

low values of the ratio of PSD alpha-1 and theta-rhythms were common. This data indicates a direct dependence of their superstitious ideas on the general level of anxiety. Also the high values of PSD alpha, alpha1-, alpha2-rhythms, the ratios of PSD alpha- and theta- rhythms, alpha-1 and theta-rhythms, alpha2- and theta-rhythms, and the low values of the value of PSD beta2-rhythm were disclosed for adolescents, who often perform superstitious ritual activity. It testifies that the effective application of omens and superstitions in the practice of everyday life allows them to reduce anxiety, elevate mood, and increase confidence in themselves.

Keywords: electroencephalogram , superstition, superstitiously-ritual activity, magical anxiety, anxiety, children of primary school age, adolescents.

Харченко Д. М.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ЯК ПРЕДИКТОРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

У статті на основі аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури висвітлено роль психосоціальних факторів в етіології та патогенезі психосоматичних розладів. Наведено результати досліджень взаємозв'язків деяких психосоціальних факторів та психосоматичних розладів.

Ключові слова: психосоціальні фактори, психосоматичні розлади, психофізіологічні механізми, психосоматичні взаємозв'язки, індивідуально-психологічні особливості.

Поведінка людини в навколишньому середовищі – одна з основних теоретичних проблем, у якій тісно переплітаються аспекти еволюції суспільства та індивіда, охорони психічного й фізичного здоров'я. Це питання стає особливо актуальним у зв'язку зі зростанням питомої ваги психосоматичних захворювань, походження яких пов'язують передусім із емоційними перевантаженнями, що є характерними для сучасної людини. Для успішного вирішення проблеми захворюваності необхідне правильне уявлення про співвідношення й взаємозв'язки між психічними і фізіологічними, біологічними і соціальними факторами.

Аналіз літератури з проблеми вивчення психосоціальних факторів, що можуть призвести до виникнення психосоматичних розладів, свідчить, що проблематика знайшла достатньо широке відображення в роботах західних вчених [3, 11, 12], російських науковців [2, 6, 7, 8], окремих аспектів цієї проблеми українськими вченими [4, 5, 9].

Аналіз літературних даних, присвячених вивченню факторів ризику у виникненні психосоматичних захворювань, показав, що на сьогоднішній день найбільш популярними є декілька теоретичних конструктів, передусім це, концепція типу поведінкової активності М. Фрідмана і Р. Розенмана [11], теорія

життєвих подій Т. Холмса, Р. Раге [12] та концепція пошукової активності В. Аршавського, В. Ротенберга [1, 6].

При аналізі впливу різних психосоціальних факторів на стан здоров'я вчені намагаються довести, що загальноприйнята точка зору однозначного негативного впливу на стан здоров'я не є такою односпайною.

Психосоматичні розлади можуть виникати як результат протиріччя біологічної і соціальної еволюції людини, тобто з протиріч між способом життя сучасної людини та фізіологічними властивостями її нервової системи або фізіолого-екологічного протиріччя, а також між соціальними стереотипами емоційного вираження і природними, фізіологічними механізмами емоційного реагування або соціально-екологічними протиріччями [8].

Психосоціальні фактори іноді можуть розглядатись як протиріччя, які пов'язані з протистоянням між природними інстинктами людини і соціальними нормами моралі. Це протиріччя підсилюється і феноменами масової свідомості, що стикається з інстинктом самозбереження. У наш час це економічні потрясіння, загроза безробіття, невпевненість у завтрашньому дні. У період соціальної кризи зростанню такої напруженості сприяють і кризи соціальних інститутів суспільства, зріст злочинності, загроза тероризму, війни тощо, особливо, коли вони слугують предметом спекуляцій в засобах масової інформації. Усе це в цілому може призвести до так званих соціально-стресових розладів.

Механізм трансформації негативних психосоціальних факторів і обумовлених ними психоемоційних стресів у конкретне психосоматичне захворювання складний і недостатньо вивчений. Психосоматичні розлади виникають в результаті суб'єктивно нерозв'язаних конфліктів між людиною і оточуючим середовищем, у наслідок нереалізованих, пригнічених негативних емоцій, постійного відчуття тривоги, страху і відчаю або ж навпаки, гніву і агресії. Не кожен негативний психосоціальний фактор призводить автоматично до появи психосоматичних розладів, але він може сприяти переходу з преморбідного, компенсованого стану в хворобливий стан. У цьому процесі велику роль відіграють генетичні фактори, які визначають індивідуальну чутливість до стресу. Відіграє роль пускового механізму, психоемоційний фактор створює умови для формування стійких функціональних метаболічних, а в подальшому і структурних змін. При цьому вирішальне значення набувають часто не важкі емоційні потрясіння, а щоденні дрібні багаточисельні стреси, які мають властивість до акумуляції.

Актуальність вивчення психосоціальних факторів впливу на якість життя психосоматичних хворих обумовлена прогресуючим зростанням кількості захворювань, невисокою ефективністю традиційного лікування, а також тим фактом, що більшість хворих молоді люди працездатного віку, серед яких високий відсоток інвалідності.

Велика соціальна значущість цієї проблеми та неоднозначність висновків різних авторів відносно впливу негативних чинників на перебіг психосоматичних розладів спонукали здійснити власний аналіз впливу цих чинників на психосоматичні розлади.

Результати теоретичного аналізу проблеми

Хронічний перебіг, а іноді й терапевтична резистентність психосоматичних розладів при недостатніх знаннях їхнього патогенезу призвели до розробки найбільш перспективних концепцій факторів ризику й організації боротьби з цими розладами. У результаті помічено значне зниження вірогідності захворювання і смертності в розвинутих західних країнах із причин психосоматичних розладів. Разом з тим актуальним залишається питання природи психосоціальних факторів ризику виникнення психосоматичних розладів та розробки адекватних методів їхньої діагностики.

На думку провідних вітчизняних науковців до нових психосоціальних феноменів, що можуть призвести до психосоматичних розладів відносяться деякі синдроми, які є особливо актуальними для нашої країни у наш час.

Учені вказують, що «спроможність вибрати та реалізувати адаптивну життєву стратегію залежить від актуальних ресурсів людини, від внутрішніх та зовнішніх умов реабілітації. Умовно ресурсна база людини, згідно біопсихосоціальної парадигми, розділена на окремі складові, причому частина «біо» – відображає здоров'я тіла, «психо» – психічне благополуччя, «соціо» – міру соціальної активності» [10, с. 18]. Вказується, що ці складові взаємопов'язані, зміна рівню однієї з них призводить до зміни інших: наявність соматичних розладів, певною мірою, пригнічує психічний стан та зменшує соціальну активність; наявність окремих патопсихологічних феноменів (наприклад страху, агресії або тривоги) пригнічує фізичне здоров'я та деформує соціальну активність; негативні зміни соціальної активності (розлучення, безробіття) сприяє появі та подальшому розвитку психосоматичних захворювань. Науковці зі США помітили, що серцево-судинні захворювання, певною мірою, залежать від психосоціальних стресогенних факторів. З'ясувалось, що під час інтенсивної роботи рівень холестерину та швидкість згортання крові значно збільшувались. Тих людей, які здавались високо реактивними, схильних до конкуренції, рішучих, нетерпимих, із загостреним відчуттям часу, підвищеною мотивацією, вербально агресивних учені віднесли до типу поведінкової активності А [12].

Науковці під типом А розуміють певний стереотип поведінки, стиль життєдіяльності, в якому можна виділити передусім надмірне захоплення роботою, тривалу боротьбу для досягнення мети, невміння відпочивати, нетерпимість, нестриманість, постійне відчуття нехватки часу, амбіційність, бажання домінувати, ворожість і агресивність при блокуванні потреб, швидку мову, активну жестикуляцію.

Люди з протилежними рисами характеру були віднесені до типу Б. До кінця досліджень 257 людей мали серцеві напади, і 69 % з них були ті, що віднесені до типу А і ні один представник із типовим поведінковим патерном Б не постраждав від серцевих недугів.

Першим систематичним дослідженням зв'язку типу особистості А з коронарною хворобою серця стало спостереження Західної об'єднаної групи. Результати були вражаючими. Майже зі 3200 учасників, що не мали симптомів

коронарної хвороби на початку досліджень, у двічі більше людей з типом А, ніж з типом Б, набули їх в продовж наступних дев'яти років.

Результати реалізації крупних національних і транснаціональних проєктів під егідою ВООЗ у галузі профілактичної кардіології як Американського, Японо-Американського, так і Західно-Європейського, показали, що серед людей, у яких виникла ІХС, поведінка типу А зустрічається вдвічі частіше. Це дало вченим підстави вважати, що цей фактор є відносно незалежним і відіграє певну роль у виникненні та прогнозі ІХС. Автори концепції комплексу поведінкових характеристик типу А назвали його «стрес-коронарним» типом, тим самим підкреслюючи зв'язок із психофізіологічними і психологічними механізмами стресу і психічної адаптації. Концепцію «стрес-коронарного» типу поведінкової активності побудовано авторами на основі інтеграції спадкових типологічних факторів, властивих індивіду передусім у вигляді реактивності психофізіологічних функцій із засобами подолання складних ситуацій, взаємодії особистості й середовища.

На думку вітчизняних науковців, серед хворих на ішемічну хворобу серця переважають ті, хто має сильний тип вищої нервової діяльності з достовірно більшою глибиною негативних емоцій і відносно низькою соціальною адаптованістю.

Доказом емоційно-поведінкової моделі – типу А як незалежного фактора може свідчити й можливість зниження його умовної патогенності за допомогою психокорекції поведінки. Такий підхід передбачає, що модель типу А може змінюватись і адаптувати до стресу психофізіологічні, поведінкові й соціальні компоненти. Звідси витікає, що існує сенс оцінки результатів досліджень емоційно-поведінкових факторів ризику ІХС та інших психосоматичних розладів із позиції загальної теорії психічної адаптації. При цьому системне уявлення про механізми психічної адаптації, виокремлення основних компонентів в її структурі: психофізіологічних, власне психічних і психосоціальних, дозволяє розглядати психічну адаптацію як процес встановлення оптимальної відповідності особистості й середовища в процесі взаємодії з середовищем. У Великій Британії на чолі з М. Міртеком було проведено метаналіз даних шістнадцяти досліджень із цієї проблеми, в яких загалом взяло участь понад 46 000 досліджуваних. Середня кореляція між наявністю коронарних захворювань і приналежністю до типу А була близько 0,009 [13].

Деякими вченими помічено, що різні компоненти поведінкового патерну не завжди так тісно пов'язані між собою, як вказували автори концепції, що суттєво ускладнює категоризацію таких людей і створює проблеми застосування відповідної схеми.

Експерименти на тваринах при спробі змінити тип поведінкової активності, виявились невдалими, а тому як зарубіжні, так і вітчизняні вчені вказують, що різні типи поведінкової активності мають генетичні корені. Усупереч домінуючому в соціумі уявленню, поведінка за типом Б може бути оптимальною стратегією в умовах хронічного стресу, особливо в суб'єктивно неконтрольованих умовах, коли завданням є не досягнення соціально значимого результату, а

індивідуальна фізіологічна адаптація. У тих стресових ситуаціях, коли вони сприймаються як недоступні для контролю і активного подолання, лише в типу А формується депресивний стан і порушується гальмування гіпофізарної й симпатoadреналової систем за механізмом негативного зворотного зв'язку. Механізм зворотного зв'язку – це єдиний засіб, завдяки якому відбувається зниження нейроендокринних та метаболічних і гемодинамічних ефектів стресу. При послабленій чутливості до сигналів зворотного зв'язку навіть слабкі психогенні стимули будуть підтримувати стан емоційного напруження в осіб поведінкового типу А, що в подальшому негативно може вплинути на функціонування вісцеральних систем.

У багатьох випадках соматоформні особистісні розлади набувають характеристик, які є типовими для іпохондричних розладів.

Учені при дослідженні здорових чоловіків віком 30-49 років із поведінковим типом А з'ясували, що вони в 6 разів частіше хворіють на серцево-судинні захворювання ніж чоловіки з типом Б. В інших дослідженнях взаємозв'язку поведінкового типу А з розвитком серцево-судинних захворювань узагалі не помічено. Суперечливі дані змушують науковців до пошуку інших факторів патогенезу психосоматичних розладів.

Паралельно зі зниженням уваги до ролі психологічного типу А в патогенезі серцево-судинних захворювань останніми роками пропонується опис особистісного типу D. Основною характеристикою цього типу вважають сукупність підвищеного рівня негативних емоцій із виразною тенденцією пригнічувати їхній прояв в соціальних контактах і в міжособистісному спілкуванні. Такий особистісний тип розглядається як відносно стійка психологічна характеристика, наявність якої визнається важливим і незалежним фактором ризику розвитку психосоматичних розладів.

У цілому, не зважаючи на багаторічну історію вивчення, питання про роль поведінкового типу А у виникненні серцево-судинних захворювань усе ще залишається дискусійним.

Інші соціологи-дослідники висунули гіпотезу, що люди щоденно підпадають під вплив великої кількості негативних подій, які є частиною їхнього життя. Ці негативні чинники мають кумулятивну тенденцію, що врешті-решт призводить до виникнення психосоматичних розладів. Учені помітили, що існують певні характерні стреси в різних категорій людей, які обумовлюють різні клінічні синдроми. У такий спосіб з'ясувалось, що відчуття втрати супроводжується депресивними синдромами, а загрозові ситуації призводять до тривожних розладів. Для жінок характерними є стресові події в особистому житті, а для чоловіків – у професійній діяльності. Особливо вразливий організм у періоди так званих «життєвих криз», періодів гормональних і психофізіологічних перебудов. До таких періодів відносяться пубертатний період, вагітність, роди, клімакс [3].

Увагу психологів і фізіологів привернули результати вивчення та аналізу різних типів поведінки й мозкових механізмів, які забезпечують ці поведінкові акти, а також виявлення їхніх вегетативних компонентів і з'ясування ролі цих

типів поведінки в появі психосоматичних розладів. У цих роботах у цілому показано, що існують залежності перебігу певних патологічних процесів від типу поведінки. Учені, на експериментальному матеріалі, доводять, що основним фактором, який впливає на розвиток патології і визначає характер психофізіологічних, психосоматичних взаємозалежностей, є не знак емоцій, а тип поведінки. Науковці наголошують, що такий вплив типу поведінки на соматичне здоров'я реалізується незалежно від характеру вегетативних зрушень, що супроводжують поведінку [1, 7]. На основі цього учені пропонують покласти в основу класифікації типів поведінки наявність або відсутність пошукової активності.

Під пошуковою активністю вони мають на увазі активність, спрямовану на зміну ситуації або самого суб'єкта, його відношення до ситуації, яка виникла при відсутності прогнозу позитивних бажаних результатів такої активності. Наявність або відсутність пошукової активності – це більш суттєва характеристика поведінки і стану, ніж особливість емоційного статусу, вважають автори концепції пошукової активності, і ця характеристика має важливіше біологічне значення, оскільки міра прояву пошукової активності визначає стійкість організму до згубних чинників.

Згідно з цією гіпотезою, на відміну від теорії «специфічного емоційного конфлікту», негативна емоція, яка супроводжується пошуковою активністю і стимулює її більш корисна для організму, ніж відносно спокійний емоційний стан із низьким рівнем пошукової активності. Пригнічені негативні емоції є лише окремим випадком відмови від пошуку.

На основі теорії «фізіологічної активності», М. Берштейна, було розроблено концепцію «пошукової активності», згідно з якою основним фактором, що впливає на розвиток патології і визначає характер психофізіологічних та психосоматичних відносин, є не знак емоцій, а тип поведінки. Наявність потреби в пошуковій активності, автори концепції вбачають в принциповому невдоволенні, адже це потреба в самому процесі постійної зміни. Звідси й витікає її біологічна роль для людини і тварин: пошукова активність – біологічно обумовлена рушійна сила саморозвитку кожного індивіда, і прогрес популяції в цілому значною мірою залежить від її міри виразності. А тому відмова від пошуку, пасивна захисна поведінка є біологічно шкідливою для популяції в цілому.

У зв'язку з низькою потребою в пошуковій активності її дефіцит може легко переноситись і не призводити до дискомфорту. Щоправда, при цьому неминує знижується протидія організму шкідливим чинникам, оскільки, на думку авторів концепції, пошукова активність справляє стимулюючу дію на організм і підвищує резистентність.

Але наявність потреби в пошуковій активності ще не гарантує реалізації цієї активності в поведінці.

Якщо ситуація розцінюється суб'єктом як оптимальна і актуальні потреби задовольняються на основі звичних форм поведінки, пошукова активність може бути відсутньою, не зважаючи на сформовану в минулому потребу в ній. Така ситуація сама по собі не мотивує суб'єкта на пошук, більше того мотивує на ві-

джидання пошуку, тому що будь-яка зміна сприймається як потенційна загроза погіршення, і крім того, як побоювання втратити вже досягнуте. Звісно, це можливо лише при відсутності творчої діяльності, але рано чи пізно все ж виникає фрустрація потреби в пошуковій активності. Суб'єктивне переживання такої фрустрації характеризується майже закономірною динамікою переходу «нехай все буде не гірше, ніж тепер» до побоювання «все занадто добре, щоб могло тривати так довго».

Ця остання формула психологічно точно характеризує такий стан, коли, не зважаючи на повне благополуччя, у суб'єкта зростає відчуття тривоги й загрози; він «переводить подих» з полегшенням, коли ситуація дійсно змінюється на гірше й з'являється реальний стимул для пошукової активності. Якщо об'єктивно зміни ситуації не відбувається, зростаюча емоційне напруження, допомагає суб'єкту змінити структуру дійсності у своїй свідомості, в результаті виникають псевдопроблеми, на вирішення яких він спрямовує свою пошукову активність. Якщо і це не вдається, то виникають так звані «хвороби досягнень».

Згідно з енергетичною концепцією, пасивне уникання, стан відмови запобігає виснаженню ресурсів організму, яке могло б настати в процесі безнадійної боротьби, а тому цей стан виконує адаптивну функцію. Можливо, це, певною мірою, справедливо для онтогенетично ранніх етапів розвитку організмів, коли ще відсутні функціональні енергетичні передумови у виявленні активної захисної поведінки. Проте щодо дорослих суб'єктів ця концепція є досить сумнівною.

Проти уявлення про наявність або відсутність пошукової активності повністю визначається прогнозом, свідчать дані про динаміку так званої «набутої немічності». Отже, однією з передумов розвитку відмови від пошуку є попередня негативна тренуваність пошукової активності, високому успіху або високому неуспіху діяльності.

Конкретні елементи такої ситуації з раннього дитинства, що пов'язані з реакцією відмови від пошуку, можуть запам'ятовуватись за механізмом імпринтингу, і повтор такої ситуації в дорослому віці може, певною мірою, визначати й готувати реагування по типу відмови від пошуку. Саме в такому комплексі ранніх вражень із типом реакції може полягати основне значення для психосоматичних розладів.

Висновки

Здійснений теоретичний аналіз сутності та змісту психосоціальних факторів впливу на розвиток психосоматичних розладів в працях вітчизняних та зарубіжних психологів дозволив зробити такі *висновки*:

Учені з різних країн, узагальнивши літературні свідчення й результати власних досліджень, зробили висновки, що існує залежність між перебігом багатьох патологічних процесів і особливостей поведінки людини.

Несприятливі психосоціальні фактори, соціально-екологічні умови, які спричиняють емоційне напруження, можуть бути тим тригерним механізмом, який і спричинює запуск психосоматичних порушень.

Література

1. Аршавский В. В. Поисковая активность и ее влияние на экспериментальную и клиническую патологию / В. В. Аршавский, В. С. Ротенберг // «Журнал высшей нервной деятельности», 1976, т. XXVI, вып. 2, стр. 424-428.
2. Березин Ф. Б. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах / Ф. Б. Березин, Т. В. Барлас // Журн. невропат., психитр. им. С. С. Корсакова. 1994. – № 4-6. – С. 38-43.
3. Виткин Дж. Женщина и стресс / Дж. Виткин – СПб., 1996.
4. Михайлов Б. В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема / Б. В. Михайлов. DOCTOR. – 2002. – № 6. – С. 9-12.
5. Напреенко О. К. Соматопсихічні розлади / О. К. Напреенко // Український вісник психоневрології.– 1996.– Т.4.– Вип. 5(12) .– С.292-294.
6. Ротенберг В. С. Стресс и поисковая активность / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский // Вопросы философии. 1979. № 4. С. 117-127.
7. Ротенберг В. С. Поисковая активность и адаптация / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский. – М.: Наука, 1984.
8. Сандомирский М. Е. Состояние психической адаптации в условиях хронического психоэмоционального стресса в связи с личностно-типологическими характеристиками: . – дисс... канд. мед. наук.: – М., 2000.
9. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади у людей з різними типами поведінкової активності / Д. М. Харченко // Актуальні проблеми психології. Том V: Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія. Випуск 4./ За ред. Максименка С. Д. – К.: Міленіум, 2005. – С. 186-190.
10. Чабан О. С. Реабілітаційні мішені: особливості дезадаптації людини в сучасних кризових ситуаціях / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. –2009. № 1 (29). С. 13-21.
11. Rosenman R. H. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow- up experience of 8 1/2 years / R. H., Rosenman, R. J. Brand, D. Jenkins – JAMA. 1975 Aug 25.– № 233 (8). P.872-877.
12. Holmes T. H. The Social Readjustment Rating Scale / T. H. Holmes, R. H. Rage // Journal of Psychosomatic Research. – № 11. – 213 p.
13. Myrtek M. Type A behavior pattern, personality factors, disease, and physiological reactivity: A meta-analytic update / M. Myrtek // Personality and Individual Differences. – 1995. – № 18. – P. 491-502.

В статтє на основаннн зарубєжнн и отечественнн лнтературн рассматрнваетсн роль психосоцнальных факторов в этиологии и патогенезе различных психосоматических расстройств. Прнведены результаты исследований взаимосвязей психосоцнальных факторов с психосоматическими расстройствами.

Ключевые слова: психосоциальные факторы, психосоматические расстройства, психофизиологические механизмы, психосоматические взаимосвязи, индивидуально-психологические особенности.

In this article on the basis of analysis of foreign and domestic literature highlights the role of psychosocial factors in the etiology and pathogenesis of psychosomatic disorders. In article shows the results of some research the relationship of psychosocial factors and psychosomatic disorders.

Keywords: psychosocial factors, psychosomatic disorders, physiological mechanisms, psychosomatic relationships, individual psychological characteristics.

Шупко С.В.

ЗАСОБИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВИХ СТАНІВ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Зміст цієї наукової статті представлено у вигляді теоретичного аналізу стану розробки проблеми стресу, стресового стану особистості в психологічній літературі й сучасних методів запобігання стресу та подолання його наслідків.

Ключові слова: стрес, стресовий стан, сучасні методи боротьби зі стресом, наслідки стресу.

Актуальність дослідження. Дослідження стресових станів – це актуальний напрямок вивчення психічних станів людини. Він інтенсивно розвивається як у зарубіжній, так і у вітчизняній психології. Дослідники стресових станів активно шукають шляхи їх профілактики та подолання.

Вирішення проблеми управління стресовими станами в цілому і, зокрема, у студентській молоді передбачає значну різноманітність щодо вибору форм і методів подолання стресу. Але, незважаючи на велику кількість методів, не існує універсального підходу до управління стресовими станами. Кожна соціальна група або індивід вимагає розробки підходу до профілактики та управління стресовими станами, адаптованого саме до їх особливостей виникнення та перебігу стресових станів. Це повною мірою стосується студентства, що перебуває на порозі дорослого життя. Студентська молодь – одна з найбільш вразливих категорій населення. Часто моделі поведінки вчорашніх школярів ще дитячі, а проблеми виникають такі самі, як і у дорослих. Особливо це стосується студентів з інших міст, а іноді й країн. При зміні соціального і навчального середовища відбувається пошук себе у професійному та особистісному планах і напрацьовується додатковий досвід, який суттєво впливає на подальше життя. Саме в цей час, коли людина відкрита до нових знань й усвідомлює це, існує можливість істотно їй допомогти у плані профілактики чи подолання стресового стану. Всі програми роботи зі стресо-