International periodic scientific journal
ONLINE
www.sworldjournal.com
D.A.Tsenov Academy of Economics - Svishtov (Bulgaria)

Indexed in
INDEXCOPERNICUS
(ICV: 73)
GOOGLESCHOLAR

SWorld Journal

Issue №39
Part 4
September 2026

Published by:
SWorld & D.A. Tsenov Academy of Economics, Svishtov,Bulgaria

ISSN 2663-5712
DOI: 10.30888/2663-5712

Editor: Shibaev Alexander Grigoryevich, *Doctor of Technical Sciences, Professor, Academician*
Scientific Secretary: Kupriienko Sergiy, *PhD in Technical Sciences*

Editorial board: More than 400 doctors of science. Full list on page:
https://www.sworldjournal.com/index.php/swj/about/editorialTeam

Expert-Peer Review Board of the journal: Full list on page:
https://www.sworldjournal.com/index.php/swj/expertteam

The International Scientific Periodical Journal "SWorldJournal" has gained considerable recognition among domestic and foreign researchers and scholars. Today, the journal publishes authors from from different countries.

Journal Established in 2018. Periodicity of publication: 6 times a year

The journal activity is driven by the following objectives:

- Broadcasting young researchers and scholars outcomes to wide scientific audience
- Fostering knowledge exchange in scientific community
- Promotion of the unification in scientific approach
- Creation of basis for innovation and new scientific approaches as well as discoveries in unknown domains

The journal purposefully acquaints the reader with the original research of authors in various fields of science, the best examples of scientific journalism.

Publications of the journal are intended for a wide readership - all those who love science. The materials published in the journal reflect current problems and affect the interests of the entire public.

Each article in the journal includes general information in English.

The journal is registered in the INDEXCOPERNICUS, GoogleScholar.

DOI: 10.30888/2663-5712.2026-39-04

Published by:
SWorld &
D.A. Tsenov Academy of Economics
Svishtov, Bulgaria
e-mail: editor@sworldjournal.com

Copyright
© Authors, scientific texts 2026

https://www.sworldjournal.com/index.php/swj/article/view/swj39-04-048
DOI: 10.30888/2663-5712.2026-39-04-048

WHEN FEAR DECREASES BUT STRESS PERSISTS: SAFETY BEHAVIOR OF KYIV RESIDENTS DURING MASSIVE COMBINED ATTACKS

КОЛИ СТРАХ ЗМЕНШУЄТЬСЯ, А СТРЕС ЗАЛИШАЄТЬСЯ: БЕЗПЕКОВА ПОВЕДІНКА МЕШКАНЦІВ КИЄВА ПІД ЧАС МАСОВАНИХ КОМБІНОВАНИХ АТАК

Shopina Maryna Oleksandrivna / Шопіна Марина Олександрівна
Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor at the Department of Preschool and Primary Education / кандидатка психологічних наук, доцентка кафедри дошкільної та початкової освіти
ORCID ID 0000-0002-1637-3480
Institute of In-Service Education, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University / Інституту післядипломної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка
Yakunin Yaroslav Yuriiovych / Якунін Ярослав Юрійович
Candidate of Chemical Sciences, Associate Professor of the Department of Natural Science and Mathematics Education and Technologies / кандидат хімічних наук, доцент кафедри природничо-математичної освіти та технологій
ORCID ID 0000-0001-5421-0546
Institute of In-Service Education, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University / Інституту післядипломної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка

Анотація. *Стаття присвячена дослідженню емоційних, соматичних і поведінкових реакцій мешканців Києва на масовані комбіновані атаки в умовах тривалого воєнного стресу. Особливу увагу приділено тривожній тенденції зниження готовності населення користуватися укриттями під час реальної повітряної небезпеки. Дослідження проведено у квітні–червні 2026 року методом дистанційного анонімного опитування 223 мешканців Києва. Опитування охоплювало самооцінку емоційного стану, фізичних відчуттів під час атак, способів самозаспокоєння, безпекової поведінки та причин відмови від використання укриттів. Результати показали, що для більшості респондентів масовані атаки залишаються значущим стресовим фактором і супроводжуються соматичними проявами, зокрема прискореним серцебиттям, головним болем, м'язовим напруженням і стисканням у грудях. Одночасно значна частина опитаних не користується укриттями, а серед респондентів є група осіб, які раніше дотримувалися такої безпекової поведінки, але з часом відмовилися від неї. На рівні вибірки простежується невідповідність між поширеністю соматичних проявів стресу та поступовим зниженням захисної поведінки. Таку поведінку не слід пояснювати лише сміливістю чи усвідомленим прийняттям ризику; вона може відображати зниження реактивності до повторюваної загрози, пов'язане, зокрема, з частковою габітуацією, втомою від повторюваних попереджень, емоційним притупленням та виснаженням адаптаційних ресурсів. Результати узгоджуються з припущенням, що суб'єктивне відчуття спокою або звикання до атак не обов'язково означає зменшення психофізіологічного навантаження, яке за тривалого впливу може негативно позначатися на психічному і фізичному здоров'ї. Зроблено висновок про необхідність систематичної роз'яснювальної роботи щодо небезпеки ігнорування сигналів повітряної тривоги та важливості усвідомленого ставлення до власного психологічного і фізичного стану.*

Ключові слова: *хронічний дистрес, тривалий травматичний стрес, масовані комбіновані атаки, зниження реактивності, відчуття небезпеки, соматичні реакції, безпекова поведінка, повітряна тривога, психофізіологічне виснаження.*

Постановка проблеми. З лютого 2022 року українське суспільство живе у стані хронічного дистресу, що викликаний повномасштабним вторгненням військ російської федерації на територію України. Для мільйонів громадян України життя розділилося на «до і після» 24 лютого, коли їхнє життя різко та назавжди змінилося. Хтось був змушений залишити свою домівку та евакуюватися, а хтось її втратив разом з усім майном. Сотні тисяч родин були зруйновані через розлучення або внаслідок фізичної втрати близьких людей. Всі ці речі лягли важким тягарем на психіку українців. Але головним дистрес-фактором залишається реальна загроза життю для тих, хто у даний час залишається на території України.

Останнім часом різко зросла кількість обстрілів Києва та області. У липні 2026 вони відбувалися з середнім інтервалом у 3 дні. За першу половину 2026 року по Києву було застосовано понад 5700 ударних безпілотників та 660 ракет різних типів (дані від ресурсу «Суспільне. Новини»). При цьому кількість обстрілів балістичними ракетами стрімко збільшувалась з початку червня, а кількість перехоплень балістичних ракет на початок серпня зменшилась до нуля. Але ще задовго до цього моменту різноманітні дослідження виявляли так званий «феномен втоми від війни», який проявлявся у нехтуванні населенням правилами безпекової поведінки під час повітряних тривог. Таке зниження захисної поведінки може відображати зменшення реактивності до повторюваної загрози, потенційно пов'язане з частковою габітуацією, втомою від повторюваних попереджень, емоційним відстороненням та поступовим виснаженням адаптаційних ресурсів в умовах хронічного дистресу. У цьому контексті ми провели дослідження самооцінки психологічного стану киян, їхньої поведінки під час масованих комбінованих атак та причин такої поведінки.

Аналіз літературних даних.

Хронічний та тривалий травматичний стрес. Тривале перебування людини в умовах повторюваної небезпеки призводить не лише до короткочасної

стресової реакції, але й до накопичення психофізіологічного навантаження. У систематичному огляді J. Guidi та співавторів показано, що алостатичне навантаження є результатом кумулятивного впливу хронічного стресу та життєвих подій і супроводжується поступовим порушенням регуляції одразу декількох фізіологічних систем [1]. Таким чином, тривалий дистрес доцільно розглядати не як просте продовження гострої стресової реакції, а як стан, за якого адаптація потребує дедалі більшого залучення психічних і фізіологічних ресурсів.

Особливий інтерес у цьому контексті становить поняття continuous traumatic stress — тривалого (безперервного) травматичного стресу, коли джерело загрози не залишилося у минулому, а продовжує реально існувати. A. Goral та співавтори встановили, що психологічна реакція за таких умов не повністю відповідає класичній моделі ПТСР і включає три характерні групи проявів: виснаження і відсторонення; гнів і відчуття зради; страх і безпорадність [2].

Актуальність цих спостережень для української популяції підтверджується загальнонаціональним дослідженням O. Lushchak та співавторів, проведеним після першого року повномасштабного вторгнення. У вибірці з 3173 українців було виявлено значне поширення підвищеного стресу, тривоги та посттравматичної симптоматики, причому виразність проявів зростала у внутрішньо переміщених осіб та біженців [3].

Безпосередньо реакції тривалого травматичного стресу в українців досліджували I. Frankova та співавтори. При адаптації CTSR на вибірці 584 українців авторами було виділено три взаємопов'язані компоненти — виснаження, відчуження та безпорадність, які позитивно корелювали з тривогою, депресивною симптоматикою, суб'єктивним стресом і проявами ПТСР, але не були тотожними їм [4].

Подальше лонгітюдне дослідження I. Frankova та співавторів показало, що реакції на тривалий травматичний стрес разом зі здатністю до подолання стресу та додатковими негативними життєвими подіями істотно пов'язані з подальшими проявами тривоги, депресії, безсоння та посттравматичних

симптомів [5]. Важливо, що через рік у респондентів спостерігалося лише помірне зниження вираженості симптомів, тобто саме тривале перебування в умовах війни не означає повної психологічної адаптації до небезпеки.

Зниження реактивності до повторюваної загрози: габітуація та втома від попереджень. У лабораторних та стандартизованих моделях одним із механізмів зниження реакції на повторюваний стресор є габітуація — зменшення реакції на багаторазово повторюваний подразник. Однак у ситуації реальної воєнної загрози цей термін потребує обережного застосування, оскільки сигнал небезпеки періодично підтверджується реальними наслідками атак. Тому габітуацію доцільно розглядати лише як один із можливих компонентів зниження реактивності, поряд із втомою від повторюваних попереджень та іншими формами адаптації до тривалого стресу. Систематичний огляд та метааналіз M.-C. Barthel та співавторів, що охопив 47 досліджень, показав досить швидку габітуацію реакцій гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, але значно менш однозначну динаміку реакцій автономної нервової та імунної систем [6]. Отже, різні компоненти стресової реакції можуть адаптуватися до повторюваного стресора з різною швидкістю.

Особливо важливими для інтерпретації суб'єктивного «звикання» є результати T. Maier та співавторів. При багаторазовому впливі стресора обстежені демонстрували зниження суб'єктивної тривожності та оцінювали ситуацію як менш стресову, однак відповідної довготривалої адаптації показників частоти серцевих скорочень, артеріального тиску та інших біофізіологічних параметрів виявлено не було [7]. Тобто суб'єктивне відчуття того, що стресова подія переноситься легше, не обов'язково означає аналогічне зниження фізіологічної стресової реакції.

Систематичний огляд N. Cancino та співавторів також застерігає від надмірно прямолінійного трактування габітуації. За результатами 33 досліджень не було знайдено єдиного типового патерну порушення габітуації при тривожних та стрес-асоційованих розладах, хоча у частині випадків спостерігалася вища початкова реактивність та більш повільне звикання [8].

В умовах російсько-української війни процес звикання до реальної загрози досліджували S. Stieger та співавтори. За допомогою багаторазового смартфон-опитування 307 українців автори отримали 7824 спостереження і показали, що повітряні тривоги та вибухи продовжували підвищувати рівень тривоги, погіршувати психологічний стан і посилювати соматичні прояви; при цьому ефект, який автори трактували як габітуацію, був лише незначним [9].

Сприйняття небезпеки та дотримання правил безпекової поведінки. З іншого боку, зниження гостроти поведінкової реакції на повітряні тривоги в Україні вже продемонстровано на дуже великому масиві об'єктивних даних. D. Van Dijcke, A. Wright та M. Polyak проаналізували понад 3000 сигналів повітряної тривоги і геолокаційні дані приблизно 17 млн. мобільних пристроїв; на початку люди швидко реагували на попередження та переміщувалися у безпечніші місця, однак із часом ця реакція суттєво знижувалась, особливо при тривалому перебуванні в умовах небезпеки [10]. Автори трактують таку тенденцію як прояв alert fatigue — втоми від повторюваних попереджень, а не як доказ того, що сама небезпека стала меншою.

При цьому важливе значення має не тільки об'єктивна небезпека, але й те, наскільки небезпечною її сприймає сама людина. A. Kurapov та співавтори зіставили кількість повітряних тривог, вибухів і віддаленість від фронту з суб'єктивною оцінкою загрози у 991 українця: об'єктивна експозиція була пов'язана з посттравматичними симптомами, тоді як суб'єктивне відчуття загрози додатково прогнозувало як посттравматичну симптоматику, так і порушення сну [11].

Зв'язок між сприйняттям ризику та безпековою поведінкою підтверджується і дослідженнями інших типів загроз. M. Scovell та співавтори показали, що вищий суб'єктивно сприйнятий ризик і негативна емоційна оцінка можливих наслідків пов'язані з більшою готовністю до захисної поведінки, хоча цей зв'язок залежить також від оцінки ефективності самих захисних заходів [12]. Отже, зниження відчуття небезпеки потенційно може сприяти зменшенню готовності виконувати безпекові рекомендації.

Водночас зниження зовнішньо вираженої тривожності не завжди можна трактувати як позитивну адаптацію. Y. Levin та співавтори у репрезентативній вибірці 2000 українців показали, що в структурі комплексної посттравматичної симптоматики під час триваючої війни одними з центральних компонентів є, з одного боку, підвищене відчуття загрози, а з іншого — порушення емоційної регуляції, зокрема емоційне притуплення [13]. Таким чином, реакція на тривалий дистрес може коливатися від гіперреактивності та постійного очікування небезпеки до емоційного відсторонення і зниження вираженості суб'єктивної емоційної відповіді.

Соматичні прояви хронічного дистресу. Окремим проявом тривалого стресового навантаження є соматичні реакції. L. Astill Wright та співавтори за допомогою мережевого аналізу показали взаємозв'язок посттравматичної симптоматики із соматичними скаргами, серед яких виділялись хронічний біль, гастроінтестинальні та загальні соматичні симптоми; важливим сполучним компонентом між психологічними і фізичними проявами виступали порушення сну [14].

Систематичний огляд A. Theocharis та співавторів, який включав 36 досліджень психічного дистресу в умовах тривалої пандемічної загрози, також показав часте поєднання психологічного напруження із соматичними симптомами, зокрема серцебиттям, задишкою та больовими відчуттями [15]. Хоча природа стресора в цих дослідженнях відрізнялася від воєнної загрози, результати підтверджують загальну тенденцію до соматизації психоемоційного дистресу в умовах тривалого впливу стресора.

Разом із тим окремі фізичні симптоми не є специфічними ознаками певного психічного розладу. У систематичному огляді та метааналізі A. Smakowski та співавторів, що охопив 43 дослідження, більш виражені соматичні симптоми були пов'язані з тривогою, депресією, тривогою щодо здоров'я та труднощами емоційної регуляції, однак автори наголошують на недостатності лонгітюдних даних для встановлення однозначних причинно-наслідкових зв'язків [16].

Отже, при хронічному дистресі можливі декілька, на перший погляд

протилежних, типів емоційного реагування. Перший характеризується тривогою, страхом, підвищеним відчуттям загрози, напруженням та гіперпильністю; другий — безпорадністю, психічним виснаженням, відчуженням, емоційним відстороненням або притупленням реакцій; також можуть проявлятися гнів, дратівливість та депресивні тенденції [2–5, 13]. Важливо, що зменшення суб'єктивного страху при тривалому впливі небезпеки саме по собі не є достатнім показником успішної адаптації.

Зниження відчуття небезпеки та поступове нехтування правилами безпеки не можуть розглядатися як однозначний симптом психічного розладу або доказ стадії виснаження. Такі зміни можуть відображати зниження реактивності до повторюваної загрози, потенційно пов'язане з частковою габітуацією, втомою від повторюваних попереджень, зниженням суб'єктивної оцінки ризику, емоційним відстороненням або виснаженням психічних ресурсів [6–13]. Особливої уваги заслуговують випадки, коли суб'єктивне «звикання» до небезпеки поєднується з ознаками виснаження, безпорадності або відчуження та одночасним збереженням виражених фізичних реакцій. Такий комплекс може бути більш характерним для тривалого травматичного стресу, ніж проста адаптація до повторюваного подразника [4, 7, 9].

При цьому поведінку під час повітряної тривоги не можна пояснювати лише психологічним станом. У нашому дослідженні серед причин невикористання укриттів респонденти називають також сімейні обставини, погані умови в укриттях та відсутність укриттів поруч, поряд із переконанням, що стало безпечніше, або відсутністю сенсу йти в укриття. Тому саме поєднання зниження оцінки небезпеки з іншими емоційними й соматичними ознаками, а не сам факт відмови від укриття, є більш коректним об'єктом психологічної інтерпретації.

Окремі фізичні прояви також варто інтерпретувати обережно. Прискорене серцебиття, стискання у грудях, тремор, відчуття холоду можуть відповідати вираженій автономній стресовій активації; головний біль і м'язове напруження або біль — тривалому психофізіологічному напруженню. Одночасна наявність декількох соматичних проявів може вказувати на більш комплексну стресову

реакцію та більший рівень соматичного навантаження, однак сама кількість симптомів не дозволяє діагностувати «стадію виснаження» чи психічний розлад [1, 14–16]. Це особливо важливо для отриманих нами результатів, де частина респондентів повідомляє одразу про 2–3 або 4 і більше соматичних реакцій.

Таким чином, загальні закономірності хронічного стресу, алостатичного навантаження, повторюваного стресового реагування та соматизації досліджені досить системно, про що свідчить наявність сучасних систематичних оглядів і метааналізів [1, 6, 8, 15, 16]. Водночас дослідження саме українців в умовах повторюваних повітряних атак є відносно новим напрямом [3–5, 9–11, 13]. Окремо вже досліджувались психічний стан, суб'єктивне відчуття загрози, соматичні реакції та зміни безпекової поведінки, однак їхнє одночасне співвідношення — суб'єктивне звикання до небезпеки, соматичне навантаження та дотримання правил безпеки — залишається дослідженим недостатньо. Саме це дозволяє обґрунтувати актуальність проведеного нами дослідження.

Мета статті: дослідити емоційний стан киян на основі соматичних та поведінкових реакцій на масовані комбіновані атаки (МКА) в умовах тривалого стресу на п'ятому році повномасштабної війни.

Виклад основного матеріалу.

Експериментальна частина. Дослідження проводилося шляхом дистанційного анонімного опитування за допомогою Google Forms у період від 30 квітня до 18 червня 2026 року. В опитуванні взяли участь 223 особи з міста Києва. Респондентами були працівники різних ланок середньої освіти, які проходили опитування на добровільній основі з дотриманням повної анонімності. Респондентів просили підтвердити їхнє перебування в Києві, після чого їм було запропоновано відповісти на 6 запитань, які стосувалися їхніх емоційних та фізичних відчуттів та місця перебування під час масованих комбінованих атак. Респондентів, які під час обстрілів не перебували в укриттях, також просили вказати причину недотримання рекомендацій щодо безпеки під час повітряних тривог. Для спрощення обробки даних до кожного з шести запитань пропонувалися кілька стандартних можливих відповідей, а також

надавалась можливість надати власну відповідь за бажанням респондента. Обробку результатів виконано у програмі MS Excel шляхом автоматичного підрахунку стандартних відповідей. Оригінальні відповіді оброблялися вручну.

Емоційний стан респондентів з'ясовували, аналізуючи відповіді на два запитання. Одне з них стосувалося самооцінки власного емоційного стану під час МКА, а друге — оцінки респондентами емоційного стану своїх близьких. Таку методику дослідження ми обрали через те, що оцінка емоційного стану інших людей може частково віддзеркалювати емоційний стан самої особи. Особливо яскраво це проявляється, коли людина знаходиться у афективному стані. Тоді в людей спостерігається тенденція до емоційної егоцентричності, тобто власний психологічний стан вони розпізнають / приписують іншим [17]. Отже, відповідь на пряме запитання про власний емоційний стан респондентів можна інтерпретувати як мінімальний або відправний показник тривожності, який покладається на готовність респондентів до відвертості. А відповідь на запитання про емоційні переживання близьких можна розглядати як корекційну тенденцію, яка показує, у негативний чи позитивний бік відбулось відхилення відвертості при відповіді на пряме запитання. Так, відповідаючи на запитання про власний психологічний стан під час МКА, 84 (37,7%) респонденти в цілому визначили, що переживають їх відносно легко (Рис. 1а). В той же час 63 (28,3%) респонденти зазначали, що їхні близькі переживають МКА відносно легко (Рис. 1б).

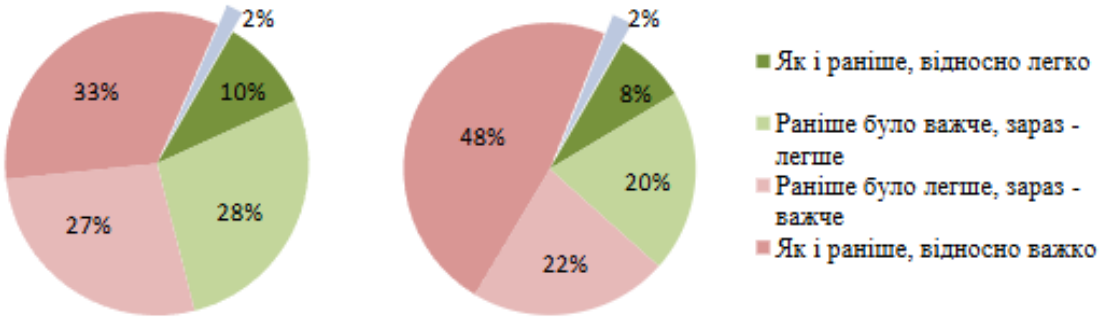


Рисунок 1 - Відповіді респондентів на запитання: «За Вашими власними відчуттями, як Ви переносите масштабні комбіновані атаки?» (а); «За Вашими власними спостереженнями, як переносять масовані комбіновані обстріли Ваші близькі?» (б)

Зіставляючи ці відповіді можна помітити, що респонденти в цілому вважали, що вони переживають МКА спокійніше, ніж їхні близькі, отже це може свідчити про трохи завищену оцінку власної врівноваженості респондентів. Така тенденція спостерігається й у випадку оцінки важкості переживання МКА. Відповідно, тих, хто в цілому відносно важко переживає МКА виявилося 135 (60,5%) осіб (Рис. 1а). Відносно важко переносять МКА близькі у 155 (69,5%) респондентів (Рис. 1б). Тут знову респонденти визначають стан своїх близьких як більш тривожний, ніж свій.

Особливо яскраво виділяється співвідношення відповідей «як і раніше відносно важко» для самооцінки, та оцінки стану інших. Це може вказувати на те, що відносно важко переживали МКА з самого початку від 33% до 48% респондентів.

Кілька респондентів не скористалися запропонованими варіантами відповідей та дали відкриті відповіді. Оцінюючи свій власний емоційний стан, вони скористалися фразами, у яких відчувається вагання: «Намагаюсь контролювати себе», «З холодним розумом», «По-різному буває», «Складно сказати». Останній наведений варіант відповіді можна вважати узагальненням цих позицій. Але якщо подивитися на оцінку цими респондентами емоційного стану їхніх близьких під час МКА, то виявляється, що вони в цілому характеризували його як важкий, що зміщує інтерпретацію їхніх вагань при самооцінці у бік більш негативної оцінки. У відкритих відповідях з приводу емоційного стану своїх близьких респонденти в більшості використовували фрази, які б додатково підкреслили негативні тенденції емоційного стану: «Дуже важко»; «Надто важко», «Важко». Або демонстрація сумнівів: «Важко сказати», «По-різному». Зіставляючи останні оцінки з самооцінками респондентів, можна побачити, що ті, хто вказував на вкрай важкий емоційний стан своїх близьких (перші три наведені відповіді), і свій власний стан визначали як відносно важкий. А ті, хто висловлювали сумніви, вказували, що останнім часом почуваються легше під час МКА.

Фізичні відчуття та засоби самозаспокоєння. Оцінка власного емоційного

стану респондентів, яку ми обговорили раніше, базується на різноманітних фізичних або поведінкових проявах. Тож, одне з запитань стосувалося фізичних відчуттів, які респонденти мають під час МКА. Під час відповіді на це запитання респондентам надавалося кілька стандартних можливих соматичних проявів стресу та відкритий варіант відповіді. Кількість позицій для вибору не обмежувалась. Це визначило певний рейтинг неприємних симптомів (Рис.2). П'ять найчастіше згадуваних проявів: прискорене серцебиття (139 осіб, 62,33%), головний біль (51 особа, 22,87%), відчуття напруження або болю у м'язах (50 осіб, 22,42%), відчуття стискання у грудях (42 особи, 18,83%), відчуття холоду (25 осіб, 11,21%). У відкритих відповідях, що стосувалися саме фізичних відчуттів, значилися: тремор, підвищення тиску, підвищення рівня цукру, «завмирання», «важкість/туман у голові», «відчуття уповільнення».



Рисунок 2 - Відповідь респондентів на запитання: «Чи відчуваєте ви зміни у фізичному стані під час масштабної комбінованої атаки?»

Важливо зазначити, що перелічені фізичні відчуття респонденти пов'язували зі змінами власного стану під час МКА. Значна частина опитаних зазначала кілька проявів одночасно. За результатами підрахунку кількості одночасно зафіксованих фізичних проявів стресу респондентів умовно можна розподілити на чотири групи:

- 40 осіб (17,94%) — не фіксують жодного з урахованих соматичних проявів;

•група мінімальної комплексності: 86 осіб (38,57%) — вказують один прояв;

•група помірної комплексності: 72 особи (32,29%) — вказують 2–3 прояви;

•група високої комплексності: 25 осіб (11,21%) — вказують 4 і більше проявів.

Таким чином, 17,94% респондентів не відзначають у себе жодного з урахованих фізичних проявів стресу під час МКА. Розподіл за кількістю проявів сформовано з урахуванням стандартних та відкритих відповідей, тому він не є прямим дублюванням частки окремого варіанта «Нічого не відчуваю» на рис. 2. Водночас 82,06% опитаних вказують щонайменше на один такий прояв, а 43,50% — одночасно на два і більше. Найчастіше респонденти відзначали прискорене серцебиття, головний біль, напруження або біль у м'язах та стискання у грудях. Отже, для значної частини опитаних переживання МКА має виражену фізичну складову, а у частини респондентів соматична реакція має комплексний характер.

Окреме запитання стосувалося того, як респонденти зазвичай переживають МКА та які способи використовують для зменшення напруження (рис. 3). Найпоширенішою поведінкою виявилося стеження за інформацією у телеграм-каналах щодо напрямку руху повітряних цілей — цей варіант вказали 62,33% респондентів. Така поведінка, ймовірно, може бути пов'язана з бажанням зменшити напруження через суб'єктивне відчуття контролю над ситуацією.



Рисунок 3 - Відповідь респондентів на запитання: «Як Ви зазвичай переживаєте масштабну комбіновану атаку?»

Майже половина опитаних (45,74%) зазначила, що під час атаки перебуває між «двома стінами» та чекає відбою. Ще 31,84% респондентів моляться, 21,52% намагаються спати, а 12,56% приймають заспокійливі препарати. Менш поширеними є способи, пов'язані з емоційним або тілесним контактом з іншими: 11,66% тримають на руках дітей, 8,07% — тварин, ще 8,07% тримають близьких за руку. Лише 4,04% респондентів відволікаються переглядом кіно. Отже, способи переживання МКА суттєво відрізняються. Частина респондентів намагається підтримувати контроль через постійне отримання інформації, частина обирає відносно захищене місце у квартирі та очікує завершення атаки, інші використовують молитву, сон, медикаментозне заспокоєння або емоційний контакт із близькими та тваринами. При цьому найбільш поширені способи поведінки не спрямовані на повне відволікання від ситуації, а, навпаки, передбачають збереження уваги до перебігу небезпеки.

Таким чином, для більшості респондентів МКА залишаються значущим стресовим фактором. На це вказує висока поширеність соматичних реакцій та їх одночасне виникнення у частини опитаних. Поряд із цим респонденти використовують різні способи пристосування до ситуації — від активного інформаційного контролю та пошуку відносно безпечного місця до молитви, сну, приймання заспокійливих засобів і пошуку емоційної підтримки. Тобто навіть за умов тривалого перебування в ситуації повторюваної небезпеки фізична та поведінкова реакція на МКА у значної частини опитаних зберігається. Це дозволяє припустити, що суб'єктивне звикання до атак не обов'язково супроводжується повним зниженням стресового реагування.

Дотримання правил безпеки. Аналіз відповідей щодо місця перебування під час МКА показав, що лише 16% респондентів регулярно йдуть до укриття, ще 5% зазначили, що раніше цього не робили, але зараз почали користуватися укриттям. Водночас 36% опитаних повідомили протилежну тенденцію — раніше вони ходили до укриття, а зараз перестали це робити. Ще 42% респондентів зазначили, що ніколи не користувалися укриттями під час МКА (рис. 4).



Рисунок 4 - Відповідь респондентів на запитання: «Де ви перебуваєте під час масштабної комбінованої атаки?»

Таким чином, за самооцінкою респондентів, на момент опитування укриттями користується приблизно п'ята частина опитаних, тоді як переважна більшість під час МКА залишається поза ними. Особливої уваги заслуговують 36% респондентів, які змінили свою поведінку у напрямку зменшення дотримання правил безпеки, хоча раніше користувалися укриттями. Така зміна може свідчити про поступове зниження гостроти поведінкової реакції на повторювану небезпеку, однак сама по собі не дозволяє визначити психологічну причину такої поведінки.

Для уточнення цих причин респондентам було запропоновано пояснити, чому вони не йдуть до укриття під час МКА (рис. 5). Найчастіше зазначалася відсутність укриття поруч — 30% опитаних. Ще 19% не користуються укриттями через сімейні обставини, 10% — через незадовільні умови в укритті, 2% — через неможливість перебувати там разом із тваринами. Отже, значна частина причин безпекової поведінки пов'язана не зі сприйняттям самої небезпеки, а з об'єктивними побутовими та інфраструктурними перешкодами.

Водночас частина відповідей має інший характер. 13% респондентів зазначили, що взагалі не бачать сенсу йти до укриття, а 3% вважають, що зараз стало безпечніше. Саме ці відповіді можуть безпосередніше відображати зміну суб'єктивного сприйняття небезпеки: зниження оцінки ризику або зменшення впевненості в доцільності захисної поведінки. Ще 8% обрали інші причини. 16%

зазначили, що запитання їх не стосується, оскільки вони користуються укриттям.

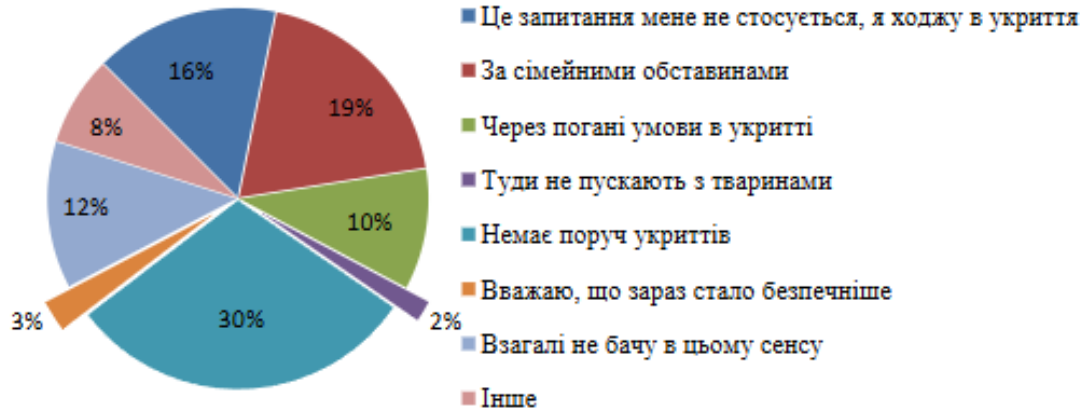


Рисунок 5 - Відповідь респондентів на запитання: «Через які причини Ви не йдете в укриття під час масштабної комбінованої атаки?»

Отже, відмова від укриття має неоднорідні причини. У значної частини респондентів вона пояснюється зовнішніми обставинами — відсутністю доступного укриття, його незадовільними умовами або сімейною ситуацією. Тому сам факт перебування поза укриттям не можна однозначно трактувати як прояв звикання до небезпеки або психоемоційного виснаження.

Разом із тим результати рис. 4 і 5 показують, що частина респондентів знижує готовність до захисної поведінки або оцінює необхідність укриття як низьку. Водночас у вибірці загалом зберігається висока поширеність соматичних проявів стресу під час МКА. Оскільки в межах цього дослідження не проводилося індивідуального статистичного зіставлення соматичних реакцій із поведінкою щодо укриття, ці результати слід розглядати як дві паралельні тенденції, а не як встановлений причинний зв'язок.

Таким чином, у дослідженій вибірці одночасно виявлено зниження дотримання правил безпеки у значної частини респондентів та високу поширеність соматичних реакцій на МКА. Причини невикористання укриттів є різними: від об'єктивної недоступності або незадовільних умов укриттів до суб'єктивного зниження оцінки небезпеки та доцільності захисних дій. Така сукупність тенденцій потребує подальшого вивчення в контексті зниження реактивності до повторюваної загрози, втоми від повторюваних попереджень та

тривалого стресового навантаження. У межах цього дослідження габітуація безпосередньо не вимірювалася, тому її можна розглядати лише як один із можливих механізмів виявлених змін.

Для порівняння з отриманими результатами було проаналізовано публічно доступне опитування одного з Telegram-каналів, що інформують мешканців Києва про повітряні загрози. Опитування було оприлюднено 6 липня 2026 року та охопило 15,4 тис. підписників каналу (рис. 6). Його результати демонструють подібну загальну тенденцію: значна частина учасників не користується укриттями під час повітряних атак. Так, 48% учасників зазначили, що не йдуть до укриття, а продовжують займатися своїми справами або сплять; ще 23% користуються укриттям лише за ракетної чи балістичної загрози. Постійно користуються укриттями 18%, а 11% повідомили, що після останніх атак почали одразу йти до укриття. Це опитування має допоміжний характер і не використовується для прямого кількісного зіставлення з основною вибіркою.

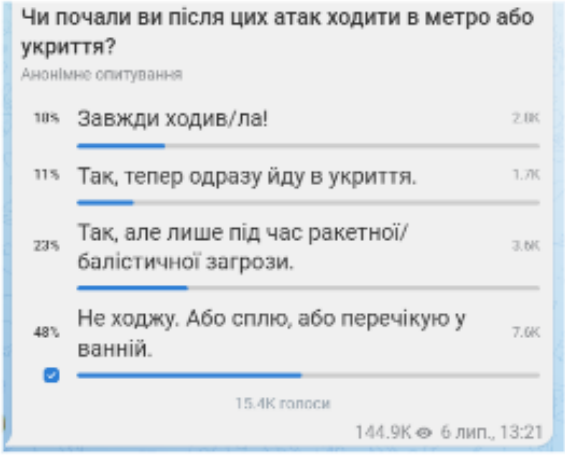


Рисунок 6 - Результати опитування у Telegram-каналі

Висновки.

1. Масовані комбіновані атаки залишаються для більшості респондентів значущим стресовим фактором, що проявляється емоційними, соматичними та поведінковими реакціями.

2. Зниження суб'єктивного відчуття страху та поступове звикання до повторюваної небезпеки не обов'язково означають успішну адаптацію: за

даними літератури, фізіологічне стресове реагування може зберігатися навіть за зменшення суб'єктивної тривоги. Тривале збереження такого реагування може сприяти накопиченню психофізіологічного навантаження та мати відстрочені наслідки для здоров'я.

3. Поширене невикористання укриттів свідчить про зниження готовності до захисної поведінки. Його причинами можуть бути як об'єктивні обставини — відсутність можливості та зовнішні перешкоди, — так і зміна суб'єктивної оцінки небезпеки та доцільності захисних дій на тлі втоми від постійного відчуття небезпеки й тривоги.

4. Поєднання зменшення страху, збережених соматичних проявів і послаблення безпекової поведінки може відображати зниження реактивності до повторюваної загрози, яке потенційно пов'язане з частковою габітуацією, втомою від попереджень та накопиченням психофізіологічного навантаження; для встановлення індивідуального зв'язку між цими показниками потрібні додаткові дослідження.

5. Необхідна систематична роз'яснювальна робота з населенням щодо того, що суб'єктивне відчуття спокою не виключає тривалого стресового навантаження, а нехтування правилами безпеки підвищує ризики для фізичного і психічного здоров'я.

Література:

1. Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., & Fava, G. A. (2021). Allostatic load and its impact on health: A systematic review. Psychotherapy and Psychosomatics, 90(1), 11–27. doi: 10.1159/000510696.

2. Goral, A., Feder-Bubis, P., Lahad, M., Galea, S., O'Rourke, N., & Aharonson-Daniel, L. (2021). Development and validation of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) among adults exposed to ongoing security threats. PLoS ONE, 16(5), e0251724. doi: 10.1371/journal.pone.0251724.

3. Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic

stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: A nationwide cross-sectional study. The Lancet Regional Health – Europe, 36, 100773. doi: 10.1016/j.lanepe.2023.100773.

4. Frankova, I., Senyk, O., Avramchuk, O., Leshchuk, I., Rudys, A., Kurapov, A., & Goral, A. (2025). Psychometric properties of the revised Ukrainian version of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) in the context of the Russo-Ukrainian war. European Journal of Psychotraumatology, 16(1), 2463186. doi: 10.1080/20008066.2025.2463186.

5. Frankova, I., Macia, K. S., Ecker, K. K., Watters, K. N., Danson, L., Fňašková, M., Jackson, D., Leshchuk, I., Maslahati, T., Ntlantsana, V., Sanfilippo, J., & Shalev, A. Y. (2026). Effects of continuous traumatic stress and coping efficacy on mental health outcomes during an ongoing war in Ukraine. Journal of Traumatic Stress, 1–13. doi: 10.1002/jts.70115.

6. Barthel, M.-C., Fricke, K., Muehlhan, M., Vogel, S., & Alexander, N. (2025). Habituation of the biological response to repeated psychosocial stress: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 169, 105996. doi: 10.1016/j.neubiorev.2024.105996.

7. Maier, T., Rappel, M., Rhee, D.-S., Brill, S., Maderner, J., Pijahn, F., Gündel, H., Radermacher, P., Friemert, B., Becker, H.-P., & Waller, C. (2022). Mental but no bio-physiological long-term habituation to repeated social stress: A study on soldiers and the influence of mission abroad. Frontiers in Psychiatry, 13, 1011181. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1011181.

8. Cancino, N. A., Farfán, O. M., Campos, S. V., Ramos, N. A., Kreither, J., & Vogel, E. H. (2026). What do patient-control studies of habituation in anxiety and stress disorders reveal? Psychophysiology, 63(5), e70315. doi: 10.1111/psyp.70315.

9. Stieger, S., Lewetz, D., Paschenko, S., & Kurapov, A. (2023). Examining terror management theory in Ukraine: Impact of air-raid alarms and explosions on mental health, somatic symptoms, and well-being. Frontiers in Psychiatry, 14, 1244335. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1244335.

10. Van Dijcke, D., Wright, A. L., & Polyak, M. (2023). Public response to

government alerts saves lives during Russian invasion of Ukraine. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 120(18), e2220160120. doi: 10.1073/pnas.2220160120.

11. Kurapov, A., Schabus, M., Kahveci, S., Wilhelm, F. H., & Blechert, J. (2024). Explaining post-traumatic stress symptoms and sleep disturbance in Ukrainian civilians: Perceived threat versus objective war exposure. European Journal of Psychotraumatology, 15(1), 2381371. doi: 10.1080/20008066.2024.2381371.

12. Scovell, M., McShane, C., Swinbourne, A., & Smith, D. (2022). Rethinking risk perception and its importance for explaining natural hazard preparedness behavior. Risk Analysis, 42(3), 450–469. doi: 10.1111/risa.13780.

13. Levin, Y., Ben-Ezra, M., Hamama-Raz, Y., Maercker, A., Goodwin, R., Leshem, E., & Bachem, R. (2024). The Ukraine–Russia war: A symptoms network of complex posttraumatic stress disorder during continuous traumatic stress. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 16(7), 1110–1118. doi: 10.1037/tra0001522.

14. Astill Wright, L., Roberts, N. P., Barawi, K., Simon, N., Zammit, S., McElroy, E., & Bisson, J. I. (2021). Disturbed sleep connects symptoms of posttraumatic stress disorder and somatization: A network analysis approach. Journal of Traumatic Stress, 34(2), 375–383. doi: 10.1002/jts.22619.

15. Theocharis, A., Antonopoulos, V., & Christodoulou, N. G. (2023). Somatic symptoms associated with mental distress during the COVID-19 pandemic: A systematic review. Australasian Psychiatry, 31(2), 147–156. doi: 10.1177/10398562231156380.

16. Smakowski, A., Hüsing, P., Völcker, S., Löwe, B., Rosmalen, J. G. M., Shedden-Mora, M., & Toussaint, A. (2024). Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. Journal of Psychosomatic Research, 181, 111608. doi: 10.1016/j.jpsychores.2024.111608.

17. Trilla, I., Weigand, A., & Dziobek, I. (2021). Affective states influence emotion perception: evidence for emotional egocentricity. Psychological Research, 85,

1005–1015. doi: 10.1007/s00426-020-01314-3.

Abstract. *The article examines the emotional, somatic, and behavioral responses of Kyiv residents to massive combined attacks under conditions of prolonged war-related stress. Particular attention is paid to the concerning tendency of reduced willingness to use shelters during a real aerial threat. The study was conducted from April to June 2026 using a remote anonymous survey of 223 Kyiv residents. The questionnaire addressed self-reported emotional state, physical sensations during attacks, self-soothing strategies, safety behavior, and reasons for not using shelters. The results showed that massive attacks remain a significant stressor for most respondents and are accompanied by somatic manifestations, including increased heart rate, headache, muscle tension, and chest tightness. At the same time, a considerable proportion of respondents do not use shelters, including a group who previously followed this safety behavior but later stopped doing so. At the sample level, the findings indicate a discrepancy between the prevalence of somatic stress manifestations and the gradual decline in protective behavior. Such behavior should not be explained solely by courage or conscious acceptance of risk; it may reflect reduced reactivity to repeated threat, potentially related to partial habituation, alert fatigue, emotional numbing, and depletion of adaptive resources. The findings are consistent with the assumption that a subjective sense of calm or becoming accustomed to repeated attacks does not necessarily indicate reduced psychophysiological stress, which may adversely affect mental and physical health when sustained over time. The study concludes that systematic public education is needed to explain the risks of ignoring air-raid warnings and to promote greater awareness of one's psychological and physical condition.*

Keywords: *chronic distress, continuous traumatic stress, massive combined attacks, reduced reactivity, perceived danger, somatic reactions, safety behavior, air-raid alert, psychophysiological exhaustion.*