

ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Захарчук Екатерина Владимировна

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОВТОРНОГО ТРАВМАТИЗМА
У ДЕТЕЙ (ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ИХ СЕМЕЙ)

Научная специальность: 5.3.6. Медицинская психология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
профессор
Доценко Евгений Леонидович
_____ (подпись)

Тюмень, 2023

Оглавление

Введение.....	5
Глава 1. Теоретико-методологические аспекты проблемы повторных непреднамеренных травм у детей	18
1.1. Значимость проблемы повторных травм у детей	18
1.1.1. Оценка распространенности травматизма среди детей	18
1.1.2. Определение основных понятий исследования.....	23
1.1.3. Исследование факторов повторных травм у детей в медицинской науке	26
1.1.4. Взгляды вовлеченных сторон на решение проблемы повторных травм у детей.....	30
1.1.5. Медико-психологическое сопровождение детей с повторными непреднамеренными травмами в системе профилактики детского травматизма.....	34
1.2. Психологические факторы риска повторных травм у детей как научная проблема	35
1.2.1. Исследования особенностей ребенка.....	35
1.2.2. Исследования особенностей семьи	41
1.2.3. Исследования «глубинных» психологических факторов	48
1.3. Анализ факторов риска повторных травм у детей: психологических, социальных и биологических	52
1.3.1. Индивидуально-психологические особенности ребенка.....	53
1.3.2. Особенности микросоциальной ситуации развития ребенка	59
1.3.3. Биологические предпосылки повторных травм – пределы компенсации и ложные атрибуции.....	68
1.4. Модель факторов, обуславливающих повторные травмы у детей.....	74

1.4.1. Обоснование предполагаемой модели факторов риска повторного детского травматизма	74
1.4.2. Организационно-методические возможности модели факторов риска повторного травматизма	78
Выводы по 1 главе.....	80
Глава 2. Организация и содержание эмпирического исследования	83
2.1. Цели и задачи исследования	83
2.2. Характеристика выборки.....	84
2.3. Методы исследования.....	85
2.4. Процедура проведения исследования	92
2.5. Обработка полученных данных.....	94
Глава 3. Результаты и их обсуждение.....	98
3.1. Связь уровня повторного травматизма и пола ребенка	98
3.2. Связь уровня повторного травматизма и индивидуальных особенностей ребенка	98
3.3. Связь уровня повторного травматизма у детей и семейных особенностей.....	103
3.4. Связь уровня повторного травматизма ребенка и его повышенной двигательной активности	109
Глава 4. Взаимодействие специалистов при решении проблемы повторных травм у детей.....	113
4.1. Возможная последовательность работы врача и его взаимодействие с другими специалистами через родителей.....	114
4.1.1 Разработка анкеты для родителей на основании результатов эмпирического исследования.....	114
4.1.2. Схема работы врача в ситуации приема ребенка с травмой	119
4.1.3. Рекомендации для врачей (обеспечение мотивации в работе с анкетой)	122
4.1.4. Апробация предложенной схемы работы врача	124

4.1.5. Оценка эффективности анкеты для родителей и заменяющих их лиц.....	126
4.2. Рекомендации для психологов (возможная последовательность работы)	134
Выводы	135
Заключение	138
Список литературы	140
Приложения	162

Введение

Актуальность темы исследования. Практикующие врачи обращают внимание на то, что «есть дети, которые начиная с раннего возраста, достаточно часто и серьезно травмируются. При этом есть немало людей, которые за всю жизнь ни разу не получали серьезных травм» [35]. Актуальность проблемы повторного непреднамеренного детского травматизма обусловлена данными статистики об увеличении травм у детей с каждым годом и тем фактом, что дети с травмами составляют группу риска по инвалидности и другим осложнениям травм. Десятки миллионов детей ежегодно нуждаются в медицинском уходе в стационарных клиниках в связи непреднамеренными травмами [12; 27; 88; 121]. Несмотря на начало нового тысячелетия, детский травматизм остается серьезной медико-социальной проблемой [109; 112]. Статистика остается пугающе высокой. Более 3 млн. детских травм регистрируют ежегодно медицинские учреждения России. В больницы в связи с травмами обращается примерно каждый восьмой ребенок в возрасте до 18 лет, 50 % случаев приходится на бытовые травмы (Росстат).

Детский травматизм предотвратим, но он продолжает оставаться значительной проблемой общественного здравоохранения во всем мире [75; 87; 112; 127]. В настоящее время в США по поводу детских травм ежегодно регистрируется около 9,2 миллионов обращений в отделения неотложной медицинской помощи и до 17 миллиардов долларов идет на медицинские расходы [103; 110; 134]. В дошкольном возрасте травмы считают ведущей причиной детской инвалидности [119]. В Великобритании непреднамеренные травмы являются основной причиной обращения в отделения неотложной помощи и предотвратимой смерти детей старше 1 года [10].

В Конвенции о правах ребенка в 1989 году декларировано, что каждый ребенок имеет право на наивысший достижимый уровень здоровья и безопасную окружающую среду. Подтверждает эти нормы и доклад

Всемирной организации здравоохранения, описывая сохранение жизни детей как «самую неотложную моральную дилемму нового тысячелетия» (доклад ВОЗ, 2008). Большинство стран мира ратифицировали эту Конвенцию, которая требует, чтобы все страны приняли надлежащие законодательные, административные, социальные и образовательные меры для защиты детей от всех форм травматизма (Постановление ВС СССР от 13.06.1990 N 1559-I). Конвенция представляет собой мощное выражение коллективной точки зрения на обязанности по отношению к детям, но одной лишь декларации недостаточно – необходимы действия.

Профилактика травматизма – «важная социальная задача общества, необходимы специальные меры для защиты прав детей на здоровье и безопасную окружающую среду, где риск получения травмы был бы сведен к минимуму» [27; 158]. Совместный отчет ВОЗ/ЮНИСЕФ призывает обеспечить безопасность детей путем поощрения научно обоснованных мероприятий по профилактике травм и устойчивых инвестиций всех секторов в этом направлении [113; 179]. Непреднамеренные травмы признаются особенно предотвратимыми в младших возрастных группах [154]. Дети, получившие одну травму, подвергаются повышенному риску получения дальнейших травм. Программы для родителей могут снизить травматизм детей дошкольного возраста [10; 12; 27; 63; 87; 138].

Профилактическая направленность здравоохранения России обуславливает проведение комплекса предупредительных мероприятий для сохранения и укрепления здоровья человека. В эти мероприятия необходимо включать и огромную по своим масштабам систему мер по психологической профилактике травматизма у детей, в том числе и повторного. Изучение психологических факторов риска и признаков травм у детей должно стать одной из основ при разработке эффективных, современных технологий профилактики детского травматизма [68].

Степень разработанности темы исследования. Исследователи, работающие в разных областях медицины, сходятся во мнении, что симптоматология, как детерминирующих проблем, так и последствий травм является междисциплинарной областью, в которой объединяются интересы и усилия врачей, психологов и педагогов и представляет собой большую и самостоятельную медико-социальную проблему [66; 101; 171]. Серьезную обеспокоенность в мире вызывает постоянный рост уровня травматизма, частоты тяжелых повреждений [12; 27; 65].

Психоаналитические исследования рассматривают травмы, в том числе и повторные физические непреднамеренные травмы, как результат бессознательных процессов. Их анализ вскрывает условную выгоду травмы: ее коммуникативную функцию (как метасообщение), участие в процессах внутреннего совладания или как результат аутоагрессивных импульсов, протест против налагаемых ограничений, искупление травмой своего негодования, импульсивность, ориентированная на немедленное получение удовлетворения, избыточная рискованность, действие под влиянием момента, страхи очередных травм [91; 95; 97]. Работа, которую предусматривает психоанализ, актуальна. Но она индивидуальная, а в случае детского травматизма речь идет о регистрации 3 млн. детских травм ежегодно в медицинских учреждениях России (Росстат).

Анализ факторов, увеличивающих риск непреднамеренных травм у детей, с позиции психологии большое внимание уделяет микросоциальным условиям [159]. В частности, особенностям взаимодействия родителей с ребёнком, социальному статусу и установкам родителей [96; 117; 136; 163; 165]. Родители часто играют ключевую роль в возникновении и предотвращении травм [167].

В комплексном подходе к профилактике непреднамеренных травм у детей, основанном на теории экологических систем У. Бронфенбреннера и матрице Хэддона, акцентируется, что поведенческие риски возникают из

семейной среды ребёнка и более широкой культурной среды. При этом работа психолога играет важную роль для предотвращения детского травматизма [160].

Среди медико-биологических факторов, связанных с травматизмом, значимыми являются пол и наличие травм у родителей, так происходит воспитание детей с формированием стереотипа «травма опасного поведения» [61; 148]. Важная роль в профилактике травматизма отводится медицинским работникам, которые на основе достаточной осведомлённости о возрастных и половых особенностях детей, должны своевременно информировать родителей, воспитателей детских садов, преподавательские коллективы учебных заведений о «травма опасных ситуациях» и «травма опасном поведении» у детей [12; 27; 63; 66; 113]. В исследованиях, посвященных проблеме коррекции и профилактики непреднамеренных травм у детей отсутствует единое понимание что такое «медико-психологическое сопровождение», направленное на снижение рисков травмы [48; 105].

В большинстве исследований изучается эпидемиология травм, говорится о необходимости профилактики травм, описаны ее меры преимущественно для спортивного, школьного, дорожно-транспортного травматизма, прицельное внимание уделяется последствиям и реабилитации непреднамеренных физических травм, как у взрослых, так и у детей [21; 38; 71; 84; 106; 120; 155]. Но подробно не изучаются сами причины травм, в том числе и повторных, не описаны причинно-следственные связи возникновения бытового травматизма, не описан патогенез возникновения травм, в частности, недостаточно изучены особенности микросоциальной ситуации ребенка с травмоопасным поведением.

Исходя из описанных проблем, можно заключить, что требуется разработать современную модель профилактики повторного травматизма при своевременном выявлении рисков травм у детей и систему медико-психологического взаимодействия при оказании помощи детям с

повторными непреднамеренными травмами. Вышеизложенный материал отражает необходимость изучения проблемы медико-психологического сопровождения семей, основываясь на психологических факторах повторных непреднамеренных травм у детей.

Таким образом, **постановка проблемы** определяется противоречиями между:

- тенденцией к росту детского травматизма во всем мире, социальной значимостью проблемы и недостаточной разработанностью методологических, теоретических и практических аспектов медико-психологического сопровождения семей, имеющих детей с повторными непреднамеренными травмами, отсутствием комплексных программ способствующих снижению рисков травм с учетом психологических факторов;

- возможностями врачей и возложенными надеждами родителей и их ожиданиями на решение проблемы повторных непреднамеренных травм у детей именно на врачей. Врачи затрудняются дать рекомендации родителям в направлении коррекционной работы повторных травм, так как анализ микросоциальной ситуации развития ребёнка выходит за пределы их компетенции. Некоторые врачи пробуют обратить внимание родителей на семейную ситуацию, но, как правило, наталкиваются на сопротивление членов семьи, не готовых признавать травматизм как семейную проблему. Так «основная нагрузка по обеспечению психологической помощи распределяется среди лечащих докторов» [35], несмотря на то, что на сегодняшний день врачи не обладают конкретным методическим обеспечением для снижения рисков повторных непреднамеренных травм у детей. Им необходимы рекомендации и инструкции.

- данными о влиянии на повторные травмы у детей ряда факторов, большая часть которых находится в пределах семейной ситуации развития ребёнка, недостаточным пониманием внутренних механизмов формирования

травмоопасного поведения у детей психологами, которым недостает видения проблемы со стороны врачей. В обществе не сформирована мысль, что повторный травматизм у детей – это явление, находящиеся в первую очередь часто именно в пределах семьи. Психологи-консультанты (детские или семейные) могли бы курировать семьи с травмоопасным поведением детей [80], но к ним с подобным запросом родители травмированных детей почти не обращаются

Приведенные научные и практические аргументы позволяют объективировать проблему изучения именно психологических факторов повторного непреднамеренного травматизма у детей и возможности медико-психологического сопровождения семей для снижения рисков травмирования. Интерес в исследовании сосредоточен на случаях, когда один и тот же ребенок попадает к врачу с травмами несколько раз.

Объект исследования – травмоопасное поведение детей в возрасте от 5 до 10 лет (возраст, опасный с точки зрения травматизма, согласно данным статистики).

Предмет исследования – психологические факторы, способствующие повторным непреднамеренным травмам у детей с травмоопасным поведением в возрасте от 5 до 10 лет.

Цель исследования – выявить психологические факторы, способствующие повторным непреднамеренным травмам у детей с травмоопасным поведением в возрасте от 5 до 10 лет, в контексте индивидуальных особенностей ребенка и социальной ситуации его развития, пути медико-психологического междисциплинарного взаимодействия в рамках эффективной коррекции и профилактики травм у детей.

Гипотезы исследования:

Гипотеза 1. Психологическими факторами риска повторных травм у детей могут выступать их некоторые индивидуальные особенности (проявление общей активности темперамента и свойств характера,

личностные и физиологические характеристики), особенности семейной ситуации развития ребенка (стиль семейного воспитания, недостаточность структурированности социальной ситуации развития ребенка).

Гипотеза 2. В основе повышенной двигательной активности ребенка с травмоопасным поведением чаще всего лежат следующие механизмы:

А (стереотипные представления). Нейрофизиологические предпосылки гиперактивности, как нозологической формы (истинный синдром).

Б (альтернативная гипотеза). Проявление индивидуальных особенностей здорового ребенка и деятельностное преобразование им условий социальной ситуации своего развития (ложная гиперактивность).

Задачи исследования:

1. Изучить основные достижения исследований психологических факторов травмоопасного поведения детей, выделить и классифицировать психологические факторы.

2. Провести сравнительный анализ, направленный на выявление статистически значимых психологических факторов, способствующих повторным непреднамеренным травмам у детей в возрасте 5-10 лет (возраст, опасный с точки зрения травматизма, согласно данным статистики).

3. Выявить закономерности проявления повышенной активности здорового ребенка и связь с его травмоопасным поведением.

4. Сформулировать рекомендации для специалистов, позволяющие как врачам, так и психологам, на основании психологических факторов повторного детского травматизма выявлять группы риска детей с травмоопасным поведением, требующих дополнительной курации и организации медико-психологического сопровождения семьям.

Научная новизна.

- Развернутое исследование факторов детского непреднамеренного травматизма позволило выявить психологические факторы травмоопасного поведения и их классифицировать.

- Впервые многообразие факторов риска повторного детского травматизма было и упорядочено в матрицу, получившую рабочее название «Модель факторов риска повторного детского травматизма».

- Получены новые данные о причины травмоопасного поведения детей, которые обнаруживаются не столько в самих детях и их индивидуальных особенностях (повышенная двигательная активность, эмоциональная чувствительность, ситуационная тревожность, неорганизованность, сколько в их воспитании, в отношениях родителей и в микросоциуме (напряжённые семейные отношения, неустойчивость и крайности стиля воспитания, неорганизованная структурированность социальной ситуации развития ребёнка).

- Впервые доказана связь повторных непреднамеренных травм с повышенной двигательной активностью ребёнка. Повышенная активность здорового ребёнка (без признаков нервно-психического расстройства) с повторными травмами часто ошибочно интерпретируется родителями как гиперактивность (симптом СДВГ).

- Определены ориентиры в работе врача и психолога (медико-психологическое взаимодействие) в рамках снижения рисков непреднамеренного повторного детского травматизма: оценить выраженность факторов, обуславливающих травмоопасное поведения ребёнка, дифференцировать повышенную активностью здорового ребёнка и СДВГ как нозологическую форму, определить прогноз рисков травм и уровень возможности психотерапевтической интервенции, оценить необходимость вовлечения в работу смежных специалистов.

Практическая значимость исследования заключается в подчеркивании психологических аспектов медицинской проблемы повторно травмирующихся детей.

Результаты исследования позволят специалистам, как психологам, так и врачам, выявлять группы риска детей с травмоопасным поведением,

организовывать своевременное медико-психологическое сопровождение семьям.

Психологу разработанная «Модель факторов риска повторного детского травматизма» показывает возможность создания формального анализа факторов травмоопасного поведения ребёнка, который позволит локализовать и прогнозировать риски травматизации, выявлять обстоятельства и лиц, на которых можно возложить ответственность за травму ребёнка, планировать реабилитационные мероприятия на основе уровней психотерапевтической интервенции, проектировать систему профилактики травматизации путем медико-психологического сопровождения семей.

Практикующему врачу предложенная методика профилактики повторных травм (рекомендации для врачей) с инструментом работы – анкетой для родителей или лиц, их заменяющих, позволит ориентировочно в кратчайшее время, прямо на приёме, оценить риски повторных травм у ребёнка с учётом балла травмоопасности.

Теоретико-методологическое основание исследования.

Медицинской и психологической наукой накоплен большой опыт изучения причин, механизмов, последствий и профилактики травматизма. Теоретической основой исследования явились достижения в области психологической науки таких ученых, как: Ф. Г. Александер, Э. Ф. Данбар, Л. С. Выготский, Э. Х. Эриксон, Ф. В. Рупление, Ф. В. Мамайчук, Г. К. Ермакова, О. В. Выголова, D. C. Grossman, B. A. Morrongiello, D. C. Schwebel и достижения в области медицинской науки ученых: В. Л. Андрианова, Ш. И. Магалова, Т. С. Макарова, А. Ю. Спиридонова, А. В. Полунина, О. В. Головки.

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается комплексным подходом к проведению исследования детей и их законных

представителей с использованием анамнестического, клинического, психодиагностического методов, репрезентативностью выборки.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования. Для детей использовались проективные методики «Несуществующее животное» (Дукаревич М. З., Яньшин П. В., 1990, Музыченко, Г. Ф., 2013), «Кинетический рисунок семьи» (Бернс Р. С., Кауфман С. Х., 2000), «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э. Г, Никольская И. М., Пушина В. В., 2006) и нейропсихологическая методика экспресс-диагностики (Цветкова Л. С., 2002). Родителям были предложены: методика «Определение темперамента ребенка» (Волков Б. С., Волкова Н. В., 2009), тест «Критерии выявления гиперактивности по П. Бейкеру и М. Алворду» [22,57,70], методика «Психологический портрет родителя» (Резапкина Г.В., 2006), модифицированная авторская методика «Субъективная оценка родителями своего стиля воспитания» (Эйдемиллер Э. Г, Юстицкис В., 2006, Бороздина Л. В., 1999, Рубинштейн С.Я., 2004, Шапарь В.Б 2002).

Положения, выносимые на защиту.

1. Психологические факторы, повышающие вероятность повторных непреднамеренных травм у детей представлены следующими индивидуально-психологическими особенностями ребенка: эмоциональная чувствительность, ощущение ребенком напряженных семейных отношений ситуационная тревожность, неорганизованность, агрессивные тенденции в поведении, повышенная двигательная активность. При этом повышенная активность ребенка часто ошибочно интерпретируется родителями как проявление синдрома гиперактивности и дефицита внимания.

2. Психологические факторы, повышающие вероятность повторных непреднамеренных травм у детей представлены следующими особенностями микросоциальной ситуации развития ребенка: неустойчивость и крайности стиля воспитания, недостаточность для ребенка структурированности социальной ситуации развития.

3. Для врачей и психологов разработаны практические рекомендации. Практический инструмент для врача - анкета для родителей или лиц, их заменяющих, которая внедрена в реальную врачебную практику. Теоретический инструмент для психолога – это классификация факторов детского травматизма, получившая рабочее название «Модель факторов риска травм», позволяющая при обследовании с диагностическими и экспертными целями выявлять лиц, формирующих микросоциальную среду, травмоопасную для ребенка, находить вероятных агентов конструктивного преобразования, определить пути медико-психологического междисциплинарного взаимодействия.

Степень достоверности полученных результатов.

Для подтверждения достоверности полученных в исследовании результатов был проведен статистический анализ данных. Полученные данные обработаны с использованием программного комплекса «Statistica 7.0 for Windows» (StatSoft Inc., USA). Для статистической обработки использовались критерии U-критерий Манна-Уитни, H Краскала-Уоллиса, хи-квадрат Пирсона. Результаты считались статистически значимыми при уровне $p \leq 0,05$.

Внедрение результатов исследования. Результаты работы внедрены в работу ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», используются при обучении студентов, кафедры неврологии с курсом нейрохирургии и кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет».

Исследование выполнено в рамках гранта Российского фонда фундаментальных исследований по теме «Психологические предпосылки повторных физических травм у детей (организационно-клиническое сопровождение)» (проект № 19-313-90036).

Апробация результатов исследования. Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на научных конференциях: X

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Здоровье - основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения». Санкт-Петербург, Россия, 20 ноября 2015 г.; международная конференция «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал». Красноярск, Россия, 25 ноября 2016 г.; IV Всероссийская конференция по детской нейрохирургии. Санкт-Петербург, Россия, 18-20 ноября 2015 г.; V Международная конференция «Фундаментальные и прикладные аспекты восстановления сознания после травмы мозга: междисциплинарный подход». Нижний Новгород, Россия, 30 июня 2016 г.; XVI Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения». Санкт-Петербург, Россия, 19-21 апреля 2017 г.; съезд Евразийского сообщества детских нейрохирургов. Минск, Белоруссия, 1 декабря 2017 г.; V Международный конгресс памяти А.Р. Лурия «Луриевский подход в мировой науке». Екатеринбург, Россия 13-16 октября 2017 г.; 53 ежегодная Всероссийская конференция молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации». Тюмень, Россия 26-29 марта 2019 г.; International conference «Neuropsychology capacity of our brain». Kaunas, Lithuania 01 марта 2019 г.; XXII Международная научно-практическая конференция «Фундаментальные и прикладные науки сегодня». North Charleston, USA, 20-21 апреля 2020 г.; научно-практическая конференция «Политравма у детей». Москва -Тюмень, Россия, 18-19 ноября 2020.; XXII Международный конкурс научно-исследовательских работ PTScience, 16 сентября, 2020 Диплом II степени; V Всероссийский съезд по детской нейрохирургии, Москва, Россия, 3-5 марта 2021 г.; XIX Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения». Санкт-Петербург, Россия, 31марта-2 апреля 2021 г.; IX Всероссийский съезд нейрохирургов. Москва, Россия, 15 – 18 июня 2021 г.; X Всероссийская конференция с международным участием «Неотложная детская хирургия и травматология». Москва. 18-20 февраля 2022 г.

Личный вклад автора

Автором диссертации самостоятельно разработана модель факторов риска повторного детского травматизма, обоснованы её организационно-методические возможности, описаны, как фактически по каждому ребенку в случае непреднамеренной травмы можно выявить лиц, на компетентность которых следует ориентироваться, определить степень их ответственности за повторные травмы, риски травм и возможности курации семьи.

По результатам эмпирического исследования разработана анкета для родителей или лиц, их замещающих, которую врач может предложить во время лечебно-диагностического приёма ребенка с травмой. Анкета позволяет выявить и оценить риск повторной травматизации ребенка. Разработана и апробирована методика профилактики повторных травм у детей, обратившихся за медицинской помощью. Методика для врачей «СТОП-ТРАВМА» внедрена в практическое здравоохранение, её результаты обработаны и проанализированы автором.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 226 страницах машинописного текста. Состоит из введения, 4 глав, выводов, заключения, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Библиографический указатель включает 177 источников, из них 95 отечественных и 82 иностранных авторов. Текст иллюстрирован таблицами, рисунками.

Глава 1. Теоретико-методологические аспекты проблемы повторных непреднамеренных травм у детей

1.1. Значимость проблемы повторных травм у детей

1.1.1. Оценка распространенности травматизма среди детей

Непреднамеренные травмы (unintentional injuries) признаются одной из основных причин детской смертности и инвалидности в дошкольном возрасте во многих странах мира [10; 12; 27; 112; 154]. Большое внимание исследователей уделяется микросоциальному фактору, порождающему риск непреднамеренных травм у детей [140; 159], особенностям взаимодействия родителей с ребёнком, социальному статусу и установкам родителей [96; 136; 159; 165]. Преимущественный вклад средовых факторов детского травматизма в сравнении с генетическими показало исследование более 1000 пар близнецов в возрасте до 5 лет [140].

По данным ВОЗ известно, что ежегодно частота детских травм возрастает (Доклад ВОЗ, 2008 г.). Наиболее высокая смертность от несчастных случаев, по данным ЮНЕСКО, у детей в возрасте от 5 до 14 лет – до 50%. Среди детей в возрасте от 1 до 19 лет непреднамеренные травмы составили 12% из 5,1 миллиона смертей от травм в мире в 2010 году, погибло около 627 741 человек в возрасте от 1 до 19 лет. Пропорциональная смертность увеличивалась с возрастом - с 12,6% среди 1-4-летних до 28,8% среди 15–19-летних. Несмотря на это высокое бремя, детские травмы не привлекали большого внимания в глобальном здравоохранении [88; 98; 108; 138].

Бремя травматизма не ограничивается одной лишь смертностью, обуславливая огромные экономические издержки системы здравоохранения

[8; 121]. Так, по данным ВОЗ, «в дополнение к 530 тысячам смертей, вызванных травмами в 2015 году, в Европейском регионе произошло около 12 миллионов госпитализаций и 86 миллионов поступлений в отделения 25 неотложной помощи, связанных с травматизмом». У детей, по расчетам ВОЗ, на один случай смерти от травм приходится 129 случаев госпитализаций и 1635 обращений в пункты неотложной детской помощи (EuroSafe, 2016).

В целом по России распространённость травм среди детского населения составляет 100,2 - 104,2 случая на 1000 детей, лидерами остаются Москва - 166,9 случаев на 1 000 детей и Санкт-Петербург - 143,3 случая (страховая группа «СОГАЗ», 2014), в Приволжском ФО - 116,4 случаев детей до 14 лет, в Оренбургской области - 108,5 случаев на 1 000 детей до 14 лет [88]. Причем у детей до 7 лет бытовые травмы составляют около 80% всех повреждений (Росстат). В возрастной структуре травм у детей наибольший удельный вес занимает возраст 11-14 лет (33,8%) и 7-10 лет (25,7%). Отмечено, что 67,5% случаев травм среди детей составляют мальчики. Чаще травмируются дети школьного возраста (7-14 лет) [20].

ЮНИСЕФ представила стандартизированную рейтинговую таблицу самых богатых стран, ранжируя их в соответствии со смертностью от непреднамеренных и преднамеренных травм детей в возрасте от 1 до 14 лет. Представлены данные о смертности от травм на 100 000 детей за 1991–1995 гг., вместе с показателями за 1971–1975 гг. Таблица показывает, что Швеция, Великобритания, Италия и Нидерланды находятся в лучшем положении, где уровень смертности ниже 7 на 100 000 человек. В США, Португалии, Мексики и Южной Кореи, данные в три-четыре раза выше. Канада добилась лучших результатов, чем США, в снижении уровня детской смертности от травм; Австралия лучше, чем Новая Зеландия [111; 118; 119; 147]. Лучшие результаты показала Германия, где значения упали более чем на 70%. В отчете ЮНИСЕФ подчеркивается вероятная тесная связь между смертностью от травм и социальной депривацией, и нехватка данных на национальном

уровне, связывающих смерть от травм с социальными и экономическими условиями семей. ЮНИСЕФ указывает, что «вся политика предотвращения травм связана с недостаточностью информации» [172].

В больницы России в связи с травмами обращается примерно каждый восьмой ребенок в возрасте до 18 лет (Росстат). Медицинские учреждения в 2014 году зарегистрировали 3,23 млн. первичных обращений, связанных с травмами у детей в возрасте до 18 лет. Это на 100 тыс. обращений больше, чем в 2013 году, как следует из данных Росстата. Реальное же количество детей, которые ежегодно получают травмы, существенно выше, так как в случае легких травм большинство россиян за медицинской помощью не обращаются, и поэтому в официальной статистике эти случаи не учитываются [83]. «Законодательством Российской Федерации, в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения осуществляются мероприятия по оказанию детям бесплатной медицинской помощи, предусматривающей оздоровление детей, профилактику, диагностику и лечение заболеваний» [90].

Показатель смертности детей от внешних причин составил в 2013 году 21,3 случая на 100 тыс. детей. Общепринятое мнение о том, что мальчики в большей степени подвержены травмам, статистика подтверждает. С мальчиками в 2014 году произошло 1,92 млн. травм, это почти 60% от общего количества зарегистрированных в больницах обращений. Уровень детской смертности от непреднамеренных травм снизился на 11% с 2010 по 2019 год, но травмы все еще являются основной причиной смерти детей [108].

В США каждые 3 минуты в отделение неотложной помощи поступает 1 ребенок с травмой, вызванной игрушкой. Ежегодный показатель травматизма на 10 000 детей значительно увеличился на 39,9% с 18,88 в 1990 г. до 26,42 в 2011 г. Пик числа и частоты травм приходится на возраст 2 года: 63,4%

пациентов были мальчики и 80,3% травм произошли именно дома [103; 111]. В Канаде пик травматизма приходится на возраст 2 и 13-17 лет. Среди четырех наиболее распространенных видов травм (78,6% от общего числа) поверхностные и открытые раны чаще встречались у детей с более низким социально-экономическим статусом семей [10; 118; 164].

Учитывая данные статистики, по возрасту травмы встречаются в следующем процентном соотношении: грудной возраст – 3,5%, от 1-3 лет – 9,5%, от 3-7 лет – 22%, от 7-16 лет – 65% [3]. Показатель заболеваемости детей в возрасте 0 – 14 лет с впервые установленным диагнозом травмы в 2018 г. составил – 2748, а в 2015 – 22220,1 на 100 000 детей. Всех травм на 100 000 детей в возрасте 0 – 14 лет показатель составил в 2018 г. – 10618,3 и в 2015 г. – 10352,4 (Росстат, 2019).

Крайне высоки *травмы головы* у детей: за суточное дежурство нейрохирургов из 45-65 пациентов 1/4 составляют дети, обратившиеся за консультацией по поводу травмы головы [56]. Согласно статистике ГБУЗ ТО «Областной клинической больницы № 2» г. Тюмени, число детей обратившихся к нейрохирургу за сутки составляет в среднем 13 человек, в год это 4500 детей. С повторными травмами обращаются ~ 60%, в возрастной группе от 5 до 10 лет ~ 40%. Из них мальчиков (~ 57%) больше, чем девочек (~ 43%) [16].

О распространенности повторного травматизма как проблемы говорят *усилия по профилактике детских травм* [106; 113; 117; 134; 136]. Один из основных методов профилактики детского травматизма – наблюдение за детьми (parental supervision – родительский надзор) [63; 96]. P. G. Schnitzer показано, что нахождение в зоне досягаемости родителя существенно сокращает риск получения травмы [158; 165]. При этом отмечается важность самостоятельного исследования окружающего мира ребёнком и предоставления детям возможности узнавать о рисках травм посредством контролируемого принятия рисков [96; 117]. В Великобритании руководство

Национального института здоровья и клинического превосходства (NICE) рекомендует, чтобы в домах, где проживают дети, входящие в группу риска по высокому уровню травматизма, были проведены профилактические мероприятия. *Для эффективности данных мер необходимо понимание и выявление факторов риска травматизма.* Эффективные мероприятия включают программы на уровне отдельных сообществ, инженерно-технические изменения мебели в детских комнатах, оборудования детских площадок и законодательство в области использования оконных решеток. Так, перспективные стратегии по предотвращению травм включают: использование защитных ограждений/заслонов, программы по посещению на дому, массовые просветительские кампании [12; 27; 109; 128].

Непреднамеренные травмы являются основной причиной предотвратимой смерти детей в возрасте старше 1 года в Великобритании и основной причиной обращения в отделения неотложной помощи. Дети, получившие одну травму, подвергаются повышенному риску получения дальнейших травм [10]. Программы для родителей могут снизить травматизм детей дошкольного возраста [138].

Тенденции современности повышают риски травматизации детей. Технический прогресс, стремительное развитие и увеличение количества автотранспорта, стремление родителей к карьерному росту, работающие дедушки и бабушки, погоня за материальными благами способствует снижению у родителей (или лиц, их заменяющих) ощущения ответственности за безопасность жизнедеятельность детей, как в быту, так и на улице [5; 66; 75; 108]. Решение проблемы повторного детского травматизма требует междисциплинарного взаимодействия врачей (нейрохирургов, травматологов, неврологов, педиатров) и психологов, нейропсихологов, структура которого отсутствует [135].

Значительные человеческие и социальные издержки, связанные с травматизмом, акцентировали внимание европейского сообщества в

последние 15 лет на вопросе его предотвратимости, что нашло отражение в различных документах, обеспечивающих стратегическое руководство для осуществления межсекторальных действий и принципа участия всего общества по решению проблемы на период до 2030 года [8; 12; 109; 118].

Таким образом, очевидна социальная значимость и актуальность исследования: в мире сохраняется тенденция к росту числа травм у детей, в том числе и повторных. Травматизм остается одной из важнейших мировых медико-социальных проблем [168]. В острый период детской травмы и в реабилитационный период ограничивается трудоспособность родителя, ухаживающего за ребенком, на срок от 21 дня до нескольких месяцев.

1.1.2. Определение основных понятий исследования

Есть дети, родители которых оправданно опасаются за жизнь ребенка в связи с тем, что ребенок регулярно получает различные повторные травмы: ушиб грудной клетки, перелом руки, ожоги, перелом пальца, сотрясение головного мозга, компрессионный перелом позвоночника и другие. *К сожалению, лишь при значительном количестве травм родители, и то не все, начинают задаваться вопросом о закономерном характере травм.*

Для детей от 5 до 10 лет характерны различного рода падения: с лестниц, турников, а также крайне калечащие падения с большой высоты – из окон и крыш, деревьев. В этот возрастной период возрастает и уличный дорожно-транспортный травматизм.

Прежде чем дать формулировку и очертить **объект исследования** уточним определения основных понятий диссертационного исследования.

В научной и практической литературе используется **различная терминология для травм и травматизма**. Анализ терминологии показывает, что при значительном количестве определений в них не принято учитывать активность самого ребенка, хотя травмы во многом связаны

именно с его деятельностью. Например, определение из Толкового словаря С. И. Ожегова: «Травма (от греч. τραῦμα, то есть, рана) – повреждение органа, ткани в результате внешнего воздействия». Большой энциклопедический словарь: «Травма – повреждение тканей организма человека или животного с нарушением целостности и функций, вызванное внешним (главным образом механическим, термическим) воздействием». Как видно, в обоих случаях речь идет именно о внешнем воздействии, как будто событие произошло само по себе или случайно. Такой же акцент на внешнем воздействии делается во многих словарях. Создается впечатление, что сам человек не несет ответственности за свою травму. Не уточняется и то, что понимается под понятием «внешнее воздействие». Остановимся на определении из Большой медицинской энциклопедии (Петровский Б. В., 1974 - 1989). В нашем исследовании под травмой мы понимаем именно физическую травму, оставляя за рамками психические или иные виды травм (моральную и др.).

Травма (греч. trauma рана, повреждение) - нарушение анатомической целостности тканей или органов с расстройством их функции, обусловленное воздействием различных факторов окружающей среды.

Учитывая факты и феномены возникновения травм, в работе основное понятие предлагается в следующей формулировке:

Травма (физическая) – это повреждение тканей организма человека, возникшее в результате сопряжения активности самого человека (в нашем случае ребенка) и обстоятельств ситуации получения травмы, включая поведение других её участников.

Что же касается термина «травматизм», то анализ словарных определений позволил разделить их на две группы:

1. Статистические определения, например, в Большой Советской энциклопедии: «Травматизм – совокупность травм у определённых групп

населения за определённый период времени» (то же и в Медицинской энциклопедии).

2. Филологические определения (формальные), как в словаре И. Ожегова: «Травматизм – наличие травмы».

В данном исследовании будет использовано следующее определение травматизма. Учитывая предложенное выше понятие травмы: «**Травматизм** (у ребенка) – это травмы, которые получает ребёнок в результате своей активности в различных жизненных ситуациях». Соответственно, повторный травматизм (у ребенка) – это получение травмы в течение детства более чем один раз. В контексте диссертационного исследования под **травмоопасным поведением** будем понимать поведение всех участников ситуации, повышающее риск травмы.

Микросоциум рассматривается как один из мощнейших факторов социализации человека, влияние которого особенно сильно в детском возрасте. Согласно А. В. Мудрику, микросоциум представляет собой действующую на определенной территории общность, включающую в себя *семью*, соседство, группы сверстников, общественные, государственные, религиозные, частные и воспитательные организации [52]. В семье удовлетворяется часть потребностей, в том числе материально-бытовые и потребность в эмоциональной поддержке, любви и симпатии. Если этого не происходит, то возникает скрытая или явная семейная неудовлетворенность, нервно-психическое напряжение, тревога. Подобные состояния могут понижать уровень безопасности ребенка. Функция контроля, которую выполняет семья, способствует формированию у ребенка способности к самоконтролю. В противном случае у него возникают не только нарушения поведения, но и нарушения в личностном развитии [51].

Основа, лежащая в поведении дошкольника - это феномен эгоцентрической позиции ребёнка. В сознании ребёнка присутствует только один взгляд на окружающий его мир - его собственный [26]. Ребенок не

задумывается о возможных последствиях своих поступков. «Младший школьный возраст - это период позитивных изменений и преобразований. Чем больше позитивных изменений (организованность, самоконтроль) будет сформировано у младшего школьника, тем легче он справится с предстоящими сложностями подросткового возраста» [25]. В Законе РФ «Об образовании» ст. 18 сказано: «Родители являются первыми педагогами. Они обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребёнка в раннем детском возрасте».

Опираясь на круг предложенных феноменов и уточнённые определения, в данном исследовании сформулирован объект исследования.

Объект исследования – травмоопасное поведение детей в возрасте от 5 до 10 лет (возраст, опасный с точки зрения травматизма, согласно данным статистики).

За пределами объекта исследования вынесены случаи разового травматизма, а также вызванные массовыми техногенными или природными катаклизмами, дорожно-транспортными инцидентами и спортивной активностью.

1.1.3. Исследование факторов повторных травм у детей в медицинской науке

Исследователи, работающие в разных областях, сходятся во мнении, что симптоматология как детерминирующих проблем, так и последствий травм является междисциплинарной областью, в которой объединяются интересы и усилия врачей, психологов и педагогов и представляет собой большую и самостоятельную медико-социальную проблему [101; 171]. Анализ доступной нам литературы показал, что в настоящее время, повышенное внимание уделяется проблеме травм именно среди взрослого населения [23; 65].

В медицинском сообществе прицельно сообщается о своевременной профилактике спортивного травматизма у детей и взрослых и предупреждении производственного травматизма у взрослых, акцентируя внимание, в том числе и на повторных травмах, описываются схемы и рекомендации по их профилактике. В литературе представлена информация о повторных травмах головы у детей-спортсменов [76; 99; 120; 155].

В отношении детских травм, часто описаны *последствия*, которые могут иметь огромное влияние на здоровье детей [156]. С точки зрения инвалидности и, в зависимости от причины, обстоятельств и тяжести травмы, иметь тяжелые психологические, образовательные, социальные и экономические последствия [102; 119; 139].

Что касается детского травматизма, то врачи, психологи и другие специалисты, подразделяют его на следующие виды: бытовой, уличный спортивный, дорожно-транспортный и школьный. В структуре травм бытовые травмы занимают 40,4 %, уличные - 32,4 %, спортивные - 12,7 %, транспортные - 7,9 %. школьные - 6,6% [84; 120].

В имеющихся работах по проблеме детского травматизма, в основном находит отражение дорожно-транспортный травматизм, *подробно описана статистика травм*. Но, по мнению ряда исследователей, данный вид травм составляет в структуре травматизма всего 3-6%, тогда как самыми распространенными среди детей и взрослых являются бытовые и уличные, занимающие в структуре травм от 60% до 86% [84]. *Пути же разрешения бытового травматизма не изучены столь подробно*, скорее всего, ввиду непредсказуемости причин их возникновения. Отсутствует система профилактики и мониторинга детского травматизма. В профилактике повреждений при бытовых травмах остается полагаться на компетентность людей в вопросах личной безопасности [66; 87; 141]. Можно предположить, что наиболее эффективны меры профилактики те, что направлены на

конкретные факторы риска, а также осуществляемые в результате взаимодействия учреждений здравоохранения и других организаций [92].

В исследовании, выполненном в Египте, описано, что защита детей от бытового травматизма представляет собой многоаспектный подход, требующий обучение родителей, государственное регулирование и совместные усилия сообщества. Эти меры помогут снизить бремя детского бытового травматизма [129].

В исследованиях, посвященных школьному травматизму, прослеживается тенденция, что в тех образовательных заведениях, в которых серьезно и профессионально относятся к данной проблеме, своевременно организовывают профилактику, количество опасных инцидентов значительно уменьшается [21; 84].

В медицинской литературе большое количество исследований, направленных на изучение причин и последствий черепно-мозговых травм, указывают, что классификация причин и последствий травм в последние десятилетия только разрабатывается, терминологические расхождения еще не устранены [59; 60; 104; 149]. И это на фоне того, что проблемой травматизма ученые занимаются не одну сотню лет, например, около 200 лет назад заложены основы классификации черепно-мозговых травм.

Несмотря на длительное изучение, остается нерешенной проблема соотношения (приоритета) органических и психических факторов в формировании травм, что особенно актуально для повторного травматизма [99].

М.И. Степанова описывает особенности уличного детского сезонного травматизма, акцентируя на особенностях ребенка. Летом детский травматизм повышается до 20%. Несчастным случаям в большей степени подвержены дети с низкими качественными характеристиками внимания (концентрация, распределение и переключение), недостаточной сенсомоторной координацией, неосмотрительные, с низкой выносливостью,

а также боязливые или слишком склонные к риску [150]. Гораздо чаще травмы получают эмоционально неустойчивые, импульсивные дети, чем их спокойные и уравновешенные сверстники [107]. У детей младшей возрастной группы, по мнению автора, только что получивших самостоятельность и освобожденных от постоянной опеки взрослых, выделяет свойственные им повышенную возбудимость, импульсивность и эмоциональность [26]. М. И. Степанова акцентирует, что свою активность дети используют для игр, порой небезобидных шалостей, необдуманных поступков [86].

Описывая факторы, влияющие на травматические повреждения различного характера у детей, ученые опираются на особенности детского организма и характер течения травмы, факторы же обуславливающие причину травмы подробно не рассматриваются. Например, у детей в ответ на травму головы развивается патологический ответ, сопровождаемый неврологической симптоматикой, тяжесть которой коррелирует с тяжестью травмы. Головной мозг детей меньше страдает от травматического повреждения вследствие незрелости нервной ткани.

Обстоятельства получения травм у детей и взрослых существенно отличаются, поэтому в посттравматической работе специалистам требуется комплексно учитывать и особенности факторов, обусловивших факт травмы ребенка [62]. В той мере, в которой эти особенности оказали влияние на травматическое событие впервые, они способны обусловить и повторные травмы у детей.

Среди факторов, связанных с травматизмом, значимыми являются пол и наличие травм у родителей. Безусловно, последний фактор не является аналогом наследственной предрасположенности. Скорее здесь происходит воспитание детей с формированием стереотипа «травма опасного поведения». Кроме того, факторы не воздействуют изолированно, всегда есть сочетанное воздействие, усиливающее, либо ослабляющее его влияние [61].

По мнению О. В. Головки важная роль травматизма отводится медицинским работникам, которые на основе достаточной осведомлённости о возрастных и половых особенностях детей, должны своевременно информировать родителей, воспитателей детских садов, преподавательские коллективы учебных заведений о «травма опасных ситуациях» и «травма опасном поведении».

Таким образом, в большинстве исследований изучается именно эпидемиология травм, говорится о необходимости профилактики травм [69; 87; 99], описаны ее меры преимущественно для спортивного, школьного, дорожно-транспортного травматизма, прицельное внимание уделяется последствиям и реабилитации непреднамеренных физических травм, как у взрослых, так и у детей [38; 71; 102; 120]. Но подробно не изучаются сами причины травм, в том числе и повторных, не описаны механизмы возникновения бытового травматизма, не описан патогенез возникновения травм, в частности, недостаточно изучены особенности микросоциальной ситуации ребенка с травмами, особенно с повторными.

1.1.4. Взгляды вовлеченных сторон на решение проблемы повторных травм у детей

Врачи, психологи и родители по-разному смотрят на проблему повторного непреднамеренного травматизма у детей, по-разному атрибутируют ее. Для понимания (обоснования) того, как выглядит **проблема повторного травматизма для разных специалистов**, приведем

результаты феноменологических бесед (в формате групповых интервью) с различными специалистами и родителями¹.

С травмированными детьми работают врачи в стационаре (нейрохирурги, травматологи, хирурги, окулисты, неврологи, педиатры и многие другие) и специалисты поликлинической службы (неврологи, травматологи, педиатры, нейропсихологи и т.д.). Так, врач экстренной службы снимает (если удается) опасения родителей в отношении структурных нарушений у ребенка (повреждение тканей, органов), о необходимости в хирургическом лечении; неврологи рекомендуют лекарственную терапию; нейропсихологи выявляют функциональные и органические отклонения в развитии высших психических функций ребенка [16].

Трудности, возникающие у врачей, работающих с детьми с травмами, в том числе с повторными. «Родители травмированных детей озадачивают многочисленными вопросами» *именно врачей* экстренной и плановой медицинской службы, возлагая на них надежды по профилактике травм. Родители описывают следующие типичные ситуации: "К пяти годам ребенка уже четыре госпитализации по поводу травм, из них две – в отделение реанимации", "Только отведешь от ребенка глаза на секунду – он уже откуда-нибудь падает", "Страшно даже руку отпустить – немедленно бегом на дорогу, под машины". Порой приносят большой комплект обследований, но проблема не решается, ребенок не прекращает травмироваться. «Некоторые проницательные врачи пробуют обратить внимание родителей на семейную ситуацию, но, как правило, наталкиваются на сопротивление членов семьи, неготовность осознавать проблему травматизма как семейную трудность» [35; 36; 145]. Иногда врачи

¹ Феноменологическая основа исследования заложена в магистерской диссертации Е.В. Захарчук «Психологические аспекты работы с часто травмирующимися детьми» (2013).

догадываются рекомендовать психолога, но у них нет конкретных практических рекомендаций о том, как это следует делать, алгоритмов и разработанной маршрутизации детей с риском повторных травм.

Психологи-консультанты вполне могли бы курировать детей с травмоопасным поведением и их семьи [79]. Препятствие в том, что к ним с подобным запросом родители травмированных детей почти не обращаются. В обыденном сознании не сформирована мысль о том, что повторный травматизм – это системное явление, обусловленное рядом факторов, большая часть которых находится в пределах семейной ситуации. Потому вновь подчеркнем, что родители настроены решать проблему повторных травм у своих детей преимущественно со специалистами с медицинским образованием – именно на них родители возлагают свои надежды.

Было бы финансово очень затратным традиционно формировать мысль, что профилактика детского травматизма и посттравматическое сопровождение может быть выполнено с привлечением психолога-консультанта, через средства массовой информации – рекламу, разъяснительные передачи и т.п. Люди обычно не слышат предоставляемую им информацию о некоей проблеме, пока она не коснулось их лично.

Связующим звеном между врачами и психологами могли бы быть **нейропсихологи**. Но нейропсихологическая служба недостаточно активизирована (психологи, обладающие знаниями и умениями в рамках медицины, единичны), да и не каждый пациент имеет возможность обратиться к такому специалисту. Согласно номенклатуре (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи») к нейропсихологу направляет только врач невролог при определенных показаниях.

Родители, как правило, причины повторного детского травматизма видят практически всегда в детях. Считают, что с их ребенком или же с

детьми что-то не так. Они задаются вопросом: почему у других дети не имеют склонности к частым травмам, а у них имеют. Они находят разные объяснения этому, но почти всегда снимают ответственность с себя. Например: «Я всего на одну секунду отвлекся, я всегда рассказывал, я не думал, что он такой, он всегда очень активный, он чрезмерно активен, он везде лезет, я все для него делаю, я ни в чем ему не отказываю, у него нет осторожности». Некоторые родители все же отмечают связь между травмой и тем, что они не досмотрели за ребенком [142]. Под выражением «не досмотрел» скорее следует понимать некоторое размытое представление, которое включает в себя комплекс характеристик, например, личностного качества ответственности [32]. То есть человек не прогнозирует и не готов к последствиям своих действий. У него просто нет такой психической готовности или она не сформирована в достаточной степени. Иногда это выглядит как низкая способность к логическому мышлению (предвидению результатов). Хотя родительская забота в том и заключается, чтобы предвидеть риски. В большей степени этому может способствовать опыт того, как к самому родителю относились в его детстве.

Семья существует как единое самостоятельное целое, для определения этого феномена был введен термин «семейный гомеостаз» [78]. В соответствии с данной концепцией все функционирование семьи направлено на сохранение семейного гомеостаза. Каждый член семьи явно или скрыто способствует достижению и поддержанию семейного баланса. Семейные традиции, правила и примеры взаимодействия то, что обеспечивает гомеостатическое существование любой семьи. Семейная дисфункция оказывает влияние на воспитание [39; 41].

Дети появляются на свет совершенно беспомощными. То, что нужно им для выживания, они или получают от окружающих, либо научаются благодаря ближайшему окружению. Ни один ребенок не рождается, имея четкий план того, что он должен делать. Обо всем этом он узнает от тех

людей, в обществе которых живет, и которых В. Сатир называет жизненно важными персонами [78].

В результате исследования планируется разработать рекомендации, которые позволят смягчить трудности врачей и родителей, также и определить границы возможностей психолога. Необходимо найти специальные ориентиры, которые могут выступить центральным звеном для всех участников ситуации повторного травмирования ребенка, требуется разработать ориентировочную карту действий.

1.1.5. Медико-психологическое сопровождение детей с повторными непреднамеренными травмами в системе профилактики детского травматизма

Специалисты, работающие с детьми, имеющими непреднамеренные травмы, должны не только лечить, сопровождать и реабилитировать пациента в болезни, но и понимать актуальность психопрофилактических действий, направленных на процессы сохранения здоровья подрастающего поколения [105; 135; 145]. Они смогут сделать это лучше, качественнее, своевременнее, чем глубже будут осведомлены о причинах возникновения заболеваний и особенностях психологии детей и их родителей [156].

Психологи, владея различными, удобными каждому индивидуально психологическими способами могут работать с детьми и родителями, при своевременном к ним обращении, рекомендованном курирующим врачом [30; 37; 40; 41; 73; 79].

В настоящее время взаимодействие между врачами и психологами в рамках проблемы повторных непреднамеренных травм у детей полностью не налажено.

Необходимо выстроить правильную траекторию медико-психологического сопровождения, направленную на снижение рисков

повторных непреднамеренных травм у детей, ряд конкретных задач медико-психологического сопровождения, определить основных субъектов психологического воздействия с учетом их особенностей.

1.2. Психологические факторы риска повторных травм у детей как научная проблема

1.2.1. Исследования особенностей ребенка

Изучение психологических причин повторных непреднамеренных физических травм необходимо для профилактики детского травматизма, снижения рисков травматизации ребенка, организации медико-психологического взаимодействия. Однако важны не только четкие предписания и инструкции по психологической профилактике, но и понимание причинно-следственных связей самих травм у детей [132]. Необходимо выяснить, какие психологические причины могут способствовать систематическим травмам у детей и влиять на высокую мировую статистику травм. Для этого стоит обратить внимание на индивидуальные особенности самого ребенка [142]. Важно изучить представления различных авторов в этом направлении.

Разные авторы предлагают различные ***перечни причин травм***. Приведем пример некоторых из них. Г. К. Ермакова обращает в качестве примера внимание на необходимость учёта личностного фактора в этиологии детского травматизма и выделяет ряд основных психологических причин физических травм: формы проявления темперамента (неуравновешенность процессов возбуждения и торможения, эмоциональная неустойчивость); сниженные характеристики внимания (концентрация, распределение, переключаемость), низкая наблюдательность; неразвитость сенсомоторной координации; повышенная склонность к риску [31].

А. А. Горлов отмечает, что травмы у детей могут быть вызваны действиями сверстников (33%), взрослых (24%), а также действиями самого ребёнка (42,8%). В последнем случае среди возможных причин указываются следующие: 1) низкий уровень координации и отсутствие необходимых навыков, неумение владеть своим телом; 2) недостаточная осведомлённость об опасности тех или иных действий; 3) пренебрежение опасными обстоятельствами из-за более сильного мотива (демонстрация своих «сверхвозможностей»); 4) особые психофизиологические состояния (усталость, эмоциональное возбуждение, спешка, игровой раж) [21; 72; 119]. Однако представленные авторы не классифицируют, и не систематизируют представленный перечень причин травм. Неясно, какие факторы имеют первостепенное, а какие второстепенное значение.

На основании изученных медико-социальных факторов риска, влияющих на возникновение травм у детей, О.В. Головкина была построена модель формирования группы риска детей по травматизму с включением всех статистически значимых факторов риска травматизма. В формировании здоровья подрастающего поколения, где существенную роль играют социально-экономические факторы (условия и образ жизни детей, условия их воспитания и развития), среди медико-биологических факторов, связанных с травматизмом, статистически значимыми являются пол и наличие травм у родителей, где последний фактор выступает аналогом воспитания детей с формированием стереотипа «травма опасного поведения» [61].

Большинство родителей и близких родственников, объясняет проблему высокого уровня травм у детей *повышенной двигательной активностью ребенка*, его непоседливостью и любознательностью, которая сочетается с несовершенством моторных навыков и координации движений, а также пониженным чувством опасности [18; 148]. Тем самым, ответственным за травму неосознанно назначают ребенка.

Довольно часто повышенная двигательная активность ребенка служит поводом для обращения за помощью именно к врачам. Нередко естественно причиной гиперактивности являются различные заболевания, включая болезни нервной системы. Однако врачи отмечают и то, что часто в основе конфликтного и неадекватного поведения лежат дефекты воспитания [55; 69].

О неврологическо-поведенческом расстройстве развития (СДВГ, классифицируется по МКБ-10, как F 90.0 (нарушение активности и внимания) и F 90.1 (гиперкинетическое расстройство поведения)) знают большинство родителей, а многие и сами "ставят" его, называя на их взгляд излишне подвижного ребенка гиперактивным. Практика показывает, что это одна из возможных причин "эпидемии СДВГ", о которой все чаще говорят современные ученые и которая к реальному серьезному заболеванию имеет мало отношения. В случае травмы активного, подвижного, здорового ребенка ответственным за случившуюся травму часто становится ребенок.

В англоязычной версии СДВГ (ADHD, attention deficit hyperactivity disorder) – психическое, поведенческое расстройство, начинающееся в детском возрасте. R.A. Barkley считает, что искажение в средствах массовой информации диагноза и избыток рекомендаций лекарственных средств в сочетании с плохими диагностическими критериями способствует неоправданному выявлению и лечению детей с СДВГ, что приводит к возникновению факторов риска, начиная от школьных проблем до преступной деятельности и рискованного поведения. При достоверном диагнозе у ребенка, где затронуты сфера воли, мотивации и самоконтроля и именно по физиологическим причинам, не исключается и роль наличия связи определенных генов с СДВГ. Хотя гены и наследственность являются самыми сильными предикторами заболевания, обсуждаются и источники «приобретенного» синдрома. Дети с СДВГ обычно имеют отставание в развитии до 30 процентов [100; 133; 143]. У детей, посещающих отделение

неотложной помощи с травмами, вероятность нераспознанного СДВГ была не выше, чем у детей, не получивших травм, на основании родительского скрининга [146]. Другие авторы отмечают, что повторные травмы, в том числе и травмы головы или ожоги являются потенциальными индикаторами истинного СДВГ [114; 173]. Мета-анализ 32 исследований показал, что СДВГ ребёнка связан с повышенным риском непреднамеренных травм [154].

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью встречается у детей часто, о чем свидетельствуют исследования в различных странах. Анализ литературы выявил широкую вариабельность данных по распространенности СДВГ: в США эти цифры колеблются от 4 до 13%, в Великобритании – 1–3, Германии – 9–18%, Италии – 3–10%, Чехословакии – 2–12%, Китае – 1 – 13%, в России (г. Москва и Московская обл.) – 15–28% [67; 103; 119]. Значительная разница в представленных цифрах вероятнее всего определяется традициями постановки диагноза и критериями, шкалами, что учитываются специалистами, которые в разных странах могут не совпадать. Часто врачи могут опираться именно на родительское описание поведения и их объяснение. Таким образом, встает необходимость исследовать родителей, что составляет самостоятельные задачи исследования [175].

Результаты исследований в Европе показывают, что действительно среди шведских школьников с СДВГ повышен риск травматизма в сравнении с детьми, имеющими, например, расстройство аутистического спектра (РАС) [126]. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности подвержены большему риску переломов, термических травм и отравлений, чем дети без него [169].

Дети с расстройствами поведения чаще страдают от непреднамеренных травм. В связи с чем, педагогам и врачам необходимо выявлять нарушения поведения и помогать родителям оказывать помощь детям, тем самым снижая частоту и тяжесть травматизма [173]. В исследовании 1400 детей в возрасте от 6 до 18 лет, которым впервые был поставлен диагноз СДВГ в

детской поликлинике, определили важную роль поведенческих проблем, сопровождающих этот синдром, коморбидных психических расстройств для непреднамеренного травматизма [116]. Данное исследование касается детей с подтвержденным неврологическим диагнозом, среди таких детей риск травм действительно высок.

Однако в детском возрасте довольно часто встречаются *состояния* – «имитаторы» СДВГ: у 15-20% детей периодически наблюдаются внешне сходные с этим синдромом формы поведения. При этом характеристики поведения активных детей не выходят за границы возрастной нормы, уровень развития высших психических функций хороший. В связи с этим СДВГ необходимо разграничивать с широким кругом состояний, сходных с ним лишь по внешним проявлениям, но существенно отличающихся как по причинам, так и методам коррекции.

В литературе также обсуждаются значения результатов исследований для *понимания гендерных различий* в рискованных действиях детей и травмах. Результаты подтверждают представления о том, что матери ожидают от сыновей более рискованного поведения, чем от дочерей, больше обеспокоены травмами дочерей, чем сыновей, и считают, что они (матери) могут иметь большее влияние на рискованное поведение дочерей, чем сыновей [136]. Вопрос о гендерных особенностях при травмах остается открытым и требует более дифференцированного подхода к изучению травм у детей в различных возрастных группах.

По данным статистики ГБУЗ ЛО «Кировская клиническая больница», за последние 10 лет 2,5 млн. детей и подростков получили черепно-мозговые травмы, из них 43 тыс. стали инвалидами, а более 16 тыс. погибли. Причем мальчики получали травмы значительно чаще девочек. В 2008 году на долю мальчиков и юношей в Новосибирской области пришлось 29411 случаев травм, в том числе 13250 бытовых, 12 880 уличных. В результате несчастных случаев у детей поранены: 415 глаз, сломаны 1982 ноги и 5024 рук, в 4503

случаях у пациентов были открытые раны с кровотечением. Отмечено, что девочки ведут себя немного осторожнее, однако и они травмируются очень часто. 19487 травм и отравлений зарегистрировано у девочек, в том числе бытовых травм – 10165, травм на улице -7623. У девочек произошло 2474 переломов рук, 1204 переломов ног (Информационный портал Сибкрай.ru, Новости Новосибирска и области, 2 июня 2009 <https://sibkray.ru/news/7/22730/>).

Мужской пол, психологические и поведенческие проблемы, наличие большого количества братьев и сестер, молодая мать были связаны с повышенным риском травм более чем в одной когорте [138]. У мальчиков-подростков значительно выше смертность из-за непреднамеренных травм. Мальчики и мужчины чаще, чем девочки и женщины, умирают от травм. Гендерные различия в смертности от травм носят постоянный и стойкий характер. Гендерные модели смертности от травм не соответствуют типичному анализу социальной справедливости в отношении здоровья, поскольку мужчины подвергаются большему риску. Заслуживают внимания образ жизни и поведенческие риски, а также мужская социализация (Sorenson S. B., 2020). Исследование в Шотландии показало, что мальчики значительно чаще умирали от травм во всех возрастных группах, кроме младенческого (1-4, 5-9 и 10-14 лет). Для детского возраста в целом наиболее значимыми причинами смертельных травм, связанных с полом, были отравления (соотношение м:ж 3,21). Единственной причиной, которая не показала значительного соотношения по полу, были пожары. Избыток мужчин заметно снижается с течением времени [144].

Представленные литературные данные противоречивы, однозначных статических результатов по соотношению пола при непреднамеренной травме у детей не представлено. Иностранные коллеги тоже не предлагают упорядоченного перечня причин травматизма у детей [123; 137; 176].

Таким образом, требуется найти логику для организации обзора, необходимо более глубокое изучение факторов повторной травматизации. Встает вопрос, в каких направлениях вести поиски. Очевидна необходимость в систематизации и классификации вероятных факторов и выделение среди них наиболее вероятных. Проблема в том, что согласно данным литературы недостаточно информации об индивидуальных особенностях ребенка как факторах травмоопасного поведения ребенка.

1.2.2. Исследования особенностей семьи

Важно понимать какая доля ответственности при присмотре за детьми в случаях риска травм ложится на родителей. Рассмотрим *ответственность родителей* как фактор риска повторных травм.

Уделяют прицельное внимание сочетанию и созданию безопасной для детей среды, в которой налажен строгий контроль со стороны взрослых [124; 130; 166; 170]. Исследование убеждений о воспитании детей и профилактике травм с участием 145 матерей из неблагополучных районов Филадельфии показало, что матери, имевшие историю взаимодействия со службами защиты детей в связи с пренебрежением базовыми потребностями ребёнка, недостаточным присмотром («child neglect»), значимо чаще соглашались с утверждениями о случайности травм, а также с тем, что травмы делают детей сильнее, чем матери из группы сравнения, не имевшие подобной истории [131; 163].

Данные интервью об особенностях присмотра за ребёнком в момент травмы и за час до неё с 222 родителями, обратившимися за медицинской помощью в связи с травмами детей, свидетельствуют, что характеристики наблюдения взрослых связаны с риском непреднамеренных травм у маленьких детей. В момент получения травмы дети значимо чаще находились вне зоны досягаемости родителей, чем за час до травмы. Важно

отметить, что чем ниже уровень надзора, тем выше шансы на более тяжелые травмы. Так, родители детей, которым потребовалась госпитализация, продемонстрировали значимо более низкие оценки по всем трём исследуемым параметрам присмотра за ребёнком – внимание, близость, продолжительность наблюдения, как во время травмы, так и за час до, в сравнении с теми родителями, чьи дети получили более лёгкие травмы и не нуждались в госпитализации [165].

S.M. Peters в 2020 году описал повторные травмы у детей от 0 до 10 лет в Южной Африке. Результаты исследования показали, что травмы возникают в как результате особенностей самого ребенка, так и факторов риска окружающей среды. Описываются и страхи родителей перед последующей травмой в исследовании детей с повторными травмами. Отмечено, что в первый после травмы год дети подвергаются более высокому риску повторной травмы. Выявлено, что профилактические мероприятия должны проводиться именно в первый год после случившейся травмы, поскольку восприятие риска последующей травмы связано с поведением родителей.

Предложен комплексный подход к профилактике непреднамеренных травм у детей, основанный на теории экологических систем У. Бронфенбреннера и матрице Хэддона. Акцентируется, что поведенческие риски возникают из семейной среды ребёнка и более широкой культурной среды, при этом работа психолога играет важную роль в предотвращении детского травматизма. D.C. Schwebel опубликовал статью за статьей, вводя и оценивая распространение творческих и новых способов снижения риска детского травматизма за счет изменения поведения среди детей, среди взрослых за детьми наблюдающих, и за счет манипулирования окружающей средой, с которой взаимодействуют дети и молодежь [160].

Несмотря на то, что большинство исследований сосредоточено на изучении роли матери или обеих родителей, некоторые теоретические разработки позволяют предположить, что воспитание отца может быть

особенно эффективно в поощрении безопасного принятия рисков травм [117; 131]. Результаты исследования с участием 46 отцов детей до 3х лет, проведенного совместно учёными из Австралии и Канады, показывают, что продолжительные интенсивные физические игры с отцом и поощрение настойчивости в исследовании окружающего мира связаны с более низкими показателями травматического поведения, в то время как стимулирование рискованного поведения со стороны отца прогнозирует более высокий уровень травматизма [117; 118].

Превалирующее значение средовых факторов детского травматизма в сравнении с генетическими показало исследование более 1000 пар моно- и дизиготных близнецов в возрасте до 5 лет [140].

Изучение литературных источников показало достоверную связь элементов воспитания и заботы со стороны родителей и соответствующих служб по охране жизни детей и профилактике детского травматизма, в исследованиях повторный детский травматизм стараются понять через особенности социальной ситуации развития ребенка в семье [77; 142; 151; 153; 166].

Во многих описаниях родительского отношения и поведения скрыто или явно присутствуют указания на *особенности личности родителя* как на источник того или иного отношения, или обращения с ребенком. Шизофреногенная мать – это прежде всего набор личностных особенностей, а затем уже специфическое родительское поведение и отношение. Общаясь с ребенком, родитель воспроизводит свой опыт переживаний детства [72].

К особенностям воспитания, учет которых наиболее важен при изучении этиологии нарушений поведения и особенностей личности ребенка, относятся уровень протекции в процессе воспитания, степень удовлетворения потребностей ребенка, количество требований, предъявляемых ребенку в семье и неустойчивость стиля воспитания [94]. Рассмотрим их детальнее.

Уровень протекции в системе воспитания. Речь идет о том, сколько сил, внимания, времени уделяют родители воспитанию ребенка. К нарушениям приводят два полярных уровня протекции: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция). *Гиперпротекция* (гиперопека) – ребенку уделяется крайне много сил, времени, внимания, родители стремятся постоянно быть около ребенка, решать за него все возникающие проблемы, его воспитание становится центральным делом в жизни родителя. Гиперопека над ребенком проявляется в том, что он не чувствует вкус реальных последствий того, что делает. Родитель оберегает ребенка от проблем сейчас, но мешает ему учиться ответственности и причинно-следственным связям.

Например, мальчик шести лет пытается вскарабкаться на горку сам, никого не просит. Подходит мама с вопросом: «Что ты делаешь?». Ребенок признается: «Не получается залезть». «И не получится», – говорит мама, радостно подхватывает ребенка и забегает с ним по ступеням. Но самостоятельное действие и усилие – это потребность растущего организма, необходимая для выживания. Если такую потребность блокировать, в следующий раз ребенок может упасть в ожидании, что кто-то подхватит, но этого не произойдет. И такие падения с горок регулярны, обращения к врачам в травматологическое отделения постоянны, «я всегда придерживала», – говорит мама, «а в этот раз подумала, что уже большой и он неожиданно упал через перила».

Гипопротекция – ребенок оказывается на периферии внимания родителей, родителям «не до него». К ребенку обращаются лишь время от времени, когда случается что-то серьезное. Гипоопеке свойственна бесконтрольность. Ребёнок, который растёт при гипоопеке, поведенчески узнаваем по следующими характеристикам: громко кричит, кривляется, шалит, берёт без спроса вещи, вызывающе ведёт себя в гостях, мешает взрослым вести разговор. Часто его поведение бессознательно, но о –

привлечь к себе внимание. Взрослыми такое подвижное поведение здорового ребенка может быть расценено, как гиперактивное [81].

Степень удовлетворения потребностей ребенка. Речь идет о том, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка, как материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечения и т.п.), так и духовных, прежде всего в общении с родителями, в их любви и внимании. Данная характеристика семейного воспитания принципиально отличается от уровня протекции, поскольку характеризует не меру занятости родителей воспитанием ребенка, а степень удовлетворения его собственных потребностей. *Потворствование* – родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка – «балуют» его. Почти любое его желание для них закон. У ребенка затруднены возможности развивать самостоятельность, что может увеличивать риск его травматизации. *Игнорирование* потребностей ребенка – стиль воспитания, противоположный потворствованию и характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные запросы, особенно потребность в эмоциональном контакте, общении с родителем. Так, ребенок травмой завоевывает внимание к себе.

Количество требований к ребенку в семье. Требования к ребенку со стороны родителей – неотъемлемая часть воспитательного процесса. Они выступают, во-первых, в виде обязанностей ребенка, то есть тех заданий, которые он выполняет: учеба, уход за собой, участие в организации быта, помощь другим членам семьи. Во-вторых, требования проявляются как запреты родителей, устанавливающие, что ребенок не должен делать. Невыполнение требований ребенком может повлечь за собой применение санкций со стороны родителей от мягкого осуждения до суровых наказаний.

Чрезмерность требований – повышенная моральная ответственность. Недостаточность обязанностей ребенка. В этом случае ребенок имеет

минимальное количество обязанностей в семье. Эта особенность воспитания проявляется в высказываниях родителя о том, что трудно привлечь ребенка к какому-нибудь делу по дому. *Чрезмерность запретов (доминирование)* – ребенку «все нельзя». Перед ним ставится огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. Такой подход может лежать в основе типа патологизирующего воспитания «доминирующая гиперпротекция». Ребенок оказывается не приспособленным даже к обыденным бытовым ситуациям.

Недостаточность требований и запретов к ребенку – ребенку «все можно». Даже если и существуют какие-то запреты, он легко нарушает их, зная, что с него не спросят, сам определяет круг своих друзей, время еды, прогулок, свои занятия, время возвращения вечером, вопрос о курении и об употреблении спиртных напитков. Данное воспитание стимулирует развитие гипертимного и, особенно неустойчивого типа личности у ребенка. Ребенок знает, что по мокрому полу бегать не безопасно, но ему же можно и это весело, поэтому он бежит и падает. Падение на спину при очередном катании на мокром полу может закончиться переломом позвоночника или черепа, с чем и сталкиваются врачи в своей лечебно-диагностической практике.

Санкции, предъявляемые к ребенку. *Чрезмерность санкций (жестокый стиль воспитания)* – для родителей характерна приверженность к строгим наказаниям, чрезмерная реакция даже на незначительные нарушения, воспитание по типу «жестокое обращение». Наказание или санкция должны быть соразмерны проступку, ведь лишение ребенка прогулок на неделю из-за 5 минутного опоздания домой не научит ребенка приходить домой вовремя. Наказание или санкция должны быть направлены на помощь (в конечном итоге) ребенку, а не отыгрыванием родительских чувств – "Меня злит это, поэтому делай сам!". Наказание или санкция должны быть выполнимыми, как для ребенка так и для родителя. Например, наказывать отсутствием телефона на неделю, когда в понедельник перед

школой ребенок все равно возьмет телефон для звонков родителю, не имеет смысла. Наказание или санкция должны быть доведены до конца. *Минимальность санкций* – родители склонны обходиться без наказаний или применяют их редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результате любых наказаний. Естественно родителям требуется запас сил и терпения, чтобы санкции и наказания им самим выдержать и довести до конца. От последовательности родителя зависит чувство безопасности мира у ребенка и чувство понимания, как устроен мир.

По стилю отношений между родителями и детьми в семье можно выделить следующие варианты воспитания: авторитарное, демократическое, либеральное и попустительское воспитание.

Авторитарный тип воспитания – в его рамках определенная идеология принимается в качестве единственной истины. При этом доминирует такой воспитательный метод как требование. Авторитарный родитель всегда очень строго контролирует и поведение детей, требователен к четкости выполнения его указаний [49]. Авторитарный стиль вызывает у детей отчуждение от родителей, чувство своей незначительности и отчужденности в семье.

Демократический стиль может на практике реализоваться в системе следующих метафор «Равный среди равных» и «Первый среди равных». Первый вариант – это стиль отношений между родителями и детьми, в рамках которого отец или мать в основном выполняют необходимые обязанности по координации действий ребенка в организации его учебной деятельности, самообразования досуга, учитывая его интересы и собственное мнение, согласовывая с ним на правах «взрослого» человека все вопросы и проблемы. Вторая позиция реализуется в отношениях между родителем и ребенком, в которых доминирует высокая культура деятельности и отношений, большое доверие к ребенку и уверенность в правильности всех его суждений, действий и поступков. Поведение ребенка направляется в этом

случае твердо, последовательно и вместе с тем гибко и рационально: родитель всегда объясняет мотивы своих требований и поощряет их обсуждение подростком; власть используется лишь в меру необходимости; в ребенке ценится как послушание [47; 175].

Попустительский стиль обычно проверяется в семье как отсутствие всяческих отношений: отстраненность и отчужденность членов семейного союза друг от друга, их полное безразличие к делам и чувствам другого. Но соотношение этих функций и психологическая значимость каждой из них с возрастом меняются.

Либеральный стиль (невмешательство) воспитания характеризуется отсутствием активного участия отца или матери в управлении процессом обучения и воспитания. Хотя такое поведение родителей противоположно гипертрофированным запретительным тенденциям, оно не обязательно приводит к противоположным результатам: дети либеральных родителей тоже могут быть непослушными и агрессивными. К тому же они склонны потакать своим слабостям, импульсивны и часто не умеют вести себя на людях. Однако в некоторых случаях они становятся активными, решительными и творческими людьми.

В массовом сознании не сформирована мысль, что травмоопасное поведение у детей обусловлено факторами, часть которых находится в пределах семейной ситуации [84; 160].

1.2.3. Исследования «глубинных» психологических факторов

Учитывая, что в литературе представлен обширный психоаналитический обзор по травматизму, было бы неправильно оставить эти исследования без внимания. Таким образом, далее опишем взгляд психоаналитиков на проблему непреднамеренного травматизма.

Э. Эриксон указывает на психологические причины формирования страхов взрослых людей из детских тревог в различные этапы онтогенеза личности. После того как травма у ребенка вылечена, могут формироваться и негативные установки на ожидание осложнений после травмы, формироваться некоторая картина страхов повторной травмы [95].

Ф. Александер в труде «Психосоматическая медицина», направленном на изучение роли личности в травматизации, определяет индивида, склонного к травмам, как импульсивного человека, незамедлительно превращающего свои моментальные импульсы в действие. В бессознательно спровоцированном несчастном случае он выражает свой протест и месть, *искупая травмой свое негодование*. F. Dunbar исследовала современными ей психиатрическими методами большое число пациентов с переломами, описывает склонного к травмам человека следующим образом: он решителен или даже импульсивен, ориентирован на немедленное получение удовольствия и удовлетворения, склонен действовать под влиянием момента, любит возбуждение и приключения и не любит планировать и подготавливать будущее. Многие склонные к травмам люди получили строгое воспитание и вынесли из него чувство протеста против людей, облеченных властью [150]. Говоря кратко, это – люди действия, а не планирования, люди, которые мало задумываются и колеблются между импульсами и их осуществлением. Такая импульсивность может иметь разные причины, но, по-видимому, наиболее частой из них является протест против налагаемых властью ограничений и всех форм внешнего принуждения. Склонный к травмам индивид, по сути, *является мятежником, он не может терпеть даже самодисциплины*. Он протестует не только против внешнего диктата, но и против власти собственного разума и самоконтроля [1; 115].

Особую ценность представляют исследования, в которых эмоциональное состояние человека изучалось непосредственно перед

несчастливым случаем. К. Меннингер (2001) показал, что в большинстве несчастных случаев присутствовал *элемент намерения*, хотя оно никоим образом не было сознательным.

Иными словами, большинство несчастных случаев объясняются бессознательными процессами. Они принадлежат к той категории феноменов, которые были описаны З. Фрейдом как ошибки повседневной жизни, такие как забывание, отправить письмо, неправильное написание или произнесение слова. З. Фрейд показал, что, строго говоря, такие ошибки являются не случайными, а *бессознательно преднамеренными*. Так большинство несчастных случаев вызываются бессознательными мотивами, хотя обычно они имеют гораздо более тяжелые последствия, чем безобидные ошибочные действия в повседневной жизни [91].

Психоаналитические исследования раскрыли природу бессознательных мотивов, которые побуждают людей вести себя с риском получить травму. Наиболее распространенный мотив – чувство вины, которую человек пытается искупить самонаказанием. Бессознательно спровоцированный несчастный случай служит этой цели. N. W. Askerman приводит следующий случай: юноша вез мать за покупками, он умолял ее разрешить ему воспользоваться машиной, чтобы поехать на следующий день на рыбалку. Она отказала, после чего он разнервничался, «случайно» нажал на педаль акселератора и направил машину в канаву, травмировав себя и мать. В данном случае очевидно сочетание мести и чувства вины; юноша наказал мать и в то же время себя [97].

Таким образом, психоаналитические исследования рассматривают травмы, в том числе и повторные физические непреднамеренные травмы, как результат бессознательных процессов Их анализ вскрывает *условную выгоду травмы*: ее коммуникативную функцию (как метасообщение), участие в процессах внутреннего совладания или как результат аутоагрессивных импульсов, протест против налагаемых ограничений, искупление травмой

своего негодования, импульсивность, ориентированная на немедленное получение удовлетворения, избыточная рискованность, действие под влиянием момента, страхи очередных травм.

Вероятно, аналогичные причины имеют место быть и у детей, и при необходимости, скорее всего, можно реконструировать их в конкретном случае с ребенком. Однако, во-первых, со стороны психоаналитиков отмечена большая роль влияния интерпретаций; а во-вторых, для таких процедур необходим длительный психоанализ. И, в-третьих, скрупулезная работа с клиентом предполагает хоть какую-то его рефлексивность. Пациенты дети доподросткового возраста, этой рефлексивностью не обладают еще в силу своего возраста. Результатами психоанализа, возможно, воспользоваться как гипотезами, но взять за основу исследования метод, которым они были получены, не представляется возможным. Кроме того, работа, которую предусматривает психоанализ, индивидуальная, а в представленной работе речь идет о массе травм (более 3 млн. детских травм регистрируют ежегодно медицинские учреждения России, Росстат). Понимание причин травм правомерно, но метод в данном исследовании не подходящий.

Таким образом, исследование психологических факторов, способствующих повторному травматизму детей, показало, что исследователи обращают внимание на самого ребенка и на его социальное окружение, но данные факторы в литературе не упорядочены и не систематизированы.

Таким образом, по данным литературы выявлено наличие связи индивидуально-психологических особенностей ребенка и его социального окружения с непреднамеренными травмами. Однако в них явно недостает подробного содержательного наполнения:

- какие именно индивидуально-психологические особенности ребенка повышают риск повторных непреднамеренных травм,

- какой тип воспитания способствует повторным непреднамеренным травмам и какой уровень его влияния,
- не описано, каким образом факторы, повышающие риск повторных непреднамеренных травм связаны между собой.

Родители травмированных детей озадачивают именно врачей, возлагая на них надежды по профилактике травм. Подробно не изучены причины травм, не описаны механизмы возникновения бытового травматизма, не описан патогенез возникновения травм, в частности, недостаточно изучены особенности микросоциальной ситуации ребенка с травмами, особенно с повторными [34].

Согласно данным литературы недостаточно информации об индивидуальных особенностях ребенка как факторах травмоопасного поведения ребенка. В массовом сознании не сформирована мысль, что травмоопасное поведение у детей обусловлено факторами, часть которых находится и в пределах семейной ситуации [84; 160] .

Среди медико-биологических факторов, связанных с травматизмом, статистически значимыми являются пол и наличие травм у родителей, где последний фактор выступает аналогом воспитания детей с формированием стереотипа «травма опасного поведения» [61].

Сформулируем **предмет** нашего исследования – психологические факторы, способствующие повторным непреднамеренным травмам у детей в возрасте 5-10 лет.

1.3. Анализ факторов риска повторных травм у детей: психологических, социальных и биологических

Для анализа факторов риска повторных непреднамеренных травм у детей поэтапно необходимо

- выявить «предсказывающие» факторы (факторы риска – предикторы),

- отобразить те, на которые есть шанс повлиять с целью минимизации рисков их повторения,

- обозначить те, что позволяют по возможности определять ответственность за случившееся или за профилактику.

Сгруппируем факторы по группам в зависимости от предсказуемости рисков и возможности компенсации их взрослыми:

Психологические факторы – риск частично предсказуем, частично компенсируются взрослыми, зона умеренной ответственности взрослых, во многом зависит и от ребенка.

Социальные факторы – риск почти предсказуем, полностью компенсируются взрослыми, зона полной ответственности взрослых.

Биологические факторы – риск полностью предсказуем, частично компенсируются взрослыми, зона высокой ответственности взрослых.

Подробно опишем исследуемые группы.

1.3.1. Индивидуально-психологические особенности ребенка

Перечень психологических факторов, как и непсихологических, следует упорядочить по некоторому основанию, которое в данном случае можно заимствовать из культурно-исторической концепции Л.С. Выготского [14,53]. Так к психологическим факторам повторных непреднамеренных травм у детей отнесем **индивидуальные особенности ребенка**: темпераментные, характерные и личностные.

Большинство родителей, близких родственников, педагогов и объясняет проблему высокого уровня травм у детей *повышенной двигательной активностью ребенка*, его непоседливостью и любознательностью, которая сочетается с несовершенством еще моторных навыков и координации движений, а также пониженным чувством опасности свойственному детскому возрасту. Тем самым, ответственным за травму

назначают только ребенка. Ребёнок с риском травматизации, поведенчески узнаваем по следующими характеристикам: громко кричит, кривляется, шалит, берёт без спроса вещи, вызывающе ведёт себя в гостях, мешает взрослым вести разговор. Часто его поведение бессознательно, но цель – привлечь к себе внимание [80]. Взрослыми такое подвижное поведение здорового ребенка может быть расценено как гиперактивное поведение.

Обсудим поочередно, какие индивидуально – психологические особенности ребенка можно рассматривать как факторы риска повторных травм.

Темперамент человека это врожденная характеристика, которую в первую очередь определяют конституциональные особенности нервной и эндокринной системы человека. К возможным факторам физических травм у детей можно отнести такие *свойства темперамента* как реактивность, активность, экстраверсия, эмоциональная возбудимость, сенсомоторная реактивность («шустрость» или, наоборот, медлительность при ходьбе, беге и совершении обыденных действий) [122]. Со стороны дети могут выглядеть чрезмерно активными и даже гиперактивными, с холерическим и сангвиническим типом темперамента. Например, два ребенка играют в догонялки, подбегая к проезжей части, шустрый побежал и упал посреди дороги, а медлительный не успел побежать. Такая ситуация может привести к травме, оказаться угрожающей здоровью или жизни ребенка. Вместе с тем, *темперамент, даже если он и практически не изменяется в течение жизни, можно ограничить – научить ребенка с ним совладать, «подстраиваться» к нему. Часть родителей желает и может заниматься развитием ребенка в этом направлении, другая часть списывает трудности врожденные характеристики – на темперамент.*

Зная темперамент ребенка, гораздо проще оценить ситуацию, понять, что можно ожидать от такого ребенка, где его сильные или слабые стороны, как развивать и воспитывать ребенка [45]. Взрослыми, скорее всего, правила

поведения в травмоопасных ситуациях должны быть изложены по-разному с учетом типа темперамента ребенка: энергичный или медлительный тип.

На основе темперамента уже прижизненно формируется *характер*. Это набор качеств человека, которые больше отражают не количественные характеристики, а качественные. Например, дружелюбие, правдивость, застенчивость, оптимизм, смелость и т.д. В данном исследовании автор солидарен со следующим определением характера: «это система установочных индивидуально-психологических особенностей человека ... определяющая типичные для него способы поведения в стандартных ситуациях» (Доценко Е.Л., 2009, с. 145-146).

На характер ребенка частично можно повлиять родителям, но для этого им важно своевременно заметить особенности ребенка, понять в каких ситуациях, при каком поведении ребенка возникают, например, трамоопасные риски. Схематично это выглядит таким образом: родитель заметил риски, проанализировал их по ситуации и способу поведения ребенка в них и предложил альтернативные убедительные варианты. В ином случае, ребенок имеет привычку распространять привычное (хоть и неудачно сложившиеся) поведение в определенной ситуации на больший круг событий. В локальных ситуациях взрослому важно научить ребенка вести себя не травмоопасно. Вновь отметим, что ответственность лежит на родителях.

«Поведенчески ориентированная часть характера парадоксально сочетает в себе унификацию (отбор наиболее эффективных форм поведения) и индивидуализацию (исполнение так, как никто другой)» (Доценко Е.Л., 2009, с. 263). Рассмотрим некоторые особенности характера, которые могут привести к непреднамеренным травмам. Важно учитывать такую особенность характера как импульсивность, которая обнаруживается в склонности реагировать на обстоятельство, условие, ситуацию торопливо под воздействием эмоций или внешних событий. Проявление

импульсивности может быть даже опасно в определенных ситуациях, где риск травм повышен (крутые лестницы, скользкий пол, узкие проходы, парк аттракционов, коридоры переполненные детьми в школах и т.п.). Если эта особенность проявляется именно в бесконтрольных реакциях с ней нужно работать и корректировать, так как такие реакции могут приводить и к травматизации.

Черт характера насчитывается несколько сотен, как травмоопасные можно выделить некоторые из них, они в свою очередь могут быть как положительными, так и отрицательными: любознательность, настойчивость, упорство, энергичность, капризность, истеричность, безволие, вспыльчивость, нерасторопность, невнимательность, неусидчивость, озлобленность, раздражительность, расхлябанность, страх, суетливость и т.п.

Родители обязаны формировать и развивать типичное поведение детей в стандартных ситуациях, так как, если ситуация родителями не стандартизована, то типовое поведение ребенка генерализуется на больший круг ситуаций. Перечень стандартных ситуаций: вставать своевременно по будильнику, переходить дорогу, греть еду и воду, кататься на мокром полу, ежедневно бегать по комнате, где годами не прикреплен к стене шкаф или телевизор и т.д.

С позиции родителей дети бывают удобные: тихие, послушные, смирные, а бывают неудобные с рождения: немного “более”, чем иные. Они более настойчивые, более упрямые, более своенравные, чувствительные и восприимчивые, громкие, болтливые, шустры. Чаще всего эти дети отстаивают свое видение мира с помощью непослушания и движения. Их поведенческие особенности и эмоциональные проявления – это не запланированные действия, это их внутреннее состояние, с которым сами они не смогут и не умеют справиться [44]. Родители при этом, часто уверены в том, что ребенок сам определяет поведение, склонны считать, что изменить кого-либо вряд ли удастся, они говорят: «Он всегда такой ...». *Хотя взрослые*

люди обязаны таким детям помогать: подбором вида деятельности, спорта, хобби, организацией простых домашних дела, которые помогут скомпенсировать их особенности и травмоопасное поведение в том числе.

Холерик, вполне здоровый ребенок, может травмироваться из-за свойственной ему резкости, стремительности, быстрого темпа, порывистости, нетерпеливости. Ребенок хлопнул дверью, прижал палец, побежал по мокрому полу, так как ему надо быстрее. Меланхолик же в связи с более инертным темпераментом может травмироваться, так как не успевает своевременно отреагировать на сигнал опасности, в школе на перемене или на проезжей части для него чрезмерно шумно, ему трудно выделить сигналы опасности. Так повышенная активность здорового ребенка с темпераментом холерика или же хаотичным, необузданным, неорганизованным характером может быть интерпретирована родителями как СДВГ (ложный синдром). Учитывая особенности темперамента ребенка и особенности его характера, психолог может помочь родителям – научить их эффективно взаимодействовать с ребенком в различных сферах жизни: в быту, учебе, отдыхе [6]. Предвидеть и предупреждать поведение ребенка и его поступки, реакции, эмоциональные состояния, выбирать правильные стратегии в воспитании, помочь организовать родителям травмобезопасное поведение здорового ребенка [81; 161].

Так среди особенностей характера, связанных с подверженностью травматизму, можно выделить: агрессивность, чрезмерную самоуверенность, недостаточную чувствительность к людям, слабую дисциплинированность, тревожность, нерешительность, сверх-общительность, гиперответственность, склонность к риску, нежелание выполнять требования безопасности, неспособность их выполнить. Например, когда ребенок тревожен, его напряжение нарастает, общая напряженность дублируется напряженностью мышц, что ведет к неловкости движений и повышает риск травм. Ощущение ребенком конфликтности в семье – неправильно выстроенные

взаимоотношения с ребенком, если ребенок регулярно наблюдает ссоры, его состояние взвинчивается, он становится, тревожен, не желает выполнять родительские требования. Это проявляется снова в повышенной активности, которая становится результирующей переменной.

Под *личностными особенностями* понимаем в первую очередь ценностно-мотивационные особенности здорового ребенка, определяющие его способность управлять своей жизнью, брать на себя ответственность за свои решения, осмысленно формировать свою идентичность [28]. Основы личности ребенка закладываются в раннем возрасте и благодаря воздействию семьи [72]. Личность преимущественно социальное явление, поэтому именно социум (родители близкие родственники и педагоги) оказывают большое влияние на ее формирование и становление [85].

Например, драчливого ребенка требуется научить общаться, прощать (личный поступок), дружить и/или эмоциональной зрелости (умению управлять своими эмоциональными реакциями, так, обиженный ребенок бьет себя головой о стену, чтоб травмой привлечь внимание. Корректировать особенности личности в детском возрасте возможно и вполне еще доступно [9]. С точки зрения родителей под воспитанием часто понимается именно контроль над действиями, поступками детей и наказание за проступки. Таким образом, важная роль в воспитании ребенка принадлежит стилю воспитания в семье (см. далее 1.3.2.).

Таким образом, учет психологических особенностей ребенка позволяет взрослым частично прогнозировать повышенный риск повторных непреднамеренных травм, который во многом зависит и от самого ребенка, а именно от его врожденных характеристик, например свойств темперамента, которые важно учитывать в воспитании. Компенсировать риски достаточно успешно могут взрослые (родители и специалисты, как психологи, так и педагоги), оказывая влияния на характер и опираясь на личность ребенка при его воспитании. Так, зная и опираясь на индивидуально-психологические

особенности ребенка, учитывая их в воспитании, взрослые могут частично прогнозировать и компенсировать риски повторных травм у детей. В развитии ребенка важная роль принадлежит врожденным характеристикам, например темпераменту. Поэтому речь идет не о полной ответственности взрослых за риски травматизации, а именно об их важной и значимой роли и умеренной ответственности в профилактике травматизма у детей в случае, если причину повторных непреднамеренных травм усматриваем именно в индивидуально-психологических особенностях ребенка [34; 44; 85; 161].

1.3.2. Особенности микросоциальной ситуации развития ребенка

Под **особенностями микросоциальной ситуации развития ребенка** в представленной работе понимаем особенности в семье и в учреждениях: 1) индивидуально-психологические особенности родителей и педагогов 2) стиль семейного и педагогического воспитания 3) социально-психологические характеристики семьи и коллектива.

Детский возраст характеризуется повышенной ранимостью и чувствительностью к различным влияниям микросоциальной среды. Основными положительными факторами семейной микросоциальной среды являются многообразие явлений, окружающих ребенка, постоянное положительное эмоциональное общение его с взрослым, внимание к индивидуальным особенностям ребенка.

Среди микросоциумов по степени влияния на ребенка на первом месте стоит семья [151; 153; 170]. Забота о развитии и здоровье ребенка начинается по существу с организации здорового образа жизни в семье.

К **индивидуально-психологическим особенностям родителей** относим особенности темперамента, характера и особенности личности взрослого человека. Иногда родителям трудно понять и принять своего непростого ребенка вовсе не из-за его интенсивных реакций или высокой

чувствительности, а из-за несовпадения темпераментов. От разности темпераментов родителя и ребенка сильно зависит, легко или трудно родителю воспитывать ребенка, в том числе задавать правила, увидеть риски травм. Когда поведение ребенка воспринимается как признак избалованности или капризов, родители склонны реагировать более негативно и жестко. Они не верят, что за этим поведением стоят реальные эмоции или потребности [94]. Родители не могут серьезно повлиять на темперамент ребенка (см. 1.3.1.), но они вполне способны изменить свои реакции на него [42].

Характер родителя может стать фактором риска повторных травм ребенка, если и сам родитель не организован, вспыльчив, не уверенный, недостаточно ответственный, не терпеливый, тревожный, рискованный, навязчивый, не последовательный. Дети отчасти копируют модель поведения родителей особенно в дошкольном возрасте. Есть английская пословица: «Не пытайтесь воспитать ребенка, воспитайте себя, все равно он будет похож на Вас». Если темперамент не изменяется, то над особенностями характера можно работать и развивать его при личном желании родителя.

Часто взрослые, имеющие дело с трудным ребенком, надеются, что кто-то где-то сможет точно сказать, что им делать, покажут ребенку, что такое правильное поведение и выполнение такого совета снимет проблему [39]. В данном случае важное значение имеет уровень зрелости личность взрослого человека – родителя. Который, проявляя себя как личность, может занять активную позицию по отношению к своей жизни и сделать осознанный выбор вариантов поведения, взять ответственность за безопасность жизнедеятельности ребенка на себя, совершить осознанный поступок. Например, планомерно, скорее всего, вместе со специалистом (психологом) выделить наиболее вероятные причины травмоопасного поведения детей в данных конкретных жизненных условиях и минимизировать в последующем риски повторной травматизации ребенка.

В массовом сознании не сформирована мысль, что травмоопасное поведение детей обусловлено факторами, часть которых находится в пределах семейной ситуации [84; 142; 160], чаще причины видят в самих детях. Хотя педагогическая мудрость известна: «Всё – и хорошее, и плохое – человек получает в семье» [72].

В зависимости от индивидуально-психологических особенностей родители формируют характерный способ отношения к ребенку – стиль семейного воспитания. Нельзя говорить, что только стиль семейного воспитания оказывает влияние на формирование личности ребенка, тем не менее, вероятность появления тех или иных черт в зависимости от стиля семейного воспитания увеличивается или уменьшается. Широко представлены работы, описывающие многообразие типов семейного воспитания, в подобных исследованиях типологии основаны на авторских критериях, в связи, с чем практически невозможно вывести единую классификацию стилей семейного воспитания [93].

Выделяют особенности, отражающие основные стили семейного воспитания, которые могут повышать риски непреднамеренного повторного травматизма у детей. По стилю отношений между родителями и детьми в семье это такие, как авторитарное, либеральное и попустительское воспитание. При *авторитарном стиле общения или жестком стиле* практикуется низкий уровень эмоционального принятия ребенка, отвержение взрослым и избыточный уровень контроля. У ребенка возникают трудности с развитием самостоятельности, формируется чувство неполноценности в семье, тревожность от постоянного напряжения. Требования, запреты и правила не обсуждаются, они утверждаются, все необходимо незамедлительно выполнять. Требования бывают сильно завышены и неадекватны ребенку по возрасту, система правил и требований ригидная и неизменная. Родители не принимают личностные/эмоциональные особенности ребенка, его чувства, желания и переживания. Ребенок травмой

в таком случае может завоевывать внимание и нежность родителя, заботу о себе. Несамостоятельный ребенок, которого всегда проводят через пешеходный переход за руку, и основным правилом это держаться взрослого, сам правильно безопасно перейти будет затрудняться. По мере взросления ответственность за жизнь и развитие ребенка также остается в руках родителей, его право на выбор самостоятельного пути развития пресекается. Родители, декларируя «Не бегай по комнате», при этом не позаботились, например, прикрепить к стене шкаф, и однажды шкаф упал, когда дети играли и не бегали, а запнулись о ковер. Данные взаимоотношения приводят к внутреннему конфликту, т.к. подлинное «Я» ребенка не учитывается, истинные желания и потребности не удовлетворяются. Возможно, такой ребенок чрезмерной активностью и травмой привлекает к себе внимание.

При *либеральном (снисходительном) стиле* взаимоотношений при теплом принятии ребенка имеет низкий уровень контроля в форме вседозволенности и всепрощенчества. Требования, запреты и правила при таком воспитании практически отсутствуют, уровень контроля/руководства недостаточен, у ребенка нет разумных поведенческих и психологических границ. Ребенку предоставляется полная свобода действий. Родители считают, что он должен ко всему прийти самостоятельно, на основании собственного опыта. Но если это опыт сидеть на подоконнике или перилах балкона, то последствия могут быть печальны. Или опыт приобретаемый, когда ребенок перебегает в неположенном месте дорогу или на красный свет (я видел мальчика, он перебежал дорогу, все прошло нормально; я видел, когда селфи делают на дереве, но из практического опыта врачам известно, что с другого дерева ребенок 9 лет упал и сломал позвоночник). Реальная помощь, поддержка и защита со стороны родителей низкая. Варианты таких стилей детско-родительских отношений могут быть расценены как факторы риска непреднамеренных травм ребенка.

При *попустительском стиле* родители неосознанно чаще демонстрируют холодное отношение к ребенку, безразличны к его потребностям и переживаниям, не устанавливают для детей достаточных ограничений, преимущественно родителей интересуют собственные проблемы. Родители убеждены, что если их ребенок одет, обут и накормлен, то их родительский долг выполнен. Главный метод воспитания – кнут и пряник, причем сразу после наказания может следовать поощрение – «лишь бы не орал», они часто оправдывают шалости ребенка, любят повторять: «Ну и что, я сам таким был и вырос хорошим человеком». Ключевые слова попустительского стиля: «Делай, как хочешь! ».

Э.Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис выделили факторы родительского воспитания, наиболее важные с точки зрения формирования нарушений поведения и отклонений личности детей: уровень протекции, степень удовлетворения потребностей ребенка, количество и качество требований к ребенку, степень требований-обязанностей, строгость санкций.

Рассмотрим *особенности воспитательных воздействий родителей*, в свою очередь которые также могут повышать риски травматизации. Например, гиперпротекция, наличие значительного количества санкций, недостаточность требований и обязанностей у ребенка, так формируется общая дезорганизованность в семье и неустойчивость стиля воспитания [94].

Уровни протекции в системе воспитания, как факторы повторных травм. *Гиперпротекция (гиперопека)* – родитель оберегает ребенка от проблем сейчас, но мешает ему учиться ответственности и причинно-следственным связям поведения. Так, родитель бдительно следит за поведением ребенка, порой ограничивает его самостоятельное поведение, постоянно тревожится, что с ребенком может что-то произойти, чем они затрудняют становление самостоятельности ребенка. Создается странное впечатление о ситуации с повторными травмами у детей: родители опекают ребенка, но в то же время оказывается, что не доглядывают за ним. Не

обученные самостоятельности дети травмируются в моменты, когда родитель не может контролировать их тотально, в бесконтрольные паузы, оставленные без присмотра даже на мгновение (что соответствует анамнезу семей, имеющих детей с травмами). Например, рассмотрим, что происходит с ребенком, когда он учится ходить и часто падает (вначале спонтанно падает правильно – заваливается, приседает и т.п.). Если же взрослые ловят каждый шаг ребенка и переживают по этому поводу, то ребенок не сможет научиться падать и будет падать чаще неудачно, будет падать больно. Если же ребенку дали возможность падать «вдоволь», когда он это делает легко и спонтанно, то далее он будет падать уже менее травмоопасно. А также испуги родителей создают тревожное состояние ребенку, там, где его не должно быть. Таким образом, получаем два эффекта (фактора травмоопасности): ребенок не может спонтанно позаботиться о себе в случае высокого риска травмы, и у него растет тревожность, пугливость.

Противоположная крайность – *гипопротекция*, где ребенок оказывается без присмотра, учится методом проб и ошибок. Пробовать нырять вниз головой в пруд, где неглубоко. Пример из медицинской практики: парень 9 лет доставлен бригадой скорой помощи с переломом шейного отдела позвоночника и отсутствием движений в конечностях (инвалид на всю оставшуюся жизнь). Из анамнеза известно, что родители относят ребенка к часто травмирующемуся, они с ним уже неоднократно обращались в больницу с легкой черепно-мозговой травмой, переломом ключицы, ожогом стопы. Семья полная, трое детей, родители имеют среднее образование и работают. К психологу не обращались, считали, что когда мальчик вырастет, его травмы завершатся, это связано с возрастом. Со слов всегда надеялись, что ребенок растет самостоятельный, разрешали много гулять.

Игнорирование потребностей ребенка, как фактор риска повторных травм – чаще страдают при этом духовные запросы, особенно потребность в

эмоциональном контакте, общении ребенка с родителем. Такой ребенок травмой порой завоевывает внимание к себе, заботу о себе.

Количество запретов к ребенку в семье, как фактор повторных травм. Чрезмерность запретов (доминирование) – ребенку «все нельзя», В таком случае ребенок оказывается не приспособленным даже к обыденным бытовым ситуациям. Недостаточность требований и запретов к ребенку, когда ему «все можно». Ребенок знает, что по мокрому полу бегать не безопасно, но ему же можно и это весело, поэтому он бежит и падает – травмируется.

Недостаточность обязанностей у ребенка в семье, как фактор повторных травм. В этом случае ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье. Эта особенность воспитания проявляется в высказываниях родителя о том, что трудно привлечь ребенка к какому-нибудь делу по дому. Опасность в отстранении и отдалении от реальной деятельности, снижается чувство настоящего и бдительности, возрастает риск травм.

Чрезмерность санкций к ребенку в семье, как фактор повторных травм. От последовательности родителя зависит чувство безопасности мира у ребенка и чувство понимания, как устроен мир. Неожиданно необоснованными наказаниями родители дезориентируют ребенка в системе оценок и критериев «хорошо/плохо».

Таким образом, родительская дезорганизация жизненного пространства своих детей, непоследовательность родителей способствуют нарушению ориентировочной основы деятельности. Ребенок не знает на чем сосредоточить свое внимание, он вынужден перепробовать все подряд, перескакивает от одного дела к другому, чаще всего не может завершить начатое и это побуждает его активизировать свое поведение. Ребенок как будто бы интересуется многим, но на самом деле он пытается найти

недостающие опоры и это внешне проявляется как *повышенная его нецеленаправленная двигательная активность*.

При анализе особенностей *социально-психологических характеристик семьи*, как факторов риска непреднамеренных повторных травм понимаем, что семья имеет характеристики, свойственные любой другой малой группе, а именно: размер, гомогенность членов группы, гибкость групповой деятельности, участие членов группы в выполнении функций и ролей и т.п. [46].

Порой важно учитывать количество взрослых участников в воспитании ребенка, полноту семьи, количество детей в семье, национальность, занятость, образование родителей [130; 148; 163]. Каждая характеристика может стать фактором, увеличивающим риск травм ребенка [125]. Например, в воспитании помогают родителям няня и бабушка с дедом, а с ребенком к травматологу за его 8 лет жизни обращений уже 6, в том числе и с травмами головы, и с травмами, требующими операции и госпитализацию («У семи нянек дитя без присмотра»).

1. Воспитание «в культуре болезни», когда ребенок привыкает к мысли, что травма дает ему многие права, освобождая от обязанностей, из-за нее все должны идти навстречу всем его желаниям, ограждать от неприятностей, освобождать даже от посильных обязанностей, прощать проступки и позволять то, что непозволительно другим [35]. В результате при столкновении с жизненными трудностями у ребенка, как правило, возникает необходимость «ухода в болезнь» и он травмируется.

Факторы риска непреднамеренных повторных травм ребенка можно выделить и в других *социальных структурах* (школа, детский сад, кружки, секции): индивидуально-психологические особенности педагогов, стиль семейного педагогического воспитания, социально-психологические характеристики семьи и коллектива [32]. Риски повторного непреднамеренного травматизма ребенка в учреждениях усматриваем в

учебном классе, на уроке, при физических упражнениях, на переменах, во время вне учебных мероприятий.

Учитывая, что в детском саду, школе происходит большая часть эмоционального, социального и психического становления ребенка, особые требования предъявляются к педагогу, призванному обеспечить это становление. Для эффективной работы педагога, важно учитывать его индивидуально-психологические особенности: темпераментные, характерные и особенности личности. В зависимости от этого каждый педагог индивидуально по-своему будет проявлять: принятие каждого ребенка, признание и уважение его как личности, благополучное эмоциональное состояние, уравновешенность, уверенность, самовосприятие, личностно-ориентированное преподавание, гибкость, спонтанность поведения, ответственность.

Хотя врожденная характеристика темперамента не определяет результатов деятельности педагога, она влияет на процесс и методы его работы [50]. Свои черты характера педагогу, как взрослому человеку, ответственному за развитие и воспитание, желательно понимать и развивать. Особенно такие как: сдержанность; терпеливость; оптимизм; эмоциональную уравновешенность; терпимость; душевную щедрость; точные и быстрые реакции, при этом нужно сохранять тактичность и самообладание, не забывать о требовательности.

Что касается стиля воспитания, принятого в общеобразовательном учреждении, то учреждение самостоятельно выбирает формы, средства и методы обучения и воспитания в соответствии Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29.05.2015 № 996-р «Об утверждении Стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года» и уставом общеобразовательного учреждения. Вероятно, влиять на риски травматизма у детей могут определенные особенности социально-психологических характеристик коллектива общеобразовательного

учреждения. Например, такие особенности, как недостаточная информированность, недисциплинированность, неорганизованность, не сплоченность.

Подробный анализ особенностей социальной ситуации развития ребенка в учреждении (детский сад, школа, кружки, секции), как факторов риска повторных непреднамеренных травм *не предусмотрен в рамках нашего исследования*, но может являться предметом дальнейших разработок [24; 73].

Особенности микросоциальной ситуации развития ребенка достаточно предсказуемы, они почти полностью компенсируются именно взрослыми (родителями и/или педагогами), поэтому их в данном исследовании относим к зоне максимальной ответственности взрослых.

1.3.3. Биологические предпосылки повторных травм – пределы компенсации и ложные атрибуции

Основные исследования биологических предпосылок повторного травматизма преимущественно рассматривают данный вопрос, как смежную область неврологии, психологии, нейропсихологии, психиатрии, представляющей собой большую и самостоятельную медико-социальную проблему [54]. В представленной научной работе упорядочены непсихологические факторы, способствующие повышению вероятности повторных травм по степени их структурной необратимости, медицинской и/или психологической курабельности. При наличии в семье описанных факторов и их своевременном обнаружении у родителей есть возможность подготовить детей и их окружающих к более безопасной жизнедеятельности. Среди биологических предпосылок повторного травматизма рассматриваем:

1. ***Физическая инвалидизация***, когда ребенку трудно или невозможно управлять своими конечностями, невозможно услышать оповещающих опасность звуков, невозможно увидеть предметы или ситуации с

повышенной опасностью, риск травматизации может увеличиваться, дети с множественными нарушениями имеют наибольший риск получения травм первично и повторно [162; 174]. В данном случае важная роль принадлежит медицинской (пассивная и активная реабилитация) и социальной курации (организация и обеспечение дополнительных технических средств) пациентов [38; 99]. Психолог также может играть свою эффективную роль – психологическое сопровождение детей-инвалидов педагогом-психологом.

Факторы повторных травм, такие как гиперопека и авторитарный стиль воспитания родителями детей могут актуализироваться при воспитании ребенка-инвалида.

2. **Заболевания нервной системы**, например, эпилепсия. В результате повторяющихся, неконтролируемых, особенно в случаях с потерей сознания, эпилептических приступов, возможны случайные травмы частей тела. Пациенты с эпилепсией имеют риск падений, которые и не связаны с эпилептическим приступом. Проспективное когортное исследование, проведенное в Индии среди 420 детей в течение 12 месяцев показало, что дети с эпилепсией подвержены повышенному риску получения травм и, следовательно, нуждаются в наблюдении [157]. Психические расстройства у детей, например, ранний детский аутизм (МКБ 10 код F84.0) могут приводить к травмам [33].

Но и в данном случае психолог может играть свою эффективную роль – обеспечить психологическое сопровождение родителей, имеющих детей с заболеваниями центральной нервной системы. Факторы повторных травм могут актуализироваться в семье и в данном случае (гиперопека, санкции, авторитарный стиль).

3. **Функциональные изменения в нервной системе** или других органах, имеющие болезненный характер, воздействующие на поведение ребенка, *повышая у него подверженность опасности*: недомогание, головные боли, нарушения сна, подавленность, раздражительность.

Примерно у 25% детей в популяции имеются те или иные проблемы со сном. Расстройство в виде гиперсомноленции, чрезмерной дневной сонливости могут приводить к снижению восприятия сигналов опасности, *повышая риск травм*. Недосыпание и усталость вызывают симптомы, схожие с гиперактивным поведением.

Можно отметить, что дети с неврологическими расстройствами действительно имеют повышенные риски непреднамеренных травм [153]. Какие-то из указанных нарушений можно *компенсировать на уровне поведения и организации жизни* при вовлечении социальных служб. Другие нарушения таковы, что в них нужно и можно вмешаться врачам с применением лекарственной или физиотерапии, психотерапии и *довести данные состояния до полной или частичной компенсации*. И, несмотря на то, что сами факторы непсихологические, их структурированная своевременная социальная и психологическая курация позволяет добиться хороших результатов в снижении рисков непреднамеренных травм у детей [79].

Но в популяции большая часть детей с непреднамеренными травмами не имеет неврологической патологии. Большинство родителей и близких родственников объясняет проблему высокого уровня травм у ребенка его *повышенной двигательной активностью* и непоседливостью. «Повышенная активность ребенка – это самый заметный признак в поведении часто травмирующихся детей, это переменная, интегрирующая в себе все обозначенные выше факторы. Принимая во внимание данный признак поведения, взрослые люди ответственным за травму назначают именно ребенка» [177].

Большинство родителей и сами "ставят" диагноз «гиперактивность», называя на их взгляд излишне подвижного ребенка гиперактивным. Однако в детском возрасте довольно часто встречаются *состояния – «имитаторы» СДВГ*: у 15-20% детей периодически наблюдаются внешне сходные с этим синдромом формы поведения [100].

Так, повышенная активность ребенка ошибочно интерпретируется родителями или лицами их замещающими, как СДВГ. При этом нейропсихологические характеристики активных детей не выходят за границы возрастной нормы.

4. *Минимальные мозговые дисфункции (ММД)*. В российской медицинской литературе, в отличие от зарубежной, под термином ММД врачами неврологами, психиатрами, детскими нейропсихологами понимается большой спектр неврологических расстройств, которые классифицируются в разных рубриках МКБ-10. ММД является собирательным понятием и не является нозологической единицей. Однако следует отметить, что в клинической практике часто приходится наблюдать у детей сочетание симптомов, которые относятся не к одной, а к нескольким диагностическим рубрикам [17].

При гиперкинетическом расстройстве (МКБ-10: F-90, F-91) ребенок вследствие постоянного движения, невозможности устоять на ногах, залезает куда-нибудь, не дослушивает задание до конца, имеет рассеянное внимание, у него недостаточно развито осознанное торможение (произвольность действий). Вследствие описанных черт ребенок имеет повышенный риск к непреднамеренным травмам: падениям, столкновениям, ударам тела. Прогноз относительно благоприятен, т.к. у значительной части детей симптомы исчезают в подростковом возрасте, только в 30–70% случаев клинические проявления: чрезмерная импульсивность, вспыльчивость, рассеянность, забывчивость, непоседливость, нетерпеливость, непредсказуемые, быстрые и частые смены настроения могут наблюдаться и у взрослых [67].

На сегодняшний день термин СДВГ отсутствует в классификации. В МКБ-10 СДВГ относился к гиперкинетическим расстройствам – группе эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском возрасте. В МКБ-10 кодируется это состояние как F90.0 –

нарушение активности и внимания; F90.1 – гиперкинетическое расстройство поведения (англ. attention deficit hyperactivity disorder, аббр. ADHD). В МКБ-11 входит в новую рубрику и относится к нейроонтогенетическим расстройствам – нарушениям развития нервной системы. С неврологической точки зрения СДВГ это стойкий и хронический синдром, для которого не найдено способа излечения. Синдром перемещен в данную группу по причине раннего начала, характерных расстройств в интеллектуальном, двигательном и социальном функционировании и частым сочетанием с другими нарушениями развития нервной системы. Учитывая, что результат исследования важен именно для практических целей в представленной научной работе оставлен именно термин СДВГ, который понятен врачам, педагогам, родителям и принят широкой публикой.

В литературном обзоре (1.2.2) уделено значительное внимание СДВГ, потому что, как будет показано далее, взрослые, чаще всего именно родители или лица их замещающие, гиперактивностью и невнимательностью объясняют причины непреднамеренных повторных травм у детей, что далеко не всегда соответствует действительности.

Встает серьезный вопрос кто, когда и каким образом мог бы эффективно курировать детей с непреднамеренной повторной травмой, снижая риски детской травмы особенно у детей с внешними поведенческими проявлениями в виде повышенной двигательной активности.

Так сформулирована гипотеза 2 нашего исследования, что в основе повышенной двигательной активности ребенка чаще всего обнаруживается следующее:

А (стереотипные представления). Нейрофизиологические предпосылки гиперактивности, как нозологической формы (истинный синдром).

Б (альтернативная). Проявление индивидуальных особенностей здорового ребенка и деятельностное преобразование им условий социальной ситуации своего развития (ложная гиперактивность).

Биологические предпосылки повторных непреднамеренных травм у детей относят риски травматизации к предсказуемым (прогнозируемым), риски частично компенсируются взрослыми и относятся к зоне высокой ответственности взрослых.

Таким образом, существует ряд факторов, которые повышают эффект первичной травмы, но есть и повышающее эффект повторной травмы, так как есть вторичная выгода. Повторным травмам способствует наличие вторичной выгоды, полученной от первой травмы. Благодаря травме ребенок достигает некоторых вторичных преимуществ: родители частично снижают наказания (санкции) к нему, родители и ребенок становятся ближе друг к другу эмоционально и физически (родители заботятся о нем в трудный период жизни). Каждая травма позволяет ребенку компенсировать низкое внимание родителей, хотя бы частично. В результате формируется устойчивый смысловой паттерн, который находит свое поведенческое выражение в высокой активности и рискованности ребенка, что создает предпосылки или неявную готовность к повторным травмам ребенка и бессознательное восприятие того, что любая травма или болезнь – это хорошо.

Понимание источников травматизма даст подсказку специалистам, как психологу, так и врачу, на кого и сколько возлагать ответственности в травмоопасных ситуациях ребенка. Человеку нельзя вменить в вину то, на что он не мог повлиять. Тем не менее, даже в случае, если причина непреднамеренной травмы физиологическая, а не психологическая, ответственность возлагается не на само заболевание, а на то, в какой мере ответственные за ребенка взрослые люди смогли учесть эту особенность: как сняли или снизили риски травматизации, как организовали быт, привили навыки безопасного жизнеобеспечения.

1.4. Модель факторов, обуславливающих повторные травмы у детей

1.4.1. Обоснование предполагаемой модели факторов риска повторного детского травматизма

С целью обеспечения полноты учета всех факторов, обуславливающих риски повторных непреднамеренных травм у детей, они рассмотрены и систематизированы в таблице (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Предполагаемая модель факторов риска повторных детских непреднамеренных травм

1-е классификационное основание: Индивидуальное – Социальное. В модели оно нашло свое отражение в параметрах «**Индивидуально-психологические особенности ребенка**» (столбец, обозначенный А) и «**Особенности социальной ситуации развития ребенка**» (столбец, обозначенный Б).

К первой группе факторов – **индивидуально-психологические особенности ребенка** относим: личностные особенности ребенка (ячейка 1 в таблице), особенности его темперамента и характера (ячейка 4) и физиологические особенности (ячейка 7).

Вторая группа факторов – **особенности социальной ситуации развития ребенка**. Как *в семье*, так и *в учреждении* существуют индивидуально-психологические особенности взрослых, окружающих ребенка. В семье это родители или заменяющие их лица (бабушки, дедушки, дяди, тети, няни). В детском саду это воспитатели, в школе – учителя, в дополнительном образовании – тренера. В свою очередь, вторая группа факторов неоднородна и может быть разбита по степени близости или отдаленности по отношению к ребенку: «В семье» (в модели это соответствует ячейкам 2, 5, 8) и «В учреждении» (ячейки 3, 6, 9). Группа факторов «Индивидуально-психологические особенности родителей или заменяющих их лиц» (ячейка 2) и «Индивидуально-психологические особенности педагогов» (ячейка 3) отражают достаточно приближенные по отношению к ребенку характеристики взрослых, а группа факторов в разделе «Социально-психологические характеристики коллектива» (ячейка 9) максимально отдалены от ребенка.

2-е классификационное основание: степень зависимости самих факторов от возможности их контролировать специалистам.

Следует отметить, что специалисты (как врачи, так и психологи), работающие с детьми, имеют разную возможность влияния на проблемы и факторы повторной травматизации ребенка. Психотерапевтическая интервенция с целью профилактики повторных травм экономней и эффективнее может быть оказана самому ребенку. Например, помощь ребенку в формировании социальной зрелости, самостоятельности, ответственности. Возможности воздействия на темперамент ребенка и характер более трудоемкие, но тоже возможны. В нашей модели они

отмечены как средние по степени курабельности. Например, холерик, вполне здоровый ребенок, может травмироваться из-за свойственной ему резкости, стремительности, быстрого темпа, порывистости, нетерпеливости. Ребенок хлопнул дверью, прижал палец, побежал по мокрому полу, так как ему надо быстрее. Меланхолик же в связи с более инертным темпераментом может травмироваться, так как не успевает своевременно отреагировать на сигнал опасности, в школе на перемене или на проезжей части для него чрезмерно шумно, ему трудно выделить сигналы опасности. Так повышенная активность здорового ребенка с темпераментом холерика или же хаотичным, необузданным, неорганизованным характером может быть интерпретирована родителями как СДВГ (ложный синдром). Учитывая особенности темперамента ребенка и особенности его характера, психолог может помочь родителям – научить их эффективно взаимодействовать с ребенком в различных сферах жизни: в быту, учебе, отдыхе.

Предвидеть и предупреждать поведение ребенка и его поступки, реакции, эмоциональные состояния, выбирать правильные стратегии в воспитании, помочь организовать родителям травмобезопасное поведение здорового ребенка.

Самые слабые возможности психотерапевтической интервенции с целью профилактики повторных непреднамеренных травм при наличии у ребенка врожденной патологии центральной нервной системы, минимальных мозговых дисфункциях (СДВГ как нозологическая форма (истинный синдром)). А также по отношению к социально-психологическим характеристикам семьи (неполные семьи, семьи с низким материальным достатком, многодетные семьи). И крайне низкие возможности воздействия на уровне социально-психологических характеристик коллектива образовательного учреждения.

Таким образом, 2-е измерение (левый столбец) в предполагаемой модели упорядочивает факторы риска травм по степени их зависимости от

возможности оказания психотерапевтической интервенции с целью профилактики детского травматизма от сильно зависящих (ячейка 1) до практически не зависящих (ячейка 9).

3-е классификационное основание: надежность прогноза рисков повторных непреднамеренных травм у детей (нижняя строка) в нашей модели упорядочивает факторы риска травм по возможности прогнозирования рисков травматизации (вероятность наступления травмы при известных факторах). От надежного прогноза рисков травмы (второй столбец) до совсем ненадежного прогноза (правый крайний столбец). Что служит основой для дополнительных возможностей по курации травматического случая специалистами.

Таким образом, вероятно, что здоровый ребенок входит в группу риска по повторным непреднамеренным травмам, если имеются определенные факторы риска. Это предположение составляет гипотезы исследования.

Гипотеза 1. Факторами риска повторных непреднамеренных травм могут выступать следующие индивидуальные особенности ребенка: проявление общей активности темперамента, гиперактивное поведение, агрессивные тенденции в поведении, ситуативная тревожность, сенситивность к состояниям родителям (эмоциональная чувствительность), неорганизованность.

Гипотеза 2. Факторами риска повторных непреднамеренных травм могут выступать следующие особенности семейной ситуации: ощущение ребенком напряженных семейных отношений, нестабильное психоэмоциональное состояние родителей, неустойчивая самооценка родителей, гиперпротекция в воспитании, ребенку не добавляют структурированности социальной адаптации развития.

Для практической работы психолога-консультанта и других специалистов, работающих с детским травматизмом, важно понимать, к какой группе факторов относятся причины повторного травматизма. Это

позволит менее трудоемко проводить коррекционную работу с учетом особенностей ребенка и индивидуально-психологических особенностей родителей или лиц их заменяющих их, педагогов, воспитателей.

1.4.2. Организационно-методические возможности модели факторов риска повторного травматизма

В исследовании показаны следующие возможности предполагаемой модели факторов риска повторного непреднамеренного травматизма у детей (рис. 1):

1. Работа с предложенной моделью позволяет проводить **мониторинг возможностей влияния различных специалистов на травматические ситуации** у детей с целью профилактики и коррекции повторного непреднамеренного детского травматизма.

Оценив риски по каждой ячейке модели, профессионалу становится яснее, к какому специалисту следует направить ребенка и родителей за помощью. Если оценивать факторы травмирования ребенка, как они меняются по мере движения в модели вдоль левой стороны, то обнаруживается *шкала сотрудничества сфер деятельности специалистов* - от психолога (левый верхний угол) до врача и нейропсихолога (нижний левый угол). При рассмотрении модели вдоль верхней стороны выстраивается шкала взаимодействия специалистов от психолога до социального педагога или же психолога-педагога (правый верхний угол). В правом нижнем углу модели нишу курации проблем занимает организационный психолог и администрация детских учреждений. Таким образом, модель показывает, как объединяется *взаимодействие всех ключевых специалистов (психолог – нейропсихолог – врач – социальный педагог – организационный психолог)*.

2. Предложенная модель позволяет **квалифицировать случаи травматизации по степени ответственности** за травму ребенка вовлеченных в ситуацию травматизации лиц. Требуется это как при необходимости определить степень ответственности взрослых, так и для выявления субъектов влияния на ситуацию в будущем с целью профилактики повторных непреднамеренных травм ребенка

По каждому конкретному ребенку в случае травмы можно указать *лиц, на чью компетентность следует ориентироваться*, и определить степень их ответственности. В случаях, если дело будет направлено в суд, модель дает возможность корректно *спланировать экспертное обследование* и получить взвешенное заключение. При сборе необходимых сведений можно будет указать, на ком лежит основная ответственность (на конкретном родителе, семье, педагоге, учреждении), а на ком – косвенная. Специалистам при выявленном векторе (на ком) и мере ответственности (сколько) станет понятно, с кем или с чем следует работать приоритетно. Можно будет дать прогноз, насколько трудно будет курироваться рассматриваемый случай. Разумеется, если случай зависит от физиологических проблем у ребенка (например, ММД), то коррекционная работа будет более трудоемка, чем в случае работы с личностными характеристиками ребенка или родителей.

Врач (травматолог, нейрохирург, хирург, офтальмолог, отоларинголог, челюстно-лицевой хирург) – первый, кто принимает ребенка с травмой в медицинском учреждении, он оказывается своего рода *диспетчером травматической ситуации*. На оказание методической помощи именно ему и направлены наши усилия. Получив первые представления о сложившейся ситуации, он в состоянии понять, куда направить ребенка и его семью: к неврологу, нейропсихологу, психологу детскому или семейному, педагогу-психологу или же задействовать в коррекции администрацию учреждения (подробнее см. главу 3).

Понимание источников травматизма даст подсказку специалистам, как психологу, так и врачу, *на кого и сколько возлагать ответственности при травмоопасных ситуациях ребенка*. Известно, что человеку невозможно вменить в вину то, на что он не мог повлиять. Тем не менее, даже в случае, если причина непреднамеренной травмы физиологическая, а не психологическая, например, ММД, ДЦП ответственность возлагается не на само заболевание, а на то, в какой мере ответственные за ребенка взрослые люди *смогли учесть* эту особенность. Как сняли или снизили риски травматизации, как организовали быт, привили навыки безопасного жизнеобеспечения.

Выводы по 1 главе

Проблема повторного детского травматизма введена в круг исследовательских тем. Выявлено, что по данным ВОЗ ежегодно частота детских травм возрастает. Наиболее высокая смертность от несчастных случаев, по данным ЮНЕСКО, у детей в возрасте от 5 до 14 лет – до 50% [20]. Показано, что в статистике травм повторные травмы составляют больше половины (~60%). Термины «повторный детский травматизм» и «травмоопасное поведение» впервые введены в русскоязычный профессиональный дискурс (медицинский и психологический).

Несмотря на широту освещения темы в исследованиях по детскому травматизму подробно не изучены причины повторных травм, не описаны психологические механизмы возникновения бытового травматизма и патогенез этих травм, фрагментарно изучены особенности социальной ситуации ребенка с травмами. Таким образом, очевидна необходимость в систематизации и классификации вероятных психологических факторов риска травм ребенка и выделение среди них наиболее вероятных.

Выделены две группы психологических факторов повторных травм у детей 1) индивидуально-психологические особенности ребенка и 2) особенности микросоциальной ситуации развития ребенка (в семье и в учреждении). Показано, что один раз, сработавший психологический фактор, может действовать повторно.

Вероятными и значимыми индикаторами повторных непреднамеренных детских травм от детей, могут выступать: активность проявления темперамента, гиперактивное поведение, агрессивные тенденции в поведении, ситуативная тревожность, сенситивность к состояниям родителей (эмоциональная чувствительность), неорганизованность. От родителей: особенности темперамента, характера и личности родителей их нестабильное психоэмоциональное состояние, неустойчивость и крайности стиля воспитания детей (гипер- и гипоопека), авторитарный стиль воспитания, завышенные санкции к ребенку, недостаточность требований и обязанностей у ребенка в семье, недостаточно структурированная взрослыми социальная адаптация ребенка, конфликтные взаимоотношения в семье.

На основании изученных факторов в данном исследовании разработана предполагаемая модель психологических факторов и индикаторов, обуславливающих детский повторный непреднамеренный травматизм.

Модель позволяет квалифицировать случаи травмирования по степени ответственности за травму ребенка вовлеченных в ситуацию травматизации взрослых людей. Работа с предложенной моделью позволяет проводить мониторинг возможностей влияния различных специалистов на травматические ситуации у детей с целью психологической профилактики и коррекции повторного непреднамеренного детского травматизма.

В настоящее время взаимодействие между врачами и психологами в рамках проблемы повторных непреднамеренных травм у детей полностью не налажено. Необходимо выстроить правильную траекторию медико-психологического сопровождения, направленную на снижение рисков

повторных непреднамеренных травм у детей и определить основных субъектов психологического воздействия с учетом их особенностей.

Глава 2. Организация и содержание эмпирического исследования

2.1. Цели и задачи исследования

Цель исследования – исследовать психологические факторы, способствующие повышению риска повторных непреднамеренных травм у детей 5-10 лет.

Задачи исследования:

1. Спланировать эмпирическое исследование: выявить особенности индивидуальных особенностей ребенка (от личностных до физиологических), микросоциальных ситуаций развития ребенка в семье (стиль воспитания, принятый в семье, индивидуальные особенности родителей), которые повышают риск повторных непреднамеренных детских травм.
2. Сформулировать требования к процедуре выявления индивидуальных особенностей ребенка и социальных ситуаций его развития.
3. Разработать процедуру выявления факторов в группах индивидуальных особенностей ребенка и микросоциальных ситуаций его развития в семье.
4. Выявить с помощью разработанной процедуры индивидуальные особенности ребенка и микросоциальные ситуации развития ребенка в семье.
5. Обработать полученный материал, сопоставить полученные результаты с проверяемыми гипотезами.
6. Дать интерпретацию полученным результатам, сделать содержательные выводы о соответствии гипотезам.

2.2. Характеристика выборки

Сбор материала исследования производился в городе Тюмени на базе ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», МАОУ «Гимназия №16», МАДОУ «Детский сад № 83». Критериями включения пациентов в исследование служили физические травмы детей, непреднамеренного характера, которые потребовали обращения в приемное отделение ГБУЗ ТО «ОКБ №2» к врачам: травматологу, нейрохирургу, детскому хирургу, окулисту, челюстно-лицевому хирургу, отоларингологу и прочим 1, 2 или более раз (для основной группы и 1 группы сравнения). Детям на момент обследования было от 5 до 10 лет (доподростковый возраст). По данным статистики опасный возраст для травм. Нейропсихологическая диагностика традиционно проводится детям с 5 лет [4]. Критериями исключения являлись случаи, вызванные массовыми техногенными или природными катаклизмами, наличие тяжелого органического поражения головного мозга, сопутствующей соматической патологии, инвалидности. Обследование детей проводилось после получения добровольного информированного согласия. Протокол исследования одобрен Этическим комитетом ФГБОУ ВО «ТМУ» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В исследовании приняли участие 450 исследуемых: 225 диад (ребенок – законный представитель ребенка). Учитывая в анамнезе наличие количества травм у детей, было сформировано 3 группы. В основную группу были включены дети с повторными травмами (≥ 2), группы сравнения составили дети с 1 травмой и без травм, по 75 детей в каждой группе.

Отбор детей в группы проводился на основании изучения истории заболевания (травмы). Для каждого уровня независимой переменной были подобраны дети с разным количеством травм. В исследование включены дети с различными травмами: черепно-мозговая и спинномозговая травма, ушибы, раны мягких тканей, переломы, вывихи ребер, пальцев или

конечностей, переломы костей носа, лицевого-скелета, ушибы внутренних органов, ожоги, контузия глазного яблока, травматическая экстракция зубов и прочие. В группу нетравмирующихся были отнесены дети из детского коллектива (детский сад и школа), которые за свою жизнь еще не имели травм.

Рассматриваются дети от 5 лет, так как с данного возраста они доступны нейропсихологической диагностике, изучаем детей до 10 лет (доподростковый возраст), так как заинтересованность в исследовании сфокусирована не на причинах подросткового возраста, а на самих системах детского повторного травматизма с учетом данных статистики по травмам у детей. За пределами объекта остаются случаи разового травматизма, вызванные техногенными или природными катаклизмами.

Из всех исследуемых детей мальчиков было 156 и девочек – 69, средний возраст $7,1 \pm 0,5$ года. Возраст законных представителей ребенка составил от 24 до 76 лет (средний возраст $35,6 \pm 1$ год).

2.3. Методы исследования

Методы исследования подбирались согласно целям и задачам проводимого исследования. Однако, возник ряд препятствий, которые необходимо было преодолевать. Учитывая, что исследование проводилось в приемном отделении больницы, методики подбирались именно в экспресс варианте, что позволяло отнимать у родителей минимум времени, быть доступным участникам диагностического и лечебного процесса.

Исследование проведено при поддержке гранта РФФИ «Аспиранты» № 19-313-90036.

Информационной базой исследования послужили законодательные и нормативные документы Министерства здравоохранения Российской Федерации, материалы научных журналов, конференций, посвященные

проблеме детского травматизма, роли междисциплинарного медико-психологического взаимодействия.

Независимая переменная – степень выраженности травматизма у детей. Уровни независимой переменной (группы обследуемых): основная группа - дети с частыми травмами (количество травм 2 и >), группа сравнения 1 - дети с разовыми травмами (количество травм 1) группа сравнения 2 - нетравмированные дети (количество травм 0). **Зависимая переменная** – факторы, повышающие вероятность непреднамеренных травм ребенка. **Контролируемые переменные** – возраст, пол детей.

Перечень параметров, которые измеряем, следующие. У ребенка: двигательная активность, эмоциональные особенности, положение в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье, активность проявления темперамента, наличие диагноза СДВГ (по МКБ-10 классифицируется, как F 90.0 (нарушение активности и внимания) и F 90.1 (гиперкинетическое расстройство поведения)). У родителей: принятый в семье стиль воспитания, приоритетные ценности, психоэмоциональное состояние, самооценка, стиль воспитания, уровень субъективного контроля.

Согласно предполагаемой модели психологических факторов риска непреднамеренных травм (см. 1.4) были отобраны методы диагностики, с целью охватить большее количество таковых (Табл. 1). Для оценки группы факторов риска **индивидуальные особенности ребенка использовались** следующие методы. Для детей: проективные методики: «Несуществующее животное» (Дукаревич М.З., Яньшин П.В. 1990, Музыченко, Г.Ф. 2013), «Кинетический рисунок семьи» (Бернс Р. С., Кауфман С. Х., 2000) экспресс - нейропсихологическая диагностика и для родителей: методика «Определение темперамента ребенка» (Волков Б.С., Волкова Н.В., 2009), тест «Критерии выявления гиперактивности по П. Бейкеру и М. Алворду» [22; 57; 70], а также осмотр врачом неврологом или психиатром ребенка.

Следует отметить, что для определения эмоциональных особенностей целевой группы детей (от 5 до 10 лет) оптимальными в диагностике являются именно проективные методы. Они достаточно эффективны в этом возрасте, что определяется их возможностью изучать базовые, глубинные структуры психики ребенка, которые трудно диагностировать другими методами. Проективные методы точно соответствуют возрастным возможностям детей (от 5 до 10 лет) и дают возможность изучить отношение детей к миру, самому себе, деятельности и своей социальной роли, исследовать и выявлять личностные черты, установки, потребности [70]. Проективные методики являются специфической, неоднородной группой психодиагностических методов. Данные по валидности рисуночных методик не позволяют сделать однозначных выводов [74]. В исследованиях же, проведенных в Гонконге, Малайзии проводился анализ валидности рисуночных методик. По результатам исследования сделаны выводы о *приемлемой экспертной валидности рисуночных методик* (Chih-Ying Lia, 2014), определено, что полученные данные могут использоваться психологами в области медицинской психологии, в психологическом консультировании и других областях, где используются проективные рисуночные методики [43; 70].

Для подгруппы факторов риска ***личностные особенности ребенка*** предлагается проективный тест "*Несуществующее животное*". Тест позволяет оценить тревожность, самооценку, тенденцию к деятельности (активность), восприятие своего «Я», переживания страха, агрессию, рациональность в принятии решений, отношение к своим действиям и поведению, тревожность. Тест применим для детей, начиная с 4 лет.

Для подгруппы факторов риска ***особенности характера и темперамента*** адекватным инструментом является экспресс-методика «*Определение темперамента ребенка*», предложенная Б.С. Волковым и Н.В. Волковой [11]. Ответить на вопросы, касающиеся темперамента ребенка, предлагалось его законным представителям.

Для подгруппы факторов *физиологические особенности ребенка* (свойства его нервной системы), обозначенной в модели ячейкой 7, использовались «*Критерии выявления гиперактивности по П. Бейкеру и М. Алворду*», осмотр врача невролога, психотерапевта и нейропсихолога. Часто взрослые считают, что ребенок гиперактивен, основываясь только на том основании, что он очень много двигается, непоседлив. Такая точка зрения ошибочна, так как другие проявления гиперактивности (дефицит активного внимания, импульсивность, когнитивные особенности) в этом случае ими не учитываются.

В России диагностика СДВГ проводится только детским неврологом, психоневрологом и/или значительно реже педиатром. Она включает в себя анализ истории болезни: начало и выраженность симптомов, факторы риска и предполагаемые причины по данным анамнеза, семейные психопатологии. Для выявления отклонений в сомато- и нейроразвитии проводится общее обследование, и врач оценивает состояние ребенка, выявляет наличие отклонений в развитии. Для диагностики легкой церебральной патологии у детей с СДВГ используют электроэнцефалографию [19]. Частые случаи коморбидных состояний у больных детей с СДВГ диктует необходимость проведения нейропсихологического анализа и инструментальных исследований. Прежде всего, симптомы расстройства следует разграничивать с нормальной, свойственной многим детям (особенно в дошкольного возрасте) высокой двигательной активностью: у детей с СДВГ двигательная расторможенность сочетается с нарушением кинестетической основы движения и зрительно-пространственной организации; при обследовании отмечается общая мышечная гипотония, признаки атаксии и дискинезии.

Нейропсихологическое исследование детям применялась в прикладном аспекте – для уточнения наличия проблем, связанных с когнитивными процессами [2]. При диагностике СДВГ в медицинской практике оно необходимо именно для поиска альтернативных методов медицинской

помощи при заболевании. В основе диагностики психических процессов у российских специалистов лежит методика общего нейропсихологического обследования А.Р. Лурия, нейропсихологическая экспресс-диагностика «Лурия-90», разработанная Э.Г. Симерницкой. Конечная цель нейропсихологического обследования заключается не только в обнаружении нарушенных психических функций, но и в поиске общего в этих нарушениях (нейропсихологического фактора), объединяющего их в синдром и позволяющего выявить конкретную причину расстройства разных психических функций [82].

С целью изучить уровень психических процессов у детей, исследовали следующие симптомокомплексы: умственной работоспособности и концентрация внимания, движений и действий, гнозиса, речевых функций, памяти и интеллекта. Для оценки группы факторов риска *особенности социальной ситуации развития ребенка в семье* использовали методики. Для детей: «Психологический портрет родителя» (Г.В. Резапкина), «Кинетический рисунок семьи» (Бернс Р. С., Кауфман С. Х., 2000), «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г, Никольская И.М., Пушина В.В., 2006 и для родителей «Субъективная оценка родителями своего типа воспитания» (авторская методика),

Для подгруппы факторов *индивидуально-психологические особенности родителей или заменяющих их лиц* использовали методику «Психологический портрет родителя» (Г.В. Резапкина). Методика позволяет построить "портрет" родителя по следующим шкалам: приоритетные ценности, психоэмоциональное состояние, самооценка, стиль воспитания, уровень субъективного контроля. Переменные кодировались следующим образом: приоритетные ценности: 1 - отношения с детьми; 2 - отношения с коллегами; 3 - собственные переживания. Психоэмоциональное состояние: 1 - благополучное; 2 - неблагополучное; 3 - нестабильное. Самооценка: 1 - позитивная; 2 - негативная; 3 - неустойчивая. Стиль воспитания: 1 -

демократический; 2 - либеральный; 3 - авторитарный; 4 - стиль не сформировался.

Для подгруппы факторов риска *стиль воспитания* принятый в семье, в данной работе использована та же логика, что заложенная в методику "Анализ семенных взаимоотношений" в детском варианте (от 3 до 11 лет) [94]. Из методики взяты заложенные шкалы, родителям предложено оценить особенности воспитания в семье непосредственным образом (а не опосредовано, через ответы на вопросы). Способ оценивания – субъективное шкалирование (как в методике Дембо-Рубинштейн) (Приложение В). Независимая переменная - уровень повторного травматизма. Зависимая переменная - уровень выраженность шкал стиля воспитания (протекция, учет потребностей, требования, обязанности, санкции).

Для подгруппы факторов риска ***социально-психологические характеристики семьи использовали*** проективные методики для детей. Первая – методика «Семейная социограмма», которая позволяет выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и, кроме того, определить характер коммуникаций в семье – прямой или опосредованный. Вторая – методика "Кинетический рисунок семьи" позволяет оценить следующие социально-психологические характеристики семьи: сплоченность, разобщенность, структура, иерархия [7].

Методы для оценки *индивидуально-психологических особенностей педагогов, стиля воспитания, принятого в общеобразовательном учреждении и социально-психологических характеристик коллектива учреждения* не использовались, т.к. не предусмотрены сценарием данной научной работы. Дело в том, что систематичность этих факторов сильно варьирует в разных ситуациях и вряд ли будет проявлена единая закономерность. Нам важно систематическая закономерность, а не конкретный фактор, как это было бы важно для случаев экспертизы.

Таблица 1 – Критерии, которые измеряем в исследовании

Методики	Критерии
1. «Несуществующее животное» (Дукаревич М.З., Яньшин П.В. 1990; Музыченко, Г.Ф. 2013)	1.Тревожность 2.Самооценка
2. «Кинетический рисунок семьи» (Бернс Р. С., Кауфман С. Х., 2000)	1. Благоприятная семейная ситуация 2. Конфликтность в семье 3. Чувство неполноценности в семейной ситуации у ребенка 4. Враждебность в семейной ситуации ощущение ребенком 5.Тревожность ребенка
3. «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г, Никольская И.М., Пушина В.В., 2006)	1. Высокая самооценка 2. Низкая самооценка 3. Адекватная самооценка 4. Эгоцентричность 5. Конфликтность в семье
4. «Критерии выявления гиперактивности по П. Бейкеру и М. Алворду» (Лютова Е.К., 2007; Гребнева В.В. и др.)	1. Предположение о наличии гиперактивности 2. Предположение об отсутствии гиперактивности
5. Нейропсихологическая диагностика	1. Умственная работоспособность 2. Концентрация внимания 3. Движения и действия 4. Гнозис 5. Речевые функции 6. Память 7. Интеллект
6. «Определение темперамента ребенка» (Волков Б.С., Волкова Н.В., 2009)	1. Сангвинический тип 2. Холерический тип 3. Флегматический тип 4. Меланхолический тип 5. Смешанный тип
7. Осмотр ребенка врачом неврологом или психиатром, заключение врача	1. Диагноз СДВГ подтвержден 2. Диагноз СДВГ не подтвержден
8. «Субъективная оценка родителями своего типа воспитания» (авторская методика)	1.Уровень протекции в процессе воспитания. 2. Степень удовлетворения потребностей ребенка 3. Количество требований к ребенку в семье 4. Количество требований-запретов 5. Строгость санкций
9. «Психологический портрет родителя» (Резапкина Г.В., 2006)	1. Приоритетные ценности 2. Психоэмоциональное состояние 3. Самооценка, 4. Стиль воспитания 5. Уровень субъективного контроля

2.4. Процедура проведения исследования

В эмпирическом исследовании использовались следующие методы: клинический, клинико-психологический, психодиагностический, нейропсихологический.

Клиническое направление в психологическом исследовании предполагает интеграцию, связанных с травмой ребенка, данных. Клинический метод использовался в виде наблюдения и беседы с ребенком и родителями, направленной на сбор анамнеза травма и жизни. Беседа проводилась с самим ребенком, с его законным представителем, с воспитателем и учителем. Беседа с родителями включала в себя изучение социально-психологической ситуации развития ребенка, его взаимоотношений с родителями, сверстниками, педагогами. Во время беседы с ребенком важно было расположить его к себе, чему способствуют непринужденный, спокойный разговор, улыбка, ободряющие жесты.

Изучение анамнестических данных выполнялось с помощью клинико-биографического метода. Анализировались данные медицинской документации: поликлиническая карта, справки, выписки.

При согласии законного представителя ребенка принять участие в исследовании для семьи использовались вышеописанные методы (см. 2.1.2.).

Проективные методики для детей позволили определить (согласно авторским нормам интерпретации по каждой методике) наличие критериев (факторов) у ребенка, представленных в таблице 2. Процедура обследования состояла из рисования и беседы после рисования. Ребенку предоставлялся стандартный лист бумаги для рисования, карандаши, ластик. Детям объясняли инструкцию: «Придумай и нарисуй несуществующее животное и назови его несуществующим названием», «Нарисуй свою семью, можешь рисовать, как хочешь», «Перед тобой на листе изображен круг. Нарисуй в нем самого себя, членов семьи в форме кружков и подпишите их имена».

Каждая методика занимала 10-20 минут времени у ребенка. Если ребенок уставал, методики проводились в различные дни. При проведении методики ребенку предоставлялась возможность самому понимать и воспринимать столько, сколько он может, исходя из его психологической зрелости. После проведения проективных методик с детьми и родителями проводилась подробная беседа, обсуждались волнующие их вопросы.

Медицинские заключения (осмотр неврологом или психотерапевта). Данные предъявлялись родителями или уточнялись по каждому ребенку в поликлинике, которой он наблюдается. Если ребенок не был осмотрен специалистом, то родителям были даны рекомендации и направление, данные учитывались после посещения врача. СДВГ является медицинским диагнозом, который может поставить только врач-невролог или психиатр и после подробного осмотра ребенка и консультации родителей.

Нейропсихологическая диагностика происходила без присутствия родителей. В статусе отмечался общий балл, объединяющий анализ таких функций как, концентрация внимания, движения, гнозиз, речь, память, интеллект. Нейропсихологическое исследование начиналось с беседы, в ходе которой ребенку задаются вопросы на разные темы – семья, друзья, увлечения и т.д. этот этап позволяет оценить эмоционально-личностную и речевую сферы. Главная цель беседы – создание доброжелательной обстановки, мотивации сотрудничества у ребенка.

Работа родителей с предложенными им методиками занимала у них от 1,5 до 2 часов для каждого человека. После выполнения с ними проводилась подробная беседа, обсуждались волнующие их вопросы, давалась разъяснения.

Отзывы родителей или лиц, их замещающих, являются косвенным подтверждением корректности и валидности (проблемной релевантности) исследования. Взрослые отмечали, что объяснения, полученные в результате данной работы, им более понятны, чем объяснения, полученные ранее от

других специалистов (педиатров, травматологов, школьных педагогов-психологов).

В этой связи можно сделать вывод, что в ходе исследования были созданы условия, благоприятные для сбора данных и осознания родителями важности проблемы повторных непреднамеренных травм у детей.

2.5. Обработка полученных данных

Для удобства проведения статистического анализа полученных в *проективных методиках* данных, использовались закодированные по предложенным методикам ответы. Те критерии (факторы), что были выявлены, при интерпретации деталей и обработке полученных сведений кодировалась 1, их отсутствие обозначалось 0.

При исследовании таблиц сопряженности нескольких категориальных переменных использовали расчеты лонглейнового анализа, которые позволили рассматривать сочетание всех переменных между собой. Однако в данной работе основным заданием было выявить, как связан уровень повторной травматизации детей с другими переменными. Сочетания остальных переменных между собой (не содержащих переменную "травма") не рассматривались.

Описание родителями поведения ребенка. Гиперактивность со слов родителей кодировалась 1, её отсутствие обозначалось 0.

В методике «*Критерии выявления гиперактивности по П. Бейкеру и М. Алворду*» родители отмечали «+» признак, который проявляется у их ребенка. Сущность данной методики определяется наличием трех основных направлений: дефицит активного внимания, двигательная расторможенность и импульсивность. Если проявлялось хотя бы 6 из перечисленных признаков, можно было предполагать наличие гиперактивности у ребенка. После

анализа общего балла, предположительное наличие гиперактивности у ребенка взглядом родителя кодировалось 1, её отсутствие обозначалось 0.

Диагноз врача. Подтвержденный диагноз СДВГ (нозологическая форма) кодировался для статистических расчетов 1, не подтвержденный – обозначался 0.

Соответственно, критерии хи-квадрат были рассчитаны для каждого способа отдельно.

Нейропсихологическая диагностика. Наличие выявленных при нейропсихологической диагностике дефицитарных симптомокомплексов, указывающих на ММД и риски СДВГ кодировалось 1, отсутствие обозначалось 0. Учитывая, что выборки обследуемых достаточны по объему (75 человек в каждой группе – основной и группах сравнения), позволительно использовать в статистических расчетах для анализа данных нейропсихологического исследования однофакторный дисперсионный анализ (расчеты см. в Приложении Д).

В методике *«Определение темперамента ребенка»* (Волков Б.С., Волкова Н.В.) подсчитывались ответы родителей «А», «Б», «В», «Г». При преобладании ответов «А», имел место быть сангвиническим тип темперамента у ребенка, при «Б» - холерический, «В» - флегматический; «Г» - меланхолический тип темперамента. При одинаковом распределении ответов – смешанный тип темперамента. Выраженность типа темперамента у ребенка взглядом родителя при обработке данных кодировалась 1, её отсутствие обозначалось 0.

Данные, полученные в методике *«Психологический портрет родителя»* (Резапкина Г.В.), обработаны при помощи критерия хи-квадрат Пирсона.

В авторской методике *«Субъективная оценка родителями своего стиля воспитания»* родители ставили по шкале баллы от 0 до 7, которые соответствовала их отношениям с ребенком. Распределение данных, собранных при помощи методики *Стиль воспитания*, статистически

достоверно ($p < 0.01$) отличается от нормального распределения. Поэтому для обработки данных следует использовать непараметрический критерий Н Краскала – Уоллиса. Использование одностороннего дисперсионного анализа Краскала - Уоллиса, позволило определить, есть ли значимые различия в распределении по трем группам детей в шкале: приоритетные ценности, психоэмоциональное состояние, самооценка, стиль воспитания, уровень субъективного контроля. Пример расчетов см. Приложение 3.

Для подтверждения достоверности полученных в исследовании результатов был проведен статистический анализ данных. Полученные данные обработаны с использованием программного комплекса «Statistica 7.0 for Windows» (StatSoft Inc., USA). Для статистической обработки использовались критерии U-критерий Манна-Уитни, Н Краскала-Уоллиса, хи-квадрат Пирсона (см. Приложение). Результаты считались статистически значимыми при уровне $p \leq 0,05$.

Критерий Манна-Уитни

Назначение критерия – проверка гипотезы о статистической однородности двух выборок. Иногда эту гипотезу называют гипотезой об отсутствии эффекта обработки (имея в виду, что одна из выборок содержит характеристики объектов, подвергшихся некоему воздействию, а другая — характеристики контрольных объектов).

Распределение вероятностей U при гипотезе H. Хотя статистика Манна-Уитни является суммой одинаково распределенных случайных величин, принимающих значения 0 и 1, она не имеет биномиального распределения, так как эти величины являются зависимыми (например, зависимы результаты сравнения x_1 с y_1 и x_1 с y_2). Поэтому распределение статистики U приходится рассчитывать, используя специальные таблицы или асимптотические приближения. Однако расчет распределения статистики U значительно упрощается тем, что при выполнении гипотезы H это распределение не зависит от закона распределения выборок (если эти

распределения непрерывны).

Непараметрический критерий Н Краскала – Уоллиса

Критерий известен также под названием однофакторный дисперсионный анализ Краскала – Уоллиса. Предназначен для проверки равенства медиан нескольких выборок, является многомерным обобщением критерия Уилкоксона – Манна – Уитни. Критерий Краскала – Уоллиса является ранговым, поэтому он инвариантен по отношению к любому монотонному преобразованию шкалы измерения.

Критерий Пирсона

Критерий Пирсона — наиболее часто употребляемый критерий для проверки гипотезы о законе распределения. Во многих практических задачах точный закон распределения неизвестен, то есть является гипотезой, которая требует статистической проверки. Перед тем, как сформулировать правило принятия или отвержения гипотезы необходимо учесть, что критерий Пирсона обладает правосторонней критической областью. Если полученная статистика превосходит квантиль закона распределения заданного уровня значимости α или α с k степенями свободы, где k — число наблюдений или число интервалов (для случая интервального вариационного ряда), а p — число оцениваемых параметров закона распределения, то гипотеза отвергается. В противном случае гипотеза принимается на заданном уровне значимости.

Глава 3. Результаты и их обсуждение

3.1. Связь уровня повторного травматизма и пола ребенка

Для определения статистически достоверной связи между уровнем повторного травматизма и полом ребенка использовался критерий χ^2 Пирсона. Согласно расчетам (см. Приложение), статистически достоверная связь между полом ребенка и уровнем повторным травм не выявлена ($p > 0.05$). Таким образом, на нашей целевой выборке (возраст детей от 5 до 10 лет) уровень повторного травматизма у детей разного пола не различается, так не подтверждается общемировая тенденция, что мальчики травмируются в целом чаще девочек [89]. Вероятно, в детской популяции рост травмы у мальчиков обусловлен за счет группы детей других возрастов (до 5 лет или подростков) или же однократно травмированных детей.

3.2. Связь уровня повторного травматизма и индивидуальных особенностей ребенка

Связь уровня повторного травматизма и эмоциональных особенностей ребенка

Выявлена статистически значимая связь ($p < 0.05$) уровня повторной травматизации ребенка и шкалы Тревожность в методике «Несуществующее животное» и также достоверная связь ($p < 0.001$) по этой шкале в методике «Кинетический рисунок семьи». Данные отражены в рисунке 2.

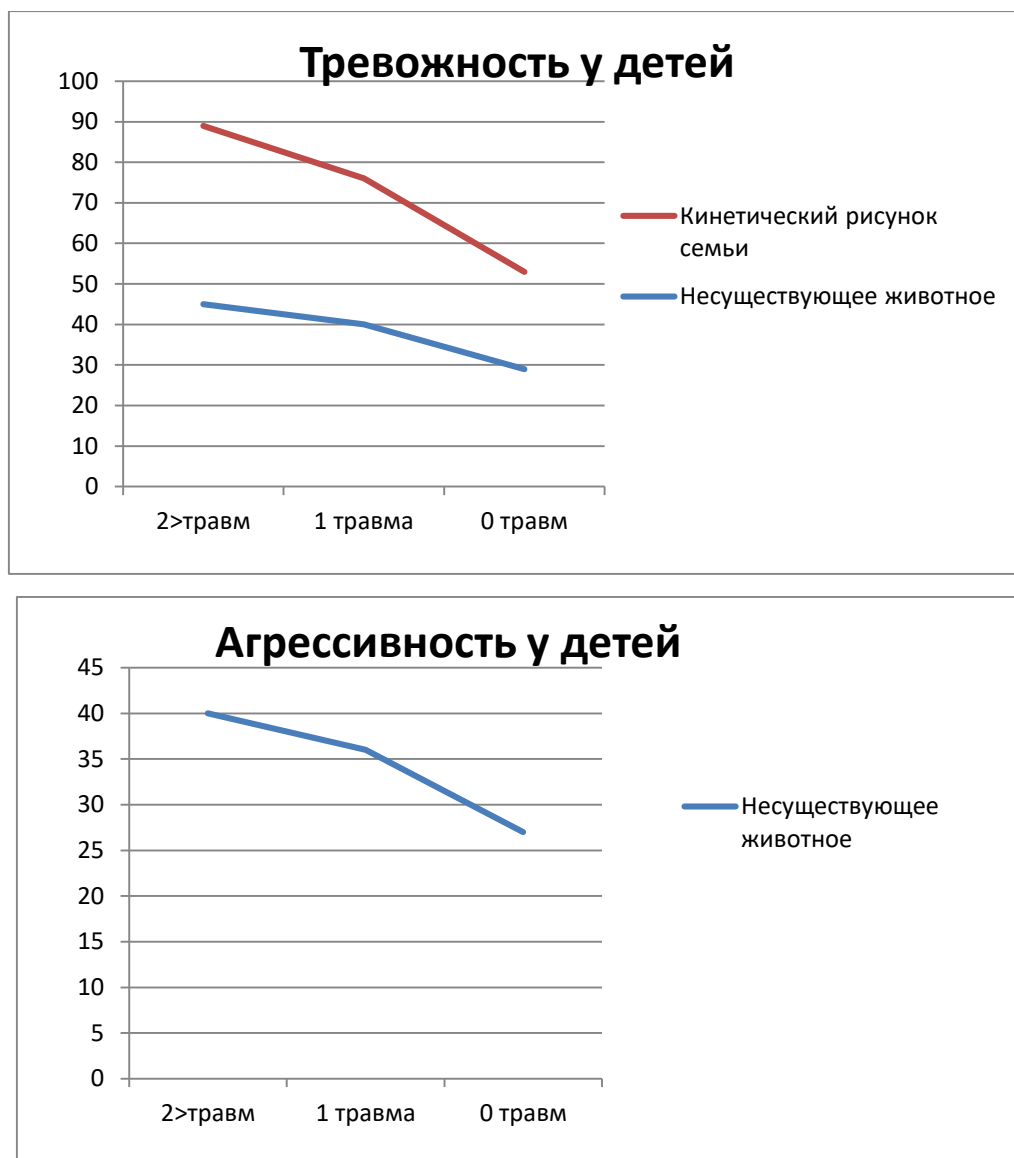


Рисунок 2 – Проявление тревожности и агрессии у детей с разным количеством травм

Анализ данных показывает, что в двухфакторные взаимодействия, включающие переменную травма, статистически недостоверны ($p < 0.05$). Из значимых трехфакторных взаимодействий наиболее значимым ($p < 0.001$) является триада Травма-Агрессия-Тревожность (наибольшая величина хи-квадрат). Так выявлена статистически значимая связь ($p < 0.001$) уровня повторной травматизации ребенка и шкалы Агрессия в методике «Несуществующее животное».

Из рисунка 2 видно, что у повторно травмирующихся детей тревожность проявляется чаще, чем у детей контрольной группы (0 травм). Дети из группы сравнения (1 травма) занимают явно промежуточное значение. Разброс достаточно велик, а основной объем значений располагается между другими группами, имея некоторую близость к детям из контрольной группы. Это подчеркивает, что тревожность выступает в качестве важной предпосылки повторных травм у детей.

Связь уровня повторного травматизма и темперамента ребенка.

В нашем исследовании не выявлена статистически достоверная связь ($p > 0.05$) между темпераментом ребенка (5-10 лет) и уровнем повторным травм. Таким образом, вероятно уровень повторного травматизма у детей с разным темпераментом в возрасте (5-10 лет) не различается.

Связь уровня повторного травматизма и гиперактивности ребенка.

Наличие/отсутствие признаков гиперактивности определялось несколькими способами:

1. со слов родителей,
2. при помощи поведенческих критериев П. Бейкера и М. Алворда (ориентировочно);
3. по диагнозу врача (истинный СДВГ);

Соответственно, критерии хи-квадрат были рассчитаны для каждого способа отдельно (для 1, 2 и 3 способов).

Гиперактивность со слов родителей

Выявлены статистически достоверные ($p < 0.001$) различия в частоте встречаемости гиперактивности со слов родителей у детей с разным уровнем повторного травматизма.

Таким образом, выявлена связь уровня повторной травматизации здорового ребенка и его повышенной активности, описанной родителями, как гиперактивность.

Гиперактивность по критериям П. Бейкера и М. Алворда

Не выявлены статистически значимые различия ($p>0.05$) в частоте встречаемости гиперактивности, выявленной при помощи теста П. Бейкера и М. Алворда, у детей с разным уровнем повторного травматизма.

Гиперактивность по диагнозу врача

Не выявлены статистически значимые различия ($p>0.05$) в частоте встречаемости гиперактивности по данным диагноза врача у детей с разным уровнем повторного травматизма.

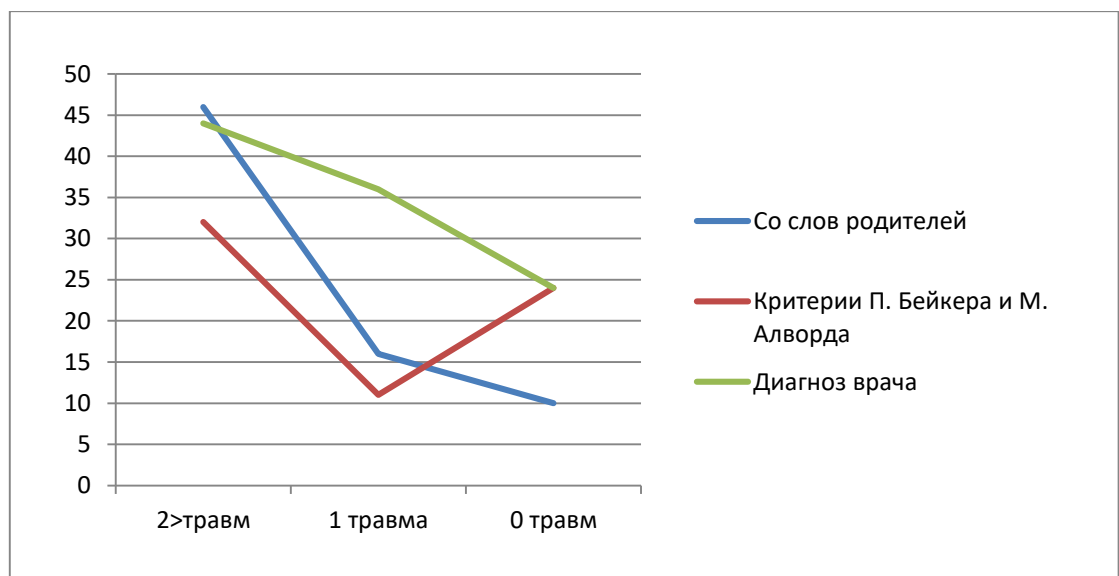


Рисунок 3 – Признаки проявления симптомов гиперактивности разными способами оценки

Из рисунка 3 видно, что значительная часть родителей всех исследуемых групп детей склонны оценивать своих детей как чрезмерно подвижных и активных, описывать их как гиперактивных. Вероятно, в этом случае продемонстрирован «стереотип массового сознания, тенденция родителей приписывать поведенческие трудности (в данном случае – гиперактивность) детям», возлагая неосознанно ответственность за травмы на самих же детей и их поведение.

Когда же родителям пришлось объективизировать свое видение поведения детей, отвечая на вопросы теста «Критерии П. Бейкера и М. Алворда», то количество детей, у которых возможна постановка диагноза, сократилось почти в три раза. В данном наблюдении скрывается ресурс для просвещения родителей – учиться обращать внимание на объективные показатели.

Врачи, осматривая ребенка, не склонны верить описанию поведения ребенка взрослыми (46 описаний (61,3 %)) Медицинский диагноз СДВГ установлен в 10 случаях (13,3 %) Следовательно, врач дает объективную картину ситуации, диагностируя СДВГ, а с помощью «Критериев П. Бейкера и М. Алворда» получаем преимущественно ориентировочные сведения [22]. Критерии П. Бейкера и М. Алворда хоть и имеют преимущественно ориентировочное значение, но они точнее, чем описание поведения ребенка с повторными травмами родителями.

Таким образом, «родители и лица, их замещающие, в пять раз чаще могут ошибаться с описанием поведения ребенка, обозначая его как гиперактивное. Эта деформация атрибуции порождает ошибочные цели для предупреждения травм – малопродуктивно все усилия сосредоточивать лишь на индивидуальных особенностях здорового ребенка, его повышенной двигательной активности» [35].

Следовательно, **подтверждается гипотеза**, что ребенок входит в группу риска по повторным травмам при наличии следующих факторов: агрессивные тенденции в поведении, тревожность, гиперактивное поведение. Гипотеза не получила поддержки на нашей выборке в части объяснения повторного травматизма особенностями темперамента ребенка.

Фактор риска повторных травм «неорганизованность ребенка» будет обсуждаться ниже.

Прояснить иные мишени для предупреждения травм можно на основе следующих результатов.

3.3. Связь уровня повторного травматизма у детей и семейных особенностей

Связь уровня повторного травматизма и индивидуально-психологических особенностей законных представителей ребенка.

Методика «Психологический портрет родителя» (Г.В. Резапкина).

Самооценка родителей или лиц, их замещающих

Выявлены статистически значимые различия ($p < 0.05$) между самооценкой родителей и уровнем повторной травматизации их детей. Позитивная самооценка чаще встречается у родителей с детьми без травм и/или, имеющих 1 травму в анамнезе – 50 (66,7 %) и 46 (61,3 %) случаев, в отличие от родителей с повторно травмирующимися детьми – 31 (41,3 %) случаев ($p < 0,05$). У родителей детей из основной группы чаще отмечается неустойчивая самооценка – 21 (28 %) случай (Табл. 2). Можно сделать вывод, что позитивная самооценка чаще встречается у родителей детей в группах сравнения.

Таблица 2 – Распределение родителей по группам самооценки

Самооценка родителей		Количество взрослых в группах и процент от выборки		
		≥ 2 травм	1 травма	0 травм
Позитивная	Частота	31*	46*	50*
	Процент	41,3%	61,3%	66,7%
Негативная	Частота	23	16	12
	Процент	0,7 %	21,3 %	16 %
Неустойчивая	Частота	21*	13*	13*
	Процент	28 %	17,3 %	17,3 %

Примечание: «*» - $p \leq 0,05$

Неустойчивая самооценка родителя затрудняет эффективность взаимодействия с окружающими, затрудняет решение жизненных проблем. Нестабильность, непредсказуемость неблагоприятно влияют на психологический климат в семье.

Приоритетные ценности родителей или лиц, их замещающих. Не выявлены статистически значимые различия ($p>0.05$) в частоте встречаемости вариантов приоритетных ценностей родителей или лиц, их замещающих у детей с разным уровнем повторных травм у детей.

Психоэмоциональное состояние родителей или лиц, их замещающих. Не выявлены статистически значимые различия ($p>0.05$) в частоте встречаемости разных видов психоэмоционального состояния родителей или лиц, их замещающих у детей с разным уровнем повторных травм у детей

Связь уровня повторного травматизма детей и стиля воспитания

1. Методика «Психологический портрет родителя» (Г.В. Резапкина).

Статистически достоверно различается ($p<0.05$) частота встречаемости разных стилей воспитания детей с разным уровнем повторного травматизма. Различия видны по стилю воспитания «Авторитарный стиль» и «Демократический стиль».

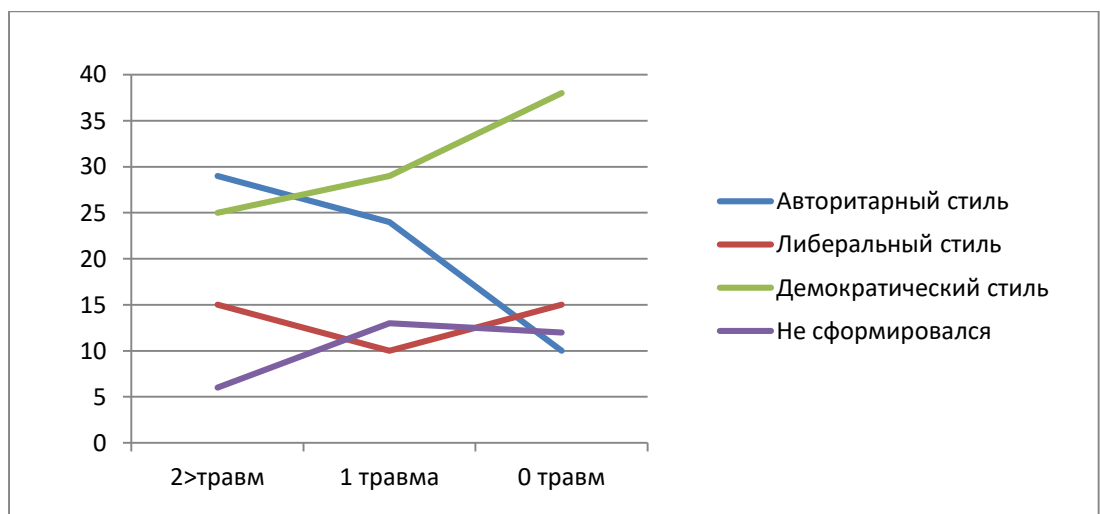


Рисунок 4 – Частота встречаемости стиля воспитания детей с разным уровнем повторного травматизма

Как видно, демократический стиль воспитания чаще встречается у родителей в семьях детей из контрольной группы (нет травм), авторитарный стиль воспитания – в семьях с детьми из основной группы (2 и > травм). Авторитарный (властный) стиль характеризуется стремлением старших максимально подчинить своему влиянию младших, пресекать их инициативу, полностью контролировать их поведение, интересы и даже желания, что достигается за счет *контроля над жизнью детей и наказаний*.

2. Методика «Субъективная оценка родителями своего типа воспитания». Выявлены статистически достоверные ($p < 0,01$) различия по шкалам «Протекция родителей в воспитании детей» и «Санкции в отношении ребенка за проступки». Данные приведены в таблице 4.

При оценке модального значения переменных отмечаем, что «родители основной группы чаще гиперопекают детей (модальное значение признака 6), строже наказывают (модальное значение признака 5), у этих детей (контрольная группа и группа сравнения) не достает обязанностей (модальное значение признака 3), а требования к ним предъявляют родители несколько ниже, чем родители к детям из контрольной группы и группы сравнения (модальное значение признака 3)» [36].

Таблица 3 – Показатели взаимоотношений родителей с детьми (средние значения/модальное значение признака)

Группы детей (количество травм)	Санкции в отношении ребенка за проступки	Протекция родителей в воспитании детей	Учет родителями потребностей ребенка	Требования родителей к ребенку	Обязанности ребенка
Основная группа (2 и более травм)	4,82* (5)	4,72* (6)	3,59 (4)	3,48 (3)	3,26 (3)
Группа сравнения (1 травма)	3,96* (3)	4,45* (3)	3,72 (4)	3,56 (4)	3,5 (3)
Контрольная группа (травмы отсутствуют)	3,62* (3)	4,1* (1)	4,0 (4)	3,58 (4)	3,54 (4)

Примечание: «*» - $p < 0,01$.

Родители часто травмирующихся детей чаще их гиперопекают, их строже наказывают, в то же время у этих детей недостаточно обязанностей в семье. Обнаруживается небрежное отношение родителей к детям из основной группы. Родители защищают своих детей, но потребности их не удовлетворяются, не достаточно учитываются, детей чрезмерно наказывают. В таких условиях дети оказываются в состоянии противоречивого дисбаланса, что можно расценить как дезориентацию и стрессовое состояние. Обратим внимание, что у детей группы сравнения, эти значения являются промежуточными, что говорит о неслучайном характере обнаруженной закономерности – наличии серьезных противоречий в отношениях с родителями у детей основной группы. Родители стараются все сделать за ребенка, освобождая его от «сложной» деятельности, так как он еще «маленький». Это, в свою очередь, заставляет ребенка снова и снова «бежать в болезнь», травмироваться. Срабатывает механизм психологической защиты – соматизация [30], помогающий ребенку избежать «отрыва» от матери, самостоятельного принятия решений, взросления и связанной с этим ответственности. Ребенок начинает амбивалентно относиться к болезни, бессознательно (а иногда и частично осознавая) цепляясь за психологические выгоды от своей травмы. Так по замкнутому кругу разворачивается картина повторного травматизма у ребенка, подкрепляемая родительским отношением к нему. Перестройка отношения родителя к ребенку (больше внимания, меньше требований и пр.) в ситуации болезни последнего может вызвать изменение в психической сфере ребенка (его восприятии болезни, мотивации к выздоровлению и прочие), что, в свою очередь, отразится на течении заболевания [37].

Анализируя данные, полученные с использованием непараметрический критерия Н Краскала-Уоллеса, выявлено, что статистически достоверно ($p < 0.01$) различается уровень шкал «Протекция» и «Санкции». Наиболее высокий уровень шкалы «Протекция» у родителей в воспитании детей из

основной группы (2 и > травм). Наиболее высокий уровень шкалы «Учет родителями потребностей ребенка» в контрольной группе (0 травм). Наиболее высокий уровень шкалы «Санкции в отношении ребенка за проступки» в основной группе (2 и > травм), наиболее низкий – в контрольной группе (0 травм).

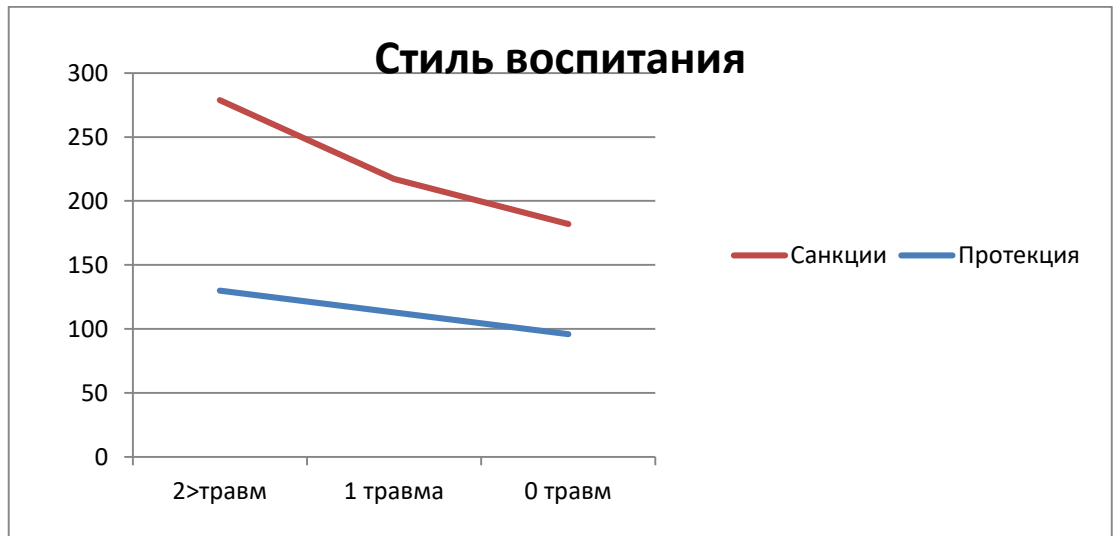


Рис. 5 – Особенности стиля воспитания в группах обследуемых

Сочетание повторного травматизма и эмоциональных особенностей ребенка в семье: ощущение конфликтности и неполноценности ребенком в семье.

На рисунке 5 видно, что часто травмирующиеся дети чувствуют конфликтность в семье чаще, что отличает их от детей группы сравнения и контрольной группы. Разброс значений между группами достаточный. В связи с этим чувство конфликтности в семье у ребенка можно рассматривать в качестве предиктора повторного травматизма детей. Часто травмирующимся детям присуще чувство неполноценности. Разброс значений между группами достаточный. В связи с этим, чувство неполноценности у ребенка можно также рассматривать в качестве предиктора повторного травматизма детей.

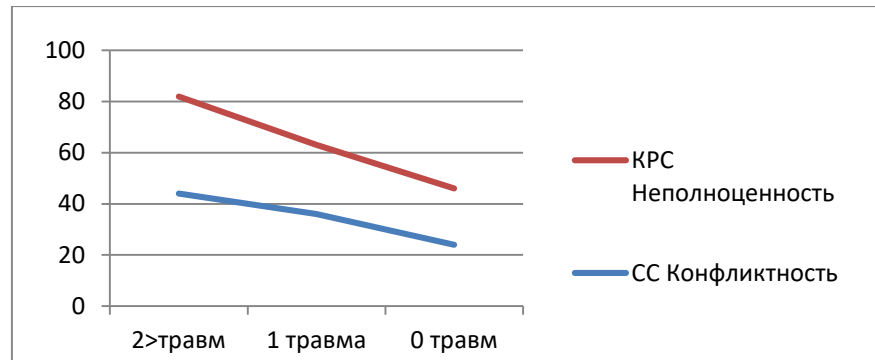


Рисунок 6 – Частота встречаемости ощущения конфликтности и чувства неполноценности у ребенка в семье. Методики «Семейная социограмма» и «Кинетический рисунок семьи»

Дети с 2 и более травмами более тревожны, они ощущают конфликтность, и испытывают чувство неполноценности в семье, в отличие от детей, у которых не было травм.

Подтверждается гипотеза в части проявлений индивидуальных особенностей здорового ребенка и деятельностного преобразования им условий социальной ситуации своего развития, проявляющихся чрезмерной двигательной активностью (ложная гиперактивность), которую и замечают родители, также *подтвердился один фактор* – неорганизованность ребенка.

Повышенная активность ребенка ошибочно интерпретируется как симптом синдрома СДВГ. «Эффект вторичной травмы ребенка зависит от первичной непреднамеренной травмы. В результате формируется устойчивый смысловой паттерн, который находит свое поведенческое выражение в высокой активности и рискованности ребенка. Это создает предпосылки или неявную готовность к повторным травмам ребенка и бессознательное восприятие того, что любая травма или болезнь - это хорошо. Благодаря повторной травме ребенок достигает некоторых вторичных преимуществ: родители частично снижают наказания (санкции) к нему; родители и ребенок становятся ближе друг к другу эмоционально и физически (родители заботятся о нем в трудный период жизни).

В результате каждая травма позволяет ребенку компенсировать низкое внимание родителей, хотя бы частично» [35].

3.4. Связь уровня повторного травматизма ребенка и его повышенной двигательной активности

В разделе 2.2.2. описаны результаты разных способов выявления гиперактивности у детей: со слов родителей, при помощи поведенческих критериев П. Бейкера и М. Алворда (ориентировочно) и по диагнозу врача (истинный СДВГ) (см. рис. 2). Кроме описанных вариантов всем детям проводилось экспресс-нейропсихологическая диагностика с целью возможности проведения нейропсихологического синдромного анализа синдромов несформированности ряда высших психических функций. Диагностика давала возможность отметить наличие или отсутствие признаков ММД у детей, что позволяло предполагать наличие основания для истинного (установленного врачом) или ложного (не подверженного врачом) синдрома дефицита внимания и гиперактивности. При наличии признаков ММД данные соотносились с диагнозом врача, который уже был поставлен ребенку до исследования или же ребенок направлялся к врачу на консультацию при выявлении признаков.

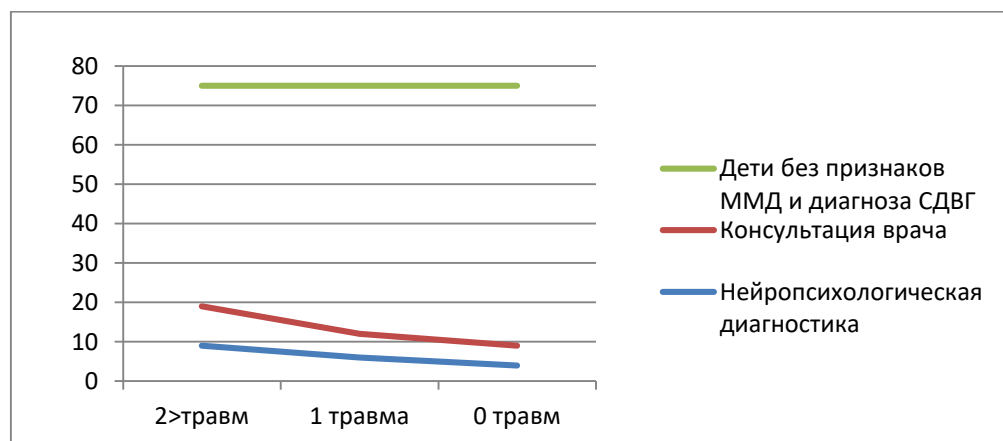


Рисунок 7 - Наличие признаков ММД у детей

В основной группе детей количество детей с признаками ММД находится во взаимосвязи с количеством детей с диагнозом СДВГ, установленным врачом. Эти с признаками ММД и диагнозом СДВ есть каждой из наших групп, статистически различия не выявлены (Прил. Д).

В таблице 4 приведен общий анализ связи уровня повторного травматизма и способов выявления признаков гиперактивности ребенка.

Таблица 4 - Соотношение детей в изучаемых группах и способов выявления признаков гиперактивности у ребенка

Способ оценки гиперактивности	Количество детей в группах / процент от выборки		
	≥ 2 травм	1 травма	0 травм
Со слов родителей	46 * (61,3 %)	32 * (42,7 %)	20 * (26,7 %)
Критерии П. Бейкера и М. Алворда	16 (21,3 %)	11 (14,7 %)	7 (9,3 %)
Осмотр врача-психиатра, психоневролога	10 (13,3 %)	6 (8 %)	5 (6,7 %)
Нейропсихологическое обследование	9 (12 %)	6 (8 %)	4 (5,3 %)

Примечание: «*» - $p \leq 0,05$

По результатам нейропсихологического обследования признаки ММД выявлены в каждой исследуемой группе. В 9 из 75 случаях в основной (12%), и в 6 и 4 в контрольной и группе сравнения – 8% и 6,7% соответственно. Напомним, что нейропсихологическая диагностика проводится без участия родителей – специалист опирается на объективные данные тестовых заданий и проб. Врачи же учитывают данные анамнеза, беседы, описательных характеристик ребенка родителями. Следовательно, и результат при постановке диагноза СДВГ врачом несколько выше в основной группе – 10 (13,3%) в отличие от 9 (12%). Так, в целом выявлена следующая закономерность. Врач дает объективную картину ситуации, диагностируя заболевание, диагноз созвучен ориентировочному нейропсихологическому описанию, выявленным симптомам ММД. С помощью «Критериев П. Бейкера и М. Алворда» специалисты получают также ориентировочные сведения, но менее надежные. Так, не подтверждается привычная для

массового сознания зависимость, что повторные травмы ребенка обусловлены заболеванием, а именно синдромом гиперактивности.

Подтверждается альтернативная гипотеза, опровергающая стереотипные представления о том, в основе повышенной двигательной активности ребенка чаще всего лежат нейрофизиологические предпосылки или заболевание СДВГ. На самом деле часто травмоопасное поведение ребенка обусловлено деятельностным исследованием им условий микросоциальной ситуации своего развития, проявляющимся чрезмерной активностью (ложной гиперактивностью) – вариантом общей ненаправленной активности (Леонтьев Д.А., 1997).

Вышеописанное означает, что недостаточно только лишь просвещать родителей по проблеме детского травматизма. Важно понимать, что именно родители *неосознанно* перекладывают часть ответственности за травмы ребенка на его повышенную двигательную активность. Интерпретируя ситуацию по-своему, часто они даже пытаются убедить в этом специалистов (например, педиатров), что естественно для родительской позиции. В наблюдаемом явлении скрывается колоссальный потенциал для психологической профилактики повторных травм у детей. Но необходимо найти механизм возвращения этой ответственности, учитывая огромный размах проблемы, которая заявлена в начале работы.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтвердили выдвинутые гипотезы. Психологическими факторами риска повторных травм у детей могут выступать их некоторые индивидуальные особенности и особенности семейной ситуации развития ребенка: свойства характера, личностные и физиологические характеристики, стиль семейного воспитания, недостаточность структурированности микросоциальной ситуации развития. В основе повышенной двигательной активности ребенка с травмоопасным поведением чаще всего лежат нейрофизиологические предпосылки гиперактивности, как нозологической формы (истинный

синдром) и проявление индивидуальных особенностей здорового ребенка и деятельностное преобразование им условий микросоциальной ситуации своего развития (ложная гиперактивность).

Глава 4. Взаимодействие специалистов при решении проблемы повторных травм у детей

В случаях повторных физических непреднамеренных травм у детей цель работы врача – скорректировать/вылечить повреждение: сделать операцию, манипуляцию, назначить медикаментозную терапию, дать рекомендации. Однако врачи не ищут причину повторных травм, у них и нет такой обязанности и возможности. Родители же готовы искать причины, они активно задаются этим, но в основном ищут проблему в самом ребенке. Психолог мог бы быть специалистом, занятым поиском причины и ее коррекцией, но к ним родители самостоятельно обращаются редко или не обращаются вовсе. В свою же очередь психологу непривычно браться за проблему медицинской, казалось бы, компетенции.

Цель данной главы – показать перспективы использования результатов выполненного выше исследования в практике врачей и психологов, работающих с телесными травмами у детей и их последствиями, а также помочь родителям в решении проблемы повторного травматизма их детей.

Задачи:

- на основе имеющихся методик разработать способ сбора информации для оценки травмоопасного поведения врачами,
- показать специалистам схемы работы с повторными непреднамеренными травмами на примере разработанной модели риска травм,
- наметить пути по созданию системы (в основном в медицинских учреждениях), позволяющей просвещать население и направлять законных представителей детей к специалистам, превращая их в клиентов психологов, которые смогут помочь семьям уменьшить или снять риск повторных непреднамеренных травм у детей.

4.1. Возможная последовательность работы врача и его взаимодействие с другими специалистами через родителей

Рассмотрим возможный алгоритм поведения врача по направлению взрослых, имеющих детей с травмоопасным поведением, к смежному специалисту: неврологу, нейропсихологу, психологу детскому, семейному, психологу-педагогу или же задействовать в коррекции администрацию учреждения или правоохранительные органы. Врач оказывается в таком случае своего рода диспетчером в посттравматической ситуации, который, получив первые представления о травме, понимает, куда направить ребенка и его семью.

Инструментом работы врача является специально разработанное средство – ***ориентировочная анкета*** под прикладным названием «СТОП-ТРАВМА».

4.1.1 Разработка анкеты для родителей на основании результатов эмпирического исследования

Ориентировочная анкета, в которой нашли свое отражение результаты нашего эмпирического исследования, предложенная врачом родителям или лицам их замещающим, позволит ***выявить риск повторных непреднамеренных травм ребенка***, определить есть ли необходимость целенаправленной беседы с законным представителем ребенка и направления семьи дополнительно к смежным специалистам: психологам, нейропсихологам, психоневрологам, педагогам. На основании беседы у родителя будет возможность сделать осознанный выбор о необходимости и важности психологической работы с семьей или с каждым ее членом индивидуально. Анкета поможет облегчить врачу задачу определения степени риска повторных непреднамеренных детских травм.

Общая идея такова: в ориентировочную анкету поставлены вопросы, соответствующие переменным, по которым статистически обнаружены различия между исследуемыми группами (см. гл.3).

Анализ **способов оценки наличия гиперактивности у детей** показывает, что часть родителей всех изучаемых в исследовании групп детей склонны оценивать своих детей как гиперактивных. Таким образом, в научной работе представлен стереотип массового сознания с тенденцией приписывать поведенческие трудности (в данном случае гиперактивное поведение) детям. Тем самым родители склонны неосознанно возлагать ответственность на самих детей. Однако кроме стереотипа видны и обусловленные жизненной реальностью различия, достигая более чем двухкратного снижения у не травмированных детей.

Когда родителям пришлось объективизировать свое видение поведения детей, отвечая на вопросы теста Бейкера и Алворда, то количество детей, у которых возможна постановка диагноза, сократилось почти в 3 раза. В данном наблюдении скрывается ресурс для просвещения родителей – учиться обращать внимание на объективные показатели. Врачи, осматривая ребенка, не склонны верить описанию поведения ребенка взрослым. Их диагноз созвучен с объективным нейропсихологическим заключением. Следовательно, врач и нейропсихолог дают более объективную картину, а с помощью теста возможно получить ориентировочные сведения. Взрослые в 5 раз чаще ошибаются с описанием поведения ребенка, когда обозначают его как гиперактивное. Эта деформация атрибуции порождает ошибочные цели для предупреждения травм – малопродуктивно все усилия сосредоточивать лишь на индивидуальных особенностях ребенка. Прояснить иные мишени для предупреждения травм можно на основе следующих результатов.

При анализе связи повторной травматизации и микросоциальных условий воспитания детей выявлены статистически достоверные различия по шкалам: «*Санкции* в отношении ребенка за проступки» и «*Протекция*

родителей ($p \leq 0,05$). При оценке модального значения переменных отмечаем, что родители основной группы чаще гиперопекают своих детей (модальное значение признака (6), строже наказывают (5), детям недостает обязанностей (3), родители предъявляют к ним несколько более низкие требования (3). Переменную «Учет родителями потребностей ребенка» не включен в анкету, так как нет статистически значимых отличий между группами исследуемых (Табл. 5).

Дети с повторными травмами чаще детей без травм и с 1 травмой ощущают конфликтность в семье ($p < 0,001$), они более тревожны ($p < 0,05$), склонны к агрессии, в отличие от детей без контрольной группы.

Таблица 5 – Индикаторы, по которым статистически обнаружены различия между группами обследуемых

Индикаторы травмоопасного поведения	Методики исследования
1. Гиперпротекция со стороны родителей	«Субъективная оценка родителями своего типа воспитания»
2. Завышенные санкции к ребенку	«Субъективная оценка родителями своего типа воспитания»
3. Недостаточность требований у ребенка	«Субъективная оценка родителями своего типа воспитания»
4. Недостаточность обязанностей в семье у ребенка	«Субъективная оценка родителями своего типа воспитания»
5. Агрессивность ребенка	«Несуществующее животное» (Дукаревич М.З., Яньшин П.В. 1990; Музыченко, Г.Ф. 2013)
6. Тревожность ребенка	1. «Несуществующее животное» (Дукаревич М.З., Яньшин П.В. 1990; Музыченко, Г.Ф. 2013) 2. «Кинетический рисунок семьи» (Бернс Р. С., Кауфман С. Х., 2000)
7. Концентрация внимания у ребенка	Нейропсихологическая диагностика
8. Ощущение конфликтности в семье ребенком	3. «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г, Никольская И.М., Пушина В.В., 2006)
9. Повышенная активность ребенка	Беседа с родителями

Признак травмоопасности «Чувство неполноценности» ($p < 0.05$) (данные получены с помощью проективной методики «Кинетический рисунок семьи в семье») не включаем в анкету, так как родителям трудно самим заметить и верифицировать этот фактор. Если родители и замечают, то, как правило, они значения ему не придают, если придают значения, то, скорее всего, побоятся рассказать об этом – формируют социально желательные ответы. В первых версиях анкеты при проведении пробного тестирования родителей шкала отмаркирована на реакциях родителей. Так, шкала о «Чувстве неполноценности» не дала результатов, родители в анкете отмечали преимущественно значения «нуль». Таким образом, по данной переменной трудно ожидать от родителей осведомленности и мотивации, в связи низкой информативности от данной шкалы в анкете она не используется. Признак «Учет родителями потребностей ребенка» также не включен в анкету, так как нет достаточной статистической значимости параметра и не отмечена его тенденция.

Обоснование вопросов.

Ответ на вопрос «Какая по счету травма у ребенка: 1, 2, 3 и 3 более» позволяет оценить степень риска непреднамеренной травмы у ребенка: низкая, средняя, высокая. Чем больше количество травм, тем выше риск повторных. Вероятно, если ребенок раннего возраста, то степень риска выше. Вопрос 2 о количестве детей и составе семьи позволит оценить уровень (степень) внимания взрослых – определить, у скольких взрослых находится под присмотром ребенок и/или дети.

Ответы на вопросы 3-11 точно соответствуют переменным (Табл. 6): гиперпротекция со стороны родителей, повышенная активность ребенка, недостаточность требований у ребенка, недостаточность обязанностей в семье у ребенка, завышенные санкции к ребенку, агрессивность ребенка, тревожность ребенка, дефицит концентрацией внимания у ребенка, ощущение конфликтности в семье ребенком. Переменные выставлены

именно в этой последовательности, чтоб обеспечить удобство и естественность восприятия, мотивацию взрослых при заполнении анкеты родителями или лицами их замещающими: вначале поставлены вопросы, на которые отвечать легче, они позволяют отвечающим погрузиться и втянуться в процесс.

Процедура сбора данных. Анкета состоит из 11 вопросов, время заполнения, как показал опыт, составляет не более 5 минут. Родители могут заполнять её в тот период, когда ожидают после осмотра врача результатов дополнительной диагностики: лабораторных (анализ крови), интроскопических методов (рентген, томография) и т.д. Анкеты родителям предлагает врач, который объясняет (инструкция респондентам см. в приложении, методичка), что в целях профилактики детского травматизма родителям необходимо ответить на вопросы анкеты, после чего врач проанализирует результат и сможет дать родителям дополнительные рекомендации по предупреждению физических травм у ребенка.

Обработка данных, полученных с помощью анкеты, осуществляется врачом. Он считает общий балл (регламент см. в приложении методичка), цифры шкалы, выделенные жирным суммируются (макс. 27) и прибавляется 1,2,3 или 4 балла в зависимости от количества травм у ребенка (1-й вопрос). Количество травм расцениваем как поправочный коэффициент. К расчету общего балла анкеты прибавляем соответственно: 1,2,3 или 4 балла.

Интерпретация результатов врачом: чем выше полученный в анкете балл, тем риск травмы ребенка выше. **16 баллов** и выше считаем повышенным риском повторной травмы у ребенка. Чтобы определиться, к какому именно специалисту обращаться далее, опираемся на ответы следующим образом: направлять к **семейному психологу**, если «сработали» ответы на вопросы под номерами 3, 4, 5, 6, 7 и 11; направляем к **детскому психологу**, если «сработали» ответы на вопросы под номерами 8, 9 и 10; дополнительно

направляем еще и к **нейропсихологу**, если «сработали» ответы на вопросы под номерами 9 и 10.

4.1.2. Схема работы врача в ситуации приема ребенка с травмой

В работе врача в период приема пациента можно выделить три блока: сбор сведений, постановка диагноза, формулировка рекомендаций для родителей. В соответствие этим трем блокам можно поставить и работу по профилактике повторных непреднамеренных травм у детей, расставив по каждому блоку некоторые акценты, которые опишем подробнее. Общая схема представлена в таблице 8.

Таблица 6 - Схема работы врача при осмотре ребенка с травмой

Этапы работы врача	Медицинский	Время (мин.)	Поведенческий	Время (мин.)	Общее время (макс.)
1.Сбор сведений	Осмотр ребенка	3	Наблюдение за ребенком и родителями	0	3
	Сбор анамнеза	1	Сбор анамнеза	1	1
	Обследование (лабораторные, инструментальные)	10-12	Анкета	5-7	12
2.Постановка диагноза	Медицинский диагноз	1	Оценка результатов анкеты Психологический «диагноз»	2-3	3
3.Сформулировать рекомендации для родителей	Медицинские рекомендации	2-3	Сформулировать индивидуальный профилактически ориентированный маршрут Направление к релевантному специалисту	2	3
			Психологическое убеждение родителей	3	3
17-20			13-25		

1. **Сбор сведений:** врач осматривает ребенка, уточняет анамнез заболевания, особенности анамнеза жизни, эпидемиологический и аллергологический анамнез, выясняет механизм травмы, назначает обследования. При этом в любом случае врач прицельно наблюдает за ребенком, его состоянием, поведением, родительско-детскими отношениями. Как правило, врачи данную информацию используют крайне кратко. В то же время если прицельно задаться вопросом, попутно хорошо видно, что, например, ребенок не слушается родителей, чрезмерно активен, неусидчив, родитель (ли) неточно отвечают на заданные врачом вопросы, не могут подробно описать обстоятельства травмы, сформулировать причину травмы. Во взаимоотношениях родителей и ребенка могут быть видны определенные крайности. Гиперопека: повышенное внимание к ребенку, тотальный контроль действий, противостояние проявлению самостоятельности, или же наоборот гипопротекция: пренебрежительное отношение, взрослые не оказывают ребенку внимания, эмоциональной поддержки, плохо контролируют то, что они сами ранее потребовали, игнорирование трудностей ребенка. Врачу эти ситуации взаимоотношений хорошо могут быть видны, и времени на это дополнительно не требуется.

Сбор анамнеза является неотъемлемой процедурой осмотра. В дополнение к сбору анамнеза разработана ориентировочная анкета (см. ниже). На приеме врач в любом случае наблюдает за пациентом и сопровождающим его лицом, но у этих наблюдений нет продолжения. Когда врач в своей работе использует анкету, появляется право дать помимо всего прочего и дополнительные рекомендации, а именно побеспокоиться о профилактике повторных непреднамеренных травм у детей.

Анкету родители могут заполнять в то время, когда ребенок проходит дообследование, когда ожидают своей очереди. Заполнение анкеты не только дает врачу дополнительные сведения, но способно редуцировать тревогу у родителей, снизить их напряжение, усилить ощущение заботы о их

сложившейся ситуации медицинским учреждением, повышая его субъективный рейтинг, так как по ребенку ведется разносторонняя работа. Следует отметить, что врачу на это также не требуется дополнительных затрат времени.

2. Постановка диагноза. Получив необходимые сведения из анамнеза и дополнительных методов обследования, врачу достаточно потратить минуту, чтоб сформулировать медицинский диагноз, и еще 1-2 минуты, чтобы оценить результаты анкеты (при наличии в кабинете медицинской сестры, она может быть в этом деле активным помощником – подсчитав балл анкеты сообщить его врачу для интерпретации). Или же посмотрев на анкету, можно увидеть выступающие пики, сразу понять, в какой мере рискованна ситуация получения новой травмы ребенком.

3. Медицинские рекомендации, как правило, четко определяют план дальнейших действий с травмой (лечение ушиба, наблюдение у травматолога, снятие швов, фармакотерапия и т.п.). В аспекте же профилактики повторных травм есть смысл отправить дополнительно к смежному специалисту – психологу-консультанту. И тут возможны две крайности: родители с благодарностью примут сведения и будут выполнять рекомендации или же они будут сопротивляться. Задача врача – по возможности убедить родителей, обратиться еще и к другим специалистам.

Врачу не стоит спорить, доказывать родителям, достаточно, чтобы врач ясно проговорил и осведомил, что родители сами хозяева ситуации, им виднее, на них вся ответственность. Важно, чтоб если у родителей будут возражения, то спор продолжился бы внутри родителя. Незавершенный диалог с врачом будет следовать закону незавершенного действия, у родителей слова врача смогут дольше сохраниться во внутреннем диалоге. Таким образом, необязательно врачу добиваться от родителя согласия, абсолютного принятия рекомендаций. Врач предоставляет родителям возможность выбора в рамках своей компетентности. Следует отметить, что

принятие родителями сообщения от врача о необходимой работе с психологом зависит не только от слов специалиста, но и от интонации, с которой сказано рекомендуемое, от уверенности в голосе, понимания ситуации.

4.1.3. Рекомендации для врачей (обеспечение мотивации в работе с анкетой)

В данном параграфе описано, как обеспечивается мотивация врачей при включении в комплекс их основной работы хоть и незначительного, но все же дополнительного объема работы, а именно разработанной с целью профилактики травм у детей анкеты.

На приеме врач *в любом случае* наблюдает за пациентом и сопровождающим его лицом. Трудность в том, что у этих наблюдений нет продолжения, как правило, врач не дает дополнительных рекомендаций, особенно за рамками его квалификации – фактически не проводится профилактика повторных непреднамеренных травм у детей. Указанная трудность разрешается или заметно смягчается, если врач в работу подключает разработанную в исследовании анкету (см. 3.1.2 и полный текст анкеты в Приложении). Правда, не каждый врач готов осваивать новые схемы работы (диагностики и профилактики), естественно возникает нежелание, отторжение нового, опасения дополнительной нагрузки. Поэтому особое внимание в исследовании уделено **обеспечению мотивации врачей в работе с анкетой**. В дополнение к анкете разработаны рекомендации для врачей «Стоп-травма: методика снижения вероятности повторных травм у детей, обратившихся за медицинской помощью».

Мотивация врачей в работе с ориентировочной анкетой обеспечивается прописанным в рекомендациях для врачей следующим:

Методике намеренно было дано яркое метафорическое название «СТОП-ТРАВМА».

В самом начале рекомендаций напоминаем о статистике и росте травм у детей: более 3 млн. детских травм регистрируют ежегодно медицинские учреждения России. Таким образом, в больницы в связи с травмами обращается примерно каждый восьмой ребенок в возрасте до 18 лет.

Указываем цель методики – облегчить профилактику повторных непреднамеренных травм у детей.

Описываем ожидаемые эффекты от дополнительной нагрузки врача: снизится количество повторных обращений с травмами в медицинские учреждения, родители или замещающих их лиц смогут взять на себя свою часть ответственности за травму их ребенка, будут знать, на что обратить внимание во избежание повторения травм у детей.

Объясняем, что времени дополнительное включение данной методики в лечебно-диагностический процесс отнимет минимум, заполнение анкеты и анализ ее результатов занимает не более 4-5 минут.

Приводим описание анкеты с указанием всех шкал (факторов повторных непреднамеренных детских травм), чтобы врач сразу смог сориентироваться в глубине проблемы.

Обозначаем краткую поэтапную инструкцию схемы действий врача: четко описываем процедуру сбора и обработки данных, их интерпретацию.

В завершение подробно описано, что следует сказать врачу родителям или заменяющим их лицам. Предложены готовые по возможности удобные высказывания, чтоб врачу не тратить время на конструирование этих фраз:

- «Врачи имеют дело с уже случившейся травмой. Причины же, как показывают ваши ответы, следует поискать в семейной ситуации или в ваших отношениях с ребенком. Лучше всего это сделает психолог».

- «Есть разные варианты того, к чему Вы готовы и чего Вы хотите. Либо оставить все как есть и, скорее всего, травмы будут продолжаться, пока

ребенок сам не научится прогнозировать последствия. Ресурсов ребенку пока не хватает, нужны какие-то крупные стратегии. Такими психическими стратегиями занимается как раз психолог».

Таким образом, врачу достаточно кратко и доступно изложено, как минимальными усилиями выполнить крайне *важную профилактическую работу повторных непреднамеренных детских травм*. Это и есть наше мотивационное обеспечение продвижения результатов данного исследования в широкую медицинскую практику.

4.1.4. Апробация предложенной схемы работы врача

В данном параграфе описано (качественное описание), в какой мере понята и принята методика и анкета для родителей и лиц их замещающих врачами. Методике дано метафорическое название «СТОП-ТРАВМА». Восприятие названия было проверено на нескольких врачах экстренной помощи, название оказалось доступным к их пониманию, типичный комментарий врачей: «название краткое, достаточно ясное, четко отражающие суть методики».

При апробации методики опрошены 8 врачей стационара, работающих с травмами у детей, им были заданы следующие вопросы: «Понятна ли Вам методика?», «Сможете ли Вы включить методику в свою практику?», «Удобно ли Вам использовать анкету для родителей и лиц, их замещающих, во время приема пациента?». Врачи отвечали, что им не только удобно использовать анкету, но она им очень необходима в практике, в использовании предложенной схемы работы медики видят возможность повлиять на снижение количества травм у детей, прилагая минимум усилий. Понять основу работы специалистам помогают рекомендации для врачей, которые со слов: «понятны, особо ценны, что краткие, четкие, конкретные». Типичная фраза у врачей была: «Давно ожидали нечто подобное, мы часто

видим детей с повторными травмами и затрудняемся, как правильно и куда их направить дополнительно помимо поликлиники». При беседе с докторами стало ясно, что они с нетерпением ждут и готовы работать в предложенном формате в целях профилактики непреднамеренных физических травм у детей.

Врач травматолог А.Н. детского стационара «ГБУЗ ТО ОКБ №2», 41 год, стаж 14 лет, к.м.н. сказал, что готов приступить сегодня же.

Врач нейрохирург В.В. из приемного отделения «ГБУЗ ТО ОКБ №2», 45 лет, стаж 17 лет, сказал, что данный формат работы крайне важен и нужен практическому здравоохранению. В данном варианте сотрудничества есть шансы совместно повлиять на рост повторных детских травм и не только повторных.

Перспективы и необходимость работы были обсуждены и согласованы с главным врачом «ГБУЗ ТО ОКБ №2», врачом травматологом, д.м.н. Паськовым Р.В.

По результатам беседы с врачами и их ответов были внесены некоторые редакционные изменения: добавлены подробные фразы, которые могут помочь врачу в разговоре с родителями.

Процедура анкетирования была интерактивной, циклично вносились корректировки, промежуточные версии анкет были исключены, они не учитывались в общем анализе результатов.

Для удобства подсчета баллов в анкете жирным шрифтом выделены цифры в шкалах, и целенаправленно проверены, не замечают ли это выделение респонденты. В большинстве случаев внимание отвечающих сфокусировано на выделенных цифрах не было. Лишь единицы респондентов заметили эту особенность и уточняли, почему часть цифр выделена жирным шрифтом, и им было пояснено, что это необходимо для статистики, чего оказалось вполне достаточно им для исчерпывающего ответа, и они спокойно продолжали отвечать.

В соответствующем разделе «интерпретация результатов» описано для врача, как ему необходимо интерпретировать полученный результат, а именно, чем выше подсчитанный общий балл, тем риск следующей травмы выше. 16 баллов и выше считаем повышенным риском повторной травмы у ребенка.

Для врача приведены примеры того, как сказать родителям о полученном результате: «По результатам анкеты Ваш ребенок имеет повышенный риск повторной травмы, Вам необходима консультация других специалистов». Со слов врачей, данная фраза максимально исчерпывающая и понятная, она позволяет себя, и понять, и принять, да и запомнить ее специалистам не составило труда.

4.1.5. Оценка эффективности анкеты для родителей и заменяющих их лиц

В данном параграфе оценена эффективность работы методики «СТОП-ТРАВМА» в реальной врачебной практике (количественное описание) – см. выше 3.1.3, а также Приложение 2.

Сбор данных проводился в приемном отделении областной больницы, куда круглосуточно обращаются травмированные дети на прием к травматологу, нейрохирургу, хирургу, окулисту, отоларингологу, челюстно-лицевому хирургу. Врач на приеме выдавал законному представителю ребенка, обратившегося за медицинской помощью по поводу непреднамеренной травмы, анкету для заполнения (Приложение 1). Заполнение анкеты занимало не более 3 минут. Запланированное количество анкет 500 штук было набрано в течение 2-х месяцев. 3 анкеты были заполнены родителями не полностью, поэтому были выбракованы из исследования.

Обработка данных. Полученные данные обработаны с использованием программного комплекса «Statistica 7.0 for Windows» (StatSoft Inc., USA). Для статистической обработки использовались критерии U Манна-Уитни, H Краскала-Уоллеса, ранговый коэффициент корреляции Спирмена и хи-квадрат Пирсона (см. Приложение). Гипотезы о связи переменных принимались на уровне $p \leq 0,05$.

Среди детей, принимавших участие в исследовании ($n=497$), было 287 (57,7%) мальчиков и 210 (42,2%) девочек. Из них детей нашей целевой выборки в возрасте от 5 до 10 лет было 310 (39,8%), мальчиков – 167 (53,87%), девочек – 143 (46,12%). Детей с повторными травмами из всей выборки было: в возрастной группе от 0 до 18 лет – 319 (64,2%), от 5 до 10 было 199 (40%), из них мальчиков – 113 (56,8%), девочек – 86 (43,2%).

Результаты анализа полученных данных представлены в таблицах (см. Приложение)

Обсуждение полученных данных.

Количество травм. Существует статистически достоверная связь ($p < 0.001$) между количеством травм и баллом травмоопасности. Учитывая балл травмоопасности, проверено, насколько результат готов прогнозировать риски повторных непреднамеренных травм у детей. На основе факторов и индикаторов, выявленных в главе 3, были взяты показатели для шкал анкеты. По результатам ответов родителей, значения шкал суммировались, и вычислялся общий балл травмоопасности. Следовательно, значение балла травмоопасности действительно выполняет свою функцию прогноза риска повторных травм. Максимально возможный общий балл анкеты – 31. Чем выше балл, тем риск травмы ребенка выше.

Количество взрослых в семье. Существует статистически достоверная связь ($p < 0.05$) между количеством травм и количеством взрослых в семье, как в полной выборке (0-18 лет), так и в нашей целевой (5-10 лет) Количество травм у ребенка возрастает (до 2-3 травм и более), когда в семье совместно

проживают или часто видятся, постоянно контактируют с ребенком более 2 взрослых людей (3 и более).

Существует статистически достоверная связь ($p < 0.001$) *между баллом травмоопасности и количеством взрослых в семье*. При одном взрослом в семье и при трех взрослых членах семьи балл травмоопасности выше. Вероятно, у одного из взрослых недостает сил, времени, возможностей для организации травмобезопасного поведения ребенка или детей. При анализе ситуации, когда в семье три взрослых человека постоянно присматривающих за ребенком, применима пословица «У семи нянек дитя без присмотра». Несколько человек, ответственных за воспитание, надеются друг на друга, но возможно каждый из них в отдельности относится к своим обязанностям недобросовестно или каждый взрослый декларирует для ребенка свои правила, устанавливает свои требования. Каждый из взрослых, раз их много, вероятно надеется на ответственность в воспитании другого взрослого. Для ребенка нет единой системы, о нём чрезмерно заботятся, каждому взрослому хочется сделать больше полезного для ребенка, но этим они могут ограничивать его самостоятельность, адаптацию и развитие.

Результаты статистической обработки были визуализированы в виде боксплотов (см. Приложение).

Пол ребенка. Существует статистически достоверная связь ($p < 0.05$) *между количеством травм и полом ребенка* в общей выборке детей (0-18 лет) и нет статистически достоверной связи ($p > 0.05$) в целевой выборке (5-10 лет). Учитывая значение среднего ранга (257,31), мальчики травмируются чаще. В полной выборке (0-18 лет) статистическая значимость, вероятно, обусловлена за счет детей подросткового возраста, где оценивалось реальное количество накопленных с возрастом травм.

Статистически достоверная связь ($p > 0.05$) *между баллом травмоопасности и полом* наоборот отсутствует в полной выборке детей (0-18 лет) и есть связь ($p < 0.05$) балла травмоопасности и пола в нашей целевой

выборке (5-10 лет). Учитывая значение среднего ранга (165,31), балл травмоопасности возрастает у мальчиков в возрасте от 5 до 10 лет. В нашей целевой группе детей (5-10 лет) статистическая значимость, вероятно, обусловлена количеством факторов травмоопасности, из которых складывается общий балл. Что возможно расценить, как увеличение рисков травмирования этих детей в старшем возрасте (после 10 лет). Согласно всемирному докладу ВОЗ и ЮНИСЕФ, данным информационно-аналитического центра СК «Kompetenz» в нашем исследовании подтверждается общемировая тенденция, что мальчики подростки травмируются чаще подростков девочек [89].

Количество детей в семье. Статистически достоверной связи между количеством детей в семье и количеством травм ребенка, баллом травмоопасности не выявлено ($p > 0.05$). Вероятно, семейные взаимоотношения, атмосфера семьи, также стиль воспитания, который выбирают родители или лица их замещающие действительны в отношении как к одному, так и к остальным детям в семье. На риск травм у ребенка не влияет элементарная или же многодетная его семья.

Анонимность заполнения анкеты. Статистической достоверной связи между количеством травм у детей, баллом травмоопасности и анонимностью заполнения анкет взрослыми не выявлено ($p > 0.05$). Оценивая показатель *анонимного заполнения* анкеты, проверена достоверность заполнения данных взрослыми людьми. Анонимные данные должны были быть правдивее, но анонимное заполнение не показало статистических различий между именованным заполнением анкеты. Это означает, что взрослые люди заполняли предложенную анкету достаточно правдиво, так результаты анкетирования можем считать реальными и подлинными.

Таким образом, можно констатировать, что разработанная методика показала достаточно высокую эффективность. Она дает возможность оценить

риск травм ребенка (в цифровом выражении), позволяет указать факторы риска непреднамеренных травм.

3.2. Особенности сопровождения психологами детей с повторными травмами

На основании результатов исследования статистически значимыми факторами повторных физических непреднамеренных травм у детей явились:

От родителей: гиперпротекция, завышенные санкции к ребенку, недостаточность требований у ребенка, недостаточность обязанностей в семье у ребенка. *От детей:* агрессивность ребенка, тревожность, дефицит концентрацией внимания у, ощущение конфликтности в семье ребенком, повышенная двигательная активность.

Таким образом, психологу при имеющемся у ребенка травмоопасном поведении необходимо работать и с семьей в целом, и с ребенком в частности. Дезорганизация в семье оказывает влияние на травматизм ребенка – то, что разворачивается во внешнем плане деятельности ребенка (в семье), переносится во внутренний план – интериоризируется.

Опираясь на результаты нашего эмпирического исследования, возьмем на себя смелость сформулировать возможные **коррекционные задачи в отношении родителей:**

- предоставить родителю возможность занять активную позицию по отношению к своей жизни, сделать осознанный выбор вариантов поведения, взять на себя ответственность за безопасность жизнедеятельности детей;

- помочь родителям понять процессы, происходящие в семье, в частности, показать мотивационную динамику, обуславливающую риск травмирования ребенка;

- помочь совершить осознанный поступок: планомерно вместе со специалистом выделить наиболее вероятные причины травмоопасного поведения детей в данных конкретных жизненных условиях;

- помочь понять, чем поможет специалист ребенку и чем может помочь ребенку же сам родитель;

- предоставить возможность осознать необходимость и важность структурированности повседневной активности: дисциплинированности в мелких социальных ситуациях, проследить, чтоб у ребенка появилось достаточное количество правил, надежно защищающих их от крайностей в поведении (порождающих риски грубых ошибок и травмирования);

- предоставить возможность родителям осознать необходимость договоренности с членами семьи об одинаковых требованиях, санкциях, чтобы сделать требования к ребенку единообразными;

- осознать необходимость очертить круг необходимых обязанностей ребенка – таких, которые позволили бы стабилизировать его активность на оптимальном для конкретного ребенка уровне;

- оценить важность самостоятельности ребенка в принятии повседневных решений (когда цена ошибки невелика) и выполнении рутинных действий;

- осознать важность и необходимость душевной (м.б. в ряде случаев духовной) близости к ребенку.

Опираясь на указанные коррекционные задачи, психолог самостоятельно способен определить инструментальное обеспечение в их решении. Он свободен в выборе привычных для него средств, более доступных и т.п.

Усилия специалиста по решению указанных задач направлены в конечном итоге на то, **чтобы остановить череду травм у ребенка.**

Для ориентира в ситуации с повторными травмами у детей врачу предложена методика профилактики повторных травм у детей, обратившихся

за медицинской помощью (рекомендации для врачей). Для психологов же инструментом для его работы (теоретическим ориентиром) будет выступать разработанная схема «Модель факторов риска повторного детского травматизма», подробное описание которой представлено в главе 1 раздел 1.4. Методика и модель для специалистов станут ориентировочной основой их профессионального сопровождения семей, имеющих детей с повторными непреднамеренными физическими травмами.

Модель позволяет оценить выраженность и характер рисков повторных травм у ребенка. Психолог проводит анализ ситуации. *Векторы внимания* в работе психолога-консультанта с часто травмирующимися детьми можно выделить следующие: ориентируясь на модель, надо понять, какие именно из заданных в ней факторов актуализированы в ситуации развития данного ребенка. Важный момент анализа ситуации – выявление лиц, формирующих микросоциальную среду, травмоопасную для данного ребенка: родители, бабушки, дедушки, няни, педагоги... Из их числа находим и вероятных агентов конструктивного преобразования.

Психолог способен оценить риски по каждой ячейке модели отдельно, так ему станет яснее, с каким специалистом следует сотрудничать, к какому специалисту следует направить родителей или лиц их замещающих за дополнительной помощью. По мере рассмотрения модели вдоль левой стороны обнаруживается шкала сотрудничества сфер деятельности психолога (верхний левый угол), нейропсихолога и врача (нижний левый угол). А вдоль верхней стороны выстраивается шкала взаимодействия психолога, социального педагога, психолога-педагога (правый верхний угол). В правом нижнем углу модели нишу курации проблем занимает организационный психолог и администрация детских учреждений. Таким образом, модель показывает, как объединяется взаимодействие нескольких специалистов в рамках профилактики травм у детей.

Понимание источников травматизма даст подсказку, на кого и сколько *возлагать ответственности*. Невозможно вменить в вину кому-либо то, на что он не мог повлиять.

В случае, если причина физиологическая, а не психологическая, например: детский церебральный паралич (ДЦП), минимальная мозговая дисфункция (ММД) у ребенка, ответственность возлагается не на заболевание, а на то, в какой мере *ответственные за ребенка лица* смогли учесть эту особенность развития ребенка. Например, насколько они сняли или снизили риски, связанные с особенностями локомоторики и т.п. Так, для ребенка с ограниченными возможностями следует в адаптивной манере организовать быт вокруг него, предоставить возможность приобрести навык по обеспечению безопасного существования.

Социальные педагоги ответственны за налаживание коммуникации детей со сверстниками, работает с детьми, имеющими трудности в поведении (асоциальные дети), участвует в воспитании детей.

Администрация общеобразовательном учреждении несет ответственность за организацию безопасного пространства для детей, формирует и отслеживает стиль воспитания, принятый в учреждении.

Психологу при выявленном векторе (на ком) и мере ответственности (сколько) станет понятно, с кем или с чем следует работать приоритетно. Можно будет дать прогноз, насколько трудно будет курироваться рассматриваемый случай. Если он зависит от физиологических проблем у ребенка, то коррекционная работа будет более трудоемка, чем в случае работы с личностными характеристиками ребенка или родителей.

Психологу-консультанту может (зависит от задачи) потребоваться заключение специалиста (подтверждающий документ). Снять сомнения может помочь нейропсихолог, выполнив специальную диагностику высших психических функций у ребенка на данном этапе его развития. Синдромный нейропсихологический анализ дает основание сделать вывод о нарушении

определенных анализаторных систем или их взаимодействия, или о дисфункции соответствующих мозговых систем, т.е. поставить топический диагноз. Нейропсихологическое обследование также указывает направление, в котором следует вести работу. Диагноз синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) ставит только врач, как правило, невролог или психиатр. Так, к нему необходимо направлять, особенно в случаях решения официальных и правовых задач.

Таким образом, в зависимости от результата оценки ситуации (факторы, риски...) «психолог способен решить, с какого рода смежными специалистами надо установить контакт и наладить сотрудничество. Этой же схемой можно воспользоваться и при организации обследования для составления заключения специалиста по определению суда, по запросу структур соцзащиты и прочих» [36].

По завершении анализа ситуации психолог-консультант гораздо точнее наметит мишени для интервенции, сформулирует задачи дальнейшей консультативной работы.

4.2. Рекомендации для психологов (возможная последовательность работы)

С целью снижения риска повторных непреднамеренных травм у детей разработаны рекомендации для психологов «СТОП-ТРАВМА» (см. Приложение), которые предназначены для детских, семейных, социальных психологов: для всех тех, кто готов эффективно работать с повторным детским травматизмом, снижая риски повторных непреднамеренных травм у детей.

Выводы

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Литературно-информационный поиск показал, что к первой группе психологических факторов травмоопасного поведения детей относятся индивидуально-психологические особенности ребенка: личностные особенности ребенка, особенности его темперамента [161] и характера и физиологические особенности. Вторая группа факторов представлена особенностями социальной ситуации развития ребенка: индивидуально-психологическими особенностями взрослых, окружающих ребенка, стилем воспитания и социально-психологическими характеристиками семьи или коллектива. Выявлено, что один раз сработавший фактор риска травм может сработать повторно.

2. Среди всех обращений семей с детей за медицинской помощью по поводу травм повторные травмы составляют больше половины (~60%) случаев. Термины «повторный детский травматизм» и «травмоопасное поведение» впервые введены в русскоязычный профессиональный дискурс (медицинский и психологический).

3. Выявлены вероятные и значимые индикаторы повторных непреднамеренных детских травм. От детей ими могут выступать: активность проявления темперамента, гиперактивное поведение, агрессивные тенденции в поведении, ситуативная тревожность, сенситивность к состояниям родителям (эмоциональная чувствительность), неорганизованность. От родителей: особенности темперамента, характера и личности родителей, их нестабильное психоэмоциональное состояние, неустойчивость и крайности стиля воспитания детей (гипер- и гипопека), авторитарный стиль воспитания, завышенные санкции к ребенку, недостаточность требований и обязанностей у ребенка в семье, недостаточно

структурированная взрослыми социальная адаптация ребенка, конфликтные взаимоотношения в семье.

3. Выявлено, что повышенная активность детей от 5 до 10 лет периодически ошибочно интерпретируется родителями, как симптом синдрома гиперактивности. При объективном медицинском обследовании диагноз подтверждается врачом у повторно травмирующихся детей только в 13% случаев.

4. Родители неосознанно перекладывают часть ответственности за травмы ребенка на его повышенную двигательную активность. В наблюдаемом явлении скрывается колоссальный потенциал для психологической профилактики повторных травм у детей. Эффект повторной травмы ребенка повышается, так как есть вторичная выгода, полученная от первой травмы. Благодаря травме ребенок достигает некоторых вторичных преимуществ: родители частично снижают наказания (санкции) к нему, родители и ребенок становятся ближе друг к другу эмоционально и физически (родители заботятся о нем в трудный период жизни). Каждая травма позволяет ребенку компенсировать низкое внимание родителей, хотя бы частично. В результате формируется устойчивый смысловой паттерн, который находит свое поведенческое выражение в высокой активности и рискованности ребенка, что создает предпосылки или неявную готовность к повторным травмам ребенка и бессознательное восприятие того, что любая травма или болезнь – это хорошо.

5. Для психологов разработаны практические рекомендации «Снижение риска повторных непреднамеренных травм у детей». Предполагаемая схема «Модель групп и подгрупп факторов риска и индикаторов повторных травм у детей» показывает возможность создания формального анализа психологических факторов риска травмоопасного поведения ребенка, что позволяет: локализовать и прогнозировать риск травматизации, выявлять обстоятельства и лиц, на которых можно возложить ответственность за

травму ребенка, планировать реабилитационные мероприятия на основе уровней психотерапевтической интервенции, проектировать систему психологической профилактики травм.

6.Для практикующего врача разработана методика профилактики повторных травм у детей (рекомендации для врачей). Инструмент работы врача - анкета для родителей и лиц, их замещающих, позволяющая в кратчайшие сроки на приеме оценить риски травм ребенка с учетом балла травмоопасности.

7.Рекомендации для психологов и врачей выступают ориентировочной основой их профессионального сопровождения семей, имеющих детей с повторными непреднамеренными физическими травмами.

Заключение

Проведенное исследование психологических факторов повторного травматизма у детей, подтверждает предположение о влиянии на повторные травмы у детей ряда факторов, часть которых находится в пределах семейной ситуации развития ребёнка.

Статистический анализ психологических факторов показал, что вероятными и значимыми индикаторами повторных непреднамеренных детских травм в возрасте ребенка 5-10 лет, могут выступать: активность проявления темперамента и гиперактивное поведение ребенка, агрессивные тенденции в его поведении и ситуативная тревожность, сенситивность к состояниям родителей (эмоциональная чувствительность), неорганизованность ребенка. Также особенности темперамента, характера и личности родителей, их нестабильное психоэмоциональное состояние, неустойчивость и крайности стиля воспитания детей (гипер- и гипоопека), авторитарный стиль воспитания, завышенные санкции к ребенку, недостаточность требований и обязанностей у ребенка в семье, недостаточно структурированная взрослыми социальная адаптация ребенка, конфликтные взаимоотношения в семье.

Повышенная активность детей от 5 до 10 лет периодически ошибочно интерпретироваться родителями, как симптом синдрома гиперактивности. Так родители неосознанно перекладывают часть ответственности за травмы ребенка на его повышенную двигательную активность. В наблюдаемом явлении скрывается колоссальный потенциал для психологической профилактики повторных травм у детей. Эффект повторной травмы ребенка повышается, так как есть вторичная выгода, полученная от первой травмы.

Разработанная в исследовании для врачей анкета выявления рисков травмирования может стать частью методик по профилактике рисков травм.

Результаты исследования, предложенная модель факторов риска и индикаторов повторных травм могут иметь важное практическое значение в психологической профилактике детского повторного травматизма. Опираясь на разработанные рекомендации для психологов, они могут курировать семьи, где есть дети с травмоопасным поведением. Врачу необходимо своевременно заметить проблему и порекомендовать родителям консультацию психолога.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении связаны с более детальным изучением психологических факторов влияющих на повторные непреднамеренные травмы у детей и дальнейшим формированием надежного инструментария для врачей и психологов. В представленном исследовании получены данные, указывают на факторы рисков травм в период 5-10 лет, однако для полноты картины требуется изучение детей с травмами как более раннего возраста (от рождения), так и подросткового возраста, что позволит определить ведущие факторы риска травм в разном возрасте ребенка.

Список литературы

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. - пер. с англ. С. Могилевского. - М.: ЭКСМО - Пресс, 2002. – 352 с.
2. Алипбаева, С.Б. Методы диагностики синдрома гиперактивности с дефицитом внимания в условиях психолого-медико-педагогической консультации / С.Б. Алипбаева, С.Б. Бекболатова // Психиатрия – Медицина: Здоровоохранение Казахстана, 2013. - Т. 8. - С. 64 – 66.
3. Андреева Т. М. Травматизм в РФ на основе данных статистики // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. №4. С. 1-10.
4. Ахутина, Т. В. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников / под ред. Т. В. Ахутиной, О. Б. Иншаковой. - Москва : Сфера : В. Секачев, 2008. – 125 с.
5. Баиндурашвили, А.Г. Детский травматизм. Взгляд клинициста и страховщика: в 2 т. / А.Г. Баиндурашвили, Н.Н. Маревская, К.С. Соловьева // Педиатр. - СПб.: 2010. - Т. 1. - С. 96-180.
6. Батаршев, А.В. Диагностика темперамента и характера / А.В. Батаршев. - СПб., Питер 2013. – 168 с.
7. Бернс, Р.С. Кинетический рисунок семьи. Введение в понимание детей через кинетические рисунки / Р.С. Бернс, Х.С. Кауфман. - М.: Смысл, 2000. – 146 с.
8. Белецкий А.В., Ломать Л.Н. Детский травматизм в Республике Беларусь: стратегия профилактики и пути ее реализации на 2013–2015 годы. Медицинские новости. 2013; 7: 4 – 12
9. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер. 2008. 398 с.

10. Веские факты о непреднамеренных травмах и насилии в Европейском регионе ВОЗ // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. Rev. 1. Под ред. под ред. Расіоррі F. Копенгаген, Бухарест, 2009. – С. 1 – 56.
11. Волков, Б.С. Детская психология: От рождения до школы / Б.С. Волков, Н.В. Волкова. - 4-е изд. - СПб: Питер, 2009. - 240 с.
12. Всемирная организация здравоохранения. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма: [Электронный ресурс]. – ВОЗ, Женева, 2008. - URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
13. Выголова, О.В. Травматизм детей школьного возраста г. Вологда и его профилактика. Медико-педагогические аспекты здоровья детского населения / О.В. Выголова // Межвузовский сборник научных трудов. - Вологда, 1995. – С. 76.
14. Выготский, Л.С. Проблема культурного развития ребенка / Л.С. Выготский // Психология развития человека. – М.: смысл; Эксмо, 2004. – 1136 с.
15. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4: Детская психология / Под ред. Д. Б. Эльконина / Л.С. Выготский; под ред. А.В. Запорожец. – М.: Педагогика, 1982. – Москва, 1984. – 431 с.
16. Гаибов, С. С.-Х. Эпидемиология черепно-мозговой травмы у детей в условиях интенсивной урбанизации / С. С.-Х. Гаибов, Е. В., Захарчук, Д. П. Воробьев, И. А. Лебедев, Р. Т. Ким, А. А. Минченкова // Российский педиатрический журнал. 2020. №3. С. 178 – 182.
17. Галицкая, О.С. Клинический полиморфизм минимальной мозговой дисфункции / О.С. Галицкая, Н.П. Грибова / Смоленский медицинский альманах. - 2019. - № 3. – С. 27 – 32.
18. Гарбузов, В.И. Нервные и трудные дети / В.И. Гарбузов. - М.:АСТ; СПб: Астрель - СПб., 2006. – 351 с.

19. Горбачевская Н. Л., Якупова Л. П., Заваденко Н. Н., Сорокин А. Б., Суворинова Н. Ю., Григорьева Н. В. Электрофизиологическое исследование детской гиперактивности. – Физиология человека, 1996, т. 22, № 5 – с. 49 – 55.
20. Горбунов М.В., Медико-социальные аспекты черепно-мозговой травмы у детей (по материалам Ульяновской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. – 28 с.
21. Горлов, А.А. Система профилактики травм у детей: психологические аспекты / А.А. Горлов, Е.К. Вишневецкая // Педиатрия. - 1991. - № 1. - С. 69 – 73.
22. Гребнева, В.В. К проблеме разработки методики диагностики индивидуальных особенностей двигательной активности растущего человека / В.В. Гребнева, М.В. Садовски // Современные наукоемкие технологии. - 2020. - № 1. – С. 63 – 67.
23. Гречухин, И.В. Актуальные проблемы учета, анализа и профилактики травматизма: [Электронный ресурс] / И.В. Гречухин // Современные проблемы науки и образования. - 2011. - № 6. - URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=5036>.
24. Гулиева, К.С. Социальные факторы риска травматизма у детей: [Электронный ресурс] / К.С. Гулиева // Молодежный научный форум: Естественные и медицинские науки: сборник статей по материалам XLV международной научно-практической конференции. - Оренбург, 2017. - Т. 5 (45). – С. 56.
25. Данилова, Е. Е. Ценность младшего школьного возраста // Возрастная и педагогическая психология: хрестоматия / сост. И. В. Дубровина, А. М. Прихожан, В. В. Зацепин. Москва: Академия, 1999. 455 с.
26. Долгова, В.И. Управление процессом саморегуляции у младших школьников / В.И. Долгова // Психологические науки. - 2019. - № 1. - С. 203-205.23, с. 203 – 205

27. Доклад о профилактике детского травматизма в Европе. - ВОЗ, Копенгаген, 2009. – 99 с.
28. Доценко, Е.Л. Психология личности: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / Е.Л. Доценко. - Тюмень: Изд-во Тюменского гос. ун-та, 2009. – 511 с.
29. Дукаревич, М.З. Рисунок несуществующего животного. Практикум по психодиагностике / М.З. Дукаревич, П.В. Яньшин // Психодиагностика мотивации и саморегуляции. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. - С. 54-73.
30. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на развитие психосоматической патологии у детей. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 3 . URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 01.12.2022).
31. Ермакова, Г.К. Психолого-педагогическая характеристика детей, получивших травмы / Г.К. Ермакова // Профилактика и лечение травм у детей. - Л.: Ленингр. н.-и. дет. ортопед. ин-т им. Г. И. Турнера, 1983. С. 57– 63.
32. Жикриветская, Е.А. Формирование основ безопасности жизнедеятельности у детей дошкольного возраста / Е.А. Жикриветская, Е.Г. Гребенькова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - 2014. - № 11-2. – С. 1-5.
33. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учебное пособие для вузов / Н.Н. Заваденко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2018. – 274 с.
34. Захарчук, Е. В. Индивидуально-психологические особенности детей с риском повторных непреднамеренных травм /Захарчук Е. В. Доценко Е. Л., Гаибов С. С.-Х. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. Том 21. № 4. С. 18 – 24.

35. Захарчук, Е. В. Роль микросоциальных факторов при формировании травмоопасного поведения ребенка // Психология. Психофизиология. 2021. Том 14 №1. С. 53 – 61.
36. Захарчук, Е. В. Психологические факторы травмоопасного поведения у детей / Захарчук Е. В., Доценко Е. Л., Гайбов С. С.-Х. // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 4. С. 10 – 26.
37. Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. - СПб: Речь, 2005. – 400 с.
38. Каган, А.В. Методологические и практические принципы формирования многоуровневой системы реабилитации детей 0–4 лет / А.В. Каган, Е.В. Плотникова, Ю.В. Горелик // Профилактическая и клиническая медицина. – 2020. - № 4 (77). – С. 60 – 67.
39. Ковалев, С.В. Психология современной семьи: Информационно-методические материалы к курсу. Этика и психология семейной жизни: Книга для учителя / С.В. Ковалев. - М.: Просвещение, 1988. - 164 с.
40. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. – Красноярск: КГПУ, 1997. – 124 с.
41. Копышева, Е. Н., Пчелинцева Е. В. Медико-психологическое сопровождение детей психосоматического профиля в системе реабилитации // АНИ: педагогика и психология. 2016. №1 (14), с. 189-192.
42. Корниенко, Д.С. Личностные свойства родителя и темперамент ребенка как предикторы детско-родительских отношений / Д.С. Корниенко., А.В. Краснов // фундаментальные исследования. – 2012. – № 11-5. – с. 1140-1144

43. Кочуров, М.Г. Валидность проективной рисуночной методики "дом-дерево-человек" при диагностике психосоматических нарушений / М.Г. Кочуров // Международный научно-исследовательский журнал. - 2021. - №1-3 (103). – С. 83 – 88.
44. Крайнюков, С.В. Личностные особенности подростков с компрессионными переломами позвоночника / С.В. Крайнюков // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. - 2015. - №1. - Сер.12. - С. 87 – 94.
45. Кривцова, М.А. Темперамент личности и его свойства / М.А. Кривцова, А.В. Авраменко, А.А. Клименко // Уникальные исследования XXI века. -2015. - № 5 (5). – С. 105 - 111.
46. Кричевский, Р. Л., Дубовская Е. М. Социальная психология малой группы: Учебное пособие для вузов. — М.: Аспект Пресс, 2001. — 318 с.
47. Кузьмишина Т.Л., Амелина Е.С., Пермякова А.А., Хохлова Е.А. Стили семейного воспитания: отечественная и зарубежная классификация. — М., 2014. — С.16 – 25.
48. Кулеш, Д.В. Профилактика детского травматизма: Методические рекомендации / Д.В. Кулеш, Д.М. Фролова, Л.В. Антипина. - Иркутск, 2016. – 28 с.
49. Маркова Н.М. Особенности и проявления авторитаризма в детско-родительских отношениях // Мир науки. Педагогика и психология, 2020 №3. – с.1 - 11.
50. Матюхин И.В. – Отражение темперамента педагога на его психомоторике // Современное образование. – 2016. – № 1. – С. 68 - 91. Правильная ссылка на статью: Матюхин И.В. — Отражение темперамента педагога на его психомоторике // Современное образование. – 2016. – № 1. – С. 68 – 91.

51. Моросанова, В. И. Субъект и личность в психологии саморегуляции: [сборник научных трудов] / под ред. В. И. Моросановой. - Москва : Изд-во ПИ РАО ; Ставрополь : СевКавГТУ, 2007. – 430 с.
52. Мудрик, А.В. Социализация человека: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.В. Мудрик - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Изд-во Московского психолого-социального ин-та, 2011, 736 с.
53. Сильченко И.В., Жеребцов С.Н., Дудаль Н.Н., Бейзеров В.А. Культурно-историческая психология Л.С. Выготского и проблемы личности в современном мире, к 120-летию со дня рождения. Сборник научных статей / Министерство образования Республики Беларусь, Учреждение образования "Гомельский государственный университет им. Франциска Скорины". – Гомель: ГГУ, 2016. – 346 с.
54. Лаврик, С.Ю. Минимальная мозговая дисфункция: распространенность, факторы риска, клинические, нейрофизиологические и нейропсихологические аспекты / С.Ю. Лаврик, С.В. Домитрак, В.В. Шпрах // Acta Biomedica Scientifica. - 2014. - №1. – С. 95.
55. Леви, В.Л. Нестандартный ребёнок / В.Л. Леви. - М., 1998. – 134 с.
56. Левитина, Е. В. Дифференциальная диагностика ушибов головного мозга и инсультов у детей // Левитина Е.В., Немков А. Г., Захарчук Е. В. Неврология и нейрохирургия детского возраста. №1 (35) 2013. С. 64 – 68.
57. Лохов, М.И. Психодиагностические и психокоррекционные методы при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей / М.И. Лохов, Е.В. Фесенко // Специальное образование. - 2014. - № X. – С. 51-57.
58. Лютова, Е.К. Шпаргалка для родителей. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными людьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. - СПб.: Речь, 2007. – 136 с.

59. Магалов, Ш.И. Последствия легких закрытых черепно-мозговых травм: вопросы терминологии и классификации / Ш.И. Магалов, Т.С. Пашаева // Неврологический журнал. - 2002. - Т.7, №.6. - С. 16 - 19.
60. Макаров, А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация / А.Ю. Макаров // Неврологический журнал. - 2002. - № 2. - С. 38 – 41.
61. Медико-социальные факторы риска, влияющие на возникновение травм у детей / О.В. Головкин, Е.Л. Борщук, Т.Н. Павленко, Д.Н. Бегун // Современные проблемы науки и образования. – 2017. - № 2. – С. 25 – 27.
62. Меркулов, В.Н. Детская травматология. Библиотека врача-специалиста / В.Н. Меркулов, А.И. Дорохин, К.М. Бухтин; под ред. С.П. Миронова. - Тверь: ГЭОТАР – Медиа, 2019. – 256 с.
63. Моисеенко, Д.А. Профилактика травматизма у детей: Сборник советов для родителей по профилактике травматизма у детей / Д.А. Моисеенко. - Нижневартовск: МАУ ЦРО, 2016. – 18 с.
64. Музыченко, Г.Ф. Проективная методика «Несуществующее животное». Руководство и результаты психодиагностического исследования взрослых пациентов с различными расстройствами эмоционально-личностной сферы / Г.Ф. Музыченко. - СПб.: Речь, 2013. – 555 с.
65. Мыльникова, Л.А. Актуальность профилактики травматизма в Российской Федерации. Возможные решения / Л.А Мыльникова // Скорая медицинская помощь. – 2009. – № 2. – С. 4 – 7.
66. Немсадзе, В.П. Детский травматизм / В.П. Немсадзе, Г. Амбернади. - М., 1999. – 270 с.
67. Пизова, Н.В. Что такое синдром дефицита внимания и гиперактивности? / Н.В. Пизова // Медицинский совет. – 2013. - №1. – С. 60 -64.

68. Полунина, Н.В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения / Н.В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 5. – С. 17 – 24.
69. Похилько, А.С. Психологические характеристики подростков с патологиями позвоночника: специальность 19.00.04 «Медицинская психология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. - СПб., 2010. – 23 с.
70. Проективные методы диагностики в современных социокультурных условиях. Актуальные проблемы разработки и практики применения / К.Ю. Бутримова, Е.В. Васина, Е.А. Федурин, В.А. Эрентраут // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. - 2016. - № 2. – Р. 100 – 122
71. Психологические и деонтологические аспекты в реабилитации детей с травмами и ортопедической патологией / Г.К. Ермакова, В.М. Парфенов, Е.В. Козюков, О.П. Зайдель // Травматизм и лечение травм у детей: сборник научных трудов под ред. проф. В. Л. Андрианова. / Л.: Ленингр. н.- и. дет. ортопед. ин-т им. Г. И. Турнера, 1987. – С. 21 – 29.
72. Пугачев, А. С. Влияние семьи на личность / А. С. Пугачев // Молодой ученый. – 2012. - № 7 (42). – С. 310 – 313.
73. Родионов, В.А. Взаимодействие психолога и педагога в учебном процессе / В.А. Родионов, М.А. Ступницкая. – Ярославль, 2001. – 149 с.
74. Романова, Е.С. Графические методы в практической психологии: учебное пособие / Е. С. Романова. – М.: Аспект Пресс, 2011. – 400 с.
75. Рупление, Ф.В. Детский травматизм в возрастном аспекте, его профилактика и роль общественности в борьбе с ним: 14.00.22 «Травматология и ортопедия»: автореферат дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Ф.В. Рупление. - Рига, 1978. – 27 с.
76. Рыжов, А.С. Профилактика травматизма на занятиях по физической культуре и спорту / А.С. Рыжов // Наука 2020. - 2017. - №5 (16). – С. 57 – 68.

77. Савченко, И.В. Особенности травматических повреждений у детей и факторы, их определяющие (обзор литературы) / И.В. Савченко, Т.С. Автомонова, М.С. Мартинен // Медицина: теория и практика. - 2021. – Т. 6, №2. – С. 46 – 53.
78. Сатир, В. Психотерапия семьи / В. Сатир. - СПб.: Речь, 2000. – 288 с.
79. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № № 2013610235 Российская Федерация. Автоматизированная система коррекции речевых и поведенческих нарушений у детей «Егоза». Заявл. 01.10.2012; опубл. 09.01.2013 / Захарчук Е. В., Немков А. Г., Зыков А. Н. / правообладатель ООО «Центр научных соисканий». – Зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ.
80. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № № 2016618356 Российская Федерация. Программа коррекции нарушений речи и поведения у детей Заявл. 27.05.2016; опубл. 27.07.2016 / Немков А. Г., Захарчук Е.В., Поляков Д. А., Немкова Я. В., Захарчук И. А. / правообладатель ООО «Центр научных соисканий». – Зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ.
81. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № №2014617051 Российская Федерация. Тестовый программный модуль коррекции нарушений речи и поведения у детей. Заявл. 13.05.2014: опубл. 10.07.2014 / Немков А. Г., Захарчук Е.В., Поляков Д. А., Немкова Я.В., Захарчук И. А., Ивашкин П. В. / правообладатель ГБОУ ВПО «Тюменская медицинская академия» МЗ и СР РФ. – Зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ.
82. Симерницкая, Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс диагностики "Лурия-90" / Э.Г. Симерницкая. - М.: Знание, 1991. – 48 с.
83. Соминов, А. Б., Распространённость и структура черепно-мозговой травмы в ряде субъектов Российской Федерации / Соминов А. Б., Лебедев И. А., Древаль О. Н., Гайбов С. С.-Х., Захарчук Е. В., Некрасов

- Д. А. // Уральский медицинский журнал. г. Екатеринбург. №193, 2020. С. 156 – 160.
84. Спиридонов, А.В. Медико-социальная профилактика детского травматизма в крупном городе с учетом типа семьи: на примере города Казани: 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение»: автореферат диссертации на соискание ученой степени медицинских наук - Казань, 2007. – 21 с.
85. Старовойтенко, Е.Б. Психология индивидуальности. Новые модели и концепции / Е.Б. Старовойтенко, В.Д. Шадриков. - М.: МПСИ. - 2009. – 384 с.
86. Степанова, М.И. Профилактика детского травматизма в летний период / М.И. Степанова // Народное образование. - 2014. - №2 (1435). – С. 111-116.
87. Ступницкая, М.А. Травматизм у детей школьного возраста: причина и профилактика / М.А. Ступницкая // Школа здоровья. - 2001. - № 4. – С. 196.
88. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России / Под ред. С. П. Миронова. - М.:ФГБУ ЦИТО им. Н. Н. Приорова, 2014. – 132 с.
89. Уелиев С.Д., Утеулиев Е.С., Сапарбеков М.К. Эпидемиология и профилактика детского травматизма // Вестник КазНМУ. 2018. №3. – с 363 – 365.
90. Федеральный закон от 24.07.1998 N 124 - ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»: принят Государственной думой ФС РФ 03.07.1998.
91. Фрейд, З. Психопатология обыденной жизни Просвещение / З. Фрейд – М., 2015. – 192 с.
92. Ханбикова, Э.Р. Проблема травматизма и его профилактики, особенности протекания травм в саратовской области / Э.Р. Ханбикова,

- Т.М. Богданова // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 5. – С. 53.
93. Шнейдер, Л.Б. Психология семейных отношений. Курс лекций / Л.Б. Шнейдер – М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 512 с.
94. Эйдемиллер, Э. Психология и психотерапия семьи / Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – 4 - е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер. - 2008. - 672 с.
95. Эриксон, Э. Х. Детство и общество: пер. с англ. / Э. Х. Эриксон – 2 - е изд., перераб. и доп. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд Университетская книга, 1996. – 592 с.
96. Ablewhite, J. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study: [Электронный ресурс] / J. Ablewhite, I. Peel, L. McDaid [et al.] // BMC Public Health. - 2015. - Vol.15. - P. 280. – URL: doi: 10.1186 / s12889-015-1547 – 2.
97. Ackerman, N.W. Accidental self-injury in children / N.W. Ackerman, L. Chidester // Archives of Pediatrics. – 1936. – Vol. 53. – P. 711.
98. Alonge, O. Reducing the global burden of childhood unintentional injuries: [Электронный ресурс] / O. Alonge, A.A. Hyder // Archives Disease Childhood. – 2004. – Vol. 99. – P. 62 – 69. – URL: doi.org/10.1136/archdischild-2013-304177.
99. Andrejeva J. // The Impact of TRX suspension training on patient’s balance, coordination and quality of life after traumatic brain injury / J. Andrejeva, M. Kasradze, A. Mockiene, R. Radziuviene, J. Zakharchuk // Georgian Med News. 2020 Jan; (298):119-122. PMID 2141863
100. Barkley, R.A. Psychological Treatment for ADHD / R.A. Barkley // Journal of Clinical Psychology. – 2002. – 63. – P. 30 – 42.
101. Belanger, H.G. Neuropsychological performance following a history of multiple self-reported concussions: a meta-analysis / H.G. Belanger, E.

- Spiegel, R.D. Vanderploeg // *Journal International Neuropsychological Society*. – 2010. – Vol. 16. – P. 262 - 267.
102. Between a history of traumatic brain injuries and conduct disorder during youth in a population sample of Canadian adults associations / G. Ilie, C.M. Wickens, E. Vingilis [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2017. – Vol. 258. – P. 184 - 188.
103. Borse, N. CDC Childhood injury report: patterns of unintentional injuries among 0 – to 19 – year olds in the United States, 2000-2006: [Электронный ресурс] / N. Borse, D.A. Sleet // *Fam Community Health*. – 2009. – Vol. 32 (2). – P. 189. - URL: doi: 10.1097/01.FCH.0000347986.44810.59.
104. Child coping and parent coping assistance during the peritrauma period in injured children: [Электронный ресурс] / M.L. Marsac, J.H. Mirman, K.L. Kohser, N. Kassam-Adams // *Families, Systems, Health*. - 2011. - Vol. 29(4). - P. 279 -290. - URL: <https://doi.org/10.1037/a0026465>
105. Child coping, parent coping assistance, and post-traumatic stress following paediatric physical injury: [Электронный ресурс] / M.L. Marsac, K.A. Donlon, F.K. Winston, N. Kassam-Adams // *Child: Care, Health Development*. – 2013. Vol. 39(2). – P.171-177. – URL: doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01328.x.
106. Childhood injury prevention counseling in primary care settings: a critical review of the literature / J.L. Bass, K.K. Christoffel, M. Widome [et al.] // *Pediatrics*. – 1993. – Vol. 92. – P. 544-550.
107. Children at risk of injury: [Электронный ресурс] / B.S. Bruce, J.P. Lake, V.A. Eden, J.C. Denney // *Journal Pediatric Nursing*. – 2004. – Vol. 19 (2). – P. 121 - 127. - URL: doi: 10. 1016/ S0882-5963(03)00144-1.
108. Comparison of ISS, NISS, and RTS score as predictor of mortality in pediatric fall: Электронный ресурс / K.D. Soni, S. Mahindrakar, A. Gupta [et al.] // *Burns Trauma*. - 2017. – Vol. 8. – P. 5 – 25. – URL: doi: 10.1186/s41038-017-0087-7.

109. Conroy, C. Trauma as a public health issue / C. Conroy // Trauma Quarterly. – 1985. – Vol. – P. 69 – 75.
110. Danseco, E.R. Incidence and costs of 1987-1994 childhood injuries: demographic breakdowns / E.R. Danseco, T.R. Miller, R.S. Spicer // Pediatrics. – 2000. – Vol. 105. – e27.
111. Davis, C.S. Unintentional injury in early childhood: its relationship with childcare setting and provider: [Электронный ресурс] / C.S. Davis, S.E. Godfrey, K.M. Rankin // Maternal Child Health Journal. - 2013. - Vol. 17(9). – P. 1541-1549. - URL: doi: 10.1007/s10995-012-1110-z.
112. Deal, L. Unintentional injuries in childhood: analysis and recommendations: [Электронный ресурс] / L. Deal, D. Gomby, L. Zippiroli, R. Behrman // Future Children. - 2000. – Vol. 10(1). - P. 4 – 22. - URL: doi:10.2307/1602823
113. DiGuseppi, C. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting / C. DiGuseppi, I.G. Roberts // Future Child. - 2000. - Vol. 10. – P. 53 – 82.
114. DiScala C, Lescohier I, Barthel M, Li G. Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics. 1998;102:1415 – 21.
115. Dunbar, H.F. Your Child's mind and body; a practical guide for parents / H.F. Dunbar. - New York: Random House, 1949. – p. 324
116. Factors related with unintentional injuries in children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder: [Электронный ресурс] / A.B. Ayaz, M. Ayaz, E. Şentürk [et al.] // International Journal Injury Control Safety Promotion. -2016. – Vol. 23 (1). – P. 93-98. – URL: doi: 10.1080/17457300.2014.969279.
117. Father – child interactions and children's risk of injury: [Электронный ресурс] / J. StGeorge, R. Fletcher, E. Freeman [et al.] // Early Child Development Care. – 2015. - Vol. 185(9). – P. 1409 – 1421. – URL: doi.org/10.1080/03004430.2014.1000888.

118. Flavin M.P., Dostaler S.M., Simpson K., Brison R.J., Pickett W. Stages of development and injury patterns in the early years: a population-based analysis. *BMC Public Health*. 2006; 6:187 – 197.
119. Garzon, D.L. Contributing factors to preschool unintentional injury: [Электронный ресурс] / D.L. Garzon // *Journal Pediatric Nursing*. – 2005. – Vol. 20(6). – P. 441 – 447. - URL: doi: 10.1016/j.pedn.2005.03.014.iew.
120. Gore, G. School injuries and preventive policies and programs. *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique* / G. Gore, H. Magdalinos, I. Pless. – 2004. – Vol. 95, № 6. – P. 424 – 4288. – URL: 10.1007/BF03403986.
121. Grossman, D. The History of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries: [Электронный ресурс] / D. Grossman // *Future Children*. – 2000. – Vol. 10 (1). - P. 23 – 52. – URL: http: doi:10.2307/1602824.
122. Holder, M., Klassen A. Temperament and happiness in children. *Journal of Happiness Studies*. 11. – 2010, P. 419 – 439. 10.1007/s10902-009-9149-2.
123. Improvement in quality and quantity of prevention measurement of toddler injuries and parental interventions / L. Peterson, D. DiLillo et al. // *Behavior Therapy*. – 2002. - № 33. – P. 271 – 297.
124. Injuries and poisonings in out-of-home child care and home care / W.J. Gunn, P.F. Pinsky, J.J. Sacks, L.B. Schonberger // *American Journal Diseases Children*. - 1991. – Vol. 145 (7). – P. 779 – 781.
125. Injuries in the European Union. Summary of injury statistics for the years 2012–2014. Amsterdam: European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe); 2016.
126. Injury risks in schoolchildren with attention-deficit/hyperactivity or autism spectrum disorder: Results from two school-based health surveys of 6- to 17-year-old children in Sweden: [Электронный ресурс] / C. Bonander, L. Beckman, S. Janson, C. Jernbro // *Journal Safety Research*. – 2016. - № 58.

- URL:<http://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.06.004>.+Epub+2016+Jul+1.+Bonnander+C1%2C+Beckman+L2%2C+Janson+S2%2C+Jernbro+C2.
127. Joffe, A.R. Injury admissions to pediatric intensive care are predictable and preventable: A Call to Action / A.R. Joffe, A. Lalani // *Journal Intensive Care Medicine*. – 2006. -Vol. 21, issue 4. – P . 227 – 234.
 128. Jullien, S. Prevention of unintentional injuries in children under five years. *BMC Pediatr* 21, 311 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02517-2>.
 129. Khaliq, A. Assessment of childhood domestic injuries among joint and nuclear families of karachi / A. Khaliq, H. Amreen, S.Siddiqui, G. M. Nasir // *Open Journal Social Sciences*. – 2017. – Vol.5, № 2. – P. 50 – 59. –URL: doi: 10.4236/jss.2017.52006.
 130. Laflamme, L. Pupil injury risks as a function of physical and psychosocial environmental problems experienced at school. *Injury prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury* / L. Laflamme, E. Menckel // *Prevention*. -2001. – Vol. 7. – P. 146-149. – URL: doi: 10.1136/ip.7.2.146.
 131. Maternal depression child behavior and injury: [Электронный ресурс] / К. Phelan, J. Khour, H. Atherton, R.S. Kahn // *Injury Prevention: Journal International Society Child Adolescent Injury Prevention*. - 2007. - Vol. 13(6). - P. 403–408. – Режим доступа. –URL: doi:10.1136/ip.2006.014571.
 132. Matheny, A. Psychological characteristics of childhood accidents / A. Matheny // *Journal Social Issues*. - 1987. – Vol. 43(2). – P.45 – 60.
 133. Maxson RT, Lawson KA, Pop R, Yuma-Guerrero P, Johnson KM. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in a select sample of injured and uninjured pediatric patients. *J Pediatr Surg*. 2009; 44:743 – 8.
 134. Miller, T. The cost of childhood unintentional injury and the value of prevention / T. Miller, E. Romano, R. Spicer // *Future children*. – 2000. - № 10. – P . 137 – 163.

135. Miller, T.R. Injury prevention counseling by pediatricians: a benefit-cost comparison / T.R. Miller, M. Galbraith // *Pediatrics*. - 1995. – Vol. 96 (1), pt. 1. – P.1 – 4.
136. Morrongiello, B. A. Understanding children’s injury-risk behaviors: The independent contributions of cognitions and emotions: [Электронный ресурс] / B.A. Morrongiello, S. Matheis // *Journal Pediatric Psychology*. – 2007. – Vol. 32 (8). P. 926 – 937. – URL: [http: doi:10.1093/jpepsy/jsm027](http://doi:10.1093/jpepsy/jsm027).
137. Myhre M.C., Thoresen S., Groggaard J.B., et al Familial factors and child characteristics as predictors of injuries in toddlers: a prospective cohort study *BMJ Open* 2012;2:e000740.doi:10.1136/bmjopen-2011-000740
138. Mytton, J., Towner E., Brussoni M., Gray S. Unintentional injuries in school-aged children and adolescents: Lessons from a systematic review of cohort studies. *Injury prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*. 15. 111 – 24, 2009.
139. Niekerk, A. Prevention of childhood injuries / A. Niekerk // *South African Medical Journal*. – 2017. – Vol. 107 (3). – P. 182. – URL: [10.7196/SAMJ.2017.v107i3.12364](http://doi:10.7196/SAMJ.2017.v107i3.12364).
140. Ordonana, J.R. Unintentional Injuries in a twin study of preschool children: environmental, not genetic, risk factors: [Электронный ресурс] / J.R. Ordonana, A. Caspi, T.E. Moffitt // *Journal neurology, neurosurgery psychiatry* - 2008. - Vol.33 (2). – P.185-94. – URL: doi:10.1093/jpepsy/jsm041.
141. Parental attitudes and knowledge of child safety. A national survey / M.R. Eichelberger, C.S. Gotschall, H.B. Feely [et al.] // *American Journal Diseases Children*. - 1990. – Vol. 144. – P. 714 – 720.
142. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood: [Электронный ресурс] / D. Kendrick, J. Barlow, A. Hampshire [et al.] // *Cochrane Database Systematic Review*. – 2007. – Vol. 17. - № 4. – URL: [doi: 10.1002/14651858](http://doi:10.1002/14651858).

143. Pastor PN, Reuben CA. Identified attention-deficit/hyperactivity disorder and medically attended, nonfatal injuries: US school-age children, 1997-2002. *Ambul Pediatr.* 2006;6:38–44.
144. Pearson, J., Jeffrey S., Stone D.H. Varying gender pattern of childhood injury mortality over time in Scotland. *Arch Dis Child.* 2009 Jul;94 (7):524 - 30. doi: 10.1136/adc.2008.148403
145. Pediatric injury prevention counseling priorities / L.R. Cohen, C.W. Runyan, S.M. Downs, J.M. Bowling // *Pediatrics.* – 1997. – Vol. 99. – P. 704 – 710.
146. Pittsenbarger ZE, Grupp-Phelan J, Phelan KJ. Comparing the frequency of unrecognized attention deficit hyperactivity disorder symptoms in injured versus noninjured patients presenting for care in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2008;24:438 – 41.
147. Predictors of injury mortality in early childhood / S.J. Scholer, E.F. Jr. Mitchel, W.A. Ray // *Pediatrics.* – 1997 – Vol. 100 (3), pt. – P. 1342 - 7. – URL: doi: 10.1542/peds.100.3.342. PMID: 9282703.
148. Predictors of unintentional injuries to school-age children seen in pediatric primary care / K. Bradbury, D.M. Janicke, A.W. Riley, J.W. Finney // *Journal Pediatric Psychology.* – 1999. – Vol. 24 (5). – P. 423 – 33.
149. Rao, V. Neuropsychiatric sequelae of traumatic brain injury / V. Rao, C. Lyketsos // *Psychosomatics.* – 2000. – Vol. 41, № 2. – P.95 – 103.
150. Rawson, A.J. Accident Proneness / A.J. Rawson // *Psychosomatic Medicine.* – 1944. – Vol. 6 (1). – P. 84 – 94.
151. Relation of caregiver alcohol use to unintentional childhood injury: [Электронный ресурс] / A. Damashek, A. Damashek, N.A. Williams Sher [et al.] // *Journal Pediatric Psychology.* - 2009. - Vol. 34(4). – P. 344 – 353. –URL: [http: doi: 10.1093/jpepsy/jsn097](http://doi:10.1093/jpepsy/jsn097).
152. Rhodes, K.V. Child injury risks are close to home: parent psychosocial factors associated with child safety: [Электронный ресурс] / K.V. Rhodes,

- T.J. Iwashyna // *Maternal Child Health Journal*. - 2007. – Vol. 11(3). – P. 269–275. –URL: doi:10.1007/s10995-006-0171-2.
153. Risk for injury in preschoolers: Relationship to attention deficit hyperactivity disorder / J. Byrne, H. Bawden, T. Beattie, N. DeWolfe // *Child Neuropsychology*. – 2003. - № 9. - P.142 – 151.
154. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis / M. Ruiz-Goikoetxea, S. Cortese, M. Aznarez-Sanado [et al]. // *Neuroscience Biobehavioral Reviews*. – 2018. – Vol. 84. – P. 63 – 71.
155. Royal, S.T. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children: [Электронный ресурс] / S.T. Royal, D. Kendrick, T. Coleman // *Cochrane Database Systematic Reviews*. – 2005. – Vol. (2). – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM).
156. Rzucidlo, S.E. Beyond the physical injuries: child and parent coping with medical traumatic stress after pediatric traum: [Электронный ресурс] / S.E. Rzucidlo, M. Campbell // *Journal Trauma Nursing: Official Journal Society Trauma Nurses*. – 2009. – Vol. 16 (3). – P. 130 – 135. – URL: doi:10.1097/JTN.0b013e3181b9e078.
157. Sajjan S. Injuries in children with epilepsy: A hospital-based study / Sajjan S., Puneet J. et.al. // *Indian Pediatrics*. – 2016. – Vol. 53. – P. 883 – 885. – URL: 10.1007/s13312-016-0952-7.
158. Schieber, R. Legislative and regulatory strategies to reduce childhood unintentional injuries: [Электронный ресурс] / R. Schieber, J. Gilchrist, D. Sleet // *Future Children*. – 2000. – Vol. 10 (1). – P. 111 – 136. –URL: doi:10.2307/1602827.
159. Schwebel, D.C. Pediatric unintentional injury: behavioral risk factors and implications for prevention: [Электронный ресурс] / D.C. Schwebel, J. Gaines // *Journal Developmental Behavioral Pediatrics*. - 2007. - Vol. 28 (3). – P. 245 – 254. – URL: doi:10.1097/01.DBP.0000268561.80204.2a.

160. Schwebel, D.C. Why "accidents" are not accidental: Using psychological science to understand and prevent unintentional child injuries: [Электронный ресурс] / D.C. Schwebel // American Psychologist. - 2019. - Vol. 74 (9). - P.1137-1147. – URL: doi: 10.1037/amp0000487.
161. Schwebel, D.C., Bounds M. The Role of parents and temperament on children's estimation of physical ability: links to unintentional injury prevention. Journal of pediatric psychology. 28. 505 – 16. 2003.
162. Shi, X. Unintentional injuries in children with disabilities: a systematic review and meta-analysis: [Электронный ресурс] / X. Shi, J. Shi, K.K. Wheeler, L. Stallones // Epidemiology. - 2015. - № 2. – URL: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Inj+Epidemiol.+2015+Dec%3B2\(1\)%3A21.+Epub+2015+Sep+15%2C+Shi+X1%2C2%2C+Shi+J2%2C3%2C+Wheeler+KK2%2C3%2C+Stallones+L4%2C+Ameratunga+S5%2C+Shakespeare+T6%2C+Smith+GA2%2C7%2C+Xiang+H8%2C9%2C10](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Inj+Epidemiol.+2015+Dec%3B2(1)%3A21.+Epub+2015+Sep+15%2C+Shi+X1%2C2%2C+Shi+J2%2C3%2C+Wheeler+KK2%2C3%2C+Stallones+L4%2C+Ameratunga+S5%2C+Shakespeare+T6%2C+Smith+GA2%2C7%2C+Xiang+H8%2C9%2C10).
163. Social cognition, child neglect, and child injury risk: The contribution of maternal social information processing to maladaptive injury prevention beliefs within a high-risk sample / S.T. Azar, E.A. Miller, M.T. Stevenson, D.R. Johnson // Journal Pediatric Psychology. – 2017. – Vol. 42(7). – P. 759 – 767.
164. Socio-economic status and types of childhood injury in alberta: A population based study / S.J. Gilbride, C. Wild, D.R. Wilson [et al.] // BMC Pediatrics. - 2006. – Vol. 6. – P 1. –URL: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-6-30>
165. Supervision and risk of unintentional injury in young children: [Электронный ресурс] / P.G. Schnitzer, D. Dowd, R.L. Kruse, B.A. Morrongiello // Injury prevention. – 2015. – Vol. 21. – P.63-70. – URL: doi: 10.1136/injuryprev-2013-041128.
166. The Association of parental coping and childhood injury: [Электронный ресурс] / M. Nocera, A. Gjelsvik, R. Wing, S. Amanullah // Child Health

- Journal. – 2016. – Vol. 20 (11). – P.2357-2366. – URL: [http: doi: 10.1007/s10995-016-2059-0](http://doi.org/10.1007/s10995-016-2059-0).
167. The effectiveness of a home visit to prevent childhood injury / W.J. King, T.P. Klassen, J. LeBlanc [et al.] // *Pediatrics*. – 2001. – Vol. 108(2). – P. 382-388. – URL: [doi: 10.1542/peds.108.2.382](http://doi.org/10.1542/peds.108.2.382).
168. The feasibility of using a parenting programme for the prevention of unintentional home injuries in the under-fives: a cluster randomised controlled trial: Электронный ресурс / J. Mytton, J. Ingram, S. Manns [et al.] // *Health Technology*. – 2014. – Vol. 18 (3). - P.1 – 184. – URL: [doi: 10.3310/hta18030](http://doi.org/10.3310/hta18030).
169. The risk of injuries in children with Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in England / V. Prasad, K. Sayal, J. West et al. // *Injury Prevention*. – 2016. – Vol. 22. – A130.
170. The role of supervision in child-injury risk: Assumptions, issues, findings, and future directions: [Электронный ресурс] / G. Saluja, B.A. Morrongiello, D. Haynie [et al.] // *Journal Pediatric Psychology*. – 2005. – URL: [http: doi: 10.1076/icsp.11.1.17.26310](http://doi.org/10.1076/icsp.11.1.17.26310).
171. Traumatic stress, depression, and recovery: Child and parent responses after emergency medical care for unintentional injury: Электронный ресурс / N. Kassam-Adams, A. Bakker, M.L. Marsac [et al.] // *Pediatric Emergency Care*. – 2015. – Vol. 31(11). – P. 737 – 742. – URL: [http: doi: 10.1097/PEC.0000000000000595](http://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000595).
172. UNICEF. A league table of child deaths by injury in rich nations. - Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2001. – p. 28.
173. Unintentional childhood injury: a controlled comparison of behavioral characteristics: [Электронный ресурс] / H. Zhang, Y. Li, Y. Cui [et al.] // *Pediatric*. – 2016. – Vol. 29. – P. 16-21. – URL: [doi: 10.1186/s12887-016-0558-1](http://doi.org/10.1186/s12887-016-0558-1).

174. Unintentional injuries among Chinese children with different types and severity of disability: [Электронный ресурс] / H. Zhu, H. Xiang, X. Xia, X. Yang // *Annals Epidemiology*. – 2014. – Vol. 24 (1). – P. 23 – 28. –URL [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=\(Zhu+H%2C+Xiang+H%2C+Xia+X%2C+Yang+X%2C+Li+D%2C+Stallones+L%2C+Du+Y.+Ann+Epidemiol.+2014+Jan%3B24\(1\)%3A238.+doi%3A+10.1016%2Fj.annepidem.2013.10.015.+Epub+2013+Nov+1](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=(Zhu+H%2C+Xiang+H%2C+Xia+X%2C+Yang+X%2C+Li+D%2C+Stallones+L%2C+Du+Y.+Ann+Epidemiol.+2014+Jan%3B24(1)%3A238.+doi%3A+10.1016%2Fj.annepidem.2013.10.015.+Epub+2013+Nov+1).
175. Unintentional Injuries in Preschool Age Children: Is There a Correlation With Parenting Style and Parental Attention Deficit and Hyperactivity Symptoms: [Электронный ресурс] / E.E. Acar, O.B. Dursun, İ.S. Esin [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2015. – Vol. 94 (32). – e1378. – URL: <http://doi:10.1097/MD.0000000000001378>.
176. Venkatesh, Soma & Chandrasekaran, Venkatesh & Soundararajan, Palanisamy. (2012). Unintentional Childhood Injuries: A Cause for Concern. *Research and Reviews: Journal of Medical and Health Sciences*.
177. Zakharchuk, E. Neuropsychological and/or psychological factors traumatic behavior of children under the age of 10 years / Zakharchuk E., Dotsenko E., Khvesko T., Andrejeva J. // *International journal of psychology: a biopsychosocial approach*, 2020 №23 (09.02.2020) DOI: <https://doi.org/10.7220/2345-024X.23>.

Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Анкета для родителей и лиц, их заменяющих

Уважаемые родители, ответьте на вопросы о своём ребёнке.

Ваши ответы помогут улучшить профилактику детских травм.

- Какая по счёту эта травма у ребенка, потребовавшая обращения за медицинской помощью? 1-я 2-я 3-я более 3 раз
- В семье совместно проживают или часто видятся, контактируют с ребенком:
- мама, папа, бабушка, дедушка, няня (подчеркните), братья____, сестры____ (укажите количество).
- Просим Вас внимательно прочитать и оценить своего ребенка, используя приведенные ниже шкалы. Для этого:
А. Ознакомьтесь с содержанием шкалы – и слева, и справа.
Б. Поставьте в средней колонке отметку (обведите кружком), которая будет соответствовать Вашим представлениям о ребенке.

Часто стараемся помочь ребенку в решении жизненных задач	3—2—1—0—1—2—3	Позволяем ребенку самостоятельно решать жизненные задачи
Ребенок малоактивный, скорее созерцательный	3—2—1—0—1—2—3	Ребенок почти постоянно находится в движении
Ребенку редко что-то запрещаем, ему многое разрешено	3—2—1—0—1—2—3	Стараемся ограничивать ребенка от многих рисков, поэтому многое запрещаем
У нашего ребенка мало обязанностей в семье. Порой трудно привлечь ребенка к какому-нибудь делу в семье	3—2—1—0—1—2—3	У ребенка достаточно много обязанностей в семье. Он часто занят домашними и прочими делами
Ребенка следует наказывать как можно реже, лучше поддерживать	3—2—1—0—1—2—3	Ребенка следует наказывать, иначе не воспитать
Поведение ребенка часто бывает агрессивным	3—2—1—0—1—2—3	Наш ребенок тихий, спокойный
Ребенок часто проявляет излишнее беспокойство	3—2—1—0—1—2—3	Ребенок чаще всего спокоен
Наш ребенок легко удерживает внимание на том, чем он занят	3—2—1—0—1—2—3	Нашему ребенку трудно сосредоточиться на чем-то одном
Ребенок легко вовлекается в семейные конфликты	3—2—1—0—1—2—3	Ребенок остается за пределами семейных конфликтов

Дата заполнения: _____

Фамилия Имя ребенка: _____ Возраст: _____ Пол: _____

ФИО заполнившего: _____

Врач: _____ Комментарии: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 2**СТОП-ТРАВМА**

Методика профилактики повторных травм
у детей (рекомендации для врачей)

Данные практические рекомендации предназначены для тех, кто работает с детским травматизмом.

Медицинские учреждения России ежегодно регистрируют более 3 млн. травм у детей. Таким образом, в больницы в связи с травмами обращается, примерно, каждый восьмой ребенок в возрасте до 18 лет.

Цель создания методики: оптимизировать профилактику повторных непреднамеренные травм у детей.

Методика позволяет *оценить и провести профилактическую работу повторных травм ребенка*. В ее основе - результаты научного исследования факторов, указывающих на возможность повторных травм у детей в зависимости от их индивидуальных особенностей и ситуации в семье.

Ожидаемая эффективность

- Сократится количество повторных обращений детей с травмами, тем самым, снизится нагрузка на врачей.
- Усилится мотивация родителей или лиц, их замещающих, замещающих, взять на себя свою часть ответственности за травму ребенка.
- Родители будут знать, на что обратить внимание во избежание повторения травм у детей.

Общий порядок действий

1. Врач выдает анкету для заполнения законному представителю ребенка (время заполнения до 3 минут).
2. Взглянув на анкету, врач бегло, за 1-2 минуты, анализирует семейную ситуацию развития ребенка, вероятность повторной травмы.
3. Врач при необходимости, дает родителям рекомендации обратиться дополнительно к психологу (детскому или семейному) или нейропсихологу.

Описание анкеты

Первый вопрос о количестве травм позволяет оценить в целом степень риска непреднамеренной травмы у ребенка: низкая, средняя, высокая. Чем больше количество уже случившихся травм, тем выше риск повторных.

Второй вопрос о количестве детей и составе семьи позволяет оценить степень внимания взрослых.

Вопросы с 3 по 11 отражают факторы, указывающие на возможность повторных травм у ребенка:

- 3 – гиперпротекция со стороны родителей,
- 4 – повышенная активность ребенка,
- 5 – недостаточность требований у ребенка,
- 6 – недостаточность обязанностей в семье у ребенка,
- 7 – завышенные санкции к ребенку,
- 8 – агрессивность ребенка,
- 9 – тревожность ребенка,
- 10 – дефицит концентрации внимания у ребенка,
- 11 – ощущение конфликтности в семье ребенком.

Процедура сбора данных

Врач предлагает родителям или лицам, их замещающих, заполнить анкету. Время заполнения составляет 3-5 минут. Заполнить анкету можно во время ожидания результатов дополнительных обследований.

Респондентам **необходимо объяснить**, что анкетирование проводится в целях предупреждения повторных травм у ребенка. Задача родителей или лиц, их замещающих, – внимательно прочесть вопросы анкеты и правдиво на них ответить.

Обработка полученных данных

Подсчет общего балла ведется следующим образом: цифры, попавшие в полюс шкалы, выделенной жирным шрифтом, суммируются. К полученной сумме прибавляются числа: 1, 2, 3 или 4, в зависимости от количества травм у ребенка (1-й вопрос).

Максимально возможный балл – 31.

Интерпретация результатов

Просматривая анкету, врач анализирует полученные результаты. Чем выше балл, тем риск травмы ребенка выше. Повышенный риск повторной травмы - 16 баллов и выше.

Согласно, полученным результатам, врач дает родителям рекомендации по предупреждению повторных физических непреднамеренных травм у ребенка. Например, так: *«По результатам анкеты Ваш ребенок имеет повышенный риск повторной травмы, Вам необходима консультация других специалистов».*

Чтобы определить, к каким именно специалистам направить, врач **ориентируется** на ответы:

- направляет к **семейному психологу**, если «сработали» ответы на вопросы под номерами: 3, 4, 5, 6, 7 и 11;

- направляет к **детскому психологу**, если «сработали» ответы на вопросы под номерами: 8, 9 и 10;

- дополнительно направляет еще и к **нейропсихологу**, если «сработали» ответы на вопросы под номерами: 4, 9 и 10.

Благодаря работе вышеуказанных специалистов, *в перспективе* сократится количество повторных травм у детей, а у врачей снизится нагрузка. Остается **убедить родителей** обратиться к этим специалистам.

Уместно будет сказать им следующее: *«Врачи имеют дело с уже случившейся травмой. Причины же, как показывают Ваши ответы, следует поискать в семейной ситуации, и в ваших отношениях с ребенком. Лучшее всего это может сделать психолог», «Я сожалею, что у вашего ребенка случилась травма (мне понятны ваши переживания)... Чтобы определиться с тем, как не допустить последующих травм, рекомендую обратиться к психологу», «Есть разные варианты возможных действий, исходя из того, к чему Вы готовы и чего Вы хотите. Либо оставить все как есть и, скорее всего, травмы будут продолжаться, пока ребенок сам не научится прогнозировать последствия. Либо помочь ребенку, которому пока не хватает умений, дать ему какие-то новые стратегии организации своего поведения. Такими стратегиями как раз и занимается психолог».*

На вопросы (или возражения) родителей (**Что сказать психологу**) можно предложить следующее: *«Скажите, что врач внимательно осмотрел нашего ребенка, изучил результаты анкетирования и порекомендовал нам обратиться к психологу, нейропсихологу, чтобы снизить вероятность повторных травм».*

В результате беседы с врачом у родителей появится дополнительная возможность сделать осознанный выбор в пользу обращения к рекомендованным специалистам, осознать важность психологической работы с семьей или с каждым ее членом индивидуально.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3**СТОП-ТРАВМА****Снижение риска повторных непреднамеренных травм у детей
(рекомендации для психологов)**

Данные практические рекомендации предназначены для детских, семейных, социальных психологов: для всех тех, кто готов эффективно работать с повторным детским травматизмом. В основу данных методических рекомендаций положены результаты диссертационного кандидатского исследования: «Факторы повторного травматизма у детей (медико-психологическое сопровождение)».

**Клиенты психолога – дети не только с психическими травмами,
но и с непреднамеренными физическими травмами**

Проблема в том, что к психологу с вопросом о возможности предотвращения рисков непреднамеренных повторных травм у детей обращаются клиенты достаточно редко, так как в массовом сознании сегодня не сформирована мысль, что травмоопасное поведение детей может быть обусловлено факторами, большая часть которых находится в пределах семейной ситуации (микросоциальные условия).

Медицинские учреждения России ежегодно регистрируют более 3 млн. травм у детей. Отмечается рост количества обращений к врачам: педиатрам, неврологам, хирургам, травматологам, в том числе и в связи с необходимостью оценить последствия случившихся травм и узнать возможности профилактики последующих физических травм у детей.

Обстоятельства возникновения травм у детей и взрослых существенно отличаются, поэтому в посттравматической работе с ребенком и родителями специалистам требуется комплексно учитывать характер последствий, структуру возникших осложнений, факторы, обусловившие факт травмы ребенка, поскольку повторное их срабатывание грозит нивелировать все реабилитационные усилия. В той мере, в которой эти особенности оказали влияние на первое травматическое событие, они способны обусловить и повторные травмы у детей (Schwebel, 2019).

Маршрутизация детей с повторными травмами среди специалистов на сегодняшний день эффективно не налажена. Речь идет о бытовом травматизме, преимущественно легкой и средней степени тяжести травме. В структуре повторных непреднамеренных (исключен насильственный фактор) травм отмечены следующие: черепно-мозговая и спинномозговая травма различной степени тяжести, ушибы мягких тканей, рвано-ушибленные, резанные раны, переломы, вывихи ребер, пальцев или

конечностей, переломы костей носа, лицевого-скелета, растяжения связочного-аппарата, ушибы внутренних органов, ожоги, контузии глазных яблок, травматические экстракции зубов и прочие).

Направление семей с риском повторных травм детей могут давать врачи, для которых разработана и апробирована методика «Стоп-травма». С ее помощью у врачей есть возможность выделять детей с риском повторных травм и рекомендовать им работу с психологом. Вряд ли клиенты с данной проблемой пойдут к психологам сразу и массово, но ожидать их обращений следует. Эта категория представляет потенциальное большое количество клиентов психолога.

После того как врачи неотложной помощи (травматологи, хирурги, нейрохирурги) оказали помощь, ребенок с повторными травмами часто оказывается без дальнейшего присмотра необходимого специалиста. Здесь обнаруживаются как минимум две трудности:

Трудности родителей. К кому обратиться с нерешенными вопросами: «Почему это произошло?», «А может ли повториться снова?», «Кто виноват?», Особенно после повторной травмы: «Почему именно с нами?», «Как предотвратить следующий раз?», «Почему одни дети живут без травм, а другие получают их часто?». Родители пытаются объяснять причины частого травматизма детей повышенной двигательной активностью, непоседливостью и любознательностью, несовершенством моторных навыков и координации движений, пониженным чувством опасности и страха высоты и т.п. Но вопрос «что делать?» не исчезает.

Трудности врачей. Родители травмированных детей спрашивают, что делать, озадачивают врачей амбулаторной службы многочисленными вопросами, возлагая на них надежды по профилактике травм. Случается, приносят большой комплект обследований, но проблема не решается, ребенок не прекращает подвергать себя травмам. «Некоторые проницательные врачи, хоть это и выходит за рамки их компетенций, пробуют обратить внимание на семейную ситуацию, на воспитательные привычки родителей» [36]. Как правило, они наталкиваются на сопротивление членов семьи, неготовность осознавать проблему травматизма как системную – их семейную трудность. И тогда они догадываются рекомендовать психолога. Редкие педиатры (вероятно, «разумно ленивые») сразу отправляют семью к психологу-консультанту. Так вполне логично повторно травмирующиеся дети и их родители из пациентов врачей преобразуются в клиентов психологов. У последних уже есть продуктивные схемы работы, но недостает специфических тонкостей в понимании данной предметной области.

Результаты представленного исследования позволяют психологам лучше понять причинно-следственные связи при возникновении повторных травм у детей и точнее ставить консультативные задачи.

Цель – оптимизировать риски повторных непреднамеренные травм у детей, учитывая особенности факторов повторного травматизма у детей в возрасте 5-10 лет наметить перспективы их преодоления в психологическом консультировании

Среди всех факторов повторных травм у детей можно выделить 2 группы.

К первой группе относятся *индивидуальные особенности ребенка*: от личностных до физиологических. Отмечается, что такие дети имеют высокую склонность к риску, двигательную расторможенность, эмоционально неустойчивые, неадекватно ведут себя в стрессовых ситуациях, они, как правило, несамокритичны, переоценивают свои способности и возможности (Morrongiello В.А., Matheis S. 2007). Отдельно обсуждаются их эмоциональные свойства и качества темперамента. Таким образом, ответственность за повторяющиеся травмы у детей возлагается преимущественно на самих же детей.

Реже обнаруживаются исследования, в которых повторный детский травматизм стараются понять через *особенности социальной ситуации развития ребенка в семье*. При этом обсуждаются индивидуально-психологические особенности родителей или заменяющих их лиц, принятый в семье стиль воспитания, социально-психологические характеристики семьи (Эйдемиллер, Юстицкис, 2008). Однако системно организованных исследований в доступной нам литературе обнаружить не удалось.

Предлагается комплексный подход к профилактике непреднамеренных травм у детей, акцентируется, что поведенческие риски возникают из семейной среды ребёнка и более широкой культурной среды, при этом *работа психолога играет важную роль* в предотвращении детского травматизма (Schwebel, 2006).

Модель факторов риска повторного детского травматизма – распределение возможностей взаимодействия специалистов

Все многообразие возможных факторов (повторной) травматизации, выявленных в научной литературе, были упорядочены в матрицу, выступающую средством моделирования ситуации развития ребенка. Модель образована двумя измерениями (Рис. 1): горизонтальное: *Индивидуальное* (особенности ребенка) – *Социальное* (его ситуация развития); и вертикальное измерение: *Степень зависимости факторов риска от контролирующих их субъектов*.

особенности семейной ситуации развития ребенка (ячейки 2, 5, 8), и еще лучше – на основе анализа особенностей самого ребенка (ячейки 1, 4, 7).

Таким образом, **модель позволяет** по каждому отдельному случаю травмы ребенка указать факторы, на которые следует ориентироваться в консультативном процессе, определить степень ответственности вовлеченных в события людей, а также на чью компетентность можно опереться в этой работе. При выявленном векторе (на ком) и мере ответственности (сколько) станет понятно, с кем или с чем следует работать в приоритетном порядке. Если же в случай будут вовлечены **органы правосудия**, то модель дает эксперту-психологу возможность корректно спланировать обследование и составить сбалансированное экспертное заключение. При сборе необходимых сведений можно будет указать, на ком лежит основная ответственность (на конкретном родителе, семье, педагоге, учреждении), а на ком – косвенная. Схемой можно воспользоваться и при организации обследования для составления заключения специалиста или экспертного заключения – по определению суда, по запросу структур соцзащиты и прочих.

Факторы, обуславливающие травмоопасное поведение у ребенка

Ориентируясь на модель (см. таблицу), важно понять, какие именно из заданных в ней факторов актуализированы в конкретной ситуации развития данного ребенка. В исследовании показано как справедливость модели, так и то, насколько важна роль семейной ситуации (ячейки 2, 5 и 8). На основании результатов исследования статистически значимыми факторами повторных травм выявлены клинические, индивидуально - психологические и социально-психологические факторы риска травмоопасного поведения ребенка.

В качестве клинического фактора риска выступает гиперактивность, в качестве индивидуально – психологических факторов: повышенная тревожность, отсутствие ощущения безопасности (представление о собственной семье как конфликтной) и социально - психологических – некоторые характеристики детско-родительского взаимодействия (авторитарный стиль общения), особенности воспитательных воздействий – гиперпротекция, наличие значительного количество санкций, недостаточность обязанностей и организованности ребенка, практикуется вседозволенность. Например, ребенок ест много сладких блюд, не чистит ежедневно зубы, не закаливается, родители не развивают творческие способности детей, что свидетельствует о незрелых стилевых характеристиках воспитания. Родители слабо заботятся о том, чтобы вменить детям повседневные правила. А также социально –

психологическим факторов риска повторных травм являются некоторые личностные особенности родителей, в частности, их неустойчивая самооценка.

Так центральным звеном среди факторов риска травмоопасного поведения становится стиль воспитания, принятый в семье. Обнаружены *недоработки* взрослых в воспитании повторно травмирующихся детей. А именно:

- гиперпротекцией затрудняют становление самостоятельности ребенка;
- частично дисциплинируют в мелких социальных ситуациях – дают не достаточное количества правил, не достаточно структурируют режим дня и другую повседневную активность ребенка, что ненадежно защищает детей от крайностей в поведении, порождающих риски грубых ошибок и повторных непреднамеренных травм;
- не вполне разъясняют ребенку социальные правила – не достаточно задают безопасных образцов деятельности;
- не добавляют посильных обязанностей ребенку – таких, которые бы позволили стабилизировать активность ребенка на оптимальном для него уровне;
- между членами семьи не в полной мере договорено об одинаковых требованиях и единообразных санкциях в отношении ребенка;
- формируют ослабленные внутренние ограничения, несоразмерно строго наказывают ребенка, чем дезориентируют его в системе оценок и критериев «хорошо/плохо».
- предоставляют ребенку недостаточно самостоятельности в принятии повседневных решений (когда цена ошибки невелика) и выполнении рутинных действий, слабо учитывают потребности своих детей, порождая у них ощущение дефицита на эмоциональное и другое принятие;
- проявляют меньше, чем необходимо ребенку душевной (м.б. в ряде случаев духовной) близости.

Гиперактивность истинная и ложная

Примечательно, что родители считают своих детей *гиперактивными* (на основе детского поведения), 64% из них настаивают на постановке диагноза «гиперактивный ребенок» и хотели бы получать медикаментозную терапию

После проведения нейропсихологической диагностики на предмет выявления у травмировавшихся детей минимальных мозговых дисфункций выявлено: истинная гиперактивность обнаружена лишь в 8% случаев из тех, где родители, а иногда и врачи

(педиатры, хирурги) считают детей гиперактивными. Следовательно, в основном мы имеем дело с *ложной гиперактивностью*.

Объяснение **механизмов формирования ложной гиперактивности** видится в следующем. «Ребенок, живущий в слабо структурированных (микро) социальных условиях, постоянно вынужден иметь дело с высокой неопределенностью в отношении последствий своих действий. С одной стороны, это открывает перед ним широкие возможности для маневра, что *побуждает* к опробованию разных путей испытания себя. С другой, платить приходится высоким напряжением (хронический стресс) и повышенной тревожностью, что ведет к снижению чувствительности (защитная десенсибилизация) к возможным рискам, затрудняет оценку степени их реальности. Складывается особый рисунок поведения, который уместно определить как *травмоопасное поведение* (поведение, повышающее риск травмирования ребенка). Участниками *травматической ситуации* являются не только сами дети, но и их родители или люди, вовлеченные в контакт с детьми в различных социальных учреждениях – детский сад, школа и др. (Ponsford et al., 2008). Ребенок пытается справиться с биологическими (реже) и социальными (в основном) факторами посредством своей активности. Чем больше проблем встает перед ребенком, тем больше всяких “гипер” появляется в его поведении. Родители не осознают, что травмирующее поведение их детей в основном обусловлено внутрисемейными факторами, такими как распорядок дня, стиль взаимоотношений родителей с членами семьи, индивидуальные особенности детей и т.д. С помощью травмы ребенок частично гармонизирует отношения с родителями, поэтому не удивительно возникновение вторичной выгоды травматического поведения» [36].

В отличие от детей с ложной гиперактивностью *дети с истинной гиперактивностью*, как правило, имеют некоторую минимальную мозговую дисфункцию. *Поведенческие нарушения* у них связаны с плохой координацией и подвижностью, недостаточной мелкой моторикой, нарушением взаимной координации движений и умеренной атаксией, эмоциональной лабильностью, некоторой задержкой психического развития, трудностями восприятия и усвоения учебного материала, дефектами речи, легкими неврологическими расстройствами (Алипбаева, Бекболатова, 2013). Отсутствие этих признаков позволяет усомниться в утверждениях родителей, что их дети гиперактивны.

Если нужен подтверждающий документ. Возможно, психологу-консультанту потребуется получить заключение специалиста. Снять сомнения поможет нейропсихолог, выполнив тонкую (решающую) диагностику, позволяющую выявить наличие или

отсутствие нейронных предпосылок для гиперактивности (дефект мозговых функций). Синдромный нейропсихологический анализ дает основание сделать вывод о нарушении определенных анализаторных систем или их взаимодействия, или о дисфункции соответствующих мозговых систем, т.е. поставить топический диагноз. Ребенка следует направить на обследование, попросив оценить наличие *нейронных предпосылок для гиперактивности*.

Диагноз ставит только врач, как правило, невролог или психиатр. В идеале с опорой на заключение нейропсихолога, на чаще лишь на основе осмотра и неврологических проб, соответственно, направлять к нему стоит скорее для решения официальных и правовых задач.

Нейропсихологическое обследование, кроме того, есть первый шаг к восстановительной работе, т.к. указывает на нарушения психических функций, на дисфункцию определенных мозговых зон, а, следовательно, указывает направление, в котором следует вести работу. Последнюю следует направлять не на симптом, а на преодоление причин – на восстановление базовых психических процессов двигательной сферы (предметных действий), восприятия (разной модальности), предметно-образной сферы и других, опираясь на сохранные формы деятельности – игровую, учебную.

На основании полученных результатов исследования автором разработана и апробирована экспресс-анкета «СТОП-ТРАВМА» для врачей, позволяющая оценить риски травмоопасного поведения детей и (16 баллов и выше считается повышенным риском повторной травмы у ребенка) к какому именно специалисту обращаться дальше для курации: к семейному психологу, детскому психологу или нейропсихологу.

Консультативная работа

Психологу-консультанту при обнаружении у ребенка травмоопасного поведения следует работать как с семьей (с условиями и организующими их лицами), так и с ребенком (с результатами интериоризации этих условий и субъективными откликами на них).

Векторы внимания в работе психолога-консультанта с часто травмирующимися детьми:

1. Выяснить, порождает ли поведение данного ребенка повышенный риск повторных непреднамеренных травм (в анамнезе 2 и более непреднамеренные травмы, требующие медицинской помощи). Уточнить, обратились самостоятельно или семья на консультацию направлена врачом, заполняли ли экспресс-анкету у врача (СТОП-ТРАВМА), известен ли балл травмоопасности.

2. Оценить проявление значимых факторов повторного травматизма у детей и у взрослых:

2.1. Проанализировать *индивидуально-психологические особенности ребенка*.

1) Портрет» часто травмирующегося ребенка глазами родителей чаще выглядит так: активный, подвижный, боязливый, любознательный, невнимательный, нетерпеливый, нерасторопный, капризный, вредный, задиристый, агрессивный, настойчивый, т.п. Меры выраженности этих признаков в поведении ребенка и окружающих его лиц консультант может оценить как по тотальности (в пределе – везде и всегда), так и по интенсивности их проявления в отдельных ситуациях. Индивидуально-психологические особенности (по резу...) часто травмирующегося ребенка: повышенная тревожность, отсутствие ощущения безопасности (представление о собственной семье как конфликтной).

2) Дифференцировать между истинной и ложной гиперактивностью. В зависимости от результата психолог оценивает и решает, с какого рода смежными специалистами надо установить контакт и наладить сотрудничество: с неврологом или нейропсихологом.

2.2. Проанализировать *особенности социальной ситуации развития ребенка в семье*.

1) Уточнить в беседе *социально-психологические характеристики семьи*: сколько взрослых человек участвует в воспитании, сколько членов семьи (бывает и так, что «у семи нянек дитя оказывается без присмотра») и детей в семье. Повлиять на эти характеристики затруднительно, но можно проанализировать для использования в работе с проблемой повторяющихся травм. Важный момент анализа ситуации – выявление *лиц, формирующих микросоциальную среду*, травмоопасную для данного ребенка: кто-то из родителей, бабушки, дедушки, няни, педагоги... Из их числа найти и вероятных агентов конструктивного преобразования (с них, вероятно, и начать).

2) Обратить внимание на *стиль семейного воспитания и личностные особенности родителей*: некоторые детско-родительские взаимодействия характеризуются авторитарным стилем общения и некоторыми особенностями воспитательных воздействий – гиперпротекцией, наличием значительного количества санкций, недостаточностью требований и обязанностей в семье у ребенка и личностными особенностями родителей, в частности, их неустойчивой самооценкой.

3. По завершении анализа ситуации психолог-консультант гораздо точнее наметит мишени для интервенции, сформулирует задачи дальнейшей консультативной работы.

Этапы работы психолога консультанта при работе с семьей, имеющей ребенка с повторными непреднамеренными травмами

Консультанту необходимо взаимодействовать со всей семьей, причем родители сами определяют свои страхи и опасения, осознают свой взгляд на сложившуюся ситуацию.

1) Первоначально необходимо выявить уровень понимания родителями характера трудностей у них самим и у ребенка с травмоопасным поведением и уровень адаптации семьи к этому. В том случае, если родители не могут высказываться четко, консультанту необходимо самому задавать вопросы, демонстрируя уверенность, что он понимает и разделяет их опасения.

2) Внесение ясности в факты. На этом этапе родители рассказывают факты семейной жизни и развития ребенка (как умеют). Например: «Почему именно с ними?», «Как предотвратить следующий раз?», «Почему одни дети живут без травм, а их получают травмы часто?».

3) Информирование семьи консультантом. На этом этапе происходит не только передача информации семье, но и проверка того, как осознали проблему травмоопасного поведения ребенка родители.

Коррекционные задачи предположительно могут быть следующими:

- распределить зоны ответственности за возможность предотвращения факторов рисков повторных непреднамеренных травм у ребенка между родителем, психологом и иными специалистами;
- помочь понять родителям, чем помогут специалисты ребенку и чем могут помочь сами родители;
- предоставить возможность родителю занять активную позицию по отношению к своей жизни, сделать осознанный выбор вариантов поведения, взять ответственность за безопасность жизнедеятельности детей на себя;
- позволить родителям понять процессы, происходящие в семье, в частности, показать мотивационную динамику, обуславливающую риск травмирования ребенка;
- посодействовать взрослым совершить осознанный поступок: планомерно вместе со специалистом родителям выделить наиболее вероятные причины травмоопасного поведения детей в данных конкретных жизненных условиях;

- помочь родителям осознать необходимость договоренности об одинаковых требованиях и санкциях между членами семьи на едином уровне, чтобы сделать требования к ребенку единообразными;

- предоставить возможность родителям осознать необходимость и важность структурированности повседневной активности, дисциплинированности поведения в мелких социальных ситуациях, проследить, чтобы у ребенка появилось достаточное количество правил, надежно защищающих их от крайностей в поведении, порождающих риски грубых ошибок и травмирования;

- привести членов семьи к осознанию необходимости достаточных обязанностей ребенка – таких, которые бы стабилизировать его активность на оптимальном для него уровне;

- оценить и показать важность самостоятельности ребенка в принятии повседневных решений и выполнении рутинных действий (не бегать по мокрому полу, стелить противоскользящий коврик в ванной, остановиться на красный свет светофора, на перемене в толпе не толкать других детей и прочие)

- предоставить родителям или замещающим их лицам шанс осознать важность и необходимость душевной (м.б. в ряде случаев духовной) близости к ребенку. Ребенок травмой может завоевывать внимание к себе и заботу о себе.

При работе с травмами детей младше 5 лет и старше 10 (подростки) сохраняются те же факторы и те же тенденции, только чем ближе к неонатальному возрасту, тем сильнее фокус внимания консультанта смещается на семью, в подростковом возрасте подключаются дополнительные физиологические гормональные факторы и новые этапы личностного становления.

Усилия по решению указанных задач направлены в конечном итоге на то, чтобы прервать цепь травм у ребенка, снизить риски повторных травм. Выбор методов работы зависит от предпочтений и характера квалификации психолога-консультанта, который свободен в выборе привычных для него средств.

Литература

1. Алипбаева, С.Б. Методы диагностики синдрома гиперактивности с дефицитом внимания в условиях психолого-медико-педагогической консультации / С.Б. Алипбаева, С.Б. Бекболатова // Психиатрия – Медицина: Здоровоохранение Казахстана, 2013. - Т. 8. - С. 64-66.

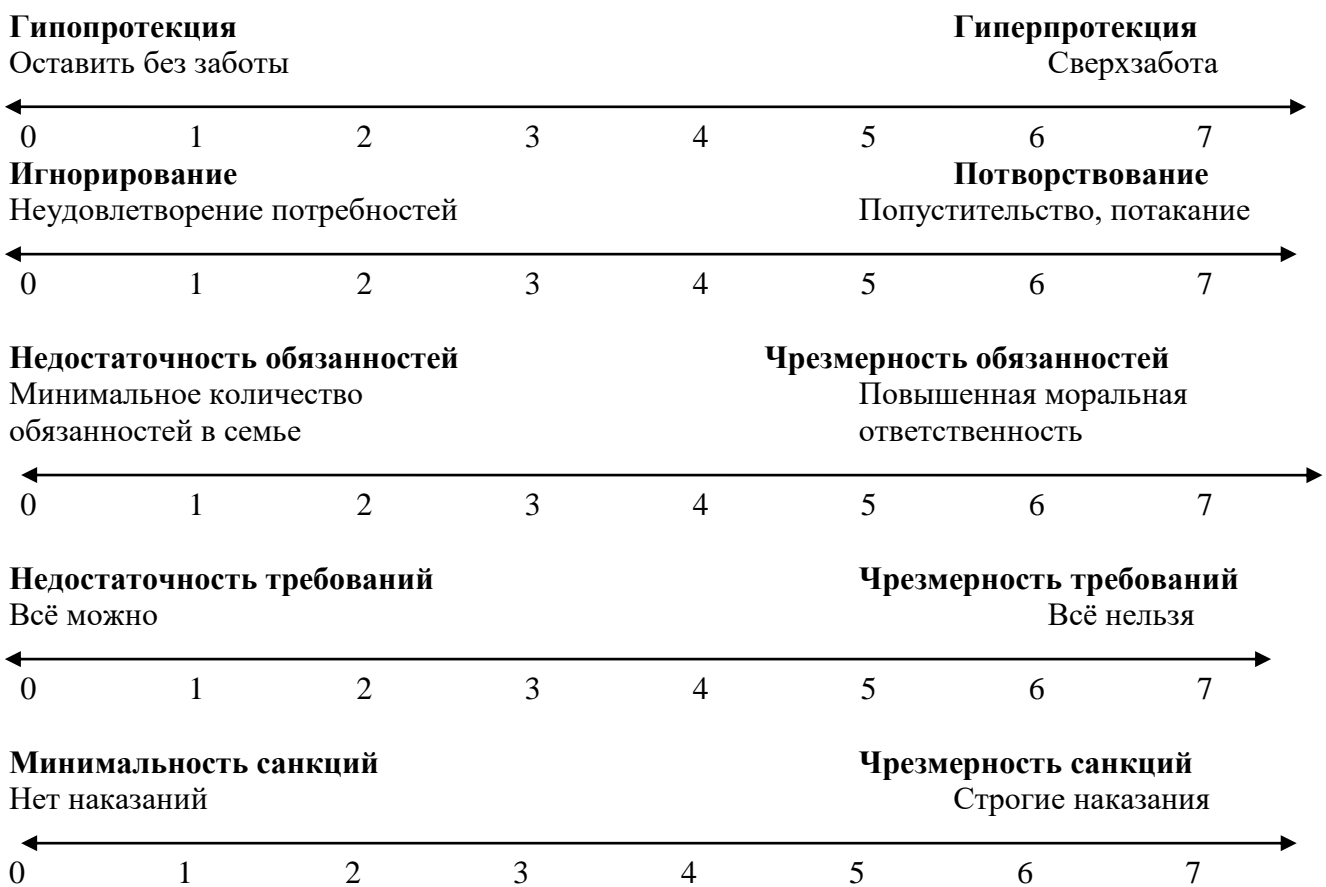
2. Эйдемиллер, Э. Психология и психотерапия семьи / Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - 4-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер. - 2008. - 672 с.
3. Morrongiello, B. A. Understanding Children's Injury-risk Behaviors: The Independent Contributions of Cognitions and Emotions: [Электронный ресурс] / B.A. Morrongiello, S. Matheis // Journal Pediatric Psychology. – 2007. – Vol. 32 (8). P.926 – 937. – URL: [http: doi:10.1093/jpepsy/jsm027](http://doi:10.1093/jpepsy/jsm027).
4. Ponsford, J.L. with demographic, injury severity, and cognitive and emotional status / J.L. Ponsford, K. Draper, M. Schönberger // Journal International Neuropsychological Society. - 2008. – Vol. 14. - P. 233–242.
5. Schwebel, D.C. Does time spent in child care influence risk for unintentional injury? : [Электронный ресурс] / D.C. Schwebel, C.M. Brezausek, J. Belsky // Journal Pediatric Psychology. - 2006. – Vol. 31(2). – P. 184–193.
6. Schwebel, D.C. Why "accidents" are not accidental: Using psychological science to understand and prevent unintentional child injuries: Электронный ресурс / D.C. Schwebel // American Psychologist. - 2019. – Vol. 74 (9). – P.1137-1147.

Методика субъективной оценки родителями своего типа воспитания*Уважаемый родитель!*

Просим Вас описать свои отношения с Вашим ребенком, используя приведенные ниже шкалы (разъяснения им даны в приложении). Для этого:

1. Ознакомьтесь с содержанием шкалы (для уточнения смотрите их более полное описание на втором листе)

2. Поставьте на шкале отметку, которая будет соответствовать вашим отношениям с ребенком.



Приложение к методике

1. Уровень протекции в процессе воспитания.

Гиперпротекция (гиперопека) – Вы уделяете своему ребенку крайне много сил, времени, внимания; стремитесь постоянно быть около ребенка, решать за него все возникающие проблемы, его воспитание стало центральным делом в вашей жизни, основным, чему посвящена жизнь. Вы бдительно следите за поведением ребенка, порой ограничиваете его самостоятельное поведение, тревожитесь, что с ним может что-то произойти.

Гипопротекция – ребенок время от времени оказывается на периферии вашего внимания, до него «руки не доходят», Вам частенько «не до него».

2. Степень удовлетворения потребностей ребенка.

Потворствование – Вы стремитесь к максимальному удовлетворению любых потребностей ребенка, по родительски «балуете» его.

Игнорирование потребностей подростка – Ваше стремление к удовлетворению потребностей ребенка очень слабое. Ребенку недостает эмоционального контакта, общения с Вами, Вы почти не знаете, каковы духовные запросы ребенка.

3. Количество требований к ребенку в семье.

Чрезмерность обязанностей – повышенная моральная ответственность. Обязанности ребенка в этом случае очень велики, иногда кажутся непомерными, на пределе его возможностей.

Недостаточность обязанностей – ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье, ему многое прощается. В результате Вам трудно привлечь ребенка к какому-нибудь делу по дому.

4. Количество требований-запретов.

Чрезмерность требований-запретов (доминирование) – ребенку «все нельзя». Вы ставите перед ним огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность.

Недостаточность требований-запретов – ребенку «все можно». Даже если и существуют какие-то запреты, ребенок легко нарушает, не боясь наказания.

5. Строгость санкций.

Чрезмерность санкций (жесткий стиль воспитания) – Вы привержены к суровым наказаниям и строгим запретам. У Вас чрезмерная реакция даже на незначительные нарушения ребенком.

Минимальность санкций – Вы склонны обходиться без наказаний ребенка или применяете их редко. Чаще уповаете на поощрения, сомневаетесь в необходимости любых наказаний детей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Анализ клинического случая семьи с детьми, имеющими повторные травмы и проходивших лечение в ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №2"

Обсудим случай обращения родителей с повторными травмами детей, чтобы показать возможность применения предложенной модели и технологию постановки коррекционных задач психологов.

Клинический случай. Беседа психолога с мамой повторно травмирующегося ребенка (консультация психолога рекомендована врачом).

Описание случая. Женщина, 35 лет, работает, замужем 10 лет, имеет 2 детей: девочку 6 лет и мальчика 8 лет. Со слов женщины, дети желанные. Она жалуется на то, что её сын часто травмируется: «Я боюсь оставлять детей одних дома, они могут и дом разрушить, и сами погибнуть». В воспитании женщина не имеет ясных принципов и правил: члены семьи предпочитают вставать в обед, ложиться спать за полночь, часами смотреть телевизор или дурачиться. Мама эпизодически позволяет сыну прогуливать уроки в школе. В настоящее время женщина все чаще агрессивно относится к людям вообще, в том числе и к детям. Связывает плохое настроение с трудностями на работе, с большими объемами работы.

Мама считает, что у детей есть трудности, так как они необоснованно боятся: дочка - темноты, а сын стал бояться собак. В то же время она отмечает, что дети, особенно сын, везде ведут себя бесстрашно: во дворе, на площадке, дома, забираясь на стол и даже на шкаф. Она уверена, что травмы предотвратить невозможно, поэтому необходимо как-то подготовиться, если случится страшная травма. Мама хочет узнать, какие обереги нужно приобрести. Она хочет получить конкретную инструкцию, как подготовиться к возможному будущему, к такому, которое она «предчувствует», к своим ожиданиям по поводу страшной травмы. Ей хочется приобрести «правильные» обереги, так как детей изменить уже нельзя. Они всё равно будут травмироваться, особенно сын. Женщина предполагает, что причина именно в детях. Как мать, она чувствует себя обязанной приложить максимальные усилия и предостеречь детей от тяжёлых травм. Выход видит только в мистике, в противном случае, её дети когда-нибудь погибнут или станут инвалидами.

Женщина хотела бы получать рекомендации от врачей, но они не дают ей исчерпывающих ответов на вышеизложенные вопросы. Она считает, что решение в

первую очередь нужно принимать ей самой. Советы могут ещё больше усугубить ситуацию. Обсуждение вопроса травматизма в семье может навлечь ещё более раннюю реализацию её опасений. Своих родителей она не вовлекает в решение этой проблемы, считая, что они и так уже много помогают ей: активно участвуют в воспитании детей, много времени проводят с ними. С отцом детей серьёзные вопросы она давно уже не решает, так как и серьёзных отношений у них нет, просто живут вместе.

По мнению женщины, её сын повторно травмируется, потому что он у неё получились «не как у всех людей». Она считает, что просто не повезло с повышенным травматизмом, так как в остальном оба ее детей почти замечательные, самостоятельные, любящие.

Женщина не обсуждала свои опасения с родственниками, она обратилась на консультацию к психологу, потому что врач посоветовал, но психологу не доверяет. Результат заполненной мамой анкеты для родителей и лиц их замещающих – 19 баллов.

Анализ случая. Мама жалуется на повышенную подвижность мальчика. Она описывает ребёнка как **гиперактивного** и часть проблем видит именно в трудностях поведения мальчика, его повышенной двигательной активности, в нём самом. С целью анализа типа воспитания маме была предложена наша авторская методика «Субъективная оценка родителями своего типа воспитания». В результате анализа ответов мамы выявлено, что в семье придерживаются гиперопротекции, завышенных санкций и низких требований к детям. С помощью опросника «Психологический портрет родителя» (Резапкина Г.В.) определены особенности приоритетных ценностей женщины, её психоэмоциональное состояние, самооценка, стиль воспитания детей. Приоритетными ценностями её оказались собственные переживания, было отмечено нестабильное психоэмоциональное состояние мамы, негативная самооценка, авторитарный стиль воспитания.

Осмотр невролога и нейропсихологическое обследование не выявило у мальчика признаков гиперкинетического расстройства поведения (МКБ F90). *В связи с этим представленный клинический случай хорошо иллюстрирует результаты нашего исследования.*

В результате беседы с мамой и с помощью проективных тестов: «Несуществующее животное», «Кинетический рисунок семьи», «Семейная социограмма» у мальчика были отмечены следующие индивидуальные особенности: тревожность, боязливость, эмоциональная отверженность, чувство неполноценности в семейной ситуации.

Рассмотрим варианты возможного поведения мамы ребёнка. Выбор её может быть различен. Вероятно, женщина руководствуется следующими мотивами: «хочу, чтобы всё было как у всех людей», «хочу предостеречь детей», «хочу нормальных детей», «хочу не ругаться с детьми по поводу их повышенной активности», «хочу, чтобы всё было хорошо», «боюсь беды», «боюсь не успеть», «знаю, что надеяться могу только на себя» и так далее.

В перечне мотивов женщины обнаруживаются альтернативные ценности. Во-первых, она хочет, чтобы дети имели нормальное поведение, другими словами, были, как большинство детей. Однако при этом она транслирует детям социальную дезорганизацию: склонность к жизни без режима. Во-вторых, она не хочет обсуждать проблему ни с родителями, ни со специалистами - боится навлечь неприятности. Женщина уверена, что только сама себе может помочь. Однако не верит в свои силы, уповая на обереги. Ей хочется разобраться, какие из них правильные. Мама оказывается в ситуации выбора и необходимости совершить поступок.

Рассмотрим несколько вариантов выхода из сложившейся ситуации, каждый из которых характеризуется своими возможностями и ограничениями в плане личностного роста женщины.

1-й вариант.

Женщина ничего не делает, дожидается, как будут развиваться события: дети подрастут и перестанут травмироваться, а возможно, получат серьёзную травму, тогда, по её мнению, она будет вынуждена обсуждать эту проблему. При этом женщина бежит от принятия ответственности, что не способствует ни её личностному росту, ни снижению угрозы травматизации её ребёнка. Она в состоянии неопределенности. Неопределенность сама по себе воспринимается людьми негативно. Человек не способен определиться с соотношением мотивов, какой из них значимее, какое их соподчинение в иерархии мотивов должно быть принято.

Что получит в таком случае:

- сохранится её самооценка: я - самостоятельная, я - решительная, я - предприимчивая, я знаю, что надеяться могу только на себя;
- будет иметь хоть каких-то детей;
- не будет нести бремя ответственности.

Чем платит:

- тратит время;
- повышает риск травм у детей.

Каковы последствия:

- вопрос травмоопасного поведения детей не решён, причины не выявлены;
- дети продолжают получать травмы.

2-й вариант.

Женщина покупает обереги, снимает с себя ответственность, перекладывая её на мистику, меньше переживает за детей. Причины травмоопасного поведения не выяснены, неясно и направление воздействия, риск травм остаётся высоким. Как личность, она становится слабее, встаёт на путь личностного саморазрушения. Отказываясь платить ответственностью, она платит разрушением своей личности.

Вероятные последствия:

- сохранится её самооценка: я - самостоятельная, я - решительная, я - предприимчивая, я знаю, что надеяться могу только на себя;
- она имеет «обереженных» детей;
- не несёт бремя ответственности, она его переложила.

Чем платит:

- тратит время;
- травмоопасным поведением детей.

Каковы последствия:

причины травмоопасного поведения не выявлены.

3-й вариант.

Если допустить, что дети перестанут получать травмы, то их поведение станет как у большинства детей с нормальной активностью. Но это ситуативное изменение не будет способствовать личностному росту. Для личностного роста женщине необходимо занять активную позицию, принять ответственность. Она может продолжить работу с психологом -консультантом, выяснить причины травмоопасного поведения, определить уровень нарушений в семье, в детях, в личности, в физиологии. Но в таком случае она не предпримет конкретных мер. По её же мнению, может сбыться предчувствие о тяжёлых травмах.

Что получит:

- необходимость принять решение по поводу причин нарушения поведения детей;
- внутреннее напряжение;
- нереализованное желание.

Чем платит:

- здоровьем.

Последствия:

- разрушение личности клиентки;
- трудности в отношениях с детьми, в их воспитании.

4-й вариант.

Женщина сбежит от свободы выбора и ответственности в болезнь, в несчастный случай. Например, по неосторожности нанесёт себе телесные повреждения, так как каждый её день будет осложняться переживаниями и страхами за жизнь детей, а тяжкие мысли отвлекут внимание. Жизнь её может осложниться борьбой с соматическими недугами. Субъективно терпеть телесную боль легче, чем испытывать боль душевную.

Что получает в таком случае:

- временное «успокоение», так как не нужно напрягаться по поводу выбора, ей не до выбора;
- сохраняет своё представление о себе как переживающей, беспокоящейся, страдающей.

Чем платит:

- здоровьем.

Последствия:

- разрушение личности;
- сохранение трудностей в воспитании;
- травмоопасное поведение детей, причины не выяснены.

5-й вариант.

Женщина решится обсудить беспокоящие её вопросы со специалистом, рассказать о том, что она хочет, на что готова, какие усилия приложит. Она может узнать, что причины травмоопасного поведения детей кроются не столько в самих детях, сколько в методах их воспитания, в отношениях между родителями, в микросоциуме. В таком случае она может встать перед необходимостью работы и над своим поведением, и над отношениями. Это будет уже зрелый поступок.

Что получит:

- возможность помочь детям снизить риск травм;
- улучшение отношений с детьми;
- возможность проявления личностной силы.

Чем заплатит:

- усилием работать над собой;

- блаженной безответственностью, спонтанностью жизненного уклада.

Последствия:

- личностный рост станет целостнее, гибче;
- познание себя в новом качестве родителя;
- самодисциплина.

Рассмотрим и опишем, как представленный клинический случай отражается в нашей модели (см. 1.4)

Случай №1 явно демонстрирует особенности социальной ситуации развития ребёнка (**столбец Б**), в частности, индивидуально-психологические особенности родителей или лиц, их заменяющих, (**ячейка 2**). Здесь возможность психотерапевтической интервенции высокая, а прогноз рисков средний. По стилю воспитания, принятого в семье (ячейка 5), возможность психотерапевтической интервенции средняя, прогноз рисков также средний.

***В результате психодиагностического обследования** при помощи тех же методик, которые были использованы для решения исследовательских задач в данной работе, мы обнаружили следующие особенности:*

1) указывающие на группу риска **особенности стиля воспитания**: гиперпротекция, чрезмерность санкций и недостаточность требований к ребёнку, что точно соотносится с ячейкой 5 нашей модели;

2) способствующие травматизации ребенка **индивидуальные особенности родителя**: нестабильное психоэмоциональное состояние и негативная самооценка мамы. Это явно вписывается в ячейку 2 модели. *Следовательно, можно сделать вывод, что представленный клинический случай вполне находится в компетенции семейного психолога.*

3) попадающие в группу риска **индивидуальные особенности ребенка**: тревожность, боязливость, эмоциональная отверженность, чувство неполноценности в семейной ситуации чётко соответствуют ячейке 1 модели. В этом случае *сфера компетенции в коррекции принадлежит детскому психологу.*

По результатам нейропсихологической диагностики и осмотра невролога наличие физиологических проблем в развитии высших психических функций, поведении у мальчика не выявлено (несмотря на то, что мама настаивала на том, что мальчик гиперактивный), поэтому *данный случай* не относим к ячейке 7 модели, где коррекционные возможности соответствуют компетенции *нейропсихолога и невролога.*

Кроме того, были выявлены некоторые социальные особенности состава семьи. Со слов мамы, отец живёт в семье как сожитель, в воспитании детей активно принимают участие бабушка и дедушка. Данная особенность семьи соотносится с ячейкой 8 нашей модели: «Социально-психологические характеристики» и указывает на возможность подключения к коррекционной работе по профилактике повторных травм у ребёнка и социального педагога.

В свете задач, стоящих перед психологом-консультантом, можно говорить о главной из них: о необходимости помочь родителям или лицам, их замещающим, разобраться в том, почему у ребёнка возникают повторные травмы, осознать личную ответственность в профилактике повторной травматизации.

Из беседы с мамой мы видим смешение *убеждений*: «родитель должен что-то предпринимать в отношении поведения детей, хотя бы покупать обереги, а если он ничего не делает, значит, не заботится о детях», «если дети травмируются, то в них и причина». Такие убеждения мамы предполагают существование причин для физических непреднамеренных травм, скрывающихся не только в ребёнке.

Клиентка: «Я, как мать, должна быть заботливой, должна оберегать своих детей любым способом. Если я не такая, то я равнодушная и безответственная...», «у всех дети, как дети».

Возможные вопросы консультанта: От кого Вы услышали эту мысль? С кем Вы её обсуждали? Что конкретно Вам говорили? Каково Ваше отношение к этой идее сейчас? Какие способы уберечь детей от травм Вы видите, назовите 5-7. Опишите, какие дети «у всех» и чем Ваш ребёнок отличается от них? Опишите ребёнка, какой не травмируется вообще. В чём его особенности? Опишите самую страшную травму, которая может произойти? Как Вы считаете, каков механизм действия оберегов? Назовите несколько вариантов, которые, по вашему мнению, могут защитить детей от травм. Предположите, почему Ваши дети не такие, как у всех. Опишите Ваших детей и их поведение, если они перестанут травмироваться.

Коррекционные задачи: необходимо предоставить клиентке возможность занять активную позицию, сделать осознанный выбор, взять ответственность за безопасность жизнедеятельности детей на себя. Понимание процессов, происходящих в семье, поможет женщине совершить осознанный поступок: планомерно, вместе со специалистом, выделить причины травмоопасного поведения детей, определить направление коррекционной работы, разграничить, в чём ей может помочь специалист и какой именно, а что она, как любящая мама, может и должна сделать сама, и так далее. В

данном случае мама сама выбирает: что, как, где и когда она будет делать. Ответственность ложится на неё.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

1. Расчеты по отдельным переменным

1.1. Коды переменных

Уровни травматизма ребенка:

1 - 2 и > травм; 2 - 1 травма; 3 - 0 травм.

Пол:

1 - мальчик; 2 - девочка.

Самооценка в методиках "Несуществующее животное" и "Семейная социограмма":

1 - низкая; 2 - адекватная; 3 - завышенная;

Темперамент:

1 - сангвиник; 2 - холерик; 3 - флегматик; 4 - меланхолик; 5 - смешанный.

Приоритетные ценности:

1 - отношения с детьми; 2 - отношения с коллегами; 3 - собственные переживания.

Психоэмоциональное состояние:

1 - благополучное; 2 - неблагополучное; 3 - нестабильное.

Самооценка:

1 - позитивная; 2 - негативная; 3 - неустойчивая.

Стиль воспитания:

1 - демократический; 2 - либеральный; 3 - авторитарный; 4 - стиль не сформировался.

1.2. Связь уровня повторного травматизма и пола ребенка

Для определения наличия/отсутствия статистически достоверной связи между уровнем повторного травматизма и полом ребенка использовался критерий χ^2 Пирсона. Расчеты проводились в программе SPSS 23.

Таблица 1 – Таблица частот распределения выборки по полу ребенка и уровню повторного травматизма

			Пол		Всего
			мальчик	девочка	
Травма	2 и > травм	Количество	56	19	75
		Ожидаемое количество	52,0	23,0	75,0
	1 травма	Количество	50	25	75
		Ожидаемое количество	52,0	23,0	75,0
	нет травм	Количество	50	25	75
		Ожидаемое количество	52,0	23,0	75,0
	Всего	Количество	156	69	225
		Ожидаемое количество	156,0	69,0	225,0

Комбинационная таблица Травма * Пол ребенка

Таблица 2 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	1,505а	2	,471
Отношения правдоподобия	1,534	2	,464
Линейно-линейная связь	1,124	1	,289
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 23,00.

1.3. Связь уровня повторного травматизма и темперамента ребенка

Таблица 3 – Таблица частот распределения выборки по темпераменту ребенка и уровню повторного травматизма

			Темперамент					Всего
			сангвиник	холерик	флегматик	меланхолик	смешанный	
Травма	2 и > травм	Количество	15	22	18	11	9	5
		Ожидаемое количество	18,0	16,3	17,3	12,7	10,7	5,0
	1 травма	Количество	19	15	18	13	10	5
		Ожидаемое количество	18,0	16,3	17,3	12,7	10,7	5,0
	нет травм	Количество	20	12	16	14	13	5
		Ожидаемое количество	18,0	16,3	17,3	12,7	10,7	5,0
Всего		Количество	54	49	52	38	32	25
		Ожидаемое количество	54,0	49,0	52,0	38,0	32,0	25,0

Таблица 4 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	5,337	8	,721
Отношения правдоподобия	5,275	8	,728
Линейно-линейная связь	,433	1	,511
Количество допустимых наблюдений	225		

- а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 10,67.

1.4. Связь уровня повторного травматизма и гиперактивности ребенка

Наличие/отсутствие гиперактивности определялось тремя способами:

- по диагнозу врача;
- при помощи теста П. Бейкера и М. Алворда;
- со слов родителей.

Соответственно, критерии хи-квадрат были рассчитаны для каждого способа отдельно.

1.4.1. Гиперактивность по диагнозу врача

Таблица 5 – Таблица частот распределения выборки по наличию/отсутствию гиперактивности детей по диагнозу врача и уровню их повторного травматизма

			СДВГ_врач		Всего
			нет	есть	
Травма	2 и > травм	Количество	66	9	75
		Ожидаемое количество	68,3	6,7	75,0
	1 травма	Количество	69	6	75
		Ожидаемое количество	68,3	6,7	75,0
	нет травм	Количество	70	5	75
		Ожидаемое количество	68,3	6,7	75,0
Всего		Количество	205	20	225
		Ожидаемое количество	205,0	20,0	225,0

Перекрестная таблица

Таблица 6 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	1,427a	2	,490
Отношения правдоподобия	1,388	2	,500
Линейно-линейная связь	1,311	1	,252
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 6,67.

1.4.2. Гиперактивность по тесту П. Бейкера и М. Алворда

Таблица 7 – Таблица частот распределения выборки по наличию/отсутствию гиперактивности детей, выявленной при помощи теста П. Бейкера и М. Алворда, и уровню их повторного травматизма

			СДВГ_тест		Всего
			нет	есть	
Травма	2 и > травм	Количество	59	16	75
		Ожидаемое количество	63,7	11,3	75,0
	1 травма	Количество	64	11	75
		Ожидаемое количество	63,7	11,3	75,0
	нет травм	Количество	68	7	75
		Ожидаемое количество	63,7	11,3	75,0
Всего		Количество	191	34	225
		Ожидаемое количество	191,0	34,0	225,0

Перекрестная таблица

Таблица 8 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	4,227	2	,121
Отношения правдоподобия	4,273	2	,118
Линейно-линейная связь	4,191	1	,041
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 11,33.

1.4.3 Гиперактивность со слов родителей

Таблица 9 – Таблица частот распределения выборки по наличию/отсутствию гиперактивности детей со слов родителей, и уровню повторного травматизма

			СДВГ_родитель		Всего
			нет	есть	
Травма	2 и > травм	Количество	29	46	75
		Ожидаемое количество	42,3	32,7	75,0
	1 травма	Количество	43	32	75
		Ожидаемое количество	42,3	32,7	75,0
	нет травм	Количество	55	20	75
		Ожидаемое количество	42,3	32,7	75,0
Всего		Количество	127	98	225
		Ожидаемое количество	127,0	98,0	225,0

Перекрестная таблица

Таблица 10 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	18,367 ^a	2	,000
Отношения правдоподобия	18,743	2	,000
Линейно-линейная связь	18,250	1	,000
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 32,67

Для определения значимости различий в долях признака использовали критерий «Угловое преобразование Фишера». Результаты сравнений долей детей с признаками ММД и гиперактивностью в зависимости от способа оценки, а также сравнений долей детей, в зависимости от количества травмирований, представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Результаты сравнений долей детей с признаками ММД и гиперактивностью в зависимости от способа оценки, а также сравнений долей детей, в зависимости от количества травмирований

Способ оценки наличия гиперактивности	а) повторно травмирующиеся	б) 1 раз	в) без травм	Уровень стат. значимости, р	Способ оценки наличия гиперактивности
1. Со слов родителей	46 (61,3%)	32 (42,7%)	20 (26,7%)	раб=0,034* рав<0,001** * рбв=0,059	1. Со слов родителей
2. Тест Алворда и Бейкера (опрос родителей)	16 (21,3%)	11 (14,7%)	7 (9,3%)	раб=0,460 рав=0,068 рбв=0,448	2. Тест Алворда и Бейкера (опрос родителей)
3. Диагноз врача-психиатра, психоневролога	10 (13,3%)	6 (8%)	5 (6,7%)	раб=0,425 рав=0,273 рбв=1,000	3. Диагноз врача-психиатра, психоневролога
4. Объективное нейропсихол. обследование	9 (12%)	6 (8%)	4 (5,3%)	раб=0,583 рав=0,244 рбв=0,742	4. Объективное нейропсихол. обследование

Результаты межгрупповых сравнений долей способов оценки и количества травм.

* $0,05 < p \leq 0,01$ – значимые различия. ** $0,01 < p \leq 0,001$ – высоко значимые различия.

*** $p < 0,001$ – очень высоко значимые различия.

Сравнений, наблюдаются значимые различия между долями повторно травмирующихся и травмированными 1 раз, и очень высоко значимые различия между повторно травмирующихся и без травм, при этом отсутствуют различия между долями травмировавшихся 1 раз и без травм – со слов родителей.

По результатам теста Алворда и Бейкера (опрос родителей), диагнозу врача и по объективному нейропсихологическому обследованию, не установлено значимых различий между долями травмировавшихся различное количество раз, это связано, впрочем, с небольшой статистикой такого рода случаев, а не столько с их соотношением.

При сравнении долей детей, выявленных как гиперактивные различными способами, наблюдаются очень высоко значимые различия между выявленными со слов родителей, и остальными способами – по повторно травмирующимся, и по травмированным 1 раз. По детям без травм различия также значимы, однако не столь высоко, – при сопоставлении долей гиперактивных детей со слов родителей и по тесту Алворда и Бейкера. что отчасти объясняется исходно меньшей

1.5. Связь уровня повторного травматизма детей и приоритетных ценностей родителей

Таблица 12 – Таблица частот распределения выборки по психоэмоциональному состоянию родителей и уровню повторного травматизма детей

			Приоритетные_ценности			Всего
			отношения с детьми	отношения с коллегами	собственные переживания	
Травма	2 и > травм	Количество	29	20	26	75
		Ожидаемое количество	35,3	17,7	22,0	75,0
	1 травма	Количество	35	19	21	75
		Ожидаемое количество	35,3	17,7	22,0	75,0
	нет травм	Количество	42	14	19	75
		Ожидаемое количество	35,3	17,7	22,0	75,0
Всего		Количество	106	53	66	225
		Ожидаемое количество	106,0	53,0	66,0	225,0

Комбинационная таблица Травма * Приор_ценности

Таблица 13. Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	4,748a	4	,314
Отношения правдоподобия	4,774	4	,311
Линейно-линейная связь	3,623	1	,057
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 17,67.

1.6. Связь уровня повторного травматизма детей и психоэмоционального состояния родителей

Таблица 14. - Таблица частот распределения выборки по психоэмоциональному состоянию родителей и уровню повторного травматизма детей

			Психоэмоциональное состояние			Всего
			благополучное	неблагополучное	нестабильное	
Травма	2 и > травм	Количество	24	30	21	5
		Ожидаемое количество	29,3	24,3	21,3	5,0
	1 травма	Количество	29	27	19	5
		Ожидаемое количество	29,3	24,3	21,3	5,0
	нет травм	Количество	35	16	24	5
		Ожидаемое количество	29,3	24,3	21,3	5,0
Всего		Количество	88	73	64	25
		Ожидаемое количество	88,0	73,0	64,0	25,0

Комбинационная таблица Травма * Психоэм._сост.

Таблица 15. – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	7,1 28а	4	,129
Отношения правдоподобия	7,4 19	4	,115
Линейно-линейная связь	,64 0	1	,424
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 21,33.

1.7. Связь уровня повторного травматизма детей и самооценки родителей

Таблица 16 – Таблица частот распределения выборки по самооценке родителей и уровню повторного травматизма детей

			Самооценка			Всего
			позитивная	негативная	неустойчивая	
Травма	2 и > травм	Количество	31	23	21	75
		Ожидаемое количество	42,3	17,0	15,7	75,0
	1 травма	Количество	46	16	13	75
		Ожидаемое количество	42,3	17,0	15,7	75,0
	нет травм	Количество	50	12	13	75
		Ожидаемое количество	42,3	17,0	15,7	75,0
Всего		Количество	127	51	47	225
		Ожидаемое количество	127,0	51,0	47,0	225,0

Комбинационная таблица Травма * Самооценка

Таблица 17 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	11,111a	4	,025
Отношения правдоподобия	11,177	4	,025
Линейно-линейная связь	7,479	1	,006
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 15,67.

1.8. Связь уровня повторного травматизма детей и стиля воспитания

Таблица 18 – Таблица частот распределения выборки по самооценке родителей и уровню повторного травматизма детей

			Стиль воспитания				Всего
			Либер.	Демократ.	Авторит.	не сформировался	
Травма	2	Количество	25	29	15	6	75
		Ожидаемое количество	30,7	21,0	13,0	10,3	75,0
1 травма		Количество	29	24	9	13	75
		Ожидаемое количество	30,7	21,0	13,0	10,3	75,0
нет травм		Количество	38	10	15	12	75
		Ожидаемое количество	30,7	21,0	13,0	10,3	75,0
Всего		Количество	92	63	39	31	225
		Ожидаемое количество	92,0	63,0	39,0	31,0	225,0

Комбинационная таблица Травма * Стиль_воспитания

Таблица 19 – Критерий хи-квадрат

	Значение	г.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	16,750a		,010
Отношения правдоподобия	18,132		,006
Линейно-линейная связь	,006		,939
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 10,33.

1.9. Связь частных шкал стиля воспитания и уровня повторного травматизма детей

Гипотеза: для родителей детей с разным уровнем повторного травматизма выраженность шкал стиля воспитания различается.

Независимая переменная - уровень повторного травматизма.

Зависимая переменная - уровень выраженность шкал стиля воспитания (протекция, учет потребностей, требования, санкции).

Распределение данных, собранных при помощи методики Стиль воспитания, статистически достоверно ($p < 0.01$) отличается от нормального. Поэтому для обработки данных следует использовать непараметрический критерий Н Краскала-Уоллеса.

Однако выборки достаточно большие (по 75 обследуемых в каждой группе), поэтому допустимо использование дисперсионного анализа.

Поэтому расчеты приведены в двух вариантах.

1.9.1. Непараметрический критерий Краскала-Уоллеса

Таблица 20 – Таблица рангов критерия Н Краскала-Уоллеса Ранги

	Травма	N	Средний ранг
СВ_Протекция	2 и > травм	75	129,98
	1 травма	75	113,03
	нет травм	75	95,99
	Всего	225	
СВ_Учет_потреб	2 и > травм	75	101,76
	1 травма	75	108,88
	нет травм	75	128,36
	Всего	225	
СВ_Обязанности	2 и > травм	75	102,13
	1 травма	75	116,83
	нет травм	74	118,61
	Всего	224	
СВ_Требования	2 и > травм	75	109,79
	1 травма	75	114,07
	нет травм	75	115,14
	Всего	225	
СВ_Санкции	2 и > травм	75	148,84
	1 травма	75	104,25
	нет травм	75	85,91
	Всего	225	

Таблица 21 – Расчет критерия Н Краскала-Уоллеса

	Хи-квадрат	ст.св.	Асимптотическая значимость
СВ_Протекция	10,761	2	,005
СВ_Учет_потреб	7,269	2	,026
СВ_Обязанности	3,154	2	,207
СВ_Требования	,303	2	,859
СВ_Санкции	39,299	2	,000

а. Критерий Краскала-Уоллеса б. Группирующая переменная: Травма

1.9.2 Однофакторный дисперсионный анализ

Таблица 22 – Критерий однородности дисперсии

	Статистика Ливиня	ст.св.1	ст.св.2	Значимость
СВ_Протекция	2, 693	2	222	,070
СВ_Учет_потреб	1, 939	2	222	,146
СВ_Обязанности	1, 735	2	221	,179
СВ_Требования	,5 37	2	222	,585
СВ_Санкции	,2 36	2	222	,790

Критерий однородности дисперсий

Данный критерий позволяет понять, является ли корректным применение метода дисперсионного анализа. В данном случае, статистически достоверных различий ($p > 0.05$) между дисперсиями не выявлено, соответственно использование дисперсионного анализа допустимо.

Таблица 23 – Результаты дисперсионного анализа

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
СВ_Протекция	Между группами	16,062	2	8,031	5,049	,007
	Внутри групп	353,120	222	1,591		
	Всего	369,182	224			
СВ_Учет_потреб	Между группами	6,676	2	3,338	2,836	,061
	Внутри групп	261,307	222	1,177		
	Всего	267,982	224			
СВ_Обязанности	Между группами	3,204	2	1,602	1,541	,217
	Внутри групп	229,792	221	1,040		
	Всего	232,996	223			
СВ_Требования	Между группами	,347	2	,173	144	,866
	Внутри групп	267,413	222	1,205		
	Всего	267,760	224			
СВ_Санкции	Между группами	57,556	2	28,778	23,912	,000
	Внутри групп	267,173	222	1,203		
	Всего	324,729	224			

ANOVA

1.10. Связь уровня повторного травматизма детей и показателей нейропсихологического обследования. В исследовании выборки достаточны по размеру (по 75 обследуемых в каждой группе), что позволяет использовать однофакторный дисперсионный анализ.

Таблица 24 – Критерий однородности дисперсии

	Статистика	ст.св.1	ст.св.2	Значимость
	Ливиня			
НО_Конц_вним	1,485	2	222	,229
НО_Движ_действ	,224	2	222	,799
НО_Гнозис	1,835	2	222	,162
НО_Реч_функ	,348	2	221	,707
НО_Память	,250	2	222	,779
НО_Интеллект	,365	2	217	,694
НО_Общий_балл	,162	2	222	,850

Данный критерий позволяет понять, является ли корректным применение метода дисперсионного анализа. В данном случае, статистически достоверных различий ($p > 0.05$) между дисперсиями не выявлено, соответственно использование дисперсионного анализа допустимо.

Таблица 25 – Результаты дисперсионного анализ ANOVA

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
НО_Конц_вним	Между группами	4,016	2	2,008	3,589	,029
	Внутри групп	124,180	222	,559		
	Всего	128,196	224			
НО_Движ_действ	Между группами	1,087	2	,543	1,482	,230
	Внутри групп	81,413	222	,367		
	Всего	82,500	224			
НО_Гнозис	Между группами	,607	2	,303	1,131	,325
	Внутри групп	59,533	222	,268		
	Всего	60,140	224			
НО_Реч_функ	Между группами	1,309	2	,655	1,791	,169
	Внутри групп	80,75	221	,365		
	Всего	82,06	223			
НО_Память	Между группами	1,616	2	,808	2,458	,088
	Внутри групп	72,947	222	,329		
	Всего	74,562	224			
НО_Интеллект	Между группами	,242	2	,121	332	,718
	Внутри групп	78,890	217	,364		
	Всего	79,132	219			
НО_Общий_балл	Между группами	38,587	2	19,29	1,757	,175
	Внутри групп	2437,853	222	10,98		
	Всего	2476,440	224			

1.11. Расчет частных шкал

Для обработки данных использовался критерий χ^2 Пирсона.

1.11.1. Методика «Несуществующее животное» Шкала «Тревожность».

Таблица 26 – Таблица частот распределения выборки по шкале Тревожность и уровню повторного травматизма

			НЖ_Тревожность		Всего
			,00	1,00	
Травма	2 и > травм	Количество	30	45	75
		Ожидаемое количество	37,0	38,0	75,0
	1 травма	Количество	35	40	75
		Ожидаемое количество	37,0	38,0	75,0
	нет травм	Количество	46	29	75
		Ожидаемое количество	37,0	38,0	75,0
Всего		Количество	111	114	225
		Ожидаемое количество	111,0	114,0	225,0

Комбинационная таблица Травма * НЖ_Тревожность

Таблица 27 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	7,148a	2	,028
Отношения правдоподобия	7,201	2	,027
Линейно-линейная связь	6,798	1	,009
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 37,00.

1.11.2 Методика «Семейная социограмма». Шкала «Конфликтность в семье».

Таблица 28 – Таблица частот распределения выборки по шкале Конфликтность в семье и уровню повторного травматизма. Комбинационная таблица Травма * СС_Конфл_семье

			СС_Конфл_семье		Всего
			,00	1,00	
Травма	2 и > травм	Количество	38	37	75
		Ожидаемое количество	49,0	26,0	75,0
	1 травма	Количество	45	30	75
		Ожидаемое количество	49,0	26,0	75,0
	нет травм	Количество	64	11	75
		Ожидаемое количество	49,0	26,0	75,0
Всего		Количество	147	78	225
		Ожидаемое количество	147,0	78,0	225,0

Таблица 29 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	21,311a	2	,000
Отношения правдоподобия	22,968	2	,000
Линейно-линейная связь	19,810	1	,000
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 26,00.

1.11.3. Методика «Кинетический рисунок семьи». Шкала «Тревожность».

Таблица 30 - Таблица частот распределения выборки по шкале Тревожность и уровню повторного травматизма

Комбинационная таблица Травма * КРС_Тревожность

			КРС_Тревожность		Всего
			,00	1,00	
Травма	2 и > травм	Количество	31	44	75
		Ожидаемое количество	40,3	34,7	75,0
	1 травма	Количество	39	36	75
		Ожидаемое количество	40,3	34,7	75,0
	нет травм	Количество	51	24	75
		Ожидаемое количество	40,3	34,7	75,0
Всего		Количество	121	104	225
		Ожидаемое количество	121,0	104,0	225,0

Таблица 31 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	10,871 ^a	2	,004
Отношения правдоподобия	11,041	2	,004
Линейно-линейная связь	10,680	1	,001
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 34,67.

1.11.4. Методика «Кинетический рисунок семьи» Шкала «Чувство неполноценности».

Таблица 32 – Таблица частот распределения выборки по шкале

			КРС		Всего
			Чувство неполноценности		
			,00	1,00	
Травма	2 и > травм	Количество	37	38	75
		Ожидаемое количество	46,0	29,0	75,0
	1 травма	Количество	48	27	75
		Ожидаемое количество	46,0	29,0	75,0
	нет травм	Количество	53	22	75
		Ожидаемое количество	46,0	29,0	75,0
Всего		Количество	138	87	225
		Ожидаемое количество	138,0	87,0	225,0

Чувство неполноценности и уровню повторного травматизма. Комбинационная таблица Травма * КРС_Чувство_неполноценности

Таблица 33 – Критерий хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	7,534a	2	,023
Отношения правдоподобия	7,517	2	,023
Линейно-линейная связь	7,164	1	,007
Количество допустимых наблюдений	225		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 29,00.

2. Многомерные расчеты

2.1. Дискриминантный анализ

Для предварительной оценки переменных, различающих группы детей с разным уровнем повторной травматизации, был проведен дискриминантный анализ. В силу специфики данных (большая часть переменных бинарные, а количественные переменные не распределены нормально), применение дискриминантного анализа скорее некорректно, и он носит в данном случае эксплораторный характер, позволяя предварительно определить набор дискриминирующих переменных - чтобы посмотреть, какие переменные остаются в анализе, если мы рассматриваем весь набор переменных

одновременно. То есть по сути это самые значимые переменные, которые различают эти три группы обследуемых.

Дискриминантный анализ проводился методом шагового отбора.

Таблица 1 – Статистика удаленных и введенных в анализ переменных

Введенные/удаленные переменные a,b,c,d									
Шаг	Введено	Лямбда Уилкса							
		Статистика	ст.св.1	ст.св.2	ст.св.3	Точное F			
						Статистика	ст.св.1	ст.св.2	Значимость
	СВ Санкции	,822	1	2	216,000	23,313	2	216,000	,000
	СС Недост. диф. Отн.	,765	2	2	216,000	15,405	4	430,000	,000
	СС Конф. в семье	,708	3	2	216,000	13,443	6	428,000	,000
	НЖ Агрессия	,680	4	2	216,000	11,331	8	426,000	,000

На каждом шаге вводится переменная, минимизирующая общую лямбду Уилкса.

- Максимальное число шагов равно 80.
- Минимальное частное F для ввода - это 3.84.
- Максимальное частное F для удаления - это 2.71.
- Уровень F, допуск или VIN недостаточны для дальнейших вычислений.

В данной таблице выведены переменные, различия по которым между группами статистически ($p < 0.01$) достоверны. К числу этих переменных относятся: Санкции (Методика Стиль воспитания); Недостаточно дифференцированное отношение к членам семьи (Методика Семейная социограмма); Конфликты в семье (Методика Семейная социограмма) и Агрессия (Методика Несуществующее животное).

Таблица 2 – Сводка канонических дискриминантных функций

Функция	Собственное значение	% дисперсии	Суммарный %	Каноническая корреляция
1	,447a	96,5	96,5	,556
2	,016a	3,5	100,0	,127

а. Для анализа использовались первые 2 из канонических дискриминантных функций.

В таблице показана информативность дискриминантных функций. Первая объясняет 96,5 % всей дисперсии данных

Таблица 3 – Функции в центроидах групп

Травма	Функция	
	1	2
2 и > травм	,870	-,068
1 травма	-,128	,178
нет травм	-,742	-,110

Нестандартизованные канонические дискриминантные функции, вычисленные в групповых средних

В данном случае можно сделать вывод о том, как распределяются группы на полюсах центроидов. Соответственно, чем выше значение первой функции - тем выше уровень повторной травматичности.

Таблица 4 – Стандартизированные коэффициенты канонических функций

Коэффициенты стандартизованной канонической дискриминантной функции		
	Функция	
	1	2
СВ_Санкции	,643	-,436
НЖ_Агрессия	,362	,275
СС_Конфл_семье	,445	,788
СС_Недост_диф_отн	-,561	,271

Данная таблица позволяет понять соотношение вкладов каждой переменной в каждую из канонических функций. Соответственно, для первой функции наибольший вклад у переменных Санкция (положительный полюс функции) и Недостаточно дифференцированные отношения в семье (отрицательный полюс). Наименьший вклад переменной Агрессия.

Таким образом, чем выше уровень переменной Санкции, тем выше уровень травматичности.

2.2. Лонглинейный анализ

Данные по результатам методик "Несуществующее животное", "Семейная социогрмма", "Кинетический рисунок семьи" представлены в бинарных данных (есть признак/нет признака), поэтому для их обработки использовался лонглинейный анализ. Расчеты проводились в программе SPSS 23.

Лонглинейный анализ используется при анализе таблиц сопряженности нескольких категориальных переменных. При анализе рассматриваются сочетания всех переменных между собой. Однако, в данной работе основным было выявить, как связан уровень повторной травматичности с другими переменными, то при анализе сочетания остальных переменных между собой (не содержащих переменную "травма") не рассматривались.

2.2.1. "Несуществующее животное"

Таблица 1- Эффекты К-порядка и более высоких порядков

	ст.св.	Отношения правдоподобия		Пирсона		Количество итераций
		Chi-квадрат	Значимость	Chi-квадрат	Значимость	
К-факторные эффекты и эффекты более высоких порядков	2303	1296,674	1,000	4987,160	,000	0
	2291	1062,246	1,000	3144,405	,000	2
	2227	569,045	1,000	2042,684	,998	16
	2027	190,166	1,000	264,908	1,000	20
	1621	8,735	1,000	4,710	1,000	7
	1061	1,011	1,000	,532	1,000	3
	529	,167	1,000	,086	1,000	2
	185	,000	1,000	,000	1,000	2
	40	,000	1,000	,000	1,000	2
	0 4	,000	1,000	,000	1,000	2
К-факторные эффекты	12	234,428	,000	1842,755	,000	0
	64	493,200	,000	1101,721	,000	0
	200	378,879	,000	1777,776	,000	0
	406	181,431	1,000	260,198	1,000	0
	560	7,724	1,000	4,178	1,000	0
	532	,844	1,000	,445	1,000	0
	344	,167	1,000	,086	1,000	0
	145	,000	1,000	,000	1,000	0
	36	,000	1,000	,000	1,000	0
	0 4	,000	1,000	,000	1,000	0

Степень свободы, используемая для этих проверок, не скорректирована для нулевых значений в структуре и нулей выборки. Критерии с использованием этой степени свободы могут быть консервативными.

- Проверяет, что к-факторные эффекты и эффекты более высоких порядков равны нулю.
- Проверяет, что к-факторные эффекты равны нулю.

Анализ эффекты К-порядка и более высоких порядков показывает, что взаимодействие переменных, начиная с четвертого порядка, не оказывают существенного

влияния на модель. При этом среди взаимодействий первого, второго и третьего порядка есть те, которые оказывают значимое воздействие на модель.

2.2.2. "Семейная социограмма"

Таблица 2 - Эффекты К-порядка и более высоких порядков

	т.св.	Отношения правдоподобия		Пирсона		Количество итераций
		Chi-квадрат	Значимость	Chi-квадрат	Значимость	
К-факторные эффекты и эффекты более высоких порядков а	43	402,339	,000	461,720	,000	0
	35	250,502	,000	260,626	,000	2
	09	159,646	,001	163,992	,001	4
	5	56,162	,775	74,497	,197	20
	4	1,680	1,000	,929	1,000	6
			,471	,976	,248	,993
К-факторные эффекты б		151,837	,000	201,094	,000	0
	6	90,856	,000	96,634	,000	0
	4	103,484	,000	89,495	,000	0
	1	54,482	,077	73,568	,001	0
	0	1,209	1,000	,681	1,000	0
		,471	,976	,248	,993	0

Степень свободы, используемая для этих проверок, не скорректирована для нулевых значений в структуре и нулей выборки. Критерии с использованием этой степени свободы могут быть консервативными.

- а. Проверяет, что к-факторные эффекты и эффекты более высоких порядков равны нулю.
- б. Проверяет, что к-факторные эффекты равны нулю.

Анализ эффекты К-порядка и более высоких порядков показывает, что взаимодействие переменных, начиная с четвертого порядка, не оказывают существенного влияния на модель. При этом среди взаимодействий первого, второго и третьего порядка есть те, которые оказывают значимое воздействие на модель.

Далее в таблице приведены результаты частных взаимосвязей переменных, при этом в таблице оставлены только те результаты, где в качестве одной из переменных присутствует уровень повторной травматичности.

Таблица 3 - Частные взаимосвязи

Эффект	ст.св.	Частичный	Значимость	Количество итераций
		хи-квадрат		
Травма*СС_Самооц*СС_Конф_семье		5,829	,212	17
Травма*СС_Самооценка*СС_Эгоц		,721	,949	20
Травма*СС_Конфл_семье*СС_Эгоц		8,073	,018	20
Травма*СС_Самооценка*СС_Недиф		31,913	,000	6
Травма*СС_Конфл_семье*СС_Недиф		28,014	,000	6
Травма*СС_Эгоцентризм*СС_Недиф		6,202	,045	20
Травма*СС_Самооценка*СС_Недост_диф		5,819	,213	20
Травма*СС_Конфл*СС_Недост_диф		3,422	,181	20
Травма*СС_Эгоц*СС_Недост_диф		8,463	,015	20
Травма*СС_Недифференцир*		1,643	,440	20
Травма*СС_Самооценка		3,451	,485	4
Травма*СС_Конфл_семье		19,215	,000	4
Травма*СС_Эгоцентризм		7,428	,024	4
Травма*СС_Недифференцир		,009	,995	4
Травма*СС_Недост_диф_отн		24,070	,000	4

Анализ данных показывает, что наибольшую статистическую значимость ($p < 0.001$) имеет трехфакторное взаимодействие Травма*Самооценка* Недифференцированность "Я", следующее за ним - Травма*Конфликты в семье*Недифференцированность "Я".

Из двухфакторных взаимодействий наиболее весомыми (наибольший хи-квадрат) являются Травма*Недостаточно дифференцированные отношения и Травма*Конфликты в семье.

2.2.3. "Кинетический рисунок семьи "

Таблица 4 – Эффекты К-порядка и более высоких порядков

	К	ст.св.	Отношения правдоподобия		Пирсона		Колич. итераций
			Chi-квадрат	Значимость	Chi-квадрат	Значимость	
К-факторные эффекты и эффекты более высоких порядков	1	95	581,995	,000	982,040	,000	0
	2	88	542,326	,000	959,947	,000	2
	3	68	262,119	,000	245,474	,000	11
	4	38	33,821	,663	37,049	,513	20
	5	13	,707	1,000	,385	1,000	4
	6	2	,000	1,000	,000	1,000	3
К-факторные эффекты b	1	7	39,669	,000	22,093	,002	0
	2	20	280,208	,000	714,472	,000	0
	3	30	228,298	,000	208,425	,000	0
	4	25	33,114	,128	36,664	,062	0
	5	11	,707	1,000	,385	1,000	0
	6	2	,000	1,000	,000	1,000	0

Степень свободы, используемая для этих проверок, не скорректирована для нулевых значений в структуре и нулей выборки. Критерии с использованием этой степени свободы могут быть консервативными.

- a. Проверяет, что к-факторные эффекты и эффекты более высоких порядков равны нулю.
- b. Проверяет, что к-факторные эффекты равны нулю.
- c. Статистически значимы эффекты первого, второго и третьего порядков.

Таблица 5 – Частные взаимосвязи

Эффект	ст.св.	Частичный хи-квадрат	Значимость	Количество итераций
Травма*КРС_Благопр_сем_сит*КРС_Тревожн	2	102,704	,000	16
Травма*КРС_Благопр_сем_сит*КРС_Конф	2	,174	,917	20
Травма*КРС_Тревожность*КРС_Конфл_с	2	3,462	,177	20
Травма*КРС_Благопр_сем_сит*КРС_Чувств	2	2,608	,271	18
Травма*КРС_Тревожность*КРС_Чувств	2	4,811	,090	17
Травма*КРС_Конфл_семье*КРС_Чувство	2	6,904	,032	19
Травма*КРС_Благопр_сем_сит*КРС_Враждеб	2	1,488	,475	20
Травма*КРС_Тревожность*КРС_Враждеб	2	,358	,836	20
Травма*КРС_Конфл_семье*КРС_Враждеб	2	4,123	,127	20
Травма*КРС_Чувство_неполн*КРС_Враж	2	10,664	,005	20
Травма*КРС_Благ_сем_сит	2	1,085	,581	11
Травма*КРС_Тревожность	2	6,138	,046	11
Травма*КРС_Конфл_семье	2	,964	,617	11
Травма*КРС_Чувст_неполн	2	2,256	,324	11
Травма*КРС_Враждебность	2	,498	,779	11

Наиболее значимо трехфакторное взаимодействие Травма*Благоприятная семейная ситуация*Тревожность.

2.3. Дерево решений

Обработка данных проводилась в SPSS 23 методом построения дерева решений (дерева классификации). Дерево решений - это логический алгоритм классификации, основанный на поиске внутренних закономерностей в данных.

Таблица 6 - Сводка модели

Спецификации	Метод построения	
	Зависимая переменная	Травма
	Независимые переменные	Пол_ребенка, Возраст_ребенка, НЖ_Агрессия, НЖ_Тревожность, НЖ_Самооценка, НЖ_Эгоцентризм, НЖ_Страх_деят, НЖ_Тенден_деят, НЖ_Импульсивность, НЖ_Внутр_конфликт, НЖ_Неврот_реакции, СС_Самооценка, СС_Конфл_семье, СС_Эгоцентризм, СС_Недифференцированность, СС_Недост_диф_отн, КРС_Благопр_сем_сит, КРС_Тревожность, КРС_Конфл_семье, КРС_Чувство_неполн, КРС_Враждебность, СДВГ_врач, СДВГ_Тест, СДВГ_родитель, Темперамент, Приор_ценности, Психоэм_сост, Самооценка, Стил_воспитания, СВ_Протекция, СВ_Учет_потреб, СВ_Обязанности, СВ_Требования, СВ_Санкции, НО_Конц_вним, НО_Движ_действ, НО_Гнозис, НО_Реч_функ, НО_Память, НО_Интеллект, НО_Общий_балл
	Проверка	Нет
	Максимальное количество уровней	3
	Минимальное количество наблюдений в родительском узле	100
	Минимальное количество наблюдений в дочернем узле	50
Результаты	Включены независимые переменные	СВ_Санкции, СС_Недост_диф_отн
	Число узлов	5
	Число конечных узлов	3
	Глубина	2

Таблица 7 – Оценка риска

Оценка	Стандартная ошибка
,511	,033

Метод построения: CHAID Зависимая переменная: Травма
Вероятность неправильной классификации составляет 51 %

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Таблица 1 – Сравнение данных анкеты по связи с количеством травм у ребенка

Критерии сравнения	Возраст детей	
	от 0 до 18 лет (n=497)	от 5 до 10 лет (n=310)
Бал травмоопасности (коэффициент корреляции Спирмена)	0,385 p<0.001	0,404 p<0.001
Количество взрослых в семье (хи-квадрат Пирсона)	21,866 Df=9 p<0.01	20,36 Df=9 p<0.05
Пол ребенка (хи-квадрат Пирсона)	10,29 p<0.05 средние ранги: 257,31 - мальчики 237,65 - девочки	7,042 p>0.05 нет связи
Количество детей в семье (хи-квадрат Пирсона)	нет связи p>0.05	нет связи p>0.05
Анонимность заполнения анкеты (хи-квадрат Пирсона)	нет связи p>0.05	нет связи p>0.05

Полужирным выделены значимые различия

Таблица 2 – Сравнение данных анкеты по связи с баллом травмоопасности

Балл травмоопасности	Возраст детей	
	от 0 до 18 лет (n=497)	от 5 до 10 лет (n=310)
<i>Количество взрослых в семье (критерий H Краскала-Уоллеса)</i>	9,716 средние ранги 258,04 – 1 взрослый 234,45 – 2 взрослых 288,90 – 3 взрослых 250,10 – 4 взрослых p<0.05	11,602 средние ранги 162,35 – 1 взрослый 140,48 - 2 взрослых 184,34 – 3 взрослых 167,14 – 4 взрослых p<0.01
<i>Пол ребенка (критерий U Манна-Уитни)</i>	нет связи p>0.05	средние ранги p<0.05 165,31 – мальчики 144,04 – девочки
<i>Количество детей в семье (критерий H Краскала-Уоллеса)</i>	нет связи p>0.05	нет связи p>0.05
<i>Анонимность заполнения анкеты (критерий U Манна-Уитни)</i>	нет связи p>0.05	нет связи p>0.05

Полужирным выделены значимые различия

Сравнение данных анкеты для родителей и лиц, их заменяющих
Вся выборка целиком

1. Связь балла травмоопасности и пола.

Для сравнения групп использовался критерий U Манна-Уитни

Таблица 3 – Ранги для расчета критерия U Манна-Уитни

	Пол	N	Средний ранг	Сумма рангов
Балл травмоопасности	мальчик	287	257,31	73847,50
	девочка	210	237,65	49905,50
	Всего	497		

Таблица 4 – Критерий U Манна-Уитни для сравнения балла травмоопасности с полом

Статистические критерии ^a	Балл травмоопасности
U Манна-Уитни	27750,500
W Вилкоксона	49905,500
Z	-1,512
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,130

а. Группирующая переменная: Пол

Не выявлена стат. достоверная связь ($p > 0.05$) балла травмоопасности и пола.

2. Связь балла травмоопасности и количества детей в семье.

Для сравнения групп использовался критерий H Краскала-Уоллеса.

Таблица 5 – Ранги для расчета критерия H Краскала-Уоллеса

	Количество детей в семье	N	Средний ранг
Балл травмоопасности	1,00	167	173,44
	2,00	127	178,69
	3,00	45	192,97
	4,00	12	222,50
	5,00	5	106,90
	Всего	356	

Таблица 6 – Критерий H Краскала-Уоллеса для сравнения балла травмоопасности в семьях с разным количеством детей

Статистические критерии ^{a,b}	
	Балл травмоопасности
Хи-квадрат	5,943
ст.св.	4
Асимптотическая значимость	,203
а. Критерий Краскала-Уоллеса	
б. Группирующая переменная: Количество детей в семье.	

Не выявлена статистически достоверная связь ($p > 0.05$) балла травмоопасности и количества детей в семье.

3. Связь кол-ва травм и количества детей в семье. Кр. хи-квадрат Пирсона.

Таблица 7 – Комбинационная таблица Кол-во детей в семье * Количество травм

		Количество травм				Всего
		1,00	2,00	3,00	4,00	
Количество детей в семье	,00	51	47	26	17	141
	1,00	53	55	31	28	167
	2,00	50	42	18	17	127
	3,00	16	13	7	9	45
	4,00	6	0	4	2	12
	5,00	2	2	1	0	5
Всего		178	159	87	73	497

Таблица 8 –Критерий хи-квадрат Пирсона

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2- сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	11,924 ^a	15	,685
Отношения правдоподобия	16,063	15	,378
Линейно- линейная связь	,004	1	,950
Количество допустимых наблюдений	497		

а. Для числа ячеек 8 (33,3%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно ,73.

Таблица 9 – Коэффициенты корреляции Фи и V Крамера

		Значение	Приблизительная значимость
Номинал/номинал	Фи	,155	,685
	V Крамера	,089	,685
Количество наблюдений допустимых		497	

Симметричные меры

Не выявлена статистически достоверная связь ($p > 0.05$) количества травм и количества детей в семье.

4.Связь балла травмоопасности и количества взрослых.

Таблица 10 – Ранги для расчета критерия Н Краскала-Уоллеса

	Количество взрослых членов семьи	N	Средний ранг
Балл травмоопасности	1,00	51	258,04
	2,00	274	234,45
	3,00	86	288,90
	4,00	86	250,10
	Всего	497	

Таблица 11 – Критерий Н Краскала-Уоллеса

	Балл травмоопасности
Хи-квадрат	9,716
ст.св.	3
Асимптотическая значимость	,021

Статистические критерии^{a,b} а. Критерий Краскала-Уоллеса

б. Группирующая переменная: Количество взрослых членов семьи

Выявлена статистически значимая связь ($p < 0.05$) балла травмоопасности и количества взрослых в семье. При трех взрослых балл травмоопасности выше.

Таблица 12 - Попарное сравнение групп. Критерий U Манна-Уитни

	Количество взрослых членов семьи	N	Средний ранг	Сумма рангов
Балл травмоопасности	2,00	274	170,99	46850,00
	3,00	86	210,81	18130,00
	Всего	360		

Таблица 13 - Статистические критерии^a

	Балл травмоопасности
U Манна-Уитни	9175,000
W Вилкоксона	46850,000
Z	-3,107
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,002

а. Группирующая переменная: Количество взрослых членов семьи

Было выявлено, что статистически достоверные ($p < 0.05$) различия в уровне балла травмоопасности существуют между семьями с 2 и 3 взрослыми. В семьях с тремя

взрослыми уровень балла травмоопасности выше. При попарном сравнении остальных групп статистически значимых различий ($p > 0.05$) не было выявлено.

5. Связь количества травм в семье и кол-ва взрослых. Кр. хи-квадрат Пирсона.

Таблица 14 – Комбинационная таблица. Количество взрослых членов семьи *
Количество травм

		Количество травм				Всего
		1,00	2,00	3,00	4,00	
Количество взрослых членов семьи	,00	21	21	4	5	51
	,00	102	93	43	36	274
	,00	22	24	26	14	86
	,00	33	21	14	18	86
Всего		178	159	87	73	497

Таблица 15 – Критерий хи-квадрат Пирсона

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	21,866 ^a	9	,009
Отношения правдоподобия	21,314	9	,011
Линейно-линейная связь	5,722	1	,017
Количество допустимых наблюдений	497		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 7,49.

Таблица 16 - Симметричные меры

		Значение	Приблизительная значимость
Номинал/ номинал	Фи	,210	,009
	V Крамера	,121	,009
Количество допустимых наблюдений		497	

Выявлена статистически значимая связь ($p < 0.05$) количества травм и количества взрослых в семье.

6. Связь уровня анонимности и уровня травмоопасности.

Таблица 17 – Кр. U Манна-Утни

	ФИО	N	Средний ранг	Сумма рангов
Балл травмоопасности	указал фамилию	391	247,99	96963,50
	аноним	106	252,73	26789,50
	Всего	497		

Таблица 18 – Статистические критерии^а

	Балл травмоопасности
U Манна-Уитни	20327,500
W Вилкоксона	96963,500
Z	-,302
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,762

а. Группирующая переменная: ФИО

Не выявлено статистически значимой связи ($p > 0.05$) между анонимностью и баллом травмоопасности

7. Связь уровня анонимности и количества травм. Кр. хи-квадрат Пирсона.

Таблица 19 - Количество травм * ФИО

		ФИО		Всего
		указал фамилию	аноним	
Количество травм	1,00	149	29	178
	2,00	124	35	159
	3,00	66	21	87
	4,00	52	21	73
Всего		391	106	497

Таблица 20 - Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	5,552 ^а	3	,136
Отношения правдоподобия	5,546	3	,136
Линейно-линейная связь	5,354	1	,021
Количество допустимых наблюдений	497		

а. Для числа ячеек 0 (0,0%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 15,57.

Таблица 21 - Симметричные меры

		Значение	Приблизительная значимость
Номинал/номинал	Фи	,106	,136
	V Крамера	,106	,136
Количество наблюдений	допустимых	497	

Не выявлено статистически значимой связи ($p>0.05$) между анонимностью и количеством травм.

Дети в возрасте от 5 до 10 лет.

1. Связь балла травмоопасности и пола.

Таблица 22 – Ранги для расчета критерия U Манна-Уитни

	Пол	N	Средний ранг	Сумма рангов
Балл травмоопасности	мальчик	167	165,31	27607,50
	девочка	143	144,04	20597,50
	Всего	310		

Таблица 23 – Кр. U Манна-Уитни для сравнения балла травмоопасности по полу

	Балл травмоопасности
U Манна-Уитни	10301,500
W Вилкоксона	20597,500
Z	-2,089
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,037

Статистические критерии^a

а. Группирующая переменная: Пол

Выявлена статистически значимая ($p<0.05$) связь балла травмоопасности и пола ребенка. Балл травмоопасности у мальчиков выше, чем у девочек.

2. Связь балла травмоопасности и количества детей в семье

Таблица 24 – Ранги для расчета критерия Н Краскала-Уоллеса

	Количество детей в семье	N	Средний ранг
Балл травмоопасности	1,00	101	105,54
	2,00	83	112,94
	3,00	25	129,10
	4,00	10	125,95
	5,00	3	77,50
	Всего	222	

Таблица 25 - Критерий Н Краскала-Уоллеса

	Балл травмоопасности
Хи-квадрат	4,158
ст.св.	4
Асимптотическая значимость	,385

а. Критерий Краскала-Уоллеса

б. Группирующая переменная: Количество детей в семье

Не выявлена статистически достоверная связь ($p > 0.05$) балла травмоопасности и количества детей в семье.

3. Связь количества травм и количества детей в семье.

Для расчетов использовался критерий хи-квадрат Пирсона.

Таблица 26 – Количество детей в семье * Количество травм

		Количество травм				Всего
		1,00	2,00	3,00	4,00	
Количество детей в семье	,00	33	32	16	7	88
	1,00	29	41	17	14	101
	2,00	35	29	12	7	83
	3,00	7	11	4	3	25
	4,00	5	0	3	2	10
	5,00	2	1	0	0	3
Всего		111	114	52	33	310

Таблица 27 – Критерий хи-квадрат Пирсона

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	13,807 ^a	15	,540
Отношения правдоподобия	17,776	15	,275
Линейно-линейная связь	,043	1	,836
Количество допустимых наблюдений	310		

а. Для числа ячеек 10 (41,7%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно ,32.

Таблица 28 – Критерий Фи и V Крамера Симметричные меры

		Значение	Приблизительная значимость
Номинал/номинал	Фи	,211	,540
	V Крамера	,122	,540
Количество допустимых наблюдений		310	

Не выявлена статистически достоверная связь ($p > 0.05$) количества травм и количества детей в семье.

3. Связь балла травмоопасности и кол-ва взрослых. Критерий Н Краскала –Уоллеса

Таблица 29 – Ранги для расчета критерия Н Краскала –Уоллеса

	Количество взрослых членов семьи	N	Средний ранг
Балл травмоопасности	1,00	36	162,35
	2,00	165	140,48
	3,00	56	184,34
	4,00	53	167,14
	Всего	310	

Таблица 30 – Статистические критерии^{a,b}

	Балл травмоопасности
Хи-квадрат	11,602
ст.св.	3
Асимптотическая значимость	,009

а. Критерий Краскала-Уоллеса

б. Группирующая переменная: Количество взрослых членов семьи

Выявлена статистически достоверная связь ($p < 0.01$) балла травмоопасности и количества взрослых в семье. При трех членах семьи балл травмоопасности выше.

Таблица 31 - Попарные сравнения при помощи критерия U Манна-Уитни

	Количество взрослых членов семьи	N	Средний ранг	Сумма рангов
Балл травмоопасности	2,00	165	102,99	16993,00
	3,00	56	134,61	7538,00
	Всего	221		

Двое и трое взрослых

Таблица 32 - Статистические критерии^а

	Балл травмоопасности
U Манна-Уитни	3298,000
W Вилкоксона	16993,000
Z	-3,208
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,001

а. Группирующая переменная: Количество взрослых членов семьи

Выявлены статистически достоверные ($p < 0.01$) различия в уровне травмоопасности в семьях с двумя и тремя взрослыми. В семьях с тремя взрослыми уровень травмоопасности выше.

Таблица 33 – Двое и четверо взрослых

	Количество взрослых членов семьи	N	Средний ранг	Сумма рангов
Балл травмоопасности	2,00	165	104,75	17284,00
	4,00	53	124,28	6587,00
	Всего	218		

Таблица 34 – Статистические критерии^а

	Балл травмоопасности
U Манна-Уитни	3589,000
W Вилкоксона	17284,000
Z	-1,968
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,049

а. Группирующая переменная: Количество взрослых членов семьи

Выявлены статистически значимые ($p < 0.05$) различия в уровне травмоопасности в семьях с двумя и четырьмя взрослыми. В семьях с четырьмя взрослыми уровень травмоопасности выше.

4. Связь количества травм и количества взрослых

Таблица 35 - Количество взрослых членов семьи * Количество травм

		Количество травм				Всего
		1,00	2,00	3,00	4,00	
Количество взрослых членов семьи	1,00	15	15	2	4	36
	2,00	64	64	23	14	165
	3,00	12	17	19	8	56
	4,00	20	18	8	7	53
Всего		111	114	52	33	310

Таблица 36 – Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	20,360 ^a	9	,016
Отношения правдоподобия	19,611	9	,020
Линейно-линейная связь	3,524	1	,060
Количество допустимых наблюдений	310		

а. Для числа ячеек 1 (6,3%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 3,83.

Таблица 37 - Симметричные меры

		Значение	Приблизительная значимость
Номинал/номинал	Фи	,256	,016
	V Крамера	,148	,016
Количество наблюдений		310	

Выявлена статистически значимая связь ($p < 0.05$) количества травм и количества взрослых в семье. При количестве взрослых более трех, участвующих в воспитании ребенка, балл травмоопасности выше.

6. Связь балла травмоопасности и анонимности заполнения анкеты.

Таблица 38 – Ранги

	ФИО	N	Средний ранг	Сумма рангов
Балл травмоопасности	указал фамилию	255	156,32	39861,00
	аноним	55	151,71	8344,00
	Всего	310		

Таблица 39 – Статистические критерии^а

	Балл травмоопасности
U Манна-Уитни	6804,000
W Вилкоксона	8344,000
Z	-,347
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,729

а. Группирующая переменная: ФИО

Статистически значимая связь не выявлена ($p > 0.05$)

Таблица 40 – Количество взрослых членов семьи * Количество травм

		ФИО		Всего
		указал фамилию	аноним	
Количество травм	1,00	95	16	111
	2,00	93	21	114
	3,00	42	10	52
	4,00	25	8	33
Всего		255	55	310

Комбинационная таблица Количество травм * ФИО

Таблица 41 – Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	1,913 ^а	3	,591
Отношения правдоподобия	1,880	3	,598
Линейно-линейная связь	1,777	1	,183
Количество допустимых наблюдений	310		

Таблица 42 – Симметричные меры

		Значение	Приблизительная значимость
Номинал/номинал	Фи	,079	,591
	V Крамера	,079	,591
Количество допустимых наблюдений		310	

Статистически значимая связь не выявлена ($p > 0.05$)

**Связь количества травм и балла травмоопасности
Вся выборка (все дети)**

Существует статистически достоверная связь ($p < 0.001$) между количеством травм и баллом травмоопасности.

Таблица 43 – Критерий Н Краскала-Уоллеса (это сравнение групп)

	Количество травм	N	Средний ранг
Балл травмоопасности	1,00	178	183,85
	2,00	159	252,08
	3,00	87	314,09
	4,00	73	323,59
	Всего	497	

Таблица 44 – Статистические критерии а,б

	Балл травмоопасности
Хи-квадрат	74,726
ст.св.	3
Асимптотическая значимость	,000

а. Критерий Краскала-Уоллеса

б. Группирующая переменная: Количество травм

Существует статистически достоверная связь ($p < 0.001$) между количеством травм и баллом травмоопасности.

Таблица 45 – Коэффициент корреляции Спирмена

		Количество травм	Балл травмоопасности	
Спирмена	Количество травм	Коэффициент корреляции	1,000	
		Знач. (двухсторонняя)	,385**	
		N	497	
	Балл травмоопасности	Коэффициент корреляции	,385**	1,000
		Знач. (двухсторонняя)	,000	
		N	497	497

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Выборка от 5 до 10 лет

Таблица 46 – Критерий Н Краскала-Уоллеса

	Количество травм	N	Средний ранг
Балл травмоопасности	1,00	111	115,95
	2,00	114	154,40
	3,00	52	206,61
	4,00	33	211,77
	Всего	310	

Таблица 47 – Статистические критерии^{a,b}

	Балл травмоопасности
Хи-квадрат	51,830
ст.св.	3
Асимптотическая значимость	,000

a. Критерий Краскела-Уоллиса

b. Группирующая переменная: Количество травм

Существует статистически достоверная связь ($p < 0.001$) между количеством травм и баллом травмоопасности.

Таблица 48 – Коэффициент корреляции Спирмена

		Количество травм	Балл травмоопасности
Спирмена	Количество травм	Коэффициент корреляции	1,000
		Знач. (двухсторонняя)	.
		N	310
	Балл травмоопасности	Коэффициент корреляции	,404**
		Знач. (двухсторонняя)	,000
		N	310

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Существует статистически достоверная связь ($p < 0.001$) между количеством травм и баллом травмоопасности. Чем выше балл травмоопасности, тем больше количество трав