

мократичность власти, с другой, – ожидание жесткости и авторитаризма в фигуре и поступках политического лидера. Сам коммуникативный код, таким образом, обнаруживает свои темпоральные пределы. Специфика ограниченности такой практики основывается на базовых парах понятий, которые представляют собой не только слабо определенные и поэтому часто изменяющиеся коннотации данных понятий, но и возможной тематизации дискурсивной практики. Таким образом, коммуникация замыкается на области нравственных приоритетов, которые не соответствуют имманентным основам субъективного человека. Они так и остаются в области индивидуального опыта, а значит, и ограничены сознанием субъекта. Такое положение в политической и социальной коммуникации порождает и внешние противоречия, которые не только не способствуют стабильному поступательному развитию культуры, но и приводят к противоречиям в опыте межкультурной коммуникации. Последнее ведет к ограничению политических, экономических и социальных контактов, что переводит коммуникацию на уровень обособленного развития. Возникновение обособленности порождает множество противоречий, которые не позволяют российской культуре успешно интегрироваться в мировую культурную индустрию. При этом, двухполярный мир – Восток – Запад, менее обособлен вследствие априорного положения, как крайних точек дискурсивной практики, тогда как Россия обнажает противоречия каждой из сторон. Поэтому, ни один из полюсов не может полностью интегрироваться с российской действительностью, как областью, обнажающей внутренние противоречия каждого из коммуникативных кодов. Вместе с тем, объединяя в себе оба начала, российская коммуникация обнаруживает скрытое величие самого человека, ибо только в ней субъект предстает как некая равновесная сущность. Как метко подметил А. Глюксманн: «Величие обнаруживается не в крайней точке, но в обеих крайностях одновременно, если заполнен весь промежуток между ними»[1, С. 57]. Таким образом, специфика проявлений российской политической коммуникации в концептуализации феномена власти характеризуется как необходимая форма общечеловеческой практики культурного взаимодействия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Глюксманн, А. Философия ненависти / Андре Глюксманн ; пер. с фр. А. Демина. – М. : АСТ : АСТ МОСКВА : Транзиткнига, 2006. – 284 с.
2. Леви-Стросс, К. Печальные тропики / К. Леви-Стросс ; пер. с фр. Г.Е. Сергеева. – Львов : Инициатива ; М. : ООО «Фирма «Издательство АСТ» , 1999. – 576 с.
3. Луман, Н. Дифференциация / Н. Луман ; пер. с нем. Б. Скуратов. – М. : Издательство «Логос». 2006. – 320 с.
4. Луман, Н. Эволюция / Н. Луман ; пер. с нем. А. Антоновский. – М. : Издательство «Логос», 2005. – 256 с.
5. Поппер, К. Р. Предположения и опровержения: Рост научного знания / Карл Поппер ; пер. с англ. А. Л. Никифорова, Г. А. Новичковой. – М. : ООО «Издательство АСТ» ; ЗАО НПП «Ермак», 2004. – 638 с.
6. Сорокин, П.А. Социальная и культурная динамика / П.А. Сорокин. – М. : Астрель , 2006. – 1176 с.
7. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Эрих Фромм ; пер. с нем. Э. Телятниковой. – М. : ООО «Издательство АСТ», 2004. – 635 с.
8. Хабермас, Ю. Философский дискурс о модерне / Ю. Хабермас ; Пер. с нем. – М. : Издательство «Весь Мир» , 2008. – 416 с.
9. Эко, У. Отсутствующая структура. Введение в семиологию / У. Эко ; перев. с итал. В. Г. Резник и А. Г. Погоняйло. – СПб. : «Симпозиум» , 2004. – 544 с.

К.Е. ВЕСЕЛКОВА

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЧНОГО СТАЦИОНАРА

Рассматриваются психологические и педагогические аспекты подросткового травматизма. Анализируется личностная обусловленность психической адаптации подростков к последствиям физической травмы. В качестве внутренних условий адаптивования рассматриваются эмоциональные и мотивационные аспекты личности, сфера социального опыта подростка.

Драки и случайные падения, поражение электричеством, дорожные происшествия, укусы животных и ожоги – это все основные причины подросткового травматизма. Согласно статистике аварийности в РФ, подготовленной аналитическим отделом департамента ОБДД МВД, за 2007 год произошло 23 851 зарегистрированное ДТП с участием детей до 16 лет, 1 116 детей погибло, 24 707 ранено. В то время, как дорожно-транспортный травматизм составляет менее 3% травматизма несовершеннолетних.

Получение травмы и необходимость стационарного лечения влечет за собой кардинальные изменения в жизни школьника. Госпитализация сопровождается комплексом неблагоприятных влияний: социальной и эмоциональной депривациями, отрывом от семьи и друзей, нахождением в незнакомом детском коллективе, психогенной травматизацией из-за физической неполноценности и болезненного реагирования окружающих и родных; невозможностью продолжать учебные занятия, изменением режима дня, болезненными медицинскими процедурами и многим-многом другим. По данным С.Р. Болдыревой, Д.Н. Исаева (2004) частым последствием в первое время после травмы отмечается депрессивное состояние, которое обычно проявляется отказом от еды и учебы, бойкотами, бунтом против проводимого лечения. Такие состояния могут сохраняться в течение длительного времени, даже после выписки из больницы, в связи с нарушениями подвижности, деформациями тела, рубцами и т.п. От того, как пройдет психическая адаптация к условиям стационара и собственному посттравматическому состоянию зависит не только работоспособность, потенциал дальнейшего восстановления, степень инвалидизации, но и динамика обучения, гармоничность развития личности подростка, успешность его интеграции в общество (О.А. Дадаева, Р.Т. Складенко, Н.Г. Травникова, 2003).

Психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности к окружающей среде в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворить актуальные потребности и реализовать связанные с ними цели, обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды (Дружинин, 2001). Особенно выраженная, выходящая за пределы обычных колебаний дестабилизация сложившейся системы отношений человек - среда, вызывающая существенное напряжение адаптационных механизмов возникает при наличии, по крайней мере, одного из трех факторов:

При резком изменении условий среды, в результате которого адаптационные механизмы могут оказаться недостаточными даже в том случае, если ранее они обеспечивали эффективную психологическую адаптацию.

При существенном преобразовании потребностей и целей индивидуума, даже в относительно стабильной среде.

При значительном уменьшении физических или психологических ресурсов, обуславливающим расхождение между значимыми потребностями субъекта и его возможностями их удовлетворения.

Примером нарушения сложившихся отношений между субъектом и средой в результате уменьшения потенциальных ресурсов индивидуума могут служить ситуации болезни, в связи с которыми снижаются возможности удовлетворения ранее сложившихся комплексов потребностей. Например, тяжелая травма создает ситуацию двигательной (кинестетической) депривации. Все эти три фактора имеют место при нахождении подростка в стационаре, что делает изучение данной проблемы особенно актуальным.

В силу постоянного взаимодействия человека со средой, разделение этих факторов достаточно условно. Так, выраженное изменение условий среды в процессе адаптации будет оказывать влияние на систему потребностей и целей. В то же время преобразование этой системы трансформирует характер поведения к новым условиям среды. В этой связи речь идет не о психологической адаптации к каким-либо условиям, а об осуществлении в них адаптационного процесса, в ходе которого сбалансированность системы человек - среда может достигаться за счет как изменения условий в результате воздействия на среду, так и преобразования потребностей и целей индивидуума. Следовательно, напряженность адаптационных механизмов осуществляется не характером условий, а степенью

сбалансированности системы. Эффективность психической адаптации, т.е. адаптивования, обуславливается адекватностью взаимодействия в системе.

Целью данного исследования является анализ личностных детерминант психической адаптации подростков, получивших физические травмы с целью оптимизации процесса их адаптации. В группу исследуемых травмированных подростков включены 52 человека, получившие тяжелые травмы опорно-двигательного аппарата (многочисленные переломы обеих ног, таза, травмы нижних отделов позвоночника) и находящиеся на длительном стационарном лечении с использованием специального оборудования в отделении детской травматологии и ортопедии. Все они соблюдают категорический постельный режим: состояние опорно-двигательного аппарата подростков не позволяет перемещаться по палате. Специальное иммобилизирующее оборудование и гипсовые повязки фиксируют положение тела, что ограничивает движения даже в пределах кровати. В группу вошли только те испытуемые, которые находились на стационарном лечении не менее 20 дней, что позволяло изучить протекание адаптации на нескольких стадиях. Следующим критерием отбора испытуемых послужили фоновые показатели здоровья: испытуемые не имеют хронических заболеваний и резких отклонений по показателям здоровья. Из выборки исключены также подростки, имевшие возможность непосредственного общения с родными и друзьями, а также показавшие неблагоприятные результаты по шкалам социальной приемлемости и лжи. Средний возраст группы составил 12,24 года при разбросе от 11 до 14 лет. Верхняя граница обусловлена технологическими особенностями травматологического стационара: крупных, высоких, развитых учащихся 16-18 лет направляют во взрослые отделения, в связи с отсутствием необходимого полноразмерного оборудования. Иначе говоря, мальчики 16-18 лет, как правило, находятся на лечении во взрослых отделениях.

В качестве сравнительной группы выступили пациенты детского соматического отделения (30 человек), имеющие общие хронические заболевания и находящиеся на консервативном лечении, требующем регулярных госпитализаций. В выборку включены подростки, поводом госпитализации которых послужили обострения хронических заболеваний, а не плановые обследования. Эти ребята так же были лишены возможности общаться с родными и друзьями, и, за исключением хронического заболевания не имеют резких отклонений по иным показателям здоровья, – сопутствующие патологии не развиты вследствие невысокой продолжительности заболевания. Средний возраст группы хронически больных 12,2 года при разбросе от 11 до 14 лет.

Особенности нахождения травмированных подростков в детском стационаре состоят в следующем. Ребята располагаются в палатах по 5-6 человек, на каждую палату приходится не более одного тяжелого больного, который не имеет возможности себя самостоятельно обслуживать и нуждается в помощи товарищей. В первой половине дня проходят обходы, операции и медицинские процедуры, с 14 до 16.30 тихий час, во время которого разрешены спокойные игры без передвижения по палате. После обеда наступает время учебных занятий – в отделение приходят учителя основных школьных дисциплин. Уроки проводят в форме индивидуально-групповых занятий: ребят, способных передвигаться собирают в обеденном зале за столами. Раздают учебники, пособия, иллюстративный материал, проводят простые лабораторные работы. Учитель работает одновременно с учениками разного возраста по разным учебным программам. Учащиеся имеют возможность вступать в дискуссии, обсуждать различные вопросы. К лежачим больным учитель приходит в палату. В этом случае ученик имеет возможность работать только непосредственно с учителем, учебником или небольшими наглядными материалами. Всем учащимся задается домашнее задание, как правило, это чтение определенных параграфов, решение задач, поиск ответов на контрольные вопросы учебника.

Отметим, что неудовлетворительных отметок в отделениях не выставляется, да и «тройки» большая редкость. Если ученик подготовился недостаточно, дается устная оценка в мягкой позитивной формулировке, а отметка в журнал не выставляется. Пропущенная тема рассматривается еще раз, а ученик имеет возможность подготовить материал к следующему занятию и получить отличную отметку. По выписке составляется справка, позволяющая перенести в школьный журнал отметки, полученные при обучении

в стационаре. А значит, улучшить учебные показатели – такая возможность обладает мотивирующим воздействием на подростков.

В течение дня в отделении находится педагог-воспитатель, организующий досуг пациентов и дисциплину. Он раздает и собирает игры, игрушки, готовит и проводит различные праздники, руководит оформлением стенгазет и подготовкой подарков. Именно деятельность воспитателя, регулирующая общение ребят; внимание, оказываемое им каждому пациенту позволяют создать в отделении щадящую атмосферу, в первую очередь оптимизируют состояние подростков. Тем не менее, усилий одного воспитателя явно недостаточно. Только целенаправленная работа всего педагогического состава отделения может принести существенные результаты.

Опыт работы многих детских отделений больниц подтверждает крайнюю необходимость внедрения специальных психологических программ для обеспечения адаптации пациентов, помогающих изменить отношение детей к травме и учебе. Выявление и учет условий адаптации является реальной основой для целенаправленной оптимизации процесса через активизацию резервных возможностей организма. Определение детерминант адаптации подростков к последствиям травмы – ключевой момент создания таких программ, для чего были изучены корреляционные связи внутренних условий адаптации и ее показателей. Анализ литературы (Д.В. Колесов, 1987; Ф.Б. Березин, 1988; В.М. Воробьев, 1993; Т.Г. Дичев, 1976 и др.) позволил в качестве внутренних условий адаптации подростков определить следующие: биологически обусловленные особенности личности (нервно-психическая устойчивость; ригидность; экстравертированность; тип темперамента; адаптивность). Особенности эмоциональной сферы (личностная тревожность; фиксация тревоги; ригидность аффекта). Особенности мотивационной сферы (потребность в одобрении; мотив достижения успеха; мотив избегания неудачи; направленность личности на себя, общение, дело; экстернальность/интернальность; склонность к риску).

Особенности социального опыта (склонность к сотрудничеству, компромиссу, соперничеству, избеганию конфликтов, приспособлению; уверенность в себе; самоуважение). Особенности мотивации учебной деятельности (мотивация на результат учебы; ее процесс, мотивация на саморазвитие, общение, вознаграждение; мотивация должностования). Типы отношения к болезни. Характерологические особенности. В качестве критериев адаптированности были определены: самочувствие; активность; настроение; эмоциональное напряжение; ситуативная тревожность; принятие себя и принятие других; эмоциональный комфорт; склонность к доминированию; самоконтроль; эскапизм. Удовлетворенность результатом учебы и её процессом, удовлетворенность саморазвитием, общением, вознаграждением за учебу; удовлетворенность исполнением долга).

Анализ эмпирического материала показал наличие следующих достоверных корреляций. Показатель нервно-психической устойчивости положительно коррелирует со шкалой принятия других. То есть чем выше нервно-психическая устойчивость, тем выше способность к принятию других, что закономерно. Множественные корреляции образует и шкала адаптивности. Уровень личностной тревожности травмированных подростков отрицательно достоверно коррелирует с самочувствием. То есть чем спокойней подросток, тем выше он оценивает самочувствие. При $p < 0,05$ регистрируется корреляция со шкалой неприятия других. Таким образом, одним из условий оптимизации адаптации подростков следует рассматривать личностную тревожность – как черту, взаимосвязанную с субъективным ощущением хорошего самочувствия и принятием других.

Уровень ригидности аффекта травмированных подростков положительно достоверно коррелирует с показателем неприятия других и ведомостью. Чем выше ригидность аффекта, тем выше замкнутость и ведомость. Следовательно, для оптимизации адаптации и повышения удовлетворенности процессом учебной деятельности можно рекомендовать ярко положительно эмоционально окрашенные игры, задания и упражнения. По шкале фиксации тревоги положительные сильные корреляции отмечены со шкалами удовлетворенности учебной деятельностью, ее результатом и вознаграждением, саморазвитием. Менее тесная связь регистрируется со шкалами удовлетворенности процессом учебы и ведомостью. То есть можно подтвердить адекватность столь трепетного отношения учителей к оцениванию травмированных подростков, формированию позитивного отноше-

ния к учебе: это способствует снижению тревожности, и, следовательно, результативности процесса адаптации.

Мотивационная сфера показывает ряд корреляционных связей: направленность на себя положительно коррелирует с эгоцентрическим типом отношения к болезни. То есть чем выше направленность на себя, тем ярче проявляется требование заботы в случае заболевания. Направленность на общение отрицательно связана с общим и частными показателями удовлетворенности учебной деятельностью. То есть подростки, с высокой направленностью на общение не удовлетворены учебой, ее результатами и вознаграждением. В то же время они не удовлетворены и саморазвитием. Направленность на дело положительно коррелирует с общим и частными показателями удовлетворенности учебой. Это проявляется в том, что подростки, с высокой направленностью на дело удовлетворены учебной деятельностью, процессом учебы. Так же они удовлетворены саморазвитием, уверены в себе, активны, деятельны и жизнерадостны, способны тонко чувствовать и воспринимать. Отметим, что именно направленность на дело сопровождается целым комплексом позитивных связей с критериями адаптации, следовательно, оптимальна в ситуации госпитализации.

Шкала мотивации избегания неудач положительно коррелирует с гармоничным типом отношения к заболеванию. То есть чем сильнее мотивация к избеганию неудач, тем адекватней оценивают подростки свое состояние. Возможно именно реализм, детальное представление подростком последствий рискованного поведения и способствует повышению мотивации избегания неудач. Шкала мотивации достижения успеха положительно коррелирует с удовлетворенностью результатом учебы. То есть, чем сильнее мотивация к достижению успеха, тем больше удовлетворен результатами учебы. На первый это противоречиво – как правило, удовлетворить высокую мотивацию на достижение успеха сложно. Однако активность учителей в выставлении отличных отметок, яркое стремление поощрять любые учебные успехи создает ситуацию успешности подростков. При составлении индивидуальных программ адаптации необходимо учитывать, что направленность на дело сопровождается целым комплексом позитивных корреляций с критериями адаптации – именно эту направленность следует поддерживать. В то же время и мотивация избегания неудач, и мотивация достижения успеха играют позитивную роль в процессе адаптации.

Показатели социального опыта подростков имеют следующие корреляции с критериями адаптированности. Уверенность в себе отрицательно сильно коррелирует с обсессивно-фобическим типом отношения к болезни. Чем ниже уверенность в собственных силах, тем ярче проявляется тревожная мнительность по отношению к травме, что закономерно. Сотрудничество, как стиль выхода из конфликтов, сильно положительно коррелирует со шкалой принятия себя. То есть подростки, склонные к стилю сотрудничества больше принимают себя в ситуации болезни. Возможно, ситуация травмирования связана с определенным внутренним конфликтом, самообвинением и осознанием неприятностей, причиненных близким по недосмотру или сгоряча. Таким образом, миролюбивое разрешение конфликтных ситуаций, стремление договариваться, бережно подходить к интересам других сторон может косвенно способствовать снижению внутренних противоречий. Следовательно, игры и упражнения, способствующие сотрудничеству ребят, миролюбивая и дружественная атмосфера в группах, внимание друг к другу оптимизируют адаптацию, способствуют снижению тревожных проявлений.

Компромисс как стиль выхода из конфликтных ситуаций положительно сильно коррелирует с показателями принятия других и эскапизма. То есть подростки, склонные к стилю компромисса принимают других, однако им свойственно уходить от проблем в свою болезнь. Вполне закономерно, что понимание ситуации другой стороны приводит к склонности делать уступки и жертвовать своими интересами при конфликте. Однако такое понимание может способствовать излишнему самообвинению, замкнутости в болезни вследствие яркого представления переживаний близких, доставленных им неприятностей, хлопот. Такой подросток может замкнуться в ситуации травмы, стремясь к компромиссу, некоему равновесию интересов. Избегание как стиль выхода из конфликтов положительно коррелирует с показателями ситуативной тревожности и эгоцентрическим ти-

пом отношения к болезни, отрицательно со шкалой принятия других. Иначе говоря, подростки, склонные избегать конфликтов характеризуются высокой ситуативной тревожностью, требуют исключительной заботы о себе и не принимают других, что закономерно. Показатель приспособления отрицательно сильно связан с показателем ситуативной тревожности. То есть учащиеся с высокими показателями ситуативной тревожности не склонны приспосабливаться к конфликтам, возможно усиление дезадаптации в случае конфликтных ситуаций. Итак, как показывает исследование, стилевые особенности поведения в конфликте во многом обуславливают течение адаптации. Следовательно, при составлении индивидуальной программы адаптации необходимо учитывать данный показатель: поддержка уверенности подростка в себе, осознание своей ценности в любой сложной ситуации оптимизирует отношение к болезни.

Кроме того, анализ эмпирического материала показал, что чем больше возраст подростков, тем ярче у них проявляются паранойяльные, сензитивные и эйфорические черты по отношению к болезни. Чем старше подростки, тем чаще у них проявляется подозрительность и недоверие к лекарствам и процедурам; опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться. Возможно, это связано как с более полным представлением сложности лечения травм, так и с возрастными тенденциями усиления значимости общения со сверстниками. Для ряда ребят (исключительно мальчики) характерно пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Это связано высокой ценностью общения и неустойчивостью самооценки в подростковом возрасте, отсутствием поддержки близких.

Итак, личностными детерминантами психической адаптации подростков к последствиям травмы являются: нервно-психическая устойчивость личности, адаптивность; особенности эмоциональной сферы (личностная тревожность, ригидность аффекта и фиксация тревоги); особенности мотивационной сферы (направленность личности, мотивация достижения успеха и избегания неудач); опыт социального взаимодействия (уверенность в себе, стили выхода из конфликтов). Личностные детерминанты психической адаптации представляют собой комплексное, системное образование. Системообразующими характеристиками выступают показатели адаптивности, активности и направленности на общение. То есть при составлении программ адаптации особое внимание следует уделять активности подростков, их деятельности и общению. А значит, особое значение приобретают учебные занятия травмированных школьников. Учебная деятельность, организованная с учетом этих особенностей позволяет активизировать учащихся, направить и разнообразить их общение, развить сотрудничество и взаимопомощь, столь необходимые для тяжело травмированных школьников.

СТАТЬЯ I. Опосредованными в этом комплексе детерминант выступают три группы показателей. Это «приспособление – личностная тревожность – нервно-психическая устойчивость»; «мотив достижения успеха – избегание конфликтов»; «компромисс – направленность на дело – уверенность – возраст». В этих цепочках отметим узловые переменные: личностную тревожность, мотив достижения успеха, направленность на дело. Следовательно, снижение тревожности, повышение мотивации на достижение успеха позволит оптимизировать адаптацию подростков. Обе эти задачи так же позволяет решить специально организованная учебная деятельность. Знание ключевых внутренних условий адаптации позволит педагогам и психологам составить эффективные программы оптимизации