empathy. Correlation analysis revealed significant associations between negativism, physical aggression, and resentment, as well as negative associations between empathy and aggressive and hostile manifestations. Regression analysis demonstrated statistically significant predictive relationships between the father's status and trait anxiety ($R^2 = 0.798$), alexithymia ($R^2 = 0.644$), and empathy ($R^2 = 0.382$). No statistically significant regression model was established for state anxiety ($R^2 = 0.024$; $p = 0.115$).

It is concluded that short-term psychological rehabilitation may be accompanied by positive changes in adolescents' psychoemotional state; however, its effects vary across different psychological characteristics. Personality-related indicators remain substantially associated with the adolescent's family circumstances and require further systematic psychological support.

Keywords:*: adolescents, military personnel, psychological rehabilitation, psychoemotional state, alexithymia, anxiety, aggression, empathy, psychosocial support, war.*

Дата першого надходження статті до видання: 20.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 10.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 05.10.2026

DOI:
УДК 159.922.8:616.89-008.441.44:614.253.5

Олександр ПОГОРЄЛОВ
здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» кафедри авіаційної психології та управління людським фактором, Національний університет «Київський авіаційний інститут», м. Київ.
ORCID: *https://orcid.org/0009-0003-9277-298X*

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА БАР'ЄРИ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СПРОБУ СУЇЦИДУ: ЕМПІРИЧНА ТИПОЛОГІЯ МОДЕЛЕЙ

Резюме

У статті представлено результати емпіричного дослідження психологічних особливостей взаємодії медичного персоналу з підлітками, які вчинили спробу суїциду. ***Мета дослідження*** *полягає в емпіричній перевірці теоретично обґрунтованої типології моделей взаємодії медичного персоналу з підлітками після суїцидальної спроби та у встановленні співвідношення психологічних ресурсів і бар'єрів такої взаємодії.* ***Методики дослідження****. Обстежено 84 медичні працівники профільних відділень закладів охорони здоров'я. Застосовано опитувальник професійного вигорання, шкалу реактивної та особистісної тривожності, шкалу труднощів емоційної регуляції, опитувальник міжособистісної реактивності, методику емоційного інтелекту, шкалу резильєнтності, опитувальник професійної самоефективності, опитувальник копінг-стратегій та авторську анкету установок.* ***Результати.*** *Високий рівень психоемоційного виснаження виявлено в 47,62% обстежених, високу особистісну тривожність – у 53,57%, низький рівень емоційного інтелекту – у 75,00%. Встановлено асиметрію потенціалу: ресурси, звернені до пацієнта, збережено, тоді як ресурси, звернені до себе, дефіцитарні. Групи з високим та середньо-низьким виснаженням розрізняються за всіма бар'єрами та не розрізняються за жодним ресурсом. Емпатія обернено пов'язана з деперсоналізацією ($\rho = -0{,}54$) і прямо – з тривожністю ($\rho = 0{,}47$). Виокремлено чотири типи моделей взаємодії.* ***Висновки.*** *Вигорання медичного персоналу зумовлене накопиченням бар'єрів, а не нестачею ресурсів. Психологічні ресурси та бар'єри становлять дві незалежні осі ($\rho = 0{,}17$; $p > 0{,}05$), внаслідок чого поряд із теоретично передбаченими емпатійно-підтримуючою, формально-дистанційною та стигматизуючою моделями існує напружено-компенсований тип, що поєднує найвищі ресурси з високими бар'єрами.*

Ключові слова: *емоційна регуляція; емпатія; медичний персонал; підлітковий суїцид; професійне вигорання; психологічні бар'єри.*

Вступ. Самогубство підлітків залишається однією з найважчих проблем сучасної охорони здоров'я, а показники, які наводить Всесвітня організація охорони здоров'я, роблять її масштаб очевидним: щорічно у світі внаслідок суїциду гинуть понад 700 тисяч осіб, тоді як кількість спроб перевищує наведену цифру багаторазово (Міністерство охорони здоров'я України, 2023). Настанови, побудовані на засадах доказової медицини, підкреслюють, що суїцидальний акт зазвичай завершує

тривалий процес накопичення чинників ризику, а понад дев'ять десятих осіб, які його вчиняють, мають розлади психічного здоров'я в анамнезі. Профілактика суїцидів визнана пріоритетом громадського здоров'я, причому серед її складників окремо названо підготовку медичного персоналу до роботи з особами у суїцидальній кризі.

Підліток, який вижив після спроби суїциду, майже неминуче потрапляє до лікарні, а дорослим, з яким він стикається першим, виявляється не психолог і не психіатр, а лікар приймального відділення, реаніматолог, педіатр або медична сестра. Постсуїцидальний стан характеризується амбівалентністю прагнень, соромом, недовірою до дорослих та гострою потребою у прийнятті без осуду (Анищенко & Молочко, 2021; Федосєєва, 2016). За таких умов поведінка медичного працівника та перші спроби спілкування здатні або відкрити підлітку шлях до прийняття допомоги, або підтвердити його переконаність у власній непотрібності. Інтегрована мотиваційно-вольова модель суїцидальної поведінки відводить відчуттю ізоляції та браку підтримки значущого оточення роль чинника, що опосередковує перехід від суїцидальних думок до дії (O'Connor & Kirtley, 2018). Тобто характер першого контакту постає не супутньою обставиною лікування, а самостійним чинником ризику повторної спроби.

Попри це, психологічні характеристики медичного працівника, від яких залежить якість такого контакту, вивчені фрагментарно. Дослідники здебільшого аналізують або переживання підлітка-суїцидента, або професійне вигорання медиків як окремий феномен, тоді як діада «медичний працівник – підліток у кризі» рідко стає самостійним предметом. Проблема має та практичний вимір: спілкування з пацієнтом становить окрему професійну компетентність, яка потребує цілеспрямованого формування, не набувається стихійно з роками практики (Зливков & Лукомська, 2017), проте питання, наскільки медичний персонал підготовлений саме до взаємодії з підлітками після суїцидальної спроби, залишається емпірично не з'ясованим.

Аналіз наукових джерел дозволяє звести характеристики медичного працівника, що впливають на взаємодію з підлітками після спроби суїциду до двох протилежних за функцією груп. Першу утворюють ресурси. Емпатію визначають як професійно значущу якість медика, що уможливлює розуміння стану пацієнта та побудову терапевтичного контакту (Мітіна, 2017). Емоційний інтелект досліджують як чинник ефективності медичної діяльності, що забезпечує розпізнавання і регуляцію емоцій у діадичній взаємодії (Дейнека та ін., 2024; Кулібаба & Кобилянський, 2023). Резильєнтність вивчають як здатність відновлюватися після професійних навантажень і протистояти вигоранню (Інжиєвська & Павленко, 2024).

Другу групу утворюють бар'єри. Професійне вигорання, концептуалізоване через комплекс емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень (Maslach & Jackson, 1981), поширене серед медичних працівників настільки, що його розглядають як системну загрозу якості медичної допомоги. Професійне вигорання, концептуалізоване через комплекс емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень (Maslach & Jackson, 1981), поширене серед медичних працівників настільки, що його розглядають як системну загрозу якості медичної допомоги (De Hert, 2020). У роботі з підлітками, які вчинили спробу суїциду, додатковим стресогенним чинником виступає емоційна інтенсивність допомоги, причому вітчизняні дослідження фіксують загострення проблеми в умовах війни (Ассонов, 2021; Русанов, 2024; Чмир та ін., 2024). Окремим бар'єром виступає стигматизація суїцидальної поведінки, яка знецінює страждання пацієнта, знижує точність оцінювання ризику та перешкоджає зверненню по допомогу (Carpiniello & Pinna, 2017; Wyllie et al., 2025). Важливо, що емпатію описують і як ресурс, і як чинник ризику, тобто за браку засобів саморегуляції вона стає передумовою емоційного вигорання (Куліш & Сіпко, 2022).

Специфіка взаємодії з підлітком після суїцидальної спроби посилює вимоги до кожного з названих чинників. Контакт відбувається в умовах, коли пацієнт заперечує потребу в допомозі, замовкає або відповідає формально, а медичний працівник мусить одночасно виконувати соматичні призначення, оцінювати ризик повторної спроби та утримувати терапевтичну позицію. Додаткове навантаження створюють правові та етичні дилеми, пов'язані з неповноліттям пацієнта, необхідністю поінформувати батьків та збереженням конфіденційності. Взаємодія має етапний характер – від невідкладного прийому до виписки, а кожен етап висуває власні вимоги до ресурсів фахівця. Якість допомоги залежить не від окремої характеристики, а від динамічного співвідношення двох груп чинників: достатній рівень ресурсів дозволяє долати бар'єри, тоді як їх накопичення поступово виснажує ресурсну базу та закономірно веде до професійної деформації.

Співвідношення двох груп чинників покладено в основу теоретично обґрунтованої типології, що передбачає три моделі взаємодії. Емпатійно-підтримуюча модель спирається на розвинену емпатію, високий емоційний інтелект та готовність відкрито говорити про суїцидальні переживання;

фахівець бачить у підлітку особистість у кризі. Формально-дистанційна модель характеризується коректним виконанням обов'язків без емоційного залучення, а спілкування зводиться до збору анамнезу та виконання протоколу. Стигматизуюча модель ґрунтується на знеціненні переживань підлітка, сприйнятті спроби як маніпуляції та супроводжується вираженою деперсоналізацією. Побудова типології виходила з припущення про обернену залежність між ресурсами й бар'єрами: чим більше перших, тим менше других. Саме припущення й потребувало емпіричної перевірки.

Мета дослідження полягає в емпіричній перевірці зазначеної типології та у встановленні характеру співвідношення психологічних ресурсів і бар'єрів взаємодії медичного персоналу з підлітками, які вчинили спробу суїциду. **Завдання дослідження**: 1) визначити рівень вираженості бар'єрів та ресурсів взаємодії в обстеженого контингенту; 2) з'ясувати відмінності між медичними працівниками з різним рівнем емоційного виснаження; 3) встановити взаємозв'язки між ресурсами, бар'єрами та характеристиками професійного досвіду; 4) перевірити структуру співвідношення ресурсів і бар'єрів та побудувати емпіричну типологію моделей взаємодії.

Методи та методики дослідження. Дослідження виконано впродовж червня – липня 2026 року на базі закладів охорони здоров'я. Опитування проводили дистанційно, із дотриманням добровільності, анонімності та інформованої згоди.

Обстежено 84 медичні працівники: 60 лікарів (71,43%), 12 медичних сестер та медичних братів (14,29%), 9 представників молодшого медичного персоналу (10,71%) і 3 лікарі-психотерапевти (3,57%). Жінки становили 82,14% вибірки, чоловіки – 17,86%; вік коливався від 22 до 60 років (M = 35,37; SD = 9,74), стаж – від 1 до 35 років (M = 10,52; SD = 9,12). Респонденти працюють у педіатричних відділеннях (39,29%), реанімації та інтенсивній терапії (33,33%), хірургії та травматології (15,48%), приймальних відділеннях невідкладної допомоги (5,95%) та в консультативному форматі (5,95%). Критеріями відбору слугували належність до медичного персоналу, робота у відділенні, куди надходять підлітки після суїцидальної спроби, стаж від одного року та згода на участь. Частоту особистих контактів із такими пацієнтами зафіксовано як описову характеристику, а не як умову відбору, оскільки в межах одного відділення вона залежить від графіка чергувань і ротації.

Психологічні бар'єри вимірювали трьома методиками. Опитувальник професійного вигорання MBI, К. Маслач, С Джексон (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson & Leiter, 1997) дає три субшкали – психоемоційного виснаження, деперсоналізації та особистих досягнень; остання є зворотною щодо редукції. Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна розмежовує ситуативний і стійкий складники напруження (Чабан & Хаустова, 2019). Шкала труднощів емоційної регуляції К. Гратц, Л. Ремер в україномовній адаптації (Сак & Федотова, 2023) охоплює шість аспектів дефіциту саморегуляції.

Психологічні ресурси діагностували п'ятьма методиками: опитувальником міжособистісної реактивності М. Девіса (Davis, 1980) із субшкалами прийняття перспективи, фантазії, емпатичної турботи та особистого дистресу; методикою емоційного інтелекту Н. Холла з п'ятьма парціальними шкалами (Яцюк, 2019); шкалою резильєнтності Коннора – Девідсона в україномовній адаптації (Школіна та ін., 2020); опитувальником професійної самоефективності T. Rigotti, B. Schyns, G. Mohr в адаптації О. Креденцер (Карамушка та ін., 2023); опитувальником копінг-стратегій Ч. Карвера в українській адаптації (Яблонська та ін., 2023) із трьома інтегральними шкалами. Суб'єктивний професійний досвід, установки щодо суїцидальної поведінки та запит на підготовку вивчали авторською анкетою з двадцяти запитань у шести тематичних блоках.

Нормальність розподілу перевіряли за критерієм Колмогорова-Смірнова; більшість шкал діагностичного комплексу (21 із 28) їй не відповідають, що зумовило застосування непараметричних процедур за всіма показниками. Групи порівнювали за U-критерієм Манна-Уітні для незалежних вибірок, зв'язки встановлювали за ранговою кореляцією Спірмена.

Результати. Діагностика бар'єрів за опитувальником професійного вигорання MBI (К. Маслач, С. Джексон) засвідчила виражене емоційне неблагополуччя обстежених медиків. Виявлено, що психоемоційне виснаження досягло високого рівня у 40 осіб (47,62%), середнього у 40 (47,62%), а низького – лише у 4 (4,76%); середнє значення (M = 27,64; SD = 7,87) перебуває вище порогу високого рівня. Деперсоналізація виражена на високому рівні в 34 респондентів (40,48%). Знижене відчуття професійної успішності властиве 40 особам (47,62%), що піддається поясненню через специфіку контингенту: результат взаємодії з підлітком-суїцидентом відтермінований у часі, а зворотний зв'язок про подальшу долю пацієнта медик здебільшого не отримує. Інтегральний показник вигорання (M = 55,85 зі 132 можливих) відповідає стадії формування синдрому, коли зміни ще піддаються зворотному розвитку (рис. 1).

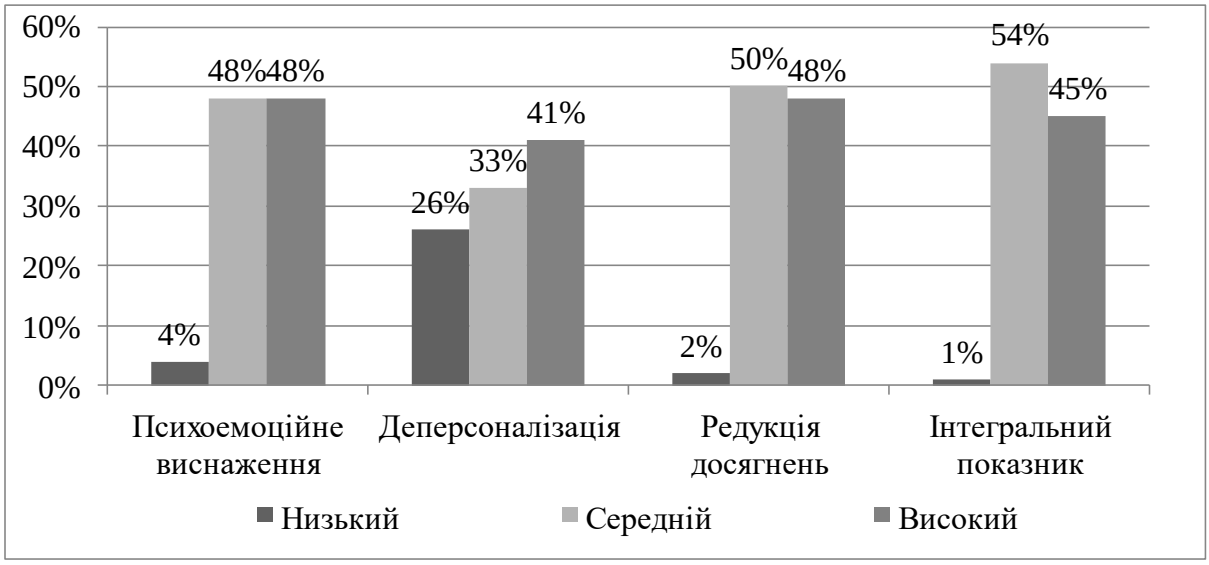


Рисунок 1. Розподіл медичного персоналу за рівнями професійного вигорання

За шкалою реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна тривожність виявилася високою у половини обстежених: реактивна – у 44 осіб (52,38%), особистісна – у 45 (53,57%), тоді як низький рівень мають лише 4 (4,76%) та 6 (7,14%) респондентів відповідно. Незначна перевага реактивної тривожності над особистісною (45,81 проти 44,88) вказує на ситуативну зумовленість напруження – відповідальністю за життя пацієнта, невизначеністю щодо правильної тактики розмови (рис. 2).

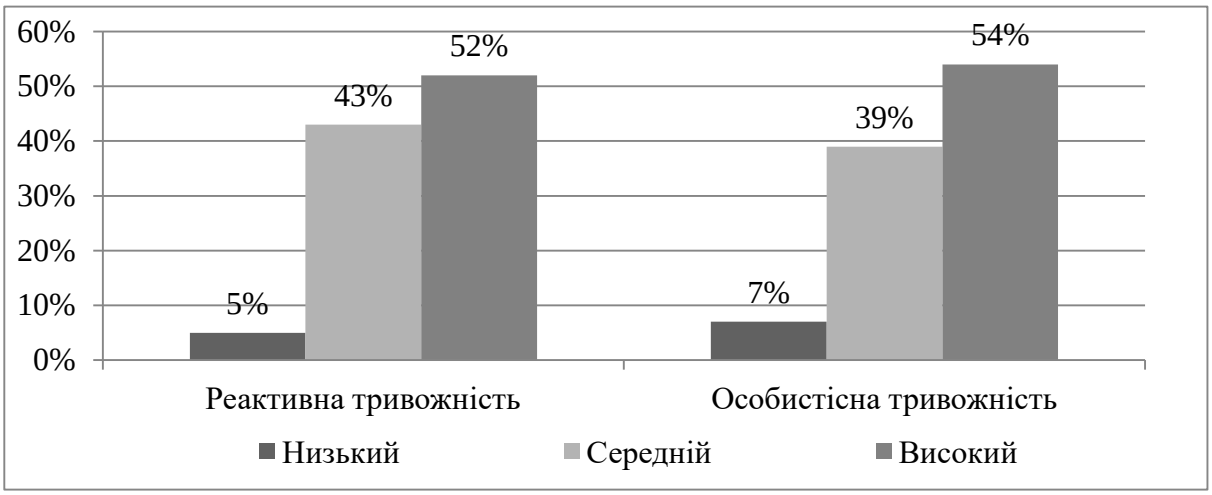


Рисунок 2. Розподіл медичного персоналу за рівнями тривожності

Профіль труднощів емоційної регуляції за шкалою К. Гратц і Л. Ремер виявився нерівномірним та саме нерівномірність становить основний діагностичний інтерес. Загальний показник (M = 77,35 зі 180) відповідає середньому рівню, високого не має жоден респондент. Водночас нестача емоційного усвідомлення сягає 60,41% теоретичного максимуму і щонайменше на середньому рівні притаманна 98,81% обстежених, тоді як труднощі контролю імпульсів становлять лише 32,46% максимуму і на високому рівні відсутні цілком (рис. 3). Медична професія вимагає стриманості, а увага до власного емоційного життя професійною культурою не передбачена.

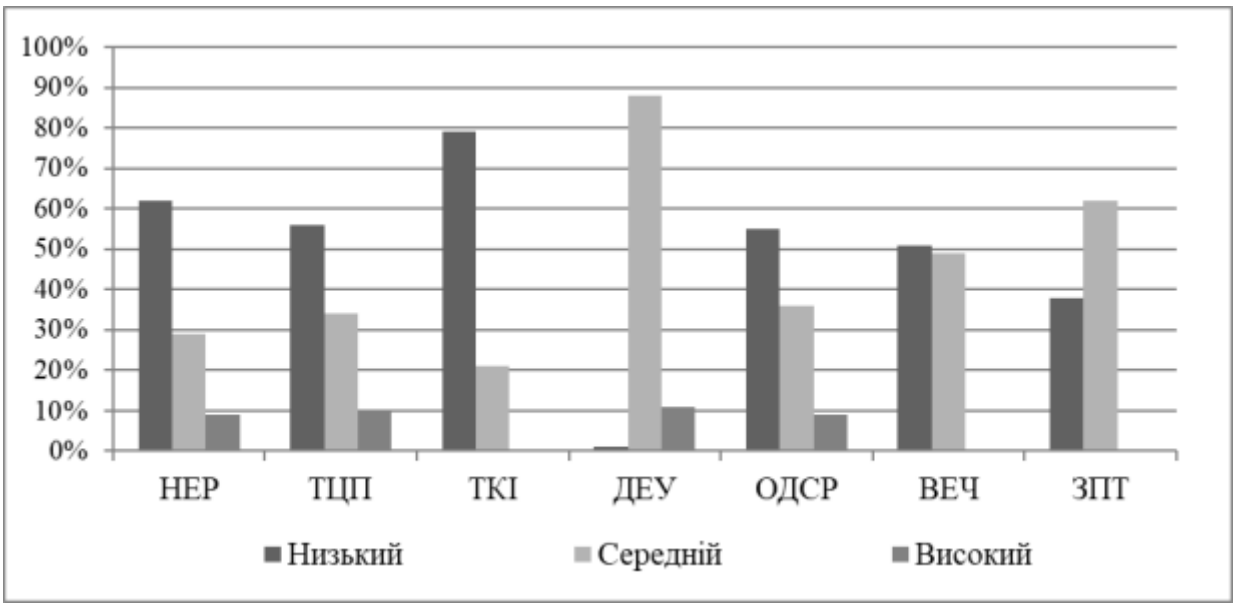


Рисунок 3. Профіль труднощів емоційної регуляції медичного персоналу

Діагностика ресурсів окреслила виразну асиметрію. За опитувальником міжособистісної реактивності М. Девіса емпатична турбота досягає 61,27% максимуму з високим рівнем у 41 особи (48,81%), прийняття перспективи – високим рівнем у 34 (40,48%). Показово, що емпатична турбота істотно переважає особистий дистрес (17,15 проти 12,02), який на високому рівні виявлено лише в 4 респондентів (4,76%): медичний персонал співпереживає пацієнтові, утримуючи увагу на його стані, а не зісковзуючи у власну тривогу (рис. 4).

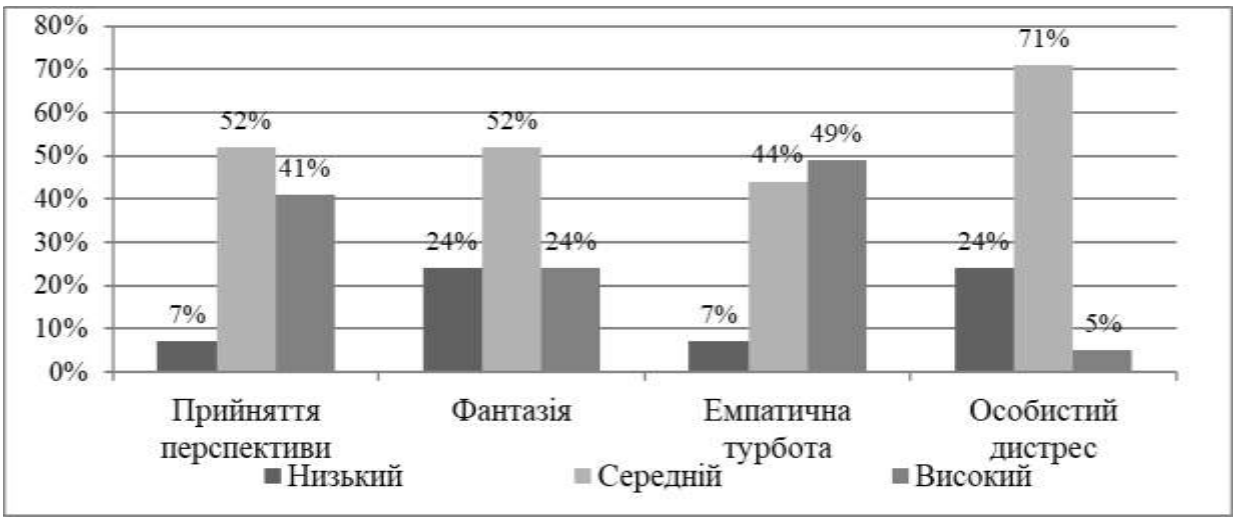


Рисунок 4. Розподіл медичних працівників за рівнями складників емпатії

Професійна самоефективність за опитувальником T. Rigotti та ін. (M = 25,15 або 69,87% максимуму) і резильєнтність за шкалою Коннора – Девідсона (M = 62,99) також збережені – низького рівня за обома шкалами не має жоден досліджуваний, тоді як високий мають відповідно 35 (41,67%) та 31 особа (36,90%) (рис. 5). Отриманий результат не суперечить зниженому відчуттю професійної успішності (47,62% вираженої редукції за MBI), оскільки самоефективність стосується професійної діяльності загалом, де результат дій очевидний, тоді як редукція досягнень відображає суб'єктивну значущість зусиль саме у взаємодії з підлітком після спроби суїциду.

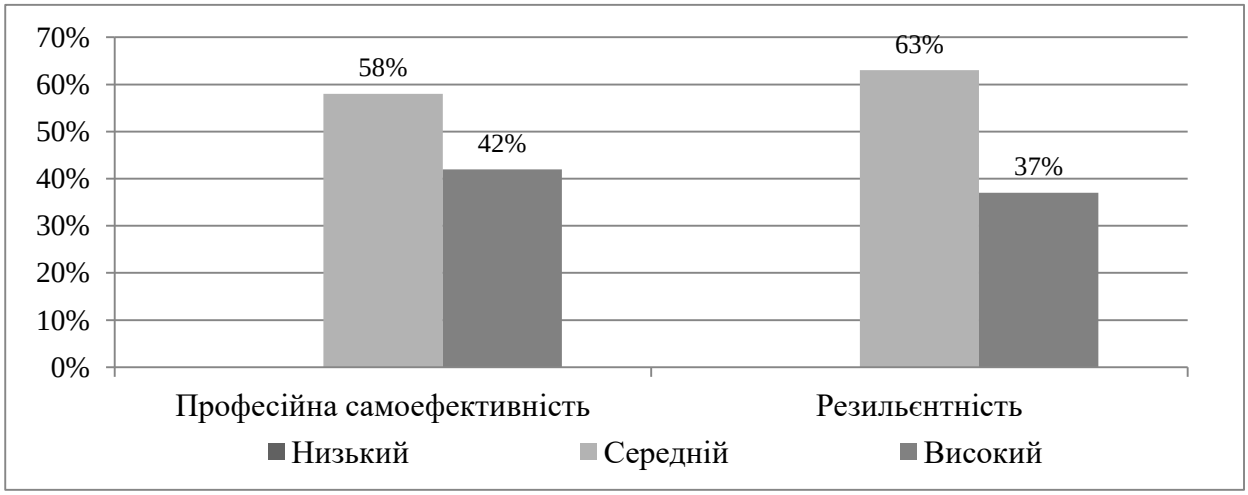


Рисунок 5. Розподіл за рівнями професійної самоефективності та резильєнтності

Натомість за методикою емоційного інтелекту Н. Холла отримано протилежні результати: інтегральний показник (М = 33,32) відповідає низькому рівню в 63 осіб (75,00%), високого не досяг ніхто. Найглибший дефіцит стосується управління власними емоціями – низький рівень у 69 респондентів (82,14%) (рис. 6). Розбіжність між двома методиками пояснюється відмінністю предмета вимірювання: опитувальник міжособистісної реактивності діагностує схильність співчувати, тоді як методика емоційного інтелекту – вміння усвідомлено оперувати емоційною інформацією. Медичний працівник співчуває, проте не володіє інструментами роботи з емоційним матеріалом, який виникає в контакті.

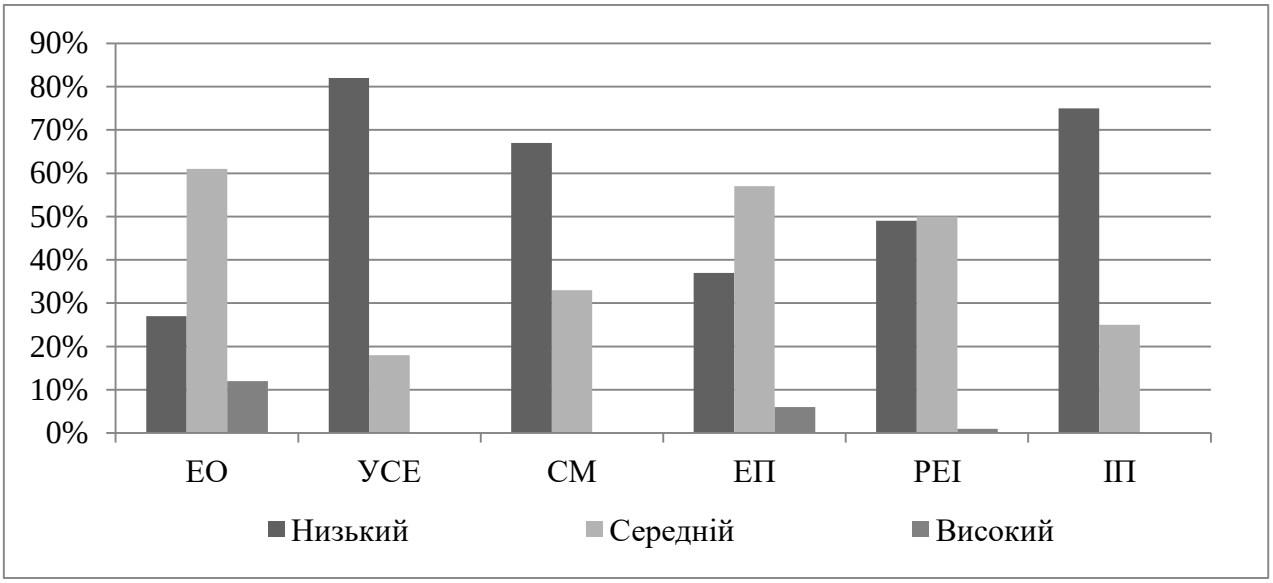


Рисунок 6. Розподіл медичних працівників за рівнями емоційного інтелекту

Копінг-профіль обстеженого контингенту за опитувальником Ч. Карвера вирізняється конструктивністю. Найвираженішим є копінг, фокусований на проблемі (74,52% максимуму), який на високому рівні притаманний 31 особі (36,90%), а на низькому – жодній; близькі значення має копінг, фокусований на емоціях (71,92% максимуму) з високим рівнем у 30 респондентів (35,71%). Уникаючий копінг виражений найслабше (54,61% максимуму): високого рівня досягли лише 3 особи (3,57%), тоді як 17 (20,24%) майже не вдаються до уникнення (рис. 7). Медичний персонал радше діє та шукає підтримки, ніж заперечує проблему, проте володіє переважно поведінковими засобами подолання за дефіциту власне емоційних, що окреслює межу наявного ресурсу.

Анкетування засобами авторської анкети «Установки та комунікативна компетентність медичного персоналу у взаємодії з підлітками після спроби суїциду» підтвердило дані стандартизованих методик і додало до них суб'єктивний вимір. Перед контактом із підлітком домінує професійна зосередженість (83,33%) та співчуття (47,62%), проте 36,90% визнають роздратування

через додаткове навантаження, а 35,71% – прагнення швидше передати пацієнта профільному фахівцю. Найскладнішими названо суто комунікативні завдання: встановлення довірливого контакту (58,33%) та роботу з мовчанням підлітка (55,95%), тоді як клінічні рішення складними вважають 16,67%. Найпоказовішим є розподіл емоційних реакцій після контакту: 70,24% заперечують будь-які особливі реакції, водночас 64,29% повідомляють про тривогу за долю пацієнта. Заперечення виступає радше професійною настановою незворушності, ніж описом дійсного стану.

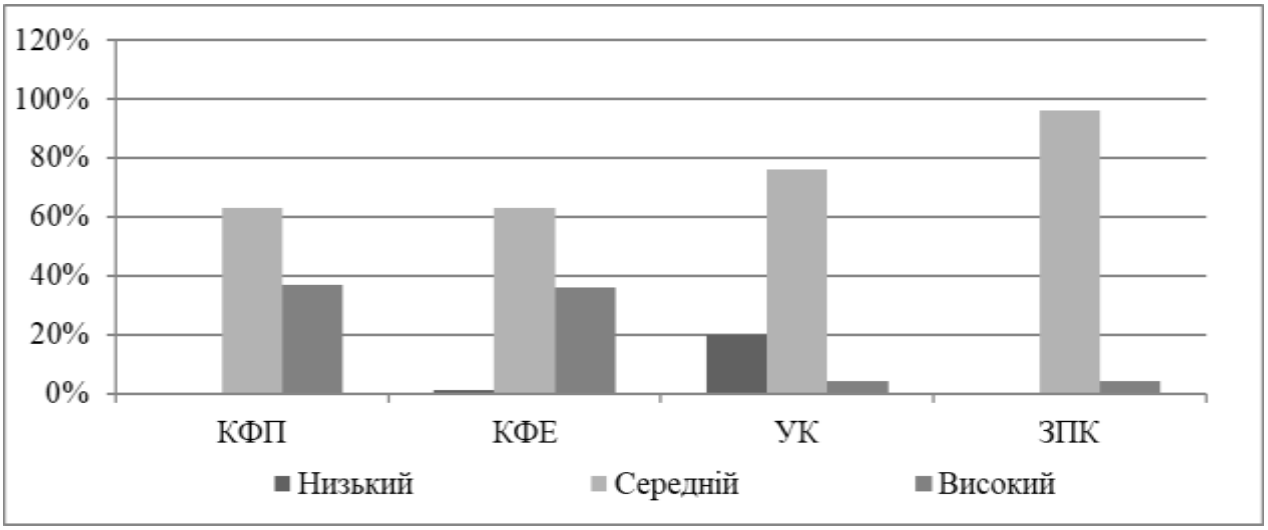


Рисунок 7. Розподіл медичних працівників за рівнями вираженості копінг-стратегій

Стигматизуючу настанову поділяє суттєва частина вибірки: маніпулятивний мотив серед причин спроб назвали 52,38% опитаних, а більшість підліткових спроб вважають демонстративними 42,86%, причому справжніми більшість не вважає жоден респондент. Комунікативний репертуар обмежений: доброзичливе звертання на ім'я застосовують 96,43%, тоді як пряме обговорення теми спроби – лише 10,71%, а уникають її 32,14%. Спеціалізованої підготовки не отримував жоден медичний працівник, і 80,95% оцінюють власну готовність нижче за задовільну. Запит на навчання відтворює ту саму асиметрію: теми, звернені до пацієнта, посідають перші місця (техніки контакту – 69,05%), а способи саморегуляції (15,48%) та профілактика вигорання (8,33%) – останні.

Порівняльний аналіз проведено за критерієм рівня психоемоційного виснаження як ядерного симптому вигорання: групу з високим рівнем склали 40 осіб (47,62%), із середнім та низьким – 44 (52,38%). Значущі відмінності встановлено за п'ятнадцятьма показниками з двадцяти восьми, проте розподіл їх виявився нерівномірним. Групи розділяють усі бар'єри: деперсоналізація (12,55 проти 8,93; $p \leq 0{,}001$), особистісна тривожність (49,48 проти 40,70; $p \leq 0{,}001$), труднощі емоційної регуляції (86,96 проти 68,61; $p \leq 0{,}001$). Натомість жодна ресурсна шкала груп не розділяє: за емпатією, емоційним інтелектом, самоефективністю та резильєнтністю відмінності не досягають рівня значущості.

Аналіз субшкал уточнює механізм: за дефіцитом емоційного усвідомлення групи не розрізняються взагалі (18,23 проти 18,02; $p > 0{,}05$), тоді як за обмеженим доступом до стратегій регуляції розходяться найвиразніше (20,70 проти 13,59; $p \leq 0{,}001$). Прикметно, що виснажені респонденти вдаються до проблемно-фокусованого копінгу активніше за колег (25,00 проти 22,80; $p \leq 0{,}001$), отже, інтенсивне долання є відповіддю на напруження, а не захистом від нього.

Кореляційний аналіз показав, що ядром бар'єрного блоку виступає особистісна тривожність, тісно пов'язана з виснаженням ($\rho = 0{,}60$; $p \leq 0{,}001$) та обмеженим доступом до стратегій регуляції ($\rho = 0{,}73$; $p \leq 0{,}001$). Захисну функцію виконують професійна самоефективність ($\rho = -0{,}55$ з інтегральним вигоранням; $p \leq 0{,}001$), емпатична турбота ($\rho = -0{,}54$ з деперсоналізацією; $p \leq 0{,}001$), резильєнтність ($\rho = -0{,}34$; $p \leq 0{,}01$) та управління власними емоціями ($\rho = -0{,}54$ з труднощами регуляції; $p \leq 0{,}001$).

Емпатія при цьому виявила подвійну природу: захищаючи пацієнта від знецінення, вона підвищує напруження фахівця – прийняття перспективи пов'язане з реактивною тривожністю ($\rho = 0{,}50$; $p \leq 0{,}001$), емпатична турбота – з реактивною та особистісною ($\rho = 0{,}47$; $p \leq 0{,}001$). Припущення про зв'язок дефіциту емоційного усвідомлення з вигоранням підтвердження не отримало ($\rho = -0{,}11$; $p > 0{,}05$), натомість значущим виявився зв'язок вигорання з труднощами емоційної регуляції загалом (ρ

= 0,40; $p \leq 0,001$). Жоден психологічний показник не корелює зі стажем, віком чи частотою контактів із підлітками зазначеної категорії ($p > 0,05$).

Перевірка структури співвідношення ресурсів і бар'єрів дала результат, що суперечить вихідному припущенню. Інтегральні індекси, обчислені шляхом нормалізації шкал до стовідсоткового діапазону з подальшим усередненням, виявилися статистично незалежними ($\rho = 0,17$; $p > 0,05$). Отже, ресурси та бар'єри не утворюють єдиної осі, а становлять дві самостійні. Медіанний поділ за обома осями дав чотири типи: ресурсний (19 осіб; 22,62%), напружено-компенсований (23 особи; 27,38%), виснажений (19 осіб; 22,62%) та дистанційований (23 особи; 27,38%).

Три типи узгоджуються з теоретично обґрунтованими моделями. Ресурсний відповідає емпатійно-підтримуючій: виснаження найнижче (20,32), деперсоналізація майже відсутня (6,89), резильєнтність і самоефективність найвищі. Дистанційований відповідає формально-дистанційній, розкриваючи її механізм: низький рівень бар'єрів (найнижча тривожність – 37,22) досягається шляхом відсутності залучення, оскільки емпатична турбота тут найнижча (13,48), а деперсоналізація перевищує показник ресурсного типу (11,65 проти 6,89). Виснажений відповідає стигматизуючій: найвища деперсоналізація (14,79), найнижчі особисті досягнення (25,37) та емоційний інтелект (20,47), найвищий уникаючий копінг (19,89).

Четвертий тип теоретичною моделлю не передбачався. Представники напружено-компенсованого типу мають найвищий індекс ресурсів у вибірці (71,76), максимальну емпатичну турботу (20,48) та найвищі особисті досягнення (34,96) і водночас найвищу особистісну тривожність (52,65) за високого виснаження (32,30). Фахівці цієї групи виявилися найбільш залученими, вони зберігають співчуття та віру у власну результативність, однак при цьому відчувають значне напруження.

Дискусія. Отримані дані частково узгоджуються з наявними дослідженнями та частково їх уточнюють. Поширеність вигорання в обстеженій вибірці відповідає загальній картині, описаній для медичних працівників (De Hert, 2020; Чмир та ін., 2024), проте наше дослідження додає суттєвий нюанс щодо його природи. Тезу про те, що ресурси захищають від вигорання (Ассонов, 2021; Інжиєвська & Павленко, 2024), кореляційний аналіз підтверджує, водночас порівняння груп її обмежує: виснажені і невиснажені медичні працівники не різняться за жодною ресурсною шкалою. Отже, ресурси пов'язані з вигоранням лінійно, проте їх наявність не гарантує захисту за високої тривожності, а вигорання виникає у фахівців зі збереженим потенціалом.

Найповніше наші результати перегукуються з даними про суперечливу роль емпатії (Куліш & Сіпко, 2022). Ми конкретизували механізм: емпатія розділяє свою дію між учасниками контакту – захищає пацієнта від знецінення (обернений зв'язок з деперсоналізацією) і водночас підвищує тривожність самого фахівця (прямий зв'язок з обома шкалами тривожності). Практичний наслідок полягає в тому, що розвиток емпатії у відриві від навичок саморегуляції здатний не поліпшити, а погіршити стан персоналу.

Виявлена частка носіїв стигматизуючої настанови (42,86%) узгоджується з даними про поширеність стигми суїцидальної поведінки та її вплив на звернення по допомогу (Carpiniello & Pinna, 2017; Wyllie et al., 2025), проте отримана в групі, від якої стигми очікують найменше, у медичних працівників профільних відділень. Показово, що жоден респондент не проходив спеціалізованої підготовки, а психологічні показники не пов'язані зі стажем – досвід без навчання не перетворюється ані на компетентність, ані на захист.

Головним теоретичним підсумком вважаємо спростування вихідного припущення про обернену залежність ресурсів і бар'єрів. Незалежність осей ($\rho = 0,17$; $p > 0,05$) означає, що типологія моделей взаємодії має бути не лінійною, а двовимірною, а напружено-компенсований тип, який поєднує максимальні ресурси з високими бар'єрами, є закономірним наслідком такої структури, а не аномалією. Група становить найбільший практичний інтерес: її представники залучені та співчутливі, тобто саме такі, яких потребує підліток у кризі, і водночас перебувають на шляху до виснаження.

Практичне значення отриманих результатів полягає у зміщенні акценту психологічної підготовки медичного персоналу. Запит самих фахівців, як показало анкетування, спрямований на техніки роботи з пацієнтом, тоді як діагностика виявила найглибший дефіцит у сфері саморегуляції, до якої запит виявився найнижчим. Розбіжність відтворює ту саму асиметрію, що породжує проблему: увага фахівця звернена назовні, а власний стан залишається поза полем зору. Програму підготовки, отже, недоцільно вибудовувати виключно за побажаннями персоналу, проте ігнорувати їх не варто. Раціональним видається формат, у якому затребувані теми комунікації з підлітком слугують вхідною точкою та забезпечують мотивацію до участі, а робота з тривожністю та навичками

емоційної регуляції інтегрується в них як умова опанування самих комунікативних технік: витримати мовчання підлітка і не проявляти роздратування здатний лише той фахівець, який розпізнає власні емоції в контакті.

Висновки. В емпіричному дослідженні визначено психологічні особливості взаємодії медичного персоналу з підлітками, які вчинили спробу суїциду та обґрунтовано мішені програми психологічної підготовки:

1. Медичний персонал профільних відділень демонструє виражене емоційне неблагополуччя: високий рівень психоемоційного виснаження виявлено в 47,62% обстежених, високу реактивну та особистісну тривожність – у 52,38% і 53,57% відповідно, знижене відчуття професійної успішності – у 47,62%. Конфігурація складників вигорання, за якої виснаження та редукція досягнень випереджають деперсоналізацію, свідчить про збережену професійну позицію за вичерпаного емоційного ресурсу.

2. Виявлено асиметрію психологічного потенціалу: ресурси, спрямовані на пацієнта, збережено (високий рівень емпатичної турботи мають 48,81% респондентів, професійної самоефективності – 41,67%, при цьому низького рівня самоефективності та резильєнтності не виявлено в жодного досліджуваного), тоді як ресурси, звернені на самого фахівця, дефіцитарні (низький рівень інтегрального емоційного інтелекту зафіксовано у 75,00% медичних працівників, управління власними емоціями – у 82,14%).

3. Вигорання медичного персоналу зумовлене накопиченням бар'єрів, а не нестачею ресурсів: групи з високим та середньо-низьким виснаженням розрізняються за всіма показниками бар'єрного блоку та не розрізняються за жодною ресурсною шкалою. Дефіцит емоційного усвідомлення притаманний вибірці однаково (18,23 проти 18,02; $p > 0,05$) і з вигоранням не пов'язаний ($\rho = -0,11$; $p > 0,05$), тоді як обмежений доступ до стратегій регуляції розділяє групи найвиразніше (20,70 проти 13,59; $p \leq 0,001$), що визначає розвиток навичок регуляції, а не самоспостереження, пріоритетним напрямом психологічної підготовки.

4. Емпатія має подвійну природу: захищаючи пацієнта від знецінення ($\rho = -0,54$ з деперсоналізацією; $p \leq 0,001$), вона підвищує тривожність фахівця ($\rho = 0,47$; $p \leq 0,001$). Ядром бар'єрного блоку виступає особистісна тривожність ($\rho = 0,60$ з виснаженням; $p \leq 0,001$). Психологічні показники не пов'язані зі стажем, віком та частотою контактів із підлітками-суїцидентами.

5. Встановлено наскрізний розрив між об'єктивним станом медичного персоналу та його усвідомленням: 70,24% респондентів заперечують будь-які емоційні реакції після контакту з підлітком, водночас 64,29% повідомляють про тривогу за долю пацієнта; 47,62% не помічають у себе ознак професійної втоми попри виміряне виснаження; найнижчий запит на підготовку виявлено саме щодо емоційної саморегуляції (15,48%) та профілактики вигорання (8,33%). Стигматизуючу настанову щодо демонстративного характеру підліткових спроб поділяють 42,86% опитаних, спеціалізованої підготовки не отримував жоден медичний працівник, а 80,95% оцінюють власну готовність нижче за задовільну.

6. Психологічні ресурси та бар'єри взаємодії становлять дві незалежні осі ($\rho = 0,17$; $p > 0,05$), а не полюси однієї, унаслідок чого емпірична типологія охоплює чотири типи: ресурсний (22,62%), напружено-компенсований (27,38%), виснажений (22,62%) та дистанційований (27,38%). Три з них відповідають теоретично обґрунтованим емпатійно-підтримуючій, стигматизуючій та формально-дистанційній моделям, тоді як напружено-компенсований тип, що поєднує найвищі ресурси з високими бар'єрами, теоретичною моделлю не передбачався і потребує самостійного врахування під час планування психологічної підтримки медичного персоналу.

Мішенями програми психологічної підготовки визначено зниження тривожності як ядра бар'єрного блоку, розвиток навичок регуляції власних емоцій, зміцнення професійної самоефективності стосовно роботи з підлітками у кризі, подолання настанови щодо демонстративності спроб та опанування комунікативних технік прямої розмови про суїцидальні переживання. Цільовою групою програми визначено медичних працівників із високим рівнем психоемоційного виснаження (47,62% вибірки), які потребують втручання найбільше та зберігають ресурсний потенціал, достатній для зворотності виявлених змін.

Подальші дослідження доцільно спрямувати на розробку та апробацію програми психологічної підготовки медичного персоналу з диференціацією змісту за виокремленими типами, а також на лонгітюдну перевірку припущення про перехід напружено-компенсованого типу у виснажений за відсутності підтримки. Окремої уваги потребує перевірка двовимірної структури на розширеній та міжрегіональній вибірці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Анищенко, Л. О., & Молочко, Т. М. (2021). *Превенція суїцидальної поведінки підлітків: методичні рекомендації*. Чернігів.

Ассонов, Д. (2021). Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. Психосоматична медицина та загальна практика, 2(6), 1–14.

Дейнека, Н. Д., Мялюк, О. П., & Марущак, М. І. (2024). Значення емоційного інтелекту в медсестер та фактори, що на нього впливають. Health & Education. Серія: Медицина, 4, 3–12.

Зливков, В. Л., & Лукомська, С. О. (2017). Спис Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: ПП Лисенко М. М.

Інжиєвська, Л. А., & Павленко, М. С. (2024). Феномен резильєнтності до емоційного вигорання медичних працівників. Наукові перспективи, 1(43), 792–805.

Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В., Лагодзінська, В. І., Івкін, В. М., & Ковальчук, О. С. (2023). Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Кулібаба, Є., & Кобилянський, О. (2023). Роль емоційного інтелекту в професійній діяльності фахівців медичного профілю. ПедБез, 9(2), 107–111.

Куліш, О. В., & Сіпко, Л. О. (2022). Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Науковий вісник Ужгородського національного університету, 1, 32–36.

Міністерство охорони здоров'я України. (2023). Ознаки суїцидальної поведінки: про що варто знати, щоб вчасно допомогти. Доступно за URL: https://moz.gov.ua/uk/oznaki-suicidalnoi-povedinki-pro-scho-varto-znati-schob-vchasno-dopomogti

Мітіна, С. В. (2017). Емпатія як професійно важлива якість медичного фахівця. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 1(1), 82–88.

Русанов, В. (2024). Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. Психосоматична медицина та загальна практика, 9(3).

Сак, Л. В., & Федотова, З. В. (2023). Крос-культурна адаптація та валідизація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS: апробація у хворих підлітків на нервову анорексію та їх батьків/опікунів. Медична психологія, 21, 38–45.

Федосєєва, І. В. (2016). Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. Young Scientist, 9, 161–165.

Чабан, О. О., & Хаустова, О. О. (Ред.). (2019). Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник (2-ге вид., випр. і доповн.). Київ: Видавничий дім Медкнига.

Чмир, Н. В., Дробінська, Н. В., Федечко, М. Й., Новосад, А. Б., & Базилевич, А. Я. (2024). Емоційне вигорання медичних працівників як проблема медичної психології: сучасний стан та шляхи подолання. Українські медичні вісті, 3–4(100–101), 38–46.

Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. (2020). Адаптація та валідизація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора – Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. Український ревматологічний журнал, 2(80), 66–72.

Яблонська, Т., Верник, О., & Гайворонський, Г. (2023). Українська адаптація опитувальника Brief-COPE. Інсайт: психологічні виміри суспільства, 10, 66–89.

Яцюк, М. (2019). Емоційний інтелект особистості: навчально-методичний посібник. Вінниця: Вид-во «Діло».

Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. Frontiers in Psychiatry, 8, 35. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00035

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10, 85.

De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. Local and Regional Anesthesia, 13, 171–183. https://doi.org/10.2147/LRA.S240564

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2(2), 99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 373(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

Wyllie, J. M., Robertson, D., Rasmussen, S., & Cleare, S. (2025). Suicide-related stigma and its relationship with help-seeking, mental health, suicidality and grief: A scoping review. BJPsych Open, 11(2).

REFERENCES

Anyshchenko, L. O., & Molochko, T. M. (2021). *Perventsiia suitsydalnoi povedinky pidlitkiv: metodychni rekomendatsii* [Prevention of adolescent suicidal behaviour: guidelines]. Chernihiv [in Ukrainian].

Assonov, D. (2021). Emotsiine vyhorannia medychnykh pratsivnykiv: modeli, faktory ryzyku ta protektyvni faktory [Emotional burnout of medical workers: models, risk factors and protective factors]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka, 2*(6), 1–14 [in Ukrainian].

Deineka, N. D., Mialiuk, O. P., & Marushchak, M. I. (2024). Znachennia emotsiinoho intelektu v medsester ta faktory, shcho na noho vplyvaiut [The importance of emotional intelligence in nurses and factors influencing it]. *Health & Education. Seriia: Medytsyna, 4*, 3–12 [in Ukrainian].

Zlyvkov, V. L., & Lukomska, S. O. (2017). *Spys Hippokrata: osnovy psykholohii spilkuvannia dlia medychnykh pratsivnykiv* [The spear of Hippocrates: fundamentals of communication psychology for medical workers]. Nizhyn: PP Lysenko M. M. [in Ukrainian].

Inzhyievska, L. A., & Pavlenko, M. S. (2024). Fenomen rezylientnosti do emotsiinoho vyhorannia medychnykh pratsivnykiv [The phenomenon of resilience to emotional burnout of medical workers]. *Naukovi perspektyvy, 1*(43), 792–805 [in Ukrainian].

Karamushka, L. M., Kredentser, O. V., Tereshchenko, K. V., Lahodzinska, V. I., Ivkin, V. M., & Kovalchuk, O. S. (2023). *Metodyky doslidzhennia psykhichnoho zdorovia ta blahopoluchchia personalu orhanizatsii: psykholohichnyi praktykum* [Methods of studying mental health and well-being of organizational staff: a psychological practicum]. Kyiv: Instytut psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy [in Ukrainian].

Kulibaba, Ye., & Kobylianskyi, O. (2023). Rol emotsiinoho intelektu v profesiinii diialnosti fakhivtsiv medychnoho profiliu [The role of emotional intelligence in the professional activity of medical specialists]. *PedBez, 9*(2), 107–111 [in Ukrainian].

Kulish, O. V., & Sipko, L. O. (2022). Vplyv empatii na formuvannia syndromu emotsiinoho vyhorannia u medychnykh pratsivnykiv [The influence of empathy on the formation of emotional burnout syndrome in medical workers]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu, 1*, 32–36 [in Ukrainian].

Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2023). *Oznaky suitsydalnoi povedinky: pro shcho varto znaty, shchob vchasno dopomohty* [Signs of suicidal behaviour: what to know in order to help in time]. Retrieved from https://moz.gov.ua/uk/oznaki-suicidalnoi-povedinki-pro-scho-varto-znati-schob-vchasno-dopomogti [in Ukrainian].

Mitina, S. V. (2017). Empatiia yak profesiino vazhlyva yakist medychnoho fakhivtsia [Empathy as a professionally important quality of a medical specialist]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu. Seriia: Psykholohichni nauky, 1*(1), 82–88 [in Ukrainian].

Rusanov, V. (2024). Profesiine vyhorannia medychnykh pratsivnykiv v umovakh viiny: istorychnyi analiz, suchasni doslidzhennia ta avtorske vyznachennia [Professional burnout of medical workers in wartime: historical analysis, modern research and the author's definition]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka, 9*(3) [in Ukrainian].

Sak, L. V., & Fedotova, Z. V. (2023). Kros-kulturna adaptatsiia ta validyzatsiia ukrainomovnoi versii shkaly trudnoshchiv emotsiinoi rehuliatsii DERS [Cross-cultural adaptation and validation of the Ukrainian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale]. *Medychna psykholohiia, 21*, 38–45 [in Ukrainian].

Fedosieieva, I. V. (2016). Vikovi osoblyvosti suitsydalnoi povedinky pidlitkiv [Age-related features of adolescent suicidal behaviour]. *Young Scientist, 9*, 161–165 [in Ukrainian].

Chaban, O. O., & Khaustova, O. O. (Eds.). (2019). *Praktychna psykhosomatyka: diahnostychni shkaly* [Practical psychosomatics: diagnostic scales] (2nd ed., rev.). Kyiv: Vydavnychyi dim Medknyha [in Ukrainian].

Chmyr, N. V., Drobinska, N. V., Fedechko, M. Y., Novosad, A. B., & Bazylevych, A. Ya. (2024). Emotsiine vyhorannia medychnykh pratsivnykiv yak problema medychnoi psykholohii [Emotional burnout of medical workers as a problem of medical psychology]. *Ukrainski medychni visti, 3–4*(100–101), 38–46 [in

Ukrainian].

Shkolina, N. V., Shapoval, I. I., Orlova, I. V., Kedyk, I. O., & Stanislavchuk, M. A. (2020). Adaptatsiia ta validyzatsiia ukrainomovnoi versii shkaly stresostiikosti Konnora – Devidsona-10 (CD-RISC-10) [Adaptation and validation of the Ukrainian version of the Connor-Davidson Resilience Scale-10]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal, 2*(80), 66–72 [in Ukrainian].

Yablonska, T., Vernyk, O., & Haivoronskyi, H. (2023). Ukrainska adaptatsiia opytuvalnyka Brief-COPE [Ukrainian adaptation of the Brief-COPE questionnaire]. *Insait: psykholohichni vymiry suspilstva, 10*, 66–89 [in Ukrainian].

Yatsiuk, M. (2019). *Emotsiinyi intelekt osobystosti: navchalno-metodychnyi posibnyk* [Emotional intelligence of the personality: a study guide]. Vinnytsia: Vyd-vo "Dilo" [in Ukrainian].

Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in Psychiatry, 8*, 35. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00035 [in English].

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85 [in English].

De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia, 13*, 171–183. https://doi.org/10.2147/LRA.S240564 [in English].

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*(2), 99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205 [in English].

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press [in English].

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 373*(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268 [in English].

Wyllie, J. M., Robertson, D., Rasmussen, S., & Cleare, S. (2025). Suicide-related stigma and its relationship with help-seeking, mental health, suicidality and grief: A scoping review. *BJPsych Open, 11*(2) [in English].

Oleksandr POHORIELOV
PhD student in Psychology at the Department of Aviation Psychology and Human Factors Management, National University "Kyiv Aviation Institute", Kyiv.
ORCID: *https://orcid.org/0009-0003-9277-298X*

PSYCHOLOGICAL RESOURCES AND BARRIERS IN THE INTERACTION OF MEDICAL STAFF WITH ADOLESCENTS WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE: AN EMPIRICAL TYPOLOGY OF MODELS

Abstract

The aim of the study *was to empirically test a theoretically grounded typology of interaction models employed by medical staff with adolescents after a suicide attempt, and to establish the relationship between the psychological resources and barriers of such interaction.* ***Research methods.*** *Eighty-four medical professionals from departments admitting adolescents after suicide attempts were examined using the Maslach Burnout Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory, the Difficulties in Emotion Regulation Scale, the Interpersonal Reactivity Index, an emotional intelligence measure, the Connor-Davidson Resilience Scale, an occupational self-efficacy questionnaire, the Brief-COPE, and an author-designed survey of professional attitudes. Data were processed in SPSS 27.0.* ***Results.*** *High emotional exhaustion was found in 47.62% of respondents, high trait anxiety in 53.57%, and low emotional intelligence in 75.00%. The psychological potential proved asymmetric: resources directed towards the patient were preserved, whereas resources directed towards the self were deficient. Staff with high and moderate-to-low exhaustion differed across all barrier measures and across none of the resource measures. Empathic concern was inversely related to depersonalisation ($\rho = -0.54$) and positively related to anxiety ($\rho = 0.47$). Four types of interaction models were identified.* ***Conclusions.*** *Burnout among medical staff results from the accumulation of barriers rather than from a lack of resources. Resources and barriers constitute two independent axes ($\rho = 0.17$; $p > 0.05$); consequently, alongside the theoretically predicted empathic-supportive, formally-distanced and stigmatising models, a strained-compensated type exists that combines the highest resources with high barriers and requires separate consideration when planning psychological support.*

Keywords: *adolescent suicide; emotion regulation; empathy; medical staff; professional burnout; psychological barriers.*

Дата першого надходження статті до видання: 20.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 10.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 05.10.2026

DOI:
УДК 159.922.8:616.89-008.441.44-053.6

Любов ПОМИТКІНА
доктор психологічних наук, професор, професор кафедри авіаційної психології та управління людським фактором, Національний університет «Київський авіаційний інститут», м. Київ.
ORCID: *https://orcid.org/0000-0002-2148-9728*

Марина ДІДУХ
кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри авіаційної психології та управління людським фактором, Національний університет «Київський авіаційний інститут», м. Київ.
ORCID: *https://orcid.org/0000-0003-2331-4603*

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ У ФОРМУВАННІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ТА ВОЄННОГО СТАНУ

Резюме

У статті проаналізовано специфічні виклики формування аутоагресивної поведінки підлітків в умовах цифровізації суспільства та воєнного стану в Україні. ***Мета дослідження*** *полягає в теоретичному аналізі сучасних викликів формування аутоагресивної поведінки підлітків, систематизації нових форм аутоагресивних проявів та соціально-психологічних чинників їх розвитку, обґрунтуванні напрямів профілактичної роботи з урахуванням специфіки кризових реалій.* ***Методи дослідження.*** *Застосовано теоретичні методи: аналіз і синтез наукових джерел, порівняння вітчизняних і зарубіжних досліджень, узагальнення та систематизацію соціально-психологічних чинників, а також типологізацію нових форм аутоагресії.* ***Результати.*** *Розглянуто феномен цифрової аутоагресії як нової форми самоушкоджувальної поведінки, що проявляється через створення фейкових акаунтів для надсилання собі образливих повідомлень, участь у «групах смерті» та інші форми віртуального самоушкодження. Досліджено психологічні механізми поширення аутоагресивних тенденцій через соціальні мережі, зокрема соціальне наслідування, романтизацію самоушкодження та формування онлайн-субкультур. Проаналізовано п'ять груп соціально-психологічних чинників розвитку аутоагресивної поведінки: мікросоціальні, інституційні, групові, інформаційно-медійні та макросоціальні, а також їх трансформацію в умовах воєнного стану. Встановлено формування нових форм аутоагресії: цифрової як самоспрямованого кібербулінгу, травма-індукованої, гібридної та віртуально-опосередкованої.* ***Висновки.*** *Обґрунтовано концептуальні засади профілактичної роботи, що охоплюють системний підхід, превентивну орієнтацію, медіаграмотність, травма-інформований підхід та мережеву взаємодію. Визначено перспективні напрями досліджень щодо емпіричної верифікації виявлених закономірностей та розробки діагностичного інструментарію для виявлення нових форм аутоагресії.*

Ключові слова: *аутоагресія підлітків, цифрова аутоагресія, воєнний стан, соціальні мережі, кібербулінг, психологічна травма, профілактика, соціальне зараження, онлайн-середовище.*

Вступ. Сучасне суспільство характеризується стрімкими технологічними трансформаціями та виникненням нових форм соціальної взаємодії, що суттєво впливають на психологічний розвиток підлітків. В умовах воєнного стану в Україні ці виклики набувають особливої гостроти, створюючи унікальні передумови для формування аутоагресивної поведінки серед молоді. Цифровізація суспільного життя призвела до появи нових форм аутоагресії, зокрема цифрової аутоагресії, що суттєво трансформує традиційні уявлення про самоушкоджувальну поведінку.

Особливої уваги потребує феномен повторної аутоагресії у підлітків, коли самоушкоджувальна поведінка набуває систематичного характеру в умовах поєднання цифрових та