

4.3. Психокоррекция и психотерапия в системе оказания реабилитационной помощи больным хирургического профиля.

Сама ситуация тяжёлой болезни, требующей хирургического вмешательства, подразумевает мотив сохранения жизни. Здесь актуальны проблемы нозологического, догоспитального, госпитального, предоперационного и послеоперационных стрессов, рассматриваемых ранее. Кроме того, весьма значительно влияние приводимых вариантов реакции на болезнь и другие особенности клинической психологии больного, включая внутреннюю картину болезни и внутреннюю картину здоровья. Мысли и тревоги больного достаточно ограничены локально, сконцентрированы в той части тела, где наиболее выражены его болезненные ощущения и связаны с той его частью, которая может быть подвергнута хирургической травме и с последующим этапом восстановления и выздоровления. Оказание психологической помощи, включая все её виды и варианты, зависит от эмоциональной ресурсности больного, его реабилитационного потенциала, включающего как преморбидные особенности личности, степень осведомлённости и информированности по поводу особенностей заболевания, уровень мотивации на полноценное лечение и реабилитацию. В немалой степени эти меры психологической и психо-социальной поддержки зависят от объёма вмешательства, наличия или отсутствия послеоперационных осложнений. Часть пациентов после основного этапа лечения, на этапе медицинской реабилитации, нуждается лишь мерах поддерживающего характера, в психологической адаптации и возвращении к прежнему уровню нагрузок и привычных стереотипов. В случаях обширного хирургического вмешательства, с тяжёлыми последствиями для организма и инвалидизацией, необходима программная психокоррекционная и психотерапевтическая работа.

Больные в отделениях **гнойной хирургии** более измотаны болезнью, страдают от неопределённости и пребывают в состоянии дистресса из-за опасений новых осложнений и повторных, зачастую весьма неприятных и

болезненных вмешательств. Психотерапевтическая, нередко и медикаментозная помощь в преодолении симптомов тревоги, астении, расстройств настроения таким пациентам просто необходима. Более интенсивные психокоррекционные действия возможны лишь при наличии достаточного доступа к ресурсам, готовности к такой работе на собой самого пациента, его мотивированности.

Пациенты с **трансплантированными органами**, как и другие хирургические пациенты, в послеоперационном периоде испытывают эмоциональное напряжение. Однако у реципиентов органов не столь актуально наличие психотравмирующих переживаний, связанных с тревогой за здоровье в целом, чаще у них возникает тревога за функцию нового органа и даже в ряде случаев эйфория от проведенного вмешательства (Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В., 2013). Этими же авторами предлагается последовательное осуществление деятельности, реализуемой на трех уровнях: **формирование организационной культуры медицинского коллектива** лечебно-профилактического учреждения; **развитие совместных форм деятельности врачей и медицинских психологов**, включенных в оказание медицинской помощи пациентам, например, в виде врачебно-психологического консилиума «проблемных» пациентов, семинаров по обучению формирования навыков комплайенса для врачей и среднего медицинского персонала; психологическое консультирование, **психокоррекция и психотерапия пациентов** на протяжении всего периода пребывания в стационаре и даже после завершения стационарного лечения (Климушева Н.Ф. и соавт., 2013).