

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ К ПОСЛЕДСТВИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Статья посвящена анализу динамики показателей психологической адаптации подростков, госпитализированных по поводу физической травмы. Рассматриваются внутренние условия адаптации и её субъективные критерии, сравнивается динамика критериев психической адаптации у травмированных и хронически больных подростков.

Госпитализация сопровождается комплексом неблагоприятных влияний, среди которых отмечают: психическую депривацию отрыв от семьи и друзей. Незнакомый детский коллектив, психогенную травматизацию из-за физической неполноценности и болезненного реагирования окружающих, невозможность продолжать учебные занятия, изменение режима дня, болезненные медицинские процедуры и многое другое. От того, как пройдет психическая адаптация к условиям стационара и собственному посттравматическому состоянию зависит работоспособность и динамика дальнейшего восстановления (а следовательно, и уровень инвалидности), обучения, гармоничное развитие личности подростка, успешность его интеграции в общество (2).

В рамках данного исследования основное внимание уделяется внутренним условиям адаптации и субъективным ее критериям. Совокупная выборка составила 82 человека, средний возраст 12,34 года. В качестве испытуемых были взяты пациенты отделений детской ортопедии и травматологии, детской соматике областной больницы. В первую группу включены 52 человека, получившие тяжелые травмы опорно-двигательного аппарата (переломы обеих ног, таза, травмы позвоночника) и находящиеся на длительном стационарном лечении. В качестве сравнительной группы выступили пациенты детского соматического отделения (30 человек), имеющие общие хронические заболевания и находящиеся на консервативном лечении, требующем регулярных госпитализаций.

Использовались методы психодиагностики: методика САННТУВ (самочувствие, активность, настроение, напряжение, тревожность, уверенность, эмоциональное возбуждение) А.Н. Николаева; Опросник диагностики социально-психологической адаптированности (шкала СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда; Определение удовлетворенности учебной деятельностью Г. Лозовой; Личностный опросник Бехтеревского института.

При изучении адаптации учащихся к стационару было описано несколько ее этапов (4): стадия протеста (выраженной первичной дезадаптации), стадия неустойчивой адаптации и стадия стабильной адаптации. Стадия протеста характеризуется выраженными проявлениями стресса и составляет от нескольких часов до нескольких дней (3). Стадия неустойчивой адаптации характеризуется значительным снижением степени психоэмоционального напряжения и поддерживается желанием подростка вернуться домой, к друзьям. Продолжительность этой стадии может растянуться на весь срок пребывания в стационаре, а у благоприятно адаптирующихся школьников через несколько дней переходит в стадию стабильной адаптации (1). Для удобства описания период госпитализации делят на три стадии, согласно этапам адаптации к стационару. Первая стадия проходит в первые три-четыре дня госпитализации, вторая длится до десяти дней, после десяти дней наступает третья стадия госпитализации.

Опираясь на приведенные исследования, для выявления особенностей протекания адаптации травмированных подростков, сравним динамику критериев адаптации. При диагностике типов отношения к заболеванию и других личностных паттернов получены следующие результаты. У травмированных школьников появляется трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В то же время у ряда учащихся увеличивается чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое они могут произвести на окружающих. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться в связи с их недееспособностью. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Среди пациентов травматологического отделения возрастают тенденции необоснованно повышенного настроения, нередко наигранного. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Анозогностический тип проявляется в активном отбрасывании мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицании очевидного в проявлениях болезни, отказом от обследования и лечения.

Паранойяльный тип отношения к болезни контрольной группы чаще регистрируется на второй стадии госпитализации, различие достоверно при $p = 0,007$. В таком случае у травмированных подростков появляется крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Таким образом, отметим динамику типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений пациентов травматологического отделения: либо в сторону обострения профилей по шкалам сензитивности, паранойяльности, эйфорического и анозогностического типов, либо в сторону сглаживания профиля до гармоничного. В то же время типы отношения к заболеванию пациентов соматического отделения изменяются недостоверно. Отметим приближение профиля травмированных подростков к профилю учащихся, госпитализированных по поводу обострения хронических заболеваний.

Рассмотрим критерии эмоциональной сферы. Самооценка самочувствия травмированными учащимися возрастает, что свидетельствует о благоприятном течении адаптации. Различия достоверны при $p = 0,37$. Тот же показатель у хронически больных школьников меняется недостоверно. Настроение поднимается, различия достоверны при $p = 0,44$ и $p = 0,37$. Таким образом, отмечается высокая интенсивность процесса адаптации травмированных подростков, тогда как динамика процесса адаптации их хронически больных сверстников протекает более плавно. По контрольной различия достоверны по шкалам эмоционального комфорта и тенденции ухода в болезнь при $p = 0,48$ и $p = 0,3$, что свидетельствует о тенденции хронически больных подростков к эскапизму. Эмоциональный комфорт контрольной группы по среднему значению значительно выше такового у экспериментальной, что подтверждается данными наблюдения и связано с привычностью больничной обстановки и меньшей субъективной тяжестью заболевания. Пациенты соматического отделения свободно передвигаются по палатам, могут играть в подвижные игры, полностью обслуживают себя. Многие из них регулярно обследуются в этом отделении, хорошо знакомы с персоналом и пациентами, особенностями лечения и жизнедеятельности в стационаре.

В то время как травмированные учащиеся зависят от помощи санитаров и друзей по палате, соблюдают абсолютный постельный режим, далеко не все из них могут играть даже в настольные игры. В первое время ребята не имеют простейших средств гигиены, любимых игрушек. Невозможность обслужить себя, стеснение и стыд, а так же тоску и скуку указывают они как негативные следствия травмы и нахождения в стационаре.

Рассмотрим критерии мотивационной сферы. Самоконтроль по экспериментальной группе с течением госпитализации уменьшается, различия достоверны при $p = 0,42$, различие по контрольной группе недостоверны. В то же время по экспериментальной группе достоверно повышается удовлетворенность результатом учебы и саморазвитием при $p = 0,042$ и $0,038$. По контрольной группе эта динамика незначительна. Таким образом, в период госпитализации травмированных подростков повышается удовлетворенность результатами учебы и саморазвитием. Это объясняется высокими отметками и поддерживающей позицией учителей. Индивидуально-групповая форма обучения обуславливает получение отметки за каждый урок. Для ребят со строгим постельным режимом чтение и выполнение домашних заданий становится распространенным развлечением. Больничная библиотека предоставляет большое количество разнообразной литературы, а соседи по палате нередко консультируют друг друга по поводу выполнения тех или иных упражнений. Так или иначе, у травмированных учащихся появляется возможность показывать высокие учебные результаты.

Удовлетворенность процессом учебы и исполнением долга в контрольной группе изменяется достоверно для показателя удовлетворенности исполнением долга. В то же

время удовлетворенность общением и вознаграждением за учебу возрастают, различия достоверны для показателя удовлетворенности вознаграждением за учебу. Таким образом, с течением адаптации в мотивационной сфере травмированных подростков происходят следующие достоверные изменения: уменьшается самооценка силы воли, увеличивается удовлетворенность учебной деятельностью и саморазвитием. Уменьшение самооценки силы воли связано с объективными трудностями жизнедеятельности тяжело травмированного школьника, болью. Удовлетворенность учебной деятельностью и саморазвитием связана с высокой продолжительностью чтения – как наиболее доступного развлечения. В контрольной группе достоверно изменяются показатели удовлетворенности исполнением долга и вознаграждения за учебу.

Изменения сферы социального опыта. Самопринятие, как и принятие других ко второй стадии госпитализации улучшается по экспериментальной группе, различия достоверны при $p = 0,44$ и $0,35$. По контрольной группе динамика недостоверна. Таким образом, с течением процесса адаптации травмированные подростки принимают свое состояние, в то время как самопринятие их хронически больных сверстников не претерпевает изменений. Все это говорит о высокой динамике адаптации травмированных подростков.

Стремление к доминированию увеличилось, различия достоверны при $p = 0,01$. По контрольной группе динамика показателей недостоверна. То есть с течением адаптации травмированные подростки приобретают склонность к доминированию, весомости среди сверстников, тогда как для пациентов соматического отделения это не характерно. Таким образом, сфера социального опыта с течением адаптации достоверно изменяется по показателям самопринятия, принятия других, стремления к доминированию.

Итак, анализ критериев адаптации позволяет утверждать, что самыми динамично изменяющимися показателями адаптации травмированных подростков выявлены: тип отношения к болезни, самочувствие и настроение, самоконтроль, удовлетворенность учебной деятельностью и саморазвитием; самопринятие и принятие других, стремление к доминированию. Именно на эти критерии следует обращать особое внимание при проведении программ адаптации. Отдельно отметим более плавную динамику психической адаптации хронически больных школьников: в это же время достоверные различия на первой и второй стадии госпитализации отмечены по показателям удовлетворенности исполнением долга и вознаграждения за учебу, настроения, эмоционального комфорта и тенденция ухода в болезнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев В.М. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации / В.М. Воробьев, Н.Л. Коновалова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – №1. – с. 71-72.
2. Дадаева, О.А. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом / О.А. Дадаева, Р.Т. Скляренко, Н.Г. Травникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 3. – с. 10-14.
3. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия / Д.Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2004. – 384 с.
4. Лангмейер И. Психическая депривация в детском возрасте / И. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага : Авице-нум, 1984. – 335 с.

С.Н. ВОДНЕВА

КОНФЛИКТЫ СРЕДИ СТУДЕНТОВ: СУЩНОСТЬ, ПРИРОДА, РАЗРЕШЕНИЕ СРЕДСТВАМИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Рассматриваются сущность, природа конфликтных ситуаций среди студентов, а также толерантное разрешение конфликтов средствами иностранного языка на занятиях по иностранному языку в вузе.

Перемены, происходящие в России, обусловили необходимость реформирования, творческого проектирования и внедрения новой модели образования в высшей школе. Для решения проблем высшего профессионального образования необходимо повышать педагогический интеллект, культуру, стремиться преодолеть устоявшие стереотипы, консерватизм в педагогической науке и практике.