

Євгенія ЄВТУШЕНКО

аспірантка кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112; лікар-дерматовенеролог, КНП КОР «Київський обласний спеціалізований медичний центр», вул. Загорівська, 1, м. Київ, Україна, 04107 (yev.yev10@gmail.com)

ORCID: 0009-0003-9794-2634

SCOPUS: 58733782600

Бібліографічний опис статті: Євтушенко Є. (2025). Значення психологічних та соціальних чинників у формуванні atopічного дерматиту у дітей. *Фітотерапія. Часопис*, 4, 68–74, doi: <https://doi.org/10.32782/2522-9680-2025-4-68>

ЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ У ФОРМУВАННІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ В ДІТЕЙ

Вступ. Взаємозв'язок психологічних та соціальних чинників із появою atopічного дерматиту (АД) в дітей переважно вивчався стосовно появи психоемоційних розладів уже на тлі шкірного захворювання. Зворотний зв'язок, а саме роль впливу оточення дитини, зокрема психологічних та поведінкових особливостей батьків, і безпосередньо самих дітей у появі atopічного дерматиту досліджувався порівняно мало.

Мета дослідження – дослідити значення деяких психологічних і соціальних чинників, наявність яких може впливати на появу та перебіг atopічного дерматиту в дітей.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети в дослідження включено 116 респондентів – батьки дітей віком від 3 до 11 років були розподілені на 2 групи (основна та контрольна), кожна з яких розподілена на 2 підгрупи за віком. Основна група – батьки дітей з АД ($n = 64$): 3–6 років ($n = 34$), 7–11 років ($n = 30$) і контрольна група – батьки здорових дітей ($n = 52$): 3–6 років ($n = 28$), 7–11 років ($n = 24$).

Застосовували бібліосемантичний метод, що дав змогу вивчити стан проблеми за темою в Україні та світі, а також клінічні опитування батьків дітей – тест Спілберґера (Spielberger, 1984), згідно з яким у респондентів визначалася реактивна тривожність (РТ) та особистісна (ОТ), оскільки рівень тривожності може впливати на характер взаємодії з іншими людьми. Крім того, серед батьків дітей проводилось опитування щодо їх участі, стилю та типу виховання дитини в сім'ї, емоційних і поведінкових реакцій дитини в різних життєвих ситуаціях тощо. Статистичний метод – для перевірки гіпотез щодо наявності статистично значущих відмінностей між групами застосовувався χ^2 -критерій Пірсона. Статистично значущими вважалися результати, якщо $p < 0,05$. Розраховувалися довірчі інтервали (ДІ) 95% з метою оцінки точності отриманих оцінок.

Результати дослідження та їх обговорення. У батьків дітей з АД у віковій підгрупі 3–6 років високий рівень особистісної тривожності зустрічався вдвічі частіше за контрольну групу, де переважав низький рівень ОТ. Батьки дітей з АД мали втричі вищу частку високої особистісної тривожності, ніж батьки здорових дітей, де також переважав низький рівень у підгрупі 7–11 років. Показники реактивної тривожності не показали статистичної відмінності в обох вікових підгрупах.

У батьків дітей з АД значно частіше переважав домінуючий стиль виховання. Діти з АД частіше сильно хвилюються через погані оцінки, уникають бути в центрі уваги, частіше сприймаються батьками як тривожні або схильні до тривожності. У дітей з АД частіше фіксується різка протестна реакція на зауваження та сильна фрустрація у разі невдач на тлі схильності до педантичності. Батьки дітей з АД схильні частіше фокусуватися на результатах, ніж на процесі, часто вживали домінуючий тип виховання.

Висновки. Отримані результати вказують на наявність специфічного психоемоційного профілю сімей, які виховують дитину з АД, що може відігравати важливу роль у соціальній адаптації дітей, а разом із цим – у патогенезі, перебігу хронічного дерматологічного захворювання.

Ключові слова: atopічний дерматит, діти з АД, особистісна та реактивна тривожність, психологічні, соціальні чинники.

Yevheniia YEVTUSHENKO

Postgraduate Student at the Department of Dermatovenereology, Allergology, Clinical and Laboratory Immunology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorohozhytska St., 9, Kyiv, Ukraine, 04112; Dermatovenereologist, Municipal Non-Profit Enterprise of the Kyiv Regional Council “Kyiv Regional Specialized Medical Center”, Zahorivska str., 1, Kyiv, Ukraine, 04107 (yev.yev10@gmail.com)

ORCID: 0009-0003-9794-2634

SCOPUS: 58733782600

To cite this article: Yevtushenko Ye. (2025). Znachennia psykholohichnykh ta sotsialnykh chynnykyv u formuvanni atopichnoho dermatytytu u ditei [The role of psychological and social factors in the development of atopic dermatitis in children]. *Fitoterapiia. Chasopys – Phytotherapy. Journal*, 4, 68–74, doi: <https://doi.org/10.32782/2522-9680-2025-4-68>

THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

Introduction. The relationship between psychological and social factors and the onset of atopic dermatitis (AD) in children has primarily been studied in the context of the emergence of psycho-emotional disorders after the development of the skin condition. The reverse connection – namely, the role of the child's environment, particularly the psychological and behavioral characteristics of parents and the children themselves in the development of atopic dermatitis – has received comparatively little attention.

Objective. To examine the significance of certain psychological and social factors that may influence the onset and course of atopic dermatitis in children.

Materials and methods. To achieve the stated objective, the study included 116 respondents – parents of children aged 3 to 11 years – who were divided into two groups (main and control), each further subdivided into two age-based subgroups. The main group consisted of parents of children with AD (n = 64): ages 3–6 years (n = 34), ages 7–11 years (n = 30). The control group consisted of parents of healthy children (n = 52): ages 3–6 years (n = 28), ages 7–11 years (n = 24).

The bibliosemantic method was applied, which allowed the study of the state of the problem on the topic in Ukraine and worldwide, as well as clinical surveys of parents of children using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1984), according to which respondents' state anxiety (SA) and trait anxiety (TA) were assessed, since the level of anxiety can influence the nature of interactions with other people. In addition, among parents, a survey was conducted regarding their participation, style, and type of child upbringing in the family, as well as the emotional and behavioral reactions of the child in various life situations, among other aspects. The statistical method – Pearson's χ^2 test – was used to test hypotheses regarding the presence of statistically significant differences between groups. Results were considered statistically significant at $p < 0.05$. Ninety-five percent confidence intervals (CI) were calculated to assess the precision of the obtained estimates.

Results and discussion. Among parents of children with AD in the 3–6 years age subgroup, a high level of trait anxiety occurred twice as often as in the control group, where a low level of TA predominated. In the 7–11 year subgroup parents of children with AD had a threefold higher proportion of high personal anxiety than parents of healthy children, where low levels of TA also predominated. Reactive anxiety indicators did not show statistically significant differences in either age subgroup.

Parents of children with AD more often demonstrated a dominant parenting style. Children with AD were more likely to be deeply concerned about poor grades, avoid being the center of attention, and were more often perceived by parents as anxious or prone to anxiety. These children also more frequently exhibited intense protest reactions to criticism and strong frustration when facing failure, against a background of pedantic tendencies. Parents of children with AD were more likely to focus on results rather than the process and more frequently used a dominant parenting style.

Conclusions. The findings indicate the presence of a specific psycho-emotional profile in families raising a child with AD, which may play an important role in the pathogenesis, course, and social adaptation of children with chronic dermatological conditions.

Key words: atopic dermatitis, children with AD, trait and state anxiety, psychological and social factors.

Вступ. Попри велику поширеність atopічного дерматиту (АД) в Україні та світі, зокрема серед дітей, фактори його виникнення залишаються не до кінця визначеними. Загальноприйнятою є мультипричинна теорія, де саме поєднання декількох чинників може викликати появу АД (Howe, 2022; Yevtushenko, 2023). Виявлення будь-яких факторів має велике практичне значення, оскільки на частину з них можна знайти шляхи впливу, тобто розглядати їх як модифіковані, таким чином попередити або послабити появу та важкість перебігу захворювання. У значній кількості наукових праць досліджувався вплив шкірних захворювань, зокрема atopічного дерматиту, на психологічний стан дитини та якість життя (Tuckman, 2017; Paller, 2024). Однак зворотний зв'язок, а саме вплив психосоціальних чинників на перебіг atopічного дерматиту, розглядався значно менше й потребує більш глибокого вивчення.

Як відомо, вплив психологічного навантаження на загальне здоров'я пояснюють психонейроімунологічними процесами. Сигнал про стрес насамперед сприймає головний мозок, передаючи інформацію через нейромедіатори, які активують вісь гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (ГГНС).

У відповідь виділяються гормони, зокрема кортизол та адреналін, які впливають на різні системи організму, в тому числі на шкіру, спричиняючи вивільнення прозапальних цитокінів і порушення бар'єрної функції (Jin, 2022; Peters, 2023; Shastri, 2024).

Однак психологічне навантаження не є абстрактним – воно тісно пов'язане із соціальним середовищем дитини, насамперед із сімейними відносинами. Атмосфера в сім'ї та стиль виховання (авторитарний, авторитетний, поблажливий чи байдужий) визначають рівень емоційного комфорту дитини та можуть формувати хронічний стресовий фон (Onufrieva, 2022; Abdalrahman, 2023). Дослідження показують, що надмірно контрольований або емоційно холодний стиль виховання, а також висока тривожність батьків асоціюються з підвищенням рівня кортизолу в дітей, тобто з активацією ГГНС (Kryski, 2013; Köhler-Dauner, 2023). Такий тип реагування є типовим для дітей, які сприймають взаємодію з батьками як непередбачувану або загрозову, що ускладнює адаптацію та підвищує схильність до психосоматичних реакцій, зокрема шкірних проявів (Köhler-Dauner, 2023; Abdalrahman, 2023).

Таким чином, психологічні чинники, зокрема стиль виховання, емоційний стан і рівень тривож-

ності батьків, можуть опосередковано впливати на перебіг atopічного дерматиту через механізми психонейроімунної взаємодії. Враховуючи це, ми поставили за мету дослідити психологічні та соціальні чинники, наявність яких опосередковано може впливати на появу та перебіг АД, із перспективою подальшого корекційного впливу.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети в дослідження включено 116 респондентів – батьки дітей віком від 3 до 11 років були розподілені на 2 групи (основна та контрольна), кожна з яких розподілена на 2 підгрупи за віком. Основна група – батьки дітей з АД ($n = 64$): 3–6 років ($n = 34$), 7–11 років ($n = 30$) та контрольна група – батьки здорових дітей ($n = 52$): 3–6 років ($n = 28$), 7–11 років ($n = 24$).

Критерієм включення до основної групи була наявність верифікованого діагнозу АД легкого та середнього ступеня тяжкості ($SCORAD < 50$) у дитини та вік від 3 до 11 років.

Дослідження проводилося відповідно до етичних норм психологічної практики. Усі дані були анонімізовані, а участь – добровільною. Усі дорослі підписали інформовану згоду, яка погоджувала дозвіл на опитування без вказівки особистих даних (П. І. Б. та контактних даних).

Виходячи з того, що психологічний стан дитини залежить від взаємодії з оточенням, а передусім з батьками, від характеру виховання, то є логічним, що цей факт значною мірою може бути пов'язаний з емоційно-вольовими показниками батьків, а саме рівнем тривожності (Koblenzer, 1988; Gieler, 2020; Onufriieva, 2022). Поставлені нами задачі передбачають визначення рівня особистісної та реактивної тривожності як мінімум одного з батьків, а саме того, хто супроводжував дитину до лікаря, оскільки цей фактор може свідчити про ступінь емоційного зв'язку та рівень залученості до взаємодії з дитиною (Gieler, 2020).

Для цього ми використовували визнаний у психодіагностиці тест Спілберґера, який дає можливість визначити загальний рівень функціональних можливостей і навантаження механізмів психічної адаптації (психічний стрес) шляхом дослідження рівня особистісної тривожності (ОТ) як стійкої характеристики особистості та рівня реактивної тривожності (РТ) на поточний момент (Spielberger, 1984). Батьки пацієнтів заповнювали спеціальні анкети, у яких відзначали відповіді, що найточніше відображали їх психоемоційний стан (низький, середній, високий рівень тривожності), після чого отримані дані обраховувалися й інтерпретувалися згідно з умовами

методики. Хоча на сьогодні в клінічній практиці золотим стандартом для визначення рівня тривожності та депресії визнані опитувальники GAD-7, PHQ-9 та інші, тест Спілберґера не втрачає своєї актуальності у використанні в наукових працях через широку міжнародну застосовність тесту, що дає змогу зіставляти результати з даними інших авторів, має високі показники валідності та надійності. Порівняно з іншими тестами тривожності шкала Спілберґера забезпечує обґрунтовану диференціацію тимчасових і стійких проявів тривожності (Guillén-Riquelme, 2014; Dalawi, 2022).

Також серед батьків дітей проводилось опитування щодо стилю та типу виховання в сім'ї, участі батьків у вихованні, емоційних і поведінкових реакцій дитини в різних життєвих ситуаціях тощо (табл. 3). Опитування передбачало категоріальні відповіді, які дали змогу провести статистичну обробку даних. Опитувальник було розроблено для цілей цього дослідження, запитання сформовано на основі теоретичного аналізу теми, що забезпечує змістову валідність. Повна психометрична валідація інструменту не проводилася, оскільки опитувальник використовується з метою первинного збору емпіричних даних, а не як стандартизований вимірювальний тест.

Обробку результатів здійснювали за допомогою програми Microsoft Excel. Для описового аналізу розраховувалися абсолютні та відносні частоти (%) кожного показника. Для перевірки гіпотез щодо наявності статистично значущих відмінностей між групами застосовувався χ^2 -критерій Пірсона. Статистично значущими вважалися результати, якщо $p < 0,05$. Для ключових показників, що продемонстрували статистично значущі відмінності або мали аналітичне значення, розраховувалися довірчі інтервали (ДІ) 95% з метою оцінки точності отриманих оцінок.

Результати та їх обговорення. Як зазначалося, психодіагностичний тест Спілберґера дав змогу визначити особистісну та реактивну тривожність. Результати опитувальників було опрацьовано й занесено до таблиць 1 і 2.

Інтерпретація: до 30 балів – низька тривожність, 31–45 – помірна, 46 та більше – виражена тривожність.

Результати статистичного аналізу показали, що в групі батьків дітей з АД віком 3–6 років переважає високий рівень реактивної тривожності (50%), тоді як у батьків здорових дітей частіше зустрічається середній рівень (35,1%), а високий рівень реактивної тривожності значно рідше – 29,7%. Цікавою може бути інтерпретація цих показників: імовірно, високу

реактивну тривожність у батьків найменшої вікової групи хворих дітей можна пояснити обґрунтованою стурбованістю щодо здоров'я своїх малюків, зі свого боку, підвищена особистісна тривожність хоча б одного з батьків може негативно впливати на психологічний стан дитини, тобто формуються «хибні кола». Хоча у відносних показниках спостерігається відмінність, розрахунки не показали статистичної значущості ($p > 0,05$).

На відміну від молодшої вікової групи, в обох групах батьків дітей віком 7–11 років переважав середній рівень реактивної тривожності (56,7 та 45,8%), показники високого рівня РТ приблизно однакові (33,3 та 37,5%), що свідчить про відсутність статистичної значущості. Ймовірно, за певний час батьки більш старших дітей адаптувались і реагують менш тривожно на їх захворювання.

На наш погляд, показники особистісної тривожності в батьків порівняно з РТ, схильні відігравати більш значущу роль у поведінковій взаємодії батьків зі своїми дітьми та впливі на рівні стресу.

Отже, у підгрупі дітей віком 3–6 років батьки дітей з АД переважно демонстрували середній рівень особистісної тривожності – 52,9% (95% ДІ: 35,2–70,6%), тоді як батьки здорових дітей частіше мали низький рівень – 53,6% (95% ДІ: 35,2–72,0%), серед батьків дітей з АД цей показник становив 26,5% (95% ДІ: 11,7–41,3%). Високий рівень тривожності спостерігався у 20,6% (95% ДІ: 6,6–34,6%) батьків дітей з АД та в 10,7% (95% ДІ: 0–21,9%) батьків здорових дітей. Виявлено тенденцію до статистично значущих від-

мінностей між групами ($p \approx 0,0885$). Хоча класичної статистичної значущості не досягнуто, майже неперекриття ДІ для високого рівня та суттєва різниця для низького рівня підтримують спостережувану тенденцію до більшої частоти високого рівня тривожності в батьків дітей з АД.

Показники ОТ у підгрупі 7–11 років показали, що батьки дітей з АД мають значно вищу частку високої особистісної тривожності – 36,7% (95% ДІ 20,5–52,9%), ніж батьки здорових дітей – 8,3% (95% ДІ 0–18,5%). У цій групі переважав низький рівень особистісної тривожності – 50% (95% ДІ 31,5–68,5%). Виявлено статистично значущу різницю між показниками в основній і контрольній групах ($\chi^2 = 8,055$, $p = 0,0178$ ($< 0,05$), довірчі інтервали для високого рівня тривожності в обох групах не перетинаються, що свідчить про надійність отриманого результату.

Старші діти більш самостійні, краще справляються з дискомфортом і частково регулюють стрес, що зменшує ситуативну тривожність батьків. Однак хронічність АД, накопичений досвід лікування та постійна відповідальність за стан дитини формують у батьків більш стійкий, тривалий рівень тривожності. Високий рівень особистісної тривожності в батьків дітей з atopічним дерматитом (АД) може виступати значущим фактором, що погіршує перебіг хвороби, сприяючи частішим та інтенсивнішим загостренням. Емоційно напружений сімейний клімат у поєднанні з тривожністю батьків може погіршувати якість сну та збільшувати свербіж у дітей, що безпосередньо підсилює шкірні прояви АД

Таблиця 1

Розподіл респондентів (батьків дітей з atopічним дерматитом) за рівнями реактивної та особистісної тривожності та віком дітей

| Рівень тривожності батьків дітей з АД | Кількість респондентів з відповідним рівнем тривожності (абс., %) | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------|-------------------------|---------------------|
| | Реактивна тривожність | | Особистісна тривожність | |
| | 3–6 років (n = 34) | 7–11 років (n = 30) | 3–6 років (n = 34) | 7–11 років (n = 30) |
| Низький | 1 (2,9) | 3 (10,0) | 9 (26,5) | 6 (20,0) |
| Середній | 16 (47,1) | 17 (56,7) | 18 (52,9) | 13 (43,3) |
| Високий | 17 (50,0) | 10 (33,3) | 7 (20,6) | 11 (36,7) |

Таблиця 2

Розподіл респондентів (батьків здорових дітей) за рівнями реактивної та особистісної тривожності та віком дітей

| Рівень тривожності батьків здорових дітей | Кількість респондентів з відповідним рівнем тривожності (абс., %) | | | |
|---|---|---------------------|-------------------------|---------------------|
| | Реактивна тривожність | | Особистісна тривожність | |
| | 3–6 років (n = 28) | 7–11 років (n = 24) | 3–6 років (n = 28) | 7–11 років (n = 24) |
| Низький | 4 (14,3) | 4 (16,7) | 15 (53,6) | 12 (50) |
| Середній | 13 (35,1) | 11 (45,8) | 10 (35,7) | 10 (41,7) |
| Високий | 11 (29,7) | 9 (37,5) | 3 (10,7) | 2 (8,3) |

(Tuckman, 2017; Mozyrska, 2023; Abdalrahman, 2023). Крім того, поведінкові наслідки високої тривожності батьків, як-от гіперопіка, непослідовність у догляді та часта зміна лікування, знижують прихильність до терапії та підвищують ризик рецидивів (Gieles et al., 2023). У підсумку формується замкнене психосоматичне коло: тривога батьків → емоційний стрес дитини → загострення АД → подальше підвищення тривожності в батьків. Таким чином, високий рівень особистісної тривожності в батьків не лише є наслідком хронічної хвороби дитини, але й може опосеред-

ковано підтримувати або провокувати загострення та погіршувати якість життя дітей з АД.

Опитування, яке було спрямоване на з'ясування особистісних характеристик дитини, характеру взаємодії з оточенням, зокрема з батьками, виявило такий розподіл у відповідях батьків на поставлені запитання (табл. 3).

Підрахунки та статистична обробка отриманих результатів показали статистичну значущість ($p < 0,05$) таких показників:

Стиль виховання ($p = 0,0022$) у батьків дітей з АД значно частіше переважає домінуючий (46 проти

Таблиця 3

| Запитання та відповіді | Діти з atopічним дерматитом (n = 63), абс., (%) | Здорові діти (n = 52), абс., (%) |
|--|---|----------------------------------|
| Чи є для вас пріоритетом досягнення дитиною результатів за будь-яку ціну (відмінні оцінки в школі, перші місця на змаганнях тощо) | | |
| Так | 35 (55,6) | 19 (36,5) |
| Ні | 28 (44,4) | 44,4 (63,5) |
| Чи беруть участь у вихованні дитини обидва батьки? | | |
| Так, майже рівнозначно | 29 (46) | 31 (59,6) |
| Тільки матір або батько (неповна сім'я) | 9 (14,3) | 3 (5,8) |
| Переважно матір | 25 (39,7) | 18 (34,6) |
| Який тип виховання дитини в сім'ї переважає? | | |
| Партнерський | 34 (54) | 43 (82,7) |
| Домінуючий | 29 (46) | 9 (17,3) |
| Якщо Ваша дитина навчається у школі, як вона переживає погану оцінку? | | |
| Майже не хвилюється | 8 (19) | 18 (47,4) |
| Помірно хвилюється | 15 (35,7) | 14 (36,8) |
| Сильно хвилюється | 19 (45,3) | 6 (15,8) |
| Чи є лідерські якості у вашій дитині? | | |
| Поводить себе незалежно, але уникає бути в центрі уваги | 39 (61,9) | 18 (34,6) |
| Легко підпадає під сторонній вплив | 12 (19) | 6 (11,5) |
| Так | 12 (19) | 28 (53,8) |
| Ваша дитина надає перевагу: | | |
| Бути в компанії | 47 (74,6) | 32 (61,5) |
| Усамітнюватись | 16 (25,4) | 20 (38,5) |
| Чи можете Ви охарактеризувати свою дитину як тривожну? | | |
| Так | 27 (42,9) | 6 (11,5) |
| Ні | 14 (22,2) | 33 (63,5) |
| Не дуже | 22 (34,9) | 13 (25) |
| Чи можете Ви охарактеризувати свою дитину як педантичну, акуратну? | | |
| Так | 18 (28,6) | 18 (34,6) |
| Ні | 29 (46) | 21 (40,4) |
| Не дуже | 16 (25,4) | 13 (25) |
| Як дитина реагує на зауваження, прохання щось зробити (бунтує, слухняно виконує тощо)? | | |
| Спершу бунтує, але виконує | 23 (36,5) | 24 (46,2) |
| Різко реагує та йде в протест | 28 (44,4) | 11 (21,2) |
| Слухняно виконує | 12 (19) | 17 (32,7) |
| Як дитина реагує на невдачі? | | |
| Нервує та все кидає | 28 (44,4) | 7 (13,5) |
| Сильно нервує, але сама заспокоюється і продовжує робити задумане | 12 (19) | 22 (42,3) |
| Засмучується, але намагається досягти мети | 17 (27) | 23 (44,2) |

17,3%), тоді як батьки здорових дітей частіше використовують партнерський стиль (82,7%).

Реакція дитини на оцінку в школі ($p = 0,0053$). Діти з АД частіше сильно хвилюються через погані оцінки (45,3%), тоді як здорові діти схильні хвилюватися помірно (36,5%) або мінімально (47,4%).

Лідерські якості ($p = 0,0005$). Батьки здорових дітей значно частіше відзначали наявність яскравих лідерських якостей у своїх дітей (53,8%). Діти з АД частіше уникають уваги (61,6%).

Тривожність дитини ($p < 0,0001$). Цей показник має найбільш значущу відмінність. Діти з АД значно частіше сприймаються батьками як тривожні (42,9%) або схильні до тривожності (34,9%).

Реакція на зауваження ($p = 0,0259$). У дітей з АД частіше фіксується різка протестна реакція (44,4%), тоді як здорові діти частіше виконують завдання після початкового опору (46,2%) або одразу слухняно виконують (32,7%).

Реакція на невдачі ($p = 0,0003$). У дітей з АД частіше фіксується сильна фрустрація в разі невдач на тлі схильності до педантичності та відмова від діяльності, тоді як у контрольній групі переважають адаптивні стратегії подолання труднощів: намагаються досягти мети (44,2%) або самостійно справляються з емоціями (42,3%).

Показник пріоритету досягнень у межах $0,05 < p < 0,1$ ($p = 0,0649$) такий, що має тенденцію до значущості, що вказує на схильність батьків дітей з АД частіше фокусуватися на результатах, ніж на процесі (55,6%).

Не отримали статистичної значущості показники соціальності – діти з АД та здорові надають перевагу бути в компанії (74,6 та 61,5% відповідно), педантичності (28,6 та 34,6%) та ролі батьків у вихованні – у двох групах переважає однакове залучення обох батьків до виховання (46 та 59,6%).

Висновки. Проведене дослідження дало можливість виявити низку психологічних, поведінкових і виховних відмінностей між дітьми з atopічним дерматитом (АД) та їх здоровими однолітками, а також між їхніми батьками. Отримані результати вказують на наявність специфічного психоемоційного профілю сімей, де виховують дитину з АД, що може відігравати важливу роль у патогенезі, перебігу та соціальній адаптації дітей із хронічними дерматологічними захворюваннями.

Основними факторами, які відіграють роль у психосоціальному розвитку дітей з atopічним дерматитом, можуть виступати підвищена особистісна тривожність батьків, авторитарний стиль виховання, внутрішня тривожність та невпевненість дитини, фрустраційна уразливість та низька толерантність до невдач, а також знижені або приховані через авторитарне виховання лідерські якості та соціальна активність. Така ситуація створює замкнене коло, де стрес, викликаний хронічним захворюванням, накладається на психологічне навантаження внаслідок несприятливих стилів взаємодії в родині та соціумі та може впливати на соматичний стан дитини, перебіг atopічного дерматиту і якість життя.

ЛІТЕРАТУРА

- Howe W. Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate*, 2022.
- Євтушенко Є. В., Літус В. І., Літус О. І., Коваленко О. Є. Атопічний дерматит: сучасний стан проблеми в Україні і світі. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 5. С. 100–109. DOI: 10.31612/2616-4868.5.2023.14
- Paller A. S., Rangel S. M., Chamlin S. L., Hajek A., Phan S., Hogeling M., et al. Stigmatization and Mental Health Impact of Chronic Pediatric Skin Disorders. *JAMA Dermatology*. 2024. Vol. 160, No. 6. P. 621–630. DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.0594.
- Shastri M., Sharma M., Sharma K., Sharma A., Minz R. W., Dogra S., Chhabra S. Cutaneous-immuno-neuro-endocrine (CINE) system: A complex enterprise transforming skin into a super organ. *Experimental Dermatology*. 2024. Vol. 33, No. 3. e15029. DOI: 10.1111/exd.15029.
- Jin R., Luo L., Zheng J. The Trinity of Skin: Skin Homeostasis as a Neuro-Endocrine-Immune Organ. *Life (Basel, Switzerland)*. 2022. Vol. 12, No. 5. 725. DOI: 10.3390/life12050725.
- Peters E., Del Rey A., Krüger K., Rummel C. 2nd European Psychoneuroimmunology Network Autumn School: The Skin-Brain Axis and the Breaking of Barriers. *Neuroimmunomodulation*. 2023. Vol. 30, Suppl 1 (1). P. 3–7. DOI: 10.1159/000533611.
- Mozyrska O. Study of the impact of atopic dermatitis in children on the quality of life of families. *Child's Health*. 2023. Vol. 18, № 1. P. 18–22. DOI: 10.22141/2224-0551.18.1.2023.1554.
- Abdalrahman E., Ahmed O., Al-Rawashdeh A., Noufal Z. The Impact of Family Upbringing Methods on the Formation of Children's Health Awareness. *Journal of Human, Earth, and Future*. 2023. Vol. 4. P. 197–206. DOI: 10.28991/HEF-2023-04-02-05.
- Gieler U., Gieler T., Peters E. M. J., Linder D. Skin and Psychosomatics – Psychodermatology today. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2020. Vol. 18, No. 11. P. 1280–1298. DOI: 10.1111/ddg.14328.
- Koblenzer C. S., Koblenzer P. J. Chronic intractable atopic eczema. Its occurrence as a physical sign of impaired parent-child relationships and psychologic developmental arrest: improvement through parent insight and education. *Archives of Dermatology*. 1988. Vol. 124, No. 11. P. 1673–1677. DOI: 10.1001/archderm.124.11.1673.
- Онуфрієва Л., Чайковська О. Сімейний вплив на психоемоційний стан дошкільника. *Психологічний часопис*. 2022. Т. 8, № 1. С. 7–17. DOI: 10.31108/1.2022.8.1.1.
- Köhler-Dauner F., Mayer I., Hitzler M., Karabatsiakakis A., Matits L., Bach A. M., Ziegenhain U., et al. Atypical maternal interaction is associated with elevated levels of hair cortisol in children. *Frontiers in Pediatrics*. 2023. Vol. 10. DOI: 10.3389/fped.2022.994882.

- Kryski K. R., Dougherty L. R., Dyson M. W., Olino T. M., Laptook R. S., Klein D. N., Hayden E. P. Effortful control and parenting: associations with HPA axis reactivity in early childhood. *Developmental Science*. 2013. Vol. 16, № 4. P. 531–541. DOI: 10.1111/desc.12050.
- Tuckman A. The Potential Psychological Impact of Skin Conditions. *Dermatology and Therapy*. 2017. Vol. 7, Suppl. 1. P. 53–57. DOI: 10.1007/s13555-016-0169-7.
- Spielberger C. D., Vagg P. R. Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *Journal of Personality Assessment*. 1984. Vol. 48, No. 1. P. 95–97. DOI: 10.1207/s15327752jpa4801_16.
- Guillén-Riquelme A., Bucla-Casal G. Meta-analysis of group comparison and meta-analysis of reliability generalization of the State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI). *Revista Espanola de Salud Publica*. 2014. Vol. 88, № 1. P. 101–112. DOI: 10.4321/S1135-57272014000100007.
- Dalawi I., Isa M. R., Mohd Hatta M. F. H., Rahmat M. F. The Agreement between State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) on Measuring Anxiety Level Among Adult Patients Before Venepuncture Procedure. *International Journal of Human and Health Sciences (IJHHS)*. 2022. Vol. 6. P. S38. DOI: 10.31344/ijhhs.v6i0.428.

REFERENCES

- Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis (2022). W. Howe. UpToDate.
- Yevtushenko, Ye.V., Litus, V.I., Litus, O.I., Kovalenko, O.Ye. (2023). Atopichniy dermatyt: suchasnyi stan problemy v Ukraini i sviti [Atopic dermatitis: The current state of the problem in Ukraine and the world]. *Clinical and Preventive Medicine*, (5), 100–109. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2023.14> [in Ukrainian].
- Paller A. S., Rangel S. M., Chamlin S. L., Hajek A., Phan S., Hogeling M., et al. (2024). Stigmatization and Mental Health Impact of Chronic Pediatric Skin Disorders. *JAMA dermatology*, 160 (6), 621–630. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2024.0594>.
- Shastri, M., Sharma, M., Sharma, K., Sharma, A., Minz, R.W., Dogra, S., & Chhabra, S. (2024). Cutaneous-immuno-neuro-endocrine (CINE) system: A complex enterprise transforming skin into a super organ. *Experimental dermatology*, 33 (3), e15029. <https://doi.org/10.1111/exd.15029>.
- Jin, R., Luo, L., & Zheng, J. (2022). The Trinity of Skin: Skin Homeostasis as a Neuro-Endocrine-Immune Organ. *Life (Basel, Switzerland)*, 12 (5), 725. <https://doi.org/10.3390/life12050725>.
- Peters, E., Del Rey, A., Krüger, K., & Rummel, C. (2023). 2nd European Psychoneuroimmunology Network Autumn School: The Skin-Brain Axis and the Breaking of Barriers. *Neuroimmunomodulation*, 30 Suppl 1 (1), 3–7. <https://doi.org/10.1159/000533611>.
- Mozyrska, O. (2023). Study of the impact of atopic dermatitis in children on the quality of life of families. *Child's health*, 18 (1), 18–22. <https://doi.org/10.22141/2224-0551.18.1.2023.1554>.
- Abdalrahman, Elsayed & Ahmed, Osman & Al-Rawashdeh, Alaa & Noufal, Zezita (2023). The Impact of Family Upbringing Methods on the Formation of Children's Health Awareness. *Journal of Human, Earth, and Future*, 4, 197–206. <https://doi.org/10.28991/HEF-2023-04-02-05>.
- Gieler, U., Gieler, T., Peters, E.M.J., & Linder, D. (2020). Skin and Psychosomatics – Psychodermatology today. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft – Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*, 18 (11), 1280–1298. <https://doi.org/10.1111/ddg.14328>.
- Koblenzer, C.S., & Koblenzer, P.J. (1988). Chronic intractable atopic eczema. Its occurrence as a physical sign of impaired parent-child relationships and psychologic developmental arrest: improvement through parent insight and education. *Archives of dermatology*, 124 (11), 1673–1677. <https://doi.org/10.1001/archderm.124.11.1673>.
- Onufriieva, L., & Chaikovska, O. (2022). The Family Influence on the Psycho-Emotional State of a Preschool Child. *Psychological journal*, 8 (1), 7–17. <https://doi.org/10.31108/1.2022.8.1.1> [in Ukrainian].
- Köhler-Dauner, F., Mayer, I., Hitzler, M., Karabatsiakis, A., Matits, L., Bach, A.M., Ziegenhain, U., et al. (2023). Atypical maternal interaction is associated with elevated levels of hair cortisol in children. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.994882>.
- Kryski, K.R., Dougherty, L.R., Dyson, M.W., Olino, T.M., Laptook, R.S., Klein, D.N., & Hayden, E.P. (2013). Effortful control and parenting: associations with HPA axis reactivity in early childhood. *Developmental science*, 16 (4), 531–541. <https://doi.org/10.1111/desc.12050>.
- Tuckman, A. (2017). The Potential Psychological Impact of Skin Conditions. *Dermatology and therapy*, 7 (Suppl 1), 53–57. <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0169-7>.
- Spielberger, C.D., & Vagg, P.R. (1984). Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *Journal of personality assessment*, 48 (1), 95–97. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4801_16.
- Guillén-Riquelme, A., & Bucla-Casal, G. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [Meta-analysis of group comparison and meta-analysis of reliability generalization of the State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI)]. *Revista española de salud pública*, 88 (1), 101–112. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000100007>.
- Dalawi, I., Isa, M.R., Mohd Hatta, M.F.H., & Rahmat, M.F. (2022). The Agreement between State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) on Measuring Anxiety Level Among Adult Patients Before Venepuncture Procedure. *International Journal of Human and Health Sciences (IJHHS)*, 6, S38. <https://doi.org/10.31344/ijhhs.v6i0.428>.

Стаття надійшла до редакції 02.09.2025

Стаття прийнята до друку 12.11.2025

Опублікована 29.12.2025

Конфлікт інтересів: відсутній.

Євтушенко Є.В. – ідея, дизайн дослідження, збір та аналіз літератури, написання статті.

Електронна адреса для листування: yev.yev10@gmail.com