

Формування рівнів тривожності у дітей віком 8–12 років із псоріазом

Е.О. Мурзіна¹, О.В. Чубар², Ю.А. Рохлецова³

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

²КНП «Київська міська клінічна шкірно-венерологічна лікарня», Київ, Україна

³Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Анотація. Досліджено рівень тривожності в 54 дітей із псоріазом віком 8–12 років (30 дівчат та 24 хлопці) за допомогою шкали тривожності СМАС в адаптації А.М. Прихожан залежно від статі, віку, складу родини, тривалості перебігу псоріазу, останнього загострення, причини виникнення дерматозу та індексів тяжкості псоріазу BSA, PASI та PGA. У більшості дітей із псоріазом (51,9%) виявлено підвищений рівень тривожності, який значно вище в дітей із клінічними формами псоріазу, що уражують відкриті ділянки шкіри (волосисту частину голови, долоні) ($p=0,004$) та при тривалості загострення дерматозу >4 тиж ($p=0,001$). У дітей, в яких стрес був фактором, що спровокував появу псоріазу, рівень тривожності статистично значуще вищий, ніж в дітей з іншими причинами виникнення захворювання ($p=0,005$). Дітей із підвищеним рівнем тривожності в групі, де стрес був причиною появи псоріазу, було в 2 рази більше, ніж в групі з іншими причинами виникнення захворювання ($p=0,003$), тому можна вважати, що в дітей із псоріазом із підвищеним рівнем тривожності наявні порушення регуляції реакції організму на стрес, що призвело до виникнення захворювання. При оцінці рівнів тривожності залежно від індексів тяжкості псоріазу статистичних розбіжностей не виявлено. Рівень тривожності в дівчат віком 8–12 років зівставний з рівнем тривожності в хлопців віком 8–12 років, але більшість дівчат мали підвищений, а більшість хлопців — нормальний рівень тривожності ($p<0,001$), який знижувався з віком ($r=-0,707$; $p<0,001$). Також на формування підвищеного рівня тривожності в хлопців віком 8–12 років впливала тривалість загострення псоріазу.

Ключові слова: тривожність, діти з псоріазом, рівні тривожності у дітей із псоріазом.

Вступ

Термін «тривожність» використовують для позначення відносно стійких індивідуальних відмінностей в схильності індивіда відчувати стан тривоги. Ця особливість безпосередньо не проявляється в поведінці, але її рівень можна визначити, виходячи з того, як часто й інтенсивно в людини виникає стан тривоги. Особистість з вираженою тривожністю схильна сприймати навколишній світ з елементами небезпеки та загрози в значно вищому ступені, ніж особистість з низьким рівнем тривожності [1, 2]. Дотепер тривожність вивчається як один із основних параметрів індивідуальних відмінностей. При цьому її приналежність до того чи іншого рівня психічної організації людини досі залишається спірним питанням; її можна трактувати і як індивідуальну, і як особистісну властивість людини.

Специфічна особливість тривожності як особистісної властивості полягає в тому, що вона має власну спонукальну силу. Виникнення і закріплення тривожності багато в чому зумовлено незадоволенням актуальних потреб людини, які набувають гіпертрофованого характеру. Закріплення і посилення тривожності відбувається за механізмом «замкнутого психологічного кола», коли в процесі діяльності виникає тривога, що частково знижує її ефективність, і це призводить до негативної самооцінки або оцінки з боку оточуючих, що, в свою чергу, підтверджує правомірність тривоги в подібній ситуації. Аналіз механізму «замкнутого психологічного кола» дозволяє відзначити, що тривожність часто підкріплюється тією ситуацією, в якій вона одного разу виникла. При цьому оскільки переживання тривоги є суб'єктивно несприятливим станом, воно може не усвідомлюватися людиною [3, 4].

Тривожність як психічна властивість має яскраво виражену вікову специфіку, що виявляється в її змісті, джерелах, формах прояву і компенсації [3]. Серед найбільш загальних причин виникнення тривожності у дітей дошкільного та шкільного віку — внутрішньоособистісні конфлікти, перш за все пов'язані з оцінкою власної успішності в різних сферах діяльності, з порушенням внутрішньородинної та/або внутрішньошкільної взаємодії, а також взаємодії з однолітками, соматичні порушення [4–8]. Найчастіше тривожність розвивається тоді, коли дитина знаходиться в стані або ситуації конфлікту, викликаного негативними вимогами, які можуть поставити її в припущене або залежне становище; неадекватними, найчастіше завищеними, вимогами; суперечливими

вимогами, які висуваються до дитини батьками, школою, однолітками [5]. Постійно високий рівень тривожності в дитячому віці призводить до широкого кола проблем. Особистість перебуває в стадії формування, тому вплив тривалого стану тривоги значно сильніший. Наслідком такого впливу можуть бути порушення розвитку окремих структур і функцій і, в кінцевому рахунку, — порушення формування структури особистості в цілому [6, 9, 10].

Наявність будь-якої хвороби не обмежується клінічними симптомами захворювання, а розвивається на кількох рівнях. Системний підхід враховує всю різноманітність проявів захворювання, а саме: які почуття й емоції викликає хвороба (емоційний рівень), що хворий думає про свою хворобу (когнітивний рівень), як оцінює свій стан в цій ситуації і як поводить, маючи певне уявлення про себе і свій стан (інтегративний рівень). Це, природно, супроводжується обмірковуванням питань, пов'язаних із хворобою, що означає включення когнітивного рівня захворювання. У більшості випадків відзначається хвороблива фіксація думок на темі хвороби, в результаті чого рівень тривоги за типом зворотного зв'язку ще більше посилюється [11].

Мета дослідження: оцінити рівні тривожності в дітей із псоріазом віком 8–12 років в цілому і залежно від особистісних характеристик дитини та особливостей перебігу дерматозу.

Об'єкт і методи дослідження

У дослідженні взяли участь 54 дитини з псоріазом віком 8–12 років: 30 дівчат та 24 хлопці. Вивчали рівні тривожності залежно від статі, віку, складу родини та клініко-епідеміологічних особливостей перебігу псоріазу. Діагноз та клінічну форму псоріазу встановлювали за загальноприйнятими діагностичними критеріями. Оцінювали поширеність патологічного процесу, тривалість перебігу псоріазу, тривалість останнього загострення, причини виникнення дерматозу. Тяжкість перебігу псоріазу оцінювали за індексами BSA, PASI та PGA [12–15]. Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я [16].

Рівень тривожності в дітей віком 8–12 років оцінювали за допомогою шкали тривожності СМАС в адаптації А.М. Прихожан [17]. Шкала розроблена американськими психологами А. Castaneda та співавторами у 1956 р. на основі шкали явної тривожності (Manifest Anxiety Scale) J.A. Taylor (1953), призначеної для дорос-

лих. Для дитячого варіанта шкали відібрано 42 пункти, оцінених як найбільш показові з точки зору прояву хронічних тривожних реакцій у дітей. Специфіка дитячого варіанта також у тому, що про наявність симптомів свідчать тільки позитивні варіанти відповідей. Крім того, дитячий варіант доповнений 11 пунктами контрольної шкали, що виявляє тенденцію випробуваного давати соціально схвалювані відповіді. Показники цієї тенденції виявляються за допомогою як позитивних, так і негативних відповідей. Таким чином, методика містить 53 запитання, на які мають відповідати «так» або «ні». Результати тестів підраховують за контрольною субшкалою соціальної бажаності та за субшкалою тривожності. Критичне значення за субшкалою соціальної бажаності становить 9. Цей та більш високий результат свідчать про недостовірність відповідей, про те, що відповіді можуть викривлятися під впливом фактора соціальної бажаності.

Дані за субшкалою тривожності переводять в шкальні, де використовується стандартна десятка (стени). Для цього дані випробуваного зставляють з нормативними показниками групи дітей відповідного віку і статі. За стенами визначають рівень тривожності дитини (табл. 1).

Таблиця 1 Характеристика рівнів тривожності

Стени	Характеристика	Примітка
1–2	Стан тривожності випробуваному невластивий	Подібний «надмірний спокій» може мати і не мати захисного характеру
3–6	Нормальний рівень тривожності	Необхідний для адаптації і продуктивної діяльності
7–8	Дещо підвищена тривожність	Часто буває пов'язана з обмеженням колом ситуацій, певною сферою життя
9	Явно підвищена тривожність	Зазвичай має «розлитий», генералізований характер
10	Дуже висока тривожність	Група ризику

Матеріали дослідження статистично оброблені за допомогою програми «StatTech v. 1.2.0» («StatTech», Росія). Кількісні показники оцінювали на предмет відповідності нормальному розподілу за допомогою критерію Шапіро — Уїлка (при числі досліджень <50) та за допомогою критерію Колмогорова — Смирнова (при числі досліджень >50). Кількісні дані описували за допомогою медіани (Me) і нижнього і верхнього квартилів (Q_1 – Q_3). Порівняння груп за кількісними показниками, розподіл яких відрізнявся від нормального, виконували за допомогою U-критерію Манна — Уїтні та критерію Краскела — Уолліса. Спрямованість та силу кореляційного зв'язку між кількісними показниками оцінювали за допомогою коефіцієнту рангової кореляції Спірмена. Значення коефіцієнту кореляції (r) інтерпретували відповідно до шкали Чеддока. Прогностичну модель, що характеризувала залежність кількісної змінної від факторів, що представлені кількісними показниками, розробляли за допомогою методу парної або множинної ланцюгової регресії. Порівняння відсоткових часток при аналізі багатопільних таблиць пов'язаності проводили за допомогою критерію χ^2 Пірсона (при значеннях очікуваного явища >10) та точного критерію Фішера (при значеннях очікуваного явища <10).

Результати та їх обговорення

Середній вік дітей із псоріазом, що брали участь у дослідженні, становив 10,0 [9,0–11,0] років. Середній вік дівчат — 10,0 [9,0–11,0] років був зівставний із середнім віком хлопців — 10,5 [10,0–12,0] року ($p=0,087$). Вперше діагноз встановлений у 22 (40,7%) дітей, в інших дітей відмічали неодноразові рецидиви псоріазу — 32 (59,3%). Серед клінічних форм переважав бляшковий псоріаз (БП), діагностований у 24 (44,4%) дітей, краплеподібний псоріаз (КП) діагностований у 10 (18,5%), псоріаз волосистої частини голови (ПВЧГ) — у 4 (7,4%), долонно-підшовний псоріаз (ДПП) — у 4 (7,4%) та інверсний псоріаз (ІП) — у 12 (22,2%) дітей.

Кількість дітей з тривалістю псоріазу <1 року становила 30 (55,6%), >1 року — 24 (44,4%). Тривалість загострення <4 тиж, що статистично визначена медіаною тривалості загострення, відмічена у 28 (51,9%), >4 тиж — у 26 (48,1%) дітей.

У якості причини, що спровокувала виникнення псоріазу, в 18 (33,3%) дітей батьки відмітили сильний стрес або тривалу стресову ситуацію. У 36 (66,7%) дітей провокуючим фактором початку захворювання були інфекційні захворювання, порушення дієти та застосування лікарських засобів.

Розрахунок IMT показав, що у 42 (77,8%) дітей IMT був у межах норми та у 12 (22,2%) — підвищений.

Дітей з індексом тяжкості псоріазу (ІТП) BSA 3–10 налічувалося 20 (37,0%), >10 — 34 (63,0%). Дітей з BSA <3 у нашому дослідженні не було. За індексом PASI ≤ 10 дерматоз виявлено у 38 (70,4%) дітей, >10 — у 16 (29,6%). Розподіл дітей на групи за індексом PGA виявив, що в найбільшій кількості дітей (34 (63,0%)) псоріаз відмічено PGA 1–2, у 14 (25,9%) — PGA 3 та у 6 (11,1%) дітей — PGA 4.

Також оцінювали склад родин дітей із псоріазом. У повній родині (мати та батько) виховувалися 40 (74,1%) дітей, у родині, де був відсутній один або обидва батьки, — 14 (25,9%) дітей.

Аналіз результатів тесту тривожності CMAS в адаптації А.М. Прихожан, отриманих за субшкалою соціальної бажаності, продемонстрував, що тільки 2 дитини мали критичний рівень соціальної бажаності, який становив 9 балів. Загальний середній рівень соціальної бажаності дітей із псоріазом — 3 [3,0–6,75] бали, що дозволило оцінити відповіді дітей на запитання як правдиві.

Наявність видимих шкірних захворювань є сильним стресом для дітей. Псоріаз чинить такий самий вплив на якість життя пацієнта, як цукровий діабет, епілепсія та atopічний дерматит [18]. Інтерв'ю з пацієнтами дитячого віку з псоріазом показало, що 65% з них зазнавали стигматизації у формі знущань, образ та ганьблення. Занепокоєння за приводу постійного лущення шкіри та запаху впливають на рекреаційну активність 15–30% дітей, хворих на псоріаз [19]. Ця стигматизація може призвести до змін у поведінці, депресії, тривоги та тривожності.

При оцінці рівня тривожності виявлено, що найбільша кількість дітей із псоріазом мала підвищений рівень тривожності — 28 (51,9%), серед яких дещо підвищений рівень тривожності виявлений у 16, явно підвищений та дуже високий рівень тривожності — у 6 дітей відповідно. У 22 (40,7%) дітей відмічено нормальний рівень тривожності, у 4 (7,4%) тривожність була відсутня. У числовому вигляді показники тривожності в дітей із псоріазом коливалися в межах 6–34 балів, що забезпечило середній показник тривожності на рівні 21,00 [12,50–26,75] бала.

Тривожність притаманна як хлопцям, так і дівчатам, але вважається, що в дошкільному віці більш тривожними є хлопчики, до віку 9–11 років співвідношення стає рівномірним, а після 12 років відбувається різке підвищення тривожності у дівчат. Тривога дівчат за своїм змістом відрізняється від тривоги хлопчиків і частіше пов'язана з іншими людьми: їх турбують ставлення оточуючих, можливість сварки або розлуки з ким-небудь. Хлопчиків частіше турбує насильство в різних його аспектах. Вони бояться фізичних травм, нещасних випадків, а також покарань, джерелом яких є батьки або авторитети поза сім'єю: учителі, директор школи [5].

Порівняльний аналіз рівнів тривожності у дітей із псоріазом залежно від статі показав, що хоча рівень тривожності у дівчат вищий, але статистичних розбіжностей з рівнем тривожності у хлопців не встановлено (табл. 2). Але при порівнянні за характеристиками тривожності між дівчатами та хлопцями віком 8–12 років виявлено статистично значущі відмінності, які вказували, що більшість дівчат (66,7%) мали підвищений, а більшість хлопців (66,7%) — нормальний рівень тривожності ($p<0,001$) (рисунк).

Рисунок Характеристика рівнів тривожності у хлопців (а) та дівчат (б)



Також у хлопців встановлений кореляційний зв'язок між віком та рівнями тривожності: зниження тривожності відмічалось із збільшенням віку ($r=-0,707$; $p<0,001$). У дівчат залежності між віком та рівнями тривожності не встановлено ($r=0,152$; $p=0,422$).

Таблиця 2 Аналіз рівнів тривожності в дітей із псоріазом залежно від клініко-епідеміологічних особливостей перебігу дерматозу

Група	Категорія	Тривожність, бали		p
		Me	Q ₁ -Q ₃	
За статтю	Хлопці (n=24)	15,50	10,00–28,00	0,124
	Дівчата (n=30)	22,00	19,25–26,00	
За епізодом псоріазу	Вперше встановлений (n=22)	26,00	15,00–28,00	0,180
	Рецидив (n=32)	19,50	12,00–23,00	
За ІМТ	Нормальний (n=42)	21,00	18,00–28,00	0,616
	Підвищений (n=12)	20,00	12,00–26,00	
За складом родини	Повна (n=40)	19,00	11,50–27,25	0,075
	Неповна (n=14)	26,00	22,25–26,00	
За тривалістю захворювання	<1 року (n=30)	23,00	18,25–28,00	0,108
	>1 року (n=24)	19,50	11,50–23,00	
За тривалістю загострення	<4 тиж (n=28)	19,00	10,00–22,00	0,001*
	>4 тиж (n=26)	26,00	20,00–28,00	
За клінічною формою	БП (n=24)	19,00	16,50–22,25	0,004*
	КП (n=10)	14,00	10,00–21,00	
	ПВЧГ (n=4)	27,00	26,00–28,00	
	ДПП (n=4)	30,00	29,00–30,00	
	ІП (n=12)	23,50	8,00–28,00	
За причиною виникнення захворювання	Стрес (n=18)	26,00	20,00–28,00	0,005*
	Інші (n=36)	19,00	10,00–23,00	

*Розбіжності показників статистично значущі ($p<0,05$).

При оцінці рівнів тривожності за тривалістю загострення виявлений взаємозв'язок, який вказував на підвищення рівня тривожності при збільшенні тривалості загострення ($r=0,463$; $p<0,001$), що відобразилося в показниках при розподілі дітей на групи залежно від тривалості загострення. У дітей із загостренням псоріазу <4 тиж рівень тривожності статистично значуще нижчий, ніж у дітей із загостренням >1 міс ($p=0,001$).

Клінічна форма псоріазу також мала значення в формуванні рівня тривожності у дітей із псоріазом. Найвищі рівні зафіксовані у дітей із ДПП (30 [29,0–30,0] балів) та ПВЧГ (27 [26,0–28,0] балів), а найнижчі — при КП (14 [10,0–21,0] балів), що свідчить про статистично значущі відмінності між групами за клінічною формою дерматозу ($p=0,004$).

Більшість робіт з вивчення нейробіологічних аспектів тривоги сфокусовано на факторах, що призводять до її підвищення, — «вмикач» тривожності. Однак не виключено, що проблема є і на етапі «виключення», іншими словами, дисфункція може полягати в нездатності знизити рівень занепокоєння, що вже почалося. Тому вважається, що в осіб з підвищеною тривожністю порушена регуляція реакції організму на стрес [21]. Як результат такої порушеної регуляції — підвищений рівень тривожності в дитини зі спадковістю щодо псоріазу при стресі може призвести до розвитку захворювання. У нашому дослідженні аналіз рівнів тривожності між групами залежно від причини виникнення псоріазу показав наявність статистично значущих відмінностей. У дітей, в яких стрес був фактором, що спровокував появу псоріазу, рівень тривожності статистично значуще вищий, ніж в дітей з іншими причинами виникнення псоріазу ($p=0,005$). Частка дітей із підвищеним рівнем тривожності в групі, де стрес був причиною появи псоріазу, становила 77,8%, а в групі з іншими причинами виникнення захворювання — 38,9% ($p=0,003$). Встановлено, що в дітей із підвищеним рівнем тривожності стрес у 5,5 рази частіше провокував появу псоріазу (відносний ризик 5,5; 95% довірчий інтервал 1,503–20,133).

Для дітей, хворих на ожиріння, характерне підвищення рівня тривожності, що виступає одним із факторів зниження соціальної адаптації дитини. Підвищений рівень тривожності виявляли у 27% пацієнтів, явно підвищений рівень тривожності — у 19% анкетованих, дуже високий рівень тривожного стану виявлений у 8% дітей. Також в окремих дослідженнях встановлювали прямий кореляційний зв'язок між рівнем тривожності та ІМТ ($r=0,46$; $p<0,05$). Патологічні види тривожності достовірно частіше відмічали серед дівчат (72,7% проти 40% у хлопців; $p<0,05$) [20].

У нашому дослідженні не виявлено розбіжностей між рівнями тривожності у дітей із псоріазом з нормальним ІМТ порівняно з дітьми з підвищеним ІМТ ($p=0,616$). Але в дівчат із псоріазом із підвищеним ІМТ встановлений кореляційний зв'язок між часткою перевищення маси тіла та рівнем тривожності ($r=0,775$; $p=0,024$), що може свідчити про додатковий вплив надмірної маси тіла на рівень соціальної адаптації дівчат.

Незмінною залишалася важливість ролі оточуючого середовища у виникненні тривожності у дитини. У сім'ях із доброзичливими взаєминами, як виявили дослідники, діти менш тривожні, аніж у сім'ях, де часто виникають конфліктні ситуації [23]. Якщо дитина відчуває любов і підтримку близьких, в неї розвивається відчуття безпеки і впевненості у собі. Якщо дитина не отримує підтримки і схвалення оточуючих, то в неї не розвивається поняття «ми», а переживання глибокої ненадійності й незрозумілої стурбованості — базова тривожність. Це відчуття ізольованості і безпорадності у світі, який вона сприймає як потенційно ворожий для неї [24].

При визначенні рівнів тривожності у дітей із псоріазом віком 8–12 років залежно від складу родини виявлені відмінності на рівні статистичної тенденції ($p=0,075$). У дітей, що виховуються обома батьками, рівень тривожності дещо нижчий (19,00 [11,50–27,25] балів), ніж у дітей, які виховуються або лише матір'ю, або бабусею — 26,00 [22,25–26,00] балів.

Оцінка рівнів тривожності залежно від ІТП статистичних розбіжностей не встановила. Слід звернути увагу, що при середньої тяжкості/тяжкому перебігу дерматозу за BSA та PASI, коли ІТП >10, рівень тривожності нижчий, ніж при легкому перебігу псоріазу, хоча і на рівні статистичної тенденції. Також при збільшенні PGA рівні тривожності в дітей віком 8–12 років знижуються (табл. 3).

Таблиця 3 Аналіз рівнів тривожності в дітей із псоріазом залежно від ІТП

Показник	Категорія	Рівні тривожності, бали		p
		Me	Q ₁ -Q ₃	
Групи за BSA	BSA ≤10 (n=20)	26,00	20,00–28,00	0,098
	BSA >10 (n=34)	19,00	12,00–22,00	
Групи за PGA	PGA 1–2 (n=34)	22,00	14,00–28,00	0,494
	PGA 3 (n=14)	20,00	12,00–26,00	
	PGA 4 (n=6)	19,00	19,00–21,25	
Групи за PASI	PASI ≤10 (n=38)	23,00	13,50–28,00	0,080
	PASI >10 (n=16)	19,00	13,00–22,00	

Аналіз рівнів тривожності в хлопців виявив статистичні розбіжності в групах за тривалістю захворювання, тривалістю загострення та клінічною формою псоріазу. При тривалості загострення >4 тиж рівень тривожності у >2 рази вищий, ніж при тривалості загострення <1 міс ($p=0,001$). У хлопців, в яких псоріазу тривав >1 року, рівень тривожності у >2 рази нижчий, ніж у хлопців з тривалістю захворювання <1 року ($p=0,047$), що може свідчити про сприйняття дитиною свого стану та зменшення акцентуації на темі захворювання. Найвищий рівень тривожності виявляється в хлопців з ДПП, який статистично значуще вищий, ніж при інших формах псоріазу ($p=0,008$) (табл. 4). Порівняння рівнів тривожності в хлопців між групами залежно від ІТП розбіжностей не виявило.

Таблиця 4 Аналіз рівнів тривожності в хлопців із псоріазом залежно від особливостей перебігу дерматозу

Група	Категорія	Тривожність, бали		p
		Me	Q ₁ -Q ₃	
За епізодом псоріазу	Вперше встановлений (n=9)	18,00	8,00–28,00	0,321
	Рецидив (n=15)	15,50	11,50–21,75	
За тривалістю захворювання	<1 року (n=16)	23,50	16,25–28,50	0,047*
	>1 року (n=8)	11,00	10,00–12,00	
За тривалістю загострення	<4 тиж (n=12)	10,00	8,00–19,00	0,001*
	>4 тиж (n=12)	28,00	12,00–30,00	
За клінічною формою	БП (n=8)	15,50	12,00–19,00	0,008*
	КП (n=5)	10,00	9,00–11,00	
	ДПП (n=4)	30,00	29,00–30,00	
	ІП (n=7)	18,00	8,00–28,00	
За причиною виникнення захворювання	Стрес (n=20)	28,00	27,00–29,00	0,060
	Інші (n=4)	12,00	10,00–19,00	
Групи за BSA	BSA ≤10 (n=20)	18,00	8,00–28,00	0,321
	BSA >10 (n=34)	15,50	11,50–21,75	
Групи за PGA	PGA 1–2 (n=34)	19,00	9,50–28,50	0,720
	PGA 3 (n=14)	12,00	12,00–12,00	
	PGA 4 (n=6)	19,00	19,00–19,00	
Групи за PASI	PASI ≤10 (n=15)	20,00	11,00–28,50	0,321
	PASI >10 (n=9)	14,50	10,00–19,00	

*Розбіжності показників статистично значущі (p<0,05).

Відповідний аналіз в групі дівчат показав, що ні тривалість загострення, ні тривалість захворювання не мали впливу на формування рівня тривожності — він високий в усіх групах. Найвищий рівень тривожності спостерігався в дівчат із ПВЧГ, хоча і при порівнянні за клінічними формами не було встановлено розбіжностей. Але цей факт знайшов відображення при порівнянні ІТП за BSA, коли рівень тривожності при BSA >10 був статистично значуще нижчий, ніж при BSA ≤10 (p=0,011), який характеризує площу ураження до 10% шкірного покриву, що характерно для обмежених форм псоріазу, таких як ПВЧГ та ІП (табл. 5).

Таблиця 5 Аналіз рівнів тривожності в дівчат із псоріазом залежно від клініко-епідеміологічних особливостей перебігу дерматозу

Група	Категорія	Тривожність, бали		p
		Me	Q ₁ -Q ₃	
За епізодом псоріазу	Вперше встановлений (n=14)	26,00	19,25–27,50	0,132
	Рецидив (n=16)	21,50	19,75–23,00	
За тривалістю захворювання	<1 року (n=14)	23,00	18,75–26,00	1,000
	>1 року (n=16)	22,00	19,75–26,25	
За тривалістю загострення	<4 тиж (n=17)	21,50	18,75–26,00	0,210
	>4 тиж (n=13)	23,00	20,50–27,50	
За клінічною формою	БП (n=16)	22,00	18,75–23,75	0,123
	КП (n=7)	21,00	15,75–24,75	
	ПВЧГ (n=4)	27,00	26,00–28,00	
	ІП (n=3)	23,50	20,00–27,00	
За причиною виникнення захворювання	Стрес (n=20)	22,00	20,50–23,75	0,403
	Інші (n=4)	26,00	18,50–27,50	
Групи за BSA	BSA ≤10 (n=12)	26,00	23,00–27,00	0,011*
	BSA >10 (n=18)	21,00	18,00–22,00	
Групи за PGA	PGA 1–2 (n=18)	22,00	19,00–26,00	0,975
	PGA 3 (n=10)	26,00	20,00–26,00	
	PGA 4 (n=2)	22,00	22,00–22,00	
Групи за PASI	PASI ≤10 (n=22)	23,00	19,25–26,75	0,450
	PASI >10 (n=8)	22,00	20,00–23,00	

*Розбіжності показників статистично значущі (p<0,05).

Реагуючи на події життя, будь-яка людина час від часу відчуває тривогу. У певних межах вона є нормальною, так як є сигналом до необхідності розуміння джерела дискомфорту, обмірковування ситуа-

ції і дії, за допомогою чого можливе відновлення порушеної рівноваги. Порушення психічної адаптації в стресовій ситуації проявляється як дифузна тривога, що переходить рамки реакції на конкретні подразники. Цей стан характеризується різким зростанням готовності до тривожних реакцій, які починають виникати на найменші подразники. Як наслідок — з'являються інші емоції тривожного ряду: емоційне напруження, внутрішній неспокій, страхи з деструктивним змістом. Вплив тривоги на фізичний рівень хвороби відбувається через активізацію вегетативної нервової системи. Тому різноманітні вегетативних реакцій в тривожному стані за своєю суттю є вегетативними корелятами тривоги [11]. Встановлено, що у дітей, хворих на псоріаз, порівняно з групою контролю підвищений ризик розвитку психопатологічних станів (5,13 проти 4,07%), включаючи депресію (3,01 проти 2,42%) та тривожність (1,81 проти 1,35%) [22].

Висновок

У більшості дітей із псоріазом віком 8–12 років виявлений підвищений рівень тривожності, що обумовлено клінічними проявами дерматозу та тривалістю його загострення. При тривалому загостренні псоріазу (>4 тиж) та ураженні відкритих ділянок шкіри (волосистої частини голови, долонь) рівень тривожності у дітей значно вищий. У дітей із псоріазом із підвищеним рівнем тривожності причиною виникнення захворювання могла бути порушена регуляція реакції організму на стрес, про що свідчить високий ризик розвитку псоріазу під дією стресу в дітей із підвищеною тривожністю (відносний ризик 5,5; 95% довірчий інтервал 1,503–20,133). Рівень тривожності в дівчат віком 8–12 років зіставний з рівнем тривожності в хлопців віком 8–12 років, але більшість дівчат (66,7%) мали підвищений, а більшість хлопців (66,7%) — нормальний рівень тривожності (p<0,001), який знижувався з віком (r=-0,707; p<0,001). Також на формування рівня тривожності в хлопців віком 8–12 років чинила вплив тривалість захворювання в цілому.

Список використаної літератури

- Спилбергер Ч.Д. (1983) Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги. Стресс и тревога в спорте. Физкультура и спорт, Москва.
- Ханин Ю.Л. (1983) Стресс и тревога в спорте. Международный сб. науч. ст. Физкультура и спорт, Москва, 288 с.
- Прихожан А.М. (1998) Причины, профилактика и преодоление тревожности. Психологическая наука и образование, 2: 11–17.
- Микляева А.В., Румянцева П.В. (2004) Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. Речь, Санкт-Петербург, 248 с.
- Кочубей Б.И., Новикова Е.В. (1988) Эмоциональная устойчивость школьника. Знание, Москва, 80 с.
- Захаров А.И. (2000) Происхождение детских неврозов и психотерапия. ЭКСМО-Пресс, Москва, 448 с.
- Прихожан А.М. (2000) Тревожность у детей и подростков. Модекс, Москва, 304 с.
- Щербатых Ю.В., Ивлева Е.И. (1998) Психосоциальные и клинические аспекты страха, тревоги и фобий. Истоки, Воронеж, 282 с.
- Астапов В.М. (2008) Тревожность у детей. ПЕР СЭ, Москва, 160 с.
- Березин Ф.Б. (1988) Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Наука, Ленинград, 270 с.
- Фирсова Л.Д. (2007) Тревога у больных хроническими заболеваниями органов пищеварения. РМЖ, 1: 24–29.
- Kubano A.A., Karamova A.E., Znamenskaya L.F. et al. (2016) PASI (Psoriasis Area and Severity Index) in the evaluation of the clinical manifestations of psoriasis. Vest. Dermatol. Venerol., 4: 33–38.
- Menter A., Cordoro K.M., Davis D.M.R. et al. (2020) Joint American Academy of Dermatology National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients. J. Am. Acad. Dermatol., 82(1): 161–201. doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.049.
- Božek A., Reich A. (2017) The reliability of three psoriasis assessment tools: Psoriasis area and severity index, body surface area and physician global assessment. Adv. Clin. Exp. Med., 26(5): 851–856. doi.org/10.17219/acem/69804.
- Elmets C.A., Korman N.J., Prater E.F. et al. (2021) Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. J. Am. Acad. Dermatol., 84(2): 432–470. doi.org/10.1016/j.jaad.2020.07.087.
- WHO (2020) Obesity and overweight (www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight).

17. Дерманова И.Б. (ред.-сост.) (2002) Шкала явной тревожности CMAS (адаптация А.М. Прихожан). Диагностика эмоционально-нравственного развития. Санкт-Петербург, 360 с.
18. de Jager M.E., van de Kerkhof P.C., de Jong E.M., Seyger M.M. (2010) A cross-sectional study using the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) in childhood psoriasis: negative effect on quality of life and moderate correlation of CDLQI with severity scores. *Br. J. Dermatol.*, 163(5): 1099–1101.
19. Gelfand J.M., Weinstein R., Porter S.B. et al. (2005) Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch. Dermatol.*, 141(12): 1537–1541.
20. Омельченко Г.В., Пашкова О.Є. (2015) Оцінка рівня явної тривожності у дітей шкільного віку, хворих на ожиріння. Сучасні аспекти медицини і фармації. Тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю, присвяч. Дню науки, 14–15 травня. Запоріжжя, 103 с.
21. Roseboom P.H., Nanda S.A., Fox A.S. et al. (2014) Neuropeptide Y Receptor Gene Expression in the Primate Amygdala Predicts Anxious Temperament and Brain Metabolism. *Biological Psychiatry*, 76(11): 850.
22. Kimball A.V., Wu E.Q., Guerin A. et al. (2012) Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 67(4): 651–657.
23. Разумова А.В. (2004) Адекватность образа ребенка у родителей с разными стилями семейного воспитания и личностными особенностями. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва, 22 с.
24. Степанов С.С. (2005) Популярная психологическая энциклопедия. Эксмо, Москва, 672 с.

Formation of anxiety levels in children aged 8–12 years with psoriasis

E.O. Murzina¹, O.V. Chubar², Yu.A. Rokhletsova³

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Kyiv City Clinical Dermatological and Venereological Hospital, Kyiv, Ukraine

³Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Відомості про авторів:

Мурзіна Єльвіна Олександрівна — кандидат медичних наук, доцент кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна. ORCID ID: 0000-0002-3440-0745
Чубар Ольга Валеріївна — в.о. директора КНП «Київська міська клінічна шкірно-венерологічна лікарня», Київ, Україна.

Рохлецова Юліанна Андріївна — студентка факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна.

Адреса для кореспонденції:

Мурзіна Єльвіна Олександрівна
04112, Київ, вул. Дорогожичська, 9
E-mail: elvina2003@ukr.net

Abstract. The anxiety level in 54 children with psoriasis aged 8–12 years (30 females and 24 males) was investigated using the CMAS anxiety scale adapted by A.M. Prikhozhan, depending on sex, age, family composition, duration of psoriasis, last exacerbation, cause of dermatosis onset and psoriasis severity indices BSA, PASI and PGA. The majority of children with psoriasis (51.9%) showed an increased level of anxiety, which is significantly higher in children with clinical forms of psoriasis affecting open skin areas (scalp, palms) ($p=0.004$) and with a duration of dermatosis exacerbation for more than 4 weeks ($p=0.001$). In children with the stress as a triggering factor for the psoriasis onset, the anxiety level was statistically significantly higher than in children with other causes of the disease onset ($p=0.005$). In the group with stress as the cause of the psoriasis onset, there were two times more children with an increased anxiety level than in the group with other causes of the disease onset ($p=0.003$), therefore it can be assumed that children with psoriasis and an increased anxiety level have an impaired regulation of the body's stress response, which led to the onset of the disease. An assessment of the anxiety levels depending on the psoriasis severity indices did not reveal statistical discrepancies. The anxiety level in females aged 8–12 years was comparable to the anxiety level in males aged 8–12 years, but most females had an increased anxiety level, and most males had a normal level ($p<0.001$), which decreased with age ($r=-0.707$; $p<0.001$). In addition, the formation of the anxiety level in males aged 8–12 years was influenced by the duration of exacerbation of psoriasis.

Key words: anxiety, children with psoriasis, anxiety levels in children with psoriasis.

Information about the authors:

Murzina Elvina O. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Dermatovenereology, Allergology, Clinical and Laboratory Immunology of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine. ORCID ID: 0000-0002-3440-0745

Chubar Olha V. — Acting director of the Kyiv City Clinical Dermatological and Venereological Hospital, Kyiv, Ukraine.

Rokhletsova Yulianna A. — student of the Faculty of Psychology of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine.

Address for correspondence:

Elvina Murzina
04112, Kyiv, Dorozhytska str., 9
E-mail: elvina2003@ukr.net

Надійшла до редакції/Received: 15.09.2021

Прийнято до друку/Accepted: 28.09.2021