

ZAGROŻENIE BEZDOMNOŚCIĄ, WYKLUCZENIE MIESZKANIOWE, BEZDOMNOŚĆ CHRONICZNA - SZUKAMY MIANOWNIKÓW WSPÓLNYCH CZY RÓŻNYCH ROZWIĄZAŃ?

VI SEMINARIUM INTERESARIUSZY BEZDOMNOŚCI W PRUSZKOWIE, KWIECIEŃ 2015



NAJPIERW MIESZKANIE RZECZNICTWO OPARTE O DOWODY

1



SPIS TREŚCI

O AUTORACH -----	3
WSTĘP -----	4
DZIAŁANIE NA RZECZ OSÓB ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ ORAZ DOŚWIADCZAJĄCYCH WYKLUCZENIA MIESZKANIOWEGO -----	5
POMOC OSOBOM W SYTUACJI BEZDOMNOŚCI Z PERSPEKTYW MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W PRUSZKOWIE -----	6
PROBLEM BEZDOMNOŚCI Z PERSPEKTYWY DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ MAZOWIECKIEGO SPECJALISTYCZNEGO CENTRUM ZDROWIA W TWORKACH -----	8
PROBLEM BEZDOMNOŚCI W GRUPIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD RÓŻNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH -----	12
SKUTECZNE, EFEKTYWNE WSPIERANIE OSÓB W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI ORAZ ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ -----	15
BIBLIOGRAFIA -----	18

O AUTORACH

Andrzej Królikowski: zastępca Prezydenta Miasta Pruszków

Urszula Kępka: pracownik socjalny, socjolog ze specjalizacją polityka społeczna. Absolwentka Medycznego Studium Pracowników Socjalnych w Warszawie oraz UW ISNS. W pomocy społecznej pracuje od 1981r. Kierownik działu pomocy społecznej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Pruszkowie.

Anna Mosiołek: specjalista psychiatra, specjalista terapii środowiskowej, psychoterapeuta psychodynamiczny (Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego), doktorat z zakresu tematyki funkcji poznawczych. W latach 2004 - 2007 wykładowca Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie oraz Uniwersytetu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Od 2007 roku prowadzi wykłady oraz szkolenia z zakresu psychiatrii, psychologii oraz komunikacji. Uczestnik czynny konferencji i zjazdów naukowych zarówno polskich jak i międzynarodowych. Autorka i współautorka ponad 70 publikacji naukowych z zakresu psychiatrii, współautorka książki "Arteterapia" Lekarz Naczelny MSCZ im. Prof. J. Mazurkiewicza w Tworkach, adiunkt Kliniki Psychiatrii WUM współbadacz w 10 międzynarodowych badaniach psychofarmakologicznych: drugiej, trzeciej i czwartej fazy, współbadacz w projekcie WHO –EUFEST (Europejskie Badanie Pierwszego Epizodu Schizofrenii) oraz w badaniu oceniającym skuteczność terapii zaburzeń afektywnych przy pomocy czynnościowego rezonansu magnetycznego

Bernarda Kejres: Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Pruszkowie Certyfikowany Specjalista Psychoterapii Uzależnień, w trakcie programu certyfikacji psychoterapeuty Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Adriana Porowska: z wykształcenia pracownik socjalny, Dyrektor Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej. Koordynatorka merytorycznych programów: streetworkingu, mieszkań treningowych, schroniska dla osób w kryzysie bezdomności. W zawodzie od 10 lat. Jej profesjonalizm i zaangażowanie w wykonywaną pracę zostały wielokrotnie zauważone przez instytucje publiczne min. Rzecznika Praw Obywatelskich (jest członkiem Rady Społecznej RPO) i Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Wyróżnienie „Dobra praktyka aktywnych form pomocy” 2011). Od wielu lat pełni funkcje w Prezydium Warszawskiej Rady Opiekuńczej – Komisji Dialogu Społecznego ds. Bezdomności (Wiceprzewodnicząca w latach 2011, 2014, Przewodnicząca 2011, 2012, 2013, 2015).

WSTĘP

Niniejsza krótka elektroniczna publikacja zawiera opracowania prezentacji, których osobiście wysłuchali uczestnicy w Seminarium Interesariuszy Bezdomności w Pruszkowie pt. **„Zagrożenie bezdomnością, wykluczenie mieszkaniowe, bezdomność chroniczna – szukamy mianowników wspólnych, czy różnych rozwiązań”**, które odbyło się 25 kwietnia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Pruszkowie. Było to szóste seminarium nieformalnej sieci Mazowieckich Interesariuszy Bezdomności (społeczność Facebook: Mazowieccy Interesariusze Bezdomności).

Ideą seminariów jest dzielenie się wiedzą o ciekawych i sprawdzonych pomysłach wspierania ludzi doświadczających bezdomności w grupie osób, które w swoich rękach posiadają część klucza do rozwiązania problemu – interesariuszy. Należą do nich mieszkańcy, ludzie bezdomni, przedstawiciele samorządu lokalnego, organizacji pozarządowych, pracownicy socjalni, pracownicy służby zdrowia, administratorzy i zarządcy lokali, strażnicy miejscy, komornicy. Pomysły są prezentowane przez doświadczonych prelegentów zarówno praktyków jak i ekspertów opowiadających o swojej codziennej pracy, osiągnięciach oraz wyzwaniach i barierach. Wiedza jest punktem wyjścia i inspiracją do dyskusji nad nowymi rozwiązaniami skrojonymi na miarę lokalnej społeczności. Pomysł seminariów powstał w „Programie Rzecznictwa: wiedza, współpraca, przejrzystość”, który prowadziłam w latach 2012-2014 w KMPS.

VI Seminarium zostało zorganizowane przez Kamiliańską Misję Pomocy Społecznej przy współpracy z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Pruszkowie w ramach projektu **„Najpierw Mieszkanie – rzecznictwo oparte na dowodach” finansowanego z funduszy EOG w programie „Obywatele dla Demokracji”** realizowanego przez lidera Fundację Ius Medicinæ oraz partnerów Kamiliańską Misję Pomocy Społecznej i Armię Zbawienia w Islandii. Celem projektu jest zgromadzenie argumentów na rzecz wprowadzenia w Polsce efektywnych kosztowo i skutecznych programów przełamywania bezdomności.

Zapraszam do śledzenia wydarzeń i publikacji projektu.

Julia Wygnańska

„Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte o dowody”

Bezdomność w Pruszkowie w liczbach 2014r.:

- 13 osób bezdomnych objętych pomocą w placówkach dla bezdomnych
- 3 świadczenia udzielone w formie schronienia
- 51602 PLN roczny koszt udzielania świadczeń
- 1 osoba objęta streetworkingiem
- 117 osób oczekujących na lokal komunalny, (socjalnych nie ma w Pruszkowie)
- 18 osób z wyrokiem eksmisyjnym bez prawa do lokalu socjalnego
- 74 osób z wyrokiem eksmisyjnym z prawem do lokalu socjalnego

DZIAŁANIE NA RZECZ OSÓB ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ ORAZ DOŚWIADCZAJĄCYCH WYKLUCZENIA MIESZKANIOWEGO

Andrzej Królikowski, Zastępca Prezydenta Miasta Pruszkowa

Szanowni Państwo, bardzo dziękuję za przyjęcie zaproszenia do udziału w dzisiejszej konferencji i za tak liczny udział. Bardzo miło gościć wszystkich Państwa z różnych miejscowości i gmin Mazowsza w mieście Pruszkowie. Myślę, że problem który dziś będziemy omawiali jest bardzo ważny. Wszyscy mamy takie samo poczucie, że zagrożenie bezdomnością to chyba jedna z największych spraw społecznych, z jaką przychodzi nam się mierzyć.

Chciałbym się krótko odnieść do sytuacji Pruszkowa i powiedzieć dwa słowa, jak my czujemy ten problem, jak się z tym problemem zmagamy. Otóż wychodzimy z założenia, że bezdomności należy zapobiegać. Reagowanie na zjawiska, które już zaistniały, jest bardzo trudne i wymaga to bardzo dużo wysiłku, a efekt tych działań bywa często niepewny i niedobry. Staramy się po pierwsze, tak realizować politykę gospodarowania zasobami mieszkaniowymi miasta Pruszkowa, aby nie doprowadzać do eksmisji, na tzw. bruk. Staramy się zawsze tak rozwiązywać problemy, chociaż nie zawsze jest to możliwe, by nie doprowadzać do sytuacji skrajnych, w których ktoś pozostaje bez wyjścia z powodu różnych niekorzystnych życiowych wydarzeń. Próbuje zawsze poznać problem, rozmawiać z tymi, których on dotyczy, negocjować wyjście z tej trudnej sytuacji. Działania te realizuje przede wszystkim zarządca gminnych zasobów mieszkaniowych - TBS Zieleń Miejska, który ma wypracowany system, jak i Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, który współpracuje z TBS ale też prowadzi własne działania. Dla wielu ludzi jest to szansą wyjścia z niekorzystnego stanu zagrażającego funkcjonowaniu w środowisku. W zakresie polityki mieszkaniowej Pruszków w swych rozwiązaniach przyjmuje pewne priorytety, które mają również na uwadze osoby niewydolne finansowo. Dlatego też w naszym mieście staramy się nie budować zespołów lokali socjalnych by nie tworzyć enklaw bezdomności, które często są kontenerowcami czy innymi

nieprzystosowanymi budynkami mieszkalnymi. Powoduje to spiralę niedobrych zjawisk. Nie mamy na celu skupiać ludzi, którzy są zagrożeni bezdomnością i są niewydolni społecznie. Chcemy aby mieszkali w normalnych budynkach, tak, aby mieli dobry przykład i znaleźli się wśród społeczności lokalnej, biorąc z niej przykład i starając się poprawić swój byt, czy swój los. Procedury, które stosujemy to, choćby ostatnio przyjęte zasady przydziału lokali komunalnych na terenie miasta Pruszkowa. W dokumencie tym również określono zasady dla tych osób, których nie stać na opłacanie czynszu- propozycja ulgi w czynszu. Szukamy różnych możliwości: zarówno przez mediacje, jak i przez finansowe wsparcie. Ważne jest, aby działać prewencyjnie, zapobiegać. Myślę że podstawą jest dobra współpraca wszystkich instytucji, które są powołane do tego, aby wspierać w różnych obszarach społecznych, i to rzeczywiście przynosi nienajgorszy efekt. Po za tym działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej i różnych innych instytucji - Straży Miejskiej i Policji, pozwala przeprowadzić dobrą diagnozę i dobre rozeznanie środowiska. Bardzo często wystarczy zwykła rozmowa czy po prostu zainteresowanie się losem, człowieka, aby można byłoby mu pomóc. Na początku ta pomoc nie musi być ani kosztowna, ani wymagająca wiele wysiłku organizacyjnego, dlatego też będziemy kontynuować te wszystkie działania. Sądzimy że stan dzisiejszy, jaki mamy na terenie Miasta można by określić, że to jest taka pełna kontrola, czy pełna wiedza o tym jakie są tutaj zagrożenia i jakie przypadki, które się zdarzają - mówię o bezdomności. Są to przypadki rzeczywiście incydentalne i to świadczy o tym, że ten nasz system dobrze funkcjonuje. Bardzo chętnie również poznam to, co Państwo u siebie robicie, bo nigdy nie jest tak, że jakaś miejscowość czy jakieś organizacje mają patent na rozwiązanie tych bolesnych przecież problemów, ale myślę że właśnie takie dobre czuwanie nad tym i działania nakierowane na diagnozę i rozeznanie środowisk, bardzo pomaga.

POMOC OSOBOM W SYTUACJI BEZDOMNOŚCI Z PERSPEKTYW MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W PRUSZKOWIE

*Urszula Kępka, kierownik działu pomocy społecznej
w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Pruszkowie.*

Bezdomność to bardzo złożony problem społeczny, z którym mierzy się także miasto Pruszków. Przedstawiając ten problem zaprezentujemy jego wymiar z punktu widzenia pomocy społecznej – wyzwania jakie stawia przed nami zjawisko bezdomności, jego skalę w ujęciu statystycznym, możliwości pomocy osobom bezdomnym jak również możliwości działań profilaktycznych, bo to że nie uda się całkowicie tego zjawiska usunąć z życia społeczności na dzień dzisiejszy nie ulega wątpliwości. Przedstawiając w naszej prezentacji problem bezdomności zaczniemy od bardzo krótkiej charakterystyki naszego miasta.

Szukając informacji o Pruszkowie na ogół znajdujemy, że PRUSZKÓW jest miastem położonym w południowo-zachodniej części aglomeracji warszawskiej, w województwie mazowieckim. Miasto jest ośrodkiem przemysłowo-usługowym oraz mieszkaniowym. Ma dobrą komunikację i to zarówno szynową – linia SKM (S1), Kolej Mazowiecka, Warszawska Kolej Dojazdowa jak i komunikacją drogową - droga wojewódzka na Ożarów Mazowiecki, droga wojewódzka Warszawa – Pruszków – Żyrardów, linia nocna – Dworzec Centralny – Osiedle Staszica, linia PKP – Raszyn, linia PKS Grodzisk Mazowiecki – Pruszków – Warszawa, linie autobusowe miejskie w tym Pruszków – Piastów czy też Pruszków – Komorów.

Pruszków jest największym miastem powiatu pruszkowskiego. Jego powierzchnia to 19 km² (na dzień 31 grudnia 2013r). Z racji swego położenia, dobrej komunikacji z Warszawą, rozwoju budownictwa w mieście jak i najbliższych okolicach, miasto od szeregu lat przyciąga ludność napływową i określane było jako „sypialnia Warszawy”

Miasto podzielone jest na 12 dzielnic: dzielnica Bąki- zabudowa jednorodzinna, Żbików- zabudowa mieszana(jednorodzinna i wielorodzinna), Gąsin- zabudowa jednorodzinna, Malichy – zabudowa

jednorodzinna, Tworki - zabudowa jednorodzinna i wielorodzinna, Ostoja - zabudowa jednorodzinna, Wyględówek - zabudowa wielorodzinna, Śródmieście- zabudowa mieszana (jednorodzinna i wielorodzinna), Osiedle Parkowa zabudowa wielorodzinna, Bolesława Prusa - zabudowa wielorodzinna, Staszica część A - zabudowa wielorodzinna, Staszica część B - zabudowa wielorodzinna.

Wśród tych dzielnic można wskazać dzielnice, które aktualnie sprzyjają powstawaniu zjawiska bezdomności jak i te dzielnice które w niedługim czasie mogą generować zjawisko bezdomności.

To co obecnie sprzyja rozwojowi bezdomności to posesje opuszczone, zdewastowane – przede wszystkim Żbików, Tworki, Śródmieście – okolice ul. Obrońców Pokoju, część Osiedla Parkowa - opuszczone i zaniedbane posesje prywatne ale także okolice Stacji PKP i WKD - klatki schodowe pobliskich bloków.

To co będzie generować problem bezdomności to zabudowa wielorodzinna: problem zadłużeń czynszowych, niemożność wnoszenia opłat za wynajem mieszkania w przypadku ludności napływowej.

Miasto Pruszków wg danych ewidencji ludności : w 2012r liczyło 59025 mieszkańców, w 2013r liczyło 59570 mieszkańców, w 2014r liczyło 59570 mieszkańców. Zasób mieszkaniowy Gminy to: w 2012 - 1936 mieszkań komunalnych, w 2013 – 1953 mieszkań komunalnych, w 2014 – 1886 mieszkań komunalnych,

Spadek liczby mieszkań komunalnych związany jest z odzyskiwaniem przez byłych właścicieli budynków, zaliczeniem części budynków do rozbiórki. Gmina nie posiada mieszkań socjalnych co jest związane z przyjętą polityką mieszkaniową oraz polityką rozwoju miasta.

Mówiąc o zasobie mieszkaniowym miasta należy mieć na uwadze także lokale mieszkalne znajdujące się w gestii Pruszkowskiej Spółdzielni Mieszkaniowej – 11701 mieszkań; Towarzystwa Budownictwa Społecznego” Zieleń Miejska” - 4009 mieszkań oraz lokale mieszkalne znajdujące się w gestii Wspólnot Mieszkaniowych, których na terenie miasta jest 54. Liczba mieszkań sukcesywnie wzrasta gdyż na terenie miasta prowadzonych jest szereg inwestycji budowlanych.

Bezdomność można definiować i oceniać z wielu punktów widzenia. My przedstawiamy ten problem w ujęciu Ustawy o pomocy społecznej. Zgodnie z art.6 pkt 8 za osobę bezdomną uznaje się:

„osobę nie zamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i

mieszkaniowym zasobie gmin i niezameldowaną na pobyt stały w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu w którym nie ma możliwości zamieszkania.”

Problem bezdomności na terenie naszego miasta nie jest jeszcze problemem znaczącym, a przedstawiony zostaje w ujęciu danych MOPS w Pruszkowie z lat 2012, 2013, 2014.

W 2012r Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Pruszkowie obejmował pomocą 1508 osób. W tej grupie osób, pomocą z powodu bezdomności objętych było 6 osób.

Kwota przyznanej pomocy to 27 170zł i obejmowała: opłatę schronisk, zasiłki celowe, zasiłki stałe, pomoc rzeczowa -odzież, korzystanie z łaźni, pralni.

Osoby bezdomne to 4 mężczyzn i 2 kobiety, w wieku 45-60 lat, niezarejestrowani w PUP, z problemem alkoholowym oraz zaburzeń psychicznych. W jednym przypadku doszło do sprzedaży lokalu.

W okresie jesienno – zimowym Straż Miejska w stosunku do osób bezdomnych podejmowała 86 interwencji.

Działania Powiatowej Komendy Policji w odniesieniu do osób bezdomnych w tym okresie polegały na zapobieganiu zamarnięciu osób bezdomnych, wskazywaniu miejsc noclegowych, zapobieganiu wchodzenia w konflikt z prawem, przewożeniu osób nietrzeźwych na komisariat Policji

W 2013 osób korzystających ze wsparcia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pruszkowie było 1640. Wśród tej grupy było 11 osób którym pomoc przyznana była z powodu bezdomności. Kwota przyznanej pomocy to 25 606zł - opłata schronisk, zasiłki celowe, zasiłki stałe, pomoc w postaci gorącego posiłku, odzieży, łaźni, pralni.

Osoby bezdomne to 9 mężczyzn i 2 kobiety w wieku 45-60 lat, niezarejestrowani w PUP, z problemem alkoholowym, którzy opuścili miejsce stałego zameldowania - 10 osób , 1 osoba była zwolniona z zakładu karnego.

W okresie jesienno – zimowym Straż Miejska podjęła 76 interwencji w stosunku do osób bezdomnych.

Działania Powiatowej Komendy Policji podobnie jak w 2012r polegały na zapobieganiu zamarnięciu osób bezdomnych, wskazywaniu miejsc noclegowych, zapobieganiu wchodzenia w konflikt z prawem, przewożeniu osób nietrzeźwych na komisariat Policji.

W roku 2014 z pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pruszkowie skorzystało 1530 osób. Osób bezdomnych objętych pomocą było 13.

Kwota przyznanej pomocy to 51 602zł - opłata schronisk, zasiłki celowe, zasiłki stałe, pomoc w formie gorącego posiłku, odzieży, łaźni, pralni..

Osoby bezdomne to 10 mężczyzn oraz 3 kobiety, w wieku 35 oraz 45-65 lat, niezarejestrowani(poza jedną osobą) w PUP, z problemem alkoholowym, 1 osoba była zwolniona z zakładu karnego, w jednym przypadku doszło do utraty mieszkania w wyniku zaciągnięcia kredytu pod zastaw mieszkania.

W okresie jesienno – zimowym Straż Miejska jak i Powiatowa Komenda Policji podejmowały działania polegające na zapobieganiu pozostawania osób bezdomnych w miejscach stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia. Interwencji Straży Miejskiej w tym okresie było 79.

O podjętych działaniach informowany był Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

W 2014r jedna osoba wyszła z bezdomności – uzyskała lokal komunalny.

Jak widać z powyższych danych skala zjawiska bezdomności w mieście Pruszków jest mała. O małej skali tego zjawiska na terenie miasta świadczą nie tylko dane statystyczne naszego Ośrodka ale także praca streetworkerów Fundacji D.O.M. prowadzących w 2014r działania w ramach programu „Bramy Warszawy II” finansowanego przez Wojewodę Mazowieckiego oraz wyniki ogólnokrajowego badania bezdomności przeprowadzone w 2013r i wojewódzkie badanie bezdomności przeprowadzone w 2015r. W badaniach tych ujawniono grupę osób bezdomnych przebywających nie tylko w miejscach niemieszkalnych ale także w oddziałach szpitalnych zwłaszcza Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza. Wśród tych osób przeważały osoby nie związane z miastem Pruszków.

W latach 2012 - 2014 Ośrodek Pomocy Społecznej w zabezpieczeniu schronienia współpracował ze schroniskiem Monar Markot – Osada dla osób Bezdomnych i Najuboższych Woli Namysłowskiej, Monar Markot Warszawa ul. Kijowska, Monar Markot w Woli Mrokowskiej, schroniskiem PKPS oraz od 2014 roku ma podpisane porozumienie ze schroniskiem Archidiecezji Warszawskiej w Żabiej Woli. Doraźnie współpracował także ze schroniskami do których trafiały osoby bezdomne bez skierowania Miejskiego Ośrodka Pomocy

Społecznej – Katolicką Wspólnotę Chleb Życia – schronisko Betlejem w Warszawie i Przemienienia Pańskiego w Ożarowie Maz.

Mówiąc o przyczynach bezdomności na terenie miasta Pruszkowa w najbliższych latach należy zwrócić szczególną uwagę na dużą liczbę osób zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy jako długotrwale bezrobotnych, bez prawa do zasiłku. Osób takich w 2012r było 955, w 2014r – 1127, w 2014r – 1066. Zjawisko to przy wysokich kosztach utrzymania mieszkania w bardzo szybkim czasie doprowadzać może do powstawania zadłużeń czynszowych. Należy też brać pod uwagę liczbę sądowych wyroków eksmisji bez prawa do lokalu socjalnego, problemy związane z uzależnieniami (alkohol, narkotyki) oraz popadanie osób w „pułapki kredytowe”.

By ograniczyć rozmiary tych zagrożeń Ośrodek podejmuje szereg działań: szkolenie kadry pracowników socjalnych do świadczenia pomocy w tym także w zakresie pracy socjalnej, motywowaniu środowisk do korzystania z obywatelskiej pomocy jaką są dodatki mieszkaniowe, współpracuje z administratorami budynków celem wypracowania rozwiązań dających osobom/rodzinom mających zadłużenia czynszowe możliwość ich odpracowania – w tym zakresie zostało podpisane porozumienie pomiędzy Ośrodkiem Pomocy Społecznej a Towarzystwem Budownictwa Społecznego „Zieleń Miejska”.

Od kilku lat za zgodą władz miasta i przy współpracy administratorów budynków na koniec roku prowadzona jest pomoc w formie udzielania wsparcia finansowego na spłatę zadłużeń czynszowych i umarzania przez administratorów budynków odsetek.

Duże znaczenie w przeciwdziałaniu bezdomności pozytywne mają działania władz miasta w zakresie rozpatrywania wniosków o przydział mieszkania złożonych przez osoby bezdomne.

PROBLEM BEZDOMNOŚCI Z PERSPEKTYWY DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ MAZOWIECKIEGO SPECJALISTYCZNEGO CENTRUM ZDROWIA W TWORKACH

Anna Mosiołek Przewodnicząca Mazowieckiej Rady Zdrowia Psychicznego

Definicji bezdomności jest co najmniej kilka. Dla mnie jednak jest to stan pewnej dysfunkcjonalności w zakresie kompetencji społecznych. Ta dysfunkcjonalność może być pierwotna, spowodowana różnymi **czynnikami czy to genetycznymi czy też środowiskowymi, może też być wynikiem chorób, urazów czy uzależnień. W przypadku pierwszej możemy mieć do czynienia z niepełnosprawnością intelektualną**, chorobami ze spektrum całościowych zaburzeń rozwoju cechującymi się brakiem umiejętności społecznych czy takimi chorobami jak chociażby schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa. Z punktu widzenia zarówno medycyny, jak też zwyczajnego „ludzkiego”, nie ma znaczenia czy czynnik, który doprowadził do choroby i bezdomności był niezależny od osoby, która się z bezdomnością boryka, czy też dana osoba mogła w naszej ocenie przewidzieć możliwe konsekwencje swoich działań w tym możliwość bezdomności. Każdorazowo mamy do czynienia z osobą cierpiącą, która nie jest w stanie samodzielnie wyjść z kryzysu. Epidemiologicznie rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych (źródło: strona internetowa www.hcp.med.harvard.edu/ncs/) kształtuje się następująco: wielka depresja: całe życie 16,9%; ostatnie 12 m-cy 6,8%, uzależnienie od alkoholu: całe życie 13,2%; ostatnie 12m-cy 3,1%, uzależnienie od narkotyków: całe życie 8,0%; ostatnie 12m-cy 1,4%, zaburzenia afektywne dwubiegunowe : całe życie 4,4%; ostatnie 12m-cy 2,8%, fobia społeczna: całe życie 12,1% ; ostatnie 12m-cy 7,1%, co najmniej jedno zaburzenie: całe życie 57,4%; ostatnie 12m-cy 32,4%. W badaniu The National Comorbidity Study przeprowadzonym w latach 1990–1992 dobrano próbę reprezentatywną dla całego kraju, tj. 8098 osób w wieku od 15 do 54 lat, pochodzących z 48 amerykańskich stanów wykazano, że aż 48% populacji USA doświadcza w ciągu całego życia przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego. Warto

podkreślić, że 29% osób, z którymi przeprowadzono wywiady, borykało się z objawami psychicznymi. Wyniki ECA (Epidemiologic Catchment Area ECA - objęło ono 18 000 losowo wybranych dorosłych mieszkańców 5 okręgów Stanów Zjednoczonych) wskazały, iż u ponad 54% respondentów występowały co najmniej 2 zaburzenia psychiczne w ciągu trwania życia. Podobnie w badaniu NCS, ponad 56% respondentów miało 2 lub więcej rozpoznań psychiatrycznych w ciągu trwania życia. W latach 2001–2003, w ramach międzynarodowego projektu badawczego koordynowanego przez WHO, przeprowadzono replikację The National Comorbidity Survey, która objęła łącznie 9282 respondentów. Stwierdzono, że 57,4% ankietowanych doświadczyło kiedyś zaburzeń tego rodzaju, aż 32,4% cierpiało z ich powodu w ciągu roku poprzedzającego badanie. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w ciągu całego życia u kobiet (56,5%) jest nieco niższe niż u mężczyzn (58,4%). Wszystkie te badania jednoznacznie pokazują, że zarówno promocja zdrowia psychicznego jak leczenie psychiatryczne powinny być jednym z priorytetów ochrony zdrowia.

Oznacza to, że w grupie bezdomnych osób najczęściej zetknęliśmy się z problemem alkoholowym. Bardzo często dla osób uzależnionych alkohol bądź inne substancje psychoaktywne są jedynym znanym sposobem rozwiązywania problemów. Sposobem mającym zazwyczaj swe korzenie w domu rodzinnym, gdzie picie i przemoc były jednym z podstawowych elementów życia. Nie było innych wzorców i schematów postępowania, więc łatwo w taki dysfunkcyjny, ale z punktu widzenia osoby uzależnionej bezpieczny bo znany schemat wejść. Za alkoholizmem kryje się nieśmiałość, fobia społeczna, zaburzenia lękowe, depresje czy problemy osobowościowe. Zdarza się, że na początku alkohol bywa traktowany jak recepta na nieśmiałość „bo łatwiej się rozmawia”, „można się odprężyć”, zasnąć czy poprawia się nastrój. Czasami chcąc przynależeć do grupy rówieśniczej młodej osobie nieśmiałej, lękowej czy zależnej trudno odmówić zażycia alkoholu czy narkotyków, z lęku przed odrzuceniem czy wyśmianiem. Jeśli taka osoba nie ma wsparcia w rodzinie czy szeroko rozumianym środowisku, to do uzależnienia jest już krótka droga. Alkohol staje się wówczas zarówno sposobem jak i lekarstwem na życie. Tracą na znaczeniu rzeczy wcześniej postrzegane jako istotne, pogarszają się i tak słabo rozwinięte kompetencje społeczne a osoba uzależniona wchodzi w mechanizm błędnego koła. Pije bo wtedy nie trzeba myśleć, zastanawiać się i coraz bardziej się pogrąża w nałogu. Alkohol staje się ucieczką przed rzeczywistością, a pomagają w tym mechanizmy

obronne głównie wyparcia, zaprzeczenia i racjonalizacji. W takim rozumieniu istoty alkoholizmu, staje się jasne, że bez wsparcia oraz systemowej pomocy w tym psychiatryczno-psychologicznej osoby uzależnione, które poniosły konsekwencje społeczne (utrata pracy, rodziny, przyjaciół, domu) same sobie nie poradzą. Bez diagnozy i pomocy psychologicznej, bez leczenia psychiatrycznego zaburzeń czy chorób, które współistnieją z uzależnieniem droga do wyjścia z bezdomności może okazać się dla nich zbyt trudna. **Koszty społeczne związane z nie udzieleniem pomocy tej grupie osób mogą być bardzo wysokie.** Część bezdomnych umiera w ciszy i samotności, część trafia do placówek służby zdrowia. Są to osoby często niezwykle zaniedbane, z licznymi obciążeniami somatycznymi głównie cukrzycą, padaczką, uszkodzeniem wątroby i trzustki, po urazach głowy (powikłania alkoholizmu). Często trafiają do szpitala psychiatrycznego w majaczeniu alkoholowym, które jest stanem zagrożenia życia lub tzw. powikłaniami alkoholizmu takimi jak np. przewlekła halucynozja alkoholowa czy zespół Korsakowa. Osoby takie wymagają dożywotniej opieki psychiatrycznej i zabezpieczenia socjalnego. Ich leczenie jest niezwykle kosztowne i długotrwałe, dlatego pomoc udzielona odpowiednio wcześniej pozwala na ich powrót do społeczeństwa. Nie wystarczy udzielać jej osobom, które się po nią zgłaszają. To jest zaledwie ułamek potrzebujących. **Trzeba aktywnie wyszukiwać, diagnozować, leczyć i wspierać osoby bezdomne. Samo pomaganie bez leczenia będzie mniej skuteczne, gdyż nie leczenie zaburzeń i chorób psychicznych, które doprowadziły do bezdomności, powoduje że nadal mamy do czynienia z dysfunkcyjnymi sposobami radzenia sobie w życiu i dopóki nie spowodujemy ich zmiany to nasza pomoc może być jedynie socjalna i wręcz nasilająca tzw. wyuczoną bezradność.** Bardzo ważne jest wzmacnianie w takich osobach poczucia odpowiedzialności i kompetencji, dawanie im chociaż niewielkich obszarów za które będą odpowiedzialne. **Projekt „Najpierw mieszkanie” daje nadzieję, ale też zwiększa odpowiedzialność powodując zwiększenie zachowań prozdrowotnych takich jak szeroko rozumiane „dbanie o siebie” czy zapoczątkowując uporządkowania różnych obszarów życia.** Warto pamiętać, że alkoholizm jest chorobą, gdyż narusza stan równowagi między zdrowiem i patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią a wśród przyczyn zmian patologicznych jest czynnik fizyczny.

Cele leczenia uzależnień:

- Edukacja (negatywne zjawiska zdrowotne, społeczne, zaburzenia procesów myślenia, konieczność przejęcia osobistej odpowiedzialności za zdrowienie)
- Weryfikacja motywów trzeźwienia (z zewnętrznej na wewnętrzną)
- „Uporządkowanie” sfery emocjonalnej (ocena własnych emocji, zagrożenia negatywnych emocji – powrót do nałogu)
- „Uporządkowanie” sfery duchowości (system wartości, budowa zaufania do siebie i wizji życia bez alkoholu, wyszukanie własnej Siły Wyższej...)
- „Uporządkowanie” relacji społecznych (nauka komunikowania się, budowa nowych związków, nauka pomocy profesjonalistów)
- Zweryfikowanie swoich zachowań (zależność między piciem a postępowaniem, modyfikacja zachowań i nauka nowych)
- Zmiana kontroli picia (z zewnętrznej na samokontrolę)
- „Dbanie” o siebie (leczenie somatyczne, sprawność fizyczna, racjonalny tryb życia – dieta....)

Jeśli diagnozowanie problemów i deficytów psychologiczno-psychiatrycznych jest niezwykle istotne w przypadku osób uzależnionych, tak mogę stwierdzić z pełną odpowiedzialnością, że jest niezbędne w przypadku osób chorych psychicznie. W przypadku tak poważnych chorób jak schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa niepodjęcie leczenia może być przyczyną narastania niepełnosprawności. Ryzyko zachorowania na schizofrenię w ciągu życia wynosi około 1%, a roczna zachorowalność to około 20 chorych (7-40) na 100tys osób. Niektóre dane wskazują, że zapadalność na schizofrenię zmienia się, mając tendencję zwykłą w okresach największego uprzemysłowienia się czy zmian społecznych. Uważa się, że schizofrenia jest chorobą którą cechuje postępujące pogorszenie stanu psychicznego, około 10-25% osób chorujących na nią pozostaje znacznie upośledzonych. Staje się wówczas stanem chronicznym, nie reagującym na właściwie stosowane leczenie. Charakterystyczne jest złe funkcjonowanie przedchorobowe oraz niska umiejętność radzenia sobie z codziennymi rolami społecznymi. Realizowanie osobistych dążeń pacjentów w wymiarach emocjonalnym, społecznym, zawodowym, fizycznym, poznawczym jest możliwe jest jedynie w przypadku połączonego leczenia psychiatrycznego, wsparcia psychologicznego oraz zaplecza socjalnego, które to czynniki sprzyjają rehabilitacji psychiatrycznej. W grupie osób bezdomnych ze względu na złe funkcjonowanie oraz nie radzenie sobie w rolach osobistych,

zawodowych i społecznych, znajdują się osoby chorujące na schizofrenię. Żyją one najczęściej we własnym świecie i nie poszukują aktywnie pomocy. Zdarza się, że nasi pacjenci są poszukiwani przez najbliższych, gdyż pod wpływem doznań psychotycznych znikają z domu. Przywożeni do naszego szpitala pacjenci z zaostrzeniem schizofrenii nierzadko „mieszkają” w komórkach, szopach w ogródkach działkowych, na dworcach lub wręcz w lesie. Ponieważ schizofrenia występuje częściej w grupie osób, u których w rodzinie również występuje ta choroba, to pacjenci ci wracają po hospitalizacji do dysfunkcyjnego środowiska. Niestety w grupie chorych na schizofrenie występuje zjawisko bezdomności ukrytej. Formalnie część chorych ma meldunek i ma dokąd wrócić, niekiedy zdarza się jednak, że rodziny „podrzucają” niewygodnych chorych do szpitala, zabierając im odzież i rzeczy osobiste. W najbardziej drastycznych przypadkach rodziny chorych nie reagują na telefoniczne ani pisemne wezwania do kontaktu z lekarzem, nie odwiedzają pacjenta i nie zgadzają się na jego powrót do domu. W takich przypadkach nie mamy dokąd wypisać pacjenta, a pobyt w szpitalu przedłuża się z powodów socjalnych. Spotkałam się wręcz z sytuacjami w których w trakcie hospitalizacji, do osoby chorej na schizofrenię przyjeżdżała rodzina z prawnikiem i namawiała pacjenta do „sprzedaży” bądź „darowizny” mieszkania czy domu, co skutkowało bezdomnością chorego. Praktycznie brak nam uregulowań prawnych, które zapobiegały by temu procederowi. Osoby, które znalazły się w takiej sytuacji bez naszego wsparcia i pomocy nie mają praktycznie szans na prawidłowe funkcjonowanie, w konsekwencji poszerzając rzeszę osób bezdomnych. W 2009 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na świadczenia zdrowotne w leczeniu schizofrenii prawie 450 mln złotych. Schizofrenia jest również czwartą jednostką chorobową generującą największe wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z powodu niezdolności do pracy. Druga hospitalizacja psychiatryczna oznacza dla 51% osób chorych renty z tytułu niezdolności do pracy. Mówimy o ogromnych kwotach, a część z tych osób mogłaby prawidłowo funkcjonować przy znacznie mniejszych nakładach finansowych. Osoby te pod opieką wykwalifikowanego zespołu w mieszkaniach chronionych powinny nabierać kompetencji społecznych niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania. Dlatego coraz częściej podnosi się znaczenie leczenia zintegrowanego nastawionego poprzez stworzenie dobrej relacji terapeutycznej na poprawę relacji interpersonalnych, zapewnianie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i wsparcia, połączone z farmakoterapią pozwoli

pacjentowi na stosunkowo stabilne funkcjonowanie. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku innych zaburzeń psychiatrycznych, przewlekłej depresji czy choroby dwubiegowej.

W przypadku depresji trudno rozstrzygnąć czy staje się przyczyną czy konsekwencją bezdomności. W przypadku mężczyzn w depresji mamy do czynienia z tzw. maskami behawioralnymi. Szczególne cechy depresji u mężczyzn to: agresja, zachowania typu acting-out, obniżona kontrola impulsów, drażliwość, niezdecydowanie, cechy antyspołeczne, skłonność do uzależnienia / alkoholizm, skłonność do zachowań samobójczych. *Isacsson i wsp.* (1996) stwierdził, że w Szwecji tylko jedna na pięć osób chorych na depresję była leczona lekami przeciwdepresyjnymi. Wyliczony współczynnik ryzyka samobójstwa wśród pacjentów z depresją, leczonych lekami przeciwdepresyjnymi wynosi 141/100 tys. Wśród nieleczonych pacjentów z depresją takie ryzyko wynosi 259/100 tys. (1.8 razy wyższe niż u osób otrzymujących leczenie przeciwdepresyjne. Depresja może mieć podłoże endogenne jak też może być związana ze stosowaniem niektórych leków, może wystąpić w przebiegu zatruc, uzależnień, w chorobach organicznych mózgu np. w przypadku udaru zakłócenie równowagi neuroprzekaznikowej oraz uszkodzenie połączeń neuronalnych czy być związana z psychologicznym przeżywaniem niepełnosprawności czy zagrożenia życia. Aktualnie depresja jest uważana za plagę XXI wieku. Ciężki epizod depresyjny uniemożliwia wykonywanie jakiegokolwiek pracy zawodowej i obowiązków domowych oprócz drobnych czynności samoobsługowych. Chory przejawia wyraźne cierpienie, często połączone z lękiem, pobudzeniem lub zahamowaniem ruchowym, czasem mogą występować urojenia depresyjne: grzeszności, winy i kary, ubóstwa, hipochondryczne, klęski czy prześladowcze, mogą również pojawiać się omamy węchowe, najczęściej o charakterze zapachów zgnilizny, „trupi” oraz omamy słuchowe o charakterze głosów oskarżających czy imperatywnych nakazujących choremu pozbawienie się życia. W przypadku długo trwającej, nie rozpoznanej bądź nie leczonej depresji straty dla chorego są ogromne, jedną z konsekwencji nie leczonej depresji może być bezdomność. Trudno wówczas oczekiwać od osoby nią dotkniętej, żeby samodzielnie, bez wsparcia i pomocy innych osób w tym leczenia psychiatrycznego samodzielnie poradziła sobie z chorobą, w której konsekwencji stała się osobą bezdomną. Zakładając jednak, że dana osoba stała się osobą bezdomną wskutek różnych niekorzystnych zdarzeń losowych, to konsekwencją tej bezdomności niemal zawsze będą zaburzenia depresyjne.

Dla zaburzeń psychicznych całkowite wyzdrowienie oznacza dobre funkcjonowanie w społeczeństwie, prawidłowe komunikowanie się, tak samo jak bycie relatywnie uwolnionym od psychopatologii powiązanej z chorobą. Wyzdrowienie jest pojmowane dlatego jako bardziej pożądany i długoterminowy fenomen remisji. Żeby wyzdrowienie było możliwe do osiągnięcia niezbędne jest skoordynowane działanie zespołów wielospecjalistycznych.



<http://rytmwarszawy.pl/aktualnosci/szpital-we-tworkach-z-nowa-twarza-galeria/>

Johnsen & Jorgensen. BMC Psychiatry 2008;8:31;
Möller. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258:257–270
Leucht & Lasser. Pharmacopsychiatry 2006;39:161–170;
Andreasen et al. Am J Psychiatry 2005;162:441–449
Andreasen, N.C., 1999. A unitary model of schizophrenia. Bleuler's 'fragmented phrene' as schizencephaly. Archives of General Psychiatry, 56, 781-787.
Balzan RP, Neaves A, Denson LA, Liu D, Galletly C. Cognitive deficit awareness in schizophrenia: absent, intact, or somewhere in-between? Cogn Neuropsychiatry. 2014 Apr 22:1-14.
Wright P, Stern J, Phelan M. Sedno Psychiatria. 2008, Urban&Partner, 257-287

PROBLEM BEZDOMNOŚCI W GRUPIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD RÓŻNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Bernarda Kejres Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia w Pruszkowie.

W zbiorowej wyobraźni bezdomność kojarzona jest dość często jako skutek picia alkoholu, ma to swoje uzasadnienie w rzeczywistości, jednak według danych statystycznych (GUS i MPiPS, 2012 r.) pośród najważniejszych przyczyn, jakie powodują wejście w bezdomność wymienia się: wypędzenie z mieszkania, wymeldowanie decyzją administracji, pozostawienie mieszkania rodzinie z własnej inicjatywy, eksmisję, bezrobocie. Jakkolwiek nie ujmować jej źródeł: picie alkoholu z bezdomnością łączy wiele przyczyn, przede wszystkim jednak alkoholizm i bezdomność wydają się wzajemnie pogłębiać wraz z ich negatywnymi skutkami dla jednostki. *„Bezdomność niemal całkowicie uwalnia człowieka od wymagań społecznych i odpowiedzialności, ale również pozbawia satysfakcji normalnego życia. Bezdomny nie ma prawie żadnej motywacji, żeby powstrzymać się od picia. Im bardziej oddala się od normalnego życia, tym bardziej musi uciekać się do pseudozadowolenia, jakie daje alkohol. W ten sposób tworzy się spirala bezdomności i alkoholizmu”.* Inną z konsekwencji jest jednoznacznie negatywna moralnie ocena takiej osoby, bezdomny alkoholik to najgorszy typ bezdomnego a wśród osób przebywających na leczeniu bezdomny to synonim najgorszej z możliwych sytuacji życiowych osoby uzależnionej, synonim ostatecznego sięgnięcia dna. *„(...) Jest i zawsze był na samym dole drabiny społecznej i ekonomicznej: odizolowany, wykorzeniony, z nikim i niczym niezwiązany, ma zdeorganizowane życie, jest bezwolny i bezdomny - i to są okoliczności, w jakich się upija. Jest najmniej szanowanym członkiem społeczeństwa.”* Tymczasem bezdomni, podobnie jak i uzależnieni, nie są jednorodną grupą osób, wprawdzie najczęściej w Polsce bezdomni „werbują się” wśród osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym to jednak są wśród nich i osoby, które osiągnęły wyższy szczebel edukacji i statusu społecznego, mają różne doświadczenia życiowe jak i zawodowe. W ujęciu psychologicznym poza korelatami osobowościowymi (mniejsza zdolność do samodzielnego radzenia sobie w życiu, mniejsza odporność na stres,

problem z dostosowaniem się do wymagań społeczeństwa) jak i społecznymi, również wykazuje się obecność substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, w życiu bezdomnych, próbuje się ustalić jak dużą rolę odgrywa on zarówno we wchodzeniu jak i w utrwalaniu stanu bezdomności. Tak jak dla przeciętnego obywatela większym problemem wydaje się być brak miejsca zamieszkania niż picia alkoholu, tak i podobnie myśli bezdomny uzależniony. Historie osób wychodzących chwilowo z bezdomności poprzez uzyskiwanie lokali socjalnych i tracących je z powrotem lub/i nawet tracących własne życie w wyniku ponownego picia, pokazują dobitnie tę pułapkę. Dość często bezdomny, który niegdyś miał swoje miejsce zamieszkania, miał rodzinę, prowadził „normalne” i dobre życie początkowo nie potrafi połączyć własnej bezdomności z nadużywaniem substancji psychoaktywnej. Dlatego właśnie cel jaki powinien przyświecać osobom pomagającym bezdomnym to stworzenie kompleksowej pomocy, w której poza zapewnieniem noclegów, posiłków, opieki medycznej, będzie również miejsce na przepracowanie historii swojego życia z uwzględnieniem roli alkoholu w życiu jednostki, okazja do nauki i treningu nowych umiejętności, tak, aby nie wspierać postawy bierności, wyuczonej bezradności i bezwolnego przyjmowania wsparcia bez brania odpowiedzialności za swoje życie. Wydaje się, że coraz więcej ośrodków i schronisk udzielających pomocy bezdomnym w powrocie do funkcjonowania w społeczeństwie ma tego świadomość, poza konieczną abstynencją, pracownicy wymienionych instytucji wskazują swoim podopiecznym na odbycie terapii uzależnienia. To co staje się wymogiem, jest jednocześnie i przeszkodą dla bezdomnych uzależnionych.

Co stoi za taką postawą? Osoba bezdomna utraciwszy kontakt z rodziną, z otoczeniem, nie mające środków do życia mierzy się codziennie z lękiem przed samotnością, pustką, poczuciem bezradności, brakiem nadziei, poczuciem stałego zagrożenia, poczuciem braku prawa do godnego życia wynikającym ze wstydu i poczucia winy, traktuje alkohol jako „lek”, uśmierzacz powyższych stanów, przemyśleń i napięć. *„Walka o „prawo do picia” oraz ryzykowne zachowania pod wpływem alkoholu dają poczucie mocy. Alkohol pozwala przynajmniej na jakiś czas odwrócić uwagę od konfrontacji z aktualną sytuacją życiową. Perspektywa abstynencji jest dla uzależnionego bezdomnego przerażająca. Perspektywa leczenia przeraża jeszcze bardziej – jest jak „zerwanie bandaża przykrywającego ranę”. Podtrzymywanie iluzji posiadania kontroli nad alkoholem, brak świadomości utraty kontroli nad życiem powodują, że gdy bezdomny*

otrzymuje od dawna oczekiwane warunki do zmiany, ponosi porażkę. Problemem staje się nie tylko utrzymanie oczekiwanego mieszkania, ale przeżycie. Problemem staje się utrzymanie ratującego życie miejsca w domu pomocy społecznej. Wtedy gdy nie trzeba prowadzić gry z wymuszającymi abstynencję schroniskowymi opiekunami, gdy nie ma z kim grać „w piję – nie piję”, pojawia się pustka”.

Mając na uwadze powyższe koniecznym wydaje się założenie o zindywidualizowanym podejściu do bezdomnej, uzależnionej osoby, w którym na pierwszy plan wysuwa się zrozumienie jej sytuacji i stanu emocjonalnego. W początkowym etapie leczenia uzależnienia terapeuta staje się główną i na jakiś czas jedyną bliską osobą, która może wejść w świat wstydu, upokorzenia i pogardy jakie towarzyszą od dawna osobie bezdomnej. Na tym etapie motywowanie do zmiany i podtrzymanie decyzji o leczeniu uzależnienia jest głównym celem terapii indywidualnej. Z czasem osoby bezdomne uczestnicząc w grupach zadaniowych, jak pokazuje doświadczenie i przy braku głębszej psychopatologii osobowości, będą mogły liczyć na wsparcie od innych uzależnionych, przejawia się ono podobnie jak i w przytoczonych tu wcześniej argumentach: zapewnieniem pożywienia przez współpacjentów, wspomaganie nowych nawyków, namawianiem do higieny osobistej, wsparciem emocjonalnym: dodawaniem wiary i otuchy. W grupach jednorodnych ciężko o taki efekt, jak pisała Sława Majewicz już w 2001 roku, (...) *w grupach jednorodnych za dużo jest pesymizmu i niemożności, jeden drugiego ciągnie w dół.*”

Kwalifikując osoby bezdomne do terapii leczenia uzależnień pojawiają się dwa problemy – bezdomność i uzależnienie. Terapeuci muszą spróbować połączyć te dwa czynniki i nakreślić sposób mogących się pojawić zmian. U osób bezdomnych jest to wymuszona abstynencja od alkoholu często jako warunek pobytu w pensjonacie dla osób bezdomnych, twierdzą, że nie mają problemu alkoholowego. W bezdomności problem alkoholowy jest pierwotny. Etapem zdrowienia jest realistyczne dążenie do zmiany sytuacji, oddziaływaniem terapeutycznym jest motywowanie i wspieranie w dążeniu do wyjścia z bezdomności.

Bezdomność jest samotnością, pustką, poczuciem bezradności i zagrożenia ze strony otaczającego świata, brak nadziei oraz wszechogarniający wstyd. Wymaga to od terapeuty pokory, zrozumienia sytuacji i emocjonalnego stanu osoby bezdomnej.

Stosunek do leczenia wśród bezdomnych jest na ogół negatywny. Przyczyny: brak identyfikacji z chorobą alkoholową wzmocniony izolacją społeczną związaną z przebywaniem w środowisku osób z podobnymi problemami, negatywne doświadczenia z kontaktów z innymi placówkami ochrony zdrowia, nierzadko bezdomnych spotyka pogarda, lekceważenie, co ich zniechęca do szukania pomocy, ale też dostosowanie się do norm i zasad.

Specyfika pracy Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Pruszkowie

Program terapii realizowany w Ośrodku Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Pruszkowie jest zorganizowaną strategią oddziaływań psychologicznych w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych i chemicznych. W placówce leczone są osoby z rozpoznaniem, wg klasyfikacji ICD 10, F10.0 - zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, F 10.19 - zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kilku substancji lub używaniem innych substancji psychoaktywnych, F 63 - zaburzenia nawyków i popędów, F63.0 - patologiczny hazard.

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Pruszkowie jest placówką leczniczą składającą się z trzech struktur: Całodobowego Oddziału Leczenia od Alkoholu, Dziennego Oddziału Leczenia od Alkoholu oraz Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia.

Do terapii przyjmowani są pacjenci zgłaszający się dobrowolnie oraz sądownie zobowiązani do leczenia odwykowego po uprzedniej kwalifikacji, która obejmuje: wstępną diagnozę zespołu uzależnienia, informację o leczeniu, motywowanie do leczenia, ustalenie terminu przyjęcia do Ośrodka oraz stworzenie planu działania na czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii (mitingii AA, grupa motywująca, opieka terapeutyczna w Poradni Odwykowej w miejscu zamieszkania).

Osoby uzależnione od alkoholu zgłaszają się z problemami w sferze życia rodzinnego, mają problemy w kontaktach interpersonalnych, często z problemami finansowymi, prawnymi, będące sprawcami przemocy domowej. Wymagają one wszechstronnej pomocy psychologicznej. Skutki picia, którymi niewątpliwie są wypadnięcie z ról społecznych, zawodowych, często rodzinnych, a także przewlekłych chorób somatycznych i psychicznych wymagają wielowymiarowych

oddziaływać. Psychoterapia alkoholików, zawarta w programach leczenia zarówno podstawowych jak i zaawansowanych stanowi najistotniejszą część tych oddziaływań. Wiadomym jest, że istotą terapii jest nie tylko osiągnięcie abstynencji, ale przemiana w zakresie hierarchii wartości prowadząca do poprawy funkcjonowania w społeczeństwie. U podstawy tych przemian leży zmiana intrapsychicznych mechanizmów, które podtrzymują psychospołeczne symptomy uzależnienia.

Skuteczne leczenie uzależnienia od alkoholu to przede wszystkim proces wymagający rzetelnej wiedzy, dotyczącego samego problemu uzależnienia jak i specyfiki funkcjonowania osób uzależnionych. Stosowane są dwie formy leczenia uzależnień, formę stacjonarną i ambulatoryjną.

Leczenie całodobowe w WOTUW trwa 8 tygodni, w trakcie którego realizowany jest program podstawowy, którego celem jest: przekazanie osobie uzależnionej wiedzy na temat choroby alkoholowej, rozpoznanie przez niego własnego uzależnienia (diagnoza uzależnienia – objawy, konsekwencje) i uznać się za osobę uzależnioną, budowanie tożsamości alkoholowej, rozpoczął naukę umiejętności radzenia sobie z głodem alkoholowym, wiedza na temat zapobiegania nawrotom choroby alkoholowej, utrzymywał abstynencję od alkoholu i innych środków psychoaktywnych, nakreślił wizję trzeźwego życia, rozpoczął naukę umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia, opracował plan dalszego zdrowienia po ukończeniu leczenia w Ośrodku.

Wsparcie psychologiczne w terapii polega na rozwijaniu i doskonaleniu zdolności do autoterapii, warunkujących trwałe utrzymanie abstynencji w tym rozpoznawania i rozbrajania mechanizmów uzależnienia - rozwijanie konstruktywnych sposobów kontaktowania się z uczuciami, rozwijanie zdolności do racjonalnego myślenia i rozwiązywania problemów, zdolność do rozpoznawania dysfunkcyjnych, destrukcyjnych sposobów myślenia oraz zdolności do ich zmiany, rozwój w obszarze poczucia własnej wartości, np. rozwijanie konstruktywnych, nowych aspektów obrazu własnej osoby w oparciu o nowe doświadczenia osobiste i społeczne i konstruktywne pełnienie ról społecznych. Ważnym elementem wsparcia psychologicznego jest również rozwijanie i doskonalenie umiejętności społecznych służących nawiązywaniu bardziej satysfakcjonujących kontaktów z ludźmi w tym pomoc w konstruktywnym podejmowaniu działań naprawczych w rodzinie.

Program terapeutyczny realizowany jest w 4 etapach, z których każdy trwa 2 tygodnie. Podstawowe procedury stosowane w leczeniu to: psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, oddziaływania edukacyjne, treningi umiejętności, osobiste programy terapii, badania, konsultacje i porady lekarskie.

Etapy pracy terapeutycznej:

- Oddziaływania psychoedukacyjne w zakresie wiedzy na temat choroby alkoholowej, w tym: diagnoza uzależnienia-rozpoznanie jej na podstawie 6 objawów osiowych choroby, fazy uzależnienia, motywacja do leczenia odwykowego, konsekwencje wynikające z picia alkoholu, co przeszkadza w dobrym porozumiewaniu się z ludźmi, jak rozpoznawać głód alkoholowy, mity i przekonania na temat alkoholu, picia alkoholu, alkoholizmu i alkoholików, leczenie uzależnienia, rozpoznawanie i wyrażanie uczuć.
- Oddziaływania psychoedukacyjne w zakresie wiedzy na temat konsekwencji picia alkoholu w różnych sferach funkcjonowania pacjenta: w sferze rodziny, zawodowej, zdrowotnej, prawnej, seksualnej, w kontaktach z innymi ludźmi.
- Oddziaływania psychoedukacyjne w zakresie wiedzy na temat działania mechanizmów obronnych uzależnienia utrudniających zobaczenia realnych rozmiarów choroby alkoholowej. To etap przygotowania do podjęcia decyzji o rozstaniu się z alkoholem.
- Oddziaływanie psychoedukacyjne w zakresie skonstruowania planu dalszego zdrowienia z uwzględnieniem praktycznych umiejętności utrzymywania abstynencji.

Program terapeutyczny zapewnia osobom leczącym się w Ośrodku kontakt indywidualny z terapeutą uzależnień celem omówienia bieżących trudności i pomoc psychologiczną dotyczącą utrzymywania abstynencji. Pacjenci realizują osobiste programy terapii, zindywidualizowane i dostosowane do możliwości intelektualnych przez cały cykl terapeutyczny, celem ich jest dokonanie autodiagnozy problemów osobistych i branie odpowiedzialności za radzenie sobie ze swoimi problemami.

Realizacja programu terapeutycznego ma na celu uzyskanie trzeźwości i stopniowy powrót do satysfakcjonującego życia. Uzależnienie od środków psychoaktywnych jest chronicznym i przewlekłym procesem, niszczącym organizm, zmieniający całą osobowość chorego, zaburzając jego stosunki z otoczeniem. Podczas terapii pacjent powoli odzyskuje poprawę stanu zdrowia psychicznego i fizycznego,

zapoczątkowuje zmianę samego siebie, rozpoczyna proces rozwoju osobistego. Zmiany te następują powoli, a ich podstawą jest zaprzestanie picia. Uzależnienie oddziałuje na wszystkich członków rodziny powodując w konsekwencji rozpad rodziny. Destrukcyjny wpływ używania środków psychoaktywnych ma również wpływ na rozwój dzieci, które w przyszłości leczone są z syndromu DDA (Dorośla Dzieci Alkoholików) głównie w sferze relacji interpersonalnych, trudności w podejmowaniu decyzji życiowych. Ważne jest przepracowanie śladów drastycznych i chronicznych doświadczeń traumatycznych w dzieciństwie oraz destrukcyjnych schematów relacji interpersonalnych nabytych w patologicznych relacjach z rodzicami i opiekunami, reorganizacja i integracja schematów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych specyficznych dla danej osoby i rodzaju jej zaburzeń (np. zaburzeń lękowych, depresyjnych, osobowości). Terapia z osobami z syndromem DDA polega na: przepracowaniu urazów z dzieciństwa, zmianie obrazu siebie na bardziej realistyczny i pozytywny, akceptacja siebie i wzrost poczucia własnej wartości, zmiana orientacji życiowej z destrukcyjnej na pozytywną i wzmacniającą.



<http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/333648,znana-polska-modelka-trafila-do-tworek.html>

SKUTECZNE, EFEKTYWNE WSPIERANIE OSÓB W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI ORAZ ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ

Adriana Porowska, Dyrektor Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej

Bezdomność zaczyna się w domu

Zawsze ma początek, nie zawsze szczęśliwy finał, bo bywa tak, że kończy ją śmierć. Niestety, zbyt często zamiast usamodzielniać osoby w kryzysie bezdomności pracownicy Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej mogą jedynie łagodzić skutki bezdomności. Razem z zespołem specjalistów od wielu lat wspieram ludzi pozbawionych własnego domu. Znam problemy z jakimi się borykają i niedociągnięcia systemu w jakim przyszło im żyć. Uważam, że zbyt łatwo można w Polsce stać się osobą bezdomną i zbyt wiele oczekuje się od ludzi aby stanęli na własnych nogach. Bezdomność u wielu osób nie jest epizodem, kryzys bezdomności to często cały życiorys ludzi których wspieram. Zauważyłam, że im dłużej trwa oderwanie człowieka od społeczeństwa tym większa w nim nieufność a czasem wręcz lęk przed tym, co ma teoretycznie pomagać. Wieloosobowe sale w noclegowniach czy schroniskach, niewykwalifikowana kadra placówek, która nadużywa swoich uprawnień. Czynniki te w połączeniu z lękiem społecznym i brakiem kompetencji społecznych powodują, iż wiele osób izoluje się, ucieka na margines i stają się nieufne. Ponowne nawiązanie z nimi kontaktu i zdobycie ich zaufania wymaga wieloetapowego profesjonalnego działania. Mądre pomaganie polega na podążaniu za klientem. Mylnie dziś określa się tym mianem odbieranie pomocy jako motywator do działania. Stosowanie kar w stosunku do tych osób nie przynosi efektów w postaci zmiany. Ludzie pozbawieni wsparcia, którzy przez wiele lat żyją na marginesie społeczeństwa dostosowują się do warunków urągających ludzkiej godności. Zdają się nie znać i nie zauważać swoich praw, nie walczą, nie chcą nic zmieniać, codziennie schylając głowę coraz niżej. Pewnego dnia znikają nie zauważeni. Nie zawsze odnotowuje się ich śmierć, nie zawsze na grobie jest imię i nazwisko.

Rozwój programów pomocowych Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej

Do lat 90-tych w ogóle nie zauważano ludzi bezdomnych a co za tym idzie nie odnotowywano ich obecności. Dopiero nowe otwarcie pozwoliło na głośny protest i założenie pierwszych organizacji wspierających ludzi w kryzysie bezdomności. Z prywatnych wspomnień Ojca Bogusława Palecznego dowiedziałam się jak wyglądało pomaganie przeszło 30 lat temu. Zaczęło się od kanapek podarowanych pojedynczym osobom na Dworcu Centralnym w Warszawie. Z czasem powstał Bar Św. Marta, który w ten sposób pomagał 300 osobom dziennie. Ojciec Bogusław nie godził się na to, aby ludzie wyjadali resztki jedzenia za śmietnika. Tak po prostu i po ludzku zareagował. Nie poprzestał jednak na zapewnieniu im jedzenia. Rozmawiał z tymi ludźmi wiedział, że są chorzy, że mają problemy z uzyskaniem podstawowych dokumentów, nie potrafili znaleźć i utrzymać pracy, wiedział, że są samotni i pogubieni. Z każdym dniem, miesiącem Kamiliańska Misja Pomocy Społecznej otwierała nowe placówki. Wspominany już Bar „Św. Marta”, Punkt Pomocy Medycznej „Św. Kamil”, Biuro Pracowników Socjalnych Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej, Pensjonat Socjalny „Nazaret”. Aktualnie Misja prowadzi Pensjonat Socjalny „Św. Łazarz”, Klub Aktywizacji Bezdomnych KAB-el, streetworking, mieszkania treningowe, spółdzielnię socjalną „Piękne Miejsce” oraz jest partnerem w projekcie Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte o dowody” realizowanym przez Fundację Ius Medicinæ.

Kamiliańska Misja Pomocy Społecznej to dzieło wielu osób, to od samego początku praca specjalistów i pasjonatów. Ludzi, którzy potrafią współpracować, szanują każdego człowieka i uważają, iż godność człowieka jest niezbywalna, przysługująca wszystkim bez wyjątku a pozostawanie w bezdomności jest łamaniem praw człowieka.

Każde z rozpoczętych działań w Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej jest odpowiedzią na pojawiające się problemy. Trzydzieści lat temu utrzymywano, iż bezdomności nie ma, teraz dzięki dostępowi do informacji i wolnym mediom nikt na takie twierdzenie by sobie nie pozwolił. Pozostało jednak w społeczeństwie myślenie o winie tych osób oraz chęci pozostawiania przez nich w bezdomności. Dowodami na taki niesprawiedliwy osąd są wyrwane z kontekstu cytaty

przedstawiane przez media. Dziennikarze zimą szukając sensacyjnych tematów, po komunikacie o zgonie osób bezdomnych, wyłapują pojedyncze osoby, które ich zdaniem pasują do kreowanego obrazka i w sugerujący sposób zadają im pytania, tak, aż w końcu pada oczekiwane zdanie typu „nie idę do noclegowni bo tam nie można pić”. Ma to sugerować, że człowiek ten wybiera bezdomność. Co gorsze na tym komunikacie opiera się cały system pomocy. Znam wiele osób, które kreują dzisiejszy system i są zdania, iż pomoc jest wystarczająca tylko klient nie chce się dopasować. Moim zdaniem w tym systemie pomoc nie jest tym czego można oczekiwać, tylko łaską na którą jedni zasługują a inni już nie. Zdaje się, że nikt nie chce zauważyć, iż przez takie myślenie wielu ludzi umiera, umiera w zapomnieniu na ławce w parku, w śmietniku w altance działkowej. Ludzie umierają z wycieńczenia, powoli latami. My to widzimy i nie godzimy się na to.

Nie podoba nam się mówienie, iż wieloletni podopieczny systemu pomocy społecznej jest sam sobie winien. Wiemy, że nie można od schorowanych osób wymagać samoleczenia. Należy zlikwidować deficyty funkcjonowania społecznego.

Bezdomne zwierzęta doczekały czasów, kiedy są badane i nawet te bardzo poranione z wieloma chorobami i amputowanymi kończynami otrzymują protezy i swoją szansę na dom. Ludzie o których się upominam nie mają szansy na badania, a diagnozę społeczeństwo stawia zaocznie. Wielokrotnie byłem świadkiem jak ludzie z lekceważeniem przyjmują informację o tragicznej i bolesnej z pewnością śmierci osób bezdomnych zimą w kanałach ciepłowniczych. Nie podoba mi się dokąd zmierza ten świat, chciałabym obudzić sumienia ludzi i wyczulić ich na cierpienie innych.

Zmiana paradygmatu pomagania

W czasach gdy naukowcy są w stanie wynaleźć szczepionkę na każdą chorobę, gdy lekarze mówią o klonowaniu, przeszczepie głowy, a na naszych oczach ludzie podbijają kosmos i mówią o wielkości człowieka, umierają ludzie wyciągając do nas ręce a my ich od trącamy. Udajemy, że ich nie ma.

Osobą bezdomną można się stać mając wykształcenie, pracę a nawet tytuł prawny do domu. Wśród problemów

do wsparcia znajdziemy: mieszkaniowe, zawodowe z zakresu rynku pracy, finansowe, społeczne, prawne. Na każde z nich można znaleźć specjalistę i rozwiązanie. Osoby w kryzysie bezdomności mogą mieć niezdiagnozowane problemy duchowe, uzależnienia, zdrowotne w tym zdrowia psychicznego często występujące razem którym drabinkowy system pomocy nie jest wstanie sprostać¹. W tych przypadkach zdecydowanie to system musi się nagiąć i znaleźć drogę do człowieka. Ten problem dotyczy osób o podwójnej diagnozie, u których oprócz głębokiego uzależnienia od alkoholu rozpoznano także zaburzenia psychiczne. Najczęściej współwystępują ze sobą wieloletnia bezdomność, uzależnienie od alkoholu i/lub schizofrenia, osobowość antyspołeczna, choroby afektywne. Nie realne jest oczekiwanie, że chory, wycieńczony człowiek dozna olśnienia po słowach pracownika socjalnego i będzie wstanie sam dokonać zmiany. **Wydaje się, iż jedynym rozwiązaniem trudnej sytuacji ludzi w podwójnej diagnozie jest stworzenie przyjaznych warunków do leczenia, terapii.** Proces ten szczegółowo powinien opracować zespół specjalistów, jednak nie można zakładać, iż zmiana może dokonać się zanim człowiek otrzyma stabilne i bezpieczne mieszkanie. Programy, które zakładają wsparcie oparte o mieszkania na świecie święcą triumfy i zbierają pozytywne rekomendacje zarówno od zdrowiejących pacjentów jak i od ludzi, którzy odpowiadają za kształt polityki społecznej. Zauważono ścisły związek między racjonalnym wydatkowaniem pieniędzy na pomoc społeczną a oszczędnościami w wielu resortach. Ludzie latami pozbawieni domów generują koszty, których teraz system nie liczy. Są to koszty leczenia zarówno somatycznego jak psychiatrycznego, koszty związanych z częstymi wizytami patroli policji, straży miejskiej, koszty oddziałów detoksykacji i wiele innych. Więcej na ten temat można przeczytać w raporcie Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej z 2012 roku pt. „Akceptacja kluczem do zmiany. Streetworking w Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej”². Podjęliśmy próbę zbadania kosztów zaniechania w bezdomności. Takie badania prowadzone były w Stanach Zjednoczonych ale także w Europie.

¹ Temat ten był poruszany podczas V Seminarium Mazowieckich Interesariuszy Bezdomności pt. „Kierunki rozwoju pomocy lokalnej: system drabinkowy vs oparty o mieszkalnictwo”, które odbyło się 31 października 2014 r. w Ostrołęce.

² A. Cieplak, J. Wygnańska, *Akceptacja kluczem do zmiany. Streetworking w Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej*, [pdf] w: <http://www.misja.com.pl/wp->

Europejskie Obserwatorium Bezdomności FEANTSA przygotowało publikację o kosztach bezdomności w Europie na podstawie danych zebranych przez ekspertów z dwunastu krajów UE³.

Kamiliańska Misja Pomocy Społecznej aby usystematyzować prowadzone działania, posługuje się Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego (ETHO)⁴. Dostrzegając heterogeniczność grupy osób bezdomnych widzimy potrzebę stosowania różnych rozwiązań.

Mając zdecydowanie różną grupę osób pozbawionych dachu nad głową nie można oferować wszystkim takich samych rozwiązań. Skuteczna i efektywna pomoc dociera do nielicznych ponieważ jest nie dopasowana i uznaniowa.

Zdecydowanie i głośno w imieniu setek bezimiennych, umierających rok rocznie na naszych ulicach ludzi, wołam o odrobinę zastanowienia, wołam o pomoc dla zapomnianych i zepchniętych na margines. My praktycy, którzy znamy ludzi bezdomnych i ich problemy poznaliśmy założenia i efekty programu Najpierw Mieszkanie wiemy, iż jest on jedyną szansą dla tych osób na poprawę ich losu a niekiedy uratowanie życia.

Projekt „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte o dowody”

Od roku w partnerstwie z fundacją Ius Medicine prowadzimy program rzecznictwa mający na celu zmianę podejścia do programu. Zmiana ta jest konieczna, ponieważ zauważyliśmy ogromną niechęć, wynikającą z niezrozumienia założeń programu, zarówno po stronie decydentów jak i organizacji wspierających osoby bezdomne. **Program „Najpierw mieszkanie” w głównej mierze opiera się na pracy zespołu wspierającego,**

[content/uploads/2013/02/Akceptacja_raport-o-streetworkingu-FINAL-popr-biblio.pdf](http://www.feantsaresearch.org/spip.php?article260&lang=en), dostęp: 03.06.2015 r.

³ *The Costs of Homelessness in Europe: An Assessment of the Current Evidence Base*, [pdf] w: <http://www.feantsaresearch.org/spip.php?article260&lang=en>, dostęp: 03.06.2015 r.

⁴ *Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS*, tłum. J. Wygnańska, w: www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en, dostęp: 2.12.2013. Na potrzeby polskiego stanowiska wobec definicji oraz typologii bezdomności tłumaczenie zmodyfikował P. Olech.

którego liderem jest psychiatra a nie pracownik socjalny ten akcent pokazuje zmianę myślenia⁵.

W przygotowywaniu są ekspertyzy psychiatryczna oraz już dostępna mieszkaniowa, która pokazuje możliwości wdrożenia programu „Najpierw Mieszkanie” w Polsce. Wszystkie wyniki badań i opracowania będą zaprezentowane podczas konferencji podsumowującej w lutym 2016 r. na którą wszystkich zainteresowanych już teraz serdecznie zapraszamy. Proszę o zapoznanie się z materiałami zamieszczonymi na stronie www.czynajpierwmieszkanie.pl.

Wright P, Stern J, Phelan M. Sedno Psychiatria. 2008, Urban&Partner, 257-287.

https://www.google.pl/search?q=szpital+tworki&biw=1600&bih=767&source=Inms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0CAcQ_AUoAmoVChMIhliZvuT4xwIVyRAsCh3XMgo3#tbm=isch&q=Szpital+Psychiatryczny+Tworki&imgsrc=DwyU2yZ-7JdQPM%3A

<http://rytmwarszawy.pl/aktualnosci/szpital-we-tworkach-z-nowa-twarza-galeria/>

<http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/333648,znana-polska-modelka-trafila-do-tworek.html>

BIBLIOGRAFIA

Cieplak, J. Wygnańska, *Akceptacja kluczem do zmiany. Streetworking w Kamilińskiej Misji Pomocy Społecznej*, [pdf] w: http://www.misja.com.pl/wp-content/uploads/2013/02/Akceptacja_raport-o-streetworkingu-FINAL-popr-biblio.pdf, dostęp: 03.06.2015 r.

Andreasen et al. *Am J Psychiatry* 2005;162:441–449.

Andreasen, N.C., 1999. A unitary model of schizophrenia. Bleuler's 'fragmented phrene' as schizencephaly. *Archives of General Psychiatry*, 56, 781-787.

Balzan RP, Neaves A, Denson LA, Liu D, Galletly C. Cognitive deficit awareness in schizophrenia: absent, intact, or somewhere in-between? *Cogn Neuropsychiatry*. 2014 Apr 22:1-14.

Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS, tłum. J. Wygnańska, w: www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en, dostęp: 2.12.2013. Na potrzeby polskiego stanowiska wobec definicji oraz typologii bezdomności tłumaczenie zmodyfikował P. Olech.

<http://www.czynajpierwmieszkanie.pl>.

Johnsen & Jorgensen. *BMC Psychiatry* 2008;8:31;

Leucht & Lasser. *Pharmacopsychiatry* 2006;39:161–170.

Möller. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258:257–270.

Temat poruszany podczas V Seminarium Mazowieckich Interesariuszy Bezdomności pt. „Kierunki rozwoju pomocy lokalnej: system drabinkowy vs oparty o mieszkalnictwo”, które odbyło się 31 października 2014 r. w Ostrołęce.

The Costs of Homelessness in Europe: An Assessment of the Current Evidence Base, [pdf] w: <http://www.feantsaresearch.org/spip.php?article260&lang=en>, dostęp: 03.06.2015 r.

⁵ Informacje o projekcie „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte o dowody” znajdują się na stronie <http://www.czynajpierwmieszkanie.pl>.

UCZESTNICY PRUSZKOWSKIEGO SEMINARIUM INTERESARIUSZY BEZDOMNOŚCI

Tabela . Uczestnicy pruszkowskiego seminarium interesariuszy bezdomności, 21 kwietnia 2015r.

Katarzyna	Barciś	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Nadarzyn
Marzanna	Bednarczyk	Ośrodek Pomocy Społecznej Warszawa Ursus
Magdalena	Białobrzaska	Stowarzyszenie "Otwarta Dłoń"
Agnieszka	Cieplak	Kamilińska Misja Pomocy Społecznej
Krystyna	Chromińska	Ośrodek Pomocy Społecznej Warszawa Wola
Andrzej	Czarnocki	Caritas Diecezji Warszawskiej
Bożena	Dybowska	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Magdalena	Gontarczyk	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Agnieszka	Grabowska	Ośrodek Pomocy Społecznej Warszawa Ursus
Mieczysław	Kaniewski	Pruszkowska Spółdzielnia Mieszaniowa
Robert	Korzeń	Stowarzyszenie „Otwarta Dłoń”
Piotr	Lewandowski	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku
Marian	Legart vel Legar	Kamilińska Misja Pomocy Społecznej
Henryk	Linowski	Urząd Dzielnicy Ursus
Barbara	Lisek	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Nadarzyn
Alina	Magnuska	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Sławomir	Maćkula	Kamilińska Misja Pomocy Społecznej
Ewa	Melon	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Raszyn
Marta	Mikołajczyk	Akademia Pedagogiki Specjalnej Warszawa
Dagmara	Milosavljević	MOPS Radom, Dom dla Bezdomnych Radom
Wojciech	Mojecki	Ośrodek Readapcyjno – Rehabilitacyjny Karczewo
Anna	Mosiótek	Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicz,
Agnieszka	Nejgebaum	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Elżbieta	Normantowicz	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Piotr	Pawlak	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Robert	Pierczyk	Gminny Ośrodek Pomocy społecznej Piaseczno
Zbigniew	Piotrowski	TBS „Zieleń Miejska”
Adam	Płoszka	Helsińska Fundacja Praw Człowieka
Adriana	Porowska	Kamilińska Misja Pomocy Społecznej
Elwira	Rogowska	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Raszyn
Aleksandra	Różycka	Wydział Zasobów Lokalowych Urząd Dzielnicy Mokotów W Warszawie
Marcin	Skowroński	Komenda Powiatowa Pruszków
Jolanta	Spoczyńska	Środowiskowy Ośrodek Pomocy Społecznej Brwinów
Jacek	Sulewski	Flash Mazowska
Anna	Suska	Kamilińska Misja Pomocy Społecznej
Hanna	Sypowsk	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszkowie
Marzanna	Szaniawska	Ośrodek Pomocy Społecznej Warszawa Ursus
Monika	Szczęсна	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu, Zespół Pracy Socjalnej Nr 5
Adam	Szydłowski	Komenda Powiatowa Pruszków
Danuta	Trybuł	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu, Dom dla Bezdomnych
Anna	Kejres	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od alkoholu i Współuzależnienia Pruszków
Urszula	Kępka	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Andrzej	Węclawek	Ośrodek Pomocy Społecznej Ursus
Monika	Wierkiewicz	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Płock
Barbara	Winel	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Beata	Wiśniewska	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pruszków
Katarzyna	Wiśniewska	Zespół Ośrodków Wsparcia Piastów
Grażyna	Witkowska	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Nadarzyn
Mirosława	Wojtkowska	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku
Julia	Wygnańska	Fundacja Ius Medicinae
Edyta	Żaczekiewicz	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Michałowice

**NAJPIERW MIESZKANIE
RZECZNICTWO OPARTE O DOWODY**



ISBN: 978-83-936983-03

Wydawca: Kamiliańska Misja Pomocy Społecznej

Opracowanie, redakcja, korekta, skład: Anna Suska, Agnieszka Cieplak Kamiliańska Misja Pomocy Społecznej

Projekt graficzny: www.ewa-bj.pl

Publikacja powstała w ramach projektu „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte o dowody” realizowanego przez Fundację Ius Medicinæ w Programie Obywatele dla Demokracji finansowanym ze środków EOG.

Strona projektu: www.czynajpierwmieszkanie.pl