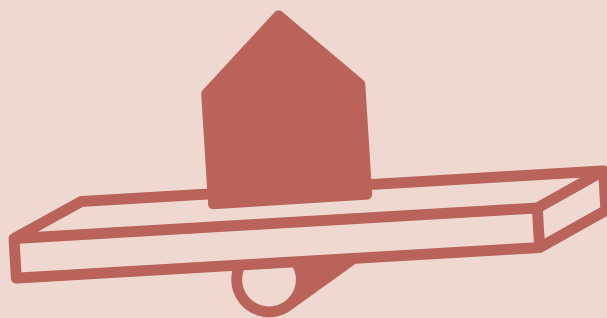
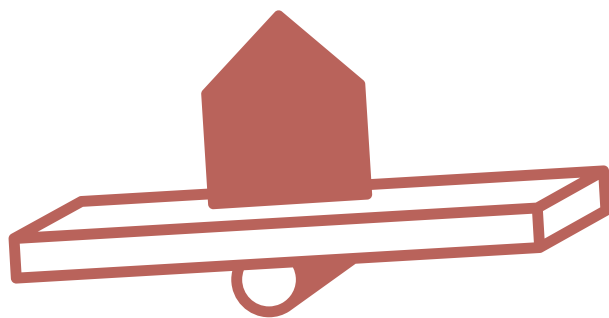

PRACA ULICZNA

Z OSOBAMI
DOŚWIADCZAJĄCYMI
ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
W SYTUACJI BEZDOMNOŚCI



PRACA ULICZNA

Z OSOBAMI
DOŚWIADCZAJĄCYMI
ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
W SYTUACJI BEZDOMNOŚCI



Praca uliczna z osobami doświadczającymi zaburzeń psychicznych w sytuacji bezdomności

Opracowanie grupa ekspercka Partnerstwo Ponadnarodowe Akademia Streetworkingu

Rozdział uzupełniający – Podręcznik Streetworkera Bezdomności

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Wsparcie udzielone przez Grupę Profesja sp. z o.o. w ramach projektu „Międzynarodowa współpraca się opłaca (...)” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Copyright ©

Cytowanie oraz wykorzystanie treści jest dozwolone z podaniem źródła

WYDAWCA:

Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta
ul. Kołłątaja 26a
50-007 Wrocław
www.bratalbert.org

OPRACOWANIE:

Paweł Ciołkowski
Marina Dombrowska
Piotr Olech
Beata Przybyśławska
Karolina Weiner

REDAKCJA

Piotr Olech

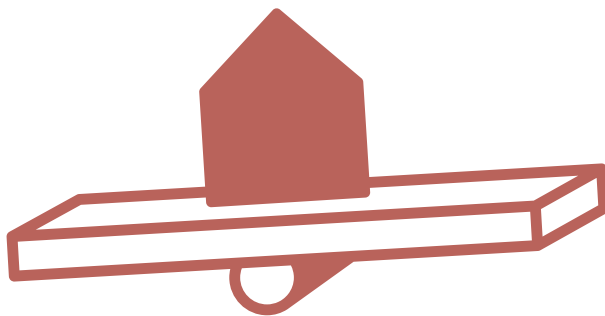
KOREKTA JĘZYKOWA

Olga Derewiecka (derewiecka.olga@gmail.com)

Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta
Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności

PRACA ULICZNA

Z OSOBAMI
DOŚWIADCZAJĄCYMI
ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
W SYTUACJI BEZDOMNOŚCI



1

Wstęp
6

2

Ewolucja podejścia do języka,
a także różnorodności osób z zaburzeniami
psychicznymi
8

3

Elementy podstawowej wiedzy
psychiatrycznej, w jaką powinien być
wyposażony streetworker
13

4

Ścieżki działania. Możliwości pomocy
psychiatrycznej dla osób w kryzysie
bezdomności ulicznej
36

5

Specyfikacja pracy streetworkera
z osobami w sytuacji bezdomności ulicznej
54

6

Rola streetworkera jako opiekuna osoby
z zaburzeniami psychicznymi
56

7

Bezpieczeństwo kontaktu

61

8

Rola i praca streetworkera
z najbliższym otoczeniem i ze społecznością
lokalną w kontekście ochrony
zdrowia psychicznego

64

9

Redukcja szkód w pracy z osobami
uzależnionymi od alkoholu

66

10

Komunikacja z klientem
w duchu Dialogu Motywującego

69

11

Metoda Najpierw Mieszkanie
jako instrument pracy streetworkerów

73

12

Zaktualizowany program szkolenia
dla streetworkera i rekomendacje do pracy

76

Bibliografia

80

Wstęp

Niniejsze opracowanie, dotyczące pracy ulicznej z osobami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, znajdującymi się w sytuacji bezdomności, stanowi rozszerzenie i uzupełnienie „Podręcznika Streetworkera Bezdomności”¹ oraz standardów streetworkingu umieszczonych w podręczniku „Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności”². Obie publikacje wydane zostały w projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” zadanie nr 4 w zakresie standaryzacji pracy z osobami bezdomnymi, w tym opracowanie Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (Model GSWB). Liderem projektu było Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, a partnerami odpowiedzialnymi za merytoryczną stronę realizacji zadania byli przedstawiciele 6. organizacji zajmujących się tematyką bezdomności: Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Związek Organizacji Sieć Współpracy

¹ Podręcznik Streetworkera Bezdomności, pod red. Dębski M., Michalska A., Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2012.

² Podręcznik Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności, pod red. Browarczyk Ł., Olech P., Stenka R., Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2014.

BARKA, Stowarzyszenie MONAR, Caritas Diecezji Kieleckiej oraz Stowarzyszenie Otwarte Drzwi.

Po kilku latach wdrażania streetworkingu w Polsce, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta oraz Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, prowadząc program szkoleniowy „Akademia Streetworkingu”, postanowiły uzupełnić dotychczasowe opracowania o kwestie związane z zaburzeniami psychicznymi. Głównym powodem było z jednej strony niewystarczające odniesienie się w podręcznikach do kwestii zdrowia psychicznego, z drugiej strony praktyczne doświadczenie pracy ulicznej z osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi. Oczywiście także osoby pracujące w charakterze streetworkerów identyfikowały i rekomendowały opracowanie materiału dotyczącego zdrowia psychicznego w kontekście bezdomności i samej pracy ulicznej. Przygotowano odrębny projekt zatytułowany „Partnerstwo Ponadnarodowe Akademia Streetworkingu”, którego głównym zadaniem było opracowanie materiału w zakresie pracy ulicznej z osobami w kryzysie bezdomności doświadczającymi zaburzeń psychicznych. Projekt realizowano w partnerstwie Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta, Pomorskiego Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności oraz partnera zagranicznego, portugalskiej organizacji AEIPS (Associação para o Estudo e Integração Psicossocial). Został powołany zespół ekspercki, w którego skład weszli Paweł Ciołkowski, Marina Dombrowska, Piotr Olech, Beata Przybysławska oraz Karolina Weiner. Zespół po okresie pracy grupowej i indywidualnej, przygotowaniu wstępnej wersji materiału, poddaniu jej konsultacjom środowiskowym oraz po zrealizowanej wizycie studyjnej w Lizbonie, ostatecznie opublikował materiał zatytułowany „Praca uliczna z osobami doświadczającymi kryzysów i zaburzeń psychicznych znajdujących się w sytuacji bezdomności”. Zdecydowano odwołać się w tytule do pracy ulicznej a nie do streetworkingu, ze względu na lepsze rozumienie tego terminu w Polsce, a jednocześnie starając się podkreślić szerszą możliwość stosowania niniejszego materiału w innych metodach pracy ulicznej, uwzględniając jednocześnie cały obszar streetworkingu. W tytule znajduje się także zarówno odniesienie do kryzysów psychicznych jak i zaburzeń psychicznych. Grupa ekspercka chciała tutaj uwzględnić zarówno sytuację pracy ulicznej z osobami doświadczającymi tymczasowego kryzysu psychicznego, spowodowanego określonymi zdarzeniami, często zewnętrznymi (np. śmierć osoby bliskiej), i jednocześnie sytuację pracy ulicznej z osobami doświadczającymi zaburzeń psychicznych. Na końcu oczywiście pojawia się odniesienie do sytuacji bezdomności, w szczególności do osób przebywających na ulicy, w przestrzeni publicznej lub w miejscach niemieszkalnych.

Ewolucja podejścia do języka, a także różnorodności osób z zaburzeniami psychicznymi

Zarówno osoby w sytuacji bezdomności jak i osoby z niepełnosprawnością intelektualną, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi doświadczają negatywnych i krzywdzących stereotypów, uprzedzeń, a nierzadko dyskryminacji. Powszechnym procesem społecznym jest stereotypizacja i stygmatyzacja grup osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Sytuacja bezdomności jak i trudności oraz kryzysy zdrowia psychicznego wiążą się z przypisywaniem przez społeczeństwo wielu negatywnych cech osobom znajdującym się w takich sytuacjach.

W obszarze bezdomności, osobom jej doświadczającym, przypisywane są negatywne określenia. Na przykład osoby w kryzysie bezdomności określane są często „menel”, „kloszard”, „pijak”, „żul”, „nędzarz”, „łazik”, „dziad”, „włóczęga”, „biedak” czy „żebrak”. Oczywiście pojawiają się także pozytywne określenia np. „włóczykij”, „obieżyświat” czy „wolny duch”. Powszechnie o osobach w bezdomności mówi się bezosobowo np. „bezdomny”, „bezdomna”, „ubogi” czy „wykluczony”, czasem także „ludzie bezdomni” lub „człowiek bezdomny”. Część osób stosuje określenia łączące osobę z sytuacją „osoba bezdomna”, „osoba uboga” czy „osoba wykluczona”. W tym ostatnim przypadku sytuacja, w której znajdują się osoby, bezdomność staje się główną

i najważniejszą częścią tożsamości osoby. Sformułowanie „osoba bezdomna” z góry nadaje jednowymiarową tożsamość, to z kolei naraża na negatywne stereotypy, uprzedzenia, a w konsekwencji dyskryminację tej grupy. Stąd tak szeroko dyskutowana i podejmowana kwestia wrażliwości językowej, także w obszarze bezdomności. Coraz częściej w literaturze, ale także w języku specjalistów, instytucji i organizacji niosących wsparcie i pomoc osobom znajdującym się w bezdomności, mówi się o „osobach w kryzysie bezdomności”, „osobach w sytuacji bezdomności”, „osobach doświadczających bezdomności” czy „osobach w bezdomności”. Możemy zatem mówić o ewolucji języka, ale także o większej wrażliwości językowej czy dostrzeganiu olbrzymiej różnorodności osób, której nie można zamknąć jednym określeniem „bezdomność”.

Jednym z obszarów, w którym relatywnie najwcześniej zwrócono uwagę na kwestie wrażliwości językowej i adekwatnego opisu sytuacji, jest sfera niepełnosprawności intelektualnej. Od lat specjaliści i eksperci zwracają uwagę na potrzebę pełnego odejścia od pojęcia „upośledzenie umysłowe”.

Wikipedia podaje „Sformułowanie <<niepełnosprawność intelektualna>> jest stosunkowo nowe, terminologia z nim związana nie jest w pełni uporządkowana, a jego zakres podlega pewnej zmienności, zależnie od aspektu, w jakim jest rozpatrywane (kryteria medyczne, społeczne, pedagogiczne).

Sama nazwa powstała na skutek trendów w pedagogice specjalnej i psychologii, mających na celu odejście od terminów stygmatyzujących osoby niepełnosprawne, takich jak używane dawniej w formalnej diagnostyce psychiatrycznej określenia debilizm, imbecyizm i idiotyzm, później upośledzenie umysłowe.

Zostały one w 1959 roku w Wielkiej Brytanii zastąpione pojęciem „subnormalności intelektualnej w stopniu niższym niż normalny i znacznie niższym”. Inne określenia, takie jak:

- oligofrenia („małomyślenie” od greckiego: ‘oligos’ – mały, ‘phrene’ – rozum),
- upośledzenie umysłowe,
- niedorozwój umysłowy,
- osłabienie rozwoju umysłowego,
- upośledzenie rozwoju psychicznego,
- zahamowanie rozwoju psychicznego,
- obniżona sprawność umysłowa,

są obecnie także uważane za wartościujące i zaleca się zastępowanie ich terminem „niepełnosprawność intelektualna”.

Należy podkreślić, że w obowiązującej klasyfikacji ICD-10 wciąż używane jest nazewnictwo „upośledzenie umysłowe” i w tej formie stosuje się je w medycynie oraz rehabilitacji. Wiąże się to z dużym rozpowszechnieniem tych wyrażen w międzynarodowej nomenklaturze, co pozwala na zrozumienie ich przez różne środowiska w wielu krajach. Warto zwrócić uwagę także na terminy, które opisywały deficyty intelektu jako będące tożsame z właściwościami psychicznymi. Takie ujmowanie zjawiska jak obniżona sprawność psychiczna sprawiły, że do dziś można spotkać osoby, dla których niepełnosprawność intelektualna jest tym samym, co choroba psychiczna.”³

W związku z funkcjonowaniem w środowiskach medycznych określenia „upośledzenie umysłowe” w naszym opracowaniu termin ten może się pojawiać i być stosowany.

Podobnie jak w przypadku niepełnosprawności intelektualnej, wokół zaburzeń widzimy zmiany w zakresie wrażliwości językowej, a jednocześnie dostrzegamy różnorodność osób i sytuacji związanych ze zdrowiem psychicznym. Oczywiście w tym obszarze ciągle istnieje wiele negatywnych stereotypów. Ciągle w naszym powszechnym języku osoby doświadczające zaburzeń są podmiotami takich określeń jak „wariat”, „czubek”, „obłąkaniec”, „szaleniec”, „świr”, „świrus”, „bzik”, „narwaniec”, „opętaniec”, „oszołom”, „paranoik”, „pomyleniec”, „postrzeleniec”, „szajbus” czy „zajob”. Co gorsze, w naszym codziennym języku stosujemy bezwiednie i bezrefleksyjnie wiele określeń utrwalających negatywne schematy i stereotypy wokół zdrowia psychicznego. Przykładem jest mówienie m.in. „to jest schizofreniczne”, „nie wariuj”, „jesteś chory psychicznie”, „szalony”, „dom wariatów”, „trzeba cię zamknąć w psychiatryku”. Wokół zaburzeń narosło także wiele mitów i stereotypów, na przykład o tym, że osoby ich doświadczające są bardziej niebezpieczne, groźne czy nieobliczalne. Tymczasem wbrew stereotypom, osoby z problemami zdrowia psychicznego nie są bardziej niebezpieczne, niewiarygodne czy niegodne zaufania, niż ludzie bez diagnozy psychiatrycznej. Na ich stygmatyzacji tracimy wszyscy, także osoby zdrowe. Eksperci wymieniają trzy podstawowe typy stygmatyzacji, jakiej doświadczają osoby z zaburzeniami psychicznymi.

³ https://pl.wikipedia.org/wiki/Niepełnosprawność_intelektualna

- piętno publiczne (stereotypy, czyli negatywne przekonania; uprzedzenia, czyli negatywne reakcje emocjonalne, wynikające z akceptacji stereotypów; dyskryminacja, czyli piętnujące, wykluczające zachowania, mające źródło w uprzedzeniach),
- samonapiętnowanie (niska samoocena i poczucie winy wynikające z faktu doświadczenia zaburzeń psychicznych, postawa „jestem słaby i do niczego”),
- piętno instytucjonalne (np. przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które zabraniają osobom chorym psychicznie zawierać związki małżeńskie).

Stygmatyzacja często prowadzi do tragedii. Koszty stygmatyzacji ponoszą jednak nie tylko osoby bezpośrednio doświadczone przez zaburzenia psychiczne, ale także ich bliscy, znajomi, jak też i całe społeczeństwo.

Do indywidualnych kosztów stygmatyzacji należą m.in.:

- gorsza jakość życia,
- obniżenie statusu ekonomicznego,
- ograniczenie dostępu do ważnych zasobów (np. pracy, edukacji, opieki medycznej),
- zwiększone ryzyko samobójstwa.

Do społecznych kosztów stygmatyzacji należą m.in.:

- niechęć do podejmowania leczenia w razie kryzysu psychicznego,
- późniejsze zgłaszanie się z problemami psychicznymi po profesjonalną pomoc psychiatryczną lub psychologiczną przez osoby dotychczas zdrowe (w razie wystąpienia kryzysu psychicznego), co wydłuża okres nieleczzonego zaburzenia i pogarsza rokowanie,
- utrata przez społeczeństwo potencjału wielu wartościowych osób, które mogłyby w różnych aspektach przyczynić się do rozwoju społecznego, pracować i płacić podatki.

Z biegiem czasu odchodzi się od sformułowań „zaburzeni psychicznie” czy „chorzy psychicznie”, uznając, że choroba czy zaburzenie nie określają tożsamości osoby, a są sytuacją czy doświadczeniem. Zamiast tych określeń specjaliści zdrowia psychicznego zalecają używanie wyrażenia „osoby z problemami zdrowia psychicznego” czy „osoby doświadczające kryzysu psychicznego”. Zamiast bezosobowego „schizofrenik” lub „psychotyk” należy mówić „osoba ze schizofrenią” czy „osoba z psychozą”. Część specjalistów uważa, że do stygmatyzacji i napiętnowania osób objętych leczeniem psychiatrycznym

przyczynia się także fakt, że leczenie psychiatryczne w dotychczasowym modelu tzw. azylowym/institutionalnym, odbywało się głównie w dużych, zamkniętych szpitalach lub na oddziałach psychiatrycznych. Wokół tych instytucji narosło także bardzo dużo mitów i negatywnych stereotypów.

Powszechnym wyobrażeniem, w przypadku zaburzeń psychicznych jak np. depresja czy schizofrenia, jest kwestia możliwości przewidywania zachowań osób. Tak jakby zaburzenia psychiczne pozwalały przewidzieć, jak dana osoba zachowa się w określonej sytuacji. Tymczasem zachowania i postawy są bardzo skomplikowane, stanowią wypadkową wielu czynników np. doświadczeń, sytuacji, osobowości, uwarunkowań biologicznych i społecznych. Osoby doświadczające problemów zdrowia psychicznego są bardzo różnorodne. Jest to oczywiste, niemniej wiele osób o tym zapomina. To, że ktoś doświadcza np. schizofrenii nie oznacza, że z góry możemy spodziewać się określonych zachowań czy reakcji. Wszystkie osoby są indywidualnymi jednostkami, wszyscy różnimy się od siebie, w różny zatem sposób przebiega zaburzenie psychiczne. Stąd tak ważne jest poznanie samej osoby, bycie w kontakcie i relacji z osobą, a jednocześnie korzystanie z wiedzy osób z otoczenia, osób, które lepiej znają danego człowieka. Tutaj wracamy do istoty etapów pracy streetworkerów wspierających osoby doświadczające bezdomności ulicznej, gdzie budowanie zaufania i relacji, bycie i pozostawanie w otwartym kontakcie z osobą i jej otoczeniem, wydaje się najważniejsze. Bez tego trudno wyobrazić sobie skuteczne pomaganie.

Elementy podstawowej wiedzy psychiatrycznej w jaką powinien być wyposażony streetworker

W aspekcie pracy streetworkera z klientami z zaburzeniami psychicznymi przydatna będzie wiedza z dziedziny psychiatrii. Wyposażenie streetworkerów w taką wiedzę może mieć miejsce na etapie przygotowywania do pracy w terenie. Część streetworkerów tę wiedzę w różnym zakresie nabyła w okresie studiów czy szkoleń podyplomowych.

Dla streetworkera podstawowa wiedzy z zakresu psychiatrii mogłyby obejmować poniższe zagadnienia:

- definicja choroby psychicznej i zaburzenia psychicznego,
- zaburzenia depresyjne,
- zaburzenia psychotyczne,
- niepełnosprawność intelektualna,
- zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych,
- zaburzenia poznawcze,
- problematyka samobójstw.

Choroba psychiczna a zaburzenia psychiczne

Autorzy obu aktualnie obowiązujących na świecie klasyfikacji zaburzeń psychicznych: ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* to opracowana przez Światową Organizację Zdrowia klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, która stanowi V rozdział w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych; do tej pory klasyfikacja ulegała rewizji dziesięć razy; obowiązuje w Polsce od 1996 roku⁴) oraz DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* to klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego opublikowana w 2013 roku⁵) używają określenia „zaburzenia psychiczne”.

Terminy „choroba psychiczna” czy „chory psychicznie” zaczęły stopniowo znikać z podręczników psychiatrii oraz klasyfikacji zaburzeń psychicznych. W „Leksykonie terminów psychiatria i zdrowie psychiczne” wydanym przez Światową Organizację Zdrowia⁶, termin „choroba psychiczna” nie występuje. W literaturze psychiatrycznej preferowanym terminem pozostaje „zaburzenie psychiczne”.

Według definicji zawartej w „Leksykonie psychiatrii” S. Pużyńskiego⁷ termin „zaburzenia psychiczne” oznacza „ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem zainteresowania (diagnostyka, leczenie, profilaktyka, badania etiologii i patogenezy) psychiatrii klinicznej. Zaburzenia psychiczne można podzielić tradycyjnie na zaburzenia psychotyczne, czyli psychozy, tzn. stany chorobowe, w których występują urojenia, omamy, zaburzenia świadomości, duże zaburzenia emocji i nastroju łączące się z zaburzeniami myślenia i aktywności złożonej oraz zaburzenia niepsychotyczne obejmujące: nerwice i inne zaburzenia typu nerwicowego (np. reakcje adaptacyjne), część zaburzeń psychosomatycznych, upośledzenie umysłowe, większość zespołów organicznych, zaburzenia

⁴ World Health Organization: *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów zdrowotnych, rewizja 10, V rozdział; Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10; Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.

⁵ American Psychiatric Association: *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych DSM-5*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.

⁶ Światowa Organizacja Zdrowia: *Leksykon terminów psychiatria i zdrowie psychiczne*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001.

⁷ Leksykon psychiatrii, pod red. Pużyński S., PZWL, Warszawa, 1993.

osobowości, uzależnienia od alkoholu i innych substancji, niektóre dewiacje seksualne. Podział ten nie jest ścisły, w przebiegu bowiem niektórych zaburzeń niepsychotycznych np. zespołów organicznych lub uzależnień, mogą pojawić się objawy psychotyczne (np. zaburzenia świadomości). Włączanie niektórych zaburzeń osobowości i dewiacji seksualnych do grupy zaburzeń psychicznych jest sporne, część z nich jest w istocie wariantem normy⁸.

Jak wyżej wspomniano, współczesne systemy klasyfikacyjne zrezygnowały z terminu „choroba psychiczna”. Natomiast na gruncie prawnym używane są oba określenia (choroba, zaburzenie), między innymi w kodeksach: cywilnym, karnym, rodzinnym i opiekuńczym. W żadnym z tych aktów prawnych nie ma zawartej definicji choroby psychicznej, mimo że jej stwierdzenie może mieć poważne następstwa, na przykład w postaci uznania osoby za niepczytelną, orzeczenia o potrzebie ubezwłasnowolnienia czy unieważnienia małżeństwa.

Z kolei w „Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego”⁹ wielokrotnie występują terminy „osoba z zaburzeniami psychicznymi” i „osoba chora psychicznie” (na przykład w treści artykułów dotyczących zagadnień przyjęcia do szpitala psychiatrycznego czy przyjęcia do domu pomocy społecznej). Wprawdzie w art. 3 omawianej ustawy zdefiniowano osobę chorą psychicznie jako tę, która wykazuje zaburzenia psychotyczne, jednak ta bardzo skąpa definicja może być przedmiotem różnych interpretacji i nadużyć.

Zaburzenia depresyjne

Zaburzenia depresyjne w klasyfikacji ICD-10 zostały umieszczone w podrozdziale opisującym zaburzenia nastroju (inaczej zaburzenia afektywne). W obrazie typowej depresji zawierają się obniżenie nastroju, utrata zainteresowań i zdolności radowania się, zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności. Do często spotykanych objawów depresji należą:

- osłabienie koncentracji i uwagi (zaburzenia funkcji poznawczych),
- niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i małej wartości, pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości (depresyjna ocena siebie i przyszłości),

⁸ Leksykon psychiatrii, pod red. Pużyński S., PZWL, Warszawa, 1993.

⁹ Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994r.

- myśli i zachowania samobójcze,
- zaburzenia snu, zmniejszony apetyt (zaburzenia sfery popędowej).

Niektóre z objawów depresji są wyraźnie zaznaczone i przybierają charakterystyczny obraz:

- wyraźna utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności zwykle sprawiających przyjemność,
- brak reakcji emocjonalnych wobec wydarzeń i aktywności, które zwykle wyzwały takie reakcje,
- wcześniejsze niż zwykle poranne budzenie się,
- nastrój silniej obniżony rano,
- wyraźne zahamowanie lub pobudzenie,
- wyraźny spadek łaknienia,
- spadek masy ciała,
- wyraźny spadek libido.

Depresja może mieć różne nasilenie, stąd wyodrębnienie w ICD-10 kategorii epizodu depresyjnego łagodnego, umiarkowanego i ciężkiego. Ma to znaczenie przy wyborze sposobu leczenia (farmakoterapia, psychoterapia, leczenie elektrowstrząsami) i miejsca leczenia (poradnia lekarza rodzinnego, poradnia zdrowia psychicznego, szpital psychiatryczny). Do ustalenia rozpoznania depresji niezbędne jest stwierdzenie, że objawy utrzymują się przez co najmniej dwa tygodnie. Wyjątkiem są sytuacje, kiedy objawy osiągają duże nasilenie i szybko narastają, wówczas wystarczy krótszy okres. To zaburzenie, które może wystąpić w każdym wieku. Może mieć charakter nawracający lub wystąpić raz w życiu. Długość trwania epizodu depresji bywa różna. W etiologii tego zaburzenia bierze się pod uwagę zarówno teorie biologiczne jak i psychologiczne.

Wracając do tematu obrazu klinicznego depresji, to zasadniczą jego składową jest obniżony nastrój, opisywany przez pacjenta jako przygnębienie, smutek, poczucie beznadziejności, zniechęcenie lub „bycie w dołku”. Niekiedy jest to stan zubożenia z niezdolnością do przeżywania zarówno radości jak i smutku. Czasami osoby chore opisują swój nastrój jako uczucie pustki, brak uczuć lub uczucie niepokoju. Niektóre osoby będą zgłaszać lub ujawniać zwiększoną drażliwość (np. uporczywy gniew, skłonność do wybuchów gniewu lub obwiniania innych, przesadne poczucie frustracji z powodu drobnych spraw). Powszechnie występującym objawem depresji są zaburzenia myślenia, w których dominują oceny depresyjne, takie jak depresyjna, negatywna ocena siebie, swojego postępowania i zdrowia, pesymistyczna ocena teraźniejszości i przyszłości oraz perspektyw

życiowych. Utrata zainteresowań objawia się zaniedbywaniem dotychczasowych aktywności i przyjemności, wycofaniem z życia towarzyskiego, ale też mniejszym zainteresowaniem sferą seksualną. Zmiany apetytu mogą przejawiać się jego utratą lub zwiększeniem łaknienia. Z kolei zaburzenia snu mogą przybierać również różną formę – od trudności w utrzymaniu ciągłości snu do nadmiernej senności. Bardzo częstymi objawami są: obniżona energia, zmęczenie, uczucie wyczerpania. U części osób występuje lęk odczuwany jako poczucie napięcia, zagrożenia, trwożliwe oczekiwanie, mogący się objawiać w postaci niepokoju i podniecenia ruchowego. Zaburzenia aktywności ruchowej obejmują niepokój, pobudzenie lub spowolnienie. Niepokój i pobudzenie widoczne są w zachowaniu pacjenta jako niemożność spokojnego usiedzenia w miejscu, ciągłe poruszanie dłońmi, skubanie, pocieranie skóry, ubrań, innych przedmiotów. Z kolei spowolnienie przejawia się wolniejszą mową i ruchami ciała, wypowiedzianiem się po odroczeniu, mowa staje się cicha, wypowiedzi lakoniczne. W skrajnych przypadkach dochodzi do całkowitego zahamowania ruchowego (tzw. osłupienia). Wiele osób z depresją skarży się na zaburzenia pamięci, pogorszenie koncentracji i trudności w podejmowaniu nawet błahych decyzji. Myśli o śmierci, wyobrażenia samobójcze, próby samobójcze są częstymi zachowaniami towarzyszącymi depresji. Motywacją do odebrania sobie życia może być chęć zakończenia cierpienia, przyniesienia ulgi najbliższym czy poddania się w obliczu trudności nie do pokonania.

U niektórych chorych objawom depresji towarzyszą objawy psychotyczne, takie jak urojenia czy omamy:

- urojenia to fałszywe sądy pochodzenia chorobowego, którym towarzyszy silne przekonanie o ich prawdziwości i oporność na perswazję; dla depresji typowe urojenia to urojenia winy, grzeszności, kary, ubóstwa, nieuchronnej klęski, małej wartości, choroby cielesnej, nadchodzącej katastrofy;
- omamy, inaczej halucynacje, to zaburzenia postrzegania przedmiotów nieistniejących w rzeczywistości; osoba doświadczająca halucynacji jest przekonana, że postrzega przedmiot jednym ze swoich zmysłów, mimo że ten przedmiot nie istnieje; postrzeganie dotyczy każdego ze zmysłów, stąd omamy słuchowe, wzrokowe, czuciowe, węchowe; przykładowe omamy w depresji: „głosy” oszczercze, potępiające czy szyszające, zapach zgnilizny, czy rozkładającego się ciała.

Powyższy opis depresji nie wyczerpuje zagadnienia jej obrazu klinicznego. Ponadto niekiedy poszczególne objawy wykazują małe nasilenie, niektóre nie występują. Takie stany następczą dużych trudności diagnostycznych. Wówczas konieczna jest wnikliwa analiza poszczególnych objawów.

Cierpiący na depresję gorzej funkcjonują w życiu codziennym, nie spełniają się w swoich rolach w życiu osobistym, zawodowym i społecznym. Część osób wykonuje swoje obowiązki, jednak przychodzi im to z trudem i wymaga większej mobilizacji.

Przy wyborze miejsca leczenia (warunki ambulatoryjne czy szpitalne) należy wziąć pod uwagę nasilenie depresji, ryzyko samobójstwa, ryzyko związane z farmakoterapią oraz warunki środowiskowe (opieka rodziny, możliwość kontaktu z lekarzem).

Trudności w rozpoznawaniu depresji u osoby pozostającej w bezdomności ulicznej mogą wynikać z trybu życia, jaki wiecie. Jest to tryb nieregularny ze zubożeniem aktywności podejmowanych w okresie przed kryzysem bezdomności, z zawężeniem zainteresowań, z zogniskowaniem sił i środków na zaspokojenie podstawowych potrzeb fizjologicznych i zapewnieniu sobie bezpieczeństwa. Ponadto niektóre psychologiczne aspekty funkcjonowania osób pozostających w bezdomności, takie jak poczucie winy, beznadziejności, bezradności, izolowanie się, odczuwanie negatywnych emocji, mogą maskować objawy depresji i utrudniać postawienie prawidłowej diagnozy.

Zaburzenia psychotyczne

Zaburzenia psychotyczne (psychozy) obejmują wiele różnych zaburzeń psychicznych, które różnią się między sobą obrazem klinicznym i nasileniem objawów. Istotą psychozy jest zaburzenie poczucia rzeczywistości, co oznacza niezdolność (lub ograniczenie zdolności) do krytycznej i realistycznej oceny rzeczywistości, czyli własnej osoby, otoczenia lub relacji między nimi. Charakterystyczne objawy dla zaburzeń psychotycznych to urojenia, omamy oraz dezorganizacja w zakresie myślenia i zachowania. Do innych objawów występujących w przebiegu psychozy należą przede wszystkim: lęk, niepokój, zmiany nastroju, pobudzenie, agresja, wrogość, podejrzliwość, zaburzenia snu i apetytu, brak krytycyzmu. Objawy mogą występować w rozmaitej konstelacji i mieć różne nasilenie, stąd psychoza przybiera różny obraz.

Funkcjonowanie osoby w psychozie jest zaburzone, co objawia się w różnych obszarach życia: w zawodowym, osobistym, w relacjach z innymi ludźmi. Pojawiają się trudności w wykonywaniu dotychczasowych obowiązków, radzeniu sobie z zadaniami, dochodzi do zmian w zakresie różnych aktywności. Dla osoby doświadczającej psychozy objawy psychotyczne nierzadko stanowią źródło cierpienia, co ma związek z ich przewlekłością, jakością lub nasileniem. Kontakt z pacjentem z zaburzeniami psychotycznymi bywa trudny ze względu na manifestowaną nieufność, wrogość, podejrzliwość wobec otoczenia lub z powodu nietypowego zachowania czy wypowiedzianych treści. Doświadczanie objawów psychotycznych często wywołuje w osobie chorej lęk, niepokój, poczucie zagrożenia, co również wpływa na sposób jej zachowania, podejmowane decyzje, unikanie niektórych sytuacji czy innych ludzi. W kontekście współpracy terapeutycznej należy wspomnieć o zjawisku braku krytycyzmu chorobowego. Brak krytycyzmu, inaczej brak poczucia choroby, oznacza, że pacjent nie uznaje tego za chorobowe, co się z nim dzieje. Nie wierzy w chorobowy charakter dolegliwości. Brak krytycyzmu skutkuje tym, że osoba chora neguje kompetencje lekarzy, potrzebę interwencji medycznej, hospitalizacji czy też konieczność przyjmowania leków.

U podłoża psychoz może występować wiele różnych zaburzeń psychicznych, stąd można wyróżnić między innymi:

- psychozy spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (np. w przebiegu zaburzeń metabolicznych, endokrynologicznych, w zatruciach, po urazach głowy, w padaczce, w przebiegu chorób naczyniowych mózgu),
- psychozy spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (w przebiegu bezpośredniej intoksykacji np. po zażyciu narkotyków halucynogennych czy stymulujących, w ramach zespołów abstynencyjnych np. w majaczeniu alkoholowym, czy też psychozy rozwijające się w dłuższym okresie czasu od zakończenia przyjmowania substancji psychoaktywnych),
- psychozy schizofreniczne,
- zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe),
- uporczywe zaburzenia urojeniowe,
- ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne,
- zaburzenia nastroju z objawami psychotycznymi (np. depresja z objawami psychotycznymi).

Przebieg zaburzeń psychiatrycznych bywa różny. Może wystąpić raz w życiu w postaci pojedynczego epizodu. Może mieć charakter nawracający z okresami zaostrzeń i remisji. W niektórych przypadkach przybiera postać przewlekłą z utrwalonymi objawami.

W leczeniu psychoz stosuje się przede wszystkim farmakoterapię. Wykorzystuje się również psychoterapię i psychoedukację. Leczenie może odbywać się zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i szpitalnych, w zależności od stanu pacjenta.

Kontakt streetworkera z osobą w sytuacji bezdomności ulicznej, która ujawnia zaburzenia psychiatryczne, może mieć różny przebieg. Zależy on przede wszystkim od stanu psychicznego klienta w momencie kontaktu, jak również postawy streetworkera. Nierzadko zachowania klienta z psychozą wynikają z lęku czy poczucia zagrożenia, stąd unikanie obcych osób, ucieczka przy próbie rozmowy, postawa nieufności, brak poszukiwania jakiegokolwiek pomocy. Z kolei jego codzienne funkcjonowanie może wynikać również z doznawania omamów (np. tak zwanych „głosów” o różnych treściach: nakazujących, zakazujących, komentujących i innych) czy urojeń (np. gdy klient jest chorobowo przekonany o byciu śledzonym, podglądanym, podsłuchiwanym, dlatego się ukrywa, unika ludzi, zasłania swoje miejsce pobytu itp.). Spektrum zachowań i aktywności wynikających z obecności psychozy jest szerokie. Należy podkreślić, że czasami trudno jest jednoznacznie oddzielić to, co chorobowe od tego, co wynika z konstrukcji osobowości klienta czy jego sposobu radzenia sobie w sytuacji bezdomności ulicznej. To, co dla postronnego obserwatora może jawić się jako odmienne, osobliwe, dziwne, dla społeczności osób pozostających w bezdomności jest zwyczajne, codzienne i wynika z warunków, w jakich przebywają i okoliczności, które im towarzyszą.

Postawa streetworkera bez wątpienia wpływa na jakość kontaktu z klientem, który doświadcza psychozy. Odpowiednia komunikacja werbalna oraz wysyłanie sygnałów pozawerbalnych mogą mieć kluczowe znaczenie w zainicjowaniu, jak i podtrzymaniu kontaktu z klientem. Warto rozpocząć rozmowę pytaniem otwartym np. „Jak się pani/pan dziś czuje?”, „Co u pani/pana słyhać?”. Następnie można ukierunkowywać pytania w stronę obszarów, które nas interesują. Poniższe pytania mają charakter przykładowy, ponieważ informacje, które uda się uzyskać będą w głównej mierze zależeć od stanu psychicznego klienta i jego nastawienia do streetworkera oraz sytuacji wypytywania o samopoczucie.

Przykładowe pytania:

- Czy coś się ostatnio u pana/pani działo?
- Czy coś panią/pana niepokoi?
- Czy czymś się pani/pan martwi?
- Czy ma pani/pan jakieś lęki/obawy? Jeśli tak, to przed czym/kim?
- Czy czuje się pani/pan zagrożony/ ma obawy, że coś się złego stanie?

Warto zapytać jak klient śpi w nocy czy śpi gorzej, niż uprzednio albo czy w ogóle nie może spać i dlaczego (problemy ze snem nocnym często towarzyszą psychozom). Odpowiedzi klienta na powyższe pytania mogą już wnieść wstępne informacje o doświadczanej psychopatologii (np. „oni ciągle za mną jeżdżą”, „wszyscy się na mnie patrzą”, „stale słyszę muzykę/ rozmowy/ wyzywają mnie”). Jeśli istnieją możliwości (uzyskanie informacji od osób z otoczenia klienta) należy zobiektywizować podawane informacje.

Kolejne pytania to te doprecyzowujące czas trwania objawów, częstotliwość ich występowania, wpływ na samopoczucie (czy wywołują np. lęk, przerażenie, smutek, myśli samobójcze) i codzienną aktywność klienta (np. wiążą się z koniecznością ucieczki przed „zagrożeniem”, podejmowaniem aktywności pod wpływem „głosów” itp.).

Warto wiedzieć, że zazwyczaj klient sam nie nazwie doświadczanych objawów omamami czy urojeniami.

Odnoszenie się do klienta z szacunkiem, nie wdawanie się w dyskusję na temat omamów czy urojeń, zachowanie spokoju z pewnością będą pomocne w realizacji zadań streetworkera.

Szczególną okoliczność stanowią oczywiście sytuacje nagłe, które wymagają pilnej interwencji odpowiednich służb: policji lub pogotowia. Te zagadnienie omówiono w innej części podręcznika.

Niepełnosprawność intelektualna

W wyniku zaleceń międzynarodowych gremiów naukowych i stowarzyszeń zajmujących się niepełnosprawnością intelektualną, zastąpiono stygmatyzujące określenie „upośledzenie umysłowe” terminem „niepełnosprawność intelektualna”.

W aktualnie obowiązującej klasyfikacji ICD-10 wciąż używane jest określenie „upośledzenie umysłowe”. Według definicji zawartej w tej

klasyfikacji upośledzenie umysłowe jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu, który charakteryzuje się zwłaszcza uszkodzeniem umiejętności ujawniających się w okresie rozwoju i składających się na ogólny poziom inteligencji tj. zdolności poznawczych, ruchowych, społecznych i mowy. Upośledzenie może wystąpić wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi. Osoby z upośledzeniem umysłowym mogą przejawiać szeroki zakres zaburzeń psychicznych.

Według najnowszej klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego opublikowanej w 2013 roku (DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) niepełnosprawność intelektualna (określana inaczej zaburzeniem rozwoju intelektualnego) jest zaburzeniem rozpoczynającym się w okresie rozwoju i obejmuje deficyty zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i adaptacyjnego w obszarach dotyczących rozumienia pojęć, funkcjonowania społecznego oraz w dziedzinach praktycznych. Obecność deficytów intelektualnych potwierdza zarówno ocena kliniczna, jak i standaryzowany test inteligencji. Deficyty przystosowawcze uniemożliwiają zachowywanie niezależności i odpowiedzialności, a bez odpowiedniego wsparcia ograniczają funkcjonowanie w codziennych czynnościach. Początek wyżej wymienionych deficytów ma miejsce w okresie rozwojowym. Wyróżnia się cztery poziomy ciężkości niepełnosprawności intelektualnej: lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki. Niepełnosprawność intelektualna jest zaburzeniem niejednorodnym, które ma wiele przyczyn. Mogą się z nią łączyć trudności oceny sytuacji społecznych i zagrożeń oraz samodzielnego kontrolowania własnego zachowania, emocji i relacji interpersonalnych, a także brak motywacji do pracy i nauki. Deficyty sprawności komunikacyjnych mogą uosabiać do zachowań niszczycielskich i agresywnych. Często spotykana jest łatwowierność, manifestująca się naiwnością w sytuacjach społecznych i podatnością na manipulacje. Z niepełnosprawnością intelektualną często współistnieją inne zaburzenia psychiczne. U takich osób podwyższone jest ryzyko samobójstwa. W procesie diagnostycznym należy wziąć pod uwagę takie czynniki jak przynależność etniczna i kulturowa, znajomość języka, przebyte doświadczenia, funkcjonowanie adaptacyjne we własnej grupie społecznej, uwarunkowania kulturowe.

Praca streetworkera z osobą z niepełnosprawnością intelektualną pozostającą w bezdomności ulicznej z pewnością stanowi wyzwanie. Ustalenie czy u klienta występuje to zaburzenie może nastęrczać trudności. Jeśli streetworker podejrzewa, że pracuje z osobą z niepełnosprawnością intelektualną, może zadać poniższe pytania, celem ustalenia przynajmniej wstępnej diagnozy tego zaburzenia:

- jakie klient ma wykształcenie, czy powtarzał klasy, czy uczęszczał do szkoły specjalnej;
- czy w okresie edukacji szkolnej klient był badany w poradni psychologiczno-pedagogicznej, czy otrzymał z tej poradni jakieś orzeczenie (np. o kształceniu specjalnym, obniżeniu wymagań), zapytanie wprost o to, czy kiedykolwiek została postawiona diagnoza upośledzenia umysłowego;
- czy klient pozostawał w przeszłości pod opieką placówek z ofertą dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, środowiskowe domy samopomocy);
- czy klient posiada dokumentację, w której widnieje diagnoza upośledzenia umysłowego/niepełnosprawności intelektualnej.

Dodatkowo sposób komunikacji klienta ze streetworkerem, zasób słownictwa klienta i rozumienie przekazywanych mu treści mogą być pomocne w identyfikacji zaburzenia. Pozostawanie klienta w sytuacji bezdomności oraz aktualny stan jego zdrowia psychicznego i fizycznego mogą w sposób znaczący utrudniać zebranie danych oraz zafałszować obraz kliniczny.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych

Jak wynika z opisu zawartego w klasyfikacji ICD-10, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych obejmują szerokie spektrum zaburzeń. Podział substancji psychoaktywnych wg klasyfikacji ICD-10 przedstawia się następująco:

- alkohol,
- opiaty,
- kanabinoles,
- leki uspokajające i nasenne,
- kokaina,
- inne substancje stymulujące, w tym kofeina,
- substancje halucynogenne,
- tytoń,
- lotne rozpuszczalniki,
- inne substancje psychoaktywne.

Spośród wielu zaburzeń spowodowanych używaniem różnych substancji psychoaktywnych zostanie omówione kilka z nich.

Biorąc pod uwagę liczne następstwa zdrowotne i społeczne wynikające z **uzależnień** od alkoholu czy innych substancji, nie sposób pominąć tego zagadnienia. Klasyfikacja ICD-10 definiuje uzależnienie (inaczej zespół uzależnienia) jako zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem uzależnienia jest pragnienie przyjmowania substancji psychoaktywnej. Przyjęcie substancji nawet po długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu objawów uzależnienia.

W celu zdiagnozowania uzależnienia należy stwierdzić co najmniej trzy z poniższych cech lub objawów występujących łącznie w określonym czasie:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania substancji.
2. Upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem związanym z przyjmowaniem substancji.
3. Fizjologiczne objawy odstawienne albo używanie tej samej (lub podobnej) substancji w celu uniknięcia objawów abstynencyjnych lub ich zniwelowania.
4. Stwierdzenie tolerancji, czyli konieczność przyjmowania coraz większych dawek substancji celem uzyskania efektów osiągniętych przy mniejszych dawkach.
5. Silne pochłonięcie sprawami związanymi z przyjmowaniem substancji, co przejawia się zaniedbywaniem alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań oraz zwiększeniem ilości czasu poświęconego na zdobywanie, przyjmowanie i odwracanie następstw działania substancji.
6. Uporczywe przyjmowanie substancji, mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw.

Warto podkreślić, że diagnoza uzależnienia wynika ze ściśle określonych kryteriów. Nie wystarczy informacja o używaniu danej substancji „dużo i często” lub „od dawna”, aby zidentyfikować zespół uzależnienia. Poza tym rozpoznanie tego zaburzenia, jak w przypadku każdej diagnozy medycznej, pociąga za sobą różne implikacje. Nie tylko te oczywiste, jak dobór leczenia czy określone rokowanie, ale też konsekwencje prawne. W obszarze uzależnień będzie to kwestia przymusowego leczenia odwykowego, oceny niepoczytalności czy orzekania o ubezwłasnowolnieniu.

Do innych zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych należą również ostre zatrucia, używanie szkodliwe, zespoły abstynencyjne, zaburzenia psychotyczne, zespoły amnestyczne oraz wiele innych. Trudno omówić je wszystkie, biorąc pod uwagę mnogość różnych substancji psychoaktywnych, w tym narkotyków. Zakres powyższych zagadnień jest bardzo obszerny i przekracza ramy niniejszego opracowania. Dostępnych jest wiele opracowań, podręczników czy fachowych artykułów na temat obrazu, przebiegu, leczenia i ich następstw.

Ze względu na powszechność problemu uzależnienia od alkoholu wśród osób w kryzysie bezdomności¹⁰, streetworker w swojej pracy może spotkać się z różnymi problemami zdrowotnymi, które z niego wynikają. Należy do nich alkoholowy zespół abstynencyjny. Jest to zespół objawów, który występuje po całkowitym zaprzestaniu lub ograniczeniu picia alkoholu spożywanego w sposób powtarzany, zwykle długotrwały i/lub w wysokich dawkach. Zespół ten może być powikłany napadem drgawkowym i/lub majaczeniem alkoholowym. W niepowikłanym alkoholowym zespole abstynencyjnym występują: osłabienie, złe samopoczucie, mdłości, nudności, wymioty, bóle głowy, pocenie, drżenie rąk, powiek i wyciągniętych rąk, podwyższone ciśnienie tętnicze i tętno, ponadto zaburzenia snu oraz przemijające omamy i iluzje (inaczej złudzenia; to błędnie rozpoznane spostrzeżenia istniejących realnie przedmiotów; w zależności od zmysłu, którego dotyczą, dzielą się na wzrokowe, słuchowe, smakowe itd.; iluzje mogą występować zarówno u osób zdrowych, jak i w stanach chorobowych; przykład iluzji – w ciemnościach drzewo/krzak może być rozpoznawane jako złoczyńca¹¹).

Powyższe objawy i dolegliwości mogą występować w różnych kombinacjach. Bywają zespoły o znacznym nasileniu z intensywnymi wymiotami, drżeniem, osłabieniem, w przebiegu których nie jest możliwe utrzymanie pozycji siedzącej czy samodzielnie przyjmowanie posiłków. Część osób zgłasza uczucie lęku, niepokoju, obawy przed przechodzeniem przez ulicę, chwilowe przekonania, że ktoś puka do drzwi czy stoi przy łóżku. Ponadto w ramach tego zespołu mogą wystąpić objawy typowe dla depresji w postaci obniżenia nastroju

¹⁰ Nowakowska A., Problem uzależnienia od alkoholu wśród osób bezdomnych, w: Psychospołeczny profil osób bezdomnych w Trójmieście, pod red. Dębski M., Retowski S., Agenda Bezdomności- Standard Aktywnego Powrotu na Rynek Pracy, Gdańsk, 2008.

¹¹ Wciórka J., Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych, w: Rybakowski J., pod red. Pużyński S., Wciórka J., Psychiatria. Podstawy Psychiatrii, Wyd. II, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010.

i drażliwości, niekiedy utrzymujące się nawet przez kilka miesięcy. Odczuwanie przykrych objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego oraz pragnienie napicia się alkoholu („głód”) prowadzi u części osób do „klinowania”, czyli wypicia alkoholu celem złagodzenia tych objawów lub im zapobieżenia. „Klinowanie” często ma miejsce po przebudzeniu, gdy stężenie alkoholu we krwi uległo obniżeniu i objawy odstawienne zaczynają być odczuwalne.

Leczenie znacznego odsetka osób z niepowikłanych zespołów może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych. Część pacjentów wymaga terapii w szpitalu na oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych tzw. oddziałach detoksykacyjnych. Wskazania do hospitalizacji należy rozważyć, biorąc pod uwagę obraz, nasilenie i dynamikę objawów, występowanie w przeszłości powikłanych zespołów abstynencyjnych, współistniejące schorzenia oraz możliwość zapewnienia opieki pacjentowi na czas detoksykacji. Leczenie ma na celu złagodzenie lub zniwelowanie objawów i dolegliwości, zapobieganie przechodzeniu w formy powikłane, diagnozowanie i leczenie somatycznych skutków picia alkoholu, a także współwystępujących chorób i następstw urazów (np. złamań kończyn, żeber itp.). Ważnym elementem postępowania terapeutycznego jest motywowanie pacjenta do podjęcia terapii odwykowej po zakończeniu detoksykacji.

Alkoholowy zespół abstynencyjny może przebiegać z drgawkami. **Abstynencyjne napady drgawkowe** nie są napadami „padaczkowymi”. Wynikają z uogólnionego patologicznego wzbudzenia ośrodkowego układu nerwowego. Mają charakter pierwotnie uogólniony, toniczno-kloniczny. Przebiegają z chwilową utratą świadomości, przygryzieniem języka, oddaniem moczu i stolca, przemijającym zespołem pomrocznym i zapadnięciem w sen.

Patologicznie wzmożona aktywność układu nerwowego jest przejawem mechanizmów adaptacyjnych, uruchomionych w przebiegu przewlekłego, systematycznego picia alkoholu. Mechanizmy adaptacyjne równoważą stałą obecność w organizmie alkoholu, który wywiera działanie hamujące na aktywność ośrodkowego układu nerwowego. Stąd po odstawieniu alkoholu dochodzi do ujawnienia się wzmożonej aktywności ośrodkowego układu nerwowego i wystąpienia objawów abstynencyjnych, a u niektórych osób abstynencyjnych napadów drgawkowych. Wystąpienie napadu drgawkowego jest wskazaniem do wezwania zespołu ratownictwa medycznego.

Majaczenie alkoholowe (inaczej: majaczenie drżenne, *delirium tremens*) stanowi powikłany alkoholowy zespół abstynencyjny.

Przybiera charakter krótkotrwałej, ostrej psychozy, trwającej od kilku godzin do kilkunastu dni. Pojawia się w ciągu kilku godzin lub dni od nagłego odstawienia alkoholu, lub znacznego ograniczenia, zazwyczaj długotrwałego i intensywnego, picia alkoholu. Objawy majaczenia alkoholowego to:

- zaburzenia świadomości: dezorientacja w miejscu i czasie, pacjent nie jest w stanie podać aktualnej daty lub określić, gdzie się aktualnie znajduje; zachowana jest orientacja co do własnej osoby; zaburzenia świadomości mają często charakter falujący – nasilają się w nocy, a w ciągu dnia zmniejszają lub ustępują,
- omamy i złudzenia (iluzje), głównie wzrokowe, dotykowe, słuchowe, które nasilają się w nocy lub w ciemnych pomieszczeniach, bardzo często są nieprzyjemne i napawają pacjentów przerażeniem; widywane są małe lub olbrzymie zwierzęta i postaci, nierzadkie jest odczuwanie gryzienia przez robaki, szczury, owady; natomiast omamy słuchowe mają najczęściej treści przerażające,
- urojenia prześladowcze i dziania się: chorzy przeżywają udział w halucynowanych wydarzeniach, uciekają przed rzekomymi prześladowcami, nieraz gwałtownie ich atakują; w treściach urojeń częste są tematy związane ze spożywaniem alkoholu; mogą występować zachowania agresywne lub zagrażające,
- lęk, niepokój, podniecenie psychoruchowe występują w większości przypadków majaczeń,
- objawy wegetatywne, zazwyczaj silnie wyrażone: wzrost ciśnienia tętniczego, przyspieszenie czynności serca, przyspieszenie oddechu, wzrost temperatury ciała, wymioty,
- silne drżenie mięśniowe,
- zaburzenia snu: trudności z zaśnięciem albo odwrócony rytm snu i czuwania.

Majaczenie alkoholowe jest stanem zagrożenia życia. Ryzyko zgonu w jego przebiegu wynosi około 1% (w przypadku intensywnego leczenia). Poważnym zagrożeniem życia osób majaczących jest ich zły stan somatyczny. Majaczenie alkoholowe wymaga bezwzględnie leczenia w warunkach szpitalnych.

Przewlekłe picie alkoholu może doprowadzić do wystąpienia przewlekłej halucynozy alkoholowej. Objawy tego zaburzenia mogą wystąpić, a potem utrzymywać się zarówno w okresie przyjmowania alkoholu, jak i w okresie abstynencji. Podstawowym przejawem tej psychozy są omamy słuchowe. Mają zwykle charakter prześladowczy, groźący, komentujący lub krytykujący zachowanie pacjenta, co

wywołuje lęk, niepokój czy poczucie zagrożenia. Bywa, że „głosy” namawiają chorego do podejmowania różnych aktywności, w tym do popełnienia samobójstwa lub do zachowań agresywnych wobec innych osób. Wtórnie, do obecności omamów, mogą wystąpić urojenia, głównie prześladowcze. W zależności od nasilenia objawów, leczenie tego zaburzenia może być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych lub wymagać leczenia szpitalnego.

Zestawienie typowych objawów, mogących wskazywać na zażycie, przedawkowanie lub objawy odstawienia substancji psychoaktywnych¹²

1. Substancje stymulujące ośrodkowy układ nerwowy (stymulanty oun)

RODZAJ SUBSTANCJI	OBJAWY DŁUGOTRWALEGO PRZYJMOWANIA	PRZEDAWKOWANIE	ZESPÓŁ ODSTAWIENIA (ABSTYNECYJNY)
Kokaina	Wahania nastroju, drażliwość, złość, agresywność, apatia, urojenia, omamy wszelkiego typu, zaburzenia toku myślenia, przerzutność uwagi, zaburzenia pamięci, stany lękowe, lęk paniczny. Wyniszczenie organizmu.	Pobudzenie ruchowe, lęki, nudności, wymioty, podwyższona temperatura ciała, zimne poty, arytmia serca.	Nadmierna senność lub bezsenność. Znaczne obniżenie nastroju, lęk, zmęczenie, apatia.
Amfetamina	Wahania nastroju, drażliwość, złość, agresywność, apatia, urojenia, omamy wszelkiego typu, zaburzenia toku myślenia, przerzutność uwagi, zaburzenia pamięci, stany lękowe, lęk paniczny. Wyniszczenie organizmu. Objawy występują w mniejszym nasileniu niż w przypadku kokainy	Pobudzenie ruchowe, lęki, nudności, wymioty, podwyższona temperatura ciała, zimne poty, arytmia serca.	Nadmierna senność lub bezsenność. Znaczne obniżenie nastroju, lęk, zmęczenie, apatia.
Dopalacze (środki zastępcze) – w tym pochodne piperazyny (w tym benzylopiperazyna) oraz katynony (najbardziej popularny: mefedron)	Utrata orientacji, zaburzenia świadomości, zwiększona potliwość, zimne sine palce, zaburzenia pamięci i koncentracji.	Urojenia, zaburzenia neurologiczne i układu krążenia. Agresja, lęki, bezsenność.	Āpatia, zmęczenie, lęk, stany depresyjne,

¹² Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, pod red. Jabłoński, P. Bukowska, B. Czabała J. C., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2012.

2.Substancje hamujące aktywność ośrodkowego układu nerwowego (depresanty oun)

RODZAJ SUBSTANCJI	OBJAWY DŁUGOTRWALEGO PRZYJMOWANIA	PRZEDAWKOWANIE	ZESPÓŁ ODSTAWIENIA (ABSTYNYCJYNY)
Opioidy (w tym: opium, morfina, kodeina, heroina, a także fentanyl, petydyna, tramadol, oksykodon, metadon.	Zanik napięcia i dolegliwości bólowych, poczucie wszechogarniającej błogości, beztroski, odprężenia. Konsekwencją długotrwałego przyjmowania są m.in. wyniszczenie fizyczne i psychiczne, destabilizacja emocjonalna, zniszczenie żył przy przyjmowaniu substancji dożylnie.	Pogłębiające się hamowanie ośrodkowego układu nerwowego aż do śpiączki i śmierci włącznie.	Rozszerzenie źrenic, wzrost ciśnienia krwi i temperatury ciała, przyspieszone tętno, kichanie, łzawienie oczu, znacznie zwiększona potliwość, biegunka, wymioty, zaburzenia snu, bóle stawowo-mięśniowe, dreszcze, drażliwość.
Leki nasenne i uspokajające (barbiturany i benzodiazepiny)	Spowolnienie myślenia i mowy, osłabienie pamięci, zaburzenia koncentracji, labilność emocjonalna, zaburzenia koordynacji ruchowej, drżenia kończyn, zawroty i bóle głowy i inne.	j.w.	Złe samopoczucie, głód psychiczny, apatia, nadwrażliwość na dźwięki, zapachy, dotyk, mrowienie skóry, drżenia i skurcze mięśniowe, poty i dreszcze, bóle brzucha, omamy wzrokowe, zaburzenia świadomości.
Alkohol	Rozhamowanie, przymus ciągłego picia, picie ciągami, chroniczne zmęczenie, obniżenie sprawności intelektualnej, stały niepokój, trudności ze snem, polineuropatie (wybrane objawy polineuropatii alkoholowej: zaburzenia czucia w stopach i dłoniach, osłabienie mięśni nóg aż do zaburzenia chodzenia, bolesne skurcze mięśni, zmiany skórne i inne)	Zaburzenia koordynacji, nadwrażliwość na światło, zaburzona ocena sytuacji, halucynozy, objawy zatrucia pokarmowego.	Bezsensowność, koszmary senne, labilność emocjonalna, napady padaczkowe, konwulsje, drżenia.
Substancje lotne (aceton, toluen, benzyna, kleje- np. Butapren, rozpuszczalniki)	Błogostan, halucynacje wzrokowe, słuchowe, czuciowe, organiczne zaburzenia intelektualne, zaburzenia koordynacji ruchowej, drżenia, polineuropatie, zmiany zanikowo-zapalne nosogardzieli, charakterystyczny chemiczny zapach oddechu i skóry, błądzość skóry.	Zaburzenia koordynacji, nadwrażliwość na światło, zaburzona ocena sytuacji, objawy zatrucia pokarmowego.	Drażliwość, napady złości, przygębienie, niepokój, lęk, bezsensowność, drżenia i skurcze mięśniowe, bóle głowy, nudności, bóle brzucha, tachykardia (przyspieszony rytm serca), wahania ciśnienia krwi.

3. Kanabinoły

RODZAJ SUBSTANCJI	OBJAWY DŁUGOTRWAŁEGO PRZYJMOWANIA	PRZEDAWKOWANIE	ZESPÓŁ ODSTAWIENIA (ABSTYNENCYJNY)
Kanabinoły naturalne (marihuana, haszysz)	Zmiana postrzegania czasu i przestrzeni, gadatliwość lub zamknięcie się w sobie, wesołkowatość. Urojenia prześladowcze, lęk, niepokój, omamy. Przekrwienie spojówek, osłabienie zdolności planowania i rozwiązywania problemów, apatia.	Utrata orientacji, zamknięcie się w sobie, wymioty, sen.	Irytacja, złość, przygnębienie, niepokój, skrócenie i spłylenie snu, bóle głowy, brak apetytu.

4. Halucynogeny

RODZAJ SUBSTANCJI	OBJAWY DŁUGOTRWAŁEGO PRZYJMOWANIA	PRZEDAWKOWANIE	PO ODSTAWIENIU
LSD, psylocybina, MDMA (extasy)	Zniekształcony odbiór rzeczywistości, urojenia posłannicze, mesjanistyczne, wzmożona empatia, poczucie bezpośredniego kontaktu z kosmosem itp., napady paniki, stany lękowe, depersonalizacja, poczucie opuszczenia ciała.	Poczucie zagubienia i opuszczenia, bad trip, problemy z odróżnieniem fantazji od rzeczywistości. W przypadku MDMA przyspieszony puls, suchość w ustach, drgawki.	Długotrwałe zmiany stanu psychicznego: w kierunku magicznego myślenia, Fantazjowania, filozofowania. Częste zjawiska flashback.

5. Przykłady substancji dostępnych w aptekach

RODZAJ SUBSTANCJI	NAZWA SUBSTANCJI – PRZYKŁADY NAZW HANDLOWYCH LEKÓW
Opioidy	Kodeina – Thiocodin, Antidol; Dextrometorfan – Acodin Morfina – Doltard, Sevredol, Vendal Fentanyl – Fentanyl WZF, Durogesic, Vellofent Kodeina – Thiocodin, Solpadeine
Stymulanty	Efedryna – Tussipect, Rubital, Ephedrinum Hydrochloricum WZF Pseudoefedryna – Sudafed, Apselan
Inne	Benzydamina – Tantum Rosa, Tantum Verde, Hascosept

Zaburzenia funkcjonowania poznawczego

Funkcje poznawcze to procesy odbierania, przetwarzania i przechowywania informacji. Procesy te wymagają wykorzystania dotychczasowej wiedzy i prowadzą do nabycia nowej. Innymi słowy to wewnętrzne procesy służące nabyciu wiedzy i wykorzystujące zdobytą dotychczas wiedzę. Do funkcji poznawczych należą:

- pamięć,
- uwaga,
- myślenie,
- postrzeganie,
- funkcje językowe,
- funkcje wzrokowo-przestrzenne,
- funkcje wykonawcze.

Ze względu na nasilenie, zaburzenia funkcji poznawczych mogą przybierać obraz:

- zaburzeń poznawczych związanych z wiekiem,
- łagodnych zaburzeń poznawczych,
- otępienia.

Biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństw i fakt, że otępienie jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i śmiertelności u osób w podeszłym wieku, niezbędnym jest omówienie zagadnienia **otępienia**.

Otępienie to zespół objawów, a nie choroba sama w sobie. U podłoża otępienia może leżeć wiele chorób, wśród nich choroby zwyrodnieniowe mózgu (np. choroba Alzheimera), choroby naczyń mózgowych (np. miażdżyca, udar mózgu), urazy mózgu, zaburzenia toksyczne (np. używanie alkoholu), przewlekłe infekcje ośrodkowego układu nerwowego (np. w przebiegu kiły, infekcji HIV) i wiele innych.

Otępienie to stan, w którym zaburzone są wyższe funkcje korowe, takie jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Świadomość nie jest zaburzona. Uszkodzeniu funkcji poznawczych zwykle towarzyszy (czasem poprzedza je), obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją. Otępienie powoduje znaczący spadek funkcji intelektualnych i zwykle wpływa na podstawowe aktywności życiowe. Przejawy tego spadku zależą głównie od środowiska społecznego i kulturowego, w którym żyje osoba z otępieniem.

Otępieniu z reguły towarzyszą zaburzenia zachowania, zaburzenia psychotyczne i zaburzenia nastroju. Stanowią one integralną składową procesu otępiennego. Nierzadko są źródłem wielu problemów zarówno dla osoby chorującej, jak i jej otoczenia, w szczególności dla najbliższego opiekuna. Ważne jest ich zdiagnozowanie, ponieważ mogą być skutecznie leczone. Do omawianych zaburzeń należą min.:

- pobudzenie, niepokój,
- agresja, wrogość, krzyk,
- bezcelowe chodzenie, błądzenie,
- negatywizm, upór, przekora,
- lęk,
- zaburzenia snu,
- depresja,
- omamy, urojenia.

Diagnozowanie otępienia wymaga zebrania wielu informacji medycznych, a także danych o aktualnym i przed chorobowym funkcjonowaniu i stopniu samodzielności osoby chorej. Przy podejrzeniu otępienia, dalsza diagnostyka ma miejsce w poradni specjalistycznej: neurologicznej, psychiatrycznej lub geriatrycznej.

Leczenie odbywa się głównie w warunkach ambulatoryjnych pod warunkiem nadzoru nad lekami przez opiekuna osoby chorej. Niekiedy konieczne jest leczenie w warunkach szpitala psychiatrycznego, jeśli zaburzenia zachowania w otępieniu są bardzo nasilone.

Podsumowując: osoba z otępieniem wymaga nadzoru, opieki i pomocy w czynnościach dnia codziennego. Jej samodzielność z powodu choroby ulega ograniczeniu, a codzienne funkcjonowanie pogorszeniu. Wraz z narastaniem głębokości otępienia staje się całkowicie zależna od innych osób, nie jest w stanie zadbać o podstawowe potrzeby, wymaga całodobowej opieki.

Ustalenie przez streetworkera czy klient ujawnia zaburzenia funkcji poznawczych może być bardzo trudne z powodu następujących okoliczności: zbyt krótki czas kontaktu z klientem (biorąc pod uwagę ilość zadań streetworkera), brak danych o uprzednim funkcjonowaniu i stopniu samodzielności klienta, pozostawianie klienta przez dłuższy czas w sytuacji bezdomności i wynikające z tego psychologiczne i społeczne aspekty jego funkcjonowania, wpływ innych stanów medycznych na stan poznawczy (np. upojenie alkoholowe, odurzenie narkotykami, stan depresji). W związku z tym streetworker ma szansę dostrzec zaburzenia funkcjonowania poznawczego

u osoby pozostającej w bezdomności ulicznej dopiero, gdy osiągną one większe nasilenie. Poniższe sygnały w czasie kontaktu z klientem powinny zwrócić uwagę streetworkera:

- klient po raz kolejny nie pamięta ustaleń z poprzedniego kontaktu,
- pyta o to samo w trakcie jednego spotkania,
- zapomina, co miał przed chwilą powiedzieć,
- w wypowiedziach brakuje mu słów,
- jest niezorientowany w miejscu, czasie, sytuacji,
- gorzej radzi sobie w dotychczasowych aktywnościach,
- gubi się na znanych trasach,
- nie poznaje osób pozostających z nim w bliskim kontakcie,
- otoczenie klienta zwraca uwagę na zmianę w jego zachowaniu, funkcjonowaniu czy wypowiedziach.

Przy podejrzeniu lub stwierdzeniu, że klient wymaga pomocy z powodu nasilonych zaburzeń poznawczych, powstają zasadnicze pytania czy i jak długo klient może nadal pozostawać w swoim środowisku, mając na względzie przede wszystkim kwestie bezpieczeństwa i preferencje klienta (jeśli jest w stanie je wyrazić). Oprócz tego pozostaje zagadnienie przeprowadzenia konsultacji lekarskiej i wdrożenia leczenia, jeśli będą do tego wskazania. Kolejnym zadaniem dla streetworkera będzie kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej, po to by ustalić plan dalszych działań, w tym rozważyć wszczęcie procedury umieszczenia klienta w domu pomocy społecznej. Następnie, niezbędnym, choć niewątpliwie trudnym działaniem ze strony streetworkera, będzie zorganizowanie dla klienta „opiekuna” (lub „opiekunów”) zrekrutowanego z otoczenia klienta (inne osoby pozostające w bezdomności, społeczność lokalna) lub z grona specjalistów (np. pracownik socjalny) na czas ustalenia rozwiązań długoterminowych (umieszczenie w dostępnej placówce, dalej w domu pomocy społecznej).

Problematyka samobójstw

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem. Istnieje wiele definicji samobójstwa w zależności od perspektywy naukowej. Zgodnie z definicją WHO samobójstwo to umyślnie zainicjowany i przygotowany akt pozabawienia się życia przez osobę w pełni zorientowaną i antycypującą jego skutek. Zachowania samobójcze obejmują groźby samobójcze, planowanie samobójstwa i próby samobójcze.

W Polsce głównym źródłem danych na temat zamachów samobójczych stanowią dokumenty wydawane przez Główny Urząd Statystyczny oraz raporty Komendy Głównej Policji. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego obejmujących rok 2016¹³ w Polsce śmiercią samobójczą zginęło więcej osób, niż w wypadkach drogowych. W statystykach dominują mężczyźni. Najczęstszym sposobem odebrania sobie życia było powieszenie się. Wśród innych sposobów wymieniono: rzucenie się z wysokości, rzucenie się pod pojazd ruchu, samookaleczenie, zastrzelenie się. Ponadto odnotowano takie formy zamachów samobójczych jak: zażycie środków nasennych, utopienie, uszkodzenie układu krwionośnego, otrucie się gazem, zażycie truciźny. Najczęstszym powodem odebrania sobie życia była choroba psychiczna. Często do zamachów samobójczych zakończonych zgonem doprowadzały nieporozumienia rodzinne oraz przewlekła choroba. Wśród przyczyn zgonu wymienione zostały ponadto: zawód miłosny, problemy szkolne, złe warunki ekonomiczne i nagła utrata źródła utrzymania, dokonanie przestępstwa lub wykroczenia, śmierć bliskiej osoby. Jeśli chodzi o wiek samobójców, to najczęściej prób samobójczych podejmowały osoby między 30 a 49 rokiem życia, a następnie w wieku 50-69 lat i w tej właśnie grupie odsetek zamachów samobójczych zakończonych zgonem był największy.

Zaburzenia psychiczne szczególnie predysponujące do zachowań samobójczych to: zaburzenia afektywne, schizofrenia, zaburzenia osobowości oraz uzależnienia. Szczególne miejsce w uzależnieniach zajmuje alkoholizm, który często stwierdzano w grupie osób, które popełniły samobójstwo. W przypadku tego uzależnienia bardzo ważną rolę odgrywają czynniki społeczne oraz niekorzystne wydarzenia życiowe, które dodatkowo podwyższają ryzyko podjęcia próby samobójczej.

Poniższe sytuacje wskazują na ryzyko samobójstwa w grupie chorych z zaburzeniami psychicznymi:

- dana osoba oznajmia, że chciałaby zginąć lub się zabić,
- szuka sposobów pozbawienia się życia (np. gromadzi leki, kupuje przedmioty, które chce użyć podczas próby),
- zgłasza poczucie beznadziejności, bezsensu życia,
- mówi o „ból psychiczny”, wycofaniu lub izolacji,
- coraz bardziej wycofuje się z życia, porządkuje swoje sprawy,

¹³ *Zamachy samobójcze w 2016r.*, Główny Urząd Statystyczny, file:///C:/Users/oem/AppData/Local/Temp/zamachy_samobojcze__w_2016_r_.pdf (dostęp 27.04.2020)

- stwierdza, że jest ciężarem dla innych,
- używa substancji psychoaktywnych,
- ujawnia niepokój lub pobudzenie psychoruchowe,
- cierpi na zaburzenia snu,
- jest impulsywna w zachowaniu,
- ma głęboko obniżony nastrój lub duże wahania nastroju,
- doznaje omamów słuchowych o treściach imperatywnych dotyczących popełnienia samobójstwa.

Sytuację wielu osób pozostających w sytuacji bezdomności można określić jako suicydogeną. Wpływa na to wiele czynników, w tym związanych ze światem emocjonalnym osób w kryzysie bezdomności. Wśród nich niewątpliwie poczucie osamotnienia, wynikające z zerwania wcześniejszych więzi międzyludzkich lub z braku ich nawiązania. Osobom w bezdomności towarzyszy ponadto poczucie wstydu, zarówno przed samym sobą, jak i społeczeństwem. Nieobce jest im poczucie niższości, bycia nieakceptowanym, odseparowanym od społeczeństwa, co w istotny sposób może wpływać na myśli czy próby samobójcze¹⁴.

¹⁴ Hołyst B., Suicydologia, w: Suicydogenne aspekty bezdomności, Wyd. 2., LexisNexis, Warszawa 2012, s.802-809.

Ścieżki działania. Możliwości pomocy psychiatrycznej dla osób w kryzysie bezdomności ulicznej

Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce ma swoje umocowanie prawne. Szczegółowe zasady określa przede wszystkim „Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego”. Zgodnie z jej zapisami ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz powołane do tego instytucje. Ustawa dopuszcza uczestnictwo w działaniach na rzecz ochrony zdrowia psychicznego „stowarzyszeń i innych organizacji społecznych, fundacji, samorządów zawodowych, kościołów i innych związków wyznaniowych oraz grup samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także innych osób fizycznych i prawnych”.

Zgodnie z dalszymi zapisami ww. ustawy zadania z zakresu ochrony zdrowia realizowane są w ramach tzw. Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który aktualnie obowiązuje na lata 2017-2022¹⁵.

¹⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022

Zgodnie z treścią art. 5 ustawy opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej w formie:

- pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej,
- oraz w domach pomocy społecznej.

W codziennej pracy streetworkera przydatna będzie wiedza na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego po to, aby móc zaproponować klientowi skorzystanie z pomocy w konkretnej jednostce ochrony zdrowia psychicznego. Ważne jest rozeznanie streetworkera w lokalnej mapie dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Warto znać placówki, które znajdują się najbliżej miejsca pobytu klienta, godziny ich otwarcia i realną dostępność świadczonych tam usług (kwestia np. terminów realizacji świadczeń).

Wybrane elementy systemu lecznictwa psychiatrycznego:

1. PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO:

- najbardziej powszechna forma opieki ambulatoryjnej dostępna prawie we wszystkich powiatach w Polsce,
- podstawową ofertę stanowią porady lekarskie, psychologiczne i psychoterapeutyczne,
- do lekarza psychiatry nie jest wymagane skierowanie, natomiast do psychologa lub psychoterapeuty konieczne jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – oznacza lekarza, lekarza dentyście będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo lekarza, lekarza dentyście, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶),
- warunkiem skorzystania z wizyty w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia jest posiadanie aktualnego dowodu ubezpieczenia.

¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ:

- do Poradni Leczenia Uzależnień nie jest wymagane skierowanie,
- w ofercie poradni znajdują się: terapia prowadzona przez specjalistę terapii uzależnień, psychologa lub instruktora terapii uzależnień oraz porady lekarskie,
- leczenie pacjentów może odbywać się bez ich zgody na podstawie skierowania z Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub postanowienia Sądu,
- leczeniem mogą być objęci również bliscy osoby uzależnionej.

3. ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY DZIENNY:

- oddziały dzienne przeznaczone są dla osób wymagających intensywnych oddziaływań terapeutycznych, a nie wymagających hospitalizacji, u których nie występują ostre choroby somatyczne,
- świadczenia w oddziale dziennym mogą być udzielane na podstawie skierowania wydanego wyłącznie przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- oferta oddziału obejmuje różne formy terapii w zależności od specyfiki zaburzeń psychicznych uczestników terapii.

4. PSYCHIATRYCZNA OPIEKA CAŁODOBOWA

Całodobową opieką psychiatryczną objęci są pacjenci w szpitalach i klinikach psychiatrycznych oraz w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

Zagadnienia prawne dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego regulują przede wszystkim: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

Przepisy „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego” stanowiące o szpitalu psychiatrycznym odnoszą się również do kliniki psychiatrycznej i oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym.

PRZYJĘCIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Do szpitala psychiatrycznego przyjmowana jest osoba z zaburzeniami psychicznymi. Przyjęcie do szpitala tej osoby następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala oraz, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia. Zatem sam fakt zgłoszenia się do szpitala ze skierowaniem nie oznacza przyjęcia do szpitala. Ostateczna decyzja należy do lekarza wyznaczonego do tej czynności, w praktyce lekarza izby przyjęć.

Skierowanie do szpitala psychiatrycznego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania osoby. Skierowanie wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie czternastu dni. Warty podkreślenia jest fakt, że każdy lekarz, bez względu na rodzaj specjalizacji, może wystawić skierowanie do szpitala psychiatrycznego. Ponadto nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego* zakłada również możliwość przyjęcia do szpitala bez skierowania. Mianowicie w nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wymaga ustalenia lub potwierdzenia tożsamości (jeżeli jest to możliwe) na podstawie dokumentu tożsamości. Brak dokumentu nie uniemożliwia przyjęcia do szpitala. Rozporządzenie nie określa rodzaju dokumentu stwierdzającego tożsamość danej osoby.

Co do zasady przyjęcie do szpitala psychiatrycznego następuje za zgodą osoby przyjmowanej. Wyjątkiem, czyli przyjęciem do szpitala, mimo braku wymaganej zgody, są następujące sytuacje, które ściśle określa *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*:

1. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 23).
2. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia, wówczas, gdy jest to przypadek nagły (art. 22 ust.2a).
3. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicz-

nych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie; wówczas przyjęcie do szpitala następuje w celu wyjaśnienia tych wątpliwości, a pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni (art. 24).

W powyższych sytuacjach to lekarz izby przyjęć ocenia czy spełnione są ustawowe przesłanki do przyjęcia bez zgody.

4. Istnieje jeszcze możliwość przyjęcia do szpitala osoby bez jej zgody, ale po orzeczeniu sądu opiekuńczego, w tak zwanym trybie wnioskowym (art 29). Dotyczy to wyłącznie osoby z zaburzeniami psychicznymi, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Zgodnie z treścią *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* wniosek do sądu może złożyć małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy osoby, której dotyczy wniosek lub osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę. Wniosek może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej w stosunku do osoby objętej oparciem społecznym, o którym mowa w art. 8 *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Jak wynika z zapisów ustawy oparcie społeczne polega w szczególności na:

- podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
- organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Podsumowując, przyjęcie do szpitala psychiatrycznego może nastąpić w trybie nagłym lub planowym, za zgodą pacjenta lub bez jego zgody, na podstawie ważnego skierowania lub bez skierowania, lub na podstawie orzeczenia sądu.

Praca z klientem z zaburzeniami psychicznymi, który wymaga leczenia w szpitalu psychiatrycznym może stanowić szczególne wyzwanie dla streetworkera.

W sytuacji, gdy klient, ze względu na zły zdrowia psychicznego, wymaga umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym powstaje pytanie, jak streetworker może mu pomóc znaleźć się takiej placówce. Działania, które podejmie streetworker będą ściśle zależeć od konkretnej sytuacji.

Może się zdarzyć tak, że to klient poprosi streetworkera o pomoc w umieszczeniu w szpitalu. Wówczas streetworker informuje o konieczności uzyskania od lekarza skierowania do szpitala. Wskazuje konkretne miejsce, do którego można się udać (adres poradni zdrowia psychicznego, poradni odwykowej). Skierowanie można uzyskać również od lekarza rodzinnego. Jeśli sytuacja jest nagła i nie ma możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala (gdy poradnie są już zamknięte lub przeszkodą jest znaczna odległość od poradni), może ominąć etap uzyskania skierowania do szpitala. Wówczas klient może zgłosić się bezpośrednio do szpitala psychiatrycznego bez skierowania. Do działań, które może podjąć streetworker jest również towarzyszenie klientowi w dotarciu do odpowiednich instytucji (poradnia, szpital).

W innej sytuacji to streetworker w czasie spotkania z klientem może uznać za zasadne umieszczenie go w szpitalu psychiatrycznym. Może to mieć miejsce na każdym etapie kontaktu z klientem. Sugestia, aby klient znalazł się w szpitalu wymaga omówienia z nim przesłanek, którymi kieruje się streetworker. Ważne jest motywowanie go do zmiany jakości życia w kontekście zdrowia psychicznego. Jeśli osoba, z którą pracuje streetworker nie zechce skorzystać z propozycji podjęcia leczenia szpitalnego, a w ocenie streetworkera nie zachodzą okoliczności uzasadniające wezwania adekwatnych służb, to nie pozostaje nic innego, jak uszanowanie decyzji klienta i ewentualnie powrót do tematu przy następnej okazji. Inaczej przedstawia się sytuacja, kiedy streetworker ocenia sytuację jako stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (zamach samobójczy, zachowania agresywne spowodowane chorobą psychiczną). Wówczas konieczna jest interwencja odpowiednich służb: zespołu ratownictwa medycznego, policji. W takim przypadku klient trafia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym.

Współpraca streetworkera z ośrodkami pomocy społecznej staje się niezbędna w procesie umieszczania klienta w szpitalu psychiatrycznym bez zgody w tzw. trybie wnioskowym. Jak wynika z powyższego omówienia tego trybu, organ do spraw pomocy społecznej jest instytucją uprawnioną do złożenia wniosku do sądu o leczenie przymusowe.

Podsumowując, osoba streetworkera może być kluczowa w umieszczeniu osoby pozostającej w bezdomności w szpitalu psychiatrycznym. Znajomość podstaw prawnych znacznie ułatwi wybór odpowiednich ścieżek postępowania.

5. PSYCHIATRIA ŚRODOWISKOWA

Psychiatria środowiskowa jest modelem rozwoju psychiatrii, w którym leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzi się w ich naturalnym środowisku społecznym. Celem psychiatrii środowiskowej jest skracanie czasu trwania zaburzeń oraz zapobieganie dysfunkcjom społecznym pojawiającym się w ich następstwie. Preferowanym miejscem interwencji terapeutycznej jest naturalne środowisko osoby z zaburzeniem psychicznym. Bardzo istotne jest wczesne rozpoznanie sytuacji społecznej chorego, udział osób ważnych dla niego w procesie leczenia (rodziny, innych osób), a także utworzenie (lub odbudowa) systemów oparcia społecznego. W psychiatrii środowiskowej postuluje się wszechstronności opieki, stąd dążenie do zaspokajania potrzeb nie tylko medycznych, ale i psychospołecznych czy bytowych. Pomocy osobie objętej leczeniem powinny udzielać różnorodne służby, działające we współpracy ze społecznością lokalną. Do zadań psychiatrii środowiskowej należy ponadto badanie szczególnych potrzeb zdrowotnych w danej społeczności, edukacja pracowników różnego rodzaju placówek oraz włączenie lokalnych organizacji do działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego¹⁷.

Na świecie dostrzega się zwrot i tendencję do zmniejszania liczby łóżek w salach szpitali psychiatrycznych. Leczenie szpitalne wciąż odgrywa istotną rolę w systemie lecznictwa psychiatrycznego, jednakże psychiatria środowiskowa daje w tej pracy wiele innych możliwości, szczególnie u niektórych chorych. Rekomendacje środowisk medycznych sugerują, iż opieka środowiskowa zbliża się bardziej do potrzeb pacjenta, co ostatecznie wpływa na procesy leczenia i zdrowienia. Ważne, aby leczenie w środowisku pacjenta odbywało się za jego zgodą, po konsultacji z nim. Same starania najbliższego otoczenia spełzną bowiem na niczym, a nawet mogą zniechęcić pacjenta. Rodzina i najbliższe otoczenie stanowią ogromny potencjał w procesie leczenia osoby objętej opieką. To właśnie rodzina, bliscy

¹⁷ Meder J., *Psychiatria środowiskowa*, Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, tom 4, nr 3, 2004, s. 120.

i przyjaciele chorych są bardzo często źródłem wsparcia, częstokroć mają rozeznanie w sytuacji osoby cierpiącej, a także mogą opisywać dostrzegane zmiany i trudności z jakimi w danej chwili zmagają się osoba.

Ogromną korzyścią, pod kątem zaspokajania potrzeb osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, jest rozeznanie i branie pod uwagę zasobów, jakimi dysponuje osoba, które mogą przyczynić się do złagodzenia objawów choroby lub poprawy codziennego funkcjonowania. Do tych zasobów należą pasje, doświadczenia pozytywne, umiejętności społeczne, potencjalne możliwości. Tu z wielką pomocą przychodzi środowisko domowe osoby, które poprzez przeróżne relacje może na nie wskazywać.

Dla osób, którym trudno jest korzystać z pomocy w formie poradni zdrowia psychicznego czy oddziału dziennego, leczenie środowiskowe z pewnością stanowi dobrą alternatywę. Co ważne, zwiększa szansę na ciągłość opieki i szybką reakcję w chwilach, gdy stan osoby się pogarsza. Umożliwia także obserwację pacjenta w jego przestrzeni codziennego funkcjonowania, w warunkach mu znanych i bezpiecznych, a także daje możliwość wykorzystania posiadanych zasobów. Ponadto są osoby, które nie chcą podejmować się leczenia psychiatrycznego z powodu obawy przed etykietą. Wciąż jeszcze „chory psychicznie” rozumiany i kojarzony jest pejoratywnie. Mówimy tu zatem o silnym etykietowaniu, naznaczeniu. Powyższy argument jest dość często słyszany w pracy streetworkerów w kontakcie z osobami na ulicy.

Leczenie środowiskowe – do kogo skierowane i w jaki sposób z niego skorzystać?

Oddziaływania terapeutyczne skierowane do osób chorujących na zaburzenia psychiczne, o ile mają być skuteczne, muszą opierać się na holistycznym podejściu, do którego można zaliczyć: stosowanie farmakoterapii, rozwiązywanie problemów rodzinnych, zapobieganie bezrobociu i ubóstwu, kompensowanie ubogiej sieci wsparcia społecznego, przywracanie nadziei na satysfakcjonujące życie. Mówiąc innymi słowami, powinno ono brać pod uwagę cały kontekst sytuacyjny, w jakim znajduje się, leczy i przebywa pacjent. Po opuszczeniu szpitala psychiatrycznego większość z tych problemów zaczyna pojawiać się już po okresie wstępnej adaptacji do starych schematów

życia, gdy okazuje się, że pacjenci nie są już w stanie poradzić sobie z nowymi wyzwaniami za pomocą starych sposobów. Model leczenia środowiskowego, w porównaniu z opieką typu „szpitalny azyl”, opartą na wielkich szpitalach psychiatrycznych, ma niewątpliwe atuty, do których należy zaliczyć dostępność do programów terapeutycznych, a zachowanie równości w uzyskaniu pomocy wzmacnia funkcjonowanie pacjenta w miejscu, w którym żyje, podtrzymuje i rozwija jego naturalne sieci społeczne oraz zapobiega marginalizacji.

Opieka środowiskowa skierowana jest w szczególności do osób:

Z **niepełnosprawnością**. Należy zwrócić uwagę, że niepełnosprawność przyczynia się do większej liczby sytuacji kryzysowych, nasila pojawienie się trudności o charakterze psychologicznym, a w konsekwencji psychiatrycznym. Trudności w sferze zdrowia psychicznego utrudniają adaptację do pojawiających się warunków, co za tym idzie można przypuszczać, że osoby potrzebujące wsparcia psychiatrycznego, trudniej będą radziły sobie z poważnymi przeszkodami życia codziennego, aniżeli osoby bez niepełnosprawności. Osoby cierpiące z powodu trudności o charakterze motorycznym o różnym stopniu nasilenia, mogą to być osoby na wózku inwalidzkim, osoby z amputacjami kończyn, które z racji swojej niepełnosprawności mają przez to utrudniony dostęp do tradycyjnych form leczenia. Poczynając od: niewystarczających zasobów finansowych, sprzętu niedostosowanego do wymagań architektonicznych placówek oferujących pomoc, a także braku wsparcia ze strony bliskich osób (osoby samotne, osoby po rozwodach, osoby w trudnej sytuacji rodzinnej, osoby nie mające relacji rodzinnych, osoby z placówek czy schronisk, noclegowni dla osób bezdomnych, a także osoby korzystające z projektów mieszkań treningowych). A także osoby całkowicie unieruchomione z racji swej choroby w łóżku (szczególnie w przypadku paraliżu wszystkich kończyn), których przemieszczanie jest nad wyraz trudne. Należy także pamiętać o grupie osób, które żyją z niepełnosprawnością w zakresie narządów zmysłów (wzrok, słuch), których funkcjonowanie i jakość życia mogą być w sposób istotny obniżone. Niepełnosprawność fizyczna może forsować uwagę służby medycznej, mającej kontakt z osobą bezdomną jej doświadczającą. Ważnym jednak jest, by pamiętać, że często to względy psychologiczne decydują o jakości życia chorych. Dlatego środowiskowe leczenie niesie ze sobą szansę na to, by udzielić pacjentowi takiego wsparcia, jakie nie byłoby możliwe z racji występowania niepełnosprawności.

Z zaburzeniami o charakterze lękowym. Leczenie środowiskowe byłoby alternatywą tam, gdzie zaburzenia psychiczne mogą w różnym stopniu uniemożliwiać dotarcie do lekarza psychiatry. Możemy mówić tu o osobach cierpiących na fobię społeczną, która w skrajnych przypadkach prowadzi do unikania jakiegokolwiek kontaktu z otoczeniem. A także osoby, u których występuje skrajna i nieadekwatna podejrzliwość (lęk przed „wrogimi ludźmi”) lub poczucie wyższości w każdej dziedzinie (również wobec specjalistów), nieumiejętność wchodzenia w autentyczne relacje społeczne czy – powszechny w schizofrenii – brak wglądu we własne procesy psychiczne. Tego typu trudności naruszają umiejętność realizacji potrzeby bezpieczeństwa i potrzeb społecznych oraz utrudniają leczenie¹⁸

Z depresją. Niektóre choroby psychiczne, takie jak depresja, wiążą się ze znacznym spadkiem motywacji czy sił życiowych (jak w przypadku depresji czy pewnych okresach zaburzeń dwubiegunowych). W takich sytuacjach wizyta pacjenta u lekarza psychiatry wiązałaby się raczej z nieudaną próbą, nie tyle z powodu niechęci, co raczej braku sił do aktywnego podejmowania leczenia. W takim przypadku oddziaływanie w otoczeniu domowym psychiatry czy innego członka zespołu leczenia środowiskowego może stanowić bodziec do podejmowania starań w kierunku uzyskania pomocy.

Osoby, które zakończyły leczenie w oddziale całodobowym lub dziennym, wymagające dalszych intensywnych oddziaływań psychoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych.

Osoby, z którymi nie udało się uzyskać trwałej, efektywnej współpracy w leczeniu na oddziale szpitalnym lub w poradni.

Leczenie środowiskowe w kontekście osób w kryzysie bezdomności i osób wychodzących z kryzysu może mieć zastosowanie w przypadku:

- projektu Housing First,
- mieszkańców w projektach „mieszkań wspomaganych” i „mieszkań treningowych”,
- osób mieszkających w placówkach stacjonarnych: noclegownie i schroniska dla osób bezdomnych.

¹⁸ A. Żaroń, *Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych*, „Psychiatria” tom 15, nr 1, 2018, s. 45-49.

Zespół leczenia środowiskowego

Zespoły leczenia środowiskowego (ZLŚ) zajmują się leczeniem i rehabilitacją osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi, którzy zamieszkują określony obszar. Opieką obejmowane są osoby, które ze względu na występujące objawy, problemy w codziennym funkcjonowaniu oraz niedostateczne oparcie społeczne nie są zdolne do korzystania z leczenia ambulatoryjnego, ale nie wymagają hospitalizacji. Szczególne wskazania do leczenia środowiskowego mają osoby z długotrwałym i poważnym przebiegiem zaburzeń, z wyraźnymi trudnościami w zakresie współpracy terapeutycznej. Beneficjentami takiej formy terapii są przede wszystkim osoby z przewlekłymi zaburzeniami psychiatrycznymi (np. chorujące na schizofrenię), afektywnymi czy organicznymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (np. zespołami otępiennymi).

Zespół leczenia środowiskowego tworzą:

- lekarze psychiatry,
- psycholodzy,
- terapeuci środowiskowi,
- pielęgniarki środowiskowe,
- pracownicy socjalni,
- w niektórych ZLŚ psychoterapeuci, logopedzi, pedagodzy.

Kluczowym zadaniem opieki środowiskowej jest umożliwienie kontynuacji terapii i rehabilitacji w miejscu zamieszkania. Usługi zespołu świadczone są przede wszystkim w domu pacjenta, niekiedy na terenie jednostki, której częścią są ZLŚ (np. na terenie szpitala, zespołu poradni). Dzięki regularnym wizytom domowym, zespół monitoruje stan zdrowia i sytuację życiową podopiecznych, wspiera ich funkcjonowanie w różnych obszarach życia i reaguje w sytuacji kryzysowej. Poza tym bardzo ważnym elementem wizyty jest wsparcie i edukacja najbliższego otoczenia: rodzin, opiekunów. Niekiedy niezbędna jest współpraca z jednostkami wspierającymi np. z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.

Procedura przyjęcia do opieki środowiskowej w ramach ZLŚ jest ustalana w danym ośrodku zajmującym się tą formą terapii. Najczęściej najpierw ma miejsce kwalifikacja do leczenia przez ZLŚ. Oczywiście osoba, która ma być objęta opieką musi wyrazić zgodę na taką formę leczenia, a opiekun podejmować współpracę z zespołem. W niektórych ośrodkach konieczne jest złożenie skierowania od lekarza (np. psychiatry z poradni zdrowia psychicznego czy lekarza podstawowej

opieki zdrowotnej¹⁹). Czasami zgłoszenia może dokonać sam pacjent, jego rodzina czy pracownik socjalny.

6. OŚRODKI WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI²⁰

Niezależnie i równolegle do różnych form opieki i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w systemie ochrony zdrowia psychicznego prowadzone są ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznego w systemie pomocy społecznej.

Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia.

Ośrodkiem wsparcia może być ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko i dom dla bezdomnych oraz klub samopomocy.

Ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi są: środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy codziennej w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej.

ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY

Środowiskowe domy samopomocy, zwane inaczej ośrodkami wsparcia, służą budowaniu sieci oparcia społecznego i przygotowują do życia w społeczeństwie oraz funkcjonowania w środowisku. Są

¹⁹ Definicja lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zawarta jest w art.6 Ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

²⁰ Informacje o Środowiskowych Domach Samopomocy i Klubach Samopomocy <https://www.gov.pl/web/rodzina/srodowiskowe-domy-samopomocy-informator>

przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie. To placówki okresowego dziennego lub całodobowego pobytu, w których osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą otrzymać częściową opiekę i pomoc w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych oraz posiłek.

Do zadań ŚDS należy budowanie sieci oparcia społecznego, przygotowanie do życia w społeczeństwie i funkcjonowania w środowisku:

- osób przewlekle psychicznie chorych (typ A domu);
- osób przejawiających inne zaburzenia czynności psychicznych (typ C domu).

Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Wsparcie, które może zostać udzielone w środowiskowym domu samopomocy:

1. trening funkcjonowania w codziennym życiu, w tym:
 - trening dbałości o wygląd zewnętrzny,
 - trening nauki higieny,
 - trening kulinarny,
 - trening umiejętności praktycznych,
 - trening gospodarowania własnymi środkami finansowymi;
2. trening umiejętności interdyscyplinarnych i rozwiązywania problemów, w tym:
 - kształtowania pozytywnych relacji uczestnika z osobami bliskimi, sąsiadami, z innymi osobami w czasie zakupów;
3. trening umiejętności spędzania wolnego czasu, w tym:
 - rozwijanie zainteresowań literaturą,
 - audycjami radiowymi, telewizyjnymi, Internetem, udział w spotkaniach towarzyskich i kulturalnych;
4. poradnictwo psychologiczne;
5. pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;

6. pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, w tym:
 - uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt u lekarza,
 - pomoc w zakupie leków,
 - pomoc w dotarciu do jednostek ochrony zdrowia;
7. niezbędna opieka;
8. terapia ruchowa, w tym: zajęcia sportowe, turystyka i rekreacja;
9. całodobowe wyżywienie dla uczestników skierowanych na pobyt całodobowy, w formie posiłków lub produktów żywnościowych do przygotowania.

Okres korzystania z miejsca całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy nie może być jednorazowo dłuższy niż 3 miesiące, z możliwością przedłużenia do 6 miesięcy w uzasadnionych przypadkach, przy czym maksymalny okres pobytu całodobowego osoby w roku kalendarzowym nie może być dłuższy niż 8 miesięcy.

Zakres usług świadczonych w klubach samopomocy ustala właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej klub samopomocy w uzgodnieniu z wojewodą.

Odpłatność za usługi całodobowe w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 70% dochodu osoby korzystającej z usług, proporcjonalnie do okresu jej pobytu.

Decyzję o skierowaniu do ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i decyzję ustalającą odpłatność za korzystanie z usług w tych ośrodkach wydaje właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej lub zlecającej prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Organ może zwolnić osoby zobowiązane do odpłatności za usługi w ośrodkach wsparcia na ich wniosek, częściowo lub całkowicie.

KLUB SAMOPOMOCY

Celem klubu jest wspieranie aktywności społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi w ich własnym środowisku. Uczestnikami klubu mogą być osoby doświadczające przewlekłych zaburzeń psychicznych. Brak orzeczenia o ustaleniu stopnia niepełnosprawności

nie wyklucza z możliwości uczestnictwa w klubie samopomocy. Wsparcie, które może zostać udzielone w klubie samopomocy:

- przełamywanie izolacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
- przygotowywanie osób do powrotu i prawidłowego funkcjonowania w życiu społecznym,
- doskonalenie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach życiowych i społecznych,
- działania w kierunku utrzymania pracy,
- zapobieganie nawrotom choroby,
- motywowanie do podejmowania leczenia,
- aktywne wypełnianie wolnego czasu,
- pogłębianie zainteresowań.

Korzystanie z usług klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest nieodpłatne.

7. POMOC W STANACH NAGŁYCH

Jak wynika z *Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie w izbach przyjęć (IP) i szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) całodobowo. Ustawowa definicja stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego ma następującą treść: jest to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Państwowe Ratownictwo Medyczne ma za zadanie zapewnić każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia niezbędną pomoc medyczną. System działa całodobowo. Jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego są m.in. zespoły ratownictwa medycznego oraz szpitalne oddziały ratunkowe.

W codziennej pracy streetworkera istnieje ryzyko, że zetknie się z sytuacją stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przykładem takiego stanu może być napad drgawek, krwotok, silny ból brzucha. W kontekście zaburzeń psychicznych streetworker może również spotkać się z sytuacją stanu nagłego. Będą to:

- zachowania samobójcze (tendencje i próby samobójcze),
- nasilone pobudzenie,
- agresja związana z psychozą,
- nagłe, nasilone zaburzenia świadomości.

Jeśli streetworker oceni stan klienta jako wymagający natychmiastowej pomocy medycznej i uzna, że niezbędny jest przyjazd karetki, powinien wezwać pogotowie ratunkowe dzwoniąc pod numer telefonu 112. Natomiast to dyspozytor medyczny pogotowia ratunkowego, na podstawie uzyskanych podczas rozmowy informacji, podejmuje decyzję odnośnie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego. Dyspozytor może odmówić przyjęcia zgłoszenia w przypadku, gdy stwierdzi brak stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wówczas dyspozytor informuje osobę wzywającą o odmowie przyjęcia zgłoszenia i zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego oraz podaje przyczynę takiej decyzji. Ponadto informuje osobę wzywającą o zaleceniach dotyczących dalszego postępowania oraz informuje, że w przypadku gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia osoby, której wezwanie dotyczy lub wystąpienia u niej nowych niepokojących objawów, należy ponownie skontaktować się z dyspozytorem medycznym²¹.

Szczególnie ważne jest przekazanie informacji dyspozytorowi odnośnie zastanej sytuacji, które wskażą na rzeczywistą nagłość stanu. Stąd konieczne są komunikaty zawierające precyzyjne informacje na przykład:

- „jest bardzo pobudzony, wzbudza w otoczeniu lęk i przerażenie”,
- „coś zwiduje, mówi do siebie, ucieka przed siebie, nie zważa na otoczenie”,
- „ciągle powtarza, że się zabije”,
- „szuka linki, żeby się powiesić”.

Ponadto, istotne jest przekazanie informacji, jeśli streetworker jest w jej posiadaniu, że klient leczył się uprzednio psychiatrycznie w szpitalu czy ambulatoryjnie. To może sugerować przyczynę aktualnego pogorszenia stanu zdrowia. Pomocne dla zespołu ratownictwa medycznego będą dane na temat obecnych lub przebytych chorób oraz uzależnienia od alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych,

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego.

a także o fakcie przyjmowania leków. Po przyjeździe karetki to personel medyczny wchodzący w skład ZRM podejmuje dalsze decyzje, w tym o potrzebie przewiezienia do szpitala.

Należy mieć na uwadze, że pomoc osobom przebywającym w miejscach niemieszkalnych, na ulicy, to działania na rzecz osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych, którzy nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym. Działania mogą być podejmowane zgodnie z zaleceniami Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego (z dnia 19 sierpnia 1994 r.), stanowiącej podstawę prawną do działań w ramach, których można podejmować aktywność niosącą pomoc osobom znajdującym się w sytuacji bezdomności ulicznej z zaburzeniami psychicznymi. Warto dodać, że streetworking jako istotny element w systemie pomocy społecznej, łączący osobę bezdomną z instytucjami pomocowymi (m.in. systemem służby zdrowia), jak i rola interwencyjna, jaką pełni streetworker, uprawnia, i jednocześnie zobowiązuje, do podejmowania aktywności, które mają na celu zgłoszenia potrzeby do systemu służby zdrowia. Dzieje się to przy jednoczesnym założeniu, że decyzję podejmują służby, które już na etapie zgłoszenia, jak i po przyjeździe na zgłaszane miejsce podejmują decyzję o dalszych czynnościach względem osoby. Ważnym jest, aby streetworkerzy nie bali się podejmowania takiego zgłaszania problemu. Jako osoby będące regularnie w miejscach niemieszkalnych, a także znając osoby (zauważane przez zmiany w zachowaniu czy stanie zdrowia) są jak najbardziej odpowiednimi osobami, do podejmowania tego typu działań.

REGULACJE PRAWNE W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.
5. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego.

Specyfikacja pracy streetworkera z osobami w sytuacji bezdomności ulicznej

Rolą i zadaniem streetworkerów w sytuacji zdiagnozowania zagrożeń zdrowia psychicznego, jest motywowanie do skorzystania z różnych ścieżek pomocy i wsparcia. Z jednej strony może być to kwestia hospitalizacji psychiatrycznej w sytuacjach tego wymagających. Z drugiej strony może być to kwestia skorzystania z oferty placówek dla osób w sytuacji bezdomności, a tam realizacja procesu leczenia psychiatrycznego na przykład w poradni zdrowia psychicznego. Z trzeciej strony może być kwestia możliwości osiedlenia się w mieszkaniu i tam korzystania z ambulatoryjnego lub środowiskowego wsparcia psychicznego i psychiatrycznego²². We wszystkich tych kierunkach streetworkerzy mogą odgrywać kluczową rolę, nie tylko w procesie informowania, zachęcenia i zorganizowania procesu przejścia osoby z ulicy do szpitala, placówki czy mieszkania, ale także w procesie zdrowienia i poprawiania sytuacji psychospołecznej osób. Priorytetem tutaj jest zmiana sytuacji bytowej i mieszkaniowej osoby tak, by zagwarantować bezpieczną przestrzeń fizyczną, społeczną i prawną do prowadzenia skutecznych działań pomocy

²² Wykorzystanie np. metody Najpierw Mieszkanie w pracy z osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi <https://housingfirsteurope.eu/guide/>

i wsparcia. Proces terapeutyczny, a także korzystanie z leków psychotropowych jest znacznie skuteczniejsze, jeśli osoba ma zaspokojone podstawowe potrzeby fizjologiczne (schronienia, snu, wypoczynku, jedzenia, higieny) i bezpieczeństwa (ochrony od warunków zewnętrznych, ludzi i zwierząt). W proces motywowania do podjęcia leczenia streetworkerzy mogą angażować osoby bliskie i otoczenia osób znajdujących się w kryzysie zdrowia psychicznego.

W sytuacji rozpoczęcia i kontynuacji procesu terapeutycznego i leczenia psychiatrycznego niezależnie czy odbywającego się w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych, czy środowiskowych, rolą streetworkerów może być dalsze pozostawanie w kontakcie i w relacji z osobą. Streetworkerzy mogą odwiedzać osobę, wspierać i dalej motywować do kontynuacji leczenia, okazywać zrozumienie i wsparcie.

Niezwykle trudnym procesem jest diagnozowanie, a także realizowanie procesu leczenia psychiatrycznego w miejscach niemieszkalnych, tam, gdzie osoby doświadczające kryzysu bezdomności ulicznej przebywają. Rolą streetworkerów w takich sytuacjach jest obserwowanie i zwracanie uwagi na wszelkie niepokojące objawy, które mogą być zagrożeniem zdrowia i życia osób. Oczywiście możliwe, choć bardzo trudne, jest diagnozowanie psychiatryczne osób przebywających na ulicy. Rekomendowane, szczególnie w dużych miastach, jest uruchamianie mobilnych, środowiskowych zespołów psychiatrów, pracujących na ulicach i w miejscach niemieszkalnych. Dużo trudniejszy, niż sam proces diagnozowania jest jednak proces leczenia psychiatrycznego realizowany w przestrzeni publicznej i miejscach niemieszkalnych, w sytuacji permanentnego zagrożenia zdrowia i życia osoby. Wdrożenie psychoterapii czy konsultacji psychiatrycznych, a także włączenie leków psychotropowych jest bardzo trudne, a czasem niemożliwe w przestrzeni miejsc niemieszkalnych. Skuteczność leczenia i terapii w sporym zakresie jest także powiązana z sytuacją bytową, ekonomiczną, społeczną i mieszkaniową osób. Brak miejsca gwarantującego bezpieczeństwo fizyczne, społeczne i prawne może radykalnie zmniejszać skuteczność i efektywność procesu leczenia.

Rola streetworkera jako opiekuna osoby z zaburzeniami psychicznymi

Osoba z zaburzeniami psychicznymi, ze względu na wpływ choroby na funkcje poznawcze, jakość kontaktu z otoczeniem, sposób codziennego funkcjonowania, zasób posiadanego słownictwa, może nie mieć umiejętności przekazywania pracownikom służby zdrowia czy ośrodków pomocy społecznej niezbędnych informacji. Wobec czego, na różnych poziomach współpracy z osobą z zaburzeniami psychicznymi kluczową osobą jest tzw. opiekun.

W praktyce opiekun to osoba, która zajmuje się na co dzień osobą chorą i posiada największą wiedzę na temat jej stanu zdrowia. Największą, nie zawsze znaczy, że wystarczająco obszerną dla pracowników służby zdrowia, choć nierzadko okazuje się, że nawet szczątkowe informacje mogą być kluczowe w podejmowaniu decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Często to opiekun przyprowadza pacjenta do gabinetu lekarza czy psychologa lub przywozi do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. Towarzystwo pacjentowi w gabinecie lekarskim czy w innych sytuacjach, kiedy pacjentowi udzielane są świadczenia zdrowotne może przynosić wiele korzyści:

- dla personelu medycznego: uzyskanie potrzebnych informacji, gdy pacjent ma trudności z ich przekazaniem;

- dla opiekuna: uzyskanie informacji o stanie zdrowia podopiecznego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, jeśli pacjent wyrazi zgodę na udzielenie powyższych informacji (zgodnie z treścią art. 9 *Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*);
- dla pacjenta: wsparcie w sytuacji mogącej być źródłem lęku czy niepokoju. Według art. 21 ww. ustawy, na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna bliska osoba. Cytowana ustawa definiuje osobę bliską jako małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. W określonych sytuacjach osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ustawa przewiduje taką odmowę w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Opiekun wzorcowy to taki, który:

- wie, na co choruje podopieczny, zna nazwy zdiagnozowanych dotychczas wszystkich chorób,
- ma wiedzę, jakie są podstawowe objawy danej choroby i jakie objawy zwiastują jej nawrót,
- wie, jakie aktualnie leki zalecono i jakie w rzeczywistości leki podopieczny przyjmuje,
- zna dotychczasową historię leczenia,
- ma dostęp do dotychczas wydanej dokumentacji medycznej,
- nadzoruje leczenie (pilnuje zaopatrzenia w leki, w razie potrzeby kontroluje przyjmowanie leków, monitoruje wizyty u lekarza),
- edukuje podopiecznego w zakresie choroby i leczenia, motywuje do zmiany trybu życia, porzucenia złych nawyków,
- potrafi dostrzec zmiany w stanie zdrowia i je opisać,
- podejmuje interwencję w razie pogorszenia stanu zdrowia (przyspiesza wizytę u lekarza, dowozi do izby przyjęć, wzywa zespół pogotowia ratunkowego),
- zna status ubezpieczenia, ma informacje o posiadaniu przez podopiecznego prawa do świadczeń (np. rentowych), stopnia niepełnosprawności itp.,

- podejmuje kontakt z pracownikami służby zdrowia (w poradni, na wizycie domowej, przy przyjęciu do szpitala, w trakcie interwencji zespołu ratownictwa medycznego, przy wypisie ze szpitala) czy z instytucjami pomocy społecznej.

Najczęściej jest to członek rodziny, bliższej lub dalszej. Nierzadko to osoba niespokrewniona, ktoś z sąsiedztwa czy pracownik ośrodka pomocy społecznej. Stopień wiedzy i zaangażowania opiekuna w proces terapeutyczny bywa różny. Niekiedy opiekun wyróżnia się troskliwością, chęcią wykorzystania wszelkich możliwości, aby pomóc podopiecznemu, szuka nowych rozwiązań. W innych przypadkach – rola opiekuna ciąży, jest źródłem frustracji, rodzi niechęć do osoby pozostającej pod opieką lub instytucji, z którymi osoba chora się styka.

W przypadku bezdomności ulicznej, osobie towarzyszą inne osoby w kryzysie bezdomności lub egzystuje ona w przestrzeni ulicznej zupełnie sama. Wówczas wydaje się, że największą bazę danych na temat stanu zdrowia tej osoby może posiadać właśnie streetworker, który dysponuje danymi zawartymi w indywidualnej karcie klienta, kartach ponownego kontaktu z klientem oraz notatkach służbowych. W przypadku kolejnych spotkań z osobą w bezdomności może poszerzać wiedzę o kolejne dane i doświadczenia kontaktu. W momencie kontaktu osoby w sytuacji bezdomności ze służbą zdrowia, to streetworker może być kluczową osobą przekazującą ważne dane, które pozwolą przeprowadzić sprawnie i skutecznie czynności diagnostyczno-lecznicze. Streetworker za zgodą swojego klienta może uczestniczyć w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jeśli nie zachodzą ustawowe przesłanki odmowy takiego uczestnictwa (zagrożenie epidemiczne lub bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta). W praktyce najczęściej dotyczy to sytuacji konsultacji, porady czy badania lekarskiego.

Szczególną rolę streetworkerzy mogą mieć w procesie leczenia szpitalnego, gdzie z jednej strony jako opiekunowie, często dobrze znający osoby doświadczające kryzysu psychicznego, mogą swoimi informacjami wspierać proces leczenia i zdrowienia osób. Na początku rola streetworkerów może wiązać się z procesem przyjazdu i transportu osoby, towarzyszeniu podczas przyjęcia, a także udzielaniu niezbędnych informacji personelowi, w tym sensie streetworkerzy mogą być głównymi informatorami o stanie zdrowia psychicznego osoby doświadczającej bezdomności. Dalej w trakcie leczenia szpitalnego streetworkerzy mogą udzielać i uzupełniać informacje, mogą wspierać także proces pozyskiwania danych i informacji, które nie

były dostępne w fazie przyjęcia i rozpoczęcia hospitalizacji. Na etapie pobytu w szpitalu, ważne jest wsparcie w motywowaniu do udziału w procesie terapeutycznym i ogólne wspieranie procesu leczenia. Z kolei po zakończeniu udzielania klientowi świadczeń zdrowotnych w szpitalu streetworker może być tą osobą, która uzyska dostęp do dokumentacji medycznej (za zgodą klienta), w tym do diagnozy i zaleceń np. dotyczących zapisanych leków, konieczności wykonania badań dodatkowych czy podjęcia terapii uzależnień. Pracownicy służby zdrowia powinni wziąć pod uwagę streetworkera jako osobę, której można (za zgodą pacjenta) przekazać niezbędne informacje o procesie diagnostyczno-leczniczym i zaleceniach, zarówno w czasie hospitalizacji, jak i w trakcie leczenia ambulatoryjnego.

Jednocześnie w trakcie leczenia szpitalnego streetworkerzy mogą angażować się w przygotowywanie procesu opuszczenia i wyjścia ze szpitala psychiatrycznego. Proces ten powinien być realizowany przy udziale i w porozumieniu z kadrą szpitala psychiatrycznego. Streetworkerzy na tym etapie mogą towarzyszyć podczas wypisywania osoby, odbierać fizycznie osoby ze szpitala, przeczytać i wytłumaczyć kartę wypisu, wysłuchać zaleceń co do procesu kontynuacji leczenia, a potem monitorować i wspierać ten proces. Oczywiście osoby muszą mieć możliwość samostanowienia i powrotu do miejsca przez nich wybranego. W przypadku osób doświadczających bezdomności te miejsca mogą być trzy. Pierwsze to powrót do miejsc niemieszkalnych i w przestrzeń ulicy. Tutaj możliwości kontynuacji leczenia mogą być bardzo ograniczone, a jednocześnie wzrastają zagrożenia dla zdrowia i życia osoby. Drugie to skorzystanie z oferty placówki dla osób w kryzysie bezdomności. Tutaj możliwości kontynuacji leczenia są większe, choć nie wszystkie osoby chcą skorzystać z takiej formy wsparcia. Trzecim, optymalnym rozwiązaniem byłoby osiedlenie lub powrót do mieszkania, najlepiej samodzielnego i niezależnego, z zapewnionym wsparciem środowiskowym w mieszkaniu. Streetworkerzy mogą brać aktywny udział w informowaniu, zachęcaniu, motywowaniu osoby do planowania wyjścia ze szpitala psychiatrycznego. Jednocześnie mogą brać aktywny udział w planowaniu, organizowaniu i wdrażaniu pomocy i wsparcia po opuszczeniu leczenia szpitalnego.

Ponadto streetworker mógłby podejmować działania w zakresie edukacji zdrowotnej, skierowanej do konkretnego klienta. Istotne byłoby motywowanie go do odbywania regularnych wizyt lekarskich i przyjmowania zalecanych leków, oferowanie pomocy w zorganizowaniu wizyty u lekarza.

Rola opiekuna osoby chorej, bez względu na wymiar czasowy, nie jest łatwa. Dla streetworkera powyższe zadania mogą stanowić dodatkowe obciążenie, a w razie braku efektów – źródło frustracji. Jednak obszar problemów zdrowotnych wydaje się być jednym z kluczowych, jakie dotyczą osoby pozostającej w bezdomności ulicznej, co skłania do zastanowienia się nad poszerzeniem oferty pomocy dla osób pozostających w bezdomności.

Bezpieczeństwo kontaktu

Specyfika pracy streetworkera zakłada pracę w niekomfortowych warunkach. Brak komfortu nie jest jednoznaczny z koniecznością podejmowania czy podtrzymywania kontaktu z klientem w warunkach niebezpiecznych dla streetworkera. W kontekście zagadnienia pracy z klientem z zaburzeniami psychicznymi, z zachowaniem warunków bezpieczeństwa, należałoby rozważyć następujące zagadnienia:

1. Rozważenie i podjęcie decyzji czy ZAINICJOWANIE kontaktu z klientem jest bezpieczne poprzez dokonanie:
 - oceny ogólnej sytuacji tzw. ogólnego wrażenia, jakie na wchodzącym w kontakt streetworkerze robi sam klient i jego otoczenie,
 - oceny zachowania osoby w sytuacji bezdomności: zwrócenie uwagi na postawę i ruchy ciała, ruchy poszczególnych części ciała, mimikę, gestykulację, adekwatność używania przedmiotów z otoczenia, sposobu poruszania się,
 - oceny czy klient jest spokojny, pobudzony, trwa w bezruchu, jest w lęku, ucieka przed czymś (przed kimś),
 - oceny sposobu wypowiedzania się (co mówi i jak mówi): czy jest w ogóle możliwość nawiązania jakiegokolwiek kontaktu, możliwość współpracy, ocena logiczności wypowiedzi, możliwość zro-

zumienia treści wypowiedzi, wypowiedzania się na płaszczyźnie pytań, tempa wypowiedzi (zbyt szybko/zbyt wolno), głośności wypowiedzi (za głośno/za cicho),

- oceny treści wypowiedzi (co mówi): czy są to treści adekwatne do rzeczywistości, czy są to treści wskazujące na doznawanie omamów, urojeń, czy może treści samobójcze,
- oceny postawy klienta wobec streetworkera: czy klient jest nieufny, podejrzliwy, wrogo nastawiony, obojętny, uwodzicielski,
- oceny stanu emocjonalnego klienta: drażliwy, smutny, wesołkowaty, pogodny,
- oceny czy zachowanie klienta stanowi zagrożenie dla innych lub dla streetworkera (zachowania typu: rzucanie przedmiotami, uderzanie, popychanie innych osób, podpalanie, używanie ostrych przedmiotów),
- oceny czy jest możliwość natychmiastowego opuszczenia miejsca kontaktu z klientem.

W ocenie sytuacji należy wziąć pod uwagę całość zachowań i postaw klienta. Kluczowe znaczenie może mieć zgromadzona uprzednio wiedza o zaburzeniach psychicznych, na które cierpi klient, jak również posiadanie podstawowych informacji o obrazie i przebiegu danej choroby psychicznej. Pozwala to na większy komfort pracy, uniknięcie efektu zaskoczenia i zachowanie spokoju w miarę możliwości. Ponadto, gdy streetworker zna klienta, to jest w stanie zauważyć różnice w kontakcie, odnotować nowe zjawiska i ustąpienie uprzednio występujących. Niewątpliwie trudniejsze warunki do oceny stanu psychicznego występują przy pierwszym kontakcie z klientem.

Jeśli streetworker podejmie decyzję o rozpoczęciu kontaktu z klientem uznając, że zachodzą warunki bezpiecznego kontaktu, z pewnością zachowanie czujności w czasie całego kontaktu będzie ważne z punktu widzenia jego bezpieczeństwa.

2. Rozważenie i podjęcie decyzji czy konieczne jest ZAKOŃCZENIE kontaktu z klientem.

Zachowania klienta, które powinny wzbudzić czujność streetworkera to:

- pobudzenie, podniecenie ruchowe, niemożność usiedzenia w jednym miejscu,
- silny lęk,
- wzburzenie emocjonalne,
- postawa wrogości, nieufność, podejrzliwość,
- agresja słowna, rozdrażnienie,

- agresja czynna,
- wypowiedzanie gróźb dokonania czynów agresywnych,
- dokonywanie czynów agresywnych.

Jeśli konieczne jest pozostawanie w pobliżu klienta w okolicznościach wskazujących na brak bezpieczeństwa kontaktu (w oczekiwaniu na odpowiednie służby bądź gdy potrzebny jest czas na wycofanie się z obszaru pracy), wskazane jest:

- zachowanie spokoju i panowanie nad sobą,
- zachowanie bezpiecznej odległości,
- zwracanie się do klienta w sposób łagodny,
- unikanie sporów i postawy konfrontacyjnej,
- unikanie zachowań prowokacyjnych.

3. Rozważenie i podjęcie decyzji czy konieczne jest WEZWANIE ODPOWIEDNICH SŁUŻB: policji i/ lub zespołu ratownictwa medycznego. W razie braku pewności co do słuszności ustaleń, praktyczne jest skorzystanie z numeru alarmowego 112 i pozostawienie decyzji dyspozytorowi.

Podsumowując: w pracy streetworkera kluczowe jest jego bezpieczeństwo. W kontekście pracy z klientem z zaburzeniami psychicznymi przydatna jest elementarna wiedza na temat obrazu i przebiegu niektórych zaburzeń psychicznych oraz umiejętność oceny konkretnej sytuacji i podjęcia decyzji o wezwaniu odpowiednich służb.

Rola i praca streetworkera z najbliższym otoczeniem i ze społecznością lokalną w kontekście ochrony zdrowia psychicznego

Jednym z kluczowych obszarów działań streetworkerów jest badanie otoczenia i środowiska, w którym przebywają osoby doświadczające bezdomności. Innym kolejnym etapem pracy streetworkerów jest obecność w środowisku i jego monitorowanie.

W obu zakresach pracy streetworkerów istotą jest zwrócenie uwagi na otoczenie osób znajdujących się w sytuacji bezdomności. Nie chodzi tutaj tylko o przestrzeń czy miejsca, a przede wszystkim o osoby znajdujące się w kontakcie i pozostające w relacjach z osobami w kryzysie bezdomności. Bardzo często osobom w miejscach niemieszkalnych towarzyszą inne osoby znajdujące się w sytuacji bezdomności. Jednocześnie osoby przebywające na ulicy mają także relacje z osobami spoza kręgu bezdomności. Wszystkie te osoby w otoczeniu mają unikalną i wzajemnie uzupełniającą się wiedzę o osobach w bezdomności ulicznej. Czasem są to osoby pracujące w sklepach, osoby duchowne, osoby sprzątające czy osoby z organizacji charytatywnych.

Często są to osoby zupełnie nieoczywiste. Szczególnie w sytuacjach związanych z doświadczaniem zaburzeń czy chorób psychicznych, gdzie osoby w bezdomności są bardzo nieufne, niechętne do podjęcia i utrzymania kontaktu, istotne jest, aby korzystać z kontaktu z osobami, które już mają to zaufanie i są w bezpośrednim kontakcie.

Nawiązanie relacji z osobą może być poprzedzone rozmową i zdobyciem zaufania u osoby z otoczenia i środowiska, wtedy pierwszy kontakt może odbywać się z udziałem innych osób, które wprowadzają streetworkera. Kontynuowanie kontaktu i budowanie relacji może się także odbywać z udziałem innych osób, do których ma zaufanie osoba doświadczająca bezdomności. W sytuacjach utrudnionego kontaktu lub odrzuceniu relacji i wsparcia streetworkera, kontakt może być realizowany z osobami z najbliższego otoczenia. Co więcej można włączyć osoby z otoczenia w sieć wsparcia i za ich pośrednictwem ofertować pomoc i kierować propozycje usług, z których mogłaby osoba skorzystać. Bezpośrednie otoczenie, czyli zarówno inne osoby doświadczające bezdomności jak i osoby domne pozostające w relacjach z osobą doświadczającą problemów psychicznych, mają kluczowy wpływ na dobrostan i zdrowie osoby. Osoby w otoczeniu szybciej, niż specjaliści zewnętrzni mogą zaobserwować niepokojące objawy lub zwiastuny kryzysów psychicznych. Od jakości ich relacji, gotowości do wspierania, a także otwartości i uważności na kwestie zdrowia psychicznego, w sporym zakresie zależy potencjał skutecznego wsparcia i pomocy.

Do instrumentarium pracy streetworkera dochodzi zatem ważny aspekt związany z pracą z osobami z otoczenia, pracą w zakresie animowania i organizowania społeczności lokalnej w kierunku wsparcia i pomocy osobie. W tym zakresie ważne jest korzystanie z całej metodologii, wiedzy i doświadczeń pracy animatorów lokalnych²³, a także organizatorów społeczności lokalnych²⁴. Możliwe i rekomendowane jest także wykorzystywanie elementów metodologii pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi wykorzystującymi tzw. kręgi wsparcia²⁵ czy otwartego dialogu i sieci społecznych²⁶.

²³ Metody Animacji Lokalnej <http://www.lokalnepartnerstwa.org.pl/wp-content/uploads/2018/04/Metoda-animacji-tutorial.pdf>

²⁴ Metoda Organizowania Społeczności Lokalnych <http://www.osl.org.pl/osl/>

²⁵ Metodologia szerzej wykorzystywana w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną - <http://www.kregiwsparcia.pl>

²⁶ Metoda Otwartego Dialogu <https://otwartydialog.pl/otwarty-dialog-w-kryzysie-psychotycznym/>

Redukcja szkód w pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu i innych środków psychoaktywnych²⁷

W poszukiwaniu rekomendacji dotyczących programów ograniczania picia w kontekście pracy z osobami żyjącymi w przestrzeni publicznej natrafić można na stronę Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Agencja rekomenduje, aby programy te prowadzone były przez specjalistów, ewentualnie instruktorów terapii uzależnień w placówkach do tego przeznaczonych, w formie psychoterapii indywidualnej bądź grupowej. PARPA wskazuje również na przeciwwskazania do uczestnictwa w programach ograniczania picia, jakimi są między innymi choroby wątroby oraz różnorakie zaburzenia psychiczne, a także zażywanie leków wchodzących w interakcje z alkoholem. W związku z tym programy ograniczania picia mogą nie być dostępne dla grupy osób doświadczających bezdomności, przebywających w przestrzeni publicznej.

²⁷ Źródło:

<https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>
<https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-redukcji-szkod>
Klingemann, J., Klingemann, H., (2021), Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analiza czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie, Warszawa. <https://kbpn.gov.pl/portalid=11323424>, dostęp: 26.05.2021

Rekomendowane mogą być za to osobom korzystającym ze wsparcia w ramach projektów opartych na metodzie Najpierw Mieszkanie, opisanej w innym rozdziale tej publikacji.

Jednocześnie, z punktu widzenia pracy streetworkera, wydaje się być sensowne, aby pracować z klientami nad ograniczaniem ilości spożywanego alkoholu. Zarekomendować tu można pracę z osobami żyjącymi w przestrzeni publicznej, na bazie programów redukcji szkód, które poza pracą nad ograniczaniem ilości czy zmianą jakości spożywanego alkoholu, skupiają się na podnoszeniu poziomu higieny życia codziennego, zdrowia fizycznego i psychicznego, zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych itd.

Ważne jest, iż warunkiem uczestnictwa w programach związanych z redukcją szkód nie jest zaprzestanie spożywania alkoholu ani nawet jego ograniczenie. W związku z tym, biorąc pod uwagę trudność czy nawet nieadekwatność oczekiwania, że osoby żyjące w przestrzeni publicznej zaprzestaną spożywania alkoholu czy innych środków psychoaktywnych, znacznie zwiększa dostępność tego typu programów dla klientów streetworkera.

Proponujemy tutaj opracowanie i realizację tego typu programów na bazie metody dialogu motywującego. Natomiast realizacja działań odbywać się powinna zgodnie z zasadami streetworkingu, a więc czas i długość realizacji działań dostosowane są do potrzeb i możliwości klienta, spotkania nakierowane są na poszukiwanie i wzmacnianie zasobów oraz motywacji do zmiany jego sposobu funkcjonowania.

Programy redukcji szkód dla osób używających innych niż alkohol środków psychoaktywnych, opierają się na działaniach zmierzających do poprawy stanu zdrowia odbiorców, podniesienia poziomu wiedzy z zakresu zdrowia, profilaktyce zakażeń HIV, HCV i kiłą, a także zakażeń związanych z infekcjami, poprawy funkcjonowania społecznego adresatów oraz podniesienia poziomu bezpieczeństwa publicznego. Realizowane obecnie w Polsce programy redukcji szkód oparte są między innymi o działania streetworkerskie, pomoc powiązaną ze wsparciem mieszkaniowym (hostel) czy bezpieczne miejsce tymczasowego przebywania (świetlica drop-in). Związane są również z rozdawaniem czystego sprzętu iniekcyjnego dla osób czynnie uzależnionych, przyjmujących dożylnie środki psychoaktywne. Należy dodać, iż w ramach tych programów uczestnicy mogą otrzymać również pomoc terapeutyczną, lekarską, prawną, możliwość utrzymania higieny. Często ułatwiane są kontakty z bliskimi

i dostęp do bieżących informacji, poprzez możliwość skorzystania z Internetu.

Programy te są alternatywą dla form terapii wymagających od klienta pełnej abstynencji.

Według autorów raportu „Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analiza czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie” obecnie w Polsce realizowanych jest dziewięć tego typu programów w siedmiu miastach, w tym trzy w Warszawie. Osoby zainteresowane dokładnym opracowaniem, zachęcamy do zapoznania się z publikacją dostępną na portalu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Komunikacja z klientem w duchu Dialogu Motywującego²⁸

Dialog Motywujący jest metodą pracy pozwalającą na pełną współpracę z klientem w zakresie wprowadzania pozytywnych zmian w jego codziennym funkcjonowaniu. Zakłada podmiotowość klienta i oddaje mu odpowiedzialność za jego decyzje. Pracujący z klientem profesjonalista jest odpowiedzialny za umiejętne i dostosowane do potrzeb klienta stosowanie technik w taki sposób, aby pomóc klientowi wydobyć jego motywację do zmiany i poprowadzić go w procesie zmiany, wykorzystując w pełni zasoby klienta. Metoda ta została zarekomendowana w Standardach pracy socjalnej opracowanych przez

²⁸ Bibliografia:

Miller W.R, Rollnick S., Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

Dialog motywujący w polskiej praktyce. Wzmacnianie motywacji do zmiany klienta pomocy społecznej, pod red. Jaraczewska J.M., Krasiejko I., Wydawnictwo Akapit, Toruń 2012.

Fudała J., Skuteczne pomaganie w zmianie szkodliwych zachowań, Paramedia, Warszawa 2013.

Standardy Pracy Socjalnej. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne, Kadela K., Kowalczyk J., 2013. <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Standardy%20pracy%20socjalnej.%20Rekomendacje%20metodyczne%20i%20organizacyjne.pdf> dostęp 20.03.2020

Wspólnotę Roboczą Związków Organizacji Socjalnych. Przyglądając się zasadom pracy metodą Dialogu Motywującego łatwo dostrzec jej zbieżność z zasadami pracy streetworkera bezdomności.

Klientem streetworkera jest osoba doświadczająca bezdomności, żyjąca w przestrzeni publicznej, u której streetworker obserwuje zachowania sugerujące występowanie zaburzeń natury psychicznej. Wyzwaniem dla profesjonalisty będzie w takiej sytuacji nawiązanie trwałej, opartej na zaufaniu relacji, rozwijanie ambiwalencji klienta pomiędzy jego obecną sytuacją życiową a jego celami, wartościami oraz wspieranie poczucia sprawczości, opierające się na budowaniu i podtrzymywaniu wiary klienta w możliwość kontrolowania swojej sytuacji życiowej i wprowadzania pozytywnych zmian w jego życiu.

Budowanie relacji

Ten etap rozpoczyna pracę z klientem, jest podstawą do kolejnych kroków podejmowanych z procesie pomagania. Od jakości relacji zależą wszystkie kolejne działania streetworkera. Warto na tym etapie powstrzymać się od chęci wprowadzania natychmiastowych zmian w życiu klienta. Zamiast tego rekomenduje się postawę empatyczną, ukierunkowaną na zrozumienie obecnej sytuacji klienta, jego stanów emocjonalnych.

Rozwijanie ambiwalencji

Jest poszukiwaniem rozbieżności pomiędzy deklarowanymi przez klienta wartościami, potrzebami, celami, a jego obecnym stanem psychofizycznym i sytuacją życiową. Jest to etap, w którym streetworker skupia się na poznaniu wewnętrznego świata klienta, jego emocjach, wewnętrznym obrazie siebie samego. Może tu być pomocne aktywne słuchanie z zastosowaniem różnorodnych technik, jak odzwierciedlenie, parafraza itp. Ten opisany przez klienta świat wewnętrzny często stoi w sprzeczności z obecnymi warunkami życia osoby doświadczającej bezdomności. Zadaniem profesjonalisty jest pełne empatii wskazywanie tych rozbieżności.

Wspieranie poczucia sprawczości

Tu elementem najistotniejszym jest odnalezienie zasobów klienta, na których może się oprzeć podczas wprowadzania zmiany. Także

poszukiwanie przyczyn, dla których klient jest gotów na wprowadzenie zmiany w swoim życiu, wzmacnianie ich ważności. Zainicjowanie i podtrzymanie rozmowy dotyczącej tego co sprawia, że klient chce i potrafi wprowadzić zmianę w swoim życiu.

Narzędziami wykorzystywanymi w Dialogu Motywującym są:

- pytania otwarte, które pozwalają na zrozumienie intencji i potrzeb klienta, jednocześnie podnoszą jego poczucie wartości oraz umożliwiają rozszerzenie wypowiedzi,
- dowartościowania, umożliwiają uwypuklenie mocnych stron klienta, podkreślenie ich wagi dla realizacji jego celów,
- odzwierciedlenia, wypowiedzenie przeformułowanej wypowiedzi klienta, w tym w formie pogłębionej wraz ze sprawdzeniem znaczenia wypowiedzi i nazwaniem uczucia drugiej osoby,
- podsumowania jako sposób zebrania wypowiedzi klienta z naciskiem na jego przekonania dotyczące zmiany, przemyślenia na temat możliwości zmiany zachowania: ambiwalencję, wiarę i optymizm w stosunku do zmiany.

Poszukiwanie i rozwijanie „języka zmiany”

Język zmiany obrazuje chęci, pragnienia, marzenia klienta związane z jego potrzebą zmiany obecnej sytuacji życiowej. Poszukiwanie w wypowiedzi klienta „słów-kluczy”, wskazujących na te elementy wymaga od streetworkera czujności. Poszukując języka zmiany warto stosować pytania otwarte oraz dopytywać o benefity, które osiągnie klient w związku z wprowadzeniem zmiany w swoim życiu i stosować ich wzmocnienia. Wzmacniać język zmiany możemy na przykład poprzez prośbę o rozwinięcie konkretnego fragmentu wypowiedzi klienta, odzwierciedlenie go i podsumowanie, nawiązując tylko do pozytywnych elementów wypowiedzi.

KRÓTKIE WSKAZÓWKI:

- SPRAWDŹ SWOJĄ POSTAWĘ W STOSUNKU DO KLIENTA. CZY TRAKTUJESZ GO JAK PEŁNOPRAWNĄ, AUTONOMICZNĄ, SAMOSTANOWIĄCĄ OSOBĘ?
- POŚWIĘĆ TYLE CZASU ILE TRZEBA NA BUDOWANIE RELACJI.
- POZNAJ ŚWIAT WEWNĘTRZNY KLIENTA, JEGO ZASOBY, WARTOŚCI, EMOCJE
- WZMACNIJ POCZUCIE SPRAWCZOŚCI

REKOMENDACJE:

Przygotowanie streetworkerów w zakresie pracy metodą Dialogu Motywującego.

Prowadzenie systematycznych superwizji zespołu streetworkerów.

Wprowadzenie systemu warsztatów podnoszących kompetencje streetworkerów w zakresie pracy metodą Dialogu Motywującego.

Osobom zainteresowanym pracą metodą Dialogu Motywującego polecamy zapoznanie się z publikacjami wskazanymi poniżej oraz skorzystanie ze szkoleń realizowanych przez Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej (www.pttm.org.pl).

Metoda Najpierw Mieszkanie jako instrument pracy streetworkerów

Jednym z kluczowych instrumentów pracy streetworkerów w kontekście osób z zaburzeniami psychicznymi mogą być programy realizujące metodę Najpierw Mieszkanie. Pierwsze doświadczenia z wdrażania niniejszej metody dotyczyły przede wszystkim osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Najpierw Mieszkanie to prawdopodobnie najważniejsza innowacja w usługach kierowanych do osób w kryzysie bezdomności w ostatnich 30 latach. Opracowany przez dra Sama Tsemberisa w Nowym Jorku model Najpierw Mieszkanie okazał się niezwykle skuteczny w trwałym rozwiązywaniu problemu bezdomności osób wymagających najintensywniejszego wsparcia w USA, Kanadzie oraz kilku krajach Europy.

Metodę Najpierw Mieszkanie stworzono z myślą o osobach, które bez intensywnej pomocy nie są w stanie wyjść z bezdomności. Grupami docelowymi tego modelu są więc osoby doświadczające bezdomności z poważnymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi, nadużywające alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a także osoby w złej kondycji zdrowotnej oraz cierpiące wskutek chorób i niepełnosprawności ograniczających ich codzienne funkcjonowanie. Metoda

Najpierw Mieszkanie okazała się skuteczna także w przypadku osób doświadczających długoterminowej lub powtarzającej się cyklicznie bezdomności, które oprócz zapotrzebowania na inne rodzaje wsparcia, często nie posiadają żadnego oparcia społecznego tj. możliwości uzyskania pomocy ze strony rodziny czy przyjaciół oraz są wykluczone ze swoich społeczności. W USA i Kanadzie metoda Najpierw Mieszkanie jest także stosowana w pomocy rodzinom oraz młodzieży w kryzysie bezdomności.

Filozofia Najpierw Mieszkanie zawsze traktuje mieszkanie jako punkt początkowy procesu wsparcia, a nie jego cel końcowy. Zapewnienie mieszkania (housing) zawsze ma miejsce najpierw (first), przed podjęciem jakichkolwiek innych czynności, stąd nazwa – najpierw mieszkanie (housing first). Usługa Najpierw Mieszkanie skupia się na niezwłocznym zapewnieniu stabilnego zamieszkania, we własnym domu jako część społeczności lokalnej. Skupia się także na poprawie sytuacji zdrowotnej, ogólnego dobrostanu, a także na poprawie funkcjonowania lokalnych sieci wsparcia socjalnego dla osób doświadczających bezdomności, z którymi wymagana jest interakcja. Jest to więc podejście krańcowo odległe od usług, które starają się doprowadzić osoby w kryzysie bezdomności, wymagające najintensywniejszego wsparcia, do stanu „gotowości mieszkaniowej” przed zapewnieniem stałego miejsca zamieszkania. Niektóre z istniejących modeli usług dla osób w kryzysie bezdomności wymagają od klienta abstynencji, zaangażowania w leczenie uzależnień oraz treningu samodzielnego zamieszkania przed przyznaniem stałego mieszkania. W tych modelach mieszkanie jest ostatnim szczeblem wsparcia (housing last).

Metodę Najpierw Mieszkanie opracowano z myślą o zapewnieniu osobom w kryzysie bezdomności możliwie największego stopnia wyboru oraz kontroli. Klienci programów najpierw mieszkanie są aktywnie zachęceni do redukcji szkód związanych z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi oraz do podejmowania leczenia uzależnień, jednak nie jest to wymogiem udziału w programie. Inne usługi kierowane do osób w kryzysie bezdomności, w tym tzw. model schodkowy (lub drabinkowy), często wymagają od tych osób poddania się leczeniu oraz utrzymywania abstynencji przed przyznaniem mieszkania, a także zakładają możliwość usunięcia klienta z mieszkania w przypadku niewypełnienia tych wymogów.²⁹

²⁹ Pleace N., Najpierw mieszkanie w Europie – poradnik, tłum. Wilczek J., Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Wrocław 2020.

Cele Najpierw Mieszkanie:

1. Stabilność i bezpieczeństwo mieszkaniowe,
2. Zdrowienie i dobrostan psychiczny i fizyczny,
3. Integracja społeczna.

Zasady Najpierw Mieszkanie:

1. Mieszkanie jest prawem człowieka,
2. Wybór i kontrola dla użytkowników usług,
3. Oddzielenie mieszkania od leczenia,
4. Orientacja na powrót do dobrostanu,
5. Redukcja szkód,
6. Aktywne zaangażowanie bez przymusu,
7. Planowanie zorientowane na człowieka,
8. Elastyczne wsparcie tak długo, jak jest potrzebne.

W Polsce metoda Najpierw Mieszkanie wdrażana jest w kilku miastach np. w Warszawie, Wrocławiu, Gdańsku czy Krakowie. Działania te oczywiście uwzględniają osoby doświadczające zaburzeń psychicznych. Doświadczenia niniejszych miast pokazują, że programy Najpierw Mieszkanie stanowią kluczowy instrument pracy streetworkerów z osobami, które ze względu na zaburzenia psychiczne pozostają na ulicy od wielu lat. Niewątpliwie zaburzenia i choroby psychiczne stanowią jedną z głównych przyczyn długotrwałej i chronicznej bezdomności osób przebywających w miejscach niemieszkalnych i przestrzeni publicznej. Samo doświadczenie bezdomności jednocześnie znacząco pogarsza stan psychiczny osób, w przypadku zaś osób już doświadczających zaburzeń i chorób psychicznych sytuacja ta potęguje trudności i jednocześnie uniemożliwia leczenie. Osoby te nie chcą, a przede wszystkim nie potrafią, głównie ze względu na zaburzenia i choroby psychiczne, a także uzależnienia, korzystać z istniejącej oferty wsparcia instytucjonalnego. Osoby te albo w ogóle nie korzystają z istniejącej sieci placówek (noclegownie, schroniska), albo są nieustannie usuwane z placówek, bowiem nie potrafią funkcjonować w grupie czy instytucji lub utrzymać abstynencji (wymóg wszystkich instytucji). Osoby doświadczające szczególnie zaburzeń psychotycznych np. schizofrenii paranoidalnej zwykle nie ufają innym osobom i najczęściej nie korzystają z pomocy placówek, gdzie muszą przebywać w grupowych pokojach z nieznanymi sobie osobami. To właśnie z myślą o takich osobach powstają i są wdrażane programy Najpierw Mieszkanie na całym świecie.

Zaktualizowany program szkolenia dla streetworkera i rekomendacje do pracy

Poniższa publikacja i zawarte w niej treści mają za zadanie poszerzyć y program kształcenia o niezbędne tematy w zakresie pracy z osobą zaburzoną przebywającą w miejscach niemieszkalnych. Dla pełniejszej wiedzy w zakresie przygotowania pracowników do pracy jako streetowrker odsyłamy czytelnika do zapoznania się z całym rozdziałem publikacji „Podręcznik streetworkera bezdomności”³⁰ Zawiera on temat przygotowania i wdrożenia do pracy kandydatów na streetworkerów a także streetworkerów wykonujących już taką pracę. Rozdział ten zawiera godzinowy program i treści jakie powinny być obowiązkowym elementem przygotowania do wykonywania zadań jako streetworker pracujący z osobami w kryzysie bezdomności. Zaprezentowane zagadnienia poszerzają wcześniej opracowany plan kształcenia i szczegółowe zagadnienia o dodatkowy modułu szkoleniowy jakim jest praca z osobą doświadczającą zaburzeń psychicznych.

³⁰ Podręcznik streetworkera bezdomności, Gdańsk 2012, red. M. Dębski, A. Michalska, s.113.

Plan nauczania określający nazwę zajęć oraz ich wymiar edukacyjny

LP	MODUŁ	LICZBA GODZIN
1	Bezdomność i wykluczenie społeczne	10
2	System pomocy osobom bezdomnym	6
3	Metodyka pracy metodą streetworkingu wśród osób bezdomnych	5
4	Komunikacja w pracy streetworkera	6
5	Współpraca ze służbami i innymi podmiotami	2
6	Zachowania bezpieczne w terenie	4
7	Praktyczne aspekty pracy metodą streetworkingu z osobami bezdomnymi	5
8	Podstawy etyczne pracy streetworkera	2
9	Praca z osobami bezdomnymi doświadczającymi kryzysów psychicznych	8
suma		48

W tym rozdziale szczegółowo przedstawiamy treści tylko do modułu 9.

CEL MODUŁU	WYKAZ UMIEJĘTNOŚCI KANDYDATA	TREŚCI NAUCZANIA
Nabywanie podstawowej wiedzy i umiejętności w zakresie pracy z osobą bezdomną doświadczającą kryzysów psychicznych	<ul style="list-style-type: none"> • Posiada podstawową wiedzę w zakresie psychiatrii w zakresie najczęściej występujących zaburzeń wśród osób bezdomnych • Posiada wiedzę w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego • Umie stworzyć lokalną mapę dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia psychicznego • Potrafi określić role i zadania streetworkerów w sytuacji zdiagnozowania zagrożeń zdrowia psychicznego 	<ul style="list-style-type: none"> • definicja choroby psychicznej i zaburzenia psychicznego, • zaburzenia depresyjne, psychotyczne, poznawcze, spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych • niepełnosprawność intelektualna, • problematyka samobójstw. • dokumenty prawne regulujące ochronę zdrowia psychicznego • Wybrane elementy systemu leczenia psychiatrycznego: • pomocy doraźna, ambulatoryjna, dzienna, szpitalna w tym: poradnia zdrowia psychicznego, poradnia leczenia uzależnień, dzienny oddział psychiatryczny, psychiatryczna opieka całodobowa, szpital psychiatryczny – zasady korzystania • Psychiatria środowiskowa, zespół leczenia środowiskowego • Ośrodki wsparcia dla osób zaburzeniami psychicznymi i środowiskowe domy pomocy społecznej • Metody i narzędzia pracy, redukcja szkód, komunikacja, dialog motywujący, bezpieczeństwo kontaktu, praca ze środowiskiem lokalnym

Rekomendacje rozwiązań w zakresie pracy metodą streetworkingu z osobami doświadczającymi kryzysów psychicznych przebywającymi w miejscach niemieszkalnych

W zakresie rekomendacji pragniemy zaproponować Państwu przyjęcie w waszych instytucjach standardu pracy streetworkingu w środowisku osób doświadczających kryzysu bezdomności.

1. Streetworking w środowisku osób doświadczających kryzysu bezdomności świadczony jest w oparciu o standardy Gminnego Modelu Wychodzenia z Bezdomności.
2. Celem streetworkingu jest wzmocnienie systemu wsparcia oraz zmniejszenie wykluczenia społecznego w szczególności po przez:
 - zmniejszanie skali bezdomności ulicznej,
 - monitorowanie miejsc niemieszkalnych gdzie przebywają osoby w kryzysie bezdomności,
 - zmniejszanie zagrożeń życia i zdrowia osób będących w kryzysie bezdomności przebywających w przestrzeni ulicznej,
 - poprawa jakości życia oraz motywacji do zmiany swojej sytuacji życiowej,
 - redukcja zachowań ryzykownych.³¹
3. Obszary pracy to:
 - badanie środowiska i docieranie do miejsc przebywania osób w kryzysie bezdomności,
 - monitorowanie środowiska,
 - nawiązanie kontaktu,
 - budowanie i utrzymanie relacji,
 - zakończenie relacji,
 - interwencje,
 - redukcja szkód³²
4. Miejsce świadczenia streetworkingu to m.in. kanały, dworce, przestrzeń publiczna, pustostany, śmietniki, klatki schodowe, altanki, niekonwencjonalne konstrukcje itp.³³

³¹ Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2012, red. P.Olech, R.Stenka, Ł.Browarczyk, s 275.

³² J.w.

³³ J.w.

5. Streetworkerzy tworzą mapę miejsc lub współpracują przy tworzeniu mapy miejsc niemieszkalnych z innymi instytucjami lub służbami.
6. Praca w terenie zawsze odbywa się w minimum dwu osobowym składzie, innego streetworkera lub przedstawiciela innych instytucji lub służb publicznych.
7. Osoby, które są streetworkerami lub kandydaci na streetworkerów są przygotowywane przez pracodawcę w zakresie:
 - umiejętność nawiązywania kontaktu i budowania relacji z osobą będącą w kryzysie bezdomności,
 - umiejętność rozwiązywania problemów i podejmowania racjonalnych decyzji,
 - umiejętność motywowania,
 - umiejętność planowania i organizowania pracy,
 - umiejętność współpracy w szczególności z innymi instytucjami, służbami, środowiskiem lokalnym
8. Streetworkerzy są wyposażeni w narzędzia pracy minimum w:
 - możliwości przemieszczania się po terenie na którym świadczą usługę streetworkingu,
 - apteczka, w tym rękawiczki jednorazowe,
 - latarka,
 - telefon komórkowy lub inny system łączności z przedstawicielami pracodawcy lub służb publicznych,
 - wsparcie merytoryczne.
9. Osoby, które są streetworkerami lub kandydaci na streetworkerów powinny zapoznać się z Gminnym Standardem wychodzenia z Bezdomności(GSWB) przynajmniej w zakresie Standardu Streetworkingu.
10. Osoby, które są streetworkerami lub kandydaci na streetworkerów powinny zapoznać się z materiałem pt „Praca z osobami zaburzonymi psychicznie w kryzysie bezdomności” stanowiącym uzupełnienie GSWB.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association, Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychicznych DSM-5, Wrocław 2018.
2. Dialog motywujący w polskiej praktyce. Wzmacnianie motywacji do zmiany klienta pomocy społecznej, pod red. Jaraczewska, J. M., Krasiejko, I., Toruń 2012.
3. Dz.U. z dnia 20.10.1994, nr 111 poz. 535, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.
4. Dz.U. z dnia 27.09.2004 nr 210 poz. 2135, Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Dz.U. z dnia 31.03.2009 nr 52 poz. 417, Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Dz.U. z dnia 02.03.2017 poz. 458, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.
7. Dz.U. z dnia 20.10. 2006 nr 191 poz. 1410, Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
8. Dz.U. z dnia 30.11.2017 poz. 2217, Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.
9. Dz.U. z dnia 29.12.2018 poz. 2475, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.
10. Dz.U. z dnia 05.09, 2019 poz. 1703, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego.
11. Fudała, J., Skuteczne pomaganie w zmianie szkodliwych zachowań, Parpamedia, Warszawa 2013.

12. Gabryelewicz T., Barczak A., Barcikowska M., Otępienie w praktyce, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2018.
13. Główny Urząd Statystyczny, Zamachy samobójcze w 2016r., 2017., file:///C:/Users/oem/AppData/Local/Temp/zamachy_samobojcze___w_2016_r.pdf (dostęp: 27.04.2020).
14. Habrat B., Zasady leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, 1999.
15. Habrat B., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia, Psychiatria, 2010.
16. Hołyst B., Suicydologia, Suicydogenne aspekty bezdomności, Warszawa.
17. Kadela K., Kowalczyk J., Standardy Pracy Socjalnej. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne, <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Standardy%20pracy%20socjalnej.%20Rekomendacje%20metodyczne%20i%20organizacje.pdf> (dostęp: 20.03.2020).
18. Leksykon psychiatrii, pod red. Puzyński S., Warszawa 1993.
19. Meder J., Psychiatria środowiskowa, Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2004.
20. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Informacje o Środowiskowych Domach Samopomocy i Klubach Samopomocy <https://www.gov.pl/web/rodzina/srodowiskowe-domy-samopomocy-informator> (dostęp: z 11.06.2020).
21. Miller W. R., Rollnick S., Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie, Kraków 2014.
22. Nowakowska A., Problem uzależnienia od alkoholu wśród osób bezdomnych, w: Psychospołeczny profil osób bezdomnych w Trójmieście, pod red. Dębski M., Retowski S., Agenda Bezdomności-Standard Aktywnego Powrotu na Rynek Pracy, Gdańsk, 2008.
23. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych <https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>

24. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
25. <https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-redukcji-szkod>
26. Petit J.R., Psychiatria ratunkowa, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2007.
27. Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie, Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów, Medisfera, Otwock 2012.
28. Pużyński S., Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych, Psychiatria Polska, 2007.
29. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, pod red. Jarema M., Rabe-Jabłońska J., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
30. Szulc A., Samobójstwo, pod red. Koweszko T., Gałęcki P., Warszawa 2016.
31. Światowa Organizacja Zdrowia, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów zdrowotnych, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000.
32. Światowa Organizacja Zdrowia, Leksykon terminów psychiatria i zdrowie psychiczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001.
33. Wciórka J., Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych, w: Rybakowski J., Psychiatria. Podstawy Psychiatrii, pod red. Pużyński S., Wciórka J., Wrocław 2010.
34. Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu, pod red. Wojnar M., Warszawa 2007.
35. Żaroń A., *Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych*, „Psychiatria” 2018.

