

**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. Яхна, Д.М. Менделевича), а також соціально-психологічне інтерв'ювання та анкетування («Шкала сімейного оточення» С.Ю. Курпріянова, «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 прабатьками, 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, завдають 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 неспокійного 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 Спілберґера–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. Вітчизним 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 із 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 прабатьками, 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](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. Проскуріна, Н. В. Багацька [та ін.] // Український вестн. психоневрол. — 2015. — Т. 23, вип. 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. Семикина // 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.] // Український вестн. психоневрол. — 2012. — Т. 20, вип. 1 (70), додаток. — С. 9–11.
8. Пшук Н. Г. Психологічна predisпозиція 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.