

Н.О. Рябоконт

Соціально-демографічні, біологічні, психологічні фактори предикції формування тривожно-депресивних розладів у дітей

Сумський обласний клінічний психоневрологічний диспансер, м. Суми, Україна
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.7(79):120-124; doi 10.15574/SP.2016.79.120

Мета: проаналізувати вплив соціально-демографічних, біологічних, психологічних факторів на формування тривожно-депресивних розладів (ТДР) у дітей.

Пацієнти і методи. Обстежено 160 дітей віком 6–14 років з ТДР, які знаходилися на лікуванні у Сумській обласній дитячій клінічній лікарні та Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері. Діагностика ТДР проводилася за критеріями МКХ-10 та DSM-IV. Застосовувалися клініко-психопатологічний, соматоневрологічний, пато-психологічний методи (шкала оцінки депресії CDRS-R, шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера—Ханіна, запитальник Л.К. Яхіна, Д.М. Менделевича), а також соціально-психологічне інтерв'ювання та анкетування («Шкала сімейного оточення» С.Ю. Курп'янова, «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» — FACES-3, Д.Х. Олсона).

Результати. Формування ТДР у дітей пов'язане з впливом на дитину безлічі соціальних, психологічних і біологічних чинників, серед яких найбільше значення мають: патологічні форми виховання, неповна сім'я та трудова міграція батьків, виховання прабадьками, шкідливі звички батьків, дисгармонійні соціальні стосунки матерів та дітей, тяжкі хронічні захворювання одного з батьків, конфлікти в сім'ї та в школі, надмірні психоемоційні навантаження на дитину та шкільний булінг, спадковість, обтяженість перинатального періоду, психопатологічні прояви на першому році життя та часті респіраторні інфекції у дитини.

Висновки. Визначена інформативність факторів, які слід враховувати при розробці програм раннього соціотерапевтичного втручання в реабілітації дітей з ТДР та прогнозуванні ризику формування у них резистентної до терапії психопатології на наступних етапах онтогенезу.

Ключові слова: тривожно-депресивний розлад, фактори формування, діти.

Вступ

Рівень здоров'я громадян, а відповідно, і середня тривалість їх якісного життя, формуються під впливом визнаних у світі чотирьох складових: природних (генетичних й екологічних) та соціально-економічних умов; суспільно-політичних умов (безпечних умов праці й стабільної прогнозованості); профілактичних умов; медичної допомоги [9].

Понад третина населення України, як і Європи в цілому, щорічно страждає на психічні розлади, найпоширенішими з яких є депресія та тривога [12].

Актуальність проблеми депресії визначається її зростаючою поширеністю в сучасному суспільстві та значними медико-соціальними наслідками. Сучасні епідеміологічні дослідження констатують понад 12-разове зростання частоти депресії за останнє десятиліття [3]. При такому зростанні ймовірність розвитку протягом життя людини хоча б одного депресивного епізоду становить від 4,4% до 18%. За прогнозом Асоціації американських психіатрів, у 2010–2030 рр. поширеність депресивних розладів істотно зростатиме, обігнавши інфекційні, серцево-судинні та інші поширені захворювання, і вийде на перше місце серед захворювань, небезпечних для життя [4].

Протягом останнього десятиріччя в усьому світі депресивні стани набувають загрозливих масштабів, задають економічних збитків суспільству. Установлено, що пацієнти з депресіями здійснюють суїциди в 30 разів частіше, ніж люди, які не страждають на цей розлад. При цьому у 15% пацієнтів з депресіями констатовано завершені суїциди [6,8].

Останнім часом спостерігається значне посилення інтересу й до вивчення проблеми тривожних станів. У зв'язку із соціально-економічними змінами, що відбу-

лися в останнє десятиріччя, тривожні розлади визнані найбільш частою категорією психічних розладів, які зустрічаються в популяції у 3,7–5,1% випадків. В Україні спостерігається така сама тенденція [2].

Зростає число як самостійних форм тривожних розладів, так і різних варіантів тривожних синдромів, які входять у структуру інших психічних захворювань. Основна тенденція — коморбідність тривожних проявів з іншими, більш-менш виразними, групами розладів, зокрема тенденція до соматизації або «депресивності» тривоги, особливо неспсихотичного рівня [10,11].

Існує ряд досліджень, результати яких свідчать про те, що тривожні розлади є найбільш поширеними психічними захворюваннями у дітей і підлітків і за поширеністю можуть змагатися тільки з опозиційними розладами. Тривожні розлади, на відміну від фізіологічної тривоги, негативно впливають на всі аспекти життя дитини, порушуючи її нормальне функціонування як вдома, так і в школі. Дуже важливо виявляти і спостерігати за дітьми з тривожними розладами, оскільки у них дуже часто відзначаються шкільна неуспішність, труднощі в стосунках з однолітками, соціальна дезадаптація, а також розвиток різних залежностей. Тривожні розлади в дитинстві — серйозні предиктори тривожно-депресивних розладів (ТДР) у зрілому віці, які, в свою чергу, є провідними причинами інвалідності.

Доведено, що змішані ТДР зустрічаються у 9,8% хворих з афективними розладами [5,7,13].

Сьогодні, у зв'язку з неухильним зростанням поширеності ТДР у дітей, які формуються одночасно під впливом на дитину безлічі зовнішніх факторів, дедалі більше уваги приділяється дослідженню механізмів формування цієї патології [1,3].

Метою даного дослідження є вивчення ролі соціально-демографічних, біологічних, психологічних факторів у формуванні ТДР у дітей.

Таблиця 1

Характеристика та частота соціально-демографічних і психологічних чинників у дітей з ТДР та здорових дітей (група контролю)

Соціально-демографічні та психологічні фактори	Кількість дітей з ТДР (n=160)		Кількість здорових дітей (n=200)	
	n	%	n	%
Стать:				
- хлопчики	90	56,3*	73	36,5
- дівчатка	70	43,7	127	63,5
Місце мешкання:				
- місто	104	65*	86	38
- село	56	35	124	62
Структура сім'ї:				
- повна	96	60	178	89
- неповна	64	40**	22	11
- виховання прабатьками	21	13,1***	0	0
- виховання вітчимою	10	6,3	6	3
Матеріальний стан сім'ї:				
- достатній	66	41,2	109	54,5
- недостатній	94	58,8*	91	45,5
Вік матері:				
- до 25 років	83	51,9	139	69,5
- старше 25 років	77	48,1*	61	30,5
Професія матері:				
- службовець	27	16,9	56	28
- робітниця	59	36,9	64	32
- підприємець	7	4,3	18	9
- не працює	52	41,9	62	31
Професія батька:				
- службовець	10	6,2	28	14
- робітник	52	32,5	62	31
- підприємець	6	3,8	27	13,5
- не працює	92	57,5	83	41,5
Освіта матері:				
- середня	125	78,1	132	66
- вища	35	21,9	68	34
Освіта батька:				
- середня	141	88,1	135	67,5
- вища	19	11,9	65	32,5
Наявність сестер та братів:				
одна дитина в сім'ї	94	58,8*	76	38
дві дитини	60	37,5	116	58
три дитини та більше	6	5,7	8	4
Шкідливі звички батьків:				
- відсутні	65	40,6	75	37,5
тютюнопаління	67	41,9	119	59,5
алкоголізм	7	4,4*	2	1
тютюнопаління й алкоголізм	21	13,1*	4	2
Виховання:				
гармонійне	77	48,1	146	73
патологічні типи виховання:				
- гіпоопіка	47	29,4**	18	9
- гіперопіка	20	12,5	34	17
- відторгнення	16	10**	2	1
Тип прихильності:				
гармонійний	72	45	148	74
уникаючий	51	31,9**	19	9,5
амбівалентний	29	18,1**	7	3,5
дезорганізований	8	5***	0	0
Порушення академічної успішності	109	68,1**	67	33,5
Хронічні конфлікти	147	91,9*	128	64
Надмірні психоемоційні навантаження	52	32,5*	39	19,5
Участь батька або інших рідних у АТО	61	38,1*	37	18,5
Укус собаки	17	10,6	8	4
Важкі хронічні захворювання в одного з батьків	21	13,1**	5	2,5
Наявність інвалідності у дитини	12	7,5	9	4,5
Зміна місця проживання	16	10	7	3,5
Розлучення батьків	13	8,1	5	2,5
Шкільний булінг	56	35*	34	17

Примітка: достовірність відмінностей: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Основне завдання: проаналізувати вплив соціально-демографічних, біологічних, психологічних факторів на формування ТДР у дітей.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 160 дітей віком 6–14 років з ТДР, які знаходилися на лікуванні у Сумській обласній дитячій клінічній лікарні та Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері.

Діагностика ТДР проводилася за критеріями МКХ-10 та DSM-IV. Застосовувалися клініко-психопатологічний, соматоневрологічний, патопсихологічний методи (шкала оцінки депресії CDRS-R, шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна, методика запам'ятовування 10 слів А.Р. Лурія, запитальник Л.К. Яхіна, Д.М. Менделевича). Застосований методи соціально-психологічного інтерв'ювання та анкетування батьків і дітей («Шкала сімейного оточення» С.Ю. Купріянова, «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» – FACES-3, Д.Х. Олсона) із внесенням даних у спеціально розроблену анкету, яка включає основний перелік найбільш інформативних соціально-демографічних, біологічних та психологічних чинників. З метою визначення найбільш значущих факторів предикції формування ТДР у дітей проведена порівняльна характеристика впливу відповідних чинників на розвиток здорових дітей (200 осіб).

Результати дослідження та їх обговорення

Соціально-психологічне інтерв'ювання дозволило систематизувати соціально-демографічні та психологічні чинники ризику формування ТДР у дітей 6–14 років (табл. 1).

Встановлено, що співвідношення за статтю дітей з ТДР та контрольної групи здорових дітей становить: хлопчики – 56,3% та 36,5% відповідно ($p \leq 0,05$), дівчатка – 43,7% і 63,5% відповідно. Більшість дітей з ТДР мешкали у містах (65% і 38% відповідно $p \leq 0,05$), менша частина – у селі (35% і 62% відповідно).

Діти з ТДР виховувалися у неповній сім'ї у 40% випадків ($p \leq 0,01$), тоді як здорові діти – лише у 11% випадків.

Прабатьками виховувалося 13,1% хворих дітей ($p \leq 0,001$), частіше внаслідок трудової міграції батьків та позбавлення батьківських прав. Вітчим виховував дитину у 6,3% випадків, серед здорових дітей цей показник становить 3%.

Серед демографічних показників проаналізований і вік матері на момент народження дитини. Дослідженням встановлено, що діти з ТДР достовірно частіше, ніж здорова популяція, виховувалися матерями віком старше 25 років (48,1% і 30,5%, відповідно, $p \leq 0,05$). При аналізі соціо-демографічного показника – професії матерів дітей з ТДР та здорових дітей – встановлено, що не працювали 41,9% та 31% жінок відповідно, були службовцями 16,9% і 28% відповідно, простими робітницями – 36,9% і 32%, підприємцями – 4,3% та 9%. Подібну картину виявлено і щодо батьків: не працювали 57,5% і 41,5% відповідно, були службовцями – 6,2% та 14%, робітниками – 32,5% та 31%, підприємцями – 3,8% і 13,5% відповідно. Достовірних відмінностей за даним показником не виявлено. Привертає увагу низький фактор зайнятості батьків, як дітей з ТДР, так і здорових дітей.

Середню освіту мали батьки у 88,1% та 67,5% випадків відповідно. Серед матерів також більшість (78,1% та 66%, відповідно) мали середню освіту. Недостатній матеріальний рівень сім'ї зареєстрований у 58,8% випадків дітей з ТДР ($p \leq 0,05$) та у 45,5% здорових дітей контрольної групи.

Шкідливі звички у батьків дітей з ТДР та здорових дітей відмічено у вигляді тютюнопаління – у 41,9% та 59,5%, алкоголізму – у 4,4% та 1% ($p \leq 0,05$), тютюнопаління й алкоголізму – у 13,1% та 2% випадків відповідно ($p \leq 0,05$).

Проаналізувавши кількість дітей у сім'ях, встановлено, що одна дитина виховувалася у 58,8% сімей дітей з ТДР ($p \leq 0,05$), дві дитини мали 37,5% сімей, три та більше дитини – 5,7%. Сім'ї зі здоровими дітьми мали одну дитину у 38% випадків, дві дитини – у 58%, три та більше дітей – у 4% випадків.

Під час аналізу типів виховання встановлено, що у дітей з ТДР достовірно частіше, ніж у здоровій популяції, виховання було порушене (51,9% і 27% відповідно, $p \leq 0,05$). Серед патологічних типів виховання у дітей

Таблиця 2

Порівняльна характеристика та частота біологічних чинників ризику виникнення ТДР у дітей порівняно зі здоровими дітьми

Фактор	Кількість дітей, (n=160)		Кількість здорових дітей (n=200)	
	n	%	n	%
Обтяженість пренатального періоду:	95	59,4*	78	39
- загроза переривання вагітності	24	5	35	17,5
- гестоз	15	9,4	19	9,5
- хвороби матері під час вагітності	28	17,5	32	16
- декілька факторів	28	17,5	24	12
Обтяженість постнатального періоду:	79	49,4*	62	31
- асфіксія	69	43,1*	39	19,5
- недоношеність	1	0,6	3	1,5
- низька вага	2	1,2	3	1,5
- декілька факторів	7	4,4	13	6,5
Психопатологія на 1 році життя:	88	55*	71	35,5
- збудливість	65	40,6*	34	17
- гіпоактивність	23	14,4	18	9
Черепно-мозкові травми	6	3,8	8	4
Соматична патологія	113	70,6	130	65
Часті респіраторні інфекції	84	52,5*	56	28
Нейроінфекції	12	7,5	19	9,5
Спадковість:				
- по психічній патології	12	7,5	7	3,5
- по психосоматичній патології	38	23,8*	16	8
- по соматичним захворюванням	69	43,1	84	42

Примітка: достовірність відмінностей * $p < 0,05$.

з ТДР домінувала гіпоопіка (29,4% та 9% відповідно, $p \leq 0,01$) та варіант відторгнення (10% та 1% дітей, $p \leq 0,01$). Гармонійний тип виховання мали 48,1% та 73% сімей відповідно.

Щодо типів взаємодій на ранньому етапі онтогенезу в системі «Мати-дитина» встановлено, що у дітей з ТДР достовірно частіше спостерігався уникаючий тип прихильності (31,9% і 9,5% відповідно, $p \leq 0,01$), амбівалентний тип прихильності (18,1% і 3,5% відповідно, $p \leq 0,01$) та дезорганізований тип — у 5% ($p \leq 0,001$), який у дітей контрольної групи не зустрічався взагалі. Гармонійний тип прихильності зареєстрований у 45% дітей з ТДР, тоді як у групі здорових дітей — у 74%.

Достовірно частіше зареєстровано і порушення академічної успішності у дітей з ТДР порівняно зі здоровими дітьми (68,1% і 33,5% відповідно, $p \leq 0,01$). Проаналізована академічна успішність залежно від віку дитини. Встановлено, що у дітей 6–9 років порушення успішності у школі відмічається у 50% та 34% ($p \leq 0,05$), у дітей 10–11 років — у 75% та 44,5% ($p \leq 0,01$), у дітей 12–14 років — у 87% і 42,5% випадків відповідно ($p \leq 0,01$). Виявлена вікова закономірність — зі збільшенням віку дитини з ТДР зростає відсоток когнітивної дисфункції, що, можливо, пов'язано з регістром психопатології невротичного рівня.

У групі дітей з ТДР достовірно частіше зареєстрована наявність хронічних конфліктів (91,9% та 64% відповідно, $p \leq 0,05$) та надмірні психоемоційні навантаження (31,4% та 19,5% відповідно, $p \leq 0,05$).

Серед інших чинників ризику виникнення ТДР у дітей порівняно з популяцією здорових дітей виділено: участь батька або інших рідних у АТО (38,1% та 18,5%, $p \leq 0,05$), важкі хронічні захворювання в одного з батьків (13,1% та 2,5%, $p \leq 0,01$), шкільний булінг («цькування») (35% та 17%, $p \leq 0,05$), зміна місця проживання (10% та 3,5%), розлучення батьків (8,1% та 2,5%), наявність інвалідності у

дитини (7,5% та 4,5%), укуси собаки (10,6% та 4% відповідно).

Далі проаналізовані біологічні чинники предикції ТДР у дітей 6–14 років (табл. 2).

Аналіз даних показав, що з біологічних факторів у більшості дітей з ТДР (59,4%) зареєстрована обтяженість пренатального періоду, у 49,4% — постнатального періоду, у групі здорових дітей — 39% та 31% відповідно ($p \leq 0,05$). Психопатологічні прояви на першому році життя мали 55% дітей з ТДР та 35,5% здорових дітей ($p \leq 0,05$). Часті респіраторні інфекції відмічалися у 52,5% та 28% дітей відповідно ($p \leq 0,05$). Одним із факторів, що сприяють розвитку ТДР у дітей, є спадкова схильність. Так, встановлено, що у однієї четвертої частини дітей з ТДР хтось із близьких родичів мав психосоматичне захворювання, у групі здорових дітей цей показник був достовірно меншим (23,8% та 8% відповідно, $p \leq 0,05$).

Висновки

Формування ТДР у дітей пов'язане з впливом на дитину безлічі соціальних, психологічних і біологічних чинників, серед яких найбільше значення мають: патологічні форми виховання, неповна сім'я та трудова міграція батьків, виховання прабабками, шкідливі звички батьків, дисгармонійні соціальні стосунки матерів та дітей, важкі хронічні захворювання одного з батьків, конфлікти в сім'ї та в школі, надмірні психоемоційні навантаження на дитину та шкільний булінг, спадковість, обтяженість перинатального періоду, психопатологічні прояви на першому році життя та часті респіраторні інфекції у дитини.

Визначена інформативність факторів, які слід враховувати при розробці програм раннього соціотерапевтичного втручання в реабілітації дітей з ТД, та прогнозуванні ризику формування у дітей резистентної до терапії психопатології на наступних етапах онтогенезу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анализ социально-психологических факторов, влияющих на формирование и развитие депрессивных реакций аффективного и невротического регистров у студентов ВУЗов [Электронный ресурс] / Б. В. Михайлов, И. Д. Вашките // Украинский вестн. психоневрол. — 2013. — Т. 21, вып. 3. — С. 65–69. — Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2013_21_3_16.
2. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості / О. В. Волошок // Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. — Кам'янець-Подільський, 2010. — Вип. 10. — С. 120–128.
3. Депресія у підлітків (клініко-віковий, нейрокогнітивний, генетичний аспекти) / Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскура, Н. В. Багацька [та ін.] // Украинский вестн. психоневрол. — 2015. — Т. 23, вып. 2 (83).
4. Марута Н. А. Депрессии в общемедицинской практике: Справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Н. А. Марута, А. И. Мамчур, Л. Н. Юрьева. — Киев, 2009. — 20 с.
5. Марута Н. А. Особенности тревожных нарушений при невротических расстройствах и возможности их терапии / Н. А. Марута, Е. Е. Семкина // Матеріали XII Міжнар. конф. [«Актуальні напрямки в неврології: сьогоднішня та майбутня»], (25–28 квіт. 2010 р., м. Судак). — С. 220–225.
6. Марута Н. А. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. А. Марута // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 3 (66). — С. 5–9.
7. Психіатрична допомога дорослому населенню України в системі реформування галузі охорони здоров'я / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Украинский вестн. психоневрол. — 2012. — Т. 20, вып. 1 (70), додаток. — С. 9–11.
8. Пшук Н. Г. Психологічна диспозиція депресії / Н. Г. Пшук, І. В. Коваленко, Г. Я. Пшук // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. — 2009. — Т. 1, № 2 (2). — С. 21–24.
9. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема / Манойленко Т. С., Дорогой А. П., Гандзюк В. А., Мороз Д. М.; за ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. — Київ, 2014. — 279 с.
10. Allgulander C. Generalized Anxiety Disorder: Review of Recent Finding / C. Allgulander // J. Exp. Clin. Med. — 2012. — Vol. 4. — P. 88–91.
11. Allgulander C. Morbid anxiety as a risk factor in patients with somatic diseases: a review of recent findings / C. Allgulander // Mind Brain J. Psychiatry. — 2010. — Vol. 1. — P. 11–19.
12. EPA guidance on the quality of mental health services / Gaebel W. [et al.] // Eur. Psychiatry. — 2012. — Vol. 27. — P. 87–113.
13. Rihmer, Z. Suicide and anxiety / Z. Rihmer // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. — 2009. — Vol. 13. — Suppl. I. — P. 10–11.

Социально-демографические, биологические, психологические факторы предикции формирования тревожно-депрессивных расстройств у детей

Н.А. Рябоконт

Сумский областной клинический психоневрологический диспансер, г. Сумы, Украина
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель: проанализировать влияние социально-демографических, биологических, психологических факторов на формирование тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 160 детей в возрасте 6–14 лет с ТДР, находившихся на лечении в Сумской областной детской клинической больнице и Сумском областном клиническом психоневрологическом диспансере. Диагностика ТДР проводилась по критериям МКБ-10 и DSM-IV. Использовались клинико-психопатологический, соматоневрологический, патопсихологический методы (шкала оценки депрессии CDRS-R, шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга—Ханина, опросник Л.К. Яхина, Д.М. Менделевича), а также социально-психологическое интервьюирование и анкетирование («Шкала семейного окружения» С.Ю. Куприянова, «Шкала семейной адаптации и сплоченности» — FACES-3, Д.Х. Олсона).

Результаты. Формирование ТДР у детей связано с воздействием на ребенка множества социальных, психологических и биологических факторов, среди которых наибольшее значение имеют: патологические формы воспитания, неполная семья и трудовая миграция родителей, воспитание пра-родителями, вредные привычки родителей, дисгармоничные социальные отношения матерей и детей, тяжелые хронические заболевания одного из родителей, конфликты в семье и в школе, чрезмерные психоэмоциональные нагрузки на ребенка и школьный буллинг, наследственность, отягощенность перинатального периода, психопатологические проявления на первом году жизни и частые респираторные инфекции у ребенка.

Выводы. Определена информативность факторов, которые следует учитывать при разработке программ раннего социотерапевтического вмешательства в реабилитации детей с ТДР и прогнозировании риска формирования у детей резистентной к терапии психопатологии на последующих этапах онтогенеза.

Ключевые слова: тревожно-депрессивное расстройство, факторы формирования, дети.

Socio-demographic, biological, and psychological factors that predict the formation of anxiety and depressive disorders in children

N.O. Ryabokon

Sumy regional clinical psychoneurologic dispensary, Sumy, Ukraine
SE «Institute of Children and Adolescents Health Care of AMS of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

Objectives: to analyze the influence of socio-demographic, biological, and psychological factors on the formation of anxiety-depressive disorders (ADD) in children.

Material and methods: 160 6–14-year-old children with (ADD) being treated at the Sumy Oblast Pediatric Hospital and Sumy regional clinical psychoneurologic dispensary were examined.

The diagnosis of standard ADD was conducted by ICD-10 and DSM-IV criteria. We used clinical psychopathological, somatoneurological, pathopsychological methods (depression rating scale CDRS-R; reactive and personal anxiety Spielberger — Hanin scale, L.K.Yahyn, D.M.Mendelevych questionnaires) as well as socio-psychological interviewing and surveys («Scale of family environment» S.Y. Kupriyanov, «Scale of family adaptability and cohesion» — FACES-3, D.H. Olson).

Results. The formation of ADD in children is associated with the child being exposed to a number of social, psychological and biological factors, among which the most important are: pathological forms of upbringing, incomplete family and labor migration of parents, education progenitors, bad habits of parents, disharmonious social relations between mothers and children, severe chronic illness of a parent, conflicts in the family and at school, excessive psycho-emotional pressure on the child and school bullying, genetics, burdened perinatal period, psychopathological symptoms during the first year of life and frequent respiratory infections in children.

Conclusions. Determined the descriptiveness of the factors that should be considered when developing programs of early socio-therapeutically intervention in the rehabilitation of children with ADD and predicting the formation of resistance to treatment of the psychopathology at the later stages of ontogenesis.

Key words: anxiety and depressive disorder, form factors (factors that condition forming), children.

Сведения об авторах:

Рябоконт Наталья Александровна — аспирант отделения психиатрии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, просп. Юбилейный, 52-а; тел. +38 (0572) 62-20-33. Статья поступила в редакцию 04.11.2016 г.