

## Обеспечение эффективного уровня сотрудничества у детей дошкольного возраста во время стоматологического лечения

ФАЛЬКО Е.Н.

аспирант кафедры детской терапевтической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

СИРОТА Н.А.

д.м.н., проф., зав.кафедрой клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

ЕЛИЗАРОВА В.М.

засл. врач РФ, д.м.н., проф. кафедры детской терапевтической стоматологии

*Страх перед посещением врача-стоматолога присущ как детям, так и взрослым. Чаще всего сами родители, не подозревая об этом, провоцируют возникновение тревоги и страха у собственного ребёнка и способствуют его укоренению. Пытаясь помочь ребёнку построить отношения с врачом-стоматологом, родители совершают ошибки, вмешиваясь в беседу, нарушая построение диалога «врач — маленький пациент». В исследовании разработаны метод психологической подготовки ребёнка (игроуклотерапия); методы поддержания эффективного уровня сотрудничества ребёнка на стоматологическом приёме, исследованы типы поведения родителей и их психологическая подготовка к сопровождению ребёнка во время стоматологического лечения.*

**Ключевые слова:** психологическая подготовка ребёнка, психологический тест «Паровозик», типы поведения родителей, методики поддержания эффективного уровня сотрудничества детей и родителей.

### Введение

Чувство страха присуще людям любого возраста. Эмоция страха, как таковая, возникает в ответ на воздействие угрожающего стимула. Понимание опасности, её осознание формируется в процессе жизненного опыта и межличностных отношений, когда некоторые безличностные для ребёнка раздражители постепенно приобретают характер угрожающих воздействий [1, 5].

Поход к врачу, а особенно к такому специфическому, как стоматолог, — это огромный стресс для ребенка. Некоторые манипуляции в полости рта могут сопровождаться неприятными, зачастую болезненными ощущениями. Осмотр и лечение у врача стоматолога у большинства детей дошкольного возраста вызывают напряжение и страх [2, 4, 6, 7, 10, 11]. Поэтому первоочередная задача детского врача-стоматолога — обеспечить психологическую подготовку и поддержку ребёнку во время стоматологического приёма. Однако на сегодняшний день нет рекомендаций, как помочь ребёнку дошкольного возраста справиться со стоматофобией.

Общение с родителями и ребёнком является важным способом сбора фактов в процессе личного общения. Вовлекая ребёнка в беседу, стоматолог не только узнаёт пациента, но может помочь его релаксации. Кроме того, это дополнительная возможность наблюдать взаимоотношения между родителем и ребёнком. Зачастую врач сталкивается с ситуацией, когда родители, пытаясь помочь построению взаимоотношений ребёнка с врачом,

нарушают едва сложившийся рапорт врача и ребёнка, проявляют чрезмерную опеку, либо упоминают предыдущий негативный опыт общения со стоматологом, тем самым затрудняя общение врача с ребёнком.

Согласно Джайнотту Х. [3], общение родителей с детьми должно базироваться на трех основных принципах:

- первый — во всех ситуациях родители должны стремиться поддерживать позитивный образ «Я» у ребёнка;
- второй — следует говорить о ситуации, поступке ребёнка, избегая личностных негативных оценочных суждений. Высказывания взрослого не должны содержать диагноза и прогноза дальнейшей судьбы ребёнка;
- третий — взрослый в общении всегда должен выступать инициатором предложения сотрудничества. Это предложение не должно исчерпываться прямым указанием на соответствующий способ действия, а должно раскрывать перед ребёнком возможности самостоятельного разрешения проблемной ситуации.

В последнее время детей к стоматологу приводят чаще матери, чем отцы, по этой причине большое внимание исследователей привлекает влияние материнских страхов на поведение ребёнка. Найдена тесная связь между поведением детей в возрасте от 3 до 7 лет при первом посещении стоматолога и материнской тревогой [8, 9]. Однако на сегодняшний день нет рекомендаций, каким образом повлиять на поведение родителей, и в частности матерей, во время стоматологического приёма.

**Цель исследования**

Обеспечение помощи родителям в подготовке детей дошкольного возраста к стоматологическому приёму, а также поиск основных техник поддержания эффективного уровня сотрудничества детей во время стоматологического лечения.

**Материалы и методы**

На базе поликлиники кафедры детской терапевтической стоматологии и клиники «Дентал Фантази» (г. Москва) нами проведено обследование 100 семей (родителей и детей), которые обратились за стоматологической помощью с детьми в возрасте от 3,5 до 6,5 лет. В этом возрастном периоде основной вид деятельности — сюжетно-ролевая игра.

Уровень сотрудничества ребёнка до лечения и во время лечения определялся по системе Сарнат (Sarnat Н., 1972), согласно которой:

1 балл — активное сотрудничество (ребёнок улыбается, делится информацией, инициирует легкое общение, дает позитивные ответы);

2 балла — пассивное сотрудничество (покорность, спокойствие),

3 балла — нейтральное поведение (ребёнок нуждается в убеждении, следует указаниям под давлением, немного плачет);

4 балла — протестное поведение (выражает протест, мешает работе, хватает врача за руки, не расслабляется, сидит и стоит попеременно);

5 баллов — совершенно некооперативное (полное отсутствие сотрудничества — кричит, отказывается сесть в кресло или войти в кабинет).

При оценке от 1 до 3 баллов по системе Sarnat после проведения адаптационных мероприятий при-

нималось решение начать лечение. При оценке 3, 4, 5 баллов требовалась предварительная психологическая подготовка ребёнка к лечению.

Оценку психоэмоционального состояния выполняли с помощью теста, предложенного М.Люшером (модификация для детей от 2,5 лет тест «Паровозик»). Использовался набор из 8 цветных квадратов (вагончиков). Основными цветами считаются синий, зеленый, красный, желтый, а дополнительными — фиолетовый, коричневый, черный и серый (нулевой). Обследуемому ребёнку предоставлялись все цветные квадраты на белом фоне с предложением выбрать один наиболее понравившийся, приятный. Необходимо было, чтобы ребёнок удерживал все вагончики в поле зрения. В зависимости от того, на какую позицию ребёнок поставил вагончики, ставится определённый балл и в итоге подсчитывается их количество. При нормальном психофизиологическом состоянии испытуемого основные цвета должны находиться на 1—5 местах, а дополнительные — занимать последние позиции. Показатели, определяемые по методике «Паровозик»: менее 3 баллов — позитивное состояние; 4—6 баллов — негативное психическое состояние низкой степени; 7—9 баллов — негативное состояние средней степени; больше 9 баллов — негативное состояние высокой степени.

Оценку поведения родителей проводили по разработанной нами методике. Согласно оценочной шкале, типы поведения родителей распределяются следующим образом:

- 1-й тип поведения: *родитель, отбирающий у ребёнка инициативу*. Сопровождающий ребёнка родитель отвечает вместо ребёнка, не даёт ребёнку отвечать самому, иногда обманывает ребёнка словами «тебе ничего делать не будут», во время рассказа врача вмешивается, перебивает, пытается донести ту же информацию своими словами;

Таблица 1

**Сравнительный анализ объема выполненного лечения у детей при первом посещении в зависимости от типа поведения родителей**

Тип поведения родителей		1	2	3	4	5	6
Количество человек		25	18	17	16	16	7
Адаптация к лечению	n	20	6	8	3	3	0
	%	80	31,58	47,06	18,75	18,75	—
Выполненное лечение	n	5	13	9	13	13	7
	%	20	68,42	52,94	81,25	81,25	100

- 2-й тип поведения: *родитель, обеспечивающий чрезмерную опеку ребёнку*. Сопровождающий ребёнка родитель (в большинстве случаев мама), жалеет его, повторяют «не больно, не страшно». Иногда родители информируют ребёнка: «Тебе сделают укол!»;

- 3-й тип поведения: *родитель, торгующийся с ребёнком*. Родитель пытается договориться с ребёнком, торгуясь, обещая поощрение, дорогой подарок; не слушая объяснения врача, по-своему интерпретирует слова врача, иногда меняя и заметно искажая смысл слов, сказанных врачом;

- 4-й тип поведения: *молчаливый наблюдатель*. Родитель ничего не говорит, не вмешивается в разговор, не комментирует слова своего ребёнка, наблюдает за тем, как происходит общение врача с ребёнком;

- 5-й тип поведения: *родитель, обеспечивающий поддержку ребёнку*. Родитель доверяет врачу, передаёт ему инициативу; повторяет ребёнку: «Ты молодец!», игнорирует плохое поведение ребёнка, кратковременный плач, капризы, поддерживает ребёнка словами: «Ты герой, ты справишься!»;

- 6-й тип поведения: *родитель, полностью доверяющий врачу*. Родитель покидает кабинет врача сразу после согласования плана лечения.

Нами создан видеоматериал для родителей, способствующий повышению коммуникации ребёнка с врачом, который включал в себя презентацию этапов стоматологического лечения различных нозологических форм, использованы принципы «от простого к сложному», «говорю, показываю, делаю». Работа осуществлялась врачом и медицинской сестрой «в 4 руки». Передача инструментов, которые могли бы вызывать тревогу и беспокойство ребёнка, осуществлялась вне поля зрения ребёнка.

Для психологической подготовки ребёнка применялся метод игрокуклотерапии. Игрокуклотерапия выполнялась с использованием пластмассовой куклы Doctor Drill'n fill фирмы «Play Doh» с набором пласт-

массовых стоматологических инструментов. Врач с ребёнком могли в игровой форме провести осмотр полости рта куклы, чистку зубов, а также механическую обработку кариозной полости зуба и восстановить зуб пластилиновой пломбой.

### Результаты исследования

При оценке психоэмоционального состояния как *позитивное* или *негативное* *низкой степени* принималось решение о начале лечения. В случае оценки психического состояния как *негативное* *средней* или *высокой степени* принималось решение о необходимости предварительной психологической подготовки ребёнка к предстоящему стоматологическому лечению посредством игрокуклотерапии. Если после 1-й игры с куклой ребёнок был согласен сесть в стоматологическое кресло, врач выполнял осмотр и, по возможности, гигиену полости рта. Если уровень коммуникации ребёнка после 1-й игрокуклотерапии оставался низким, врач принимал решение о необходимости повторной психологической подготовки через 1—2 недели.

Последовательность действий выстраивалась следующим образом:

- 1) *знакомство* врача и медицинской сестры с ребёнком, беседа; демонстрация стоматологических инструментов и работы оборудования;

- 2) *осмотр* полости рта, оценка состояния гигиены, определение уровня кариеса по индексу «кпу» (у детей 3—5 лет) и «кпу+КП» (у детей 6 лет);

- 3) профессиональная гигиена полости рта или адаптационная чистка зубов;

- 4) *лечение* кариеса зубов по принципу «от простого к сложному».

Знакомство, осмотр полости рта и гигиена полости рта оценивались как адаптация к предстоящему лечению. По результатам восприятия ребёнком этих



Рис. 1. 1-й тип поведения: родитель, отбирающий у ребёнка инициативу; оценка объёма выполненного лечения у детей в первое посещение.

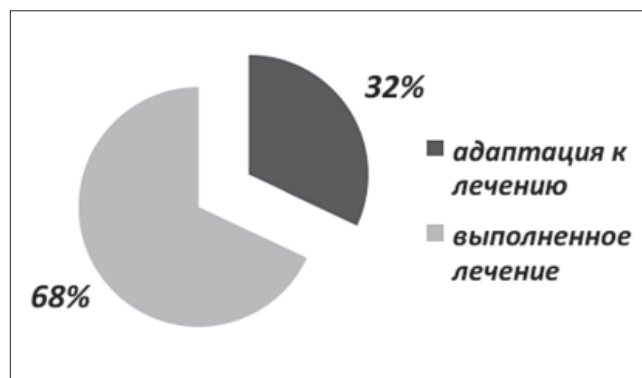


Рис. 2. 2-й тип поведения: родитель, обеспечивающий чрезмерную опеку ребёнку; оценка объёма выполненного лечения у детей в первое посещение.

действий определялась готовность ребёнка пройти лечение в первое посещение.

Результаты первой встречи с врачом-стоматологом детским и объём проведённого лечения представлены в табл. 1.

Нами было выявлено, что часто родители, стремясь помочь врачу в построении контакта с ребёнком, готовы отвечать на вопросы вместо ребёнка (*родитель, отбирающий инициативу у ребёнка*). К сожалению, подобные действия родителей ограничивают возможность врача завоевать доверие ребёнка, и в 80% случаев первая встреча ограничивалась знакомством с кабинетом и инструментами, осмотром или адаптационной гигиеной полости рта (рис. 1). В некоторых случаях даже осмотр вызывал у детей неприятие и сопротивление.

Было выявлено, что у родителей с 1-м типом поведения (25 чел.) только 5 детей позволили врачу в первый визит провести лечение, четырём детям был вылечен кариес и одному ребёнку — пульпит.

У родителей, чьё поведение было отнесено ко 2-му типу (*родитель, обеспечивающий чрезмерную опеку ребёнку*), дети согласились в первое посещение пройти лечение в 68,42% случаев (рис. 2).

У родителей, которые во время беседы врача с ребёнком пытались перебить врача, предлагая ребёнку поощрение (*торгующийся родитель*), только в 52,94% случаев врачу удалось провести лечение в первое посещение (рис. 3).

Напротив, если родители не вмешивались в беседу врача с ребёнком (*молчаливый наблюдатель*), готовы были поддержать ребёнка в сложный момент принятия решения, игнорировали плохое поведение ребёнка и подбадривали во время проведения стоматологических манипуляций (*родитель, обеспечивающий поддержку ребёнку*), процент успешного сотрудничества был значительно выше. В 4-й и 5-й группах дети согласились на лечение в 81,25% случаев (рис. 4).

В тех случаях, когда родители покидали кабинет сразу после согласования плана лечения, тем самым демонстрируя доверие врачу и подчёркивая его авторитет, все дети были согласны пройти лечение в первое посещение.

Очевидно, что модели поведения родителей, отбирающих инициативу у детей, обеспечивающих чрезмерную опеку, не способствуют построению коммуникации между врачом и ребёнком. Такое поведение родителей, возможно, вытекает из стремления помочь врачу быстрее вникнуть в проблему и суть вопроса, а ребёнку — чувствовать себя защищённым. Перед врачом возникает задача — донести до родителей необходимость говорить правду, отойти в сторону и предоставить ребёнку возможность самостоятельного общения, оставить за ним право проявить слабость в трудный момент, вселить в него уверенность и волю к победе, готовность побеждать собственные страхи. Кроме того, родителям следует продемонстрировать доверие к врачу, которого они выбрали.

В процессе подготовки родителей к предстоящему лечению, указывая на ошибки, врачу следует быть максимально тактичным по отношению к их чувствам. Врач может использовать язык принятия, технику активного слушания, т.е. «возвращать» собеседнику в беседе то, что он поведал, при этом обозначив его чувство (Гипшенрейтер Ю.Б., 2006). Это позволяет управлять эмоциональной стороной беседы. Отражая чувства, выражая сопереживание, врач должен быть конгруэнтным. Конгруэнтность описания чувств родителя позволяет создать отношения теплоты между врачом и родителем.

Пример: «Я понимаю Ваши чувства, Вы очень взволнованы, хотите помочь, вспоминаете себя на месте ребёнка, когда Вас водили к стоматологу. Это и страшно, и в некоторые моменты бывает даже больно! Вы опасаетесь, что Ваш ребёнок не сможет пройти процедуру лечения до конца. Но я готов сделать всё возможное, чтобы Ваш ребёнок чувствовал себя комфортно».

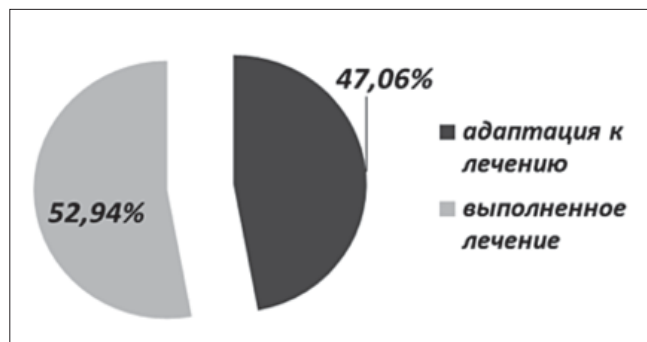


Рис. 3. 3-й тип поведения: родитель, торгующийся с ребёнком; оценка объёма выполненного лечения у детей в первое посещение.

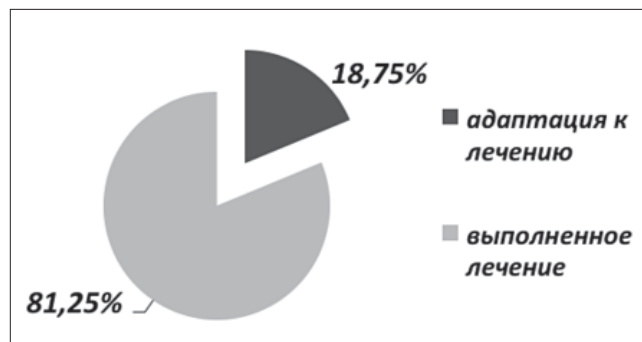


Рис. 4. 4-й тип поведения: молчаливый наблюдатель; 5-й тип поведения: родитель, обеспечивающий поддержку ребёнку; оценка объёма выполненного лечения у детей в первое посещение.

Следует использовать «Я-сообщения» вместо «Ты-сообщений». «Я-сообщения» являются более эффективным способом в плане влияния на сложившуюся проблему. В то же время они сохраняют благоприятные взаимоотношения между собеседниками. «Я-обращение» описывает ситуацию и то, каким образом она должна быть изменена. В своей речи врач может использовать метафоры.

Метафоры — это способ описания ситуации с помощью образов, сравнений, помогающие через картинку увидеть новые смыслы. Метафора помогает эмоционально окрасить речь, делает мысль врача доступной для мышления родителя.

*Примеры*

1. «Доверие ребёнка — как воздушный шар — наполняется объёмом постепенно и со временем растёт. Однако лопнуть этот шар может в один миг, если совершить неосторожное движение. Я не хочу обманывать Вашего ребёнка, его доверие стоит дорого».

2. «Распутывать проблему будет легко — изменения будут нарастать, как снежный ком».

С родителями, чьё поведение было отнесено к 1-, 2- и 3-му типам, была проведена беседа с целью психологической подготовки к дальнейшему сотрудничеству и осуществлению стоматологического лечения.

Таблица 2

Оценка результатов лечения детей в зависимости от типов поведения родителей

№ визита	Результаты (%)	Тип поведения родителей					
		1	2	3	4	5	6
1 посещение	Несостоявшееся лечение	80	31,57	47,05	18,75	18,75	0
	Состоявшееся лечение	20	68,42	52,94	81,25	81,25	100
	Санитарованы	0	0	0	0	0	0
2 посещение	Несостоявшееся лечение	44	10,52	11,76	12,5	0	0
	Состоявшееся лечение	56	89,47	88,24	87,5	100	100
	Санитарованы	4	21,05	0	35,29	25	14,29
3 посещение	Несостоявшееся лечение	8	5,26	0	0	6,25	0
	Состоявшееся лечение	76	57,89	100	62,5	68,75	85,71
	Санитарованы	8	36,84	35,29	25	50	85,71
4 посещение	Несостоявшееся лечение	12	5,26	5,88	0	0	
	Состоявшееся лечение	56	36,84	64,70	35,29	25	
	Санитарованы	28	36,84	47,05	18,75	12,5	
5 посещение	Несостоявшееся лечение	4	0	5,88	0	0	
	Состоявшееся лечение	24	5,26	11,76	18,75	12,5	
	Санитарованы	8	5,26	11,76	6,25	12,5	
6 посещение	Несостоявшееся лечение	0		0	0		
	Состоявшееся лечение	12		5,88	12,5		
	Санитарованы	12		5,88	12,5		
Направление на санацию в условиях общего обезболивания		36	5,26		0	0	0

*Пример психологической подготовки для родителей.*

«Мы с вами осознаем, что вашему ребёнку требуется помощь, наш маленький пациент этого пока недопонимает. Сегодня он всячески останавливал мои действия и пытался переключить моё внимание с полости рта на внешние объекты. Ему требуется время, чтобы познакомиться с нами, довериться нам. Я знаю, что Вы верите в него, в его способности, даже когда вслух выражаете сомнения. Ваше настроение передаётся ребёнку. Я хочу попросить вас подумать о том, какие личные качества ему следовало бы усилить, для того, чтобы в следующий раз он разрешил мне выполнить лечение зубов. Может быть, это смелость, усидчивость, или терпение? Я попрошу Вас сосредоточить своё внимание на этих качествах. В течение недели (или 2 недель) повторяйте ребёнку, что он смелый, терпеливый; чаще хвалите ребёнка, чтобы укрепить его веру в себя. Представьте необходимое ребёнку личностное качество в виде какого-нибудь *мыслеобраза*, например облака или покрывала, которое окутывает ребенка, или, может быть, энергетического потока, который Вы можете передать ребёнку, чтобы укрепить и усилить его личностные качества. Если верить в возможности ребёнка, демонстрировать ему веру в него, ему легче будет добиваться успеха в новых испытаниях».

Детям также требовалась психологическая поддержка во время стоматологического лечения.

*Пример психологической поддержки ребёнка с выраженной стоматофобией.*

«Внутри каждого из нас есть такие двери с личными качествами, например есть дверь, на которой надпись: ДОБРОТА. Когда ты встречаешь маленького котёнка, который мяукает и просит поесть, тебе хочется его погладить, пожалеть и дать ему молочка. Есть дверь с названием МУЖЕСТВО. Когда ты смотришь фильм или мультфильм, где главный герой борется с врагом, тебе хочется оказаться рядом с героем, поделиться с ним МУЖЕСТВОМ и помочь ему в сражении. А есть ещё у каждого из нас дверь с надписью СМЕЛОСТЬ. Если её открыть, то можно почувствовать, как в руках и ногах появляется сила, уверенность в победе. У каждого из нас в жизни появлялась необходимость приоткрыть дверь и призвать на помощь СМЕЛОСТЬ. Например, все малыши, когда рождаются, не умеют ходить. Им нужна смелость, чтобы из положения лёжа встать на ножки, попробовать сделать первые шаги, держа маму или папу за руку, а через некоторое время сделать несколько шагов самостоятельно. А ведь им, порой, бывает страшно: «Как бы ни упасть?!» Но все дети рано или поздно научились ходить самостоятельно! Наверняка у тебя были в жизни ситу-

ации, когда нужна СМЕЛОСТЬ, чтобы забраться на самую высокую ступеньку лесенки (для ребёнка 3—4 лет), или попробовать плавать без поддержки мамы или папы и даже без жилета и надувных жилетов (для ребёнка 5—7 лет). Я хочу раскрыть тебе один секрет: дверь с надписью СМЕЛОСТЬ не одна, их много. Если никак не получается сделать важный шаг, надо открыть одну дверь с надписью СМЕЛОСТЬ, войти в эту комнату, а там будет ещё одна такая же дверь, тоже с надписью СМЕЛОСТЬ, это дополнительная СМЕЛОСТЬ, она умножает твою силу и решимость. А за второй дверью есть ещё и третья, и за ней ещё и ещё! Смелости всегда ровно столько, сколько тебе нужно. И у взрослых часто бывает необходимость использовать дополнительную решимость и смелость, только не все об этом помнят, когда уже всё получилось. Интересно, а ты заметил, что, пока мы с тобой беседуем, твоя СМЕЛОСТЬ чуть-чуть подросла, окрепла!»

После выполнения врачом психологической подготовки родителя и ребёнка, а также проведения Игрокуклотерапии для ребёнка назначалась повторная встреча через 1-2 недели.

Оценка эмоционального состояния детей с помощью цветового теста «Паровозик», выполненная до первой встречи с врачом, после первой встречи, а также после проведения игрокуклотерапии, выявила значительное увеличение числа позитивно настроенных детей (4 до 43% детей). Согласно проведённой оценке уровня сотрудничества по системе Sarnat, отмечалась положительная динамика изменения отношения к стоматологическому вмешательству у детей всех возрастных групп (показатель 2,80 снизился до 1,76).

Динамика изменения отношения детей к стоматологическому лечению после проведения психологической подготовки родителей и игрокуклотерапии у детей представлена в табл. 2.

В группе 1 после психологической подготовки во 2-е посещение только 44% детей нуждались в дальнейшей адаптации к лечению, к 3-му визиту большинство детей уже было готово пройти лечение. Все дети 1-й группы были санированы к 6-му посещению. Во 2-й и 3-й группах дети также демонстрировали доверие врачу, и большинство позволило врачу провести лечение. Санация была выполнена за 5 и 6 посещений соответственно. В 4-й и 5-й группах процент воздержания от стоматологического лечения в последующие визиты был наименьшим. В 6-й группе все дети позволили врачу выполнить планируемое лечение в максимальном объёме, для полной санации потребовалось только 3 посещения. У 9 детей (36%) из 1-й группы и 1 ребёнка (5,26%) из 2-й группы после многосеансной психологиче-

ской подготовки сохранялось негативное отношение к стоматологическому лечению, поэтому эти дети были направлены на санацию в условиях общего обезболивания.

### Выводы

1. Поведение родителей во время первого визита к детскому врачу-стоматологу имеет решающее значение в построении диалога «врач—маленький пациент».
2. Использование психологической подготовки родителей к предстоящему стоматологическому лечению детей и игрокуклотерапии для детей позволяет существенно повлиять на эмоциональное состояние детей и уровень их сотрудничества с врачом.

### Список литературы

1. Арефьева Т.А., Галкина Н.И. Преодоление страхов у детей. — М., 2009.
2. Выгорко В.Ф. Психоэмоциональная коррекция поведенческой реакции у детей при санации зубов: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001.
3. Джайнотт Х. Родители и дети // Знание. — 1986. — №4.
4. Жукова Л.В. Оценка поведения детей младшего школьного возраста на приеме у стоматолога с использованием малого теста Люшера и стандартизированной шкалы оценки поведенческих реакций // Впервые в медицине. — 1995. — №1.
5. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. — 2000.
6. Киселева Е.Г. Формирование долгосрочных взаимоотношений стоматологов с детьми и родителями для профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Автореферат дис. ... докт. мед. наук. — М., 2006.
7. Сосульникова Е.А. Особенности синдрома эмоционального выгорания детских врачей — стоматологов: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010.
8. America L., Crego A., Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear / Int J Peadiatr Dent. — 2012. — Sept. — №5.
9. Folayan M.O., Adekoya-Sofowora C.A., D. Otuyemi O., Ufomata D. Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. — Int J Peadiatr Dent. — 2002. — №12.
10. Rantavuori K, Tolvanen M, Hausen H, Lahti S, Seppa L. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. — J Dent Child (Chic). — 2009. — Vol. 76. — P. 13—19.
11. Taani DQ, El-Qaderi SS, Abu Alhaja ES. Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. — Int J Dent Hyg. — 2005. — Vol. 3. — P. 83—87.

## Providing good level of cooperation at children of preschool age during dentist treatment

FALKO E.N., SYROTA N.A., ELIZAROVA V.M.

MSU of Medicine and Dentistry, Department of Pediatric Dentistry, Department of Clinical Psychology

*The fear before visit of the dentist is inherent both to children, and adults. Most often parents, without suspecting about it, provoke alarm and fear at own child and promote his rooting. Trying to help the child to construct the relations with the dentist parents make mistakes, interfering with conversation, breaking creation of dialogue «the doctor — the little patient». This research investigated types of behavior of parents and their psychological preparation to visit to dental office; methods of psychological preparation of the child (Doll-therapy), methods of maintenance of effective level of cooperation of the child in dental office are developed.*

**Key words:** *Psychological preparation of the child, psychological Engine test, types of behavior of parents, techniques of maintenance of effective level of cooperation of children and parents.*