m ²
b. spavaći dio	12,12 m ²
c. wc+ kupaonica	5,18 m ²
d. loggia	3,40 m ²
Ukupno:	32,82 m ² x 2= 65,64 m ²
12.13. sestre	25,29 m ²
12.14. igraonica za djecu	56,12 m ²
12.15. radionica za mlade	59,90 m ²
12.16. dnevni boravak za mlade	36,23 m ²

13. Utilitarni prostori

13.1. horizontalne komunikacije	63,70 m ²
13.2. wc (m)	2,50 m ²
13.3. wc (ž)	2,50 m ²
13.4. wc+ kupaonica (za invalida)	3,64 m ²

14. Ambulanta

31, 23 m²

15. Odjel za poremećaje izazvane uporabom psihoaktivnih tvari

15.1. horizontalne komunikacije (koridori)	47,90 m ²
15.2. prostor za sestre	12,40m ²
15.3. dnevni boravak	16,85 m ²
15.4. ured psihijatra	10,56m ²
15.5. ured psihijatra	8,54 m ²
15.6. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,72 m ²
b. kupaonica	3,90 m ²
Ukupno:	19,62 m ² x 4 =78,48 m ²

16. Odjel za poremećaje raspoloženja (depresije) i poremećaje spavanja

16.1. horizontalne komunikacije s pultovima za sestre i volonterskim klubom	347,30 m ²
16.2. radionice	87,80m ²
16.3. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	28,23 m ²
16.4. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	28,50m ²
16.5. spremište	6,46 m ²
16.6. ured socijalnog radnika	18,57 m ²
16.7. ordinacije psihijatar	12,00 m ² x 6 =72 m ²
16.8. dnevni boravak šticićenika	21,54 m ²
16.9. dnevni boravak- odjeljak za pušače	8,76 m ²
16.10. wc (ž)	1,74 m ²
16.11. wc (m)	1,74 m ²
16.12. wc+kupaonica (za invalida)	6,20 m ²
16.13. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	14,46 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
c. loggia	4,10 m ²
Ukupno:	21,96 m ² x 7 =153,72 m ²
16.14. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	14,46 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
Ukupno:	17,86 m ² x 7 =125,02 m ²
16.15. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	14,46 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
c. loggia	5,12 m ²
Ukupno:	23,00 m ²
16.16. dnevni boravak šticićenika	26,40 m ²
16.17. dnevni boravak-odjeljak za pušače	14,47 m ²
16.18. ambulanta	29,70 m ²
16.19. soba za odvajanje s kupaonicom	8,88 m ²
16.20. soba za sastanke/ čajna kuhinja	9,43 m ²
16.21. wc+ kupaonica (za invalida)	3,80 m ²
16.22. wc (ž)	3,42 m ²
16.23. wc (m)	3,42 m ²
16.24. ordinacije psihijatar	11,23 m ² x 5 =56,15 m ²
16.25. ordinacija psihologa	11,23 m ²
16.26. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	27,00 m ²
16.27. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	27,00 m ²
16.28. loggia	24,62 m ²
16.29. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,41 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
c. loggia	5,87 m ²
Ukupno:	24,68 m ² x 6 =148,08 m ²
16.30. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,41 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
Ukupno:	18,81 m ² x 6 = 112, 86 m ²

VANJSKI PROSTORI

- *2.1. 'trg' 892 m²
- *2.2. natkriveni prolaz (+dječji kutak+ kutak za mlade) 114,0 m²
- *2.3. natkriveni prolaz 60,37 m²
- *2.4. natkrivena terasa 85,10 m²

UNUTARNJI PROSTORI: 2605 m²
(uključeno i loggie spavaonica)

VANJSKI PROSTORI: 1151 m²

2. KAT

12. Odjel za dječju i adolescentsku psihijatriju i poremećaje hranjenja

(na ovom katu je dio za adolescente)

12.17. horizontalne komunikacije	119,50 m ²
12.18. dnevni boravak	26,30 m ²
12.19. grupna psihoterapija	30,40 m ²
12.20. ordinacija psihijatra x2 m ²	15,50 m ² x 2 = 31,00 m ²
12.21. ordinacija psihologa	13,29 m ²
12.22. ured socijalnog radnika	12,41 m ²
12.23. sestre	8,66 m ²
12.24. soba za sestre	15,26 m ²
12.25. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,72 m ²
b. kupaonica	3,90 m ²
Ukupno:	19,62 m ² x 4 = 78,48 m ²
12.26. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	16,58 m ²
b. kupaonica	3,70 m ²
Ukupno:	20,28 m ²
12.27. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	12,90 m ²
b. kupaonica	4,10 m ²
Ukupno:	17,00 m ²
12.28. spremište	3,40 m ²
12.29. wc (ž)	2,26 m ²
12.30. wc (m)	2,26 m ²
12.31. wc i kupaonica (za invalida)	4,71 m ²

17. Odjel za demencije

17.1. horizontalne komunikacije s pultovima za sestre i dnevnim boravkom	170,00 m ²
17.2. wc (m)	1,74 m ²
17.3. wc (ž)	1,74 m ²
17.4. wc i kupaonica (za invalida)	6,20 m ²
17.5. prostor za grupne psihoterapije i rad	44,30 m ²
17.6. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	14,46 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
c. loggia	4,10 m ²
Ukupno:	19,62 m ² x 5 = 98,10 m ²
17.7. ured psihologa	11,85 m ²
17.8. ordinacije psihijatara	11,85 m ² x 3 = 35,55 m ²
17.9. ambulanta	29,48 m ²
17.10. prostor za osoblje	18,12 m ²
17.11. wc	3,40 m ²
17.12. spremište	3,75 m ²
17.13. smještajna jedinica za invalidne osobe	
a. spavaći dio	19,62 m ²
b. kupaonica	4,43 m ²
Ukupno:	24,05 m ²
17.14. smještajne jedinice za invalidne osobe	
a. spavaći dio	17,84 m ²
b. kupaonica	4,20 m ²
Ukupno:	22,04 m ² x 2 = 44,08 m ²

18. Odjel za poremećaje ličnosti i poremećaje ponašanja odraslih

18.1. horizontalne komunikacije	103,05 m ²
18.2. ambulanta	29,70 m ²
18.3. soba za odvajanje s kupaonicom	8,88 m ²
18.4. soba za osoblje/ čajna kuhinja	9,43 m ²
18.5. wc s kupaonicom za invalida	3,80 m ²
18.6. wc (ž)	3,42 m ²
18.7. wc (m)	3,42 m ²
18.8. ured za psihologa	11,30 m ²
18.9. ordinacija psihijatra	12,60 m ²
18.10. ordinacije psihijatra	11,23 m x 3 = 33,69 m ²
18.11. vanjska terasa	51,70 m ²
18.12. radionica	30,30 m ²
18.13. prostor za grupne psihoterapije	29,77 m ²
18.14. dnevni boravak štićenika	15,20 m ²
18.15. dnevni boravak- odvojak za pušače	12,00 m ²
18.16. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,41 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
c. loggia	5,87 m ²
Ukupno:	24,68 m ² x 6 = 148,08 m ²
18.17. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,41 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
Ukupno:	18,81 m ² x 5 = 94,05 m ²

VANJSKI PROSTORI

*3.1. svi vanjski prostori 1252 m²

UNUTARNJI PROSTORI: 1675 m²
(uključeno i loggie spavaonica)

VANJSKI PROSTORI: 1252 m²

19. Odjel za shizofrenije i slične poremećaje	
19.1. horizontalne komunikacije s pultovima za sestru i dnevni boravkom	346,80 m ²
19.2. smještajna jedinica za dvije osobe	
a. spavaći dio	17,10 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
Ukupno	20,50 m ²
19.3. smještajna jedinica za dvije osobe	
a. spavaći dio	17,70 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
Ukupno	21,10 m ²
19.4. smještajna jedinica za dvije osobe	
a. spavaći dio	15,30 m ²
b. kupaonica	3,10 m ²
Ukupno	18,40 m ²
19.5. smještajne jedinice za dvije osobe	
a. spavaći dio	14,25 m ²
b. kupaonica	3,10 m ²
Ukupno	17,35 m ² x 3 = 52,05 m ²
19.6. smještajne jedinice za jednu osobu	
a. spavaći dio	12,50 m ²
b. kupaonica	3,20 m ²
Ukupno	15,70 m ² x 4 = 62,80 m ²
19.7. wc i kupaonica za invalida	7,20 m ²
19.8. smještajne jedinice za jednu osobu	
a. spavaći dio	11,50 m ²
b. kupaonica	3,20 m ²
Ukupno	14,70 m ² x 2 = 29,40 m ²
19.9. wc (m)	4,71 m ²
19.10. wc (ž)	4,50 m ²
19.11. prostor za osoblje	11,55 m ²
19.12. dnevni boravak štićenika (pušači)	32,00 m ²
19.13. smještajne jedinice za dvije osobe	
a. spavaći dio	17,30 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
Ukupno	20,70 m ² x 2 = 41,40 m ²
19.14. ordinacija psihijatra	14,70 m ²
19.15. uredi defektologa, radnog terapeuta, psihologa i psihijatra	10,80 m ² x 4 = 43,20 m ²
19.16. ordinacija psihijatra	12,85 m ²
19.17. ordinacija psihijatra	12,70 m ²
19.18. wc i kupaonica za invalida	4,34 m ²
19.19. wc (m)	4,90 m ²
19.20. wc (ž)	5,50 m ²
19.21. spremište	9,50 m ²
19.22. fleksibilni prostor za psihoterapije	24,45 m ²
19.23. fleksibilni prostor za psihoterapije	21,20 m ²
19.24. radionice	58,00 m ²
19.25. dnevni boravak- odvojak za pušače	20,70 m ²
19.26. ambulanta	36,71 m ²
19.27. soba za odvajanje s kupaonicom	8,88 m ²
19.28. prostor za osoblje	11,12 m ²
19.29. ordinacije psihijatara	17,20 m ² x 4 = 68,80 m ²
19.30. smještajne jedinice za dvije osobe	
a. spavaći dio	15,41 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
Ukupno	18,81 m ² x 6 = 112,86 m ²
19.31. smještajne jedinice za dvije osobe	
a. spavaći dio	15,41 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²
c. loggia	5,87 m ²
Ukupno	24,68 m ² x 7 = 172,76 m ²

UNUTARNJI PROSTORI: 1454 m²
(uključeno i loggie spavaonica)

VANJSKI PROSTORI: 540 m²

BRUTTO POVRŠINA CIJELOG OBJEKTA

GARAŽA- UKUPNO 2553 m²

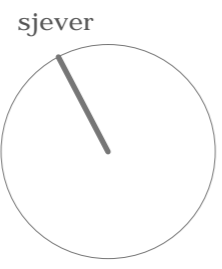
UNUTARNJI PROSTORI: 9154 m²

VANJSKI PROSTORI: 3816 m²

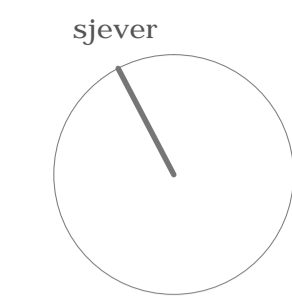
VANJSKI PROSTORI

*4.1. vanjska terasa 540 m²

SITUACIJA MJ 1:500



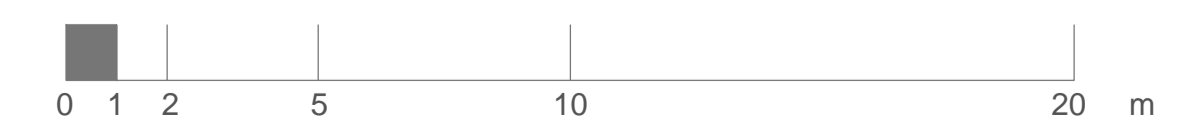
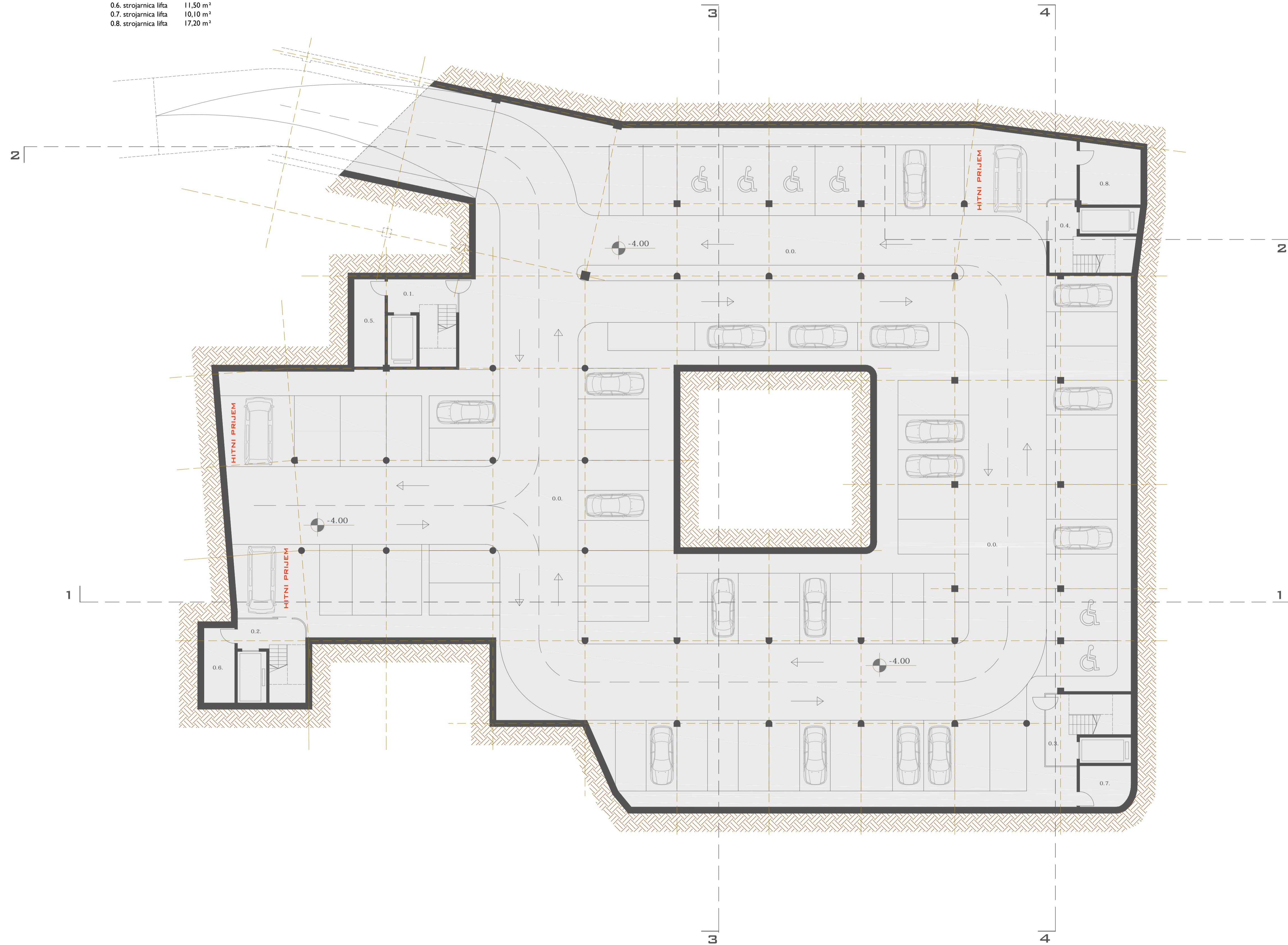
TLOCRT ETAŽE -1 (GARAŽA) MJ 1:200



ISKAZ OSTVARENIH PROGRAMSKIH VELIČINA:

Garaža (66 PM+ 3 PM za hitnu pomoć)

0.0. garaža	2385 m ²
0.1. vert. trakt	29,7 m ²
0.2. vert. trakt	27,4 m ²
0.3. vert. trakt	28,1 m ²
0.4. vert. trakt	28,3 m ²
0.5. strojarnica lifta	13,33 m ²
0.6. strojarnica lifta	11,50 m ²
0.7. strojarnica lifta	10,10 m ²
0.8. strojarnica lifta	17,20 m ²



TLOCRT PRIZEMLJA MJ 1:200

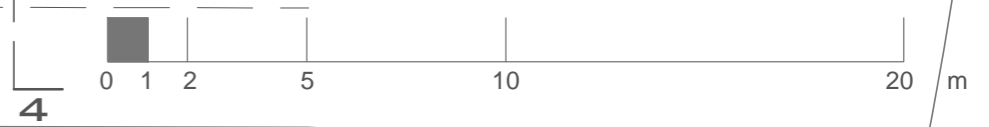
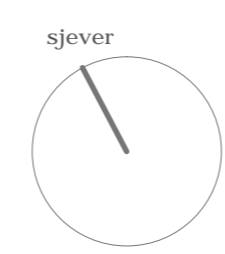
ISKAZ OSTVARENH PROGRAMSKIH VELIČINA:

1. Horizontalne komunikacije (bez odjela za stres i somatoforne poremećaje):	
1.1. vjeroban	19,34 m ²
1.2. ulazni hall (sa trafikom i art shopom)	373,08 m ²
1.3. ostali koridori	355,18 m ²
2. Utilitarni prostori, prostori osoblja, uredi (bez odjela)	
2.1. prijem robe	14,82 m ²
2.2. hladnjača	8,67 m ²
2.3. skladište hrane	10,57 m ²
2.4. kuhinja	81,20 m ²
2.5. praoonica rublja	18,36 m ²
2.6. garderoba (m)	20,83 m ²
2.7. wc (m)	6,80 m ²
2.8. wc (ž)	9,00 m ²
2.9. garderoba (ž)	26,80 m ²
2.10. čajna kuhinja	17,65 m ²
2.11. info pult	24,46 m ²
2.12. garderoba (za vanjske korisnike)	9,54 m ²
2.13. spremište	16,53 m ²
2.14. wc (m)	22,00 m ²
2.15. wc (ž)	22,00 m ²
2.16. wc za invalida	2,40 m ²
2.17. psiholog	13,53 m ²
2.18. 2 socijalna radnika	13,46 m ²
2.19. 2 radna terapeuta	11,31 m ²
2.20. wc (ž)	3,80 m ²
2.21. wc (m)	3,80 m ²
2.22. tajništvo/ručuprovodstvo	18,86 m ²
2.23. tajnica ravnanja	8,92 m ²
2.24. ravnatelj	10,44 m ²
2.25. soba za sastanke	20,64 m ²
2.26. defektolog	15,72 m ²
2.27. ljekarna	14,12 m ²
2.28. garderoba (ž)	18,50 m ²
2.29. wc (ž)	7,20 m ²
2.30. wc (m)	7,20 m ²
2.31. garderoba (m)	8,50 m ²
2.32. radna soba	10,92 m ²
2.33. IT tehnika	9,53 m ²
2.34. prostor s klimatizacijskim uređajima	22,17 m ²
2.35. spremište pvn dvorane	47,39 m ²

3. Restoran 'a la cart' & cafe bar		160,04 m ²
4. Multimedijalna dvorana (150 sjedećih mjesta)		214,50 m ²
5. Muzej psihijatrije		137,30 m ²
6. Kapelica		67,00 m ²
7. Biblioteka		74,56 m ²
8. Fitness & joga (disco klub)		47,53 m ²
9. Teretana		65,89 m ²
10. Sportska dvorana (cage ball)		280,65 m ²
11. Odjel za poremećaje vezane za stres i somatoforne poremećaje		
11.1. horizontalne komunikacije (koridori) (uključen i volonterski klub)		183,50 m ²
11.2. radionice		87,57 m ²
11.3. fleksibilni prostor za grupe psihoterapije		28,23 m ²
11.4. fleksibilni prostor za grupe psihoterapije		28,50 m ²
11.5. spremište		6,46 m ²
11.6. ured socijalnog radnika		18,57 m ²
11.7. ured za 2 radna terapeuta		12,20 m ²
11.8. ordinacije psihijatra		12,20 m ² x 5= 61 m ²
11.9. dnevni boravak i šćenika		21,54 m ²
11.10. dnevni boravak- odvojak za pušače		8,76 m ²
11.11. wc+ supunonica za invalida		6,20 m ²
11.12. wc (ž)		1,74 m ²
11.13. wc (m)		1,74 m ²
11.14. smještajna jedinica		14,46 m ²
(a) spavonica		3,40 m ²
(b) kupaoonica		3,40 m ²
=17,86 m ² x 14= 250,04 m ²		
11.15. prostor za sestru (pult, mini ambulana, čajna kuhinja)		24,72 m ²
11.16. soba za odvajanje (s wc-om)		8,86 m ²

VANJSKI PROSTORI

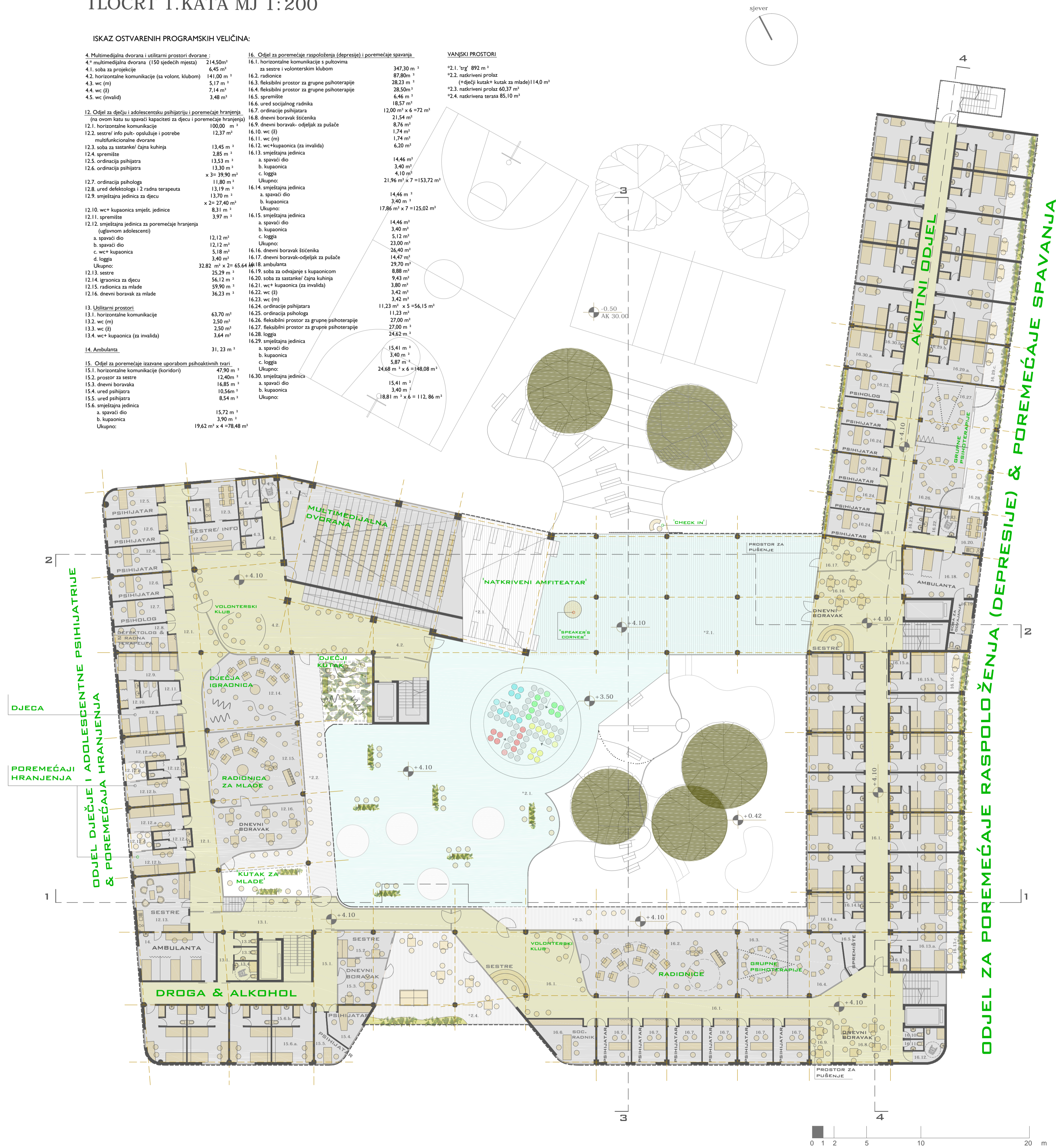
- *1.1. natkriveni prolaz 410 m²
- *1.2. natkriveni prolaz 49,5 m²
- *1.3. unutarnje dvorište 414 m²



TLOCRT 1.KATA MJ 1:200

ISKAZ OSTVARENIH PROGRAMSKIH VELIČINA:

4. Multimedijalna dvorana i utilitarni prostori dvorane:	16. Odjel za poremećaje raspoloženja (depresije) i poremećaje spavanja:	VANJSKI PROSTORI:
4* multimedijalna dvorana (150 sjedećih mjesta)	16.1. horizontalne komunikacije s putovima	*2.1. trg 892 m ²
4.1. soba za projekcije	16.2. radionice	*2.2. natkriveni prolaz (+dječji kutak+ kutak za mlade) 140 m ²
4.2. horizontalne komunikacije (sa volonter klubom)	16.3. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	*2.3. natkriveni prolaz 60.37 m ²
4.3. wc (m)	16.4. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	*2.4. natkrivena terasa 85.10 m ²
4.4. wc (ž)	16.5. spremište	
4.5. wc (invalid)	16.6. ured socijalnog radnika	
12. Odjel za dječju i adolescentsku psihijatriju i poremećaje hranjenja (na ovom katu su spavali kapaciteti za djecu i poremećaje hranjenja)	16.7. ordinacija psihijatra	
12.1. horizontalne komunikacije	16.8. dnevni boravak štćenika	
12.2. sestri info-pult-oglašivanje i potrebe multifunkcionalne dvorane	16.9. dnevni boravak- odjeljak za pušače	
12.3. soba za sastanke/ čajna kuhinja	16.10. wc (ž)	
12.4. spremište	16.11. wc (m)	
12.5. ordinacija psihijatra	16.12. wc+kupaonica (za invalida)	
12.6. ordinacija psihijatra	16.13. smještajna jedinica	
12.7. ordinacija psihologa	a. spavali dio	
12.8. ured defektologa i 2 radna terapeuta	b. kupaonica	
12.9. smještajna jedinica za djecu	c. loggia	
12.10. wc+ kupaonica smješt. jedinice	Ukupno:	
12.11. spremište	16.14. smještajna jedinica	
12.12. smještajna jedinica za poremećaje hranjenja (uglavnom adolescenti)	a. spavali dio	
a. spavali dio	b. kupaonica	
b. spavali dio	c. loggia	
c. wc+ kupaonica	Ukupno:	
d. loggia	16.15. smještajna jedinica	
Ukupno:	a. spavali dio	
12.13. sestre	b. kupaonica	
12.14. radionica za djecu	c. loggia	
12.15. radionica za mlade	Ukupno:	
12.16. dnevni boravak za mlade	16.16. dnevni boravak štćenika	
13. Utilitarni prostori	16.17. dnevni boravak-odjeljak za pušače	
13.1. horizontalne komunikacije	16.18. ambulantna	
13.2. wc (m)	16.19. soba za odvajanje s kupaonicom	
13.3. wc (ž)	16.20. soba za sastanke/ čajna kuhinja	
13.4. wc+ kupaonica (za invalida)	16.21. wc+ kupaonica (za invalida)	
14. Ambulantna	16.22. wc (ž)	
15. Odjel za poremećaje izazvane uporabom psihotropnih tvari	16.23. wc (m)	
15.1. horizontalne komunikacije (koridor)	16.24. ordinacije psihijatra	
15.2. prostor za sestre	16.25. ordinacija psihologa	
15.3. dnevni boravak	16.26. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	
15.4. ured psihijatra	16.27. fleksibilni prostor za grupne psihoterapije	
15.5. ured psihijatra	16.28. loggia	
15.6. smještajna jedinica	16.29. smještajna jedinica	
a. spavali dio	a. spavali dio	
b. kupaonica	b. kupaonica	
Ukupno:	c. loggia	
	Ukupno:	
	16.30. smještajna jedinica	
	a. spavali dio	
	b. kupaonica	
	Ukupno:	



TLOCRT 2.KATA MJ 1:200

ISKAZ OSTVARENH PROGRAMSKIH VELIČINA:

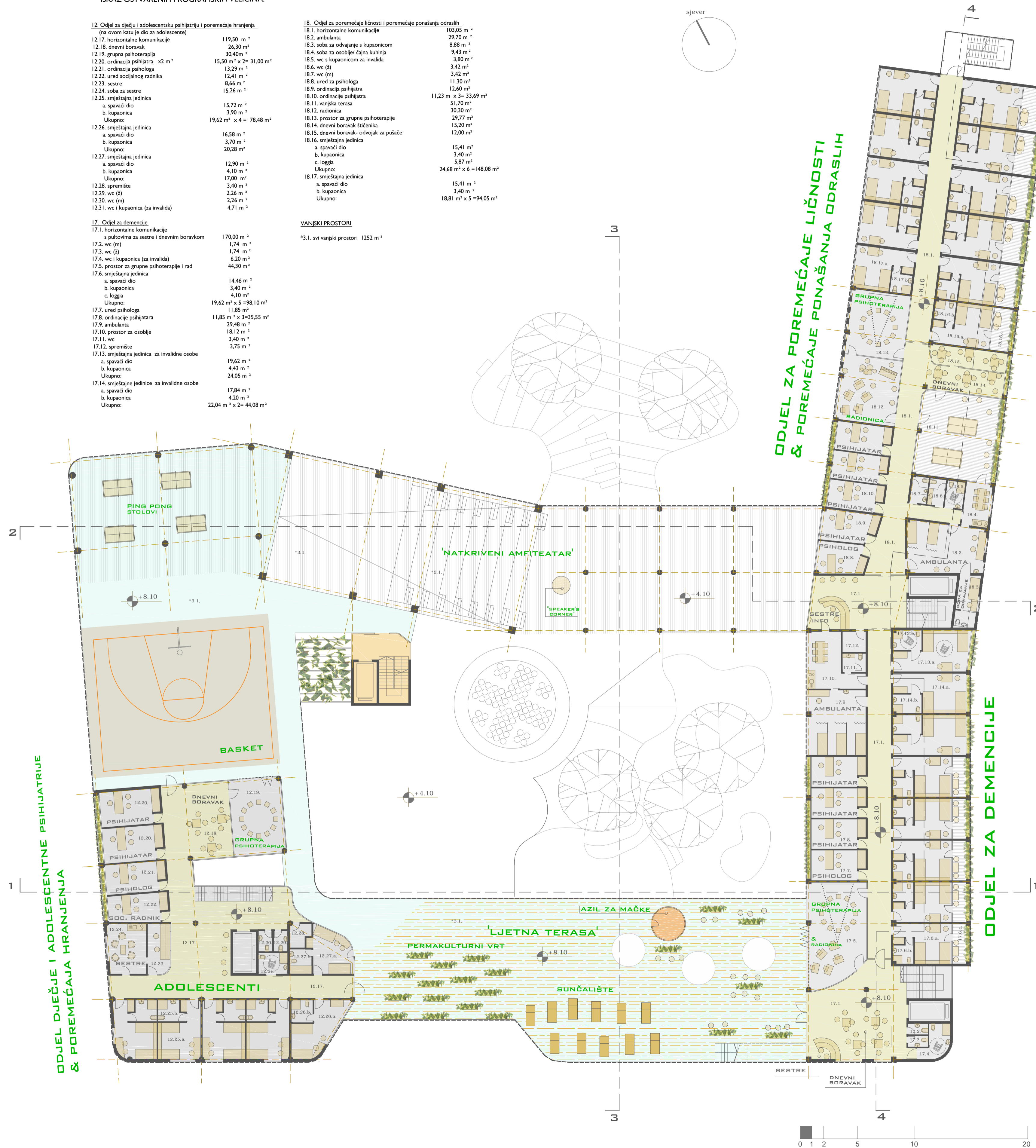
12. Odjel za dječju i adolescentsku psihijatriju i poremećaje hranjenja (na ovom katu je dio za adolescente)	
12.17. horizontalne komunikacije	119,50 m ²
12.18. dnevni boravak	26,30 m ²
12.19. grupna psihoterapija	30,40 m ²
12.20. ordinacija psihijatra x2 m ²	15,50 m ² x 2 = 31,00 m ²
12.21. ordinacija psihologa	13,29 m ²
12.22. ured socijalnog radnika	12,41 m ²
12.23. sestre	8,66 m ²
12.24. soba za sestre	15,26 m ²
12.25. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,72 m ²
b. kupaoonica	3,90 m ²
Ukupno:	19,62 m ² x 4 = 78,48 m ²
12.26. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	16,58 m ²
b. kupaoonica	3,70 m ²
Ukupno:	20,28 m ²
12.27. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	12,90 m ²
b. kupaoonica	4,10 m ²
Ukupno:	17,00 m ²
12.28. spremište	3,40 m ²
12.29. wc (f)	2,26 m ²
12.30. wc (m)	2,26 m ²
12.31. wc i kupaoonica (za invalida)	4,71 m ²

17. Odjel za demencije	
17.1. horizontalne komunikacije s pučovima za sestre i dnevnim boravkom	170,00 m ²
17.2. wc (m)	1,74 m ²
17.3. wc (f)	1,74 m ²
17.4. wc i kupaoonica (za invalida)	6,20 m ²
17.5. prostor za grupne psihoterapije i rad	44,30 m ²
17.6. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	14,46 m ²
b. kupaoonica	3,40 m ²
c. loggia	4,10 m ²
Ukupno:	19,62 m ² x 5 = 98,10 m ²
17.7. ured psihologa	11,85 m ²
17.8. ordinacija psihijatra	11,85 m ² x 3 = 35,55 m ²
17.9. ambulanta	29,48 m ²
17.10. prostor za osoblje	18,12 m ²
17.11. wc	3,40 m ²
17.12. spremište	3,75 m ²
17.13. smještajna jedinica za invalidne osobe	
a. spavaći dio	19,62 m ²
b. kupaoonica	4,43 m ²
Ukupno:	24,05 m ²
17.14. smještajna jedinice za invalidne osobe	
a. spavaći dio	17,84 m ²
b. kupaoonica	4,20 m ²
Ukupno:	22,04 m ² x 2 = 44,08 m ²

18. Odjel za poremećaje ličnosti i poremećaje ponašanja odraslih	
18.1. horizontalne komunikacije	103,05 m ²
18.2. ambulanta	29,70 m ²
18.3. soba za odvojanje s kupaoicom	8,88 m ²
18.4. soba za osoblje/ čajna kuhinja	9,43 m ²
18.5. wc s kupaoicom za invalida	3,80 m ²
18.6. wc (f)	3,42 m ²
18.7. wc (m)	3,42 m ²
18.8. ured za psihologa	11,30 m ²
18.9. ordinacija psihijatra	12,60 m ²
18.10. ordinacije psihijatra	11,23 m ² x 3 = 33,69 m ²
18.11. vanjska terasa	51,70 m ²
18.12. radionica	30,30 m ²
18.13. prostor za grupne psihoterapije	29,77 m ²
18.14. dnevni boravak- odvojak za pučaje	15,20 m ²
18.15. dnevni boravak- odvojak za pučaje	12,00 m ²
18.16. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,41 m ²
b. kupaoonica	3,40 m ²
c. loggia	5,87 m ²
Ukupno:	24,68 m ² x 6 = 148,08 m ²
18.17. smještajna jedinica	
a. spavaći dio	15,41 m ²
b. kupaoonica	3,40 m ²
Ukupno:	18,81 m ² x 5 = 94,05 m ²

VANJSKI PROSTORI

*3.1. svi vanjski prostori 1252 m²



TLOCRT 3.KATA MJ 1:200

ISKAZ OSTVARENH PROGRAMSKIH VELIČINA:

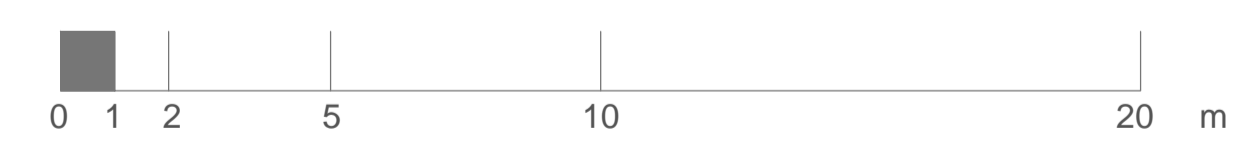
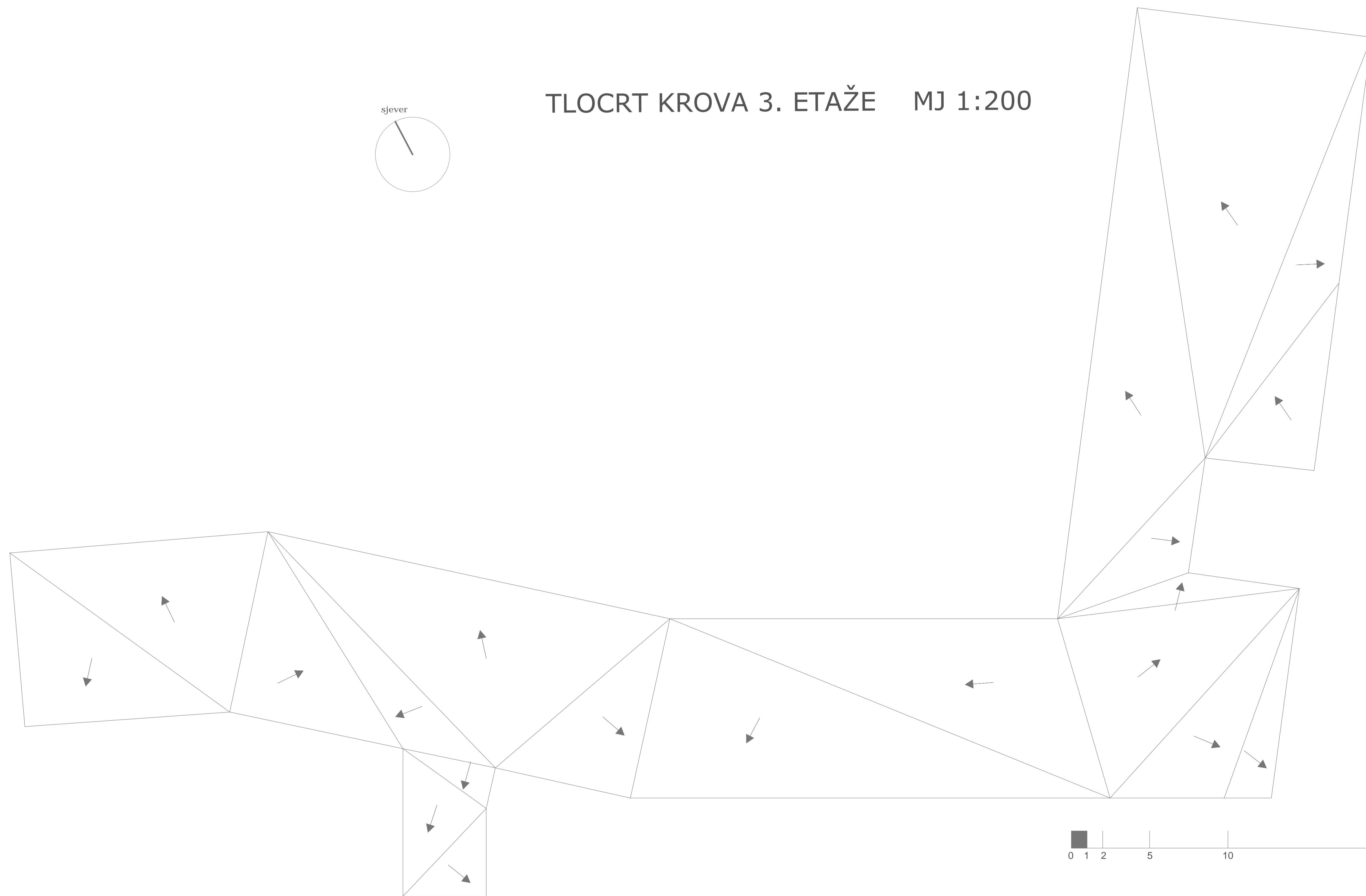
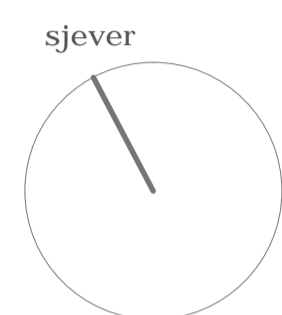
19. Odjel za shizofrenije i slične poremećaje			
19.1. horizontalne komunikacije s putovima za sestre i dnevnim boravkom	346,80 m ²	19.14. ordinacija psihijatra	14,70 m ²
19.2. smještajna jedinica za dvije osobe		19.15. uredi defektologa, radnog terapeuta, psihologa i psihijatra	10,80 m ² x 4 = 43,20 m ²
a. spavaći dio	17,10 m ²	19.16. ordinacija psihijatra	12,85 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²	19.17. ordinacija psihijatra	12,70 m ²
Ukupno	20,50 m ²	19.18. wc i kupaonica za invalida	4,34 m ²
19.3. smještajna jedinica za dvije osobe		19.19. wc (m)	4,90 m ²
a. spavaći dio	17,70 m ²	19.20. wc (ž)	5,50 m ²
b. kupaonica	3,40 m ²	19.21. spremište	9,50 m ²
Ukupno	21,10 m ²	19.22. fleksibilni prostor za psihoterapije	24,45 m ²
19.4. smještajna jedinica za dvije osobe		19.23. fleksibilni prostor za psihoterapije	21,20 m ²
a. spavaći dio	15,30 m ²	19.24. radionice	58,00 m ²
b. kupaonica	3,10 m ²	19.25. dnevni boravak- odvojak za pušače	20,70 m ²
Ukupno	18,40 m ²	19.26. ambulanta	36,71 m ²
19.5. smještajne jedinice za dvije osobe		19.27. soba za odvijanje s kupaonicom	8,88 m ²
a. spavaći dio	14,25 m ²	19.28. prostor za osoblje	11,12 m ²
b. kupaonica	3,10 m ²	19.29. ordinacije psihijatra	17,20 m ² x 4 = 68,80 m ²
Ukupno	17,35 m ² x 3 = 52,05 m ²	19.30. smještajne jedinice za dvije osobe	
19.6. smještajne jedinice za jednu osobu		a. spavaći dio	15,41 m ²
a. spavaći dio	12,50 m ²	b. kupaonica	3,40 m ²
b. kupaonica	3,20 m ²	Ukupno	18,81 m ² x 6 = 112,86 m ²
Ukupno	15,70 m ² x 4 = 62,80 m ²	19.31. smještajne jedinice za dvije osobe	
19.7. wc i kupaonica za invalida	7,20 m ²	a. spavaći dio	15,41 m ²
19.8. smještajne jedinice za jednu osobu		b. kupaonica	3,40 m ²
a. spavaći dio	11,50 m ²	c. loggia	5,87 m ²
b. kupaonica	3,20 m ²	Ukupno	24,68 m ² x 7 = 172,76 m ²
Ukupno	14,70 m ² x 2 = 29,40 m ²		
19.9. wc (m)	4,71 m ²		
19.10. wc (ž)	4,50 m ²		
19.11. prostor za osoblje	11,55 m ²		
19.12. dnevni boravak- štocienika (pušači)	32,00 m ²		
19.13. smještajne jedinice za dvije osobe			
a. spavaći dio	17,30 m ²		
b. kupaonica	3,40 m ²		
Ukupno	20,70 m ² x 2 = 41,40 m ²		

VANJSKI PROSTORI

*4.1. vanjska terasa 540 m²



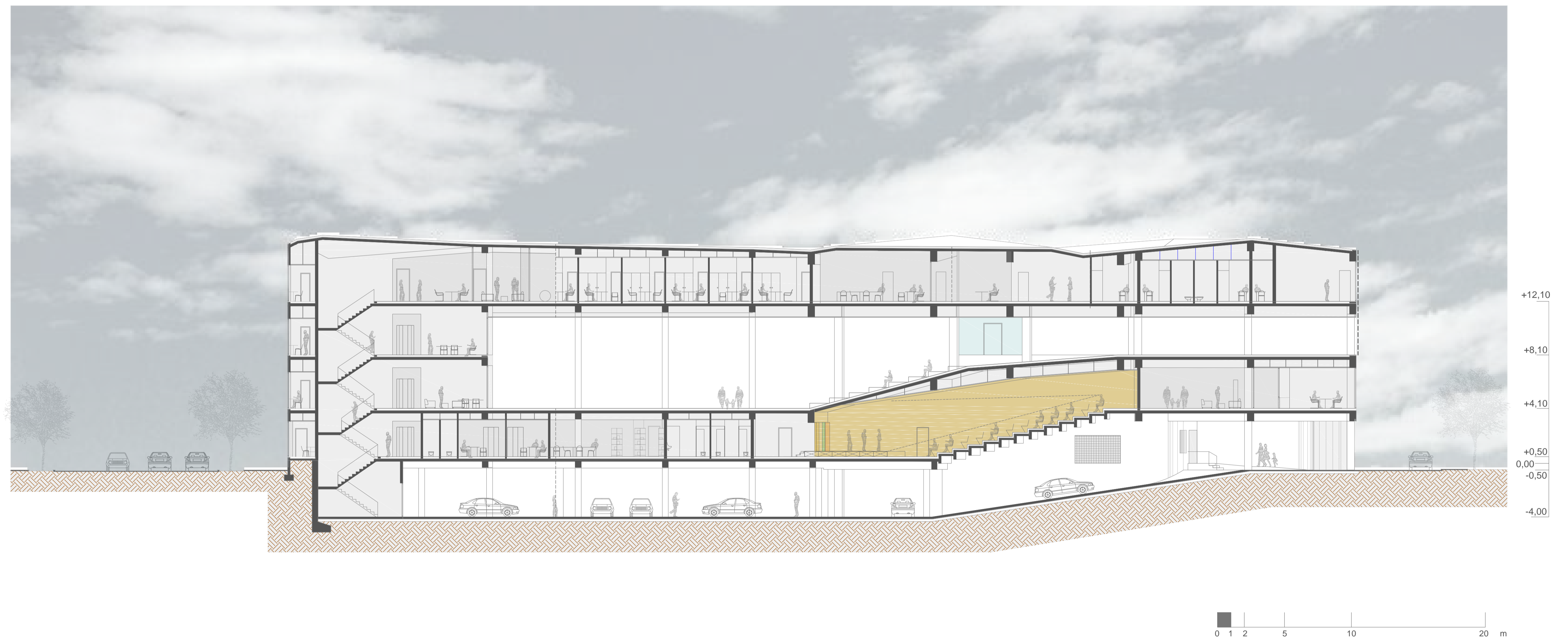
TLOCRT KROVA 3. ETAŽE MJ 1:200



PRESJEK 1-1 MJ 1:200



PRESJEK 2-2 MJ 1:200



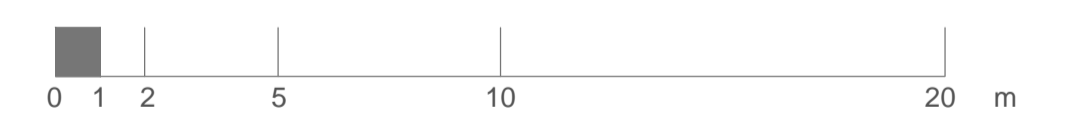
PRESJEK 3-3 MJ 1:200



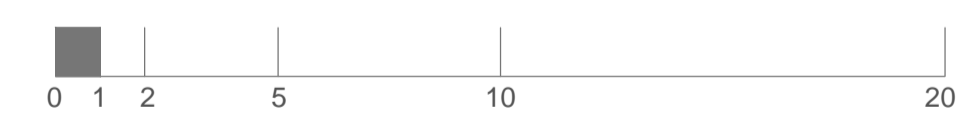
PRESJEK 4-4 MJ 1:200



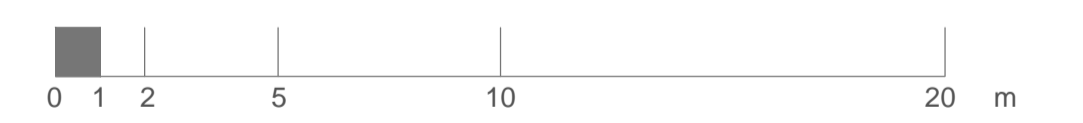
PROČELJE JUG MJ 1:200



PROČELJE ISTOK MJ 1:200



PROČELJE SJEVER MJ 1:200



PROČELJE ZAPAD MJ 1:200





