

Mentalno zdravlje beskućnika

Ivor Katović

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0003-4461-0794

SAŽETAK

Ključne riječi: beskućništvo, mentalno zdravlje, ovisnost, prevencija, samoubojstvo

Na globalnoj se razini 1,6 milijardi ljudi svakodnevno nosi s problemom beskućništva. Biološki i psihosocijalni faktori, uz faktore okoline karakteristične za život u siromaštvu, pritom su jasno povezani s povećanim rizikom od razvoja mentalnih oboljenja, iako se beskućništvo može javiti i kao rezultat neadekvatno liječenih mentalnih bolesti. Depresija i anksioznost kao najučestalija mentalna oboljenja današnjice imaju najveću prevalenciju među beskućnom populacijom, pri čemu je nerijetka pojava i poremećaja ovisnosti, kao i njihov komorbiditet. Pretjerana konzumacija droga i alkohola prisutna je u dvije trećine beskućne populacije, a pojavljuje se kao treći faktor u međuodnosu mentalnih bolesti i beskućništva. Suočeni s teškim životnim prilikama, mnogi beskućnici pokleknju izvršenju samoubojstva, čija stopa unutar ove populacije iznosi između 20% i 40%. Raznovrsni tretmani i intervencije usmjerili su se na rješavanje problema mentalnih oboljenja u beskućnika, pri čemu među neke od njih spadaju razvoj usluga skloništa, pružanje sigurnog kućanstva te reintegracija beskućnika u društvo društveno kohezivnim događanjima. Bitno je usredotočiti se i na programe prevencije beskućništva koji ističu analizu negativnih socijalnih utjecaja u svrhu detekcije rizičnih pojedinaca. Negativna slika beskućnika unutar društva također pridonosi produblivanju problema beskućništva i mentalnih bolesti.

ABSTRACT

Keywords: addiction, homelessness, mental health, prevention, suicide

About 1.6 billion people face the problem of homelessness daily. Biological, psychosocial, and environmental factors characteristic of life in poverty are clearly linked to the increased risk of developing mental illnesses, although homelessness can also occur as a result of inadequately treated mental illness. Depression and anxiety are the most common contemporary mental health issues, and are also the most prevalent within the homeless population. Substance use disorders, as well as their comorbidity with depression and anxiety, are also common among the homeless. Excessive drug and alcohol consumption is present in two thirds of homeless people, and it acts as the third factor in the interrelation of homelessness and mental health problems. Faced with difficult circumstances, a lot of homeless individuals commit suicide, with the suicide rates ranging between 20% and 40%. Various treatment and intervention programs have focused on solving the problem of mental health issues in the homeless, by developing shelter services, offering housing, and attempting to reintegrate the homeless into society by means of socially cohesive events. It is also important to emphasize prevention programs which focus on analyzing negative social influences in order to detect individuals who are at risk. The negative societal perception of the homeless contributes to increasing the problem of homelessness and mental illness.

UVOD

Prema statističkim procjenama istraživanja globalnih razmjera, u svijetu postoji rastuća populacija od 1,6 milijardi ljudi bez stalnoga ili adekvatnog prebivališta (Habitat, 2015; prema Homeless World Cup, 2020b). Federacija nacionalnih organizacija koje rade s beskućnicima (2015; prema Bainbridge i Carrizales, 2017) opisuje sljedeće kategorije beskućnosti: beskućništvo, bez krova nad glavom, život u nesigurnom prebivalištu te život u neadekvatnom prebivalištu, pružajući pritom zajednički međukulturalni okvir pri komunikaciji o ovoj izrazito osjetljivoj temi. S obzirom na to da je 20% ukupne svjetske populacije ugroženo spomenutim egzistencijalnim problemima, neophodno je baviti se temom beskućništva te kontinuirano proučavati aspekte koji ga uzrokuju, tretiraju i preveniraju. Adler i Ostrove (1999) istražili su uzročno-posljedičnu vezu između socioekonomskog statusa i zdravlja te naveli da istraživanja generalno podupiru objašnjenje socijalne uzročnosti, prema kojem socioekonomski status utječe na zdravlje. Prema Adler i Ostrove (1999), jedan od modela odnosa socioekonomskog statusa i zdravlja objašnjava kako posredujuće varijable poput prijeteće socijalne okoline, ograničenja materijalnih resursa te negativnog utjecaja stresa mogu dovesti do povećane izloženosti kancerogenim i patogenim tvarima, odnosno do reakcija živčanoga, imunološkoga te endokrinog sustava koje mogu značajno utjecati na razvoj kako fizičkih tako i mentalnih bolesti i poremećaja.

Mentalno je zdravlje kao područje proučavanja unutar psihologije, ali i interdisciplinarnih pristupa, prema Mechanicu (2007) doživjelo intenzivan procvat i napredak te pritom postaje sve manje stigmatizirana tema. Nezaobilazno je naglasiti kako prosječno jedna od četiriju osoba tijekom života razvije određen oblik mentalnog poremećaja ili bolesti (WHO, 2001), a mnogi nalazi pritom kao glavni problem ističu nemogućnost pristupa adekvatnoj skrbi stručnjaka, pogotovo kada je riječ o marginaliziranim skupinama poput beskućnika (Carter Narendorf, 2017; Daundasekara i sur., 2018; Stergiopoulos i sur., 2018). Cilj je ovoga rada proučiti odnos mentalnog zdravlja i beskućništva, faktore u podlozi razvoja tih konstrukata i njihova međuodnosa te različite vrste intervencija i preventivnih mjera.

SOCIOEKONOMSKI ČIMBENICI BESKUĆNIŠTVA

Iako je beskućništvo postojalo od začetka čovječanstva, s obzirom na to da su razlike u posjedovanju resursa između ljudi uvijek bile prisutne, događaji iz nedavne povijesti mogli bi dodatno rasvijetliti neke od faktora u podlozi beskućništva. Donohoe (2004) navodi kako tijekom 1960-ih i 1970-ih dolazi do porasta stope beskućništva u SAD - u zbog sve većeg rasta cijena kućanstava, ali i zbog deinstitutionalizacije velikog broja mentalno oboljelih ljudi kojima nije omogućena adekvatna psihijatrijska i socijalna skrb, što im otežava integraciju u društvo. Iako navedeni primjer sugerira uzročno-posljedični odnos između mentalnih bolesti i beskućništva, njihova je povezanost u stvarnosti mnogo kompleksnija. Schueller i sur. (2019) ističu kako su mentalni poremećaji i bolesti dvosmjerno uzročno povezani s beskućništvom, odnosno postoje kao uzrok i kao rezultat beskućništva. Izuzev već spomenute veze u kojoj neadekvatno liječena mentalna

bolest dovodi do nemogućnosti normalnog funkcioniranja, što može rezultirati gubitkom prebivališta, moguće je i da kod osobe s nestabilnim ili nepostojećim prebivalištem dođe do pogoršanja mentalnog zdravlja. U podlozi razvoja takvih mentalnih poremećaja i bolesti nalaze se okolinski, biološki te psihosocijalni faktori usko povezani s načinom života beskućnika.

Prilikom analize razlika u okolini između pripadnika različitih socioekonomskih klasa, unutar susjedstava s prosječno manjim prihodima pronađen je veći broj prodavaonica s alkoholnim pićima, uz više ograničen pristup nutritivnoj hrani te restriktivnije rekreacijske mogućnosti (Macintyre, Maciver i Sooman, 1993). Evans i Kim (2013) uspoređivali su fizičke i psihosocijalne stresore siromašnije i bogatije djece te zaključili kako povećana izloženost stresorima poput neadekvatnoga ili nestabilnog prebivališta, narušenih obiteljskih odnosa te prevelikih zahtjeva okoline kod siromašnije djece uzrokuje preopterećenost fizioloških sustava, što rezultira razvojem kroničnoga stresa. Prema Pinelu (2001) kronični stres negativno utječe na sposobnosti pamćenja, pažnje i regulacije emocija te može dovesti do razvoja mentalnih bolesti poput depresije i anksioznosti. Santiago, Wadsworth i Stump (2009) u svojem su longitudinalnom istraživanju navedene nalaze dodatno produbile analizom cjelokupnih obitelji obilježenih siromaštvom, čiji su rezultati implicirali snažnu povezanost siromaštva i stresa kod svih članova obitelji koja dovodi do javljanja ili pogoršavanja već prisutne depresije, anksioznosti, agresije, somatskih poremećaja te problema pažnje. Gledajući psihosocijalne faktore u podlozi nastanka mentalnih bolesti u beskućnika, Carter Narendorf (2017) navodi narušene mreže podrške u vidu narušenih odnosa s obitelji i prijateljima, uz zlouporabu droga, traumatske događaje te uključenost u sustav udomiteljske skrbi, kao odlučujuće u pogoršavanju mentalnog zdravlja i razvoju beskućništva.

Oslikavanjem odnosa beskućništva i mentalnih bolesti, uz sve spomenute faktore koji predstavljaju ključne uzroke u razvoju ove problematike važno je definirati i konkretne rizične skupine za razvoj beskućništva. Nalazi istraživanja naglašavaju kako između 60% i 70% mladih beskućnih ljudi navodi zanemarivanje te fizičko i/ili seksualno zlostavljanje kao životne događaje predstojeće beskućništvu (Gaetz, 2014). Još neki od učestalih faktora prisutnih u pojedinaca posebno osjetljivih za razvoj beskućništva jesu problemi u školi i obiteljskim odnosima, kriminalna ponašanja, povezanost sa socijalnom skrbi, ali i prethodno narušeno mentalno zdravlje (Braitstein, Li i Tyndall, 2003, Kidd, 2013, Nichols, 2014; prema Kidd, Gaetz i O'Grady, 2017). Kao posebno istaknute rizične skupine za razvoj mentalnih bolesti i poremećaja unutar populacije beskućnika Kidd, Gaetz i O'Grady (2017) navode pojedince koji prvi put proživljavaju beskućništvo, pojedince ženskog roda te LGBTQ+ pojedince. Uz definiranje konkretnih ranjivih skupina za razvoj beskućništva i mentalnih bolesti, bitno je i utvrditi zastupljenost određenih mentalnih oboljenja u beskućnoj populaciji.

**PREVALENCIJA MENTALNIH BOLESTI I OVISNOSTI
U BESKUĆNIKA**

Mnoga istraživanja (Blaxter, 1990; Blazer, Kessler, McGonagle i Swartz, 1994; Goldberg i Huxley, 1992; Rodgers, 1991; prema Weich i Lewis, 1998) naglašavaju kako je prevalencija najučestalijih mentalnih poremećaja poput anksioznosti i depresije najveća među ljudima s niskim standardima života. Konkretnije statističke analize ukazuju na različite spektre mentalnih oboljenja prisutnih u beskućnika. Scott (1993) pritom ističe funkcionalne psihoze poput poremećaja raspoloženja i shizofrenije, disfunkcionalnost ličnosti (poremećaje ličnosti poput shizoidnog i paranoidnog) te akutni stres. Brown i sur. (2018) navode kako je u kohorti beskućnika ispitanoj u njihovu istraživanju čak 9% bolovalo od shizofrenije. Schuetz (2016) u svome istraživanju 500 kanadskih beskućnika navodi kako je 68% sudionika bolovalo barem od jednog mentalnog poremećaja kao što su depresija, bipolarni poremećaj, PTSP i shizofrenija. Vrijedi naglasiti da je čak 55% sudionika istraživanja bolovalo i od mentalnog poremećaja i od poremećaja ovisnosti, što se definira kao dualna dijagnoza, a 78% ispitanih beskućnika imalo je poremećaj ovisnosti, pri čemu su isključeni ovisnici o duhanu (Schuetz, 2016).

Ovisnosti su vrlo bitan i osjetljiv faktor u podlozi razvoja mentalnih bolesti i beskućništva, a mogu se razviti i kao njihova posljedica (Schuetz, 2016). Izuzev navedenoga opisa povezanosti beskućništva, mentalnih bolesti i ovisnosti, ovi konstrukti pojavljuju se i u formi tzv. ciklusa marginalnosti (McNaughton, 2009). Naime, nakon što beskućni pojedinci dođu do stabilnog kućanstva, zbog manjka mogućnosti za razvoj zdravijega i stabilnog životnog stila, muče ih socijalna izolacija i dosada, koje mogu dovesti do ponovnog korištenja alkohola i droga te razvoja mentalnih bolesti. Time isti oni faktori koji su doveli do beskućništva, poput niskih prihoda, ovisnosti i neadekvatno zbrinutih mentalnih oboljenja, nastavljaju biti ključni elementi njihovog života. Testoni, Russotto, Zamperini i De Leo (2018) navode kako se prema nekim istraživanjima čak dvije trećine beskućne populacije upušta u radnje prekomjerne konzumacije droga i alkohola, što je značajno veći postotak nego u bilo kojoj drugoj socijalnoj grupi. Važno je naglasiti i kako su dvije trećine spomenutoga uzorka razvile ovisničko ponašanje tek nakon što su postali beskućni te su pritom primarno bolovali od afektivnih i kognitivnih poremećaja. Rezultati jednoga istraživanja prevalencije i karakteristika konzumacije droga unutar uzorka beskućnika ističu kako je 40% ispitanog uzorka konzumiralo drogu u posljednjih 30 dana, pri čemu su ti pojedinci vjerojatnije bili slabije obrazovani samci muškog roda koji su prosječno ranije postali i dulje vremena bili beskućni (Grinman i sur., 2010). Govoreći pak o alkoholnoj ovisnosti među beskućnom populacijom, Gilchrist i Morrison (2005) navode kako je čak polovica beskućnika u ispitanoj populaciji bila sklona pretjeranoj konzumaciji alkohola. Nalazi njihova istraživanja upućuju na to da je čak petina ispitanog uzorka patila od određenog oblika moždanih oštećenja povezanih s konzumacijom alkohola (ARBD - alcohol-related brain damage), a riječ je pritom o oštećenjima s relativno učinkovitim tretmanima čiji nedostatak potencijalno onemogućava pogođenoj populaciji adekvatno oslobođenje od

beskućništva (Gilchrist i Morrison, 2005). Govoreći o beskućništvu, psihičkim teškoćama i ovisnostima kao o začaranom krugu s kojim se pojedinac rijetko može samostalno nositi, važno je naglasiti i da beskućni pojedinci kojima je uskraćena pomoć društva vrlo često pribjegavaju samoubojstvu.

SUICIDALNOST

Misli o samoubojstvu unutar beskućne populacije deset su puta češće u odnosu na generalnu populaciju (Patterson i Holden, 2012). Konkretnijom usporedbom beskućne i generalne populacije dobivaju se podaci prema kojima stopa suicida unutar opće populacije iznosi 0,9%, dok je među beskućnicima ta stopa između 20 i 40% (Testoni i sur., 2018). Istraživanja ističu kako je unutar populacije mladih beskućnika upravo suicid vodeći uzrok smrti (Roy i sur., 2004). Medijska uloga pri razvoju ponašanja poput samoozljeđivanja i pokušaja suicida pripisana je stresu i posljedičnim neadaptivnim ponašanjima pomoću kojih se pojedinac nastoji nositi sa stresom. Najčešća neadaptivna ponašanja koja pojedinci usvoje uključuju delinkvenciju, samouništavajuće obrambene mehanizme poput socijalne izolacije i samosažaljenja te prekomjernu konzumaciju droga i alkohola (Moskowitz, Stein i Lightfoot, 2013). Istraživanje Testoni i sur. (2018) usmjerilo se na povezanost religije, ovisnosti i suicida među beskućnicima, fokusirajući se pritom na facilitirajuću ulogu religije koja promovira zdravije obrambene mehanizme u teškim situacijama, u suprotnosti sa štetnim učincima droge i alkohola. Rezultati istraživanja upućuju na to da se beskućnici uistinu upuštaju u ponašanja prekomjerne konzumacije opojnih sredstava u funkciji nošenja sa svakodnevnom patnjom te da „niti beskućnicima koji su vjernici religija ne predstavlja dovoljan razlog za izbjegavanje suicida” (Testoni i sur., 2018, str. 23). Navedeni podaci ukazuju na ozbiljnost problema suicida među beskućnicima, na čijem rješavanju treba raditi cjelokupno društvo, s obzirom na to da se pojedinac s nestabilnim ili nepostojećim prebivalištem, velikom količinom emocionalnoga i psihološkog stresa te potencijalnim kognitivnim oštećenjima ne može samostalno nositi s takvim problemima. Navedeni alarmantni podaci o prevalenciji mentalnih bolesti, ovisnosti i suicida među beskućnom populacijom ukazuju na nužnost provedbe intervencija čiji je zajednički cilj pomoći beskućnim pojedincima u nošenju s mentalnim teškoćama i beskućništvom.

INTERVENCIJE I TRETMANI

Dykeman (2011) navodi kako je prije definiranja konkretnih intervencija važno objasniti teorije i modele na kojima se raznovrsne intervencije temelje te ističe tri osnovne polazišne teorije. Psihološka teorija beskućništva proučava s aspekta individualnih nedostataka, sociološka naglašava nestašicu dostupnih socijalnih resursa unutar rizičnih skupina, a psihosocijalna teorija integrira ta dva pristupa. Prema Dykemanu (2011), svaki model intervencije sastoji se od četiriju sukcesivnih procesa: konzultacije, suradnje, savjetovanja i angažmana. Konzultacija uključuje zbrinjavanje osnovnih ljudskih potreba u klijenta, odnosno pružanje hrane, odjeće i smještaja te procjenu trenutačnoga fiziološkog stanja pojedinca. Suradnja se odnosi na procjenjivanje cjelokupnog fizičkog

i mentalnog zdravlja te sposobnosti pojedinca da funkcionira unutar društva. Savjetovanje se fokusira na klijentove životne probleme te na razvoj adekvatnih mehanizama koji bi mu mogli pomoći u daljnjem funkcioniranju, poput hrabrosti, osnaženosti i produktivnosti. Angažman se kao finalni proces sastoji od pomaganja klijentu u nošenju s birokracijom te od promicanja dobrobiti cjelokupne ciljane populacije kao i rada s institucijama koje stvaraju javnu politiku (Dykeman, 2011). U svim četirima opisanim procesima svoju potencijalnu ulogu mogu prepoznati psiholozi.

Altena, Brilleslijper-Kater i Wolf (2010) u svojoj metaanalizi različitih intervencija s mladim beskućnicima sistematiziraju intervencije u sedam kategorija: intenzivno upravljanje slučajem (eng. *intensive case management*), kratke motivacijske intervencije, kognitivno-bihevioralne intervencije, intervencije vezane uz životne ili profesionalne vještine (eng. *living skills / vocational intervention*), programi samostalnog življenja (eng. *independent living*), intervencije temeljene na radu s vršnjacima te intervencije temeljene na pružanju stabilnog prebivališta. Nijedna od spomenutih kategorija sama po sebi nije se pokazala posebno učinkovitom. Ipak, autorice navode kako su one intervencije koje su koristile kognitivno-bihevioralne metode pokazale bolje rezultate od ostalih. Izuzev općeg pregleda mogućnosti intervencije, vrijedi proučiti i specifične tretmane korištene u nošenju s ovom problematikom.

Različiti specifični tretmani liječenja i ublažavanja mentalnih bolesti u beskućnika usmjerili su se na različite aspekte problematike. Schueller i sur. (2019) posvetili su se uporabi suvremenih tehnologija kako bi beskućnicima omogućili jednostavniji pristup profesionalnim tretmanima: testirali su uporabu mobitela kao ključni dio tretmana pri liječenju mentalnih bolesti. Usprkos tome što je mobilna aplikacija pomoću mobilnih razgovora sa stručnjakom omogućila lakši i brži pristup pomoći u raznovrsnim situacijama, rezultati istraživanja nisu polučili nalaze značajnoga poboljšanja mentalnog zdravlja. Autori navode kratkotrajnost tretmana (jedan mjesec) kao potencijalni uzrok tomu. Jedan je od kvalitetnijih primjera adekvatnoga programa liječenja mentalnih bolesti u beskućnika program CATCH (eng. *The Coordinated Access to Care for Homeless People*) (Stergiopoulos i sur. 2018), koji je interdisciplinarnim intervencijama u razdoblju od četiri do šest mjeseci rezultirao olakšanjem mentalnih poteškoća svojih korisnika u odnosu na kontrolnu skupinu koja se služila uobičajenim uslugama liječenja. Glavne odrednice spomenute intervencije bile su upravljanje slučajem (eng. *case management*), podrška okoline, pristup primarnoj psihijatrijskoj skrbi, psihoterapija, krizne intervencije te potpora u samostalnom organiziranju prihoda i prebivališta (Stergiopoulos i sur. 2018). Goering i sur. (2014) analizirali su veliki kanadski projekt *At Home / Chez Soi*, čiji pristup u svojoj biti ističe kako je u liječenju mentalno oboljelih, ali i zdravih beskućnika, najvažniji pothvat uz pružanje primjerenoga psihološkog tretmana omogućiti ljudima stabilan i adekvatan smještaj. Rezultati njihova dvogodišnjega istraživanja upućuju na to kako su ljudi podvrgnuti ovome programu efikasnog udomljavanja pokazivali veću funkcionalnost i bolju kvalitetu života u odnosu na kontrolnu skupinu. Još jedan program poboljšanja stanja beskućnika velikih razmjera jest i godišnji Homeless World Cup koji od 2003. godine nastoji pomoću timskih

sportskih aktivnosti koje zahtijevaju grupnu koheziju ponovno angažirati i socijalizirati posebno osjetljive marginalizirane skupine poput beskućnika (Magee i Jeanes, 2013), a u provođenje samog projekta uključena je i Republika Hrvatska (Homelessness World Cup, 2020a). Navedeni primjeri oslikavaju raznovrsne načine kojima se može pristupiti rješavanju problema vezanih uz beskućništvo i mentalne bolesti te su neovisno o svojim ishodima važni zbog isticanja spomenute problematike i zbog poticanja nadolazećih istraživanja koja bi mogla ponuditi adekvatnija rješenja. Izuzev uspješnih intervencija i tretmana, bitno je napomenuti i prevenciju kao jedan od oblika suočavanja s problemom beskućništva.

PREVENCIJA BESKUĆNIŠTVA I NEGATIVAN UTJECAJ DRUŠTVA

Unutar preventivnih programa beskućništva Green Jr., de la Haye, Tucker i Golinelli (2013) ključnom ističu detekciju mreža ljudi s kojima se beskućni pojedinci upuštaju u radnje zlorporabe droge i alkohola, pri čemu bi se posredno analizom negativnih socijalnih utjecaja moglo efikasnije dizajnirati programe intervencije za takve pojedince. Navedena analiza uključivala bi istraživanje socijalne mreže pojedinca koja je mogla rezultirati razvojem beskućništva, npr. moguće je da socijaliziranje s osobama koje koriste psihoaktivne tvari kod pojedinca dovede do razvoja ovisnosti koja ga može uvesti u ciklus marginalnosti. Spominjući negativne utjecaje društva važno je obratiti pažnju i na generalnu sliku koju čovječanstvo ima prema beskućništvu. Shinn (1992) definira dva različita objašnjenja beskućništva: orijentirano na osobu i strukturalno. Prvo se usredotočuje na individuu i deficite individue kao središnje faktore odgovorne za beskućništvo, dok strukturalni pristup naglašava ulogu faktora poput nepristupačnih cijena kućanstava kao presudne u rezultiranju beskućništvom, pri čemu, prema Shinn (1992), nalazi više podupiru potonje obrazloženje. Unatoč tome velik broj ljudi posjeduje negativan i neprijateljski stav prema beskućnicima (Phelan, Link, Moore i Stueve, 1997), što otežava njihovo stanje i potencijalno rezultira dodatnom deterioracijom mentalnog zdravlja. Primjerice, Phelan i sur. (1997, str. 335) ističu kako „stigma koja se veže uz beskućništvo ima negativne posljedice na psihičko zdravlje i samopouzdanje beskućnih pojedinaca, a uz to sugerira mogućnost diskriminacije u socijalnim odnosima, pri zapošljavanju i udomljavanju, što doprinosi daljnjem održavanju beskućništva”.

Clifford i Piston (2016) primijetili su istovremeni porast društvene potpore povećanju fondova za zbrinjavanje beskućnika te porast podrške politikama koje otežavaju rješavanje problema beskućništva, npr. zabranama prošenja i spavanja u javnosti. Autori kao ključno objašnjenje ove paradoksalnosti navode emociju gađenja. Naime, rezultati njihova istraživanja ukazuju na to da ljudi koji su osjetljiviji na gađenje uistinu podupiru spomenute otežavajuće politike istovremeno podržavajući programe pomoći. Razlog je taj što gađenje ne uzrokuje nužno razvoj averzije prema objektu gađenja, ali ipak dovodi do želje za fizičkim udaljavanjem od tog objekta (Clifford i Piston, 2016), na što utječe i generalna medijska slika siromašnih kao

opasnih kriminalaca, nasilnika, narkomana i prijenosnika bolesti (Bullock, Fraser Wyche i Williams, 2002). Istraživanje empatije na temelju tehnika za snimanje aktivnosti i strukture mozga (eng. *neuroimaging*) (Fiske, 2009) pokazalo je kako se marginalizirane skupine ljudi poput beskućnika često dehumanizira čak i na neuralnoj razini, pri čemu se navodi kako je za razvitak empatije prvobitno nužno kategorizirati osobu kao čovjeka te zatim svoju procjenu diferencirati u socijalne kategorije na temelju dvodimenzionalnog modela topline i kompetentnosti. Pri tome se skupine poput beskućnika koje se nalaze nisko na objema dimenzijama često kategorizira kao nečovječne, potencijalno čak kao životinje i objekte, što impliciraju nedovoljna aktivacija medijalnoga prefrontalnog korteksa nužnog za razvoj empatije uz aktivaciju insularnog korteksa koji je povezan s pojavom emocije gađenja. Izazivanje empatije kod drugih može imati veliku ulogu u socijalnom prihvaćanju i angažiranju izoliranih pojedinaca.

Još jedna široko rasprostranjena i univerzalno društveno utemeljena predrasuda prema beskućnicima jest prema Homeless Hubu (2019) ta da je beskućništvo i njegovo opstajanje produkt lijenosti beskućnih pojedinaca. Znanstvena istraživanja pak pružaju jednu sasvim drugu perspektivu pri analizi spomenute problematike. Primjerice, Pluck, Lee, David, Spence i Parks (2012) u svojem su istraživanju testirali kognitivne sposobnosti 80 beskućnika te zaključili da su njihov IQ i sposobnosti pamćenja niži nego kod generalne populacije, pri čemu ipak ne mogu točno odrediti je li do razlika došlo prije ili za vrijeme razdoblja beskućništva. Depp, Vella, Orff i Twamley (2015) naglašavaju učestalost kognitivnih oštećenja u 25% ispitanе populacije beskućnika, pri čemu je aritmetička sredina rezultata IQ testa unutar te populacije iznosila 85, odnosno jednu standardnu devijaciju ispod prosjeka opće populacije. MacReady (2009) naglašava kako se u mnogim istraživanjima učestalost kognitivnih oštećenja među beskućnicima kreće između 28% i 78%, navodeći pritom traumatske ozljede mozga kao jedan od posebno problematičnih faktora. U istraživanju Hwang i sur. (2008) zabilježen je podatak prema kojem je u 70% slučajeva pojedinčeva prva traumatska ozljeda mozga prethodila beskućništvu. MacReady (2009, str. 228) pritom ističe kako su „socijalni i emocionalni problemi, poteškoće pri učenju, narušene sposobnosti pamćenja i slabe izvršne funkcije koje potječu od neuroloških oštećenja možda ono što ljude dovodi do beskućništva.” Opisani nalazi imaju vrlo bitne implikacije za generalni stav koji društvo treba zauzimati prema beskućnicima, ali i potencijalno za kreiranje politika i programa za nošenje s beskućništvom. Spomenute implikacije uključuju osvještavanje neopravdanih predrasuda prema beskućnicima, naglašavanje uloge narušenoga mentalnog zdravlja i kognitivnog funkcioniranja kao presudnih u uzrokovanju i pogoršavanju beskućništva, kao i sagledavanje beskućništva u kontekstu strukturalne, a ne individualno uzrokovane problematike.

OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Iako prethodno opisana istraživanja pomažu u destigmatizaciji i rješavanju problema vezanih uz beskućništvo, ona ipak posjeduju određena

ograničenja. Značajan problem u statističkom smislu stvara struktura uzorka, s obzirom na to da je uvijek riječ o prigodnom, pristranom uzorku, te osipanje sudionika tijekom istraživanja, koje je logično s obzirom na to da beskućnici predstavljaju vrlo specifičnu i osjetljivu populaciju koju je teško regrutirati. Veliku barijeru u istraživanju na neujednačenim uzorcima raznolike populacije predstavlja problem vanjske valjanosti. Također je nemoguće pronaći odgovarajući uniformni model koji bi mogao objasniti povezanost između mentalnog zdravlja i beskućništva s obzirom na to da je riječ o kompleksnoj, multidimenzionalnoj vezi koja uključuje mnoge potencijalne faktore u svojoj podlozi. Važno je spomenuti kako za određena područja snažno zahvaćena siromaštvom i beskućništvom, poput Afrike, nema provedenih istraživanja. Uzrok je tome jednim dijelom i to što je u nekim državama beskućni način života vrlo uobičajen i prosječan zbog opće rasprostranjenosti siromaštva.

ZAKLJUČAK

Beskućništvo i mentalno zdravlje i na individualnoj razini i na razini međudjelovanja utjelovljuju aktualni te kompleksni problem svjetskih razmjera koji zahtijeva iznimnu pažnju i stručnost interdisciplinarnih pristupa. Povezanost beskućništva i mentalnog zdravlja nije jednostrana niti jednostavna, već je najčešće riječ o kompleksnoj, obostranoj uzročno-posljedičnoj povezanosti. Prevalencija mentalnih bolesti i poremećaja unutar populacije beskućnika vrlo je raznovrsna. Dominantno se radi o depresiji i anksioznosti, a učestali su i problemi slabije obrade informacija. Ovisnosti o alkoholu i drogama također imaju velik utjecaj na razvoj beskućništva i mentalnih bolesti te postoje kao njihov uzrok i rezultat, pri čemu stres i neadaptivna ponašanja mogu igrati posredničku ulogu u razvoju ovisnosti. Važno je naglasiti i kako mnogi beskućni pojedinci svoj život okončaju suicidom.

Istraživanja su se na vrlo raznovrsne načine usmjerila na rješavanje problema mentalnog oboljenja u beskućnika. Kako bi se što efikasnije pristupilo stvaranju cjelovitog rješenja važno je uzeti u obzir i mogućnost prevencije beskućništva, pri čemu se ističe profiliranje mreže ljudi koji predstavljaju potencijalne negativne utjecaje na beskućnike ili rizične skupine. Vrlo je bitno spomenuti i stav društva prema beskućnicima te treba osvijestiti kako je u većini slučajeva beskućništva naglasak na strukturalnom uzrokovanju, a ne na nedostacima pojedinca. Emocija gađenja i empatija također igraju ulogu u razvoju stava prema beskućnicima te je važno senzibilizirati ljude na utjecaj iskrivljene percepcije uvjetovane medijskim prikazima. Beskućništvo i problemi s mentalnim zdravljem pogađaju velik broj ljudi na globalnoj razini i onemogućuju njihovo normalno funkcioniranje te je stoga neophodno kontinuirano težiti osmišljavanju rješenja.

LITERATURA

- Adler, N. E. i Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3-15. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x
- Altena, A. M., Brilleslijper-Kater, S. N. i Wolf, J. R. L. M. (2010). Effective Interventions for Homeless Youth - A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(6), 637-645. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.02.017
- Bainbridge, J. i Carrizales, T. J. (2017). Global Homelessness in a Post-Recession World. *Journal of Public Management & Social Policy*, 24(1), 70-90.
- Brown, M. A., Gellatley, W., Hoffman, A., Dowdell, L., Camac, A., Francois, R., Boston, B. i Zekry, A. (2018). Medical complications of homelessness: a neglected side of men's health. *Internal Medicine Journal*, 49(4), 455-460. DOI: 10.1111/imj.14139
- Bullock, H. E., Fraser Wyche, K. i Williams, W. R. (2002). Media Images of the Poor. *Journal of Social Issues*, 57(2), 229-246. DOI: 10.1111/0022-4537.00210
- Carter Narendorf, S. (2017). Intersection of homelessness and mental health: A mixed methods study of young adults who accessed psychiatric emergency services. *Children and Youth Services Review*, 81, 54-62. DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.07.024
- Clifford, S. i Piston, S. (2016). Explaining Public Support for Counterproductive Homelessness Policy: The Role of Disgust. *Political Behavior*, 39(2), 503-525. DOI: 10.1007/s11109-016-9366-4
- Daundasekara, S. S., Gallardo, K. R., Maria, D. S., Hernandez, D. C., Truing, C., Yip, M., Photon, J., Kendzor, D. i Businelle, M. S. (2019). Shelter Service Utilisation among Adults Experiencing Homelessness. *Health Behavior and Policy Review*, 6(2), 128-139. DOI: 10.14485/HBPR.6.2.2
- Depp, C. A., Vella, L., Orff, H. J. i Twamley, E. W. (2015). A Quantitative Review of Cognitive Functioning in Homeless Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 126-131. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000248
- Donohoe, M. (2004). Homelessness in the United States: History, Epidemiology, Health Issues, Women, and Public Policy. *Medscape Ob/Gyn & Women's Health*, 9(2).
- Dykeman, B. F. (2011). Intervention Strategies with the Homeless Population. *Journal of Instructional Psychology*, 38(1), 32-39.
- Evans, G. W. i Kim, P. (2013). Childhood Poverty, Chronic Stress, Self-Regulation, and Coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 43-48. DOI: 10.1111/cdep.12013
- Fiske, S. T. (2009). From dehumanization and objectification, to rehumanization: Neuroimaging studies on the building blocks of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167, 31-34. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.04544.x
- Gaetz, S. (2014). *Coming of Age: Reimagining the Response to Youth Homelessness in Canada. Research Paper Series #11*. Toronto: Homeless Hub. Preuzeto s: <http://www.homelesshub.ca/comingofage> (31. 1. 2020)
- Gilchrist, G. i Morrison, D. S. (2005). Prevalence of alcohol related brain damage among homeless hostel dwellers in Glasgow. *European Journal of Public Health*, 15(6), 587-588. DOI: 10.1093/eurpub/ckio36
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E. i Aubry, T. (2014). *National at Home/ Chez Soi Final Report*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. Preuzeto s: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/at-home> (31. 1. 2020)
- Green Jr., H. D., de la Haye, K., Tucker, J. S. i Golinelli, D. (2013). Shared risk: who engages in substance use with American homeless youth? *Addiction*, 108(9), 1618-1624. DOI: 10.1111/add.12177
- Grinman, M. N., Chiu, S., Redelmeier, D. A., Levinson, W., Kiss, A., Tolomiczenko, G., Cowan, L. i Hwang, S. W. (2010). Drug problems among homeless individuals in Toronto, Canada: prevalence, drugs of choice, and relation to health status. *BMC Public Health*, 10(1):94. DOI: 10.1186/1471-2458-10-94
- Homeless Hub. (2019). *Myths and Questions About Homelessness*. Preuzeto s <https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/homelessness-101/myths-and-questions-about-homelessness> (31. 1. 2020)

- Homeless World Cup. (2020a). Global Homelessness Statistics: Croatia. Preuzeto s: <https://homelessworldcup.org/portfolio-posts/croatia/> (10. 2. 2020)
- Homeless World Cup. (2020b). *Global Homelessness Statistics*. Preuzeto s <https://homelessworldcup.org/homelessness-statistics/> (31. 1. 2020)
- Hwang, S. W., Colantonio, A., Chiu, S., Tolomiczenko, G., Kiss, A., Cowan, L., Redelmeier, D. A. i Levinson, W. (2008). The effect of traumatic brain injury on the health of homeless people. *Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 179(8), 779-784. DOI: 10.1503/cmaj.080341
- Kidd, S. A., Gaetz, S. i O'Grady, B. (2017). The 2015 National Canadian Homeless Youth Survey: Mental Health and Addiction Findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 493-500. DOI: 10.1177/0706743717702076
- Macintyre, S., Maciver, S. i Sooman, A. (1993). Area, Class and Health: Should we be Focusing on Places or People? *Journal of Social Policy*, 22(2), 213-234. DOI: 10.1017/S0047279400019310
- MacReady, N. (2009). Neurological deficits in the homeless: a downward spiral. *The Lancet*, 8(3), 228-229. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70033-X
- Magee, J. i Jeanes, R. (2013). Football's coming home: A critical evaluation of the Homeless World Cup as an intervention to combat social exclusion. *International Review for the Sociology of Sport*, 48(1), 3-19. DOI: 10.1177/1012690211428391
- McNaughton, C. C. (2009). Transitions through homelessness, substance use, and the effect of material marginalization and psychological trauma. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15(2), 177-188. DOI: 10.1080/09687630701377587
- Mechanic, D. (2007). Mental Health Services Then and Now. *Health Affairs*, 26(6), 1548-1550. DOI: 10.1377/hlthaff.26.6.1548
- Moskowitz, A., Stein, J. A. i Lightfoot, M. (2013). The Mediating Roles of Stress and Maladaptive Behaviors on Self-Harm and Suicide Attempts Among Runaway and Homeless Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7), 1015-1027. DOI: 10.1007/s10964-012-9793-4
- Patterson, A. A. i Holden, R. R. (2012). Psychache and Suicide Ideation among Men Who Are Homeless: A Test of Shneidman's Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(2), 147-156. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2011.00078.x
- Phelan, J., Link, B. G., Moore, R. E. i Stueve, A. (1997). The Stigma of Homelessness: The Impact of the Label "Homeless" on Attitudes Toward Poor Persons. *Social Psychology Quarterly*, 60(4), 323-337. DOI: 10.2307/2787093
- Pinel, J. (2001). *Biološka psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pluck, G., Lee, K.-H., David, R., Spence, S. A. i Parks, R. W. (2012). Neuropsychological and cognitive performance of homeless adults. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(1), 9-15. DOI: 10.1037/a0025382
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Sochanski, B., Boudreau, J. i Boivin, J. (2004). Mortality in a Cohort of Street Youth in Montreal. *Journal of the American Medical Association*, 292(5), 569-574. DOI: 10.1001/jama.292.5.569
- Santiago, C. D., Wadsworth, M. E. i Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology*, 32(2), 218-230. DOI: 10.1111/cdep.12013
- Schueller, S. M., Glover, A. C., Rufa, A. K., Dowdle, C., Gross, G. D., Karnik, N. S. i Zalta, A. K. (2019). A Mobile Phone-Based Intervention to Improve Mental Health Among Homeless Young Adults: Pilot Feasibility Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(7), 1-13. DOI: 10.2196/12347
- Schuetz, C. G. (2016). Homelessness and Addiction: Causes, Consequences and Interventions. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(3), 306-313. DOI: 10.1007/s40501-016-0090-9
- Scott, J. (1993). Homelessness and Mental Illness. *The British Journal of Psychiatry*, 162(3), 314-324. DOI: 10.1192/bjp.162.3.314
- Shinn, M. (1992). Homelessness: What is a psychologist to do? *American Journal of Community Psychology*, 20(1), 1-24. DOI: 10.1007/BF00942179

Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Durbin, J., Hwang, S. W., O'Campo, P., Tepper, J. i Wasylenki, D. (2018). Bridging Hospital and Community Care for Homeless Adults with Mental Health Needs: Outcomes of a Brief Interdisciplinary Intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(11), 774-784. DOI: 10.1177/0706743718772539

Stergiopoulos, V., Mejia-Lancheros, C., Nisenbaum, R., Wang, R., Lachaud, J., O'Campo, P. i Hwang, S. W. (2019). Long-term effects of rent supplements and mental health support services on housing and health outcomes of homeless adults with mental illness: extension study of the At Home/Chez Soi randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 6(11), 915-925. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30371-2

Testoni, I., Russotto, S., Zamperini, A. i De Leo, D. (2018). Addiction and religiosity in facing suicide: a qualitative study on meaning of life and death among homeless people. *Mental Illness*, 10(1):7420, 16-24. DOI: 10.4081/mi.2018.7420

Weich, S. i Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *British Medical Journal*, 317(7151), 115-119. DOI: 10.1136/bmj.317.7151.115

World Health Organisation. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Preuzeto s <https://www.who.int/whr/2001/en> (31. 1. 2020)