

Содержание

Содержание.....	1
Кто и какие ХМЗ - пациенты? Определение терминов.....	2
ХМЗ в население и системе здравоохранения	3
ХМЗ - характерные черты	4
Хронические многократные нарушения или хронические многократные повреждения?...	5
Диапазон показаний / медицинских диагнозов.....	5
Синдром Вернике – Корсакова... ..	6
Синдром Корсакова.....	8
Особенности в повседневном уходе за людьми с диагнозом синдрома Корсакова.....	9
Цели в работе по уходу за ХМЗ пациентами.....	9
Иерархия целей и основы ухода и плана лечения ХМЗ.....	10
Понимание зависимости и принципы лечения.....	10
Практические жизненные навыки.....	12
Социотерапия, основы ухода и лечения ХМЗ.....	13
Медицинское лечение и уход в Доме Карузо.....	14
Библиография и дополнительная литература.....	16

Кто и какие ХМЗ пациенты? Определение терминов

„Хронические многократно поврежденные- зависимы, их зависимость к алкоголю или к иной зависимости привела к тяжелым или прогрессивным физическим и умственным нарушениям здоровья (в том числе сопутствующих заболеваний)“

(Беттгер / Хертел/ Леонхардт / Мулер 1999, с.6)

Кроме того, хроническое потребление алкоголя приводит к высокой и прогрессивной социальной дезинтеграции, так что зависимый больной не может самостоятельно вести нормальный образ жизни. Так же не достаточно поддержки со стороны семьи или других личных средств , поэтому он должен опираться на институциональную помощь.

Существует равенство социальной дезинтеграции и физического и психологического повреждения ХМЗ. (Леонхардт / Мулер 2006, с.127)

Во многих случаях у пациентов ХМЗ не достаточно социальных навыков, которые необходимы для успешной борьбы в повседневной жизни. Особенно это относится к основным навыкам, таким как, надлежащая гигиена тела и жилья

Обычно люди делают свою повседневную жизнь в соответствии с их индивидуальными навыками; даже если они требуют временной институциональной поддержки или питания, как в случае, например, с безработицей.

Свой образ жизни они сохраняют по большей части в их собственном процессе принятия решений, влияющих на распорядок дня, торговые, административные процедуры, социальные контакты в повседневной жизни.

У ХМЗ почти всегда не хватает активной способности даже к самому элементарному структурированию повседневной жизни, или по крайней мере она сильно разрушена.

ХМЗ необходимы импульс и поддержка практически во всех видах жизнедеятельности, даже если они в состоянии восстановить часть исполнительных навыков через терапевтические вмешательства.

ХМЗ в популяции и системы здравоохранения

Гендерное распределение:	66 - 75% мужчин
Возраст:	от 30 до 70 лет, доля молодых пациентов растёт уже на протяжении многих лет

Хронических , алкогольнозависимых людей, долгое время неуместно помещали в дома престарелых или в психиатрические больницы, что приводило у этих пациентов к "неразрешимым конечным состояниям".

Одна из причин этого была слишком узкая специализированная терапия. Хронические алкоголики были поэтому долгое время нелюбимыми детьми психиатрии. Взгляд на очень старые медицинские записи говорит о многом в этом отношении.

Группа лиц ХМЗ включает около 0,5% от общей численности населения, или около 350000-400000 человек в Германии.

Для района Лан-Дилл с почти 260 000 жителей, это означает примерно 1250-1300 человек, которые принадлежат к этой группе людей.

Высокая доля этих больных не достигается ничем иным, как вовлечение в заботы о зависимых пациентах амбулаторным и стационарным лечением:

- Амбулаторные консультационные центры,
- Практика неврологов,
- Соматические отделы в больницах общего профиля,
- Открытые клиники наркомании,
- Психосоматическая и
- Психотерапевтические клиники
- Группы самопомощи

Для врачей общей практики эти пациенты с зависимостями, лечат сопутствующие заболевания почти исключительно в связи с их последующей деятельностью.

Обычные средства работы с зависимыми пациентами :

Контакт > Противостояние > Детоксикация > Долгосрочная терапия > Самопомощь Группа

Для группы лиц с ХМЗ недоступны, поскольку необходимы индивидуальные и интеллектуальные условия.

Диагноз ХМЗ, как таковой, является многопрофильным заболеванием, который объясняет отсутствие требований к работе над зависимостью включает или исключает само по себе.

Характерные черты ХМЗ

Для пациентов ХМЗ характерны особенности:

- Многократные стационарные лечения
- Отсутствие специальных процедур
- Серьезные физические травмы и инвалидность
- Множественные различные потери
- Принадлежность к границе социальной группы
- ненавязчивость
- Контакты с органами правопорядка и уголовного права, долги
- Очень тяжелые социальные ситуации, такие как бездомность, длительная безработица, изоляция
- Отсутствие отношений с противоположным полом
- Непостоянные заработки, бедность
- Ограниченные возможности управления
- Живет у матери или другого воспитателя
- Как правило, становится заметным, когда система по уходу на дому разрушена
- или резко меняется.
- Избегает в целом институциональную помощь
- В лучшем случае готов принять временную терапевтическую помощь
- В лучшем случае есть, если есть у кого вообще, семейный врач
- Умирает обычно в возрасте около 55 лет, если зависимость не была остановлена.

Социальная реакция на положение соответствующих лиц в основном состоит из неприятия и презрения, социальной изоляции и дискриминации.

Хронические многократные нарушения или

хронические многократные повреждения?

Все чаще можно найти в литературе под аббревиатурой ХМЗ также понимание хронически многократного нарушения зависимости больного. В настоящее время вряд ли можно использовать такие термины как , распушенность или деградированность, они воспринимаются как дискриминационные.

Это означает, что с точки зрения политкорректности со стороны ряда авторов теперь происходят исследования по словообмену, чтобы заменить на более подходящие. Кажется, как будто Конвенция вступила в силу. Тем не менее, мы не хотим идти по этому пути. Мы не думаем, что термин многоповрежденный, носит дискриминационный характер.

Диапазон показаний / медицинских диагнозов

В социально-терапевтических заведениях (дом Caruso), хронически злоупотребляющие алкоголем , находятся большинстве. В связи с их разнообразными травмами, некоторые из них зависят от постоянных врачей и медицинской помощи в целом, пособий и интенсивной индивидуальной поддержке. Многие из физических и психологических последствий обратимы лишь частично. Для этих людей алкогольные рецидивы опасны для жизни.

Диагнозы:

- Многолетнее хроническое злоупотребление алкоголем и наркотиками
- Алкоголь связан с амнестическим синдромом (синдром Вернике-Корсакова)
- Алкогольное слабоумие
- Алкогольно-токсичная мозжечковая атрофия
- Алкогольная полинейропатия
- Эпилепсия
- Серьезное повреждение органов (печени, желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, сердечно-сосудистые заболевания и т.д.)
- Черепно-мозговая травма в результате, связанных с алкоголем , несчастных случаев
- Апоплексия
- Тяжелая инвалидность / инвалидности
- Интеллектуальный дефицит
- Рак (особенно полости рта, гортани, пищевода, желудка, печени и поджелудочной железы)
- Сопутствующие психические расстройства (психоз, депрессия, расстройство личности)

Психологические выводы:

- Значительные связанные с алкоголем расстройства и изменения личности
- Эмоциональная лабильность
- Импульс расстройства контроля
- Отсутствие или уменьшение адаптации к реальности
- Заболевания привода, спонтанности, инициативы
- Тревожные расстройства
- Депрессия
- Отсутствие способности к решению проблем и конфликтов
- Снижение толерантности, разочарование

Когнитивные способности:

- Серьезный и тяжелые проявления синдрома органического мозга Психо,
- Тяжелые расстройства памяти
- Спутанность сознания, дезориентация
- Концентрации и внимания расстройства и нарушения планирования действий
- Массивное обесценение ума
- Умственная отсталость

синдром Вернике-Корсакова

СВК по-прежнему часто непризнан, иногда слабее, иногда острее с серьезным, часто необратимым заболеванием мозга.

Не вызванный алкоголем, но дефицитом тиамина и происходит часто у алкоголиков , потому что потребности калорий покрыты по большей части алкогольными напитками и или диетами соответственно в одностороннем порядке и в витаминах.

СВК также происходит в группах больных, особенно у тех, кто никогда или почти никогда не пил алкоголь, но при длительном катаболическом состоянии, рецидивирующей рвоте или недоедании . Примерами являются опухолевые заболевания, анорексия и желудочно-кишечные заболевания.

В СВК всегда можно рассмотреть дифференциальную диагностику расстройств сознания у истощенных людей и физически тяжело больных или у зависимых от алкоголя.

Это чрезвычайная ситуация, которая для диагностики неисправности и неадекватного лечения может быть смертельной, или по крайней мере необратимой во многих случаях, и приводит к тяжелому нейropsychологическому дефициту. Решающим фактором может быть профилактика в этой группе пациентов. В противном случае, это может привести к ятрогенному срабатыванию СВК в некоторых обстоятельствах, потому что вливания глюкозы приводят к острой необходимости тиамин.

Другие факторы у больных алкоголизмом являются бред и интеркуррентные заболевания.

СВК состоит обычно из острой стадии Вернике, энцефалопатия Верника или кризис, и хроническая стадия- дефект, синдром Корсакова вместе.

Вернике энцефалопатия также может быть подострой или происходить постепенно и более или менее остаться незамеченной при переходе в синдром Корсакова.

С другой стороны, синдром Вернике может не переходить, если лечение начато рано.

Синдром Корсакова -синдром дефицита, который состоит из амнезии синдрома и таламуса деменции, тяжесть обоих компонентов варьируется от случая к случаю.

Раньше часто приравнивали синдром Корсакова и синдром амнезии

Этого следует избегать. Не в последнюю очередь потому, что синдром Корсакова после кризиса Вернике отличается от других форм амнезии.

Терапевтическая внушаемость находится в острой и пост-острой стадии кризиса Вернике, но не в дефектном состоянии синдрома Корсакова. Замена тиамин должна быть сделана (даже в случаях с подозрением) немедленно и парентерально. При своевременном начале лечения, клинические симптомы улучшаются от часов до суток.

При отсутствии терапии, речь идет об ухудшении состояния сознания с высоким риском летального конца.

Синдром Корсакова

Синдром Корсакова был описан Российским психиатром Сергеем Сергеевичем Корсаковым впервые в 1887 году. Это синдром дефицита, состоящий из амнезии синдрома и таламуса слабоумия.

В ICD-10, синдром Корсакова принадлежит к расстройствам памяти и имеет там, в качестве руководства к симптомам амнезию синдрома.

Неврология относит синдром Корсакова к деменции, и в психиатрии встречается синдром Корсакова в контексте синдрома амнезии мозга.

Независимо от того, в какой области в настоящее время найден синдром Корсакова, пока не станет ясно, что функциональный блок лимбической системы в мозге человека необратимо поврежден.

Часть функции лимбической системы-таламуса. Таламус является областью

в головном мозге, частью белого вещества, расположенного между штоком и мозжечком головного мозга. Таламус отвечает за передачу чувствительных импульсов от тела к коре Cerebri и обратно. Кора Cerebri толстая, 2 см толщиной, которая окружает весь мозг.

Таламус имеет обширные связи в всех других областях мозга, таких как гипоталамус, ствол мозга, мозжечок базальных ганглиев и др.

Таламические расстройства слабоумия включает вегетативные функции концерна человеческого тела, такие как дыхание, температура тела, частота сердечных сокращений, артериальное давление, голода, жажды, выражения эмоций, а также двигательных навыков.

Поражения в лимбической системе означает для тех, кто пострадал:

- Массивные нарушения кратковременной памяти
- Потеря рабочей памяти, регулярно, связанной с неспособностью, чтобы иметь возможность запоминать что то новое (ретроградная амнезия)
- Повреждения в процедурной памяти. Это создает огромные трудности в изучении новых вещей
- Повреждение памяти, для их собственного опыта и знаний текущих дел
- Местная и временная дезориентация
- Снижение способность воспроизводить воспоминания
- Снижение спонтанности и инициативы
- Сильная трудность с концентрацией внимания
- Сильные тенденции изоляции
- Частичные нарушения выраженные тревогой

Особенности в работе по ежедневному уходу за людьми с

Диагнозом синдрома Корсакова

Синдром Корсакова сильно варьирует в его серьезности и тяжести типа. Объем, тяжесть и профиль возможных дефицитов сильно различается. У людей с диагнозом синдрома Корсакова часто пустые места в их биографии, они в бесконечном цикле своих мыслей, фантомная боль ума от потери идентичности и биографии.

Запомните:

- **Информация забывается**
- **Эмоции остаются.**

Цели в работе по уходу, ХМЗ пациента

Основной задачей при лечении ХМЗ является создание защиты, стабилизации и структурирования жилья и среды обитания. Создать окружение, которое ими забыто, или было никогда не знакомо.

Жизнь ХМЗ часто связана с большим риском для здоровья и жизни. С включением в основу социально-терапевтического дома происходит начало нового здорового образа жизни. Исходя из этого, на основе каждого дополнительного ухода и планирования лечения.

Таким образом, основной целью лечения, является обеспечение выживания зависимых. (Schwoon, 1992/Körkel, 1995)

Иерархия целей и основных принципов планирования лечения ХМЗ

- Обеспечить выживание
- Обеспечить здоровое выживание
- Предотвратить дальнейшие серьезные косвенные убытки
- Предотвращение дальнейшей социальной дезинтеграции
- Разрешить большие фазы абстиненции и периоды без наркотиков
- Принятие воздержания как здоровой формы жизни
- Автономный и удовлетворенный абстинентный образ жизни

Добавление может быть даже в качестве других целей:

- Компетентность и ресурс расширения
- Способствовать развитию социально-коммуникативных навыков
- Содействие мобильности и маневренности
- Увеличение умственной и физической выносливости
- Улучшение дел со стрессовыми ситуациями

Поиск понимания и принципы лечения.

Мы понимаем аддиктивное поведение, как один из многих возможных, хотя не подходящий но, тем не менее понятный смысл самовосстановления, как попытку решения зависимого

В каждом поведении зависимого, попытка решать проблемы не всегда удачна.

Таким образом, мы не можем считать, что наши жители справляются лучше своей жизнью когда у них отнять бутылку, без того, чтобы найти альтернативу, перспективу, чувство или более высокое значение (жизнь, здоровье, и т.д.) в их жизни.

С нами нет стандартного лечения или стандартных решений, так как развитие зависимостей может иметь множество причин.

Таким образом, мы уходим от классических моделей заболеваний зависимостей, протекающих с патологично-ориентированной точки зрения зависимости и принимаем на себя абсолютное самообладание и неспособность терять контроль заинтересованного лица.

Это означает, что заинтересованная сторона, ищет международного направления для принятия человека, и пусть даже не в первый день или даже до принятия, зависимый должен предоставить эмоциональную готовность к абстиненции.

От человека с психосоматическим дискомфортом в животе, врач также не требует с начала лечения исчезновения симптомов и может потерпеть неудачу.

Исходя из этого понимания зависимых, лечения зависимости неизбежно в другом контексте, как на основе патологии, ориентированный подход к терапии лечения.

Но это также означает, прощание с болезнью, алкоголиков и хронически зависимых пациентов. Скорее следует предположить, что есть только отдельные, очень разные, в зависимости от личности и истории жизни, разные мотивы, цели и потребности.

Просто потому, что проявления зависимости в связи с мультikonдициональной условной структурой столь же разнообразны, как и люди, с которыми мы сталкиваемся в терапевтической ситуации, и не возможно использовать общую терапевтическую цель единственно правильной..

Это означает, если сохранение и восстановление трудоспособности будет единственной целью лечения зависимости больного, то с этой точки помощи для ХМЗ " пустая трата денег".

В контексте существующих ограничений экономической эффективности мышления,

финансовые затраты на помощь должны быть соизмеримой целью терапевтических мероприятий. Однако это чрезвычайно трудно сделать.

Во-первых для ХМЗ, не в состоянии мотивировать себя и быть мотивированными их несуществующей социальной интеграции, нужно искать уход в центре по лечению зависимых.

Во-вторых, ХМЗ не возможно лечить с самого начала с целью восстановления здоровья в результате их хронических множественных поражений

но только по отношению к постепенному восстановлению отдельных параметров производительности независимости.

Другими словами, ХМЗ в учреждении должен быть активным, чтобы получить совместную деятельность с партнерами.

Практические жизненные навыки

В социально-терапевтических учреждениях заботятся о зависимых женщинах и мужчинах, которые имеют десятилетиями аддиктивные расстройства, а также высокую степень коморбидности.

У этих людей есть не только временная степень физического, психического и социального ущерба, поэтому они иногда или постоянно не могут жить в одиночку, без стационарной помощи и в общественной жизни.

Из трудовой жизни они уже давно были устранены. Большинству также не хватает навыков, чтобы самостоятельно выполнять повседневные нужды, такие как ориентация в окружающей их среде, время структурирования, самостоятельного приготовления пищи или гигиены. Им не хватает силы, смелости, знания и опыта, чтобы изменить их положение.

Чтобы установить самостоятельный образ жизни, прежде всего нужно:

- определить цели
- Принимать решения
- Структурировать процессы

Эти сложные навыки нарушаются у ХМЗ пациентов, и они не могут быть активированы без посторонней помощи.

Практически потеря этой компетентности что-то вроде того, что пациент из его комнаты идет в соседний туалет, а затем больше не находит дорогу назад. Или он забывает даже самые простые инструкции или назначения в кратчайшие сроки. Другим нужно регулярно напоминать об их личной гигиене и смене белья. А так же очень сплоченная организация карманных денег необходима, поскольку способность контролировать и финансовое планирование не является достаточно доступным. Вот тогда существует необходимость терапевтических вмешательств.

Социотерапия, основы ухода и лечения ХМЗ

Для лечения описанных потерь навыков и противодействия дальнейшему ухудшению, были разработаны социально-терапевтические концепции лечения.

Социальная терапия включает в себя создание структурированной, защитной и стабилизированной, свободной от наркотиков, жилой среды.

Для ХМЗ разработан концепт терапии :

- Повседневная деятельность и
- Простая повседневная жизнь и привычки
- Правила
- Стандарты
- Обязанности
- И защита свободы в пространстве группы

Вместе с жителями попытаться иметь основной целью приведения в порядок свою жизнь и получить шанс стать самим собой.

В конце долгой карьеры зависимости для многих наших жителей, является следующее:

Любовь к жизни не должна испаряться,

Будет еще столько темных дней.

Жизнь, держи меня на земле,

Тогда я стану тем кем я хочу быть.

Следует отметить, что люди знают для себя и чувствуют, что они могут найти цель, цель в жизни снова. Это может показаться жалким, но не при тех обстоятельствах, при которых большинство жителей попали в социально-терапевтический центр.

Не возможно точно указать, какая лечебная составляющая влияет на наших жителей в целом и, как для индивидуального жителя. Причинно-следственная связь, как с помощью шприца или таблетки, естественно, не может быть определена.

Конечно, так же может быть, что не существует одной меры, которая приводит к успеху в лечении. Скорее, это ансамбль, и он является решающим. Основными точками можно считать:

- Фиксированная структура повседневной жизни
- Приличная, пригодная для жизни среда
- Жизнь в Сообществе
- Абстинентный климат
- Открытие и разработка индивидуальных навыков и умений

Медицинское лечение и уход в доме Карузо

Жители рассматривают их разнообразную физическую и психологическую ущербность, как всеобъемлющую и целостную. Уход и медицинское обслуживание, уход и поддержка находятся в социально-терапевтических целях.

Целевые задачи для наших жителей, с медицинской точки зрения это в первую очередь поддержание или улучшение здоровья.

Социальная терапия означает, что мы заботимся о целостной личности и развиваемся вместе с жителями.

Обеспечение максимально здорового выживания и предотвращения дальнейших серьезных физических и психологических ущербностей, соответствующим медицинским и сестринским уходом, регулярного и сбалансированного питания и обеспечения среды, свободной от наркотиков.

Каждый житель находит в нашем доме стабилизацию и поддержку.

Полезное и полезным в этом контексте являются человеческий и теплый климат безопасности, принятие и правильное понимание, которое обеспечивает необходимые навыки социальной и повседневной жизни

Жители могут рассчитывать (обычно врач общей практики или терапевт и специалист в области неврологии и психиатрии)на присутствие медицинских консультантов.

Эти врачи, также доступны для чрезвычайных ситуаций.

Обслуживающий персонал ведет ежедневно консультации по уходу.

Медсестры выступают с консультациями совместно с докторами.

Они работают в тесном контакте с другими специалистами, а также больницами что может, таким образом обеспечивать другие терапевтические меры, обмен информацией и оптимальной координации всех медицинских учреждений

В документации пациентов записываются текущие меры медицинского обслуживания и ухода.

Поток информации и непрерывности работы, которая будет обеспечена за счет регулярных встреч передачи обслуживания и передачи обслуживания документации между сотрудниками различных слоев и профессий днем и ночью.

Библиография и дополнительная литература

Следующие книги были вовлечены в подготовку текстов, с соответствующими изменениями и рекомендуются в качестве предмета конкретной литературы:

- **Социотерапия хронический наркоман - Комплексный подход**
выхода 2000 Нойланд-Verlag, ISBN 3-87581-205-0

- **Хронический многократно поврежденный зависимый пациент**
Выпущенный в 2006 Lambertus, ISBN 3-7841-1629-9

- **Новая поддержка для многократно поврежденного зависимого больного**
Выпущенный в 1994 Родерер Verlag, ISBN 3-89073-745-5

- **Два диагноза - сочетанных заболеваний психических расстройств и наркомании**
Опубликовано 2007 Ханс Хубер Verlag Берн, ISBN 3-456-83699-6