
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТРАВМООПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Е.В. ЗАХАРЧУК

Тюменский государственный медицинский университет
(ФГБОУ ВО «ТюмГМУ»), Тюменский государственный университет
(ФГАОУ ВО «ТюмГУ»), Тюменская областная клиническая больница
№ 2 (ГБУЗ ТО «ОКБ № 2 г. Тюмени»), Тюмень, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1317-5219>,
e-mail: katgor@yandex.ru

Е.Л. ДОЦЕНКО

Тюменский государственный университет (ФГАОУ ВО «ТюмГУ»),
Тюмень, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9651-0555>,
e-mail: dotsenko_e@bk.ru

С. С.-Х. ГАЙБОВ

Тюменский государственный медицинский университет
(ФГБОУ ВО «ТюмГМУ»), Тюменская областная клиническая больница
№ 2 (ГБУЗ ТО «ОКБ № 2 г. Тюмени»), Тюмень, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5554-4588>,
e-mail: s-stavros@mail.ru

В статье приводятся данные изучения факторов, способствующих возникновению повторных непреднамеренных физических травм у детей в возрасте 5–10 лет. Предложена модель факторов риска повторного непреднамеренного травматизма у детей, которая может быть использована в практической деятельности не только врача, но и психолога. Изучались индивидуально-пси-

хологические особенности детей и особенности социальной ситуации их развития. Обнаружено, что сочетание указанных факторов может быть причиной повторных физических травм ребенка. В частности, выявлена особая роль условий в семье, а также существенная необходимость различать истинную и ложную гиперактивность у детей. Показано, что по каждому отдельному ребенку в случае травмы возможно определить лицо или лиц, на чью компетентность следует ориентироваться в случаях профилактической работы повторного непреднамеренного травматизма и определить степень возлагаемой на них ответственности. Обсуждаются возможности психолога-консультанта по диагностике факторов риска травм у детей и перспектив консультативной работы.

Ключевые слова: повторные непреднамеренные травмы у детей, травмоопасное поведение, факторы повторных физических травм, гиперактивность, психологическое консультирование.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке в рамках гранта РФФИ «Психологические предпосылки повторных физических травм у детей (организационно-клиническое сопровождение)» (проект № 19-313-90036).

Благодарности. Авторы выражают благодарность: за помощь в сборе данных для исследования студентке 6-го курса лечебного факультета Тюменского государственного медицинского университета Титовой Валерии Александровне; обработку данных исследования кандидату экономических наук, доценту кафедры алгебры и математической логики Института математики и компьютерных наук Тюменского государственного университета Вершининой Светлане Валерьевне; за перевод текстов доктору филологических наук, профессору кафедры иностранных языков и межкультурной профессиональной коммуникации Института государства и права Тюменского государственного университета Хвесько Тамаре Владимировне.

Для цитаты: Захарчук Е.В., Доценко Е.Л., Гаибов С. С.-Х. Психологические факторы травмоопасного поведения у детей // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 4. С. 10—26. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290402>

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF INJURY-RISK BEHAVIOR IN CHILDREN

EKATERINA V. ZAKHARCHUK

Tyumen State Medical University, University of Tyumen, Regional State Hospital № 2, Tyumen, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1317-5219>,
e-mail: katgor@yandex.ru

EVGENIY L. DOTSENKO

University of Tyumen, Tyumen, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9651-0555>,
e-mail: dotsenko_e@bk.ru

SAYDI S. GAIBOV

Tyumen State Medical University, Regional State Hospital № 2,
Tyumen, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5554-4588>,

e-mail: s-stavros@mail.ru

The article presents data on the study of factors that contribute to the occurrence of repeated physical injuries in children aged 5–10 years. A model of risk factors for repeated injuries in children is proposed, which can be used in practice not only by a doctor, but also by a psychologist. We studied individual psychological characteristics of children, features of the social situation of the child's development. It was found that a specific combination of these factors can actually cause repeated physical injuries in the child. In particular, the special role of conditions in the family was revealed, as well as the essential need to distinguish between true and false hyperactivity in children. It is shown that each individual child in the case of injury needs a person whose competence will help in preventive treatment of repeated injuries. The degree of responsibility of the person should be determined. The possibilities of a psychologist-consultant for the prognosis of risk factors and prospects for consultations are discussed.

Keywords: re-injuries in children, traumatic behavior, factors of repeated physical injuries, hyperactivity, psychological counseling.

Funding. This article was prepared with the financial support of the Russian Foundation (project № 19-313-90036).

Acknowledgements. The authors are grateful for the assistance in collecting data for the research to the 6th year student of the Faculty of Medicine, Tyumen State Medical University, V.A. Titova, to the PhD, associate professor of the Department of Algebra and Mathematical Logic of the Institute of Mathematics and Computer Science for processing the data for the research S.V. Vershinina., to the PhD, professor of the department of foreign languages and intercultural professional communication of the Institute of State and Law of University of Tyumen, T.V. Khvesko for help in translation of the texts.

For citation: Zakharchuk E.V., Dotsenko E.L., Gaibov S.S. Psychological Factors of Injury-Risk Behavior in Children. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 4, pp. 10–26. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290402>

Введение

Детский травматизм остается серьезной социально-экономической проблемой. Профилактика травматизма — важная социальная задача общества [2; 22], необходимы специальные меры для защиты прав детей на здоровье и безопасную окружающую среду, где риск получения травмы сведен к минимуму [8].

Обстоятельства возникновения травм у детей и взрослых существенно отличаются, поэтому в посттравматической работе специалистам требуется комплексно учитывать и особенности факторов, обусловивших факт травмы ребенка [14; 26]. В той мере, в которой эти особенности оказали влияние на травматическое событие впервые, они способны обусловить и повторные травмы у детей [29].

После того как врачи неотложной помощи выполнили свое дело, ребенок часто оказывается без присмотра необходимого специалиста. Таким образом, обнаруживаются трудности, как у родителей, так и у врачей.

Родители или замещающие их лица пытаются объяснять причины частого травматизма детей повышенной двигательной активностью, непоседливостью, несовершенством моторных навыков и координации движений, пониженным чувством опасности и т. п. Но вопросы у них не исчезают, они не знают к кому обратиться после повторной травмы, как проводить профилактику травм. Как правило, родители детей с повторными травмами озадачивают именно врачей, задают им множество вопросов, возлагают на них надежды по профилактике травм. Врачи комплексно обследуют детей, но проблема не решается, ребенок не прекращает травмироваться.

Некоторые проницательные врачи пробуют обратить внимание на семейную ситуацию, но часто они наталкиваются на сопротивление членов семьи, неготовность осознать проблему травматизма как семейную трудность. В этом случае может быть рекомендована консультация психолога. Результаты настоящего исследования позволяют психологам лучше понять механизмы повторных непреднамеренных травм у детей, точнее ставить консультативные задачи.

Цель работы — выявить факторы повторного травматизма у детей в возрасте 5—10 лет, наметить перспективы их преодоления в психологическом консультировании.

Среди таких факторов можно выделить две группы. К первой относятся индивидуальные особенности ребенка: от личностных до физиологических [10; 19; 30]. В таком случае ответственность за повторяющиеся травмы возлагается преимущественно на самих же детей.

Систематический обзор и метаанализ 32 исследований показал, что синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) ребенка связан с повышенным риском непреднамеренных травм [33; 34]. Среди других особенностей самого ребенка, которые важно учитывать при разработке программ профилактики рискованного поведения, обозначаются не только установки по отношению к опасности, но и особенности эмоциональной сферы [30].

Скрининговое исследование, проведенное в Турции, показало, что из 1413 детей в возрасте от 6 до 18 лет, которым впервые был постав-

лен диагноз СДВГ, 12,8% имели опыт случайных травм, при этом предикторами травматизма выступал также низкий уровень образования матери [27].

Вторая группа факторов — особенности социальной ситуации ребенка. Немало работ, в которых анализируют работу образовательного учреждения и поведение его сотрудников в рамках физических непреднамеренных травм у детей [18; 20].

Гораздо реже обнаруживаются исследования, в которых повторный детский травматизм стараются понять через особенности микросоциальной ситуации развития ребенка в семье [24]. Однако системно организованных исследований в доступной нам литературе обнаружить не удалось. Соответственно, и в массовом сознании не сформирована мысль, что травмоопасное поведение у детей обусловлено факторами, часть которых находится в пределах семейной ситуации [12]. Микросоциальным факторам риска непреднамеренных травм у детей больше внимания уделяется в зарубежных работах [31], в частности изучают особенности взаимодействия родителей с ребенком, социальный статус и установки родителей [28; 25]. Исследование с участием 145 матерей из неблагополучных районов Филадельфии показало, что матери, имевшие историю взаимодействия со службами защиты детей в связи с пренебрежением базовыми потребностями ребенка, недостаточным присмотром взрослых («child neglect»), значимо чаще соглашались с утверждениями о случайности происхождения травм [28]. Интервью с 222 родителями об особенностях присмотра за ребенком свидетельствуют, что в момент получения травмы дети значимо чаще находились вне зоны досягаемости родителей, чем за час до нее [35].

Экологическая теория У. Бронфенбреннера является одним из наиболее приемлемых объяснений влияния социальной среды на развитие людей. Таким образом, можно предположить, что риски травмоопасного поведения у ребенка связаны с контекстом семейной среды и более широкой культурной среды (от микросистемы до макросистемы).

Все многообразные факторы, выявленные в научной литературе, были упорядочены в матрицу — модель ситуации развития ребенка (табл. 1). Модель образована двумя измерениями. Горизонтальное — индивидуальное (особенности ребенка) и социальное (его ситуация развития). Вертикальное — степень зависимости факторов от контролирующих их субъектов.

Нумерация ячеек отражает ранг доступности фактора для внесения изменений со стороны психолога-консультанта (1 — максимальные возможности, 9 — минимальные). Тонированные ячейки примерно охватывают основные зоны компетентности психолога-консультанта. Объекты работы, обозначенные в первой строке, лучше всего соответствуют его

Т а б л и ц а 1

Модель факторов риска повторного детского травматизма

Возможность психотерапевтической интервенции	А. Индивидуально-психологические особенности ребенка	Б. Особенности социальной ситуации развития ребенка	
		В семье	В учреждении
<i>Высокая</i>	1. Личностные (жизненная позиция, опыт)	2. Индивидуально-психологические особенности родителей или заменяющих их лиц	3. Индивидуально-психологические особенности педагогов
<i>Средняя</i>	4. Особенности характера и темперамента	5. Стиль воспитания, принятый в семье	6. Стиль воспитания, принятый в общеобразовательном учреждении
<i>Слабая</i>	7. Физиологические и нейро-психологические	8. Социально-психологические характеристики семьи	9. Социально-психологические характеристики коллектива образовательного учреждения
<i>Прогноз рисков повторных травм</i>	<i>Надежный</i>	<i>Средний</i>	<i>Ненадежен</i>

компетенциям и возможностям. Личностные особенности — это скорее постоянный переходный процесс, их возможно при желании изменять. Личность состоит из характера (темперамента и усвоенных привычек) и поведения. Темперамент же является биологической частью нашей личности, которая закладывается генами. Характер объединяет наши врожденные и приобретенные качества, но он не так стабилен, как темперамент. В связи с этим, несколько труднее повлиять на характер ребенка (ячейка 4) [5], как и изменить стиль воспитания в семье (ячейка 5). Маловероятно для психолога-консультанта и оказать воздействие на стиль воспитания, принятый в общеобразовательном учреждении (ячейка 6); это может сделать психолог учреждения или приглашенный специалист.

В третьей строке остается одна ячейка (7), где психолог-консультант еще способен что-то сделать, и то весьма ограничено. Клиентом может оказаться ребенок с истинной гиперактивностью (обусловленной трудностями мозговых структур и связей). При наличии у ребенка физиологических нейропроблем работа будет более трудоемкой [11], поэтому

резонно направить ребенка к нейропсихологу, неврологу и др., наладив сотрудничество с ними.

Прогноз рисков повторных травм (нижняя строка в таблице) трудно дать, опираясь лишь на социально-психологические характеристики коллектива образовательного учреждения (ячейки 3, 6, 9). Заметно надежнее удастся оценить риски повторной травматизации, опираясь на особенности семейной ситуации развития ребенка (ячейки 2, 5, 8), и еще лучше — на основе анализа особенностей самого ребенка (ячейки 1, 4, 7).

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.

Как видим, модель позволяет по каждому 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, с кем или с чем следует работать в приоритетном порядке. Если же в ситуацию будут вовлечены органы правосудия, модель дает возможность корректно спланировать обследование и составить сбалансированное экспертное заключение. При сборе необходимых сведений можно будет указать, на ком лежит основная ответственность (на родителе, семье, педагоге, учреждении), а на ком — косвенная.

Были выдвинуты *гипотезы*: 1) существуют факторы, которые могут способствовать повторным непреднамеренным травмам ребенка; 2) повышенная двигательная активность у ребенка имеет разные механизмы своей реализации — истинную и ложную гиперактивность.

Методы и процедура исследования

Выборка. Исследование проводилось в 2016—2019 гг. на базе ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмени. В нем приняли участие 450 испытуемых: 225 детей (156 мальчиков и 69 девочек), из них 75 детей с повторными (≥ 2) травмами (экспериментальная группа), 75 детей с одной травмой (груп-

па сравнения) и 75 детей без травм (контрольная группа), в возрасте от 5 до 10 лет и 225 взрослых (родителей и/или лиц их замещающих) в возрасте от 24 до 76 лет.

Методики. Детям предложены проективные методики «Несуществующее животное» [9; 15], «Кинетический рисунок семьи» [3], «Семейная социограмма» [23], и ними проводилась нейропсихологическая экспресс-диагностика [21]. В работе со взрослыми использовались следующие методики: интервью с родителями, авторские анкеты («Каким я вижу своего ребенка в настоящее время», «Моя семья»), тест на гиперактивность ребенка [13], модифицированная шкала «Субъективная оценка родителями своего стиля воспитания» (мин. оценка — 0, макс. — 7) [4; 16; 17; 23]. Математико-статистическая обработка выполнена с использованием пакета программ SPSS Statistics v.23.0.

Результаты и их обсуждение

Приведены некоторые основные переменные, по которым обнаружены статистическая значимость.

Однофакторный дисперсионный анализ по изучению взаимосвязи по шкалам модифицированной методики «Стиль воспитания» для родителей (санкции в отношении ребенка за проступки, протекция родителей в воспитании детей, обязанности ребенка, учет родителями потребностей ребенка, требования родителей к ребенку и уровню травматизма у детей в 3 группах) показал следующие результаты. Выявлены значимые различия между группами по показателям: «Санкции в отношении ребенка за проступки» и «Протекция родителей ($p \leq 0,05$). Использовался критерий согласия Фишера—Снедекора (F факт. сравнивалось с F крит = 3,11).

При оценке модального значения переменных отмечено, что родители экспериментальной группы чаще гиперопекают детей, строже их наказывают, у детей недостаточно обязанностей в семье, родители к ним менее требовательны, чем родители к детям из контрольной группы.

При анализе проективных методик выявлено, что дети из группы с двумя и более травмами более тревожны, ощущают конфликты и испытывают чувство неполноценности в семье, чем дети из группы, где нет травм ($p \leq 0,05$). Для обработки данных использовался критерий χ^2 Пирсона.

Для удобства анализа мы разделили все исследуемые характеристики на 2 группы. В одну включили характеристики личностного состояния детей: высокую тревожность, чувство неполноценности в семье и ощущение конфликтности в семейной ситуации. Дети экспериментальной группы оказываются в состоянии противоречивого дисбаланса, что

можно расценить как дезориентацию и стрессовое состояние. В другую группу вошли характеристики, отражающие отношения с родителями. Обнаруживается небрежное отношение родителей к детям из экспериментальной группы [24; 28; 31]. Родители гиперопекают своих детей, строже их наказывают, недостаточно делегируют им обязанностей в семье, менее требовательны к ним, чем родители к детям из контрольной группы и группы сравнения. Таким образом, получила подтверждение гипотеза о наличии факторов, которые могут способствовать повторным непреднамеренным травмам ребенка.

Примечательно, что взрослые считают детей гиперактивными только на том основании, что ребенок очень много двигается, непоседлив. В группе детей с повторными травмами 61% родителей отмечают поведение своих детей как гиперактивное, в группе детей без травм таких родителей 26,7% ($p < 0,001$). Ошибка в том, что другие проявления гиперактивности родителями (концентрация внимания, речевые дисфункции, когнитивные изменения) объективно не учитываются.

Для проверки гипотезы 2 были проведены нейропсихологическая диагностика и осмотр детей врачом психоневрологом. Количество детей с объективными нарушениями, позволяющими считать детей гиперактивными, резко сократилось. В экспериментальной группе диагноз СДВГ поставлен врачом только в 21,3% наблюдений ($p < 0,001$), нейропсихологом отмечены дисфункциональные симптомокомплексы в 12% наблюдений ($p < 0,001$); в контрольной группе в 6,7% ($p = 0,002$) и 5,3% случаях соответственно ($p < 0,001$). Для определения значимости различий в долях признака использовали критерий «угловое преобразование Фишера». ($0,01 < p \leq 0,001$ — высоко значимые различия; $p < 0,001$ — очень высоко значимые различия).

Гипотеза 2 подтвердилась. Признаки, позволяющие психологу-консультанту дифференцировать истинную и ложную гиперактивность, будут приведены ниже.

В данном исследовании механизмы формирования повышенной двигательной активности ребенка объясняются следующим. Ребенок, живущий в слабоструктурированных микросоциальных условиях, 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 стороны, 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 (повышающее риск непреднамеренного травмирования ребенка). Участ-

никами травматической ситуации являются не только дети, но и их родители или люди, вовлеченные в контакт с детьми в детском саду, школе и др. [32]. Ребенок пытается справиться с биологическими (реже) и социальными (в основном) факторами посредством своей активности. Чем больше проблем встает перед ребенком, тем больше различных «гипер» появляется в его поведении. Родители не осознают, что травмоопасное поведение их детей в основном обусловлено внутрисемейными факторами, такими как распорядок дня, стиль взаимоотношений родителей с членами семьи, а не только индивидуальные особенности детей и. С помощью травмы ребенок частично гармонизирует отношения с родителями, поэтому не удивительно возникновение вторичной выгоды такого поведения.

Векторы внимания в работе психолога-консультанта с часто травмирующимися детьми

Ориентируясь на модель (табл.1), надо понять, какие именно из заданных в ней факторов актуализированы в ситуации развития данного ребенка. Важный момент анализа ситуации — выявление лиц, которые могут участвовать в формировании микросоциальной среды, травмоопасной для данного ребенка: родители или лица их замещающие, ближайшие родственники (бабушки, дедушки), няни, педагоги. Из их числа выявляем тех, кому необходимо психологическое консультирование с целью профилактики детских повторных непреднамеренных травм.

Гиперпротекцией родители затрудняют становление самостоятельности ребенка, когда несоразмерно строго наказывают ребенка, дезориентируют его в системе оценок и критериев «хорошо/плохо». При слабом учете потребностей ребенка взрослые порождают ощущение дефицита на эмоциональное и другое принятие, формируют ослабленные внутренние ограничения.

Психологу-консультанту для работы может (зависит от задачи) потребоваться заключение специалиста, например, врача или педагога, или же иной уточняющий документ. Снять сомнения может помочь нейропсихолог, выполнив соответствующую диагностику. Синдромный нейропсихологический анализ даст основание сделать вывод о нарушении определенных анализаторных систем или их взаимодействия, или о наличии дисфункции мозговых систем, поставить топический диагноз, укажет направление, в котором следует вести коррекционную работу [1].

Диагноз «синдром дефицита внимания и гиперактивности» ставит только врач, как правило, невролог или психиатр; соответственно, направлять к нему, скорее всего, стоит для решения официальных и правовых задач.

Таким образом, в зависимости от результата 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.

По завершении анализа ситуации психолог гораздо точнее наметит мишени для интервенции, сформулирует задачи дальнейшей консультативной работы. Опираясь на результаты нашего эмпирического исследования, сформулируем возможные коррекционные задачи в отношении родителей. Необходимо предоставить им 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, помочь совершить осознанный поступок: планомерно вместе со специалистом выделить наиболее вероятные причины травмоопасного поведения детей в данных конкретных жизненных условиях, — понять, чем поможет специалист ребенку и чем может помочь ребенку сам родитель, предоставить возможность осознать необходимость и важность структурированности повседневной активности, например, дисциплинированности в мелких социальных ситуациях, проследить, чтоб у ребенка появилось достаточное количество правил, надежно защищающих его от крайностей в поведении, порождающих риски грубых ошибок и травматизации. Важно предоставить возможность родителям осознать необходимость договоренности с членами семьи об одинаковых и единообразных требованиях к ребенку, помочь осознать необходимость и очертить круг обязанностей ребенка, таких, которые позволили бы стабилизировать активность на оптимальном для конкретного ребенка уровне. Родителям необходимо оценить важность самостоятельности ребенка в принятии повседневных решений, когда цена ошибки невелика, и выполнении рутинных действий; осознать важность и необходимость душевной (в ряде случаев духовной) близости к ребенку.

Выводы и перспективы исследования

1. Показаны возможности предложенной модели факторов риска повторного детского травматизма для обследования с диагностическими и экспертными целями, а также для консультативной работы.

2. Эмпирически выявлены факторы повторного травматизма у детей в возрасте 5—10 лет: тревожность ребенка, чувство неполноценности, ощущение конфликтов в семье, гиперопека со стороны родителей, избыточные санкции за проступки ребенка, размытые обязанности,

делегированные взрослыми, противоречивые требования к ребенку. Причины травмоопасного поведения детей обнаруживаются не столько в самих детях, сколько в их воспитании, в отношениях родителей, в микросоциуме.

3. С опорой на результаты исследования были обсуждены следующие направления работы психолога-консультанта: определить признаки травмоопасного поведения у ребенка, степень рисков; оценить выраженность факторов, обуславливающих травмоопасное поведения ребенка; дифференцировать истинную и ложную гиперактивность; оценить необходимость вовлечения в работу смежных специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алипбаева С.Б., Бекболатова С.Р.* Методы диагностики синдрома гиперактивности с дефицитом внимания в условиях психолого-медико-педагогической консультации // Медицина. Психиатрия. 2013. Т. 8. С. 64—66.
2. *Баиндурашвили А.Г., Маревская Н.Н., Соловьева К.С.* Детский травматизм. Взгляд клинициста и страховщика // Педиатр. 2010. Т. 1. № 1. С. 96—180.
3. *Бернс Р.С., Кауфман Х.С.* Кинетический рисунок семьи. М.: Смысл, 2000. 160 с.
4. *Бороздина Л.В.* Теоретико-экспериментальное исследование самооценки: дисс. ... д-ра психол. наук. М.: МГУ, 1999. 23 с.
5. *Волков Б.С., Волкова Н.В.* Детская психология: От рождения до школы. СПб.: Питер, 2009. 240 с.
6. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма: резюме / Всемирная организация здравоохранения. Женева: ВОЗ, 2008. 39 с.
7. *Гулиева К.С.* Социальные факторы риска травматизма у детей // Материалы молодежного научного форума «Естественные и медицинские науки» (г. Оренбург, 2017 г.). Оренбург, 2017. С. 24—28.
8. Доклад о профилактике детского травматизма в Европе. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2009. 117 с.
9. *Дукаревич М.З.* Рисунок несуществующего животного // Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. М.: Изд-во Моск. гос. унт-та, 1990. 160 с.
10. *Ермакова Г.К.* Психолого-педагогическая характеристика детей, получивших травмы // Профилактика и лечение травм у детей. Л.: Ленингр. н.-и. дет. ортопед. ин-т. имени Г.И. Турнера, 1983. С. 57—63.
11. *Заваденко Н.Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учеб. пособие для вузов. М.: Юрайт, 2018. 274 с.
12. *Захарчук Е.В.* Психологические аспекты работы с травмоопасным поведением детей // Материалы междунар. науч. конф. «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» (г. Красноярск, 2016 г.). Красноярск: Изд-во КрасГМУ, 2016. Т. 1. С. 17—26.
13. *Лютова Е.К., Моница Г.Б.* Шпаргалка для родителей: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. СПб.: Речь, 2007. 136 с.

14. Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Бухтин К.М. Детская травматология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 256 с.
15. Музыченко Г.Ф. Проективная методика «Несуществующее животное». СПб.: Речь, 2013. 555 с.
16. Резапкина Г.В. Методика «Психологический портрет учителя» // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Психодиагностика в современном мире» (г. Екатеринбург, 25—26 мая 2012 г.). Екатеринбург: Рос. гос. проф. пед. ун-т, 2012. С. 112—129.
17. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. 448 с.
18. Рупление Ф.В. Детский травматизм в возрастном аспекте, его профилактика и роль общественности в борьбе с ним: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Рига, 1998 г. 420 с.
19. Ступницкая М.А. Травматизм у детей школьного возраста: причина и профилактика // Школа здоровья. 2001. № 4. 196 с.
20. Спиридонов А.В. Медико-социальная профилактика детского травматизма в крупном городе с учетом семьи (на примере города Казани): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Казань, 2007. 21 с.
21. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс диагностики «Лурия-90». М.: Общество «Знание», 1991. 48 с.
22. Соловьева К.С., Баиндурашвили А.Г., Залетина А.В. Травматизм и ортопедическая заболеваемость детей России в 2013 г. Организация специализированной помощи детскому населению // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2014. Т. 2. № 4. С. 3—7.
23. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2006. 352 с.
24. Эйдемиллер Э., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
25. Ablewhite J., Peel I., McDaid L., et al. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study // BMC Public Health. 2015. Vol. 15. P. 280. DOI: 10.1186/s12889-015-1547-2
26. Andrejeva J., Kasradze M., Mockiene A., et al. The Impact of TRX Suspension Training on Patient's Balance, Coordination and Quality of Life after Traumatic Brain Injury // Georgian Med News. 2020. № 298. P. 119—122.
27. Ayaz A.B., Ayaz M., Şentürk E., et al. Factors related with unintentional injuries in children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder // International Journal of Injury Control and Safety Promotion. 2016. Vol. 23 (1). P. 93—98. DOI: 10.1080/17457300.2014.969279
28. Azar S.T., Miller E.A., Stevenson M.T., et al. 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 // Journal of Pediatric Psychology. 2017. № 42(7). P.759—767. DOI: 10.1093/jpepsy/jsw067
29. Zakharchuk E., Dotsenko E., Khvesko T., et al. Neuropsychological and/or psychological factors traumatic behavior of children under the age of 10 years //

International journal of psychology: a biopsychosocial approach. 2020. № 23. DOI: <https://doi.org/10.7220/2345-024X.23>

30. *Morrongiello B.A., Matheis S.* Understanding Children's Injury-risk Behaviors: The Independent Contributions of Cognitions and Emotions // *Journal of Pediatric Psychology*. 2007. Vol. 32(8). P. 926—937. DOI:10.1093/jpepsy/jsm027
31. *Ordonana J. R., Caspi A., Moffitt T. E.* Unintentional Injuries in a Twin Study of Preschool Children: Environmental, Not Genetic, Risk Factors // *Journal of Pediatric Psychology*. 2008. Vol. 33(2). P. 185—94. DOI:10.1093/jpepsy/jsm041
32. *Ponsford J.L., Draper K., Schönberger M.* Functional outcome 10 years after traumatic brain injury: Its relationship with demographic, injury severity, and cognitive and emotional status // *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2008. № 14. P. 233—242.
33. *Ruiz-Goikoetxea M., Cortese S., Aznarez-Sanado M., et al.* Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2018. Vol. 84. P. 63—71. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.007
34. *Shi X., Shi J., Wheeler K.K., et al.* Unintentional injuries in children with disabilities: a systematic review and meta-analysis // *Inj. Epidemiol.* 2015. Vol. 2(1). P. 21. DOI:10.1186/s40621-015-0053-4
35. *Schnitzer P.G., Dowd D., Kruse R.L., et al.* Supervision and risk of unintentional injury in young children // *Injury prevention*. 2015. Vol. 21. P. 63—70. DOI: 10.1136/injuryprev-2013-041128

REFERENCES

1. Alipbaeva S.B., Bekbolatova S.R. Metody diagnostiki sindroma giperaktivnosti s deficitom vnimanija v uslovijah psihologo-mediko-pedagogicheskoj konsul'tacii [Methods for the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in the context of psychological, medical and pedagogical consultation]. *Medicina. Psihijatrija [Medicine Psychiatry]*, 2013, № 8, pp. 64—66.
2. Baidurashvili A.G., Marevskaja N.N., Solov'eva K.S. Detskij travmatizm. Vzgljad klinicista i strahovshhika [Children's injuries. View of the clinician and insurer]. *Pediatr [Pediatrician]*, 2010, Vol. 1(1), pp. 96—180.
3. Berns R.S., Kaufman H.S. Kineticheskij risunok sem'I [Kinetic family drawing]. Moscow: Smysl, 2000. 160 p.
4. Borozdina L.V. Teoretiko-jeksperimental'noe issledovanie samoocenki [Theoretical and experimental research of self-esteem]: dis. ... dokt. psihol. nauk. Moscow: MGU, 1999. 23 p.
5. Volkov B.S., Volkova N.V. Detskaja psihologija: Ot rozhdenija do shkoly [child psychology: From birth to school]. Sankt-Peterburg: Piter, 2009. 240 p.
6. Vsemirnyj doklad o profilaktike detskogo travmatizma: rezjume [World Report on Child Injury Prevention: summary]. Vsemirnaja organizacija zdravoohranjenija [World Health Organization]. Zheneva: VOZ, 2008. 39 p.
7. Gulieva K.S. Social'nye faktory riska travmatizma u detej [Children injuries and Social risk factors]. *Materialy molodezhnogo nauchnogo foruma «Estestvennye i medicinskie nauki» [Materials of the Youth scientific forum "Natural and Medical Sciences"]* (Orenburg, 2017). Pp. 24—28.

8. Doklad o profilaktike detskogo travmatizma v Evropie [Report on the prevention of childhood injuries in Europe] Kopenhagen: ERB VOZ, 2009. 117 p.
9. Dukarevich M.Z. Risunok nesushhestvujushhego zhivotnogo [Drawing of a non-existent animal]. *Praktikum po psihodiagnostike. Psihodiagnostika motivacii i samoreguljacii* [Practicum on psychodiagnostics. Psychodiagnostics of motivation and self-regulation]. M.: Publ. Moscow. gos. unt-ta [Moscow state university], 1990. 160 p.
10. Ermakova G.K. Psihologo-pedagogicheskaja harakteristika detej, poluchivshih travmy. Profilaktika i lechenie travm u detej [Prevention and treatment of injuries for children]. Leningrad.: Leningr. n. — i. det. ortoped. in-t. im. G.I.Turnera [Federal Government Budgetary Institution G. Turner National Medical Research Center for Pediatric Orthopedics and Trauma Surgery of the Ministry of Health of the Russian Federation], 1983, pp. 57—63.
11. Zavadenko N.N. Giperaktivnost' i deficit vnimanija v detskom vozraste [Hyperactivity and attention deficit in childhood]: Uchebnoe posobie dlja vuzov [study guide for universities]. Moscow.: Publ. Jurajt, 2018. 274 p.
12. Zaharchuk E.V. Psihologicheskie aspekty raboty s travmoopasnym povedeniem dete [Human psychological health: a vital resource and life potential]. *Materialy mezhdunar. nauch. konf. «Psihologicheskoe zdorov'e cheloveka: zhiznennyj resurs i zhiznennyj potencial»* [Materials of the conference “Human psychological health: life resource and life potential”](gKrasnojarsk, 2016). Publ. KrasGMU, 2016, pp.17—26.
13. Ljutova E.K., Monina G.B. Shpargalka dlja roditel'ej: Psihokorrekcionnaja rabota s giperaktivnymi, agressivnymi, trevozhnymi i autichnymi det'mi [Crib for parents. Psychocorrectional work with hyperactive, aggressive, anxious people] SPb.: Rech', 2007. 136 p.
14. Merkulov V.N., Dorohin A.I., Buhtin K.M Detskaja travmatologija [Pediatric traumatology] Moskva: GJeOTAR — Media, 2019. 256 p.
15. Muzychenko G.F. Proektivnaja metodika «Nesushhestvujushhee zhivotnoe» [Non-existent animal]. SPb.: Rech', 2013. 555 p.
16. Rezapkina G.V. Metodika «Psihologicheskij portret uchitel'ja. [Psychological portrait of the teacher: the experience of self-diagnosis], *Materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoi konferencii «Psihodiagnostika v sovremennom mire»* [Materials of the conference “Psychodiagnostics in the modern world”] (g. Ekaterinburg: 25-26 maja 2012 g.) Ekaterinburg: Ros. gos. prof. — ped. un-t, 2012, pp. 112—129.
17. Rubinshtejn S.Ja. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii [Experimental methods of pathopsychology and experience them application] M.: ZAO Izd-vo JeKSMO-Press, 1999. 448 p.
18. Ruplenie F.V. Detskij travmatizm v vozrastnom aspekte, ego profilaktika i rol' obshhestvennosti v bor'be s nim [Child injury in the age aspect, its prevention and the role of the public in the fight against it]: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Riga, 1998. 420 p.
19. Stupnickaja M.A. Travmatizm u detej shkol'nogo vozrasta: prichina i profilaktika [Injuries in school-age children: cause and prevention]. *Shkola zdorov'ja* [health school]. 2001. № 4. 196 p.
20. Spiridonov A.V. Mediko-social'naja profilaktika detskogo travmatizma v krupnom gorode s uchetom sem'i (na primere goroda Kazani) [Child injuries a priority medical and social problem].: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Kazan', 2007. 21 p.

21. Simernickaja Je.G. Nejropsihologicheskaja metodika jekspress diagnostiki “Lurija — 90” [Neuropsychological technique of express diagnostics “Luria-90”]. M.: Obshhestvo «Znanie», 1991. 48 p.
22. Solov’eva K.S., Baidurashvili A.G., Zaletina A.V. Travmatizm i ortopedicheskaja zabolevaemost’ detej Rossii v 2013 g. Organizacija specializirovannoj pomoshhi detskomu naseleniju. *Ortopediya, travmatologija i vosstanovitel’naja hirurgija detskogo vozrasta*, 2014, vol. 2 (4), pp. 3—7.
23. Jejdemiller Je.G., Dobrjakov I.V., Nikol’skaja I.M. Semejnij diaгноз i semejnaja psihoterapija [Family diagnosis and family psychotherapy]: Uchebnoe posobie dlja vrachej i psihologov [training manual for doctors and psychologists]. SPb.: Rech’, 2006. 352 p.
24. Jejdemiller Je., Justickis B. Psihologija i psihoterapija sem’i [Psychology and psychotherapy of the family]. Sankt-Peterburg: Piter, 2008. 672 p.
25. Ablewhite J., Peel I., McDaid L., et al. Kendrick D. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. *BMC Public Health*, 2015. Vol.15, p. 280. DOI: 10.1186 / s12889-015-1547-2
26. Andrejeva J., Kasradze M., Mockiene A., et al. The Impact of TRX Suspension Training on Patient’s Balance, Coordination and Quality of Life after Traumatic Brain Injury. *Georgian Med News*, 2020, № 298, pp. 119—122
27. Ayaz A.B., Ayaz M., Şentürk E., et al. Factors related with unintentional injuries in children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 2016, vol. 23 (1), pp. 93—98. DOI: 10.1080/17457300.2014.969279
28. Azar S.T., Miller E.A., Stevenson M.T., et al. 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. *Journal of Pediatric Psychology*, 2017, vol. 42(7), pp. 759—767. DOI: 10.1093/jpepsy/jsw067
29. Zakharchuk E., Dotsenko E., Khvesko T., et al. Neuropsychological and/or psychological factors traumatic behavior of children under the age of 10 years . *International journal of psychology: a biopsychosocial approach*, 2020, № 23. DOI: <https://doi.org/10.7220/2345-024X.23>
30. Morrongiello B.A., Matheis S. Understanding Children’s Injury-risk Behaviors: The Independent Contributions of Cognitions and Emotions. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, vol. 32(8), pp. 926—937. DOI:10.1093/jpepsy/jsm027
31. Ordonana J.R., Caspi A., Moffitt T.E. Unintentional Injuries in a Twin Study of Preschool Children: Environmental, Not Genetic, Risk Factors. *Journal of Pediatric Psychology*, 2008, vol. 33 (2), pp.185—194. DOI:10.1093/jpepsy/jsm041
32. Ponsford J.L., Draper K., Schönberger M. Functional outcome 10 years after traumatic brain injury: Its relationship with demographic, injury severity, and cognitive and emotional status. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2008, № 14, pp. 233—242.
33. Ruiz-Goikoetxea M., Cortese S., Aznarez-Sanado M., et al. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2018, vol. 84, pp. 63—71. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.007

34. Shi X., Shi J., Wheeler K.K., et al. Unintentional injuries in children with disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Inj. Epidemiol*, 2015, vol. 2(1), p. 21. DOI:10.1186/s40621-015-0053-4
35. Schnitzer P.G., Dowd D., Kruse R.L., et al. Supervision and risk of unintentional injury in young children. *Injury prevention*, 2015, vol.21, pp. 63—70. DOI: 10.1136/injuryprev-2013-041128

Информация об авторах

Захарчук Екатерина Владимировна, ассистент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии, ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»; аспирант института психологии и педагогики, ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет»; врач-нейрохирург, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», Тюмень, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1317-5219>, e-mail: katgor@yandex.ru

Доценко Евгений Леонидович, доктор психологических наук, профессор кафедры общей и социальной психологии, ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет», Тюмень, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9651-0555>, e-mail: dotsenko_e@bk.ru

Гаиров Саиди Саит-Хусейнович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии, ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»; врач нейрохирург, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», Тюмень, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-555-555> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5554-4588>, e-mail: s-stavros@mail.ru

Information about the authors

Ekaterina V. Zakharchuk, assistant, Tyumen State Medical University, postgraduate, University of Tyumen, neurosurgeon, Regional State Hospital № 2, Tyumen, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1317-5219>, e-mail: katgor@yandex.ru

Evgenii L. Dotsenko, PhD (Psychology), Professor, University of Tyumen, Tyumen, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9651-0555>, e-mail: dotsenko_e@bk.ru

Saidi S. Gaibov, PhD (Medicine), assistant Professor, Tyumen State Medical University, neurosurgeon Regional State Hospital № 2, Tyumen, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-555-555> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5554-4588>, e-mail: s-stavros@mail.ru

Получена 13.05.2020

Received 13.05.2020

Принята в печать 31.10.2021

Accepted 31.10.2021