

РОЛЬ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТРАВМООПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА

Е.В. Захарчук^{1,2,3}

¹ Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия

² Тюменский государственный университет, г. Тюмень, Россия

³ Областная клиническая больница № 2, г. Тюмень, Россия

Аннотация. В статье рассмотрены особенности факторов травмоопасного поведения ребенка и медико-психологического взаимодействия в целях профилактики повторных непреднамеренных физических травм у детей. **Цель:** определение роли микросоциальных факторов при формировании травмоопасного поведения детей в возрасте 5–10 лет. **Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 225 диад ребенок – взрослый (родитель или лицо, его замещающее). Использовались следующие методики для взрослых: интервью с родителями, авторские анкеты («Каким я вижу своего ребенка в настоящее время»), тест «Критерии выявления гиперактивности по П. Бейкеру и М. Алворду», модифицированная шкала «Субъективная оценка родителями своего стиля воспитания», опросник «Психологический портрет учителя/родителя» Г.В. Резапкиной. Обследование детей включало проведение нейропсихологической методики экспресс-диагностики и анализ заключения психоневролога. Математико-статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием общепринятого алгоритма в среде SPSS Statistics v. 23.0. **Результаты.** Изучение роли микросоциальных факторов при формировании травмоопасного поведения детей в возрасте 5–10 лет позволило выявить микросоциальные факторы такого поведения: чрезмерность санкций в отношении ребенка, родительская гиперпротекция, недостаточность требований и обязанностей у ребенка, неустойчивая, часто негативная самооценка родителей. Родители и/или лица, их замещающие, могут ошибаться с характеристиками поведения ребенка, описывая его как гиперактивное. **Заключение.** Результаты исследования позволяют хотя бы отчасти понять причины, по которым родители создают своим детям те или иные условия жизни. Повышенная активность ребенка ошибочно интерпретируется родителями и/или лицами, их замещающими, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью, таким образом, взрослые склонны возлагать ответственность на самих детей. Деформация атрибуции порождает ошибочные цели для предупреждения травм – малопродуктивно все усилия сосредоточивать лишь на индивидуальных особенностях ребенка.

Ключевые слова: микросоциальные факторы, повторные непреднамеренные травмы у детей, травмоопасное поведение, гиперактивность.

Введение

Детский травматизм предотвратим, но продолжает оставаться значительной проблемой общественного здравоохранения во всем мире.

Более 3 млн детских травм регистрируют ежегодно медицинские учреждения России. По данным Росстата, в больницы в связи с травмами обращается примерно каждый восьмой ребенок в возрасте до 18 лет, 50 % случаев приходится на бытовые травмы. Непреднамеренные травмы признаются особенно предотвратимыми в младших возрастных группах [1, 2]. Обстоятельства возникновения травм у детей и взрослых существенно отличаются, поэтому в посттравматической работе специалистам требуется комплексно

учитывать и особенности факторов, обусловивших факт травмы ребенка¹. Как только дети достигают возраста пяти лет, непреднамеренные травмы становятся самой большой угрозой для их выживания [3]. Непреднамеренный травматизм является одной из основных причин инвалидности, которая может оказывать длительное воздействие на все аспекты жизни детей. Совместный отчет ВОЗ/ЮНИСЕФ призывает обеспечить безопасность детей путем поощрения научно обоснованных мероприятий по профилактике

¹ Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Бухтин К.М. Детская травматология. Библиотека врача-специалиста / под ред. С.П. Миронова. Тверь: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 256 с.

травм и устойчивых инвестиций всех секторов в этом направлении².

При анализе факторов, увеличивающих риск непреднамеренных травм у детей, больше внимания в работах зарубежных исследователей за последние 10–15 лет уделяется именно микросоциальным факторам [4], в частности, особенностям взаимодействия родителей с ребёнком [5], социальному статусу и установкам родителей [6–9]. Значимыми предикторами повышенной травматической ответственности выделены младший возраст ребенка, большее количество детей дома, проблемы с поведением ребенка, социальная компетентность ребенка, показатели снижения здоровья ребенка, а также материнская тревожность [10]. Отмечено, что стиль воспитания, психопатология родителей и детей являются важными факторами травм у детей [11]. Среди медико-биологических 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» [12].

Предлагается 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 для предотвращения детского травматизма [13, 14].

В амбулаторный период после травмы родители сталкиваются с трудностью выбора детского специалиста, который мог бы курировать ребенка с последствиями травмы, заниматься причинами в случае повторных травм. Педиатры, неврологи, нейропсихологи часто направляют таких детей обратно к хирургу, травматологу или нейрохирургу. Для амбулаторной службы, курирующей детей с травмами, в том числе с повторными, достаточно рекомендаций, которые дает врач экстренного звена медицинской помощи. И наоборот, им очень недостает согласованности в работе педиатра, невролога, врача

ЛФК, нейропсихолога и психолога [15, 16]. Такое взаимодействие на сегодняшний день в медико-психологической службе налажено недостаточно.

Крайне важная проблема для всей медицины – осознание пациентами необходимости психологической помощи (т. е. выборочное преобразование пациентов врача еще и в клиента психолога). Как факт основная нагрузка по обеспечению психологической помощи ложится на лечащих докторов. Разговаривая с родителем ребенка, поступившего в стационар по поводу травмы, врач понимает, что в представлениях родителей царят сумбур и неразбериха, которая купируется через определенное время, но когда это произойдет и как именно, неясно.

Практикующие врачи обращают внимание на то, что есть группа детей, которые часто травмируются, начиная уже с раннего возраста. При том, что немало людей, которые даже за всю жизнь ни разу не получали серьезных травм [17].

Родители травмированных детей озадачивают врачей множеством вопросов. Родители часто склонны считать травмоопасное поведение детей гиперактивным, в связи с чем возлагают надежды по профилактике повторных травм именно на врачей, на медицинские методы коррекции. Естественно, что при наличии диагноза синдром дефицита внимания и гиперактивности ребёнка, установленное специалистом, повышается риск непреднамеренных травм [1].

Некоторые проницательные врачи пробуют обратить внимание родителей на семейную ситуацию. Как правило, они наталкиваются на сопротивление членов семьи, неготовность осознавать проблему травматизма как семейную трудность. И тогда им остается рекомендовать семьям работу с психологом. На сегодняшний день взаимодействие между медиками и психологами касательно проблемы травмоопасного поведения у детей пока не налажено³.

Подчеркнем, что родители затрудняются в том, где узнать о возможных факторах травмоопасного поведения детей, причинах частого их травмирования. Хотя некоторые

² Peden M. World Health Organization. World report on child injury prevention / ed. by Margie et al. WHO, 2008. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43851>

³ Захарчук Е.В. Психологические аспекты работы с травмоопасным поведением детей // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы междунар. науч. конф. Красноярск: КрасГМУ, 2016. С. 17–26.

целенаправленно обращаются с таким запросом к специалистам, чаще именно к врачам. Врач же затрудняется дать конкретные рекомендации родителям в направлении коррекционной работы повторных травм у детей, так как анализ микросоциальной ситуации выходит за пределы его компетенции, а на сегодняшний день врачи не обладают конкретными методическими рекомендациями в этом направлении. Специалистам необходимы инструкции и методическое обеспечение. Психологи порой также недостаточно владеют пониманием внутренних механизмов проблемы травмоопасного поведения, им порой недостает видения проблемы со стороны врачей. Соответственно требуется, чтобы у родителей была информация от специалистов, у врачей были в наличии медицинские рекомендации, а у психологов практические разработки [18].

В нашем исследовании мы пользуемся следующим определением травматизма (см. «Большая советская энциклопедия»): травматизм (у ребенка) – это травмы, которые получает ребенок в результате своей активности в различных жизненных ситуациях. Соответственно, повторный травматизм (у ребенка) – получение травмы в течение детства более одного раза. В контексте исследования под травмоопасным поведением понимаем поведение (всех участников ситуации), повышающее риск травмы. Таким образом, обозначим **объект** исследования: повторный травматизм у детей 5–10 лет, где во многом обстоятельства травм определены не только особенностями ребенка, но и его ближайшим социальным окружением (чаще родителями). За пределами объекта исследования остаются случаи разового травматизма, а также вызванные массовыми техногенными или природными катаклизмами.

Цель исследования: определение роли микросоциальных факторов при формировании травмоопасного поведения детей в возрасте 5–10 лет.

Гипотезы исследования

1. Существует специфическое сочетание факторов, повышающее риск повторных непреднамеренных травм ребенка в возрасте 5–10 лет, где важная роль принадлежит микросоциальным факторам.

2. Повышенная двигательная активность у ребенка имеет разные механизмы своей реа-

лизации: 1) нейрофизиологические предпосылки (истинная гиперактивность) и 2) деятельностное преобразование ребенком условий социальной ситуации своего развития (ложная гиперактивность).

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» г. Тюмени. В исследовании принимали участие 450 испытуемых. Группы детей были однородны: 75 детей с повторными (≥ 2) травмами (экспериментальная группа), 75 детей с одной травмой (группа сравнения) и 75 детей без травм (контрольная группа), в том числе 156 мальчиков и 69 девочек, в возрасте от 5 до 10 лет (доподростковый возраст)⁴, средний возраст детей – 7 лет 1 мес. и 225 взрослых (родителей и/или лиц, их замещающих) в возрасте от 24 до 76 лет, средний возраст – 36 лет.

Для изучения факторов травмоопасного поведения детей в возрасте 5–10 лет использовались: нейропсихологическая методика экспресс-диагностики детей⁵ (нейропсихологическое обследование традиционно проводится детям с пяти лет), анализ заключений психоневролога⁶, родителям и/или лицам, их замещающим, предлагалось интервью, авторские анкеты («Каким я вижу своего ребенка в настоящее время», «Моя семья»), тест «Критерии выявления гиперактивности по П. Бейкеру и М. Алворду»⁷, модифицированная шкала «Субъективная оценка родителями своего стиля воспитания»^{8,9}. Математико-статистическая обработка полученных дан-

⁴ Согласно терминологии Фонда Организации Объединённых Наций в области народонаселения (ЮНФПА), подростки – лица в возрасте 10–19 лет.

⁵ Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90». М.: Знание, 1991. 48 с.

⁶ Алипбаева С.Б., Бекболатова С.Р. Методы диагностики синдрома гиперактивности с дефицитом внимания в условиях психолого-медико-педагогической консультации // Медицина. 2013. Т. 8. С. 64–66.

⁷ Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Юрайт, 2018. 274 с.

⁸ Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения. М.: Апрель-Пресс, 2004. 98 с.

⁹ Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2006. 352 с.

ных сводилась к вычислению общепринятых описательных статистик и выполнена в среде SPSS Statistics v. 23.0.

Результаты и их обсуждение *Связь повторной травматизации и гиперактивности ребенка*

Многие родители повторно травмирующихся детей склонны считать их поведение гиперактивным. Нами было принято решение оценить степень справедливости подобного рода атрибуции. Наличие/отсутствие гиперактивности у детей определялось четырьмя способами: со слов родителей, при помощи теста П. Бейкера и М. Алворда, по диагнозу врача и в ходе нейропсихологического обследования.

Анализ первой строки (табл. 1) показывает, что часть родителей всех групп склонны оценивать своих детей как гиперактивных. Таким образом, мы имеем дело со стереотипом массового сознания с тенденцией приписывать поведенческие трудности (в данном случае – гиперактивность) детям. Тем самым родители склонны возлагать ответственность на самих детей. Однако кроме стереотипа видны и обусловленные жизненной реальностью различия: детей без травм в два раза меньше по сравнению с детьми, имеющими две и более травмы.

Когда же 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 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 взрос-

лыми. Их диагноз созвучен с объективным нейропсихологическим заключением – в той же динамике количество детей с гиперактивностью уменьшается в 4,5–5 раз (с 61,3 до 13,3 и 12 %). Следовательно, врач и нейропсихолог дают объективную картину ситуации, а тест Бейкера и Алворда преимущественно ориентировочные сведения.

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

Среди детей, которые обращались в приемное отделение, мальчиков было больше, чем девочек. Всего среди детей 5–10 лет в 2019 году обратилось 15 752 мальчика и 13 059 девочек. Статистически достоверной связи между полом ребенка и уровнем повторных травм в нашем исследовании не выявлено, различия не превышали 8 %.

Связь повторной травматизации и микросоциальных условий воспитания детей

Однофакторный дисперсионный анализ взаимосвязи по шкалам модифицированной методики «Субъективная оценка родителями своего стиля воспитания» для родителей и уровню травматизма у детей в 3 группах показал следующие результаты (табл. 2).

Выявлены статистически достоверные ($p < 0,01$) различия по шкалам «Протекция» и «Санкции». По остальным шкалам статистически достоверных различий нет ($p > 0,05$). Роди-

Таблица 1
Table 1

Соотношение детей в изучаемых группах и способов оценки гиперактивности
Ratio of children in groups and ways to assess hyperactivity

Способ оценки гиперактивности Method for evaluating hyperactivity	Количество детей в группах / процент от выборки Number of children in groups / percentage of the sample		
	≥ 2 травм ≥ 2 injuries	1 травма 1 injury	0 травм 0 injury
Со слов родителей / Parents' opinion	46 (61,3 %)	32 (42,7 %)	20 (26,7 %)
Тест Алворда и Бейкера (опрос родителей) / Alvord and Baker test (parents' survey)	16 (21,3 %)	11 (14,7 %)	7 (9,3 %)
Диагноз врача-психиатра, психоневролога / Psychiatrist, neuropsychiatrist examination	10 (13,3 %)	6 (8 %)	5 (6,7 %)
Объективное нейропсихологическое обследование / Objective neuropsychological examination	9 (12 %)	6 (8 %)	4 (5,3 %)

тели часто травмирующихся детей чаще их гиперпекают, у этих детей недостаточно обязанностей, их строже наказывают. Однако требования предъявляют несколько ниже, чем родители контрольной группы и группы сравнения.

В ходе анализа результатов диагностики самооценки родителей выявлено (табл. 3), что позитивная самооценка чаще встречается у родителей с детьми без травм и/или имеющими 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 экспериментальной группы чаще отмечается неустойчивая самооценка – 21 (28 %) случай.

Преобладание нестабильного психоэмоционального состояния родителей детей экспериментальной группы затрудняет возможность включения самообладания в экстремальных ситуациях и принятия верного реше-

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

Заключение

Изучение роли микросоциальных факторов при формировании травмоопасного поведения детей в возрасте 5–10 лет позволило выявить микросоциальные факторы такого поведения. Определены предикторы повторной травматизации детей: чрезмерность санкций (жесткий стиль воспитания), гиперпротекция в отношении ребенка, недостаточность требований и обязанностей, неустойчивая, чаще негативная самооценка родителей.

Результаты исследования позволяют хотя бы отчасти понять причины, по которым ро-

Таблица 2
Table 2

Показатели взаимоотношений родителей с детьми (средние значения)
Indicators of parent-child relationships (average)

Группы детей, количество травм Groups of children, number of injuries	Санкции в отношении ребенка за проступки Sanctions against a child for misconduct	Протекция родителей в воспитании детей Parental protection in children's upbringing	Учет родителями потребностей ребенка Parents' consideration of the child's needs	Требования родителей к ребенку Parental requirements	Обязанности ребенка Responsibilities of the child
Экспериментальная группа детей (2 и более травм) / Experimental group (2 or more injuries)	4,8	4,7	3,6	3,5	3,2
Группа сравнения (1 травма) / Comparison group (1 injury)	4,0	4,5	3,7	3,6	3,5
Контрольная группа (травмы отсутствуют) / Control group (no injuries)	3,6	4,1	4,0	3,6	3,5

Таблица 3
Table 3

Показатели самооценки родителей (количество в группах /процент от выборки) – опросник «Психологический портрет учителя / родителя» (Г.В. Резапкина)
Parental self – assessment (number of people /percentage of the sample) – A psychological portrait of a teacher / parent (by G. V. Rezapkina)

Самооценка родителей Parents' self-assessment	Повторно травмирующиеся Re-injured	Травмированные 1 раз Injured 1 time	Без травм Without Injuries
Позитивная / Positive	31 (41,3 %)	46 (61,3 %)	50 (66,7 %)
Негативная / Negative	23 (30,7 %)	16 (21,3 %)	12 (16 %)
Неустойчивая / Unstable	21 (28 %)	13 (17,3 %)	13 (17,3 %)

дители создают своим детям те или иные условия жизни. Отмечена родительская дезорганизация жизненного пространства своих детей. Гиперопекой родители затрудняют становление самостоятельности ребенка. Неожиданно необоснованными наказаниями дезориентируют ребенка в системе оценок и критериев «хорошо/плохо». Недостаточность требований и обязанностей порождают ощущение дефицита на эмоциональное и другое принятие; формируют ослабленные внутренние ограничения. Непоследовательность родителей побуждает ребенка усиливать свою повседневную деятельность, пытаясь найти недостающие опоры. Очевидно, что имеет место небрежное отношение родителей к детям, составившим экспериментальную группу (количество травм – две и больше).

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.

При работе с пациентами и семьями, имеющими в анамнезе повторные травмы у детей, оценка функционирования семьи, выявление семей группы риска и разработка программ содействия здоровому функционированию семьи для достижения положительных результатов должны быть интегрированы в клиническую практику. Эта информация также может быть полезна перед травматическим событием и, таким образом, может быть использована в профилактическом формате. Взрослым важно знать, что дети понимают травматические события и реагируют на них в зависимости от уровня своего развития. Родительские ожидания должны соответство-

вать тому, что характерно для возраста их ребенка. Если люди в системе поддержки ребенка понимают его поведение и страдания как нормальные реакции на ненормальные события, они могут лучше поддерживать ребенка в период выздоровления.

Конфликт интересов

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Благодарности

Автор выражает благодарность за помощь в консультациях профессору кафедры общей и социальной психологии Института психологии и педагогики Тюменского государственного университета Доценко Евгению Леонидовичу, переводе текстов – профессору кафедры иностранных языков и межкультурной профессиональной коммуникации Института государства и права Тюменского государственного университета Хвесько Тамаре Владимировне.

Источник финансирования

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

Литература

1. *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 and Biobehavioral Reviews. 2018. Vol. 84. P. 63–71. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.007.*
2. *Garzon D.L. Contributing factors to preschool unintentional injury // J. Pediatr Nurs. 2005. Vol. 20 (6). P. 441–447. DOI: 10.1016/j.pedn.2005.03.014.*
3. *Global childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: a pilot study / A.A. Hyder, D.E. Sugerman, P. Puvanachandra et al. // Bull World Health Organ. 2009. Vol. 87 (5). P. 345–352. DOI: 10.2471/blt.08.055798*
4. *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. 185–194. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm041.

5. *Father–child interactions and children's risk of injury* / J. StGeorge, R. Fletcher, E. Freeman et al. // *Early Child Development and Care*. 2015;185(9):1409–1421 DOI: 10.1080/03004430.2014.1000888

6. *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 of Pediatric Psychology*. 2017. Vol. 42 (7). P. 759–767. DOI: 10.1093/jpepsy/jsw067

7. *Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study* / J. Ablewhite, I. Peel, L. McDaid et al. // *BMC Public Health*. 2015. Vol. 15. P. 280. DOI: 10.1186/s12889-015-1547-2.

8. *Supervision and risk of unintentional injury in young children* / P.G. Schnitzer, D. Dowd, R.L. Kruse, B.A. Morrongiello // *Injury prevention*. 2015. Vol. 21. P. e63–e70. DOI: 10.1136/injuryprev-2013-041128.

9. 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.

10. Davis C.S., Godfrey S.E., Rankin K.M. *Unintentional injury in early childhood: its relationship with childcare setting and provider* // *Maternal and Child Health Journal*. 2013. Vol. 17 (9). P. 1541–1549. DOI: 10.1007/s10995-012-1110-z

11. *Unintentional injuries in preschool age children: is there a correlation with parenting style and parental attention deficit and hyperactivity symptoms* / O.B. Dursun, İ.S. Esin, H. Öğütli et al. // *Medicine (Baltimore)*. 2015. Vol. 94 (32). P. e1378. DOI: 10.1097/MD.0000000000001378.

12. *Медико-социальные факторы риска, влияющие на возникновение травм у детей* /

О.В. Головки, Е.Л. Борщук, Т.Н. Павленко, Д.Н. Бегун // *Современные проблемы науки и образования*. 2017. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26172> (дата обращения: 19.10.2020).

13. Schwebel D.C. *Why “accidents” are not accidental: Using psychological science to understand and prevent unintentional child injuries* // *American Psychologist*. 2019. Vol. 74 (9). P. 1137–1147. DOI: 10.1037/amp0000487.

14. *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 of Pediatric Psychology*. 1999. Vol. 24 (5). P. 423–433. DOI: 10.1093/jpepsy/24.5.423

15. *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 // *J. Georgian Med News*. 2020. Vol. 298. P. 119–122. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32141863/> (дата обращения: 19.10.2020).

16. *Characteristics of injured children attending the emergency department: patients potentially in need of rehabilitation* / L.M. Sturms, C.K. van der Sluis, J.W. Groothoff et al. // *Clin. Rehabil.* 2002. Vol. 16 (1). P. 46–54. DOI: 10.1191/0269215502cr466oa.

17. *Unintentional childhood injury: a controlled comparison of behavioral characteristics* / H. Zhang, Y. Li, Y. Cui et al. // *BMC Pediatr.* 2016. Vol. 16. P. 21. DOI: 10.1186/s12887-016-0558-1.

18. *Neuropsychological and/or psychological factors traumatic behavior of children under the age of 10 years* / E. Zakharchuk, E. Dotsenko, T. Khvesko, J. Andrejeva // *International journal of psychology: a biopsychosocial approach*. 2020. № 23. DOI: 10.7220/2345-024X.23.8

Захарчук Екатерина Владимировна, ассистент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии, Тюменский государственный медицинский университет; Тюменский государственный университет; врач-нейрохирург, Областная клиническая больница № 2 (Россия, 625039, Тюмень, ул. Мельникайте, 75), katgor@yandex.ru

Поступила в редакцию 30 мая 2020; принята 1 ноября 2020 г.

THE ROLE OF MICROSOCIAL FACTORS IN FORMING RISKY BEHAVIOR IN CHILDREN

E.V. Zakharchuk^{1,2,3}, katgor@yandex.ru, ORCID 0000-0002-1317-5219

¹ Medical University of Tyumen, Tyumen, Russia

² University of Tyumen, Tyumen, Russia

³ No 2 Regional State Hospital (75, Melnikaita str., Tyumen, Tyumen region, 625039, Russia)

Abstract. The article presents data on factors that contribute to repeated injuries in children aged 5–10 years. Family factors as well as the necessity to distinguish between true and false hyperactivity in children were revealed. **Aim.** The article aims to identify microsocial factors of risky behavior in children. **Materials and methods.** A total of 450 patients (225 children and 225 family members) were observed. Research tools: standard neuropsychological tests, Alvard and Baker hyperactivity test, psychoneurological examination, a psychological portrait of a parent/teacher by G.V. Rezapkina and the author's techniques ("How do I see my child", "Subjective evaluation of parents and their education style"). **Results:** True hyperactivity disorders were revealed in no more than 12% of children. Thus, the majority of children are characterized by pseudo-hyperactivity. To reduce the risk of injury, it is necessary to differentiate between two types of pathogenic factors: minimal brain dysfunction (biological) and parental behavior (social). **Conclusion.** In our research risky behavior is considered to be a child's behavior in a situation that increases the risk of a child to be injured. The outcome of such a traumatic situation is the result of both children and parents' activity. A child tries to cope with both biological (less often) and social (mainly) factors by means of hyperactivity.

Keywords: microsocial, psychological factors, repeated injuries in children, risky behavior, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Source of funding. The study was carried out with financial support under the RFBR grant "Psychological prerequisites for repeated physical injuries in children (organizational and clinical support)" (project No. 19-313-90036).

References

1. 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; 84: 63–71. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.007.
2. Garzon D.L. Contributing factors to preschool unintentional injury. *J. Pediatr Nurs*. 2005; 20(6): 441–447. DOI: 10.1016/j.pedn.2005.03.014.
3. Hyder A.A., Sugerman D.E., Puvanachandra P. et al. Global childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: a pilot study. *Bull World Health Organ*. 2009; 87(5): 345–352. DOI: 10.2471/blt.08.055798.
4. 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; 33 (2): 185–194. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm041
5. StGeorge J., Fletcher R., Freeman E. et al. Father-child interactions and children's risk of injury. *Early Child Development and Care*. 2015; 185 (9): 1409–1421. DOI: 10.1080/03004430.2014.1000888
6. Azar S.T., Miller M.T., Stevenson D.R. et al. 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): 759–767. DOI: 10.1093/jpepsy/jsw067.
7. 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; 15: 280. DOI: 10.1186/s12889-015-1547-2.

8. Schnitzer P.G., Dowd D., Kruse R.L. et al. Supervision and Risk of Unintentional Injury in Young Children. *Injury prevention*. 2015; 21: 63–70. DOI: 10.1136/injuryprev-2013-041128
9. Morrongiello B.A., Matheis S. Understanding Children's Injury-risk Behaviors: The Independent Contributions of Cognitions and Emotions. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007; 32 (8): 926–937. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm027.
10. Davis C.S., Godfrey S.E., Rankin K.M. Unintentional injury in early childhood: its relationship with childcare setting and provider. *Maternal and Child Health Journal*. 2013; 17 (9): 1541–1549. DOI: 10.1007/s10995-012-1110-z
11. Acar E., Dursun O.B., Esin İ.S. et al. Unintentional injuries in preschool age children: is there a correlation with parenting style and parental attention deficit and hyperactivity symptoms. *Medicine (Baltimore)*. 2015; 94 (32): e1378. DOI: 10.1097/MD.0000000000001378.
12. Golovko O.V., Borshchuk E.L., Pavlenko T.N., Begun D.N. Medical and social risk factors affecting the occurrence of injuries in children. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya = Modern problems of science and education*. 2017; 2. Available at: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26172> (accessed: 19.10.2020). (in Russ).
13. Schwebel D.C. Why "accidents" are not accidental: Using psychological science to understand and prevent unintentional child injuries. *American Psychologist*. 2019; 74 (9): 1137–1147. DOI: 10.1037/amp0000487
14. Bradbury K., Janicke D.M., Riley A.W., Finney J.W. Predictors of unintentional injuries to school-age children seen in pediatric primary care. *Journal of Pediatric Psychology*. 1999; 24 (5): 423–433. DOI: 10.1093/jpepsy/24.5.423.
15. Andrejeva J., Kasradze M., Mockiene A. The impact of TRX suspension training on patient's balance, coordination and quality of life after traumatic brain injury. *J. Georgian Med News*. 2020; 298: 119–122. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32141863/>
16. Sturms L.M., van der Sluis C.K., Groothoff J.W. et al. Eisma Characteristics of injured children attending the emergency department: patients potentially in need of rehabilitation. *Clin. Rehabil*. 2002; 16: 46–54 DOI: 10.1191/0269215502cr466oa.
17. Zhang H., Li Y., Cui Y. et al. Unintentional childhood injury: a controlled comparison of behavioral characteristics. *BMC Pediatr*. 2016; 29: 16–21. DOI: 10.1186/s12887-016-0558-1.
18. 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: 10.7220/2345-024X.23.8

Received 30 May 2020; accepted 1 November 2020

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Захарчук, Е.В. Роль микросоциальных факторов при формировании травмоопасного поведения ребенка / Е.В. Захарчук // Психология. Психофизиология. – 2021. – Т. 14, № 1. – С. 53–61. DOI: 10.14529/jpps210106

FOR CITATION

Zakharchuk E.V. The Role of Microsocial Factors in Forming Risky Behavior in Children. *Psychology. Psychophysiology*. 2021, vol. 14, no. 1, pp. 53–61. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps210106
