



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXXI (3/2024)

nadesłany: 22.08.2024 r. – przyjęty: 16.10.2024 r.

Marta MIKOŁAJCZYK*

Zaburzenia poznawcze a bezdomność

Cognitive decline and homelessness

Abstrakt

Cel. Celem artykułu jest ukazanie problematyki bezdomności w kontekście zaburzeń poznawczych. W Polsce jest to temat stosunkowo rzadko omawiany, choć ze względu na starzenie się społeczeństwa, w tym populacji osób doświadczających kryzysu bezdomności, wymaga zainteresowania decydentów odpowiedzialnych za kształt polityki i pomocy społecznej.

Metody i materiały. W artykule dokonano przeglądu istniejących już opracowań. Ponieważ polska literatura przedmiotu nie dostarcza bogatego materiału na temat zaburzeń poznawczych wśród osób bezdomnych, odwołano się do badań wykonanych za granicą, przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i w Kanadzie.

Wyniki i wnioski. Z zebranych danych wynika, że zaburzenia poznawcze mogą prowadzić do bezdomności oraz jej towarzyszyć. Ponadto wydłużają czas trwania bezdomności i opóźniają proces wychodzenia z niej. Zauważono także, że im dłużej dana osoba pozostaje

* e-mail: mmikolajczyk@aps.edu.pl

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Instytut Pedagogiki,
Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa, Polska

The Maria Grzegorzewska University, Institute of Pedagogy, Szczęśliwicka 40,
02-353 Warszawa, Poland

ORCID: 0000-0002-7920-8503

je bez bezpiecznego, permanentnego miejsca do życia, tym bardziej jest narażona na ryzyko wystąpienia symptomów otępiennych. Dłuższe przebywanie w bezdomności zwiększa prawdopodobieństwo pogorszenia się zdrowia fizycznego i psychicznego, a wraz ze stażem pozostawania w kryzysie bezdomności subiektywna ocena zdrowia u osób bezdomnych wyraźnie spada. Jednoczesne doświadczanie zaburzeń poznawczych i bezdomności jest poważnym zagrożeniem dla jednostki, bo utrudnia jej funkcjonowanie na wielu płaszczyznach. Niezbędne jest prowadzenie działań profilaktycznych, naprawczych i redukujących szkody. Wymagają one odpowiedniego przygotowania przedstawicieli służb społecznych, zwłaszcza pracowników socjalnych zatrudnionych w placówkach dla osób bezdomnych.

Słowa kluczowe: bezdomność, kryzys, zaburzenia poznawcze, osoby starsze, osoby w kryzysie bezdomności.

Abstract

Aim. The aim of the paper is to present the issue of homelessness in the context of cognitive disorders. In Poland, it is relatively rarely discussed, although due to the aging of society, including the population of people experiencing a homelessness crisis, it requires the attention of decision-makers responsible for policy and social assistance.

Methods and materials. The article reviews existing studies. Due to the fact that Polish literature on the subject does not provide extensive material on cognitive disorders among homeless people, reference was made to research carried out abroad, mainly in the United States of America and Canada.

Results and conclusion. The collected data shows that cognitive disorders may lead to and accompany homelessness. Moreover, they extend the duration of homelessness and delay the process of getting out of it. It has also been noted that the longer a person remains without a safe, permanent place to live, the greater the risk of developing dementia symptoms. In turn, remaining in homelessness for an extended time increases the likelihood of deterioration of physical and mental health, and with the length of time in the homeless crisis, the subjective assessment of the health of homeless people clearly shows a decrease. Experiencing cognitive impairment and homelessness at the same time poses a serious threat to the individual, making it difficult to function on many levels. It is necessary to carry out adequate preventive, assistance, and harm reduction activities. They require the appropriate preparation of representatives of social services, especially social workers employed in facilities for homeless people.

Keywords: homelessness, crisis, cognitive decline, elderly person, person in crisis of homelessness.

Wprowadzenie

Jak pokazują wstępne wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 roku, o 5 punktów procentowych zwiększył się udział ludności w wieku produkcyjnym (z 16,9% do 21,8%). W ciągu dziesięciu lat przybyło ponad 1,8 miliona osób w wieku 60–65 lat i starszych, a więcej niż co piąty mieszkaniec Polski ma ponad 60 lat (Główny Urząd Statystyczny, 2021). Szacuje się, że w 2060 roku udział osób w wieku 80 lat i więcej w całej ludności w Polsce wyniesie 12% (Chabior, Fabiś, Wawrzyniak, 2014).

Starzenie się odnosi się także do populacji osób w kryzysie bezdomności. Tendencja ta zauważalna jest od początku lat dwutysięcznych. Analizy cyklicznie wykonywane na Pomorzu pokazały, że w latach 2003, 2005 i 2007 średnia wieku osoby bezdomnej była co rok wyższa i wynosiła odpowiednio 47, 48 i 49 lat (Dębski, 2008a). Jak wynika z ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych opublikowanego w czerwcu tego roku przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, wiek największej liczby osób bez dachu nad głową mieści się w przedziale 41–60 lat. Drugą najlicniejszą grupę stanowią ci, którzy przekroczyli 60. rok życia (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 2024).

Starzenie się osób bezdomnych niesie za sobą poważne skutki. Po pierwsze, osłabia możliwości powrotu zarówno na rynek pracy, jak i ku „domności”. Po drugie, może wpływać na pogorszenie się stanu zdrowia, w tym na wystąpienie zaburzeń poznawczych. Co ważne podkreślenia, już w pierwszej dekadzie XXI wieku personel placówek dla osób bezdomnych coraz częściej odnotowywał przypadki otępienia (Dębski, 2008b). Pomimo to prawie 70% osób niemających własnego schronienia uważało siebie za dbających o zdrowie, a ponad 55% oceniło jego stan jako bardzo dobry lub dobry (Dębski, 2008b).

Fakt, że osoby bezdomne są coraz starsze, staje się poważnym wyzwaniem dla pracy socjalnej oraz polityki społecznej. Dodatkowo trzeba pamiętać, że ich populacja się zwiększa. Szacuje się, że w 2024 roku wynosi ona 31 042 osoby, podczas gdy w 2019 roku było to 30 330 osób (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 2019).

Celem artykułu jest próba przyjrzenia się bezdomności w kontekście zaburzeń poznawczych. Problematyka ta jest raczej niszowa. Prezentowany materiał ukazuje powiązania pomiędzy dysfunkcjami poznawczymi a utratą dachu nad głową i próbuje odpowiedzieć na pytanie, które z nich jest przyczyną, a które zjawiskiem towarzyszącym.

Przyczyny kryzysu bezdomności

Bezdomność możemy rozpatrywać w odniesieniu do całej populacji osób jej doświadczających, a także w odniesieniu do sytuacji poszczególniej jednostki. Na taki dualizm

zwrócił uwagę Andrzej Przymeński, który podkreślił, że jest ona zarówno złożonym zjawiskiem społecznym, jak i osobowościowym stanem bezdomnego człowieka (Przymeński, 1997). Stan ten ma swoje przyczyny. Z krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu wynika, że rzadko prowadzi do niego jedno konkretne wydarzenie. Czasami może być skutkiem nagłych klęsk żywiołowych, ale zwykle jest to spłot różnych czynników, zależnych i niezależnych od aktywności podejmowanych przez daną osobę.

Według badań przygotowanych na zlecenie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych w 2017 roku trzema najczęstszymi przyczynami utraty dachu nad głową były: eksmisja, wymeldowanie (45%), konflikty rodzinne (36,39%) oraz uzależnienie (29,2%). Dwa lata później zaś: konflikty rodzinne, uzależnienia (głównie od alkoholu) i eksmisje. Dotyczyły one odpowiednio 32%, 28% i 26% badanych. W dalszej kolejności wymieniano rozpad związku (18%) i zadłużenie (17%). Co ciekawe, przyczyny związane ze stanem zdrowia, czyli choroba i zaburzenia psychiczne inne niż uzależnienia, dotyczyły jedynie 4% bezdomnych osób. Tegoroczny raport wskazuje zaś na uzależnienie od alkoholu (19%), konflikt rodzinny (17%) i eksmisję lub wymeldowanie z mieszkania (11%). Stan zdrowia i niepełnosprawność dotyczyły 7% badanych (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 2017, 2019, 2024).

Kwestie zdarzeń przyczyniających się do wejścia w bezdomność są już dość dobrze rozpoznane zarówno w krajowej, jak i zagranicznej literaturze. Wśród rodzimych opracowań można wskazać typologię przyczyn wyróżnioną przez Monikę Oliwę-Ciesielską i A. Przymeńskiego. Autorzy podzielili je na dwie główne kategorie. Do pierwszej włączyli czynniki mikrospołeczne obejmujące:

- socjalizację w grupach pierwotnych – pólseroctwo, ucieczki z domu spowodowane przemocą, niskie wykształcenie i status materialny rodziców, ich uzależnienia i kryminalna przeszłość;
- sytuacje rodzinne dotyczące rodziny pochodzenia i prokreacji – konflikty, brak wsparcia, rozwód, separacja, ucieczki kobiet z dziećmi przed przemocą;
- pozyskiwanie środków na utrzymanie – bezrobocie, brak stałej pracy, stan zdrowia uniemożliwiający podjęcie zatrudnienia;
- czynniki mikroprawne – eksmisje, wyrzucenie z domu, brak zameldowania;
- sposób życia – choroba alkoholowa, pobyt w zakładzie karnym, prace sezonowe, które nie dają stabilizacji;
- stan zdrowia – choroby, niepełnosprawność intelektualna, brak opieki.

Do drugiej grupy zaliczono czynniki makrospołeczne, w tym:

- konkurencyjny rynek pracy – pogorszenie warunków zatrudnienia osób o słabej pozycji na rynku pracy;

-
- deficyt lokali mieszkalnych dostępnych dla ludzi ubogich – brak lokali socjalnych;
 - przewaga strukturalnych mechanizmów wykluczania społecznego nad mechanizmami społecznej reintegracji dotycząca wychowanków domów dziecka czy osób przebywających w zakładach karnych;
 - luki w systemie zabezpieczenia społecznego – brak gwarancji dotyczącej minimalnego poziomu życia (Oliwa-Ciesielska, Przymeński, 2010).

Wymienione przyczyny wymagają refleksji. Po pierwsze, warto mieć na względzie fakt, że niektóre z nich mogą występować jednocześnie i mogą też wzajemnie się warunkować. Przykładowo eksmisje wyodrębnione w ministerialnych raportach nie były samymi w sobie przyczynami opuszczenia mieszkania. Zapoczątkowała je niemożliwość systematycznego opłacania czynszu*. Ta z kolei mogła wynikać z ubóstwa, utraty pracy, niskiego poziomu wykształcenia, braku kwalifikacji zawodowych czy pogorszonego stanu zdrowia. Jak uważa Adam Lech, w większości przypadków można mówić o „[...] spotkaniu się przyczyn indywidualnych z niekorzystnymi okolicznościami zewnętrznymi, niezależnymi od jednostek” (Lech, 2007, s. 70).

Po drugie, niejednokrotnie trudno jest stwierdzić, które wydarzenia faktycznie można uznać za przyczyny bezdomności, a które za zjawiska podtrzymujące ją. Jako egzemplifikację Anna Duracz-Walczak podaje sytuacje osób, które z powodu wieku, niepełnosprawności fizycznej i intelektualnej, przewlekłej choroby (także psychicznej) oraz uzależnień od substancji zmieniających świadomość nie są w stanie kierować własnym życiem. W ich przypadku wchodzenie w bezdomność przeplata się z jej skutkami (Duracz-Walczak, 2002).

Po trzecie, warto popatrzeć na powody utraty dachu nad głową przez pryzmat płci. W całej populacji osób bezdomnych przeważają mężczyźni. W Polsce stanowią oni 80% osób nieposiadających schronienia. Między innymi z tego powodu większość badań koncentruje się na sytuacji mężczyzn. Literatura na temat kobiecej bezdomności nadal pozostawia duży niedosyt, choć tematyka jest coraz częściej nagłaśniana**. Z dostępnych analiz wynika, że przyczyny bezdomności są podobne u kobiet i u mężczyzn, jednak występują z inną częstością. Kobiety zwykle wskazywały na eksmisję,

* Więcej przykładów współwystępowania i współzależności zdarzeń prowadzących do bezdomności można znaleźć np. w opracowaniu M. Oliwy-Ciesielskiej *Piętno nieprzypisania: Studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych* (Oliwa-Ciesielska, 2004).

** O potrzebie badania kobiecej bezdomności mówiono m.in. podczas konferencji *Pokonać bezdomność*, zorganizowanej w dniach 27–28 listopada 2023 roku przez Ogólnopolską Federację na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności i Zakład Profilaktyki Społecznej i Pracy Socjalnej z Instytutu Pedagogiki Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.

a także na doświadczanie przemocy domowej i konflikty rodzinne (Mikołajczyk, 2018; Bretherton, Mayock, 2021). Częste było też nadużywanie środków odurzających (alkoholu i narkotyków) zarówno przez same kobiety, członków ich rodzin lub inne osoby ze środowiska społecznego (Choi, Synder, 1999).

Po czwarte, przyczyny bezdomności mogą zmieniać się na przestrzeni lat. Jak zaznacza Beata Szluz, „[...] część z nich schodzi na dalszy plan, a pojawiają się nowe” (Szluz, 2010, s. 46). Konstatacja ta odnosi się np. do uzależnienia od hazardu, które wyodrębniono w ministerialnym badaniu dopiero w 2019 roku (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 2019).

W tym miejscu warto przytoczyć analizy przyczyn bezdomności w USA wykonane na przestrzeni prawie pięćdziesięciu lat, pomiędzy 1970 a 2019 rokiem. Ich autorzy wzięli pod uwagę treści z 80 artykułów o charakterze empirycznym opisujących predyktory przyczyniające się do bezdomności w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Zauważyli oni m.in. że przestępczość, początkowo odnotowywana bardzo często, z czasem zaczęła otrzymywać coraz mniej wskazań. Współcześnie zaś największy wzrost wystąpił w przypadku używania substancji psychoaktywnych (alkoholu i narkotyków), chorób psychicznych (do których zaliczono wszelkie wyniszczające choroby utrudniające codzienne funkcjonowanie, w tym zespół stresu pourazowego PTSD, schizofrenię, psychozy, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia lękowe i depresję), jak również bezrobocia i ubóstwa (niskie dochody, utrata pracy, życie na poziomie ekonomicznym niższym niż średni) (Giano i in., 2020).

Wreszcie po piąte, systematyczne badanie przyczyn bezdomności ma istotne praktyczne zastosowanie. Rozpoznanie ich powinno być wykorzystane przy projektowaniu działań pomocowych i zapobiegających bezdomności, przy kształtowaniu adekwatnej polityki społecznej (w tym mieszkaniowej, pomocy społecznej czy pracy socjalnej).

Zaburzenia poznawcze u osób w kryzysie bezdomności – przyczyna czy skutek?

Literatura przedmiotu dostarcza niewielu informacji na temat stanu zdrowia osób pozabawionych własnego schronienia (Bielerzewska i in., 2011). W nielicznych dostępnych źródłach podkreśla się szereg zaniedbań i schorzeń fizycznych, takich jak choroby pasożytnicze skóry, owrzodzenia (Dalkowska, Furga, 2023), a także gruźlica, nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, choroby układu pokarmowego czy nowotwory (Lech, 2007; Chwaszcz, 2008). Opracowania dotyczące szeroko rozumianej kondycji psychicznej są znikome, a ponadto wymagają aktualizacji.

Z badań wykonanych przez Sławomira Sidorowicza pod koniec lat 90. XX wieku wynika, że blisko 90% osób bezdomnych cierpiało na zaburzenia psychiczne, w tym

choroby psychiczne, zaburzenia osobowości i uzależnienie od alkoholu (Sidorowicz, 1997). Z kolei według ks. Jana Śledzianowskiego do chorób psychicznych, w tym nerwicy, depresji, schizofrenii, epilepsji, lęków i urojeń przyznało się prawie 11% mieszkańców schronisk (Śledzianowski, 2006).

Zaburzenia poznawcze, rozumiane jako zaburzenia pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, zdolności uczenia się czy dokonywania wyborów (Bilikiewicz, Matkowska-Białko, 2004) przy charakterystyce osób bezdomnych rzadko są wyodrębniane jako osobna jednostka chorobowa. Taki stan rzeczy może wynikać z przynajmniej trzech powodów. Pierwszym są ograniczone możliwości osób nieposiadających własnego schronienia korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, co wynika z braku uprawnień (brak ubezpieczenia zdrowotnego). Osoby te nie mają też środków finansowych pozwalających na skorzystanie z komercyjnych usług medycznych. Brak dostępu do specjalistów (albo dostęp sporadyczny) powoduje trudności w postawieniu trafnej diagnozy. Z tym wiąże się drugi powód – choroby otępienne bywają mylone z depresją. Wykazano, że mogą one współwystępować, być fałszywie rozpoznawane albo też objawy depresji mogą wyprzedzać wystąpienie zaburzeń poznawczych (Bilikiewicz, Matkowska-Białko, 2004). Po trzecie, zdarza się, że osoby oceniające zaburzenia bezdomnych klientów nie mają specjalistycznego przygotowania (Lech, 2007). Ta sytuacja może dotyczyć np. pracowników organizacji pozarządowych bez przeszkolenia z zakresu psychiatrii czy psychopatologii. Istnieją badania, które pokazują, że kadre placówek dla osób bezdomnych tworzą głównie pracownicy socjalni i księgowi. Brakuje funduszy na etaty dla psychologów, specjalistów terapii uzależnień i psychiatrii. Spośród 45 przebadanych placówek tylko w czterech zatrudniano psychiatrę, przy czym średni czas jego pracy wyniósł niecałe dwie godziny (Bielerzewska i in., 2011).

Kwerenda literatury wydanej za granicą dostarcza nieco szerszego, jednak wciąż niezbyt pełnego, obrazu problematyki zaburzeń poznawczych wśród dorosłej populacji osób w kryzysie bezdomności. Użyty tu termin „dorosłej” odnosi się do badanych, którzy ukończyli 50. rok życia. Wśród autorów zajmujących się omawianą tematyką nie ma zgodności co do wieku, w którym zaczyna się starość osób bezdomnych. Jay Sokolovsky i Carl Cohen twierdzą, że mężczyźni powyżej 50. roku życia, którzy od lat doświadczają kryzysu, mierzą się z niepełnosprawnością fizyczną i psychiczną oraz uskarżają się na problemy zdrowotne, w tym zaburzenia poznawcze, porównywalne z grupą starszą o 10–20 lat. Ponadto wielu z nich postrzega swoje życie za zakończone. Autorzy uważają także, że osoby w wieku 50 lat i starsze mają niewielkie szanse na pokonanie bezdomności (Cohen, Sokolovsky, 1989).

Wnioski płynące z różnych badań wskazują, że populacja osób bezdomnych częściej doświadcza wyższego poziomu upośledzenia funkcji poznawczych niż przedstawiciele populacji ogólnej. Szacuje się, że w Oakland jest on nawet trzy do czterech razy

wyższy. Z analiz wykonanych wśród weteranów wojennych* wynika, że występowanie choroby Alzheimera lub innego zespołu otępiennego było wyższe u tych, którzy byli bezdomni lub zagrożeni bezdomnością (Booth, Dasgupta, Forchuk, Shariff, 2024).

Wśród czynników prowadzących do upośledzenia funkcji poznawczych u osób bezdomnych wymienia się: choroby współistniejące, takie jak choroby naczyniowe, używanie substancji psychoaktywnych (najczęściej alkoholu), urazowe uszkodzenie mózgu, zaburzenia neurorozwojowe i choroby psychiczne (Backer, Howard, 2007; Hurstak i in., 2017). Jednocześnie podkreśla się wpływ niekorzystnych wydarzeń życiowych na funkcjonowanie poznawcze osób, które utraciły mieszkanie, na przykład na skutek eksmisji (Crane, Warnes, 2001). Pojawia się zatem pytanie o to, co występuje najpierw: czy bezdomność powoduje zaburzenia poznawcze, czy też zaburzenia poznawcze doprowadzają do utraty mieszkania?

Według danych z USA ponad połowa osób doświadczających bezdomności ukończyła 50. rok życia. Co ciekawe, obserwuje się, że nie wszyscy utracili domy na skutek dramatycznych wydarzeń rodzinnych i jednostkowych związanych z uzależnieniami, przemocą, chorobami psychicznymi i zaburzeniami poznawczymi. Coraz częściej przyczyn bezdomności, właśnie wśród starszych Amerykanów, można dopatrywać się w czynnikach społeczno-ekonomicznych, takich jak życie w nieodpowiednich warunkach, niewielkie wsparcie rodziny i społeczności oraz niski poziom bezpieczeństwa socjalnego (Piña-Escudero i in., 2021).

Do innych wniosków dochodzą jednak badacze z Kanady. Z przeprowadzonych przez nich analiz wynika, że zaburzenia zdrowia psychicznego i zaburzenia funkcji poznawczych przed doświadczaniem bezdomności były odnotowywane niemal u połowy starszych bezdomnych mężczyzn. Do najczęściej diagnozowanych zaliczono: zaburzenia psychotyczne, afektywne i demencję. Zwrócono także uwagę na stosunkowo wysoki odsetek (37%) tych, którzy nigdy wcześniej nie byli diagnozowani, a w momencie prowadzenia eksploracji doświadczali zarówno kryzysu bezdomności, jak i zaburzeń poznawczych. Jednocześnie podkreślono zmiany rozpoznania jednostki chorobowej. Po sześciomiesięcznym pobycie w szpitalu nową diagnozę dostało ponad 36% pacjentów. Początkowo orzeczoną depresję finalnie zidentyfikowano jako zaburzenia poznawcze (Joyce, Limbos, 2009).

Pytanie postawione w podtytule tej części artykułu jest trudne. Z badań wykonanych dotychczas wynikają sprzeczne odpowiedzi. Choć powiązania pomiędzy kryzysem bezdomności a zaburzeniami poznawczymi są widoczne, to nie można jednoznacznie wskazać, który ze stanów jest pierwotny wobec drugiego. Zagadnienie to prawdopodobnie nie doczeka się klarownego, wiążącego rozstrzygnięcia. Trajektorie losów osób

* W Stanach Zjednoczonych Ameryki weterani wojenni są dużą, odrębną grupą osób doświadczających bezdomności (por. Levinson, Ross, 2007).

pozbawionych własnego schronienia są na tyle zróżnicowane, że zawsze znajdują się przypadki przeczące opublikowanym statystykom.

Bezdomność jest uznawana za skrajnie trudną sytuację życiową, zagrożenie naruszające byt człowieka (Podgórska-Jachnik, 2014) i najcięższą formę wykluczenia społecznego (Dobrzeńcki-Łukasiewicz, 2023). Wymaga ona, oprócz namysłu nad jej przyczynami, poszukiwania skutecznych rozwiązań w jej zapobieganiu i ograniczaniu skutków. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób bezdomnych jednocześnie doświadczających niepełnosprawności, różnego typu zaburzeń czy uzależnień.

Pomoc osobom w kryzysie bezdomności i z zaburzeniami poznawczymi

Osobom, u których rozpoznano zaburzenia otępienne oraz inne zaburzenia funkcji poznawczych, niezbędne jest udzielenie adekwatnej i kompleksowej pomocy. Za najważniejszą uważa się zapewnienie schronienia lub opieki całodobowej w odpowiednich instytucjach, a także wsparcie psychologiczne, prawne i praca socjalna (Drobnik i in., 2010). Listę tę można rozszerzyć o odpowiednie zasiłki z pomocy społecznej. Wszystkie te działania wydają się niezbędne, gdy wymienionym zaburzeniom towarzyszy doświadczanie bezdomności.

W obecnym systemie pomocy nadal za mało jest placówek, które równoległe zapewniałyby bezpieczne schronienie i dostęp do specjalistów, takich jak lekarze (zwłaszcza psychiatry), terapeuci uzależnień czy pielęgniarki. Od kilku lat funkcjonują schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi. Zgodnie z postanowieniami *Ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej*, znowelizowanej w 2023 roku, mogą w nich przebywać osoby, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej, ale nie całodobowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych (*Obwieszczenie*, 2023, art. 48 a.2b). Po pobycie w nich klient może zamieszkać w domu pomocy społecznej, jednak w takim przypadku nie może on przebywać w schronisku dłużej niż cztery miesiące. Praktyka opuszczenia placówki dla osób bezdomnych i przeniesienia się do DPS nie jest wcale częsta. Z raportu diagnozującego sytuację osób bezdomnych w Warszawie wynika, że dotyczyła ona jedynie 1,7% beneficjentów (*Diagnoza sytuacji osób doświadczających...*, 2022). Dla tych zaś, którzy potrzebują opieki całodobowej, niezbędne będą miejsca w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych. Także i to działanie nie jest częste – w 2021 roku odnotowano, że w Warszawie umieszczenie bezdomnego klienta w DPS lub ZOL odbyło się tylko 12 razy (*Diagnoza sytuacji osób doświadczających...*, 2022).

Od wielu lat trwają dyskusje na temat różnych form pomocy osobom pozbawionym własnego schronienia. Coraz częściej pojawiają się głosy krytykujące model tra-

dycyjny, tzw. drabinkowy. Polega on na przechodzeniu klienta poprzez różne szczeble wsparcia: od streetworkingu, poprzez noclegownie, schroniska, mieszkania treningowe, aż do mieszkania socjalnego czy komunalnego. Zwraca się uwagę, że taka droga jest czasochłonna i w rezultacie zniechęcająca (por. np. Olech, 2011).

W nowelizacji ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, obowiązującej od 1 listopada 2023 roku, znalazł się zapis dotyczący prawa osób w kryzysie bezdomności do wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym. Prawo to przysługuje ze względu na wiek, niepełnosprawność lub chorobę także osobom z zaburzeniami psychicznymi czy opuszczającym pieczę zastępczą. Ustawodawca zaznacza jednak, że nie dotyczy ono tych, którzy wymagają opieki całodobowej, a jedynie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Oznacza to, że przy dużym nasileniu objawów otępienych osoby w kryzysie bezdomności nie będą mogły korzystać z tej formy wsparcia. W mieszkaniach treningowych świadczone są usługi bytowe, praca socjalna oraz nauka rozwijania lub utrwalania niezależności i sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną w celu umożliwienia prowadzenia niezależnego życia. Z kolei w mieszkaniach wspomaganym świadczy się usługi bytowe, pracę socjalną oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu i realizacji kontaktów społecznych w celu utrzymania lub rozwijania niezależności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości. Ustawodawca zaznacza jednak, że mieszkanie wspomagane jest przeznaczone w szczególności dla osoby z niepełnosprawnością fizyczną lub z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chorej (*Obwieszczenie*, 2023, art. 53.1, 53.4–6). Warto zaznaczyć, że zaburzenia poznawcze nie zostały uznane za osobną przesłankę uprawniającą do ubiegania się o któreś z mieszkań, choć mieszczą się w ich katalogu. Obecnie nie ma jeszcze opracowań, które prezentowałyby doświadczenia klientów i specjalistów z korzystania i organizowania opisanych usług.

Umieszczanie osób w kryzysie bezdomności w kameralnych lokalach wpisuje się w coraz silniejszy trend deinstytucjonalizacji. Ponadto nawiązuje ono do metody wsparcia alternatywnej wobec drabinkowej, czyli „najpierw mieszkanie” (*housing first*, HF). Takie działania zapoczątkowano w Nowym Jorku w latach 90. XX wieku. Zakładają one pomoc osobom chronicznie doświadczającym bezdomności, które jednocześnie mają zaburzenia psychiczne i są uzależnione od substancji psychoaktywnych (więc potencjalnie także mają zaburzenia poznawcze). Pomoc obejmuje pobyt klienta w mieszkaniu (nie placówce) i wsparcie 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu udzielane przez psychiatrę, lekarzy innych specjalności, pielęgniarzy, doradcę zawodowego czy pracownika socjalnego. Należy zaznaczyć, że o częstotliwości i zakresie współpracy z profesjonalistami decyduje sam klient. Badania nad skutecznością metody HF prowadzone w USA czy Kanadzie pokazują, że osoby nią objęte częściej niż osoby będące w tradycyjnych programach podejmowały leczenie, rzadziej były hospitalizowane, pozytywnie widziały

swoją przyszłość i były w stanie utrzymać się w stabilnej sytuacji mieszkaniowej (Olech, 2011). Metoda ta jest już też praktykowana w Polsce, chociaż nie zawsze wdrażana jest w sposób odpowiadający oryginałowi. Zdarza się, że dostęp do usług medycznych jest ograniczony do jednej wizyty w tygodniu albo że mieszkania nie są w pełni wyposażone. Jednak wobec optymistycznych rezultatów zza granicy warto testować ją i rozwijać.

Kwestia zagwarantowania bezpiecznego miejsca pobytu przy jednoczesnym specjalistycznym wsparciu osób bezdomnych i z zaburzeniami poznawczymi jest omawiana i rekomendowana w wielu krajach. Przykładowo w Kanadzie, oprócz powyższego, zaleca się tworzenie specjalistycznych programów opieki środowiskowej (w tym wzmocnienie roli pielęgniarek środowiskowych) w celu wzmocnienia integracji klientów ze społecznością lokalną (Daiski, 2007). Niezbędne są też działania przeciwdziałające stereotypizacji, na przykład kampanie społeczne. Ważne jest informowanie z jednej strony o objawach chorób otępiennych, z drugiej zaś o tym, że bezdomność nie jest wyborem. W tym miejscu warto odnieść się do sytuacji, w której osoba z zaburzeniami poznawczymi opuszcza dom i nie jest w stanie do niego wrócić. Nie istnieją dane pokazujące skalę tego zjawiska, jednak taki scenariusz wchodzenia w bezdomność wydaje się prawdopodobny. Sposobem na jego zatrzymanie może być przygotowanie przez członków rodziny lub przedstawiciela służb społecznych karty ICE (w postaci zawieszzonego na szyi łańcuszka, kartki dołączonej do dokumentów czy zapisanego w telefonie numeru do kogoś bliskiego). By jednak było to możliwe, dana osoba musi otrzymywać wsparcie od najbliższych albo być klientem ośrodka pomocy społecznej.

Wśród zadań, a jednocześnie wyzwania dla praktyki pracy socjalnej wobec klientów doświadczających jednocześnie bezdomności i zaburzeń poznawczych jest też prowadzenie działań profilaktycznych. Chodzi tu o wzmocnienie roli pracowników socjalnych, organizatorów społeczności lokalnej, a także pielęgniarzy i pielęgniarek, którzy byliby w stanie rozpoznawać ryzyko zarówno rozwijających się zaburzeń neurodegeneracyjnych, jak i syndromu bezdomności (np. zadłużeń czynszowych). Niezbędne jest tu jednak ich odpowiednie przygotowanie. Samo rozpoznawanie symptomów zaburzeń poznawczych może też być prowadzone w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności. David P. Joyce i Marjolaine Limbos postulują wdrażanie specjalnych programów do oferty placówek, które polegałyby na prowadzeniu krótkich badań przesiewowych (Joyce, Limbos, 2009). Według nich ważne jest także zapewnienie dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług świadczonych na poziomie lokalnej społeczności.

Niektóre z przytoczonych działań wybiegają poza kompetencje pracownika socjalnego i wymagają współpracy pomiędzy sektorem opieki zdrowotnej a pomocą społeczną (czy też szerzej – polityką społeczną, w tym mieszkaniową), przy zaangażowaniu społeczności. Choć mogą się wydawać trudne, powinny być nagłaśniane i dyskutowane. Ze względu na alarmujące prognozy demografów dotyczące starzenia się istnieje ryzyko, że ich wdrażanie stanie się pilne i obligatoryjne.

Zakończenie

Poruszone w artykule treści są jedynie szkicem dość słabo rozpoznanej problematyki zaburzeń poznawczych wśród osób w kryzysie bezdomności. Choć opracowań naukowych jest na ten temat niewiele, nie oznacza to, że może on być pomijany. Starzenie się populacji osób bezdomnych, tak samo jak całego polskiego społeczeństwa, jest faktem. Można więc zakładać, że poziom występowania chorób otępiennych będzie się zwiększać. Niezbędne jest więc uwzględnienie go w programach pomocowych realizowanych w ramach polityki społecznej.

Wyniki eksploracji wykonanych w Kanadzie i USA ukazują, że zaburzenia poznawcze wydłużają czas trwania bezdomności i mogą opóźniać wychodzenie z niej. Jednocześnie dłuższe pozostawanie bez bezpiecznego, permanentnego miejsca do życia może przyczynić się do rozwoju symptomów otępiennych (Hurstak i in., 2017). Podobny wniosek wyciągają także polscy badacze. Według nich dłuższe przebywanie w bezdomności zwiększa prawdopodobieństwo utraty zdrowia fizycznego i psychicznego. Dodatkowo, po czterech latach w kryzysie bezdomności subiektywna ocena zdrowia osób bezdomnych wyraźnie spada (Bielerzewska i in., 2011). Warto też zaznaczyć, że zaburzenia poznawcze utrudniają podejmowanie decyzji, ustalanie priorytetów, planowanie działań i konsekwentne ich realizowanie. Z tego powodu dla niektórych klientów poruszanie się w strukturach pomocowych (ośrodki pomocy społecznej, placówki dla bezdomnych, jadłodajnie, poradnie, przychodnie) w celu poprawy sytuacji życiowej jest szczególnie trudne (Hurstak i in., 2017).

Przedstawiony artykuł stanowi przyczynek do dyskusji na temat zaburzeń poznawczych wśród osób doświadczających kryzysu bezdomności. Dalszych rozważań i działań wymagają kwestie zbadania skali zjawiska, uwrażliwienia i przygotowania personelu placówek dla osób bezdomnych do wstępnego rozpoznawania zaburzeń, a także uściślenia współpracy i wymiany informacji pomiędzy sektorem pozarządowym, służbą zdrowia oraz jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.

Bibliografia

- Backer, T. E., Howard, E. A. (2007). Cognitive impairments and the prevention of homelessness: Research and practice review [Zaburzenia poznawcze i zapobieganie bezdomności: przegląd badań i praktyki]. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3–4), 375–388. DOI: 10.1007/s10935-007-0100-1.
- Bielerzewska, K., Chojnacka, M., Kocyłowska, A., Kruk, M., Sawicka, A., Sochocki, M. J., Stefaniak-Łubianka, M. (2011). Raport Grupy Eksperckiej ds. Zdrowia. W: R. Stenka (red.), *Raport z fazy diagnozy: Kondycja i dobre praktyki pomocy*

-
- ludziom bezdomnym w sześciu obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja (ss. 273–316). Gdańsk: Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.
- Bilikiewicz, A., Matkowska-Białko, D. (2004). Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja. *Udar Mózgu: Problemy Interdyscyplinarne*, 6(1), 27–37.
- Booth, R. G., Dasgupta, M., Forchuk, C., Shariff, S. Z. (2024). Prevalence of dementia among people experiencing homelessness in Ontario, Canada: A population-based comparative analysis [Rozpowszechnienie demencji wśród osób bezdomnych w Ontario w Kanadzie: analiza porównawcza oparta na populacji]. *International Journal of Population Data Science*, 9(5). DOI: 10.23889/ijpds.v9i5.2482.
- Bretherton, J., Mayock, P. (2021). *Women's homelessness: European evidence review* [Bezdomność kobiet: Przegląd danych europejskich]. Brussels: FEANTSA. DOI: 10.15124/yao-3xhp-xz85.
- Chabior, A., Fabiś, A., Wawrzyniak, J. K. (2014). *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Choi, N. G., Snyder, L. J. (1999). *Homeless families with children: A subjective experience of homelessness* [Bezdomne rodziny z dziećmi: subiektywne doświadczanie bezdomności]. New York: Springer Publishing Company.
- Chwaszcz, J. (2008). *Osobowościowe i społeczne wyznaczniki funkcjonowania bezdomnych mężczyzn*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.
- Cohen, C., Sokolovsky, J. (1989). *Old men of the Bowery: Strategies for survival among the homeless* [Starczy z Bowery: Strategie przetrwania osób bezdomnych]. New York: Guilford Press.
- Crane, M., Warnes, A. M. (2001). Older People and Homelessness: Prevalence and Causes [Osoby starsze i bezdomność: Rozpowszechnienie i przyczyny]. *Geriatric Rehabilitation*, 16(4), 1–14.
- Daiski, I. (2007). Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities [Perspektywy osób bezdomnych dotyczące ich zdrowia i priorytetów w zakresie potrzeb zdrowotnych]. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 273–281. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04234.x.
- Dalkowska, B., Furga, A. (2023). Owrzodzenia kończyn dolnych u osób w kryzysie bezdomności. *Probacja*, 3, 283–300. DOI: 10.5604/01.3001.0053.8643.
- Dębski, M. (2008a). Kondycja zdrowotna osób bezdomnych. W: M. Dębski, S. Retowski (red.), *Psychospołeczny profil osób bezdomnych w Trójmieście* (ss. 233–267). Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Dębski, M. (2008b). Sytuacja osób bezdomnych w województwie pomorskim w świetle wyników badań socjodemograficznych. W: M. Dębski, S. Retowski (red.), *Psychospołeczny profil osób bezdomnych w Trójmieście* (ss. 32–67). Gdańsk: Uniwersytet Gdański.

-
- Diagnoza sytuacji osób doświadczających bezdomności na terenie miasta stołecznego Warszawy* (2022). Pobrane z: <https://wsparcie.um.warszawa.pl/problematyka-bezdomnosci-w-warszawie>.
- Dobrzeńiecki-Łukasiewicz, R. (2023). *Bezdomność i bezdomni w opinii społeczeństwa polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. DOI: 10.53271/2023.172.
- Drobnik, J., Susło, R., Steciwko, A., Krzesińska-Nowacka, A., Kurpas, D., Sapilak, B., Muszyńska, A. (2010). Instrumenty zabezpieczenia społecznego osób z chorobami otępiennymi na terenie Dolnego Śląska. *Family Medicine & Primary Care Review*, 12(1), 15–18.
- Duracz-Walczak, A. (2002). Przyczyny wchodzenia w bezdomność i pozostawiania bezdomnym. W: A. Duracz-Walczak (red.), *W kręgu problematyki bezdomności polskiej: Praca zbiorowa* (ss. 40–44). Warszawa – Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Bezdomnym, Regionalne Centrum Informacji i Wspomagania Organizacji Pozarządowych.
- Giano, Z., Williams, A., Hankey, C., Merrill, R., Lisnic, R., Herring, A. (2020). Forty years of research on predictors of homelessness [Czterdzieści lat badań nad predyktorami bezdomności]. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 692–709. DOI: 10.1007/s10597-019-00530-5.
- Główny Urząd Statystyczny (2021). *Informacja o wstępnych wynikach Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021*. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/spisy-powszechno/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-wstepne/informacja-o-wstepnych-wynikach-narodowego-spisu-powszechnego-ludnosci-i-mieszkan-2021,1,1.html>.
- Hurstak, E., Johnson, J. K., Tieu, L., Guzman, D., Ponath, C., Lee, C. T., Jamora, C. W., Kushel, M. (2017). Factors associated with cognitive impairment in a cohort of older homeless adults: Results from the HOPE HOME study [Czynniki związane z upośledzeniem funkcji poznawczych u bezdomnych osób starszych: wyniki badania HOPE HOME]. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 562–570. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.06.002.
- Joyce, D. P., Limbos, M. (2009). Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men: Before and after access to primary health care [Rozpoznanie zaburzeń poznawczych i chorób psychicznych u starszych osób bezdomnych: przed i po trafieniu do podstawowej opieki zdrowotnej]. *Canadian Family Physician*, 55(11), 1110–1111.
- Lech, A. (2007). *Świat społeczny bezdomnych i jego legitymizacje*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Levinson, D., Ross, M. (red.) (2007). *Homelessness handbook* [Podręcznik bezdomności]. Great Barrington: Berkshire Publishing Group.
- Mikołajczyk, M. (2018). *Rodziny bezdomnych matek: Charakterystyka i działania pomocowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

-
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2017). *Ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych – Edycja 2017*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/edycja-2017-i>.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2019). *Ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych – Edycja 2019*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/edycja-2019-i>.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2024). *Ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych – Edycja 2024*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/ogolnopolskie-badanie-liczby-osob-bezdomnych---edycja-2024>.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 kwietnia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pomocy społecznej* (2023). Dz. U. 2023.901.
- Olech, P. (2011). Metoda drabinkowa a metoda najpierw mieszkanie w rozwiązywaniu problemu bezdomności. *Forum o Bezdomności bez Lęku*, 4, 185–200.
- Oliwa-Ciesielska, M. (2004). *Piętno nieprzypisania: Studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Oliwa-Ciesielska, M., Przymeński, A. (2010). Zapobieganie bezdomności – teoretyczne i praktyczne inspiracje. *Forum o Bezdomności bez Lęku*, 2, 75–92.
- Piña-Escudero, S. D., López, L., Sriram, S., Longoria Ibarrola, E. M., Miller, B., Lanata, S. (2021). Neurodegenerative disease and the experience of homelessness [Choroby neurodegeneracyjne i doświadczenie bezdomności]. *Frontiers in Neurology*, 11, 562218. DOI: 10.3389/fneur.2020.562218.
- Podgórska-Jachnik, D. (2014). *Praca socjalna z osobami bezdomnymi*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Przymeński, A. (1997). Geografia i skala zjawiska bezdomności w Polsce. *Roczniki Naukowe Caritas*, 1, 29–56.
- Sidorowicz, S. (1997). Psychospołeczne aspekty bezdomności. W: T. Kamiński (red.), *Caritas–Bezdomność* (ss. 103–118). Warszawa: Pro Caritate.
- Szluz, B. (2010). *Świat społeczny bezdomnych kobiet*. Warszawa – Rzeszów: Bonus Liber.
- Śledzianowski, J. (2006). *Zdrowie bezdomnych*. Kielce – Wrocław: Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Akademii Świętokrzyskiej, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta.