**Введение**

Каждый из нас хотя бы раз находился в больнице или обращался в поликлинику, и впечатление о лечебном учреждении зависело не только от того, какое лечение было проведено, но и от того, как нас встретили врач и медсестра. В условиях лечебного учреждения первый контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения с обеих сторон, чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений.

Все в медсестре должно располагать к себе пациента, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Совершенно неприемлемо обращение «больной», как будто пациент потерял право на имя и отчество. Чтобы между медсестрой и пациентом сложились партнерские отношения, пациент должен чувствовать, что вы хотите ему помочь. Только тогда возникает тот доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболевании, стационировании, надеждах на выздоровление, планах на будущее. Во время таких бесед выявляются отношение пациента к родственникам, работе, другие проблемы, а все эти сведения дают медсестре возможность поставить свой сестринский диагноз.

При всем этом медсестра постоянно должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Она сочувствует больному, между ними устанавливается ток называемая эмпатия, т.е. медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями. Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер.

Зная особенности переживаний больного, его личности, медсестра тактично объясняет пациенту не только его права, но и обязанности, рассказывает в доступной для больного форме о необходимых обследованиях, подготовке к ним, о предстоящем лечении. Согласно Закону Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», все манипуляции, обследования и необходимая терапия проводятся с личного согласия больного или (в детской психиатрии) с согласия родителей ребенка. Лишь в случаях, предусмотренных ст. 29 «Закона» для стационирования и терапии не требуется согласие больного (если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает его непосредственную опасность для себя или окружающих или беспомощность и неспособность осуществлять основные жизненные потребности).

Отказ пациента от того или иного вида обследования или лечения не должен вызывать к нему негативного отношения со стороны медицинского персонала.

Обязанность медсестры – быть честной и правдивой по отношению к пациенту, но разговоры о диагнозе, особенностях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам медсестры с родственниками пациентов. В то же время сведения, которые дают родственники, могут оказаться весьма ценными для понимания психического состояния больного, особенностей его личности. Их следует отразить в дневниковых записях и довести до врача. С другой стороны, все сведения о больном, методах лечения можно сообщать родственникам лишь по согласованию с врачом. Семья должна рассматриваться как сфера социальной адаптации, играющая определенную роль при лечении.

Сменяющие друг друга медсестры должны обмениваться информацией о больных учитывая особенности темперамента и характера коллег.

Взгляды врача и медсестры на какие-то особенности ухода за больным могут не совпасть. Тогда нужно очень тактично обсудить спорные вопросы с врачом, и, если согласие будет достигнуто, это облегчит работу. Обговаривать же такие ситуации с другими лицами или сразу обращаться с жалобами к руководству не стоит – это может привести к взаимным обидам, нежелательной обстановке в коллективе.

Право отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе, способностью признавать и исправлять свои ошибки, обнаруженные самостоятельно или коллегами.

**Психопатии**

Психопатии – это аномалии личности, патологические состояния, характеризующиеся неустойчивостью, неуравновешенностью психических процессов, недостаточностью социальной адаптации. Они не являются болезнью в строгом смысле слова, так как в отношении их нельзя говорить о начале, течении и исходе. Это не значит, что психопатии лишены динамики, но она носит своеобразный характер. Изучению ее положил начало П.Б. Ганнушкин, показавший, что психопатиям присущи состояния компенсации и декомпенсации.

Декомпенсация психопатии может быть вызвана биологическими факторами (например, она часто наблюдается в возрасте полового созревания) и социально-средовыми. В состоянии компенсации психопатические личности вполне приспособлены к жизни в обществе и к трудовой деятельности, они социально адаптированы; состояние декомпенсации в первую очередь характеризуется социальной дезадаптацией.

Основные критерии психопатий были разработаны советскими психиатрами П.Б. Ганнушкиным (1933) и О.В. Кербиковым (1961). К ним относятся следующие:

1) выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации; 2) относительная стабильность патологических свойств личности, их малая обратимость; 3) целостность, тотальность патологических черт личности, определяющих весь психический облик.

Нарушения социальной адаптации проявляются в виде неадекватных по форме и степени выраженности реакций на окружающее. Психопатические личности, обнаруживающие черты патологического характера, плохо уживаются в обществе, становятся источником конфликтов.

Психопатические личности составляют около 5% общего числа больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах и поступающих в психиатрические больницы.

наследственность психопатия уход лечение

**Роль наследственности и соматогенных факторов**

В формировании психопатии принимают участие конституционально-наследственные, экзогенно-органические, эндогенные и социально-средовые факторы. Значение этих факторов в развитии разных форм психопатий неодинаково, что дало основание О.В. Кербикову предложить их генетическую систематику, согласно которой различают две основные группы психопатий: ядерные (конституциональные, истинные) и приобретенные. Последние делят на постпроцессуальные (например, психопатизация личности, наступившая в связи с шизофреническим процессом после его остановки), органические (психопатические изменения вследствие перенесенных менингита, менингоэнцефалита, черепно-мозговой травмы и т.п.) И краевые, при которых психопатия формируется в связи с неблагоприятным затяжным течением невроза, реактивного психоза, при наличии длительно существующей, травмирующей психику ситуации. Формирование краевых психопатий идет путем патологического развития личности.

Значительную роль в формировании психопатий играет неправильное воспитание. Советские психиатры В.Я. Гиндикин И В.А. Гурьева дали характеристику основных типов неправильного воспитания, которые приводят к образованию у ребенка патологического характера. Это: «кумир семьи» ребенка в семье обожают, захваливают, демонстрируют его исключительность, исполняют любые его прихоти, не приучают к трудовой жизни; гиперопека – ребенку уделяют чрезмерное внимание, стараются сделать из него «вундеркинда», лишают самостоятельности, ограничивают общение с другими детьми; гипоопека – недостаточное внимание к ребенку, он предоставлен самому себе, его воспитанием никто не занимается; «золушка» – ребенок совершенно лишен ласки, его систематически унижают, оскорбляют, держат в страхе, лишают удовольствий; «ежовые рукавицы» – систематические угрозы и избиения ребенка, навязывание взрослыми ребенку своей воли, отсутствие тепла, ласки, поощрений.

По клиническим особенностям различают следующие варианты (типы) психопатий.

Возбудимые (эпилептоидные) психопаты отличаются повышенной возбудимостью, вспыльчивостью, повышенной раздражительностью, частыми колебаниями настроения (дисфориями), склонностью к конфликтам с окружающими, в семье и в трудовом коллективе. У возбудимых психопатов легко возникают приступы гнева, при этом они грубы, недостаточно деликатны, плохо контролируют свои поступки. Антисоциальные, агрессивные поступки у них особенно часто наблюдаются в связи с приемом алкоголя. Обычно в спокойном состоянии они педантичны, обстоятельны, несколько туго подвижны в своих психических проявлениях, вязки.

Астенические психопаты характеризуются легкостью возникновения состояний усталости, вялостью, робостью. Они чрезмерно чувствительны по отношению к обидам и огорчениям, повышенно впечатлительны. Даже незначительные неприятности и мало-мальски сложные ситуации их обескураживают. Астеники склонны к пониженному настроению, самоанализу, не уверены в себе, плохо справляются с физической и психической нагрузками, вызывающими у них общую слабость, усталость, головную боль.

Психастенические психопаты отличаются тревожно-мнительными чертами характера, повышенной боязливостью. Они так же, как и астеники, чрезмерно чувствительны, легко ранимы, повышенно истощаемы. Характерная особенность – высоко развитое чувство долга, честность, щепетильность. Психастеники очень много внимания уделяют анализу своих поступков, обоснованию их правильности, справедливости. У них легко возникают угрызения совести, упреки в свой адрес. Выполнив какую-либо работу, они многократно проверяют и перепроверяют ее качество. Обычно вечером наиболее ярко проявляется эта склонность психастеников к «копанию» в себе: тщательный анализ всего сделанного и сказанного за день мешает им уснуть. У психастеников особенно легко возникают разного рода навязчивости. Психастеники склонны верить в хорошие и дурные приметы, у них нередко наблюдаются защитные ритуалы. В состоянии компенсации психастеники являются хорошими работниками, исключительно добросовестными и педантичными. При наступлении декомпенсации их трудоспособность снижается главным образом за счет уменьшения количественных показателей – нарастает неуверенность в себе, что заставляет психастеника вновь и вновь проверять качество своей работы.

Истерические психопаты отличаются чрезмерной эмоциональностью. В поведении они демонстративны, театральны, всегда стремятся быть в центре внимания. С этим нередко связана присущая им лживость, склонность к вымыслам, фантазированию. Такое стремление к патологическому фантазированию носит название фантастической псевдологии. Желая привлечь к себе внимание, истерики идут иногда на самоповреждения. Так, некая больная неоднократно находилась на лечении в терапевтических и хирургических отделениях по поводу различных внутренних кровотечений. Установить их причину никак не удавалось, и только после того, как по совету психиатра за ней был установлен надзор, выяснилось, что она прячет в матраце иглу от шприца, которой под одеялом наносит себе повреждения кожи, а кровь насасывает в рот и либо глотает, либо имитирует кровотечение изо рта. Истерики отличаются повышенной внушаемостью, склонны к самовнушению. Поэтому у них легко возникают самовнушенные параличи, парезы и другие проявления, внешне напоминающие симптомы ряда соматических заболеваний. Известны даже описания истерической, самовнушенной беременности.

Шизоидные психопаты отличаются замкнутостью, они как бы отгорожены от окружающей действительности, аутичны. Для них характерна повышенная чувствительность к различным неблагоприятным психогенным факторам и в то же время эмоциональная холодность. Шизоиды погружены в мир собственных переживаний и почти не проявляют интереса к окружающей действительности. Нередко они производят впечатление чудаковатых людей «не от мира сего», неспособных к разрешению важных житейских проблем.

Циклоидным психопатам присуща выраженная эмоциональная лабильность с преобладанием состояний пониженного (гипотимии) либо повышенного (гипертимии) настроения. У одних больных всю жизнь преобладает один из указанных видов настроения, у других настроения чередуются, однако не достигают такой степени выраженности, как при МДП. Следует отметить, что МДП чаще всего развивается у личностей циклоидного склада.

К неустойчивым психопатам относят лиц, поведение которых определяется их окружением. В благополучной среде они могут не нарушать общепринятые нормы поведения, добросовестно трудиться. Однако такие лица легко подпадают под влияние антисоциальных элементов, оказываются вовлеченными в компании уголовников и при этом обнаруживают влечение к алкоголю и наркотикам. Для них характерны слабость высших эмоционально-волевых побуждений, повышенная внушаемость, непостоянство. Некоторые психиатры называют неустойчивых психопатов «безвольными».

К паранойяльным психопатам относят чрезмерно подозрительных, фанатичных или склонных к сутяжничеству людей. Паранойяльные психопаты подозрительны, всюду усматривают недоброжелательное отношение, направленные против них происки, попытку принизить авторитет, занять место больного на работе. Они крайне недоверчивы, склонны к легкому возникновению бредовых идей ревности. Сутяжным психопатам присуще чрезмерное стремление к справедливости. Начав с обоснованной в какой-то мере обиды, они засыпают вышестоящие инстанции лавиной жалоб на обидчиков, требуют их наказания в судебном порядке. Они не прекращают свою деятельность даже в тех случаях, когда повод для нее утратил свою актуальность. Например, сутяжный психопат (кверулянт) уже получил новую квартиру, но продолжает писать многочисленные жалобы на прежних соседей, подает на них в товарищеский и народный суд и т.п.

Для паранойяльных психопатов характерна легкость образования бредовых (паранойяльных) синдромов по типу развития. В таких случаях говорят о паранойяльном развитии личности. Это чаще всего бред ревности, изобретательства, реформаторства либо кверулянтское (сутяжническое) развитие. Такое развитие личности рассматривают как психотическое состояние, и при судебно-психиатрической экспертизе таких лиц признают невменяемыми, хотя в большинстве случаев психопатических личностей, совершивших правонарушения, признают вменяемыми.

Далеко не всегда клиническая картина психопатии определяется одним из перечисленных видов симптомов. В психиатрической практике встречаются личности с разнородными психопатическими проявлениями. В этих случаях говорят о мозаичных психопатиях. По мнению П.Б. Ганнушкина, мозаичные (смешанные) психопатии в жизни встречаются чаще, чем чистые формы.

В детском возрасте, когда личность еще не сформирована, чаще наблюдаются не психопатии, а состояния, характеризующиеся психопатоподобным поведением. Если обстановка в семье и школе складывается благоприятно, развитие психопатии у ребенка можно предупредить.

В ответ на разнообразные психогенно травмирующие обстоятельства (конфликты в семье, неправильный воспитательный подход родителей, непедагогичные действия воспитателей в детском саду или учителей в школе) у детей и подростков могут развиваться патологические личностные реакции. При реакциях протеста ребенок становится грубым, непослушным, проявляет агрессивность по отношению к окружающим. Реакция протеста может проявляться также в отказе от еды, уходе из дома, возникновении мутизма (при этом ребенок перестает пользоваться речью). При реакциях имитации дети и подростки подражают поведению родителей или старших подростков. Реакции имитации могут привести к асоциальному поведению: бродяжничеству, хулиганским поступкам, мелкому воровству, а также к вредным привычкам: курению, употреблению алкоголя. При реакциях компенсации возникают такие формы поведения, которые маскируют ту или иную слабую сторону личности, например компенсаторные фантазии (слабый ребенок в мечтах представляет себя бесстрашным героем). Иногда в этих случаях защитные формы поведения принимают гипертрофированный, карикатурный характер (например, ребенок из неполной семьи рассказывает сверстникам об ответственных должностях, которые якобы занимает его отец).

Различают характерологические и патохарактерологические реакции. При харaктерологических реакциях поведение ребенка меняется только в определенных ситуациях, всегда можно понять, чем вызвана реакция ребенка, против чего она направлена. При патохарактерологических реакциях отклонения в поведении ребенка более разнообразны, отмечаются не только в той среде и в той ситуации, в которых возникли, препятствуют социальной адаптации ребенка.

**Лечение** при психопатиях включает комплекс мероприятий, направленных на социальную реабилитацию больных. Это меры социально-средового, медицинского и медико-педагогического воздействия. Медицинское воздействие при психопатиях носит характер симптоматического. Путем назначения транквилизаторов можно влиять на настроение больного. Астеничным, психастеничным психопатическим личностям назначают транквилизаторы (седуксен, элениум, тазепам, феназепам), ноотропные препараты (аминалон, пирацетам). Возбудимым психопатам при состояниях возбуждения назначают нейролептики.

Большое значение в лечении психопатических проявлений принадлежит психотерапии. Психотерапевт должен стать советчиком больного, помогать ему в преодолении всех сложностей жизни.

В **профилактике** психопатий очень важно как можно раньше заметить отклонения в характере и поведении ребенка и принять соответствующие медико-педагогические меры – рационально организовать его быт, учебу и трудовую деятельность, поместить его в здоровый, устойчивый коллектив. Трудновоспитуемых детей-психопатов помещают в специальные учебные заведения. В случаях выраженной социальной декомпенсации психопатов госпитализируют в психиатрический стационар.

**Особенности ухода и наблюдения за психическими больными**

Успешность лечения психических болезней зависит не только от применения фармакологических средств. Не меньшее значение имеют сама организация лечебного процесса, обстановка, в которую попадает больной при госпитализации, складывающиеся в стационаре особенности взаимоотношений между больными и медицинскими работниками. Нередко поступивший на лечение возбужденный, полный болезненных переживаний больной даже еще до начала серьезного лечения становится спокойнее, у него ослабевает интенсивность галлюцинаций, утрачивают свое значение для него бредовые идеи. Это происходит в том случае, если в отделении, куда он поступил на лечение, создан правильный лечебный режим и медицинский персонал хорошо знает свои цели и задачи, обладает достаточным запасом психиатрических знаний.

В своей деятельности медицинская сестра психиатрического лечебного учреждения должна исходить из особенностей психического состояния больных и характера болезней, по поводу которых их помещают на лечение.

Медицинская сестра должна знать больных всего отделения, а не только тех, которые относятся к ее посту. При следующем дежурстве ее могут перевести на другой пост и незнание находящихся под наблюдением больных может привести к печальным последствиям. Дежурная сестра должна знать имя и отчество каждого больного, его обычное психическое состояние и то, какие изменения произошли в нем в последнее время, особенно в день дежурства.

Принимая дежурство, сестра проверяет общее количество больных и их соответствие списку в дневнике отделения. Она должна лично убедиться в том, что каждый больной находится на месте, и посмотреть, чем он занят.

Особое внимание при приеме дежурства уделяется больным, требующим усиленного надзора.

Непременное условие – подтянутый, опрятный вид медицинских работников. Персонал должен быть в чистых халатах, шапочках, в удобной, бесшумной обуви на низком каблуке. Волосы должны быть аккуратно причесаны, заправлены под шапочку или косынку. Совершенно недопустимы во время дежурства модные пышные прически, яркая косметика на лице. Яркая одежда и броские украшения нередко вызывают усиление возбуждения больных, провоцируют их на агрессивные поступки, небезопасные для самого персонала. Так, был случай, когда возбужденная больная сорвала с пренебрегшей такими советами медицинской сестры серьги, повредив ей при этом мочки ушей.

Медицинская сестра должна помнить об опасности хранения в кармане халата острых и режущих предметов. Они могут быть похищены больными и использованы с целью совершения самоубийства или нападения на другого человека. Работающие в закрытых отделениях медицинские сестры должны бережно хранить ключ от двери. Пропажа ключа – чрезвычайное происшествие. Она может облегчить побег из отделения больных, особенно склонных к общественно-опасным действиям. В случае пропажи ключа медицинский работник должен известить старшую сестру, а в вечернее и ночное время – ответственную дежурную сестру, чтобы можно было организовать его поиск и усилить надзор в отделении.

В своем общении с больными медицинская сестра должна соблюдать такт, ровность и сердечность. Нельзя грубить больному, замечания ему следует делать спокойным голосом. Криком от психически больных нельзя добиться правильного поведения, наоборот, это приводит к их возбуждению и конфликтам с персоналом.

Для дежурной медицинской сестры все больные должны быть равны. Это не значит, что ко всем она может относиться одинаково безразлично, равнодушно. Не должно быть любимчиков и нелюбимых, привилегированных и бесправных, так как это приводит к конфликтным взаимоотношениям между больными и настороженному, недоверчивому отношению части больных к сестре, тогда как другие считают, что могут влиять на ее поступки и решения.

В своих беседах с больными сестры не должны обсуждать поведение других больных, сотрудников отделения, высказывать свою точку зрения на правильность или неправильность назначений, перемещений больных из палаты в палату и т.п. Беседа с больным не должна содержать ничего лишнего, она сводится только к вопросам его лечения, необходимости выполнения лечебных назначений, к успокоению больного, разъяснению ему необоснованности, неоправданности его тревоги и опасений. Чем более сердечной будет беседа с больным, тем легче слова найдут путь к его

душе.

Совершенно недопустимо, когда медицинские сестры и санитарки, ссылаясь на то, что вся работа по отделению уже сделана, собираются кружком и громко обсуждают свои домашние дела, служебные взаимоотношения, последний фильм. Подобного рода беседы слушают даже внешне безучастные больные и нередко при этом делают неверные, обусловленные их болезненным состоянием выводы. Кроме того, больные считают (совершенно обоснованно) таких праздно болтающих сотрудников бездельниками и относятся к ним без уважения и доверия.

Распределение обязанностей среднего медицинского персонала. Правильная организация работы в отделении невозможна без четкого распределения обязанностей между сотрудниками.

При двухстепенной системе обслуживания, принятой в наших психиатрических больницах, вся работа с больными проводится только врачами и медицинскими сестрами. Санитарки осуществляют лишь уборку отделения, выполняют обязанности швейцаров, хранят и выдают больным продукты из принесенных родственниками передач.

Старшая медицинская сестра отделения возглавляет работу медицинских сестер и санитарок. Она обучает их особенностям работы в психиатрическом отделении, контролирует выполнение ими служебных обязанностей, осуществляет также контроль за организацией ухода и надзора за больными, санитарно-эпидемиологическим состоянием отделения, раздачей пищи и лекарств. Старшая сестра составляет графики дежурств медицинских сестер, табель для получения заработной платы. Она обеспечивает укомплектованность смены сотрудниками, замену заболевших.

Ответственные дежурные медицинские сестры руководят работой смены. В их подчинении находятся медицинские сестры, работающие на постах. В отсутствие старшей сестры ответственная дежурная медицинская сестра возглавляет работу среднего и младшего персонала отделения. Она контролирует работу персонала смены, вместе с палатными медицинскими сестрами принимает и сдает смену, заполняет дневник отделения, в котором тщательно регистрирует все происшедшее за смену.

Процедурная медицинская сестра выдает больным лекарства и выполняет назначенные врачами инъекции. Она следит за наличием необходимых медикаментов, перевязочного материала, выписывает рецепты для их постоянного пополнения. Процедурная медицинская сестра принимает участие в осуществлении таких процедур, как спинно-мозговая пункция, кормление через зонд, ЭСТ и т.д. Работает она только в дневные часы, а в вечернее и ночное время при необходимости ее функции выполняет ответственная дежурная медицинская сестра. Процедурная медицинская сестра отвечает за стерильность выполнения инъекций. В помощь ей выделяют так называемую аминазиновую медицинскую сестру, которая выдает больным нейролептики в таблетках, драже и каплях и делает инъекции этих препаратов.

Аминазиновая сестра должна работать в отдельном кабинете с достаточной вентиляцией, так как многие нейролептики при несоблюдении этого условия вызывают у работающего с ними персонала аллергические реакции, дерматиты. Если в отделении проводится инсулинокоматозная терапия, то в штат среднего медицинского персонала включают специальную инсулиновую медицинскую сестру. Она вводит больным инсулин, следит за их состоянием, под руководством врача купирует состояние гипогликемии, при необходимости вводит больному глюкозу, сердечные гликозиды и т.д.

Как правило, для выполнения обязанностей инсулиновой сестры подбирают опытного, умелого и дисциплинированного работника, специально обученного технике проведения лечения инсулином и ликвидации возможных осложнений.

В палатах, где содержатся требующие особого наблюдения больные, устанавливают специальный сестринский пост. Палатная (постовая) медицинская сестра отвечает за порядок в палате, ее санитарное состояние. Она зорко следит за состоянием больных, отмечает все особенности их поведения. Сведения об этом палатная сестра сообщает ответственной дежурной медицинской сестре для занесения в дневник. Палата особого надзора ни на минуту не должна оставаться без поста. Пост кроме медицинской сестры включает младшую медицинскую сестру или санитарку. При необходимости на короткое время оставить пост дежурного медицинского работника заменяет кто-либо из сотрудников, не находящихся на фиксированных постах. Больные, требующие специального надзора, должны ходить в туалет, на процедуры, на обследование только в сопровождении медицинского персонала.

Сестра-обследовательница посещает семью больного и место его работы для сбора объективных сведений о нем. Сведения эти следует собирать с должным тактом, помня, что больному после лечения предстоит вернуться в ту же среду. Сестра-обследовательница должна вызвать доверие к себе, убедить близких больного, что сообщенные ими сведения не могут быть использованы ему во вред. Она же по заданию врача выясняет условия жизни и работы больного, собирает при необходимости его документы для оформления пенсии, передает для оплаты на производство его листки нетрудоспособности, составляет акт обследования жилищных условий больного в тех случаях, когда речь идет о необходимости их улучшения.

В психиатрическом отделении должна быть специальная медицинская сестра по трудовой терапии. В ее обязанности входит организация трудового процесса таким образом, чтобы он способствовал повышению активности больных, их заинтересованности.

В штат отделения входят также сестра-хозяйка, буфетчица, санитарки.

**Заключение**

На основании всего выше изложенного можно сделать следующие выводы:

1. Психопатии – это аномалии личности, патологические состояния, характеризующиеся неустойчивостью, неуравновешенностью психических процессов, недостаточностью социальной адаптации. Они не являются болезнью в строгом смысле слова, так как в отношении их нельзя говорить о начале, течении и исходе;

2. В формировании психопатии принимают участие конституционально-наследственные, экзогенно-органические, эндогенные и социально-средовые факторы. Значение этих факторов в развитии разных форм психопатий неодинаково. Значительную роль в формировании психопатий играет неправильное воспитание;

3. Успешность лечения психических болезней зависит не только от применения фармакологических средств. Не меньшее значение имеют сама организация лечебного процесса, обстановка, в которую попадает больной при госпитализации, складывающиеся в стационаре особенности взаимоотношений между больными и медицинскими работниками. Нередко поступивший на лечение возбужденный, полный болезненных переживаний больной даже еще до начала серьезного лечения становится спокойнее, у него ослабевает интенсивность галлюцинаций, утрачивают свое значение для него бредовые идеи. Это происходит в том случае, если в отделении, куда он поступил на лечение, создан правильный лечебный режим и медицинский персонал хорошо знает свои цели и задачи, обладает достаточным запасом психиатрических знаний.

**Список использованной литературы**

Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М.: Медицина, 1981. – 496 с.

Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. П.В. Мельничука. – М.: Медицина, 1982. – Т. 1. – 365 с.; Т. 2. – 400 с.

Бондарев Н.Н., Пащенков С.З. Краткое пособие по уходу за больными при психических заболеваниях. – Ташкент: Медицина, 1965. – 106 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1979. – 607 с.

Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991.

Петровский Б.В. Вопросы врачебной этики и современность. // Вестник Российской АМН. – 1996. – №11. – C. 3–5.

Портнов А.А., Федотов Д.Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии. – М., 1957.

Свядощ А.М. Неврозы и их лечение. 2- изд. – М., 1971.

Харди Н. Врач, сестра, больной: Пер. с венг. – 4-е изд. – Будапешт: Изд-во Академии наук, 1981. – 286 с.

Ходос Х.Г. Нервные болезни: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1974. – 511 с.

Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л. Учебный атлас психиатрии. – К.: Госкомиздат УССР, 1962. – 380 с.

Яровинский М.Я. Медицинский работник и пациент: (Конспект лекции). // Медицинская помощь. – 1996. – №5. – C. 32–39.