

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ТА ЇХ ДИНАМІКА У ХОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗА МЕТОДОМ КОЗЯВКІНА

Міжнародна реабілітаційна клініка Козявкіна, Трускавець

У статті подано результати вивчення клініко-психологічних особливостей підлітків із дитячим церебральним паралічем та їх динаміка в ході реабілітації за методом Козявкіна. Проведене дослідження показало, що зазначений метод є ефективною реабілітаційною системою для корекції психопатологічної симптоматики у хворих на дитячий церебральний параліч.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, підлітки, клініко-психологічні особливості, метод Козявкіна.

Одними з найважливіших аспектів клініки дитячого церебрального параліча (ДЦП) є когнітивні, мовні, емоційно-вольові та комунікативні порушення. Саме вони, а не тільки моторний дефіцит, визначають для більшості хворих їх соціальний прогноз і можливість адаптації у суспільстві. Залишається недостатньо вивченим питання про особливості психічного розвитку при ДЦП у віковому контексті. Переважну більшість досліджень у цьому напрямку виконано із залученням дітей [1, 2]. Особливості психічних розладів у підлітків із ДЦП не отримали глибокого й повного висвітлення у науковій літературі. Стан психічного здоров'я хворих на ДЦП у підлітковому періоді з його складним комплексом фізіологічних, психологічних і соціальних проблем є особливо актуальною проблемою. Важливе значення має вирішення питання соціально-психологічної реабілітації підлітків, які страждають на ДЦП. Як відомо, існують досить численні групи таких підлітків, які не мають виражених психічних розладів, зниження інтелекту, поведінкових девіацій [3, 6, 7]. Ці контингенти хворих можуть навчатися за загальноосвітніми програмами у загальноосвітніх школах. Однак у них психічний розвиток перебігає на тлі наявного захворювання і часто має аномальний, дисгармонійний характер, тобто спостерігається той чи інший варіант дизонтогенезу [4]. У таких дітей і підлітків є так звані легкі, мінімальні порушення когнітивних функцій, які можуть ускладнювати навчання у школі.

Оскільки не існує прямої паралелі між тяжкістю клінічних проявів захворювання, якістю життя хворих і їх соціальним функціонуванням, то так звані мінімальні форми психічного дизонтогенезу потребують ретельного вивчення у контексті завдань профілактики формування виражених форм соціальної дезадаптації [5]. У цьому плані актуальним є пошук нових методів лікування

й реабілітації таких груп хворих, які дали б змогу істотно мінімізувати, а то й повністю компенсувати наявні порушення психічного розвитку в рамках легких форм психічного дизонтогенезу при ДЦП.

Метою цієї роботи було вивчення клініко-психологічних особливостей підлітків із ДЦП та їх динаміки у ході реабілітації за методом Козявкіна.

У дослідження було включено 73 підлітки у віці від 14 до 17 років (42 хлопці та 31 дівчина) з різними клінічними формами ДЦП, у яких було діагностовано несприятливі психічні розлади резидуально-органічного генезу, а саме: легкий когнітивний розлад (F06.7 згідно з критеріями МКХ-10) і органічний емоційно-лабільний розлад (F06.6).

Залежно від характеру провідних психопатологічних порушень усі обстежені підлітки були розділені на дві групи. До першої увійшла 31 (42,5%) особа, психічний стан пацієнтів відповідав легкому когнітивному розладу (F06.7). Другу групу становили 42 (57,5%) підлітки з органічним емоційно-лабільним розладом (F06.6). Необхідно підкреслити, що рівень інтелектуального розвитку обстежених відповідав варіантам норми.

Спастична диплегія (G80.1) була у 28 (38,4%) хворих, дитяча геміплегія (G80.2) — у 23 (31,5%), у тому числі правобічний геміпарез — у 11 (15,2%), лівобічний — у 12 (16,4%), дискінетична форма (G80.3) — у 12 (16,4%), атактична форма (G80.4) — у 4 (5,4%), змішана (G80.8) — у 6 (8,2%).

Усі підлітки проходили курс реабілітації за допомогою методу Козявкіна у Міжнародній реабілітаційній клініці Козявкіна (Україна, м. Трускавець) [8, 9]. Обстеження виконувалося двічі: у перші два дні перебування підлітків у реабілітаційному центрі й перед випискою.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психологічний, математико-статистичний (обробка даних здійснювалася за допомогою методу встановлення ймовірності відмінностей (за

критеріями F Фішера, U Манна — Уїтні, T Віл-коксона і t Стюдента)). Отримані у результаті проведеного дослідження дані оброблялися за допомогою пакета програм SPSS 15.0 for Windows.

Характер і частоту основних психопатологічних симптомів показано в табл. 1.

Клінічними проявами легких когнітивних розладів були перш за все недостатність функцій зосередження, розподілу й перенесення уваги, порушення пам'яті, низький рівень продуктивності розумової працездатності. Зазначені порушення лежали в основі труднощів, пов'язаних із навчанням у школі. Як самі хворі, так і їхні батьки відзначали, що проблеми шкільної успішності пов'язані перш за все з розладами пам'яті та уваги. Засвоєння нового навчального матеріалу супроводжувалося труднощами: вимагало більше часу, додаткових занять, зусиль. Підлітки витрачали значно більше часу для виконання шкільних завдань, ніж здорові однолітки. На цьому тлі у підлітків швидко виникало відчуття втоми, «несвіжої», «важкої» голови, з'являлися головні болі, іноді із запамороченнями, порушувався сон, з'являлися дратівливість, емоційна лабільність.

У цій групі пацієнтів, крім розладів пам'яті та уваги, спостерігалися порушення інших вищих психічних функцій. Так, були неважкі, невиражені варіанти мовленнєвих розладів у вигляді дизартрії і дислалії. Дизартрія як розлад звуковимови й просодичної сторони мовлення виявлялася в обстежених підлітків у вигляді загальної «розмазаності» спонтанного мовлення і недостатнього мовного контролю. Згідно з анамнестичними даними, у дитячому віці у таких пацієнтів були порушення писемного мовлення (дисграфії) і порушення читання (явища дислексії), які з часом у процесі навчання нівелювалися. Дислалія як системне недорозвинення мовлення виявлялася у пацієнтів також у субклінічних формах.

Провідними клінічними ознаками органічного емоційно-лабільного розладу були церебрастенічні порушення, які виявлялися підвищеною втомлюваністю, втомою, особливо після фізичних і психічних навантажень, емоційною лабільністю, нетриманням афекту, різноманітними неприємними відчуттями у вигляді головного болю, запаморочення, недостатності функцій пам'яті та уваги, виснаження рівня розумової працездатності. Поведінка таких підлітків чітко залежить від конкретної ситуації, в якій вони опиняються. Підлітки відчувають істотні труднощі в умовах систематичних навчальних навантажень, що призводить до низької ефективності виконання навчальних завдань, незважаючи на нормативні свідчення інтелекту. Найчастіше у таких пацієнтів відзначалися емоційна незрілість, підвищена сугестивність, слабкість волевих зусиль, зниження

почуття обов'язку й відповідальності, лабільність настрою, схильність до капризів. Поведінка підлітків часто залежить від ситуаційних зовнішніх впливів, безпосередніх інтересів і прагнень, при життєвих труднощах у них легко виникають реакції активного або пасивного протесту. Необхідно підкреслити, що церебрастенічні порушення у цих хворих є основними й первинними. Наявні у них емоційні розлади й когнітивні дисфункції формуються на ґрунті та у структурі астенічних порушень.

У цілому в обстежених підлітків домінували порушення уваги (97,3 %), підвищена дратівливість (93,2 %), підвищена втомлюваність (91,8 %), виснаженість рівня розумової працездатності (93,2 %), емоційна лабільність (90,4 %), труднощі засвоєння навчального матеріалу (87,7 %), головний біль (87,7 %), низький рівень розумової працездатності (84,9 %), порушення пам'яті (82,2 %), запаморочення (76,7 %), гіпердинамічні прояви (54,8 %), імпульсивність поведінки (43,8 %), знижена самооцінка (41,1 %).

Аналіз характеру психопатологічних порушень з урахуванням їх клінічної форми показав таке. У підлітків із легким когнітивним розладом переважали порушення уваги (100 %), порушення пам'яті (100 %), труднощі засвоєння навчального матеріалу (100 %), низький рівень розумової працездатності (100 %), підвищена дратівливість (90,3 %), головний біль (83,9 %), виснаженість рівня розумової працездатності (83,9 %), підвищена втомлюваність (80,6 %), емоційна лабільність (80,6 %), запаморочення (74,2 %), гіпердинамічні прояви (51,6 %). Таким чином, у цій групі пацієнтів домінували виражені порушення когнітивних функцій, які поєднувалися із церебрастенічною симптоматикою, що призводило до обтяження власне когнітивних розладів.

У групі підлітків з органічним емоційно-лабільним розладом найчастіше відзначалися такі порушення, як підвищена втомлюваність (100 %), виснаженість рівня розумової працездатності (100 %), емоційна лабільність (97,6 %), підвищена дратівливість (95,2 %), порушення уваги (95,2 %), головний біль (90,5 %), труднощі засвоєння навчального матеріалу (78,6 %), запаморочення (78,6 %), низький рівень розумової працездатності (73,8 %), порушення пам'яті (69,0 %), імпульсивність поведінкових реакцій (52,4 %), тривожність (45,3 %), знижена самооцінка (47,6 %). Наведені дані свідчать про те, що у цих пацієнтів домінували власне астенічні розлади, які часто лежали в основі когнітивних дисфункцій.

У хворих першої групи порівняно з другою достовірно більш вираженими були порушення пам'яті (відповідно 100 і 69,0 %, $p < 0,05$), труднощі засвоєння навчального матеріалу (100 і 78,6 %, $p < 0,05$),

Таблиця 1

**Наявність основних психопатологічних симптомів
у хворих на дитячий церебральний параліч**

Психопатологічні симптоми	Групи хворих					
	перша, $n = 31$		друга, $n = 42$		разом, $n = 73$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Підвищена втомлюваність	25	80,6	42	100*	67	91,8
Підвищена дратівливість	28	90,3	40	95,2	68	93,2
Головний біль	26	83,9	38	90,5	64	87,7
Запаморочення	23	74,2	33	78,6	56	76,7
Порушення сну	9	29,0	14	33,3	23	31,5
Емоційна лабільність	25	80,6	41	97,6*	66	90,4
Зниження настрою	8	25,8	15	35,7*	23	31,5
Тривожність	9	29,0	19	45,3*	28	38,4
Страхи	8	25,8	17	40,5*	15	20,5
Занижена самооцінка	10	32,3	20	47,6*	30	41,1
Фіксація на проявах свого захворювання	9	29,0	12	28,6	21	28,8
Порушення зосередження, переключення й розподілу уваги	31	100	40	95,2	71	97,3
Порушення пам'яті	31	100*	29,0	69,0	60	82,2
Труднощі засвоєння навчального матеріалу	31	100*	33	78,6	64	87,7
Низький рівень розумової працездатності	31	100*	31	73,8	62	84,9
Виснаженість рівня розумової працездатності	26	83,9	42	100*	68	93,2
Порушення мовлення (дизартрія і дислалія)	6	19,4*	4	9,5	10	13,7
Рахункові дисфункції	2	6,5	—	—	2	2,7
Порушення перцептивних функцій	3	9,7	—	—	3	4,1
Імпульсивність поведінки	10	32,3	22	52,4*	32	43,8
Гіпердинамічні прояви	16	51,6*	14	33,3	40	54,8
Труднощі спілкування з однолітками	10	32,3	16	38,1	26	35,6
Проблеми взаємовідносин у сім'ї	12	38,7	17	40,5	29	39,7
Демонстративність поведінкових реакцій	8	25,8	13	31,0	21	28,8
Нав'язливість	3	9,7	5	11,9	8	11,0
Аутизація	2	6,5	3	7,1	5	6,8
Тики	10	32,3*	7	16,7	17	23,3
Судомні напади	7	22,6*	5	11,9	12	16,4
Явища енурезу	8	25,8*	5	11,9	13	17,8

* $p < 0,05$ — достовірність відмінностей між групами. Те саме в табл. 2.

Наявність основних психопатологічних симптомокомплексів у хворих на дитячий церебральний параліч

Психопатологічні симптомокомплекси	Групи хворих					
	перша, $n = 31$		друга, $n = 42$		разом, $n = 73$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Церебрастенічна симптоматика	25	80,6	42	100*	67	91,8
Ознаки когнітивної недостатності	31	100*	31	73,8	62	84,9
Астено-депресивна симптоматика	8	25,8	15	35,7*	23	31,5
Астено-іпохондрична симптоматика	9	29,0	12	28,6	21	28,8
Гіпердинамічні прояви	16	51,6*	14	33,3	40	54,8
Тривожно-фобічна симптоматика	9	29,0	19	45,3*	28	38,6
Диссоціативні розлади	8	25,8	13	31,0	21	28,8
Розлади сну	9	29,0	14	33,3	23	31,5
Тики	10	32,3*	7	16,7	17	23,3
Судомні напади	7	22,6*	5	11,9	12	16,4
Енурез	8	25,8*	5	11,9	13	17,8
Обсесивна симптоматика	3	9,7	5	11,9	8	11,0

$p < 0,05$), низький рівень розумової працездатності (100 і 73,8 %, $p < 0,05$), гіпердинамічні прояви (51,6 і 33,3 %, $p < 0,05$). У цій групі також достовірно частіше відзначалися тики (32,3 і 16,7 %, $p < 0,05$), явища енурезу (25,8 і 11,9 %, $p < 0,05$), судомні напади (22,6 і 11,9 %, $p < 0,05$), порушення мовлення у вигляді дизартрії і дислалії (19,4 і 9,5 %, $p < 0,05$).

У пацієнтів другої групи достовірно частіше відзначалися підвищена втомлюваність (100 і 80,6 %, $p < 0,05$), виснаженість рівня розумової працездатності (100 і 83,9 %, $p < 0,05$), емоційна лабільність (87,6 і 80,6 %, $p < 0,05$), імпульсивність (52,4 і 32,3 %, $p < 0,05$), знижена самооцінка (47,6 і 32,3 %, $p < 0,05$), тривожність (45,3 і 29,0 %, $p < 0,05$), страхи (40,5 і 25,8 %, $p < 0,05$), зниження настрою (35,7 і 25,8 %, $p < 0,05$).

Розподіл різних психопатологічних симптомокомплексів у хворих на ДЦП наведено в табл. 2.

У хворих із легким когнітивним розладом провідним психопатологічним порушенням виявився симптомокомплекс когнітивної недостатності (100 %), який поєднувався у 80,6 % пацієнтів із церебрастенічною симптоматикою, у 51,6 % — з гіпердинамічними проявами, у 32,3 % — з тиками, у 29,0 % — з астено-іпохондричними порушеннями, у 29,0 % — з тривожно-фобічними синдромами, у 29,0 % — з розладами сну, у 25,8 % — з астено-депресивними симптомами, у 25,8 % — з диссоціативними розладами. Крім того, у 25,8 % хворих виявлено явища енурезу, у 22,6 % — судомні напади та у 9,7 % — обсесивні розлади (табл. 2).

При органічному емоційно-лабільному розладі як домінуючий психопатологічний симптомокомплекс

лекс виступив церебрастенічний (100 %), який поєднувався у 73,8 % хворих із ознаками когнітивних розладів, у 45,3 % — з тривожно-фобічною симптоматикою, у 35,7 % — з астено-депресивними порушеннями, у 33,3 % — з гіпердинамічними порушеннями, у 31,0 % — з диссоціативними розладами, у 28,6 % — з астено-іпохондричними розладами, у 16,7 % — з тиками. Крім зазначених ознак, в обстежених підлітків із ДЦП другої групи спостерігались також різні розлади сну (33,3 %), тики (16,7 %), судомні напади (11,9 %), енурез (11,9 %) і обсесивні порушення (11,9 %).

Порівняльний аналіз особливостей психопатологічних розладів у двох групах обстежених показав, що у першій достовірно частіше діагностували ознаки когнітивних порушень, гіпердинамічні розлади, тики, судомні напади, енурез ($p < 0,05$). У хворих другої групи достовірно частіше виявлялися церебрастенічні порушення, астено-депресивна й тривожно-фобічна симптоматика ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що не було статистично значущих ознак залежності психопатологічних проявів у хворих на ДЦП від характеру рухової й мовленнєвої патології. Однак існує очевидний зв'язок між вираженістю порушень моторики й тяжкістю наявних у підлітків психічних розладів: як правило, чим тяжчими були рухові розлади, тим більш вираженою стає психопатологічна симптоматика.

Усім 73 хворим на ДЦП підліткам проведено комплекс лікувально-реабілітаційних заходів за методом Козьявкіна, ті чи інші позитивні зміни у психічному статусі після реабілітації настали у всіх обстежених (табл. 3). Ефективність методу в контексті корекції психопатологічної симптома-

Таблиця 3

**Ефективність корекції психопатологічних порушень
у підлітків із дитячим церебральним паралічем
у ході реабілітації за методом Козьявкіна**

Критерії ефективності	Групи хворих					
	перша, n = 31		друга, n = 42		разом, n = 73	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Істотне поліпшення	19	61,3	31	73,8	50	68,5
Поліпшення	12	38,7	11	26,2	23	31,5
Без змін	—	—	—	—	—	—
Погіршення	—	—	—	—	—	—

тики у хворих на ДЦП значною мірою визначалася характером домінуючих психічних порушень.

Істотне поліпшення було зафіксовано у 50 (68,5%) хворих із ДЦП, поліпшення — у 23 (31,5%). Аналіз характеру динаміки психопатологічних порушень у пацієнтів з урахуванням клінічної форми психічного розладу показав, що істотне поліпшення було відзначено у 19 (61,3%) осіб із легким когнітивним розладом і у 31 (73,8%) — з органічним емоційно-лабільним розладом. Поліпшення відзначено відповідно у 12 (38,7%) хворих першої групи і в 11 (26,2%) — другої. Наведені дані свідчать про те, що в цілому ефективність медико-соціальної реабілітації хворих з органічним емоційно-лабільним розладом була вищою, ніж пацієнтів із легким когнітивним розладом (відмінності статистично недостовірні). Якісний аналіз показав, що найбільший клінічний ефект розробленої системи спостерігався у підлітків із невираженими формами психічної патології.

Отже, отримані результати свідчать про високу ефективність реабілітації за методом Козьявкіна для корекції психопатологічних порушень у підлітків із ДЦП, що сприятиме попередженню дезадаптації, підвищенню їхньої шкільної успішності та соціалізації.

Список літератури

1. Савина М. В. Проблемы психического развития детей и подростков с детским церебральным параличом / М. В. Савина // Междунар. мед. журн.— 2010.— № 3.— С. 12–16.
2. Когнитивные нарушения у детей с церебральным параличом (структура, диагностика, лечение) / С. А. Немкова, О. И. Маслова, Г. А. Каркашадзе [и др.] // Педиатрическая фармакология.— 2012.— Т. 9, № 3.— С. 77–84.
3. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А. В. Семенович.— М.: Академия, 2002.— 232 с.
4. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев.— М.: Медицина, 1985.— 227 с.
5. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э. С. Калижнюк.— К.: Вища школа, 1987.— 269 с.
6. Ермоленко Н. А. Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных интеллектуальных и речевых функций у детей с церебральными параличами / Н. А. Ермоленко, И. А. Скворцов, А. Ф. Неретина // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2000.— № 3.— С. 19–23.
7. Детский церебральный паралич и эпилепсия — подходы к лечению и реабилитации / О. В. Быкова, А. Н. Платонова, С. В. Балканская [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2012.— Т. 7, № 2.— С. 64–70.
8. Козьявкин В. И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы / В. И. Козьявкин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов.— Львів: Українські технології, 1999.— 133 с.
9. Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации: метод Козьявкина: пособ. реабилитолога; под ред. В. И. Козьявкина.— Львов: Папуга, 2012.— 240 с.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ИХ ДИНАМИКА В ХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО МЕТОДУ КОЗЬЯВКИНА

В. И. КОЗЬЯВКИН, Н. В. МЕЛЕХ

В статье представлены результаты изучения клинико-психологических особенностей подростков с детским церебральным параличом и их динамика в ходе реабилитации по методу Козьявкина. Проведенное исследование показало, что данный метод является эффективной

реабилитационной системой для коррекции психопатологической симптоматики у больных детским церебральным параличом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, подростки, клинично-психологические особенности, метод Козьявкина.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENTS WITH CEREBRAL PALSY AND THEIR DYNAMICS DURING REHABILITATION BY THE KOZYAVKIN METHOD

V. I. KOZYAVKIN, N. V. MELEKH

The article presents the results of the study of clinical and psychological features of the adolescents with cerebral palsy and their dynamics during rehabilitation using the Kozyavkin method. The investigation showed that this method was an effective rehabilitation system for the correction of psychopathological symptoms in the patients with cerebral palsy.

Key words: pediatric cerebral palsy, adolescents, clinical and psychological features, the Kozyavkin method.

Надійшла 12.09.2019

УДК 159.955:616-02-009-055.2

Канд. психол. наук А. Ю. ГІЛЬМАН

ОСОБЛИВОСТІ САНОГЕННОГО МИСЛЕННЯ У ЖІНОК

Національний університет «Острозька академія», Острог Рівненської області

Вивчено особливості саногенного мислення у жінок, схильних до психосоматики та фізичних нездужань. Досліджено основні прояви саногенного мислення у пацієнток, їх неадаптивні когніції та домінуючі (деструктивні) судження про себе. Подано результати анкетування з метою виявлення ймовірних психосоматичних розладів, схильності до депресії та наявності соматичних симптомів у жінок.

Ключові слова: психосоматика, психосоматичні прояви, скарги, саногенне мислення, патогенне мислення, саморегуляція, неадаптивні когніції, деструктивні судження, депресія.

За умов стрімких змін у кризовому суспільстві дедалі частіше у дорослого населення спостерігаються прояви тривоги, емоційної нестабільності, тривалого стресу та напруги. У таких переживаннях і негативних станах особа, зокрема жінка, не завжди здатна бути стійкою, а коли їй це вдається, то емоції вона, швидше за все, або бурхливо виражає, що деструктивно впливає на взаємини з іншими, або вдало витісняє. У випадку витіснення або блокування емоцій негативні стани здатні накопичуватись і виявляти у вигляді симптому в тілі. Немоżliвість безпечно виявляти актуальні негативні емоції може призводити до виникнення психосоматичних розладів та скарг у майбутньому.

Нездорове патогенне мислення, яке спостерігається у разі посилення страждань особи у процесі тривалого її занурення у переживання про своє минуле або можливої тривоги про майбутнє, відсутність ментального аналізу генези негативних

емоцій можуть призводити до психосоматичних симптомів.

Згідно з результатами досліджень науковців [1, 2], виникнення психосоматичних проявів часто зумовлене схильністю особи до хворобливого (патогенного) мислення. Цьому питанню присвячено низку робіт зарубіжних дослідників, які вивчали проблеми особливостей формування саногенного і патогенного мислення, саногенної рефлексії, ресурси долаючої та саногенної поведінки, саногенного потенціалу, саногенного копіngu тощо [2–11].

До проблеми психосоматичних проявів та захворювань зверталися вітчизняні й зарубіжні науковці [12–16], досліджуючи емоції у контексті вивчення психологічних факторів, що створюють передумови до їх виникнення [17], емоційні переживання як емоційну складову психосоматичних захворювань [18], формування психосоматичних розладів [19] тощо. Але роль саногенного