

Проект Карузо в доме престарелых

Концепция

Определение Синдрома Корсакова

Синдром был описан учёным С.С. Корсаковым в 1887 году как проявление алкогольного психоза. Однако после было замечено, что сходное сочетание симптомов можно наблюдать и при других расстройствах.

Одним из важных признаков корсаковского синдрома является фиксационная амнезия. Такие пациенты не могут запомнить имени лечащего врача, имён соседей по палате.

Второй составной частью корсаковского синдрома является антероградная или ретроантероградная амнезия. Пробелы в памяти больной старается восполнить парамнезиями.

Значительное расстройство памяти ведёт к амнестической дезориентировке больного. Однако у больного с корсаковским синдромом ориентация в знакомой обстановке (к примеру, дома) может быть сохранена.

Причины

Основная причина развития синдрома Вернике-Корсакова — тотальный авитаминоз тиамина — витамина В1. В его отсутствие митохондрии нервных клеток остаются практически беззащитными перед повреждающими факторами, а также недополучают питательные вещества, что приводит к их истощению, а затем и гибели.

Еще Карл Вернике, исследуя мозг погибших от тех проявлений, что впоследствии будут названы его именем, установил, что первыми погибают нейроны серого вещества третьего, четвертого желудочков мозга, а также силвиевого водопровода и некоторые участки мозжечка. Именно потому ведущими признаками синдрома Вернике-Корсакова являются симптомы поражения этих участков головного мозга.

Еще одна причина, приводящая к развитию синдрома Вернике-Корсакова — алкоголизм, неважно — острый или хронический. Иногда СВК развивается у больных СПИДом, опухолями головного и спинного мозга, некоторыми заболеваниями почек и сосудов.

Существует так называемая триада СВК — то есть три основных признака. К ним относятся офтальмоплегия — паралич глазных мышц, проявляющийся неподвижностью глазного яблока и двоением в глазах, атаксия — невозможность контроля за произвольными движениями, спутанность сознания. Но эта триада встречается лишь при глубоких патологиях, а вот более легкие симптомы встречаются чаще.

Больные заторможены, дискоординированы, не способны к простейшим логическим упражнениям и выводам. Они легко забывают что-то давно известное и новое, но нередко помнят незначительные детали, не увязывая их с истинным событием или процессом. Глаза у больных синдромом Вернике–Корсакова «плавают», при попытке посмотреть прямо у них кружится голова, возникает тошнота или рвота.

Диагностика синдрома Вернике–Корсакова целиком основывается на данных анамнеза (алкоголизм, опухоли), а также на клинической симптоматике, в том числе на классической триаде синдрома.

Достаточно одного признака из этой триады в сочетании с данными анамнеза, чтобы диагноз СВК был признан возможным. Необходимо лишь внимательно подойти к дифференцированному диагнозу, поскольку некоторые симптомы могут быть при поражениях мозга другого характера, например при инсультах.

Однако проведенная при них МРТ покажет геморрагические или ишемические поражения, что совершенно нетипично для синдрома Вернике-Корсакова, при котором МРТ «молчит».

Лечение стационарное, поскольку требует адекватной медикаментозной терапии в сочетании с психиатрическим лечением. Назначаются инъекции тиамина, парентеральное введение глюкозы, корректирующие программы. Все это, конечно, на фоне абсолютного запрета на употребление спиртного.

Фрэнк Фаррелли / Арнольд М. Людвиг
провокативная терапия:
Сила разума

Очень часто, хронических больных, рассматривают как бедных, беспомощных, несчастных существ, которые заболели в семье и обществе и проводящих долгосрочную госпитализацию в своей болезни. Этим клиентов описывают как беспомощных жертв, которые бессильны во влиянии, определяющей их жизнь. С такой точки зрения обязательно приводит к философии лечения, целью которого является свести все социальные и институциональные ограничения, которые (предположительно) несут ответственность за страдания клиента. Конечно, теоретики и клиницисты, которые объясняют происхождение и содержание хронической болезни в этом случае видят другого виновника: самого клиента. Эксперты, похоже, вышли на простую возможность, что больные являются таковыми, просто потому, что они хотят этого.

Несомненно можно было бы привести бесчисленный опыт, что бы опровергнуть такое упрощение проблемы. Мы также не отрицаем сложность проблемы или различных теоретически возможных факторов, которые следует учитывать для понимания и лечения хронических клиентов. Мы утверждаем, что все эти теоретические соображения имеют мало практического значения для текущего лечения этих клиентов. Мы в настоящее время не в состоянии разгадать патологические гены, чтобы сделать прошлое уничтоженным, изменить общество или отменить психиатрические больницы. Так мы остались с более скромной, но все же могучей задачей, лечения клиента. Задача меньше, чтобы изменить факторы вне клиента.

Франк Фаррелли в своей работе с хроническими шизофрениками выработал 5 аспектов.

1. Эти клиенты могут использовать свое безумие, чтобы осуществлять контроль над людьми и ситуациями.
2. У них есть несгибаемая воля и одержимость.
3. Одной из основных трудностей в реабилитации этих клиентов не столько отсутствие мотивации, а скорее их постоянная отрицательная мотивация для госпитализации.

4. Госпитализация при психических заболеваниях у этих клиентов во многом эффективно.

5. Эти клиенты демонстрируют "инстинктивное умение" когда дело доходит до провоцирования определенных реакций со стороны персонала, семьи и общества в целом, что гарантирует их дальнейшую госпитализацию и связанных с этим выгод.

Многие из этих аспектов, существуют у клиентов с синдромом Корсакова.

Эти характеристики связаны с другими функциями, которые типичны для таких клиентов. Фрэнк Фаррелли назвал их "оружие безумия". Понятно, что клиенты имеют величественный арсенал средств, чтобы проявить свое поведение и использовать их также эффективно против изменений усилий. Эти средства не только для достижения их целей, они также бросают дополнительную прибыль в виде ряда предсказуемой реакции персонала. Чтобы справиться с этими факторами, вы должны знать их в первую очередь. Поэтому надо тщательно следить за этическими вопросами

В арсенале

Владение претензии

Широкое понятие, что психиатрические больницы - страшные приюты, где все клиенты стремятся избежать попадания туда, в этом мало правды в той мере, если речь идет о хронических клиентах. Для многих клиентов, особенно тех, кто чувствует эмоциональную и материальную бедность, клиника является "землей обетованной", где все их потребности учитываются.

Клиника прилагает все усилия, чтобы помочь клиенту чувствовать себя «как дома»: не только в духовных потребностях, но и минимальных потребностях в пище, одежде и жилье. Клиент защищен от травм и боли, свободный от каких-либо серьезных обязанностей и требований, а так же клиника имеет широкий спектр развлечений и отдыха. Клиника предоставляет клиенту "готовых к использованию" группу товарищей, которые имеют понимание к нему из-за подобных переживаний. Добрые запасные родители никогда не накажут его; они стремятся всегда защитить его от

неудачи и разочарования; они пытаются добросовестно выполнять свои непосредственные потребности при любых обстоятельствах, и не ожидают, что он принимает решения, для которых он не готов или не достаточно зрел – как маленький ребенок.

Все или ничего

Если вы спросите клиента, хочет ли он быть реабилитированным, ответ неизменно "Да". Если вы попытаетесь сделать что-либо для достижения этой цели, его поведение не является столь же неизменным и звучит сигнал "Нет". Одной из причин этого противоречия между разговорами и действиями, является то, что она требует минимальных усилий, чтобы сказать "Да", - и максимум усилий, чтобы сделать что-то.

Отношение клиентов к реабилитации по-видимому, основывается на четырех основных компонентах.

1. Все должно оставаться таким как есть
2. Для этого они хотят гарантию

3. Они ожидают, что они все лучшее будет дано.

4. Они не готовы принять любые усилия или разочарование на себя, чтобы достигнуть изменений.

Как только для достижения цели они должны терпеть боль или стресс, они обычно сдаются. Этот режим реакции также находит свое отражение в их капризном способе работы сопротивляться или в их присутствии и участии в любых конструктивных программах реабилитации, где они охотно бросают все свои успехи за борт при малейшем расстройстве или отклонении - прекрасно зная, что они могут себе это позволить, потому что пользоваться доброй волей и милосердием клиники всегда надежней.

Социальные дверные звонки

Наши клиенты, очень хорошо понимают нашу систему социальных ценностей и связанных с этим барьеров, и поэтому они могут использовать свой репертуар поведения, который всегда вызывает нужную реакцию с собеседником и гарантирует, что они всегда достигают своей цели.

Например, если клиент предлагает один из следующих поведенческих стимулов, он почти определенно вызывает соответствующую, предсказуемую реакцию персонала:

1. бунтарство вызывает раздражение и досаду
2. сексуальная распущенность вызывает возмущение;
3. агрессивно-боевое поведение вызывает страх;
4. саморазрушительное поведение возбуждает жалость;
5. упрямое отступление вызывает разочарование;
6. сумасшедшее, странное поведение вызывает недоумение и беспомощность.

Если персонал, семья или общество раздражительны и сердиты, возмущенно-испуганны, сострадательны, разочарованы или смущены или беспомощны, то они автоматически вынуждены различными способами перейти в действие, которое, в конце концов, должно привести к госпитализации.

Когда от клиентов требуют изменений, они могут выдавать себя беспомощными, слабыми и уязвимыми, и выставлять сотрудников в роли жестоких тиранов. Они так хорошо выполняют эту ролевую игру, в чем мы их поддерживаем, что тем самым у пациентов вызывается чувство стыда и вины и приводит к возмещению причиненного вреда

Если их спросить об этом, они почти всегда утверждают следующие задачи и ритуальные формулы:

- (а) Это был не я - ты сделал это;
- (б) Если я это сделал, то вы меня вынудили;
- (в) Даже если я это сделал, то я не виноват - я обеспокоен эмоционально и ментально.

Божественное право королей

Одна из центральных проблем в лечении хронического алкоголизма вращается вокруг вопроса об ответственности клиентов за свои действия. В настоящее время, ярлык «психически больной алкоголик» дает дипломатический иммунитет для любого девиантного поведения. Клиенты могут использовать каждый импульс, любой каприз, не опасаясь серьезного возмездия. Вы можете оставить все на самотек, все свои чувства, ведь действительно по определению, они не знают, хорошо ли это и не в состоянии контролировать свои импульсы, поэтому они не могут нести ответственность за свои действия или бездействия.

Клиент имеет иммунитет к санкциям общества. Для предосудительного поведения есть всепрощающей предлог-быть сумасшедшим. Если он хочет, он может мочиться, когда и где это устраивает его, он просто может быть агрессивным, драться и нарушать все социальные табу: всегда с уверенностью, что терапевтическая команда вынуждена его поведение, скорее, понять чем наказать его.

Во многих отношениях, психически больные сегодня имеют привилегии, такие как абсолютное монаршество средневековья с силой и славой, и могут предаваться прихоти. Как и любой монарх имеет его окружение, также хронически больные пациенты имеют свиту помощников и «слуг», которые их обслуживают. В каждой хорошо оборудованной специализированной больнице, диетолог предоставляет еду, а помощники по уходу служат клиенту. Если вам нужна помощь что бы одеваться, бриться, мыться и т.д. , вам поможет персонал.

Внимание!

Хронические алкоголики имеют различные методы, которые направлены на затухание терапевтического энтузиазма .

Клиенты хотят быть хозяевами сопротивления и разрушения. Если члены команды пытаются исправить их поведение или заинтересовать их в конструктивной задаче, они игнорируют их предложения, матерятся, плюют, могут ударить, угрожать или даже наброситься на членов команды .

Если команда получает так мало положительной обратной связи или благодарности от клиентов, как правило, в ответ, терапевтический интерес умирает.

Ритуалы покаяния

Даже если клиенты иногда извиняются или каются в своем поведении, по-видимому, это часто бывает в ритуализированных конфессиях, которые фактически не направлены на улучшение. Обычно получается так, что они что то натворят , затем раскаиваются, признаются в их неправильном поведении, просят прощения, и вскоре после этого та же самая процедура, иногда повторяется в несколько иной форме, так что их «покаяние» едва ли вызывает доверия.

Постоянное повторение этой мантры, кажется, служит тройной цели:

1. освобождение от всякой вины или стыда, если они имеют место быть;
2. успокоить недовольную команду, демонстрируя раскаяние;
3. восстановление всех привилегий.

Помощник в беде

Часть трудности установления эффективной программы изменения, вытекает из установки персонала больницы к своей работе с этими клиентами. Оказавшись между тем, что учили как «хорошее» профессиональное поведение, и их личной (часто приравненной к "плохой") реакцией, усилия лечения в конечном итоге исходят на нет. Конфликт между тем, как команда должна лечить клиентов и, как они хотели бы этого.

Происхождение этой блокады легко понять в принципе. Если команда принимает предпосылку, в том что хронические алкоголики не несут ответственности за свои действия, то, они понимают что подход и лечение должны быть с любовью, добротой, пониманием. Прежде всего, это неприлично и непрофессионально критиковать, злобно реагировать или наказывать пациентов за их поведение, так как пациенты не имеют никакой власти над своим поведением. С другой стороны, повседневный опыт с этими клиентами вызывает реакцию, которая диаметрально противоположна их чувствам.

Если отношение команды при любых обстоятельствах должно быть любящим и понимающим, какой выбор остается сотрудникам, если они считают себя иногда нетерпеливыми, раздраженными и расстроенными? Это не только для них трудно постоянно действовать совершенно иначе, чем они чувствуют, но и может ослабить изменяющий эффект их усилий. Члены команды ограничиваются на поверхностных мероприятиях таких как хороший уход и они, только рады, заниматься простым сотрудничеством, а не изменением больных. Любая программа, которая направлена на изменения хронических алкоголиков(а не на просто хорошее содержание) должна принять меры предосторожности, чтобы предотвратить или противодействовать ее распространению.

Проект лечения

Каждая программа, в первую очередь психологических процедур для изменения поведения хронических алкоголиков требует определенных основных руководящих принципов для эффективного подхода, если она хочет иметь положительный результат. Первый и самый важный принцип в том, что клиент отвечает за свои действия и может проявить необходимую силу воли. Это имеет определенные последствия. Во-первых команда должна нести ответственность за действия клиента, вознаградить соответствующее поведение и наказывать несанкционированное или агрессивное поведение. Одна из проблем, с такой, казалось бы простой философией является то, что отсутствует логическое мышление. Клиент не может нести ответственность если его поведение не разумно. Я думаю: что если считать пациентов за их хорошее или плохое поведение ответственными, это вселяет в них человеческое достоинство и надежду. Если их считать безответственными это означает, объявить их случай безнадежным.

Мое понимание в работе с хроническими алкоголиками, требует в качестве предварительного условия для любых конструктивных изменений в поведении,

признание клиента о его ответственности. Если клиенты согласны к изменению, то их настрой должен состоять из следующих четырех этапов:

- а) Я несу ответственность за свое поведение.
- б) Я хочу, чтобы мое поведение изменилось, потому что оно мне не нравится.
- в) мне нужна помощь.
- г) я хочу принять помощь, которую вы можете дать мне.

Основная проблема с хроническими больными является их привести к тому чтобы они отошли от позиции, в которой они отрицают всю ответственность за свое поведение или оправдывают его под знаменем заболевания, к первым из четырех этапов, выше описанных. Если это им удалось хотя бы один раз, самый трудный барьер пройден.

Я уверен, что персонал имеет определенные права, например ожидать от пациентов благодарности, и быть уверенными в собственной безопасности, честно обращаться с пациентами, быть требовательным и достигать хороших результатов в работе. Это не преувеличенные требования, а абсолютная необходимость для медицинского персонала. Я убежден, что интенсивное стойкое и слаженное изменение не может иметь место, если необходимые права не реализованы и не обеспечены.

Третье требование, состоит в том что команда перед клиентом реальна и честна. В этом нет ничего нежелательного если нравится хорошее поведение пациентов, одновременно бросая вызов их нежелательным свойствам и отвергать их. Я считаю, что наиболее подходящее, повоительное команде, дать понять клиенту по-человечески обратную связь на эффекты и социальные последствия их поведения. Например, неразумно требовать, от персонала неуместно или дружественно улыбаться, при встрече с клиентом в то время как внутри кипит все от ярости. Надо позволять персоналу целостного отношения и поощрения, чтобы быть положительным и любящим, если пациенты разумны и имеют хорошее поведение, а так же реагировать сердито, обвиняя, отвергая, когда клиенты отвратительны и злы

Четвертое требование направлено на так называемые права и привилегии хронических клиентов.

Вряд ли имеет смысл воспринимать клиентов как инвалидов. Своей заботой и терпением они поддерживают их зависимость. Пока клиенты могут воспользоваться

всеми привилегиями и льготами легко, у них мало оснований для изменения. Пока их безумие протекает без неудобных последствий или санкций, мы содействуем развитию и укреплению хронизации.

Этические соображения

При разработке философии лечения для хронических больных, главное использовать этические заповеди. Поскольку направление и развитие каждой программы лечения будет зависеть от того, как эти проблемы решаются, важность этого не возможно подчеркнуть достаточно.

В числе наиболее актуальных этических проблем является наказание клиентов. Для меня, из моего опыта, этот вопрос в значительной степени искусственный, потому что нет психо-социальной технологии, чтобы принести изменения в поведение человека, ведь они не являются наиболее эффективным средством как для вознаграждения так и для наказания. Даже те программы, которые выступают в исключительно доброжелательной практике, которые делают либеральным использование уголовных раздражителей, например, в результате чего происходит погашение льгот, снятия любви или признания, выходных ограничений и изоляции под предлогом того, что поведение клиента находится "под контролем", но предлагаемые оправдания зачастую умалчиваются. Вопрос не в том, хотите ли вы работать с наказаниями. Они были и остаются в ежедневной практике. Это просто реальность в социальной жизни. По правде говоря, дело в том что открытые наказания без извинений, должны быть последовательными, логичными и целеустремленными

Многие воплощают психологический эквивалент терминальных больных раком, лишенных каких-либо перспектив творческого существования. Таким образом, мы должны решить, какой цели лечения мы придаем большее значение: их готовят для приятной психологической смерти или, при необходимости, принимать радикальные меры по повышению их шансов на ответственную, осмысленную жизнь.

Нравится нам это или нет, нам приходится иметь дело с этими клиентами. У нас есть выбор между двумя вариантами: мы можем принять паллиативные меры с риском, позволяя им психологически утомиться или подводить их к психической смерти; или мы можем попробовать радикальный психологический процесс - с шансом исцелить больного

Вопрос встает в окончательной этической проблеме в том что, следует ли пациентам давать право сделать выбор в пользу жизни в нормальном обществе. Должны ли мы для тех, кто находит жизнь и свою собственную ответственность слишком напряженной, держать готовым убежище или убежище в форме клиники, где они могут провести остаток своих дней в относительной тишине и покое? Я думаю, что от хронических алкоголиков можно ожидать того, что они хотят вести самостоятельную и ответственную жизнь.