

VÝSKYT GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY V SOUVISLOSTI S RODINÝM A OSOBNÍMI FAKTORY U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Úzkostné poruchy představují jednu z nejčastěji se vyskytujících psychiatrických poruch v období předškolního věku (Carpenter et. al, 2016). Mezi nejčastější poruchy spojené s úzkostí v dětství patří generalizovaná úzkostná porucha s prevalencí 3 % a separační úzkost s prevalencí 3,5 % (Malá, 2011). Významně zastoupeny jsou také sociální fobie (1 %), sociálně úzkostná porucha (2,5 %) a specifické izolované fobie (2,4 %) (Malá, 2011). Výskyt úzkostných poruch může výrazně negativně ovlivňovat kvalitu života dítěte – je spojován mj. se sociální maladaptací a později také se zhoršeným školním výkonem. Úzkostné poruchy vyžadují komplexní léčbu, která může zahrnovat jak psychoterapii, tak farmakoterapii, a na které by se měl podílet jak odborník (pediatr/psychiatr/psycholog), tak rodiče, učitelé a pracovníci školního poradenského pracoviště.

Výskyt úzkostných poruch může mít prediktivní hodnotu nejen pro výskyt úzkostných poruch v pozdějším věku, ale také pro výskyt dalších komorbidit. Jak uvádí Malá (2011), téměř 25 % dětí se symptomy úzkosti vykazují obtíže se čtením a asi u 30 % se vyskytuje ADHD. V pozdějším věku je možná také komorbidita s bipolární afektivní poruchou (Malá, 2011). V případě úzkostných poruch je zásadní raná identifikace obtíží. Je tak jednak díky skutečnosti, že u některých psychiatrických poruch bylo prokázáno, že nástup v dětství může předznamenávat horší prognózu ve srovnání s nástupem v dospělosti, a jednak proto, aby bylo možné včas identifikovat a řešit přidružené projevy, jako mohou být například snížené kompetence v oblasti sociální kognice či externalizující copingové strategie (Sheringa a Burns, 2018).

V rámci této práce konkrétně se zaměříme na generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD), která je dle MKN-10 definována jako „generalizovaná a přetrvávající úzkost, která není vztažena na žádné zvláštní zevní okolnosti, ani se nevyskytuje převážně v závislosti na nich“. Mezi nejčastěji identifikované prediktory jejího výskytu v dětském věku patří (vyšší) věk, pohlaví (vyšší výskyt u dívek), přítomnost dalších úzkostných poruch, (nízký) socio-ekonomický status rodiny, významné (negativní) životní události a další rodinné faktory (pořadí narození, počet sourozenců atd.) (Mustaffa et al., 2022). Data využitá v rámci této práce byla získána z veřejně dostupného datového souboru zveřejněného Carpenterem et al. (2016) v rámci studie zkoumající faktory ovlivňující pravděpodobnost výskytu generalizované úzkostné poruchy.

Proměnné zvolené autory a využité v rámci této práce zahrnují kromě výše zmíněných socio-demografických údajů dítěte (věk dítěte, pohlaví, počet přítomných biologických rodičů podílejících se aktivně na výchově dítěte, počet sourozenců, rodinná historie závislosti na návykových látkách a rodinná historie psychiatrických onemocnění), také kategorie vytvořené na základě dotazníku *Preschool Age Psychiatric Assessment* (Egger a Angold, 2004). Tato metoda představuje strukturovaný rozhovor s rodiči pro hodnocení psychiatrických symptomů a poruch u dětí předškolního věku (2-5 let). Projevy jsou hodnoceny na základě intenzity samotného příznaku, četnost jeho výskytu, doby trvání, doby, která uplynula od jeho prvního výskytu, a míry sekundárních negativních vlivů. Zkoumané proměnné v této kategorii zahrnují přítomnost zdravotního znevýhodnění dítěte, frekvenci výskytu záchvatů hněvu, frekvenci výskytu iritabilních nálad, výskyt poruch spánku, počet fyzických symptomů, které je možno spojit s úzkostí a počet oblastí ve kterých dítě vykazuje zvýšenou senzoryckou citlivost.

Analyzované proměnné:

1. Nezávislé proměnné X

a) Faktory na straně rodiny

- Počet (přítomných) biologických rodičů
- Počet sourozenců
- Chudoba rodiny
- Rodinná historie závislosti na návykových látkách
- Rodinná historie psychiatrických onemocnění

b) Faktory na straně dítěte

- Věk
- Zdravotní znevýhodnění
- Frekvence výskytu záchvatů hněvu
- Frekvence výskytu iritabilních nálad
- Výskyt poruch spánku

- Počet fyzických symptomů
- Počet oblastí se zvýšenou citlivostí sensorického zpracování
- Pohlaví

2. Závislá proměnná Y

= Výskyt generalizované úzkostné poruchy; 1 = „ano“, 0 = „ne“

Výsledky statistické analýzy jsou zobrazeny v tabulkách 1 a 2 a doplněny slovní interpretací.

Tab. 1: Regresní koeficienty a jejich testy statistické významnosti

Efekt	Odhad (b)	Standardní odchylka	Waldova statistika	p – hodnota
Věk	0,412	0,184	5,016	0,025
Počet biologických rodičů	-0,328	0,318	1,068	0,301
Počet sourozenců	-0,186	0,216	0,739	0,389
Počet znevýhodnění	0,252	0,083	9,137	0,002
Frekvence záchvatů hněvu	-0,001	0,001	0,888	0,345
Frekvence iritabilních nálad	0,0002	0,0006	0,096	0,755
Výskyt poruch spánku	0,265	0,107	6,117	0,013
Počet fyzických symptomů	0,240	0,228	1,105	0,293
Počet oblastí se zvýšenou citlivostí sensorického zpracování	0,128	0,367	0,121	0,727
Pohlaví	0,830	0,388	4,562	0,032
Chudoba rodiny	-0,002	0,443	0,00004	0,994
Rodinná historie závislosti na návykových látkách	0,212	0,493	0,184	0,667
Rodinná historie psychiatrických onemocnění	-0,467	0,423	1,217	0,269

Pozn.: Statisticky významné efekty jsou zvýrazněny tučným písmem.

Tabulka 1 výše uvádí výsledky testu efektů. Ukazuje nám tedy, zda jsou zvolené vysvětlující proměnné statisticky významné pro vysvětlení závislé proměnné – výskytu generalizované

úzkostné poruchy. Za statisticky významné považujeme proměnné, u kterých je hodnota p menší než hladina významnosti 0, 05. Jako statisticky významné se v rámci naší analýzy ukazují proměnné „věk“ (p = 0,025), „počet znevýhodnění“ (p = 0,002), „výskyt poruch spánku“ (p = 0,013) a „pohlaví“ (p = 0,032). Lze tedy předpokládat, že tyto proměnné mají signifikantní vliv na pravděpodobnost výskytu generalizované úzkostné poruchy. Waldova statistika dosahuje nejvyšší hodnoty u proměnné „počet znevýhodnění“ (W = 9,13), „výskyt poruch spánku“ (W = 6,117), „věk“ (W = 5,016) a pohlaví (W = 4,562), které jsou statisticky významné při hladině významnosti <0, 05.

Tabulka 2: Pravděpodobnost výskytu generalizované úzkostné poruchy

	Odds Ratio	p-hodnota
Věk	1,51	0,025
Počet biologických rodičů	0,72	0,301
Počet sourozenců	0,83	0,389
Počet znevýhodnění	1,29	0,002
Frekvence záchvatů hněvu	0,99	0,345
Frekvence iritabilních nálad	1,00	0,755
Výskyt poruch spánku	1,31	0,013
Počet fyzických symptomů	1,27	0,293
Počet oblastí se zvýšenou citlivostí sensorického zpracování	1,14	0,727
Pohlaví	2,29	0,032
Chudoba rodiny	0,99	0,994
Rodinná historie závislosti na návykových látkách	1,23	0,667
Rodinná historie psychiatrických onemocnění	0,62	0,269

Tato tabulka, zobrazující hodnoty vypočtené pomocí odds ratio (OR), nám ukazuje, do jaké míry se jednotlivé nezávislé proměnné podílejí na pravděpodobnosti, že u daného dítěte dojde k výskytu generalizované úzkostné poruchy (tj. proměnná bude nabývat hodnoty 1). V rámci této analýzy bylo identifikováno hned několik proměnných se signifikantními koeficienty. Jako nejvýraznější se ukázal vliv pohlaví, kdy dívky mají 2,29x vyšší šanci rozvoje generalizované úzkostné poruchy než chlapci (OR = 2,29). Jako významný se ukázal také vliv věku (OR = 1,51), přítomnosti znevýhodnění (OR = 1,29), výskytu poruch spánku (OR = 1,31), přítomnosti fyzických symptomů (OR = 1,27, zvýšené senzorycké citlivosti (OR = 1,14) a rodinné historie závislosti (OR = 1,23). Při hladině významnosti $<0,05$ byly jako statisticky významné v rámci naší analýzy identifikovány pouze proměnné „věk“ ($p = 0,025$), „počet znevýhodnění“ ($p = 0,02$), „počet poruch spánku“ ($p = 0,013$) a „pohlaví“ ($p = 0,032$).

Kontrola kvality modelu:

Pro zjištění kvality modelu bylo využito Cox-Snellovo R^2 , které ukazuje procento variability vysvětlované proměnné, kterou jsme schopni pomocí našeho modelu vysvětlit. V tomto případě nabývá hodnoty 0,174. Nicméně vzhledem k tomu, že hodnota Cox-Snellova R^2 se pohybuje mezi 0 a 1, ale nedosahuje 1, a proto není jednoduché ji interpretovat, uvádíme také hodnotu Nagelkerkeho R^2 . Nagelkerkeho R^2 v našem případě nabývá hodnoty 0,303. Naš model, sestavený z vybraných regresorů tedy vysvětluje 30 % veškerého rozptylu vysvětlované proměnné.

Zdroje:

Carpenter, K. L., Sprechmann, P., Calderbank, R., Sapiro, G., & Egger, H. L. (2016). Quantifying Risk for Anxiety Disorders in Preschool Children: A Machine Learning Approach. *PloS one*, 11(11), e0165524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165524>

Egger, H. L., & Angold, A. (2004). *Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA, ePAPA)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t39097-000>

Malá, E. (2011). Úzkostné poruchy v dětství. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2011; 107(2): 99–105.

Scheeringa, M. S., & Burns, L. C. (2018). Generalized Anxiety Disorder in Very Young Children: First Case Reports on Stability and Developmental Considerations. *Case reports in psychiatry*, 2018, 7093178. <https://doi.org/10.1155/2018/7093178>

Mustaffa, M.S., Bafghi, Z.R., Ahmadi, A., Haghdoost, A., Mansor, M.S. (2022). Potential Sociodemographic Predictors of Childhood Anxiety Disorders: A Cross-Sectional Study.

Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health. 2022;18(3):242-251.
doi:10.1177/09731342221142047