

3. Гютюнникова Т. Э. Музыка детства: ремесло и искусство педагога. — М.: Бинوم детства, 2019. — 79 с.
4. Лазарев М. Л. Музыкальный интеллект как основа модели гармонизации развития ребенка на разных стадиях детского онтогенеза, включая пренатальный возраст // Вестник МГУКИ. — 2012. — № 4. — С. 158-164
5. Бобылева Н. В. Вначале была музыка // Историческая и социально-образовательная мысль. — 2010. — № 2. — С. 4-13.
6. Теплов Б. М. Избранные труды: в 2-х т. Т I. — М. : Педагогика, 1985. — 328 с.

**ВОСПРИНИМАЕМАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ВО
ВЗАИМОСВЯЗИ С СИМПТОМАТИКОЙ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА
РАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Чуйко А.А.,

*Гомельский государственный университет им. Ф Скорины
Республика Беларусь, г. Гомель*

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)— это специфическая клиническая форма нарушения процесса посттравматической стрессовой адаптации. ПТСР возникает в результате воздействия на человека травматических событий, связанных с гибелью, серьезными ранениями людей, возможной угрозой гибели или ранений. При этом человек, переживший подобную травматическую ситуацию, может быть как жертвой происходящего, так и свидетелем страданий других лиц. В любом случае, в момент пребывания в травматической ситуации он должен испытать интенсивный страх, ужас или чувство беспомощности.

Особенностью этого расстройства является тенденция не только не исчезать со временем, но становиться более выраженным, а также проявляться внезапно на фоне общего благополучия.

У значительной части лиц ПТСР хронифицируются. Кроме того, при ПТСР довольно часто диагностируются коморбидные расстройства. Так, J.H.Shore у 29% больных ПТСР наблюдали проявления депрессии, у 28% — признаки генерализованного тревожного расстройства, у 12%-фобии, у 10% — зависимость от алкоголя [1].

Разрушение прежних представлений о себе, об окружающем мире и своем месте в нем, крах прежних идеалов способствуют выстраиванию невротических защитных механизмов, которые могут проявляться как непосредственно в момент агрессии, так и на более позднем этапе. E.Weil[14] описывает следующие защитные механизмы при ПТСР: истерические реакции с припадками, диссоциативной картиной (потеря сознания, памяти); с проявлением подавления эмоций в физическом симптоме (истерические слепота, глухота, паралич); навязчивые реакции в

виде ритуальных заклинаний или действий в период надвигающейся угрозы [1].

Риск депрессии у врачей такой же, как во всей популяции, риск суицида в этой категории значительно выше среднего. Депрессивные расстройства могут оставаться нераспознанными и не долеченными в связи с тем, что врачи сами себя диагностируют, сами себя лечат или ищут возможности получить так называемое «лечение» (у хорошего коллеги).

Диагностика и своевременное лечение депрессий среди этой профессиональной группы достаточно серьезная проблема. В состоянии депрессии, на фоне сниженной самооценки, ощущения бесперспективности и бессилия специалист быстро устает, теряет интерес к новому в профессиональной области, чаще делает ошибки, раздражается или выплескивает гнев и негативные эмоции на других [2].

Что же касается суицидов, то их риск выше, чем по популяции приблизительно в 2 раза и для мужчин и для женщин. Хотя есть некоторые нюансы. Например, женщины врачи реже предпринимают попытки суицида, чем женщины в популяции, однако большинство суицидов среди медиков бывают законченными. Тут, во-первых, специалисты знают верные способы, во-вторых, есть доступ на работе к сильнодействующим препаратам в большой дозировке, в-третьих, демонстративные попытки самоубийства в медицинской среде сильно не одобряются и вторичной выгоды от них практически никакой.

В последнее время все больше значение придается психологическим аспектам стресса, в частности жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозного и идеологического мировоззрения. Следует отметить, что в качестве «угрожающего» может восприниматься не только реальная стрессовая обстановка, но и ее символы или воображаемая ситуация, а также осознание отсутствия готовых программ деятельности в данной ситуации. Травматический характер определенного события зависит от того смысла, который оно имеет для личности. Другими словами, то, как человек воспринимает угрожающую опасность, «перерабатывает ее», важнее самой опасности.

Каждый человек обладает своей индивидуальной особенностью справляться с кризисной ситуацией. Внутренние конфликты снижают способность переносить кризис. У каждого человека есть свой «пороговый уровень» стресса. Если человек справляется с психологической травмой и извлекает из своего переживания важный для личности опыт, он становится гораздо более зрелой личностью. И вне зависимости от своего возраста он будет психологически взрослее того, кто никогда не сталкивался с человеческой трагедией. Он будет больше понимать жизнь и лучше чувствовать других людей.

В последнее время особое внимание ученых-психологов уделяется вопросу изучения межличностно-социоконгнитивных факторов, а именно, социальная поддержка, социальная интеграция, социальное признание, возможность и условия обсуждения случившегося. Мета-аналитическое

исследование показало, что межличностно-социокогнитивные факторы в сравнении с другими факторами, такими как, женский пол, возраст, уровень интеллекта и образование, ранее пережитые травматические события, тяжесть травматического события, играют в проявлении посттравматического стрессового расстройства наиболее важную роль. Все эти факторы легли в основу межличностно-социокогнитивной модели, разработанной и представленной доктором медицины и доктором психологии, профессором Меркером в 2009 году [3].

Психосоциальная природа этиологии посттравматических расстройств прослеживается также в отношении пострадавшего с родственниками, коллегами, друзьями. Социальные последствия психотравмы затрагивают процесс образования, трудовую деятельность, личную жизнь и проявляются проблемами на рабочих местах, конфликтами с руководством, нежеланием учиться, проблемами воспитания конфликтами в семье и разводами. Для межличностных отношений пострадавших характерно выраженное проявление таких эмоций, как стыд, злость, преследуют мысли о мести. Стойкая озлобленность приводит к усилению клинических проявлений гиперактивности, в виде раздраженности, нарушения концентрации внимания, нарушений сна [3].

Для оценки влияния травматического события у медицинских работников была использована шкала оценки влияния травматического события ШОВТС (Н.В. Тарабариной), направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности [4]. Для оценки уровня воспринимаемой социальной поддержки использовалась многомерная шкала восприятия социальной поддержки (M.S.P.S.S.). Она оценивает эффективность и адекватность социальной поддержки по трем аспектам – «семья», «друзья» и «значимые другие». Шкала рассматривается Зиметом как психометрический зонд с хорошей надежностью, адекватной факторной и конструктивной валидностью, простой для обследования и экономящий время инструмент. Она включает в себя 12 пунктов утверждений, которые оцениваются от 1 до 7 баллов. Затем проводится подсчет общей оценки восприятия социальной поддержки в баллах [5].

В ходе исследования было установлено, что у 46% медицинских работников отсутствуют симптомы посттравматического стрессового расстройства. У 39% медицинских работников отмечается низкая степень выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства, у 5% – средняя степень, у 10% – высокая степень выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства. У 56% опрошенных медицинских работников показатели восприятия социальной поддержки выше среднего, у 10% медицинских работников они ниже среднего. Полученные данные отражают тот факт, что исследуемые нами медицинские работники получают социальную поддержку со стороны ближайшего окружения, а именно родственников, друзей. Они указывают, что рядом с ними всегда есть люди, которые помогут в трудную минуту, с

которыми можно разделить свои беды и радости, от которых они получают эмоциональную поддержку.

Для определения взаимосвязи между социальной поддержкой и профессионально-обусловленными последствиями был рассчитан коэффициент корреляции Спирмена. Полученные результаты корреляционного анализа позволяют сделать вывод о согласованном взаимодействии ПТСР и восприятия социальной поддержки. Коэффициент корреляции составил $r = -0,24$, при уровне достоверности $p = 0,03$ для субшкалы «поддержка друзей» и $r = -0,31$, при уровне достоверности $p = 0,02$ для субшкалы «поддержка значимых близких». Наличие данной взаимосвязи указывает на то, что чем выше уровень восприятия социальной поддержки со стороны друзей и значимых близких, тем ниже уровень проявления симптоматики посттравматического стрессового расстройства работников скорой медицинской помощи.

Теоретический анализ литературы по проблеме исследования показал, что медицинские работники подвержены таким профессионально-обусловленным последствиям, как посттравматическое стрессовое расстройство и вторичная травматизация, синдром эмоционального выгорания, что обусловлено особенностями профессиональной деятельности, заключающейся в оказании помощи другим людям, высокой ответственности за их здоровье и жизнь. По роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса, к которым относятся: вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие излучения, шум, вибрация, канцерогены, высокое нервно-психическое напряжение, вынужденное положение тела во время работы, перенапряжение анализаторных систем, и др.

Вопросы поиска путей профилактики профессионально-обусловленных последствий, а также повышения работоспособности и стрессоустойчивости медицинских работников скорой помощи являются актуальной проблемой практической психологии. Сохранение или повышение стрессоустойчивости личности связано с поиском, сохранением и адекватным использованием ресурсов, помогающих ей в преодолении негативных последствий стрессовых ситуаций. Особое место среди таких ресурсов занимает социальная поддержка, так как переводит анализ стрессовой ситуации от индивидуального уровня к контексту всей ситуации в целом, включающей в себя широкое поле взаимодействия индивида с другими людьми.

Литература

1. Захаров, С. Синдром выгорания у врачей /С. Захаров // Психологический журнал. – 2010. – № 4. – С. 49 – 54.
2. Косарев, В.В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области/В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. – 2004. – № 3. – С.27–38.

3. Крутолевич А.Н. Факторы развития вторичной травматизации у работников экстремальных служб / А. Н. Крутолевич // Вопросы психологии. – 2013. - №5. – С. 54–63.

4. Тарабина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

5. Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S. & Berkoff, K.A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-17.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ ШЕСТОГО ГОДА ЖИЗНИ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Чуракова М.А.,

Марийский государственный университет,

Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола

Аннотация: в данной статье поднимается проблема необходимости проведения учителем-логопедом коррекционной работы по развитию фонематического восприятия у детей старшего дошкольного возраста. Нами представлены и проанализированы результаты обследования фонематического восприятия у детей шестого года жизни с общим недоразвитием речи третьего уровня речевого развития. Описаны направления развития фонематического восприятия дошкольников данной категории.

Ключевые слова: общее недоразвитие речи, фонематическое восприятие, дети шестого года жизни, игровые приёмы, фонетическая ритмика, звуковые символы.

В настоящее время большую значимость приобретают вопросы готовности дошкольников к обучению, к овладению программой по родному языку. Дошкольная образовательная организация выполняет важную функцию в подготовке детей к школе.

Теория и практика коррекционно-логопедической воздействия показывает, что развитие фонематического восприятия является основополагающим в подготовке к обучению грамоте детей, имеющих нарушения речи. Несформированность данного процесса занимает одно из первых мест в числе причин, приводящих к учебной дезадаптации детей школьного возраста.

Под термином «фонематическое восприятие», раскрытым наиболее полно Л.С. Волковой, понимаются специальные умственные действия по дифференциации фонем и установлению звуковой структуры слова [1]. В структуру данного определения входят процессы фонематического анализа, синтеза и фонематических представлений.

Под общим недоразвитием речи у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом подразумевают такую форму речевой патологии, при которой нарушено формирование всех компонентов