

УДК 159.9.07:613.86-051:355.01(477)
DOI 10.31654/2663-4902-2026-PP-3-259-266

Еверс І. М.

аспірантка 3-го курсу зі спеціальності 053 Психологія,
кафедра психології,
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
iua.ewers@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-7201-6533>

РОЗРИВ МІЖ ФАХОВОЮ ОБІЗНАНІСТЮ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПСИХОЛОГІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

У статті пояснено розрив між фаховою обізнаністю психолога та його здоров'язбережувальною поведінкою в умовах війни. Соціально-когнітивні моделі поведінки у сфері здоров'я застосовано до фахової групи, для якої обізнаність із предметом становить складник професійної компетентності. Обґрунтовано припущення, що фахова підготовка забезпечує оцінювання тяжкості наслідків та дієвості відновлювальних дій, тоді як недостатньо забезпеченими є сприйнята вразливість, перешкоди та норми середовища, де витривалість цінується вище за відновлення. Напрямами профілактичної роботи визначено визнання власної вразливості та перегляд професійних норм. Окреслено три аспекти ролі посттравматичного зростання, яке потребує визнання власної вразливості – того компонента, який виявився недостатньо забезпеченим, що змінює зміст вразливості та пов'язує особистий досвід із фаховою спроможністю.

Ключові слова: здоров'язбережувальна поведінка, практичні психологи, умови війни, фахова обізнаність, сприйнята вразливість, суб'єктивні норми, напрями профілактики, посттравматичне зростання.

Постановка проблеми. Повномасштабна війна різко збільшила навантаження на систему психологічної допомоги: зросла кількість людей із травматичним досвідом, а разом з нею – обсяг запиту до практичних психологів. Одночасно розширився перелік професійних завдань самих фахівців, що засвідчує Ю. Бойко-Бузиль [1]. Практичний психолог знає про наслідки хронічного професійного стресу більше, ніж представники більшості інших професій, оскільки ознаки вигорання, механізми вторинної травматизації та способи відновлення належать до змісту його фахової підготовки. Проте самі лише знання не захищають від виснаження: дослідження воєнного часу фіксують у психологів рівні виснаження, порівнянні з показниками інших фахівців допомоги. Л. Пилипенко та О. Лозинська стверджують, що індивідуальні практики самодопомоги вичерпали себе й потрібна організаційна підтримка, зокрема регулярна супервізія, визнання власної вразливості та обмеження інформаційного потоку [5]. Потребу в системному забезпеченні життєстійкості фахівців соціономічних професій обґрунтовано у прикладних розробках за редакцією О. Кокуна [7]. Явище, за якого фахові знання не переходять у відповідну поведінку їх носія, у психології здоров'я позначають як розрив між знанням і дією.

Науковий інтерес становить з'ясування того, чому фахові знання про збереження психічного здоров'я не переходять у власну поведінку того, хто цими знаннями володіє. Механізм такого розриву залишається проблемним питанням, через що профілактична робота спрямовується на той складник, який у психологів забезпечений фаховою підготовкою і оминає справжнє джерело труднощів. В умовах війни, коли обсяг запиту на психологічну допомогу зростає, а ресурс фахівців скорочується, точність визначення напрямів профілактики набуває практичного значення для збереження спроможності всієї системи психологічної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Під фаховою обізнаністю в цьому дослідженні розуміємо ту частину професійного знання психолога, що стосується механізмів порушення та збереження психічного здоров'я: знання про перебіг

професійного вигорання та вторинної травматизації, про їх ознаки й наслідки, а також про дієвість відновлювальних практик. Поняття потребує розмежування зі суміжними. Від професійної компетентності фахова обізнаність відрізняється обсягом: компетентність охоплює, поряд зі знаннями, ще й уміння, ставлення та здатність діяти в конкретній ситуації, тоді як обізнаність позначає лише знання складник. Від поінформованості вона відрізняється глибиною та системністю: поінформованість передбачає обізнаність із наявністю явища, тоді як фахова обізнаність психолога охоплює розуміння механізму, стадій та засобів впливу. Від знання як такого її вирізняє предметна віднесеність: ідеться не про будь-які професійні знання, а саме про знання у сфері збереження психічного здоров'я – ту ділянку, яка становить зміст фахової підготовки психолога й водночас має стосунок до його власного стану. Тобто створюється парадокс: фахівець володіє знанням, професійно застосовує його до інших, проте не переносить на себе.

Розмежування названих понять дозволяє перейти до огляду тих напрямів, у межах яких досліджено здоров'язбережувальну поведінку особистості, соціально-когнітивні механізми її формування та ресурси опрацювання травматичного досвіду.

Здоров'язбережувальну поведінку у вітчизняній психології досліджено ґрунтовно. Н. Даниленко та Р. Батир розглядають здоровий спосіб життя як особливий стиль існування людини, що об'єднує все, що сприяє оптимальному виконанню нею професійних, громадських і побутових функцій [4]. Л. Соколенко обґрунтовує формування культури здоров'я як свідому та послідовну діяльність особистості, спрямовану на підтримання фізичного й психічного благополуччя як основи повноцінного виконання соціальних ролей [8]. Психогігієнічний аспект таких настанов, що охоплює відновлення рівноваги особистості на основі сформованої психічної культури, розкрито колективом дослідників за загальною редакцією С. Максименка [6]. Т. Титаренко, Л. Лепіхова та О. Кляпець розмежували два підходи до вибору способу життя: у межах першого здоровий спосіб життя постає як психологічне зусилля, спрямоване на досягнення значущих життєвих цілей попри перешкоди, тоді як другий пов'язаний переважно з потребами базового життєзабезпечення та схильністю до пасивності [10].

Пояснити перехід від обізнаності до дії дозволяють соціально-когнітивні моделі поведінки у сфері здоров'я. Модель переконань про здоров'я, представлена В. Стрічером, В. Чемпіон та І. Розенстоком, пов'язує готовність до захисних дій із чотирма оцінками – сприйнятою вразливістю щодо загрози (*perceived susceptibility*), сприйнятою тяжкістю її наслідків (*perceived severity*), очікуваною користю від захисної дії (*perceived benefits*) та вагою перешкод на шляху до неї (*perceived barriers*) [13]. Теорія мотивації захисту Р. Роджерса та С. Прентіс-Данн розгортає названу логіку через два паралельні процеси – оцінювання загрози та оцінювання можливості опанування, до якого входять переконаність у дієвості самої дії, самоефективність та уявлення про її вартість [12]. Теорія запланованої поведінки І. Айзена вводить додатковий чинник – суб'єктивні норми, тобто уявлення особи про те, якої поведінки очікує від неї значуще оточення, поряд із настановою та сприйнятим поведінковим контролем [11].

Ресурс подолання наслідків травматичного досвіду розкрито в дослідженнях посттравматичного зростання. Р. Тедескі та Л. Калхун обґрунтували концептуальні засади зазначеного явища, показавши, що позитивні зміни постають не з уникнення травматичного досвіду, а з його опрацювання [14]. У вітчизняній психології найповніше феномен представлено у працях Т. Титаренко, яка вбачає шлях до зміцнення психологічного благополуччя в перебудові ставлення до пережитого [9]. Г. Громова обґрунтувала роль толерантності до невизначеності у трансформації посттравматичних станів [3], а Е. Грішин описав механізми поступової адаптації, за яких стресові події, що повторюються, втрачають характер винятковості та інтегруються у структуру повсякденного досвіду [2].

Попри ґрунтовну розробленість кожного з окреслених напрямів, дослідники здоров'язбережувальної поведінки донині застосовували соціально-когнітивні моделі переважно до загального населення та до пацієнтів медичних установ – тобто до

людей, чия обізнаність із предметом є побутовою. До фахової групи, для якої знання про збереження психічного здоров'я становить складник професійної компетентності, ці моделі не застосовували в сучасних теоретичних розробках та емпіричних дослідженнях, тому досі залишається нез'ясованим, який саме їх компонент виявляється недостатньо забезпеченим у психологів. Наукова новизна дослідження полягає в тому, що розрив між фаховою обізнаністю та реальною поведінкою пояснюється через компонентний аналіз соціально-когнітивних моделей стосовно психологів воєнного часу, а на основі цього аналізу визначено напрями профілактичної роботи.

Мета статті: пояснити механізм розриву між фаховою обізнаністю практичного психолога та його власною здоров'язбережувальною поведінкою в умовах війни за допомогою соціально-когнітивних моделей поведінки у сфері здоров'я, визначити напрями профілактичної роботи на основі окреслених моделей, виявити роль посттравматичного зростання у подоланні описаного розриву.

Виклад основного матеріалу дослідження. Здоров'язбережувальна поведінка психолога має особливий статус порівняно з іншими фаховими групами. Для представника будь-якої професії турбота про власне психічне благополуччя є приватною справою, тоді як для психолога вона є частиною фахової придатності, коли виснажений фахівець втрачає точність сприймання стану клієнта та здатність утримувати професійну позицію. Водночас психолог радить клієнтам саме те, чого сам в умовах кризових подій війни іноді не здатний дотримуватися і тому розрив між знанням та дією набуває ще й етичного виміру. За класифікацією Т. Титаренко, Л. Лепіхової та О. Кляпець від психолога очікується перший із двох підходів до вибору способу життя – активне проєктування відновлювальних практик як психологічне зусилля, спрямоване на досягнення значущих цілей попри перешкоди [10, с. 45–46].

Розв'язання першого завдання потребує компонентного аналізу моделей поведінки у сфері здоров'я стосовно психологів. Такий аналіз дає підстави припустити, що окремі компоненти названих моделей у представників цієї фахової групи забезпечені нерівномірно:

1. Компонент сприйнятої тяжкості наслідків у психологів забезпечений достатньо: фахівець обізнаний із перебігом вигорання, з його впливом на працездатність і стосунки, з ризиком вторинної травматизації.

2. Забезпечений і другий компонент – очікуваної користі від захисної дії: психолог обізнаний із дієвістю супервізії, особистої терапії, режиму праці та відновлювальних практик, оскільки сам рекомендує їх клієнтам. Отже, правомірно припустити, що два з чотирьох компонентів моделі переконань про здоров'я у психологів не потребують втручання, і саме на них здебільшого спрямовано зміст типової психоедукації.

2. Недостатньо забезпеченим виявляється третій компонент – сприйнята власна вразливість. На нашу думку, фахове володіння предметом формує в психолога занижену оцінку власного ризику: ймовірність вигорання він визнає реальною для колег, для представників суміжних професій, для клієнтів, проте не для себе. Механізм такої недооцінки ми пов'язуємо з тим, що знання про явище сприймається як контроль над ним: фахівець, здатний визначити стадію вигорання, ототожнює цю здатність зі спроможністю зупинити процес. Опосередковане підтвердження такого визначення дає висновок Л. Пилипенко та О. Лозинської про потребу визнання власної вразливості як окремого напрямку підтримки фахівців [5, с. 298]. Потреба формулюється саме тому, що спонтанно таке визнання не настає.

В умовах війни описаний механізм посилюється додатковим зіставленням: порівняно з досвідом клієнтів, які втратили близьких, житло або здоров'я, власне виснаження психолога видається йому недостатньою підставою для звернення по допомогу. Є підстави вбачати тут специфічну форму знецінення власного стану, зумовлену не браком рефлексії, а постійним перебуванням фахівця в полі чужого, об'єктивно тяжкого страждання. Наслідком може бути систематичне заниження власної потреби у відновленні, причому заниження тим виразніше, чим тяжчий матеріал опрацьовує фахівець.

Компонент перешкод у цьому контексті діє у двох напрямках. Перший стосується ресурсних обмежень: регулярна супервізія та особиста терапія потребують значних витрат часу та зусиль, а за умов воєнного часу, коли частка безоплатної та волонтерської практики зростає, обидва ресурси скорочуються. Другий напрям, як ми вважаємо, має особливе значення, оскільки пов'язаний із самою природою праці: відновлення потребує відсторонення від травматичного матеріалу, тоді як зміст діяльності психолога полягає у зверненні до нього. Фахівець, який зменшує навантаження заради власного відновлення, стикається з думкою про людину, що залишилася без допомоги, тому відновлювальна дія оцінюється ним суб'єктивно, що є неактуальним для представників інших професій.

Найбільше пояснювальне навантаження несе той компонент, який вводить теорія запланованої поведінки – суб'єктивні норми. Уявлення про очікування значущого оточення для психолога формує передусім фахова спільнота, у якій витривалість, безперервна доступність для клієнта та готовність узяти додаткові випадки нерідко цінуються вище за власне відновлення. Наша позиція полягає в тому, що за таких норм звернення фахівця по допомогу сприймається не як вияв професійної зрілості, а як свідчення недостатньої компетентності, через що визнання власного виснаження стає загрозою професійній ідентичності. Названий компонент перебуває поза межами індивідуального впливу: жодне зусилля окремого фахівця не змінює норм спільноти, до якої він належить. Саме тому висновок Л. Пилипенко та О. Лозинської про вичерпаність індивідуальних практик самопомоги та потребу організаційної підтримки [5, с. 298] отримує тут теоретичне пояснення.

Зіставлення компонентів соціально-когнітивних моделей з особливостями фахової групи психологів дає підстави подати такий підсумок:

- сприйнята тяжкість наслідків забезпечена фаховою підготовкою та не потребує втручання;
- очікувана користь від відновлювальних дій забезпечена так само, оскільки фахівець сам рекомендує названі дії клієнтам;
- сприйнята власна вразливість занижена внаслідок ототожнення знання про явище з контролем над ним та зіставлення власного стану з тяжчим досвідом клієнтів;
- перешкоди подвоєні, оскільки ресурсні обмеження воєнного часу поєднуються зі змістовою суперечністю між відновленням і природою праці;
- суб'єктивні норми фахової спільноти діють проти відновлювальної поведінки, бо витривалість цінується в ній вище за звернення по допомогу.

Проведений аналіз дає підстави для припущення, що недостатньо забезпеченими є три компоненти з п'яти, причому всі три об'єднує спільна ознака: вони стосуються не знань про предмет, а ставлення фахівця до себе як до можливого адресата допомоги. Саме тому, як ми вважаємо, приріст обізнаності не змінює поведінки, оскільки додаткові відомості надходять до тих компонентів, які вже забезпечені та не досягають недостатньо забезпечених.

Виявлені недостатньо забезпечені компоненти дозволяють перейти до другого завдання статті – визначення напрямів профілактичної роботи. Оскільки компоненти тяжкості наслідків та дієвості дії в психологів забезпечені фаховою підготовкою, а недостатньо забезпеченими можуть бути такі, як сприйнята вразливість, перешкоди та суб'єктивні норми, зміст профілактики має зміститися з передавання відомостей на два інші напрями:

1. Перший – робота з визнанням власної вразливості, що передбачає не переконування в наявності ризику, а створення умов, за яких фахівець може співвіднести описи виснаження з власним станом, не втрачаючи професійної самоповаги. Формою такої роботи ми вважаємо передусім інтерв'їзійні та суперв'їзійні групи, де визнання втоми відбувається в середовищі рівних за фахом і тому не прочитується як ознака неспроможності.

2. Другий напрям – перегляд норм фахового середовища, за якого регулярна супервізія та обмеження навантаження визнаються складниками професійного стандарту, а не приватною справою окремого фахівця. Названий напрям потребує рішень

на рівні професійних об'єднань та установ, оскільки норма змінюється не переконанням окремої особи, а зміною того, що спільнота схвалює та вимагає.

Обидва напрями узгоджуються з розумінням культури здоров'я як свідомої та послідовної діяльності особистості [8] і водночас переносять частину відповідальності з фахівця на спільноту та установу, що, на наше переконання становить головний практичний наслідок запропонованого пояснення.

Третє завдання статті стосується ролі посттравматичного зростання в подоланні описаного розриву. Посттравматичне зростання Р. Тедескі та Л. Калхун визначають як позитивні особистісні зміни, що постають унаслідок боротьби з високо-стресовими життєвими обставинами й виявляються у ставленні до себе, у міжособистісних стосунках та у філософії життя. Дослідники наголошують, що такі зміни виникають не з уникнення травматичного досвіду й не з його заперечення, а з тривалого когнітивного опрацювання пережитого [14]. Т. Титаренко вбачає центральний шлях зміцнення психологічного благополуччя за складних обставин у перебудові ставлення до травматичного досвіду: перехід від однобічного негативного сприймання до складнішого, поліваріантного осмислення відкриває простір для посттравматичного зростання, а основним елементом такого ставлення дослідниця вважає вписування пережитого в загальний контекст життя зі збереженням зв'язності між минулим, сьогоденням та майбутнім [9, с. 117].

На нашу думку, посттравматичне зростання виконує щодо розриву між обізнаністю та поведінкою потрібну роль, тобто:

1. Вимагає визнання власної вразливості: опрацювання досвіду неможливе без попереднього визнання того, що досвід є травматичним, а сам фахівець вразливим. Тобто недостатньо забезпечений компонент виявляється водночас умовою зростання.

2. Змінює зміст самої вразливості: визнана й опрацьована вразливість перестає бути загрозою професійній ідентичності та перетворюється на складник фахового досвіду, унаслідок чого послаблюється дія суб'єктивних норм, за яких звернення по допомогу прочитується як неспроможність.

3. Створює зворотний зв'язок між особистим і професійним: досвід власного опрацювання травми стає підґрунтям спроможності супроводжувати аналогічний процес у клієнта, а отже, турбота психолога про себе набуває не приватного, а фахового значення.

Опертям для такого розуміння слугують суміжні дослідження. Толерантність до невизначеності Г. Громова визначає як здатність сприймати непередбачуваність та неоднозначність світу нейтрально або позитивно, зберігаючи спроможність реагувати проактивно [3]. У контексті цього дослідження така здібність виступає одночасно фаховою вимогою та умовою опрацювання власних переживань фахівця. Е. Грішин стверджує, що подолання складних життєвих обставин запускає індивідуально специфічні адаптивні механізми, а успішне проходження кризових обставин потребує розпізнавання потенційних загроз, наявності дієвих способів їх регуляції та вчасного застосування названих способів на практиці [2, с. 31].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Відповідно до першого завдання пояснено механізм розриву між фаховою обізнаністю практичного психолога та його власною здоров'язбережувальною поведінкою. Компонентний аналіз соціально-когнітивних моделей поведінки у сфері здоров'я показав, що компоненти оцінювання тяжкості наслідків та дієвості відновлювальних дій у психологів забезпечені фаховою підготовкою, тоді як недостатньо забезпеченими є сприйнята власна вразливість, компонент перешкод та суб'єктивні норми фахового середовища. Показано, що всі три недостатньо забезпечені компоненти стосуються не знань про предмет, а ставлення фахівця до себе як до можливого адресата допомоги, і саме цим пояснюється неефективність нарощування обізнаності: додаткові відомості надходять до компонентів, які вже забезпечені. Отже, є підстави пов'язувати розрив не з браком знань, а з поєднанням заниженої оцінки власного ризику та нормативного тиску професійної спільноти.

Відповідно до другого завдання визначено напрями профілактичної роботи. Обґрунтовано, що для названої фахової групи психоедукація значною мірою надлишкова, а зміст профілактики має зміститися на два напрями – роботу з визнанням власної вразливості, формою якої запропоновано інтервізійні та супервізійні групи, де визнання втоми відбувається серед рівних за фахом, і перегляд норм фахового середовища, за якого регулярна супервізія та обмеження навантаження визнаються складниками професійного стандарту. Головним практичним наслідком запропонованого пояснення є перенесення частини відповідальності за збереження ментального здоров'я психолога з окремого фахівця на професійну спільноту та установу.

Відповідно до третього завдання окреслено роль посттравматичного зростання в подоланні описаного розриву. Запропоновано розглядати названу роль як потрібну: посттравматичне зростання потребує визнання власної вразливості, тобто того компонента, який виявився недостатньо забезпеченим; воно змінює зміст вразливості, перетворюючи її із загрози професійній ідентичності на складник фахового досвіду та послаблюючи тим самим дію суб'єктивних норм; воно створює зворотний зв'язок між особистим і професійним, за якого досвід опрацювання власної травми стає підґрунтям спроможності супроводжувати аналогічний процес у клієнта.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у застосуванні соціально-когнітивних моделей поведінки у сфері здоров'я до фахової групи, для якої обізнаність із предметом збереження психічного здоров'я становить складник професійної компетентності, а також запропонованому на цій основі теоретичному поясненні розриву між знанням і дією в психологів воєнного часу. Дослідження має теоретико-аналітичний характер, тому запропоноване пояснення є обґрунтованим припущенням, що потребує емпіричної перевірки. Перспективу подальших досліджень становить емпіричне вимірювання сприйнятої вразливості, перешкод та суб'єктивних норм на вибірці українських психологів.

Список використаних джерел

1. Бойко-Бузиль Ю. Ю. Професійні завдання психологів в контексті викликів війни. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу* : матеріали наук.-практ. конф. (27 жовтня 2023 р.). Львів : ЛьвДУВС, 2023. С. 32–35.
2. Грішин Е. О. Психологічний супровід розвитку резильєнтності як чинника саморегуляції особистості, яка перебуває в складній життєвій ситуації: дис... д-ра філософії : 053. Тернопіль, 2024. 183 с.
3. Громова Г. М. Толерантність до невизначеності як чинник трансформації травматичного досвіду особистості : дис. ... д-ра філософії : 053. Київ, 2022. 208 с.
4. Даниленко Н. В., Батир Р. Ю. Здоровий спосіб життя та засоби його формування. *International scientific journal «Grail of Science»*. 2021. № 4. С. 502–511. DOI: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.07.05.2021.093>
5. Пилипенко Л. В., Лозинська О. М. Теоретичний аналіз вигорання та втоми від співчуття у психологів в умовах воєнного стану. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія*. 2026. № 1 (7). С. 294–300. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-1297/2026-1-41>
6. Психологічне обґрунтування заходів пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед сучасної молоді : монографія / С. Д. Максименко, С. І. Болтівець, О. М. Кокун та ін. ; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ: ДП «Інформ.-аналіт. агентство», 2012. 152 с.
7. Психофізіологічне забезпечення життєстійкості фахівців соціономічних професій в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення : практичний посібник / О. М. Кокун, О. М. Корняка, Г. В. Гуменюк та ін. ; за ред. О. М. Кокун. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 203 с.
8. Соколенко Л. С. Теоретичні та методологічні засади формування культури здорового способу життя. *Формування компетентності індивідуального здоров'язбереження: теорія і практика в освітніх процесах* : монографія. Київ : Майстерні магістеріуму, 2020. С. 7–45.
9. Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. *Психологія: теорія і практика*. 2018. Вип. 1(1). С. 112–119. DOI: [https://doi.org/10.31339/2617-9598-2018-1\(1\)-112-119](https://doi.org/10.31339/2617-9598-2018-1(1)-112-119)
10. Титаренко Т. М., Лепіхова Л. А., Клянець О. Я. Формування в молоді настанов на здоровий спосіб життя : метод. реком. Київ : Міленіум, 2006. 124 с.

11. Ajzen I. Attitudes, Personality, and Behavior. Chicago : Dorsey Press, 1988. 175 p.
12. Rogers R. W., Prentice-Dunn S. Protection Motivation Theory. In: Gochman D. (ed.). *Handbook of Health Behavior Research. Personal and Social Determinants*. New York : Plenum Press, 1997. Vol. 1. P. 113–132.
13. Strecher V. J., Champion V. L., Rosenstock I. M. The Health Belief Model and Health Behavior. In: Gochman D. (ed.). *Handbook of Health Behavior Research. Personal and Social Determinants*. New York : Plenum Press, 1997. Vol. 1. P. 71–92.
14. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15. No. 1. P. 1–18. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

References

1. Boiko-Buzyl, Yu. Yu. (2023). Profesiini завдання psycholohiv v konteksti vyklykiv viiny [Professional tasks of psychologists in the context of the challenges of war]. *Psykhologhiia osobystosti fakhivtsia v umovakh voiennoho chasu – Psychology of a specialist's personality under wartime conditions: Proceedings of the scientific and practical conference* (pp. 32–35). Lviv: LvDUVS [in Ukrainian].
2. Hrishyn, E. O. (2024). *Psykhologichnyi suprovid rozvytku rezylentnosti yak chynnyka samorehulatsii osobystosti, yaka perebuvaie v skladnii zhyttievii sytuatsii* [Psychological support of the development of resilience as a factor of self-regulation of a person in a difficult life situation]. Doctor's thesis. Ternopil [in Ukrainian].
3. Hromova, H. M. (2022). *Tolerantnist do nevyznachenosti yak chynnyk transformatsii travmatychnoho dosvidu osobystosti* [Tolerance of uncertainty as a factor of transformation of a person's traumatic experience]. Doctor's thesis. Kyiv [in Ukrainian].
4. Danylenko, N. V., & Batyr, R. Yu. (2021). Zdorovy sposib zhyttia ta zasoby yoho formuvannia [A healthy lifestyle and the means of its formation]. *International Scientific Journal «Grail of Science»*, 4, 502–511 [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.07.05.2021.093>
5. Pylypenko, L. V., & Lozynska, O. M. (2026). Teoretychnyi analiz vyhorannia ta vtomy vid spivchuttia u psycholohiv v umovakh voiennoho stanu [A theoretical analysis of burnout and compassion fatigue in psychologists under martial law]. *Naukovi zapysky Lvivskoho derzhavnoho universytetu bezpeky zhyttiediialnosti. Pedagogika i psycholohiia – Scientific Notes of Lviv State University of Life Safety. Pedagogy and Psychology*, 1 (7), 294–300 [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.32782/3041-1297/2026-1-41>
6. Maksymenko, S. D. (Ed.). (2012). *Psykhologichne obgruntuvannia zakhodiv propahuvannia psychohihiienichnoho vykhovannia i zdorovoho sposobu zhyttia sered suchasnoi molodi* [Psychological substantiation of measures for promoting psychohygienic education and a healthy lifestyle among contemporary youth]. Kyiv: DP «Inform.-analit. ahentstvo» [in Ukrainian].
7. Kokun, O. M. (Ed.). (2024). *Psykhofiziologichne zabezpechennia zhyttiistiikosti fakhivtsiv sotsionomichnykh profesii v umovakh voiennoho stanu ta pislivoiennoho vidnovlennia* [Psychophysiological support of the hardiness of specialists in socionomic professions under martial law and post-war recovery]. Kyiv: Instytut psycholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy [in Ukrainian].
8. Sokolenko, L. S. (2020). Teoretychni ta metodolohichni zasady formuvannia kultury zdorovoho sposobu zhyttia [Theoretical and methodological foundations of forming a culture of a healthy lifestyle]. *Formuvannia kompetentnosti indyvidualnoho zdoroviazberezhennia: teoriia i praktyka v osvitchnykh protsesakh – Forming the competence of individual health preservation: theory and practice in educational processes* (pp. 7–45). Kyiv: Maisterni mahisteriumu [in Ukrainian].
9. Tytarenko, T. M. (2018). Sposoby pidvyshchennia psycholohichnoho blahopoluchchia osobystosti, shcho perezhyla travmu [Ways of enhancing the psychological well-being of a person who has experienced trauma]. *Psykhologhiia: teoriia i praktyka – Psychology: Theory and Practice*, 1 (1), 112–119 [in Ukrainian]. [https://doi.org/10.31339/2617-9598-2018-1\(1\)-112-119](https://doi.org/10.31339/2617-9598-2018-1(1)-112-119)
10. Tytarenko, T. M., Liepikhova, L. A., & Kliapets, O. Ya. (2006). *Formuvannia v molodi nastanov na zdorovy sposib zhyttia* [Forming healthy lifestyle attitudes in young people]. Kyiv: Milenium [in Ukrainian].
11. Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press [in English].
12. Rogers, R. W., & Prentice-Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. In D. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research. Vol. 1: Personal and social determinants* (pp. 113–132). New York: Plenum Press [in English].
13. Strecher, V. J., Champion, V. L., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model and health behavior. In D. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research. Vol. 1: Personal and social determinants* (pp. 71–92). New York: Plenum Press [in English].
14. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1–18 [in English]. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Evers I.

PhD student (3rd year) in the specialty 053 Psychology,
Department of Psychology,
State Higher Educational Institution
"Uzhhorod National University"
iya.ewers@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-7201-6533>

**THE GAP BETWEEN PROFESSIONAL AWARENESS AND
HEALTH-PROTECTIVE BEHAVIOUR OF PSYCHOLOGISTS
UNDER WARTIME CONDITIONS**

Relevance of the study. Practising psychologists are better informed about chronic occupational stress than most other professionals, since the signs of burnout and the ways of recovery belong to their training. Wartime studies nevertheless record levels of exhaustion comparable with those of other helping professionals, which shows that awareness alone does not protect the specialist. *Aim of the study.* The paper explains the mechanism of the gap between the professional awareness of a practising psychologist and their own health-protective behaviour under wartime conditions, determines the areas of preventive work and outlines the role of posttraumatic growth in overcoming this gap.

Methodology. Theoretical analysis, comparison and generalisation of scholarly sources are applied. Socio-cognitive models of health behaviour are examined component by component in relation to a professional group whose awareness of the subject constitutes a component of professional competence.

Results/findings and conclusions. The analysis suggests that professional training secures perceived severity and perceived benefits, whereas perceived susceptibility, perceived barriers and subjective norms remain insufficiently supported. All three concern the specialist's attitude towards themselves as a possible recipient of help rather than knowledge as such, which accounts for the limited effect of increasing awareness on behaviour. Posttraumatic growth requires the acknowledgement of one's own susceptibility, that is, the very component that proved insufficiently supported; it transforms vulnerability into a component of professional experience and links personal processing of trauma with professional capacity.

Significance. The explanation shifts part of the responsibility for psychologists' mental health from the individual to the professional community and substantiates the acknowledgement of vulnerability as a precondition for posttraumatic growth.

Keywords: health-protective behaviour, practising psychologists, wartime conditions, professional awareness, perceived susceptibility, subjective norms, areas of preventive work, posttraumatic growth.

Отримано редколегією / Received: 19.08.2026

Прорецензовано / Revised: 30.08.2026

Опубліковано / Published: 30.09.2026