



ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СНИЖЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ И ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

УДК 612.821

Юдин В.Е., начальник филиала, доцент, к.м.н., заслуженный врач РФ
Филиал № 2 ФГУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневецкого Минобороны России», г. Москва

Аннотация.

В статье рассматриваются патогенетические механизмы снижения профессиональных качеств, функциональной надежности у лиц опасных профессий вследствие выполнения ими обязанностей профессиональной деятельности. Срыв адаптационных резервов организма специалистов, психологические и психосоматические нарушения вызывают необходимость своевременного проведения их медико-психологической реабилитации.

Выполнение функциональных обязанностей военнослужащими, специалистами силовых структур, министерства чрезвычайных ситуаций и других подразделений, служба и деятельность которых связана с риском для жизни, во многом определяется ресурсными возможностями организма и уровнем адаптационного потенциала. При этом значительное воздействие на функциональное состояние их организма и работоспособность оказывают факторы, обусловленные особенностями деятельности при выполнении задач в условиях боевой обстановки, чрезвычайных ситуаций, ликвидации последствий аварий и катастроф. В этих условиях под воздействием стрессогенных факторов у специалистов опасных профессий формируются снижение трудо- и боеспособности, различного рода психогенные и психосоматические расстройства, приводящие к частичной или полной потере профессиональных качеств [6, 10, 17, 27].

Введение.

По определению Г. Селье, «стресс – это неспецифичный ответ организма на любое предъявление к нему требования. С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой Вы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или адаптации» [28].

Важнейшими отличительными чертами боевого стресса являются исключительная интенсивность (экстремальность) и генерализованность. Психологическая природа боевого стресса относительно независима от поражающих свойств оружия противника, характеристик боевой техники. Откуда бы ни исходила угроза жизни и здоровью человека, страх смерти переживается однотипно и преодолевается одними и теми же механизмами волевой саморегуляции личности [15]. На этом фоне формируется готовность к срыву адаптационных резервов организма, проявляющихся реакциями боевого стресса, частота развития которых зависит от индивидуальных особенностей, обстановки, качества руководства, связи, боевого опыта [11, 26, 31].

Сопrotивляемость и резистентность организма относятся к числу важнейших интегральных, функциональных характеристик организма и является показателем его устойчивости к различным воздействиям. При этом общее действие на организм различных факторов, в том числе и профессиональных, не может рассматриваться как их простое суммирование. Это – принципиально новое биологическое явление, которое расценивается как проявление адаптации [1, 8, 12].

Адаптация – это процесс приспособления организма к меняющимся условиям среды, обеспечивающий не только нормальную его жизнедеятельность, но и сохранение высокого уровня трудо- и боеспособности в новых условиях существования [1, 2, 6].

Адаптация специалистов опасных профессий к выполнению служебных заданий в боевых условиях носит фазный характер. Начальный период сопровождается ухудшением функционального состояния организма и снижением профессиональной работоспособности. Второй период характеризуется относительным восстановлением функциональных возможностей организма и формированием нового динамического стереотипа профессиональной работоспособности. В третьем периоде усиливаются дезадаптационные нарушения и отмечается прогрессивное снижение работоспособности [10, 19].

На острый стресс организм отвечает поведенческими, вегетативными и эндокринными сдвигами. В состоянии стресса происходит мобилизация энергетических ресурсов, кардиоваскулярной, дыхательной и других систем. Происходит выброс стероидных гормонов, катехоламинов. Все эти изменения в организме имеют приспособительное значение, обеспечивают готовность всех систем организма к нормальному реагированию организма на стрессовую ситуацию, к выполнению того или иного боевого задания [15, 26, 33].

Психологические реакции на стресс могут завершаться нормализацией нарушенных функций, но возможны и другие варианты, когда длительность и интенсивность стресса приводят к нарушению адаптивных реакций, возникновению дизадаптации с последующим формированием психосоматических заболеваний. В патогенезе психосоматических заболеваний всегда имеется в различной степени выраженности психовегетативный синдром, составляющий патогенетическую основу этих заболеваний [5, 11, 35].

В основе возникновения стресс-реакции и последующей адаптации лежат общие реакции организма, носящие неспецифический характер. Адаптивный или гомеостатический ответ направлен на защиту внутренней среды от изменений, которые подвергают опасности выживание организма. Большое значение в нейрофизиологических механизмах формирования адаптации имеет гипоталамус, за которым признают роль центра адаптивного поведения, обеспечивающего постоянство внутренней среды организма. По своему значению стресс-реакцию можно рассматривать как средство повышения неспецифической резистентности организма, которое развивается еще до возникновения патологических последствий воздействия экстремальных факторов [1, 10, 38].

Представления о неспецифическом адаптационном синдроме при стрессе получили в последние годы подтверждение в связи с выявлением роли свободных радикалов и вызываемого ими перекисного окисления (ПОЛ) липидов и нарушения функций клеточных мембран. При

адаптационных изменениях так называемые «стрессорные гормоны» – катехоламины и глюкокортикоиды – прямо и опосредованно влияют на активность липаз, фосфолипаз, интенсивность ПОЛ, т.е. на основные процессы, ответственные за обновление липидного биослоя мембран. Катехоламины через альфа-адренорецепторы запускают каскадный механизм активации ключевых ферментов гликолиза, гликогенолиза, липолиза и приводят к мобилизации углеводных и жировых депо, что закономерно реализует превращение структурного резерва организма в энергетический [6, 14, 36, 37].

Специалисты опасных профессий выполняют возложенные на них задачи в сложных и труднопрогнозируемых условиях, которые требуют значительного психоэмоционального и волевого напряжения. Такая реакция организма вызывает необходимость качественной и количественной оценки возникающего напряжения, так как она формирует функциональную надежность человеческого фактора [4, 19].

Функциональная надежность физиологических систем организма – это возможность систем функционировать без срывов и отказов. Степень функциональной надежности обусловлена уровнем функционального состояния организма как интегрального показателя состояния всех систем, осуществляющих психофизиологическое и физическое обеспечение необходимой работоспособности в экстремальной ситуации [1, 18, 24].

Влияние психоэмоционального и волевого напряжения на функциональную надежность специалистов опасных профессий определяется, с одной стороны, длительностью выполнения задания, а с другой – скоростью возникновения у личного состава состояния утомления, которое формируется под влиянием множества различных факторов и проявляется в снижении уровня исходного функционального состояния [19, 24].

Снижение профессиональных качеств специалистов опасных профессий при воздействии неблагоприятных факторов происходит в основном за счет развития физического и умственного утомления, переутомления.

Утомление – это нормальное физиологическое состояние организма военнослужащего, возникающее при физической и умственной работе и сопровождающееся временным снижением работоспособности (боеготовности) и временным изменением некоторых физиологических функций. Состояние утомления при продолжительном воздействии чрезмерных нагрузок и отсутствии условий для полноценного восстановления функциональных нарушений может привести к развитию явлений переутомления. Переутомление – это патологическое функциональное состояние организма, которое возникает вследствие длительного воздействия интенсивной нагрузки. Оно сопровождается существенным нарушением состояния ряда функций организма и снижением эффективности (качества) деятельности. Это состояние нормализуется только в результате лечения и использования медицинских и психофизиологических средств реабилитации [12, 19, 20].

Работоспособность и утомление взаимосвязаны. Уровень работоспособности обуславливается отсутствием или наличием утомления, а в последнем случае – степенью выраженности утомления или переутомления. В свою очередь скорость и интенсивность развития утомления в процессе профессиональной деятельности определяются уровнем работоспособности военного специалиста [12, 18].

В практике медицинского обеспечения деятельности специалистов опасных профессий главными задачами являются диагностика и прогнозирование, а также поддержание высокого уровня их профессиональных качеств и функциональной надежности [10, 27].

С целью определения соответствия профессиональных качеств требованиям профессиональной деятельности по конкретной специальности проводят психофизиологическую экспертизу – комплекс мероприятий, направленных на углубленное изучение индивидуально-психологических характеристик личности, оценку функ-

циональных резервов организма. Психофизиологическая экспертиза состоит из социально-психологического изучения и психофизиологического обследования и осуществляется с использованием стандартных опросников, личностных методик, а также методом социометрии. Результаты экспертизы являются основой для выработки решений руководителями подразделений о рациональном использовании специалистов, а также для планирования мероприятий медико-психологической коррекции. По результатам социально-психологического изучения и психофизиологического обследования определяется группа работоспособности [9, 20, 25].

Все это требует создания четкой системы медико-психологического обеспечения профессиональной деятельности военнослужащих, специалистов опасных профессий, включающей в качестве составной части мероприятия по профилактике снижения боеспособности, повышению функциональной надежности и медико-психологической коррекции.

Одним из основных показателей состояния здоровья и физической подготовки человека являются переносимость физических нагрузок, которая в свою очередь определяется степенью физической тренированности организма, его силой, а также скоростью и координацией двигательных реакции. Важными качествами физической подготовки специалистов опасных профессий также являются: скоростная и силовая выносливость, гибкость (подвижность), уравновешенность, способность к быстрой концентрации, ловкость, зоркость (меткость) и другие специальные возможности организма. Все показатели физического развития военнослужащих тесно связаны с его психологическими и морально-волевыми качествами, поэтому при оценке здоровья военнослужащих их необходимо рассматривать вместе [12, 25].

В настоящее время медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий (военнослужащих МО РФ) осуществляется в филиале № 2 ФГУ «3ЦВКГ им. А.А. Вишневского Минобороны России».

Основой построения психокоррекционных программ при выявленных дезадаптационных расстройствах у специалистов опасных профессий является применение методов симптоматической, личностно-ориентированной и социцентрированной психотерапии [27,32,34]. На первом этапе применяются методики психической саморегуляции, рациональной психотерапии, суггестивных методов воздействия, специальных методов дыхания. На втором этапе назначается личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, используемая в форме индивидуальной и групповой психотерапии, суггестивные методы воздействия, применение функциональной музыки, аутотренинг с элементами медитации и др. На третьем этапе – социальная коррекция в форме социально-психологического тренинга. Такая этапность, в подавляющем большинстве случаев, обеспечивает высокую эффективность [32].

Весь комплекс медико-психологических, коррекционных и реабилитационных мероприятий можно условно разделить на мероприятия превентивной (предупреждающей) и целенаправленной (по показаниям) психокоррекции и реабилитации. Важную роль при этом играют кабинеты психофизиологической разгрузки, которые позволяют проводить индивидуальные и групповые мероприятия по психологической поддержке и социальной адаптации, повышению эффективности реабилитации после стрессов и переутомления [10, 25, 27].

В современных условиях медико-психологическая реабилитация специалистов опасных профессий представляет собой систему мероприятий, направленных на предупреждение хронизации психических расстройств, развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате бое- и трудоспособности, и на более раннее их возвращение к профессиональной деятельности. Эта система основана на ряде принципиальных положений, разработанных в отечественной медицине: принципы партнерства, разнонаправленности усилий, единства психосоциальных и биологических ме-

тодов воздействия, ступенчатости прилагаемых усилий и т.д. [13, 20, 21, 30].

Основой медико-психологической реабилитации специалистов опасных профессий следует считать такие методологические принципы, как системность, целостность, детерминизм, преемственность, последовательность, интегральность, динамичность, специфичность, индивидуальный, комплексный и деятельностный подходы к анализу психического здоровья специалистов и возможности их медико-психологической реабилитации [12, 27].

Эффективными методами реабилитационных воздействий являются консультативно-психологическая помощь, психотерапия, лечебная физкультура, физиотерапия и медикаментозная терапия по показаниям [13, 19, 22, 29].

В связи с тем, что невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства преимущественно относятся к нарушению аффективного спектра, основу их фармакотерапии составляют антидепрессанты, анксиолитики, а также нормотимики, вегетостабилизирующие и ноотропные препараты. Фармакотерапию проводят в значительной части случаев в форме коротких курсов или симптоматического лечения, как предпосылку для психотерапии. Для коррекции эмоционального состояния применяются транквилизаторы, снотворные, общеукрепляющие препараты, адаптогены, психостимуляторы. При включении в астеническую симптоматику депрессивного компонента назначают антидепрессанты [15, 19, 23].

К психотерапевтическим методам реабилитации относятся: краткосрочные методы когнитивно-поведенческого подхода (приемы нейролингвистического программирования), методики биообратной связи, суггестивной психотерапии, психической саморегуляции.

Эффективным является применение методики биоакустической психокоррекции. В основе метода биоакустической коррекции используется концепция непроизвольной саморегуляции, содержание которой заключается не в компенсации, а в активации естественных процессов регулирования физиологических функций, которые в результате неблагоприятного сочетания факторов внешней среды и индивидуально-личностных особенностей оказались подавлены [3, 7, 20, 22].

Заключение.

Основными критериями эффективности медико-психологической реабилитации являются достижение устойчивости положительной динамики основных клинических, лабораторных, нейрофизиологических и психологических показателей, отражающих состояние высшей нервной деятельности, восстановление функциональной надежности и профессионально важных качеств. Оценка эффективности восстановления функционального состояния проводится на основе изучения данных психологического и психофизиологического обследований до и после завершения реабилитационной программы. На основе оценки эффективности реабилитационной программы даются рекомендации о целесообразности ее продолжения, содержании и задачах [8, 13, 21].

Таким образом, для своевременного восстановления профессиональных качеств, обеспечения функциональной и профессиональной надежности специалистов опасных профессий необходимо совершенствование и внедрение современной, специализированной и эффективной системы их медико-психологической реабилитации, основанной на профилактике, ранней диагностике дезадаптационных расстройств с последующим проведением комплексных восстановительных мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Функциональные резервы организма и теория адаптации // Вестник восстановительной медицины. – 2004. – № 3 (9). – С. 4–11.
2. Актуальные проблемы адаптационной, экологической и восстановительной медицины / Под ред. Н.А. Агаджаняна, В.В. Уйба, М.П. Куликова, А.В. Кочеткова. – М.: Медика, 2006. – 208 с.
3. Базаров Д.И., Велиева Н.З. Опыт применения биоуправления в условиях комнаты медико-психологической реабилитации у лиц, регулярно принимавших участие в боевых действиях // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий». – М., 2010. – С. 17.
4. Байковский Ю.В. Психодинамические механизмы обеспечения надежности деятельности военных подразделений в экстремальных условиях горной среды // Сб. научн. трудов Всероссийской конф. «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий». – М., 2008. – С. 12–13.
5. Белевитин А.Б., Пономаренко Г.Н., Гребенюк С.А. Синдромно-патогенетические подходы к восстановительному лечению дезадаптов // Сб. научн. трудов Всероссийской конф. «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий». – М., 2008. – С. 22–23.
6. Белевитин А.Б., Цыган В.Н., Попов В.А., Фетюн А.Д. Особенности адаптации в экстремальных условиях военно-профессиональной деятельности // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий». – М., 2010. – С. 7–9.
7. Белинский А.В., Лямин М.В. Медико-психологическая реабилитация участников боевых действий в многопрофильном госпитале // Воен.-мед. журн. – 2000. – № 1. – С. 62–66.
8. Быков А.Т. Восстановительная медицина и экология человека: руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 688 с.
9. Глушко А.Н. Психофизиологические подходы к повышению работоспособности военнослужащих // Воен. – мед. журн. – 2004. – № 1. – С. 66–68.
10. Гончаров С.В., Лядов К.В., Остапшин В.Д., Преображенский В.Н. Восстановительная медицина и медицинская реабилитация лиц опасных профессий // Рук. для врачей. – Т.1. – Майкоп: ОАО «Полиграф-Юг», 2009. – 464 с.
11. Захаров В.И., Цыган В.Н., Фесюн А.Д., Семененко Н.Н. Адаптационный синдром при травмах в условиях боевой обстановки // Проблемы реабилитации. – СПб., 2000. – № 1. – С. 73–75.
12. Здоровье здорового человека. Научные основы восстановительной медицины // Руководство под редакцией академиков РАМН А.Н. Разумова, В.И. Покровского. – М., 2007. – 544 с.
13. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеванием внутренних органов // Рук. для врачей. – М., «Медицина». – 2000. – 325 с.
14. Крюков В.Е., Новоженев В.Г. Изменения перекисного гомеостаза у военнослужащих в процессе адаптации к службе и климатогеографическим условиям региона пребывания // Воен. – мед. журн. – 2003. – № 5. – С. 28–34.
15. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 432 с.
16. Лыткин, В. М. К проблеме психического здоровья участников боевых действий / В. М. Лыткин, В. К. Шамрей, Г. П. Костюк // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 6. – С. 63–68.
17. Маланичев С.Л. Психосоматические расстройства и их коррекция в программах медицинской реабилитации у лиц опасных профессий // Дисс. канд. мед. наук. – М., 2003. – 134 с.
18. Маряшин Ю.Е., Малащук Л.С., Юдин В.Е. О системе специальной функциональной подготовки специалистов опасных профессий «Триада функциональной надежности» // Вестник восстановительной медицины. – № 06 (40). – 2010. – С. 22–26.
19. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур // Методическое пособие под общей редакцией профессора А.Б. Белевитина. – СПб: «АЙСИНГ», 2010. – 268 с.
20. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации (домах отдыха) // Временные методические рекомендации. – М.: ГВМУ МО РФ, 2009. – 72 с.
21. Медицинская реабилитация в ВС РФ (методическое пособие для врачей) // Терапевтические и инфекционные заболевания. – Ч. 1. – М., Воениздат, 2004. – 192 с.
22. Медицинская реабилитация в ВС РФ (методическое пособие для врачей) // Нервные и психические заболевания. – Ч. 3. – М., Воениздат, 2004. – 63 с.



23. Новоженев В.Г., Белков С.А., Стародубцев А.К. Фармакотерапия боевой терапевтической патологии // Рук. для врачей. – М., 2003. – 570 с.
24. Пономаренко В.А., Разинкин С.М., Шинкаренко В.С. Методы оценки профессионального здоровья // В кн.: Здоровье здорового человека. – М., 2007. – С. 152–164.
25. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 8 мая 2009 года № 385 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих ВС РФ». – М., 2009. – 6 С.
26. Розов В.И. Адаптивные способности человека в условиях травматического стресса // Социальная психология, 2006.- № 3(17).- С. 108–120.
27. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессовым нагрузкам // Под ред. академика РАМН В.И. Покровского. – М.: Медицина, 2004. – 399с.
28. Селье Г. Стресс без дистресса/Г. Селье. – М.: Прогресс, 1979. – 123с.
29. Физиотерапия: национальное руководство // Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 864с.
30. Фисун А.Я., Щегольков А.М., Юдин В.Е., Белякин С.А., Иванов В.Н., Будко А.А., Овечкин И.Г. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития // Воен. мед. журн. – 2009. – Т. 330. – № 8. – С. 11–15.
31. Шамрей В.К., Лыткин В.М., Костюк Г.П. К проблеме психического здоровья участников боевых действий // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 38–44.
32. Юдин В.Е., Щегольков А.М., Смекалкина Л.В., Ярошенко В.П., Дыбов М.Д., Лямин М.В. Применение современных психокоррекционных технологий в восстановительном лечении раненых с психической дезадаптацией // Медицинский вестник МВД. – № 5. – 2010. – С. 42–45.
33. Bleich A., Solomon Z. Evaluation of psychiatric disability in PTSD of military origin // Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. – 2004. – Vol. 41, № 4. – P. 268–276.
34. Goodrich-Dunn B., Greene E. Voices: A History Of Body Psychotherapy // The USA Body-Psychotherapy Journal. – 2002. – V. 1, № 1. – P. 53–117.
35. Howard S., Hopwood M. Post traumatic stress disorder. A brief overview // Aust. Fam. Physician. – 2003. – Vol.32, № 9. – P. 683–687.
36. Perry J., Lanni F. Observer-rated measures of defense mechanisms // Journal of personality. – 2008. – Vol. 66, № 6 – P. 993–1024.
37. Solter V., Thaller V., Karlovic D., Nikovic D. Elevated serum lipids in veterans with combat-related chronic posttraumatic stress disorder // Croat. Med. J. – 2002. – Vol. 43, № 6. – P. 685–689.
38. Yang E., Glaser R. Stress-induced immunomodulation and the implication for health // Int. Immunopharmacol. – 2002. – Vol. 2, № 2. – P. 315–324.

РЕЗЮМЕ

В статье проведен анализ современных научных данных по проблеме патогенетических механизмов формирования психологических и психосоматических нарушений, приводящих к снижению профессиональных качеств и функциональной надежности лиц опасных профессий. Показаны основные направления проведения их медико-психологической реабилитации и пути ее совершенствования.

Ключевые слова: лица опасных профессий, профессиональные качества, функциональная надежность, стресс, адаптация, медико-психологическая реабилитация.

SUMMARY

The article analyzes the recent data on the problem of the pathogenetic mechanisms of psychological and psychosomatic disorders, leading to a decrease in professional quality and functional reliability of those dangerous professions. The basic directions of their medical and psychological rehabilitation and ways to its improvement are elucidated

Key words: men of dangerous professions, professional qualities, functional reliability, stress, adaptation, medical and psychological rehabilitation.

Контакты

Юдин В.Е.. Тел.: 8 (495) 455-94-01, 8 (495) 455-99-62.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ, РАЦИОНАЛЬНОЙ И КОМБИНИРОВАННОЙ (КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И РАЦИОНАЛЬНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИМПУЛЬСИВНЫМ ТИПОМ ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

УДК 616

Харитонов С.В., докторант

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России», г. Москва

Введение.

Импульсивный тип личностного расстройства, согласно критериям ICD-10, характеризуется: тенденцией действовать неожиданно, не принимая в расчет последствия; выраженной тенденцией к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам; склонностью к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций; трудностью в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения; нестабильным и капризным настроением [5].

По мнению большинства специалистов, ведущим методом терапии личностных расстройств должна являться психотерапия [2], в связи с ограниченными возмож-

ностями фармакотерапевтической коррекции и с учетом необходимости мероприятий по ресоциализации и реадaptации личности.

Существуют работы, подтверждающие успешность организационных мероприятий в улучшении качества терапии пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности [6].

Притом, что исследований по эффективности психотерапевтических мероприятий, направленных на коррекцию импульсивной личности, крайне мало [4], в некоторых работах рекомендуемым методом является диалектическая – поведенческая психотерапия [3].

По сути этот подход включает в себя как идеи когнитивно-поведенческой психотерапии, так и рациональной.