



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

На тему: «Нейропсихология эмоций»

Выполнил: Ординатор
первого года обучения

Зайкина Е.А.

Проверил: Ассистент кафедры
нervных болезней с курсом ПО

Субочева С.А.

Красноярск.,

2022 г.

Содержание:

Введение

1. Нейропсихологический подход в изучении эмоциональных нарушений
2. Нарушения эмоций при поражении лобных долей мозга
- 3.Список литературы

Введение

Эмоции составляют неотъемлемую часть человеческого существования. Эмоции и чувства - процесс отражения субъективного отношения человека к объектам и явлениям окружающего мира, другим людям и самому себе в форме непосредственного переживания. Эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту.

Эмоции отличаются от познавательных психических процессов и имеют определенные отличительные признаки. Во-первых, они характеризуются полярностью, то есть обладают положительным или отрицательным знаком: веселье - грусть, радость - печаль; счастье - горе и т. д. В сложных человеческих чувствах эти полюсы часто выступают как противоречивое единство (любовь к человеку сочетается с тоской и беспокойством за него). Второй отличительной характеристикой эмоций является их энергетическая насыщенность. Именно в связи с эмоциями Фрейд ввел в психологию понятие энергии. Энергетика эмоций проявляется в противоположностях напряжения и разрядки. Различают эмоции стенические, характеризующиеся повышением активности (восторг, гнев) и астенические, - сопровождающиеся понижением активности (грусть, печаль). Еще одной важнейшей характеристикой эмоций является их интегральность, целостность: в эмоциональном переживании участвуют все психофизиологические системы человека и его личность, они моментально охватывают весь организм и придают переживаниям человека определенную окраску. Наконец, необходимо отметить еще одну особенность эмоций - неотделимость их от других психических процессов. Эмоции как бы вплетены в ткань психической жизни, они сопровождают все психические процессы. В ощущениях они выступают как эмоциональный тон ощущений (приятное - неприятное), в мышлении - как интеллектуальные чувства (вдохновение, интерес и пр.).

Эмоции как системные образования — комплексны, многомерны, обладают многими параметрами и характеристиками.

В формировании эмоций принимают участие разнообразные физиологические механизмы в их очень сложном взаимодействии.

Нейропсихология эмоций основана на особом подходе к изучению эмоций, а именно – на анализе мозговой организации эмоциональных явлений, их мозговых механизмов.

Если пытаться охарактеризовать нейропсихологию эмоций в целом, можно выделить два самостоятельных аспекта.

Во-первых, нейропсихология эмоций составляет раздел медицинской психологии и в этом случае она различными методами изучает специфику нарушений эмоциональной сферы у определенной категории больных – у больных с локальными поражениями мозга.

Во-вторых, нейропсихологические идеи весьма продуктивны и для изучения здоровых людей. В этом случае данное направление объединяется с психодиагностическими работами, посвященными анализу индивидуальных особенностей эмоциональной сферы.

1. Нейропсихологический подход в изучении эмоциональных нарушений

Современная нейропсихология рассматривает эмоциональные явления как сложные системные образования, на которые распространяются все положения о мозговой организации высших психических функций, разработанные А.Р. Лурия и его школой. Можно выделить следующие положения нейропсихологического подхода к изучению эмоциональной сферы.

«Во-первых, исходным положением должно быть то, что эмоциональные явления, как и психологические явления, относящиеся к когнитивной сфере, являются системными по психологической структуре и осуществляются с помощью системных мозговых механизмов. Системный характер этих мозговых механизмов предполагает системный характер их строения и обеспечения, т.е. существование особых функциональных систем, объединяющих различные звенья этих механизмов в единое целое и направленных на реализацию различных поведенческих актов, сопровождающихся особым эмоциональным подкреплением. Эти системы обладают, по-видимому, рядом специфических особенностей. Прежде всего, специфической особенностью подобных «эмоциональных функциональных систем» является включение в их состав таких структур мозга, которые реализуют жизненно важные мотивационно-потребностные процессы. Интимная тесная связь эмоциональных процессов с мотивационно-потребностными структурами составляет специфику эмоциональной сферы».(1, с.41)

Системные представления о работе обеспечивающих эмоции мозговых механизмов означают, что эмоции связаны не с работой какой-то одной мозговой структуры («центра» или целого «эмоционального мозга»), а множества структур, размещенных в различных областях головного мозга

(коре и подкорковых образованиях). Мы понимаем известную условность выделения в особую категорию «эмоциональных функциональных систем», поскольку подкрепление – положительное или отрицательное – завершает любой поведенческий акт. Однако нельзя не учитывать того, что собственно эмоциональное переживание (страх, тревога, печаль, отвращение, симпатия, любовь, радость и др.) отличаются от простого «удовлетворения - неудовлетворения» достигнутым результатом, которое завершает каждый поведенческий акт. По-видимому, наряду с механизмами простого подкрепления, участвующими в различных поведенческих актах, следует выделить механизмы особого собственно эмоционального подкрепления, обеспечивающие сложные, качественно различные эмоциональные явления у человека, опирающиеся на более элементарные базальные эмоции. Именно данные механизмы и входят - как звенья - в «эмоциональные функциональные системы».

«Во-вторых, нейропсихологический подход к изучению эмоций предполагает, что различные параметры эмоций (такие, как знак, модальность, осознанность, подчинение произвольному контролю и др.) являются системными качествами и как таковые связаны с работой различных мозговых структур. Следовательно, поражение той или иной структуры, входящей в эмоциональную функциональную систему, приведет к нарушению определенного, именно этого, а не другого параметра эмоции».(1, с.42)

«В-третьих, нейропсихологический подход к изучению эмоции предполагает, что поражение того или иного звена эмоциональной функциональной системы - или определенного фактора - должно привести не к изолированному нарушению эмоциональной сферы определенного характера, а к целой совокупности нарушений, т. е. к особому рода «эмоциональному синдрому», который складывается из различных форм нарушения определенного аспекта эмоциональной сферы. Подобный синдромный анализ эмоциональных расстройств полностью согласуется с

традициями нейропсихологии и с общим «факторным» принципом изучения психических нарушений».(1, с.42)

«В-четвертых, нейропсихологический подход к изучению эмоциональных нарушений должен предполагать также анализ уровневой организации эмоциональной сферы (как и любого психического явления). Для эмоциональной сферы «уровневый подход» особенно адекватен, если учесть, (как показывает прежде всего психологическая феноменология эмоций) что для эмоциональной сферы характерна четкая уровневая организация, наличие осознанных частично и в первую очередь неосознаваемых (бессознательных) уровней реализации эмоциональных явлений. Выявление особенностей функционирования различных уровней мозговой организации эмоциональной сферы представляет собой важнейшую задачу нейропсихологии эмоций».(1, с.42)

«Наконец, в-пятых, нельзя не учитывать и большую разнородность тех эмоциональных явлений, которые объединяются понятием «эмоционально-личностная сфера». Если исходить из самой простой их классификации - из деления эмоциональных явлений на эмоциональные состояния (фон), эмоциональные реакции (процессы) и эмоционально-личностные качества, то нельзя не предположить, что эти явления обеспечиваются различными по сложности и структуре мозговыми образованиями. Однако все они должны включать и те общие мозговые звенья, которые объединяют их в один тип психических функций или явлений».(3, с.88)

В целом нейропсихологический подход к изучению эмоциональной сферы представляет собой распространение нейропсихологических принципов, разработанных для анализа когнитивных и двигательных процессов, на эмоциональные явления.

Как известно, в патологии выявляется то, что замаскировано в норме. Анализ нарушений эмоциональной сферы, возникающих при локальных поражениях мозга, позволяет выделить те параметры (аспекты,

характеристики) эмоциональной сферы, которые изменяются под влиянием поражения той или иной мозговой структуры. Изучение этих параметров и сопоставление их с особенностями протекания различных психических процессов и составляет основную задачу нейропсихологического анализа эмоции. Исследованию подлежат следующие параметры: 1) знак эмоций (положительный, отрицательный); 2) интенсивность эмоций (высокая, средняя, низкая); 3) самооценка эмоций (положительная, отрицательная, разной интенсивности).

Существенный теоретический вклад в нейропсихологическую теорию эмоций был сделан американским нейроанатомом Пейпесом, который в своем исследовании показал, что структурно и функционально связанные между собой гипоталамус, передние таламические ядра, мамиллярные тела, поясная извилина и гиппокамп составляют замкнутый круг, по которому циркулируют «эмоциональные процессы». Этот круг, получивший в дальнейшем название «круга Пейпеса», по-видимому, активируется сигналами, поступающими из коры в гипоталамус. Двигаясь дальше, они достигают поясной извилины, которая рассматривается как рецепторная область эмоциональных переживаний. Оттуда «аффективная» импульсация распространяется на другие области коры, придавая эмоциональную окраску текущим психическим процессам (рис. 1).

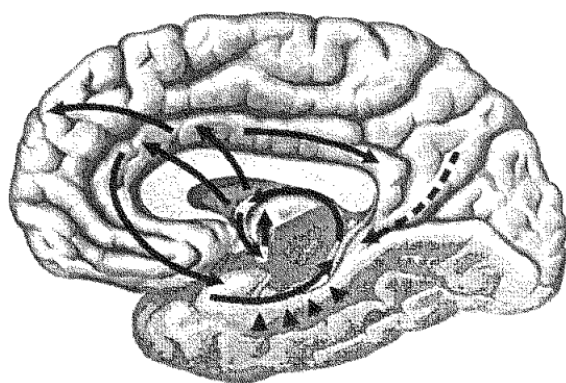


Рис. 1. Круг Пейпеса (по Лурия и Анохину)

В связи с более поздними исследованиями общая концепция круга Пейпеса претерпела заметные изменения. После введения в 1949 г. понятия лимбической системы, вышеуказанные анатомические структуры начали составлять ее неотъемлемую часть и их роль стала оцениваться в качестве получателя информации от внутренних органов и мышц. В лимбической системе эта информация интерпретируется в «терминах эмоций» и преобразуется в результат «на языке органов», то есть в виде определенных типов висцеральных эффектов.

Еще позднее появились наблюдения, подтверждающие определенную ответственность за механизмы эмоций ретикулярной формации. Ключевой структурой для реализации наиболее древней подкрепляющей функции эмоций является такая часть лимбической системы, как гипоталамус. Во взаимодействии с ретикулярной формацией он обуславливает решение универсальной поведенческой задачи - качественную эмоциональную оценку какого-то фактора, выражающуюся в приближении к объекту или явлению, либо избеганию его. Именно в гипоталамусе у млекопитающих обнаружены участки, условно названные центрами наслаждения и страдания. Однако были исследованы и другие мозговые зоны, где разнознаковые эмоции представлены в той или иной степени.

Отличающиеся по локализации участки мозга, «обслуживающие» положительные и отрицательные эмоции, неодинаковым образом влияют на другие психические и психофизиологические процессы. Если центры, расположенные в гипоталамусе, продолжают активироваться при многочисленных повторениях раздражителя, то деятельность центров, разбросанных в подкорковых узлах больших полушарий, при многократном раздражении быстро угасает, эмоциональные реакции слабеют, а затем совсем прекращаются. Этим объясняется то, что эмоциональная окраска умственной деятельности отличается относительной динамичностью, а эмоциональные

реакции, сигнализирующие о физиологических потребностях организма, высокоустойчивы. На этом же основании принято говорить о двух взаимосвязанных психофизиологических механизмах эмоций: более простых - подкорковых и высших эмоций - корковых. В формировании последних принимают преимущественное участие передние отделы мозга - лобная и лобно-височная кора.

Важная роль в осуществлении эмоций принадлежит также гиппокампу, который в лимбической системе играет роль мозговой структуры, обеспечивающей мобилизационные вегетативные реакции на сигналы маловероятных событий. Проекцией его активности на психическую жизнь с известной долей условности может считаться состояние общего фона тревожности. Фронтальная кора, по экспериментальным данным, напротив - ориентирует поведение на высоковероятные события, а теменно-височные отделы правого полушария отвечают за степень эмоционального напряжения с выходом на вегетативные реакции.

Лимбической системе в целом современная концепция эмоций отводит роль координатора различных систем мозга, участвующих в обеспечении эмоций, предполагая, что эта зона связана двусторонними связями и с подкорковыми структурами, и с различными областями коры больших полушарий.

Клинический анализ высших психических функций и эмоциональной сферы у больных с локальными поражениями мозга позволяют выделить три основных локализации очага поражения, приводящих к отчетливым эмоциональным расстройствам. К ним относятся поражения лобных долей, височных долей и гипофизарно-гипоталамической или диэнцефальной области мозга. Поражение каждой из этих областей характеризуется особым нейропсихологическим синдромом (или, вернее, набором вариантов синдрома), в который входят и эмоциональные нарушения.

2. Нарушения эмоций при поражении лобных долей мозга

Лобная область занимает у человека до 1/4 всей массы коры, представляет собой самое сложное и новое образование больших полушарий. Обладает очень тонким строением, созревает позднее остальных отделов и имеет весьма богатые системы связей.

Исследования функций лобных долей мозга и тех нарушений, которые возникают при их поражениях, начались 70х годах 19 века и шли по двум путям. С одной стороны это были экспериментальные физиологические и психологические работы, проводимые на животных и посвященные описанию того, как изменяются сложные формы поведения животного после экстирпации лобных долей мозга. С другой стороны протекали клинические наблюдения над изменением поведения больных с ранениями и опухолями лобных долей.

Клинические работы, описывающие нарушения личности и поведения больных с поражением лобных долей мозга, весьма многочисленны. Они показывают, что при травматических, опухолевых или сосудистых поражениях лобных долей мозга (одной или – особенно – обеих) возникают нарушения эмоциональной сферы в виде неадекватного отношения к себе, своему состоянию, своей болезни, предстоящей операции, близким, друзьям в виде эмоциональной тупости, эйфории и т.д. «При поражении лобных долей мозга можно выделить общие черты эмоциональных расстройств - это ограничение объема эмоциональных реакций, исчезновение дифференцированности, адекватности эмоций, исчезновение переживания болезни».(1)

А.Р. Лурия тщательно изучавший варианты «лобного синдрома», выделял эмоционально-личностные нарушения как обязательный симптом этого синдрома. В нейропсихологической литературе эти нарушения

описываются как «эмоциональное безразличие», «эмоциональная тупость», «благодушие», «эйфория», «дурашливость», «нарушение системы отношений», «исчезновение чувства ответственности». Личностные дефекты, свойственные «лобным» больным, выходят за пределы одних только эмоциональных нарушений, распространяясь на все виды психической деятельности.

«Одновременно с нарушением высшего уровня эмоциональной сферы – эмоционально-личностных качеств – у больных с поражением лобных долей мозга изменяются и сравнительно элементарные эмоциональные ощущения – болевые. Так, после фронтальной лоботомии больной, страдающий раковым заболеванием и испытывавший ранее сильные боли, перестает обращать на боль особое внимание. Больные переставали жаловаться, потребность в обезболивающих средствах значительно уменьшалась».(1, с.46)

Как известно, существует несколько вариантов «лобного синдрома». Их можно подразделить на две основные подгруппы – первая связана с поражением латеральных конвекситальных отделов лобных долей мозга, вторая – с поражением их медиобазальных отделов. Нейропсихологические наблюдения показывают, что эмоциональные нарушения при этих двух вариантах синдромов различны. В целом эмоционально-личностные нарушения преобладают при поражении медиобазальных отделов лобных долей мозга. Именно у этой категории больных чаще всего отмечается эйфория, дурашливость, эмоциональная несдержанность, раздражительность, отсутствие чувства такта. При опухолях, воздействующих на медиобазальные отделы обеих лобных долей мозга, возможен синдром «гневливой мании».

Поражение медиобазальной и орбитальной частей лобной коры (полей 11, 12, 32 и 47) ведет к аффективным расстройствам, нередко – к эйфории, недостаточной критичности, импульсивности, расторможению примитивных влечений.

«У больных с опухолями правой лобной доли первые признаки заболевания нередко выражаются в виде эмоционально-личностных изменений (эйфории, анозогнозии, бестактности, некритичности и т.п.), что проявляется на фоне подвижности, многоречивости, а не заторможенности, как у левосторонних больных. Но иногда у правосторонних больных наблюдается «злобность и агрессивность». Данное положение нашло подтверждение не только на больных с локальными поражениями головного мозга, но и на достаточно большом материале, полученном при лечении психически больных с помощью операции – фронтальной лейкотомии (отсечение волокон, идущих от конвекситальных и медиальных отделов коры лобных долей к зрительному бугру). После операции наряду с положительным эффектом – ослаблением бредовых идей, неряшливости, агрессивных тенденций, - появлялись и новые симптомы – апатия или эйфория, эмоциональное уплощение, благодушие, исчезновение чувства ответственности за свои поступки, аффективная неустойчивость, отвлекаемость. В большей степени страдает духовная сфера: интерес к работе, любовь к музыке, живописи, литературе и т.п. Именно из-за этих новых симптомов фронтальная лейкотомия в большинстве стран и в нашей стране тоже была абсолютно исключена».(1, с.47)

Основной вывод, который можно сделать из материалов, полученных при лечении этим методом, это то, что пересечение связей, соединяющих лобные доли с передними базально-медиальными структурами, ведет к выраженным эмоциональным нарушениям.

Однако эмоциональные изменения наблюдаются и при поражениях конвекситальных отделов лобных долей мозга, особенно при массовых или двусторонних очагах. Чаще – в виде эмоциональной апатии, безразличия, «невосприимчивости» собственной болезни, потери интереса к окружающему на фоне общей адинамии и аспонтанности.

Следует отметить, что клинические наблюдения за больными с поражениями лобных долей мозга выявляют большую вариабельность симптомов, в том числе и тех, которые относятся к эмоциональной сфере. В большинстве случаев наблюдаются отчетливые или даже грубые эмоциональные расстройства, однако в ряде случаев изменения эмоциональной сферы столь малы и неопределенны, что с трудом поддаются диагностике. Это различие нельзя объяснить лишь величиной и характером очага — они связаны, по-видимому, и с другими, пока еще плохо исследованными факторами — особенностями преморбида, возрастом больного и др. Разноречивость данных, имеющих по этому поводу в литературе, отражает сложность самой проблемы.

В ранних работах описывались эмоциональные нарушения при локальных поражениях мозга (главным образом при поражении лобных долей мозга), при этом не фиксировали внимание на стороне поражения, но позже в связи с общим интересом к проблеме межполушарных отношений появляются работы, специально ориентированные на выявление латеральных особенностей таких нарушений.

Одним из первых исследователей, подчеркивавших особую роль правого полушария в организации эмоций, был В.К.Хорошко, указывавший, что при поражении правой лобной доли возникают «расстройства поведения» в виде импульсивных действий и некритичности к себе, подобные тем, которые наблюдаются при поражении обеих лобных долей. Поражения левой лобной доли чаще проявляются в виде «общей аспонтанности поведения». А.С. Шмарьян также говорил о преимущественном отношении правой лобной доли к эмоциональным изменениям (вплоть до полной «лобной агнозии» своего самочувствия), в то время как левая лобная доля имеет более тесную связь с интеллектуальными процессами, интеллектуальной активностью («инициативой мысли»). «А. Р. Лурия неоднократно указывал на то, что при поражениях правой лобной доли, как правило, чаще возникают изменения

характера, неадекватное отношение к своему состоянию, общая некритичность, чем при поражениях левой лобной доли, для которых характерны явления адинамии (двигательной и интеллектуальной) и нарушения произвольной регуляции различных видов психической деятельности и поведения в целом». (6)

В исследованиях было показано, что больные с правосторонним поражением передних отделов мозга могли идентифицировать незнакомые лица по фотографии, но не могли описать выражение лиц, узнавали знакомые лица, но не могли определить, какую эмоцию испытывает данный человек.

К латеральным особенностям эмоционального реагирования относят также и такой показатель, как степень дифференцированности эмоций, связанную с социальным опытом. «По данным Доброхотовой и Брагиной, при поражении левой лобной доли нередко исчезают высокодифференцированные эмоциональные переживания, связанные с прошлым опытом, причем при тяжелых поражениях возможен полный «эмоциональный паралич», что сочетается с явлениями адинамии, аспонтанности, с нарушениями произвольной регуляции деятельности».(1) Подобный синдром не свойствен больным с поражением правой лобной доли. Характеризуя специфику работы передних отделов левого и правого полушарий мозга в обеспечении психической деятельности вообще, включая и эмоции, нарушение осознания эмоций свойственно и левосторонним, и правосторонним поражениям. Однако если у левосторонних больных страдает преимущественно когнитивная обобщающая оценка эмоций, включающая семантические вербальные категории, то правосторонним больным больше свойственно нарушение собственно отражения – на чувственном уровне – своего эмоционального состояния.

Таким образом, при поражении лобных долей страдают все три уровня эмоционально-личностной сферы - уровень эмоциональных реакций, эмоционального состояния и эмоционально-личностных качеств.

3. Нарушение эмоций при поражении височных отделов мозга

Как известно, височные доли включают в себя структуры лимбической системы – амигдаларный комплекс, гиппокамп. Если конвекситальные отделы коры височных долей мозга представляют собой корковое звено слухового анализатора, то базальные и медиальные отделы коры височной доли относятся к корковому звену неспецифической системы мозга. Именно эти анатомические особенности височных долей мозга и определяют характер симптоматики, возникающей при поражении различных отделов височных долей мозга.

Накопление сведений о роли височных структур в осуществлении эмоциональных явлений шло по двум направлениям.

К первому следует относить клинические и клинико-нейропсихологические наблюдения за больными, имеющими поражения в пределах височных долей мозга.

При поражении височных долей эмоциональные расстройства занимают ведущее место в общей картине заболевания. При поражении обеих височных долей эмоциональные расстройства выражаются в депрессивных состояниях и пароксизмальных аффективных нарушениях, причем эти симптомы связаны со стороной поражения. Поражения правой височной доли чаще сопровождаются аффективными пароксизмами в виде приступов ярости, страха, тревоги, ужаса, которые протекают на фоне выраженных вегетативных и висцеральных расстройств. Подобные приступы отрицательных аффектов характерны для начала заболевания, а при длительном заболевании возможны стойкие фобические явления. Эмоционально-аффективные нарушения обычно сочетаются с эпилептическими припадками. При длительном течении болезни возможны эпилептоидные изменения личности (в виде оскудения

эмоциональной сферы, стереотипии поведения и т.п.) нередко обонятельные, слуховые галлюцинации, сопровождающиеся неприятными ощущениями. Постоянные эмоциональные нарушения появляются в депрессивном настроении. Остаются сохранными тонкие эмоциональные проявления, «вся социальная сфера эмоций», их дифференцированности. Страдают более элементарные – базальные – эмоции. Возможны особые состояния сознания, приступы деперсонализации, дереализации, во время которых больной как бы «лишается чувств», отдаляется от окружающего мира, т.е. изменяется «тонус аффективности» – эмоциональная окраска восприятия себя и окружающего. Возможны приступы приятных соматических ощущений, когда все окружающее и собственное самочувствие резко улучшается, после чего наступает приступ тоски, страха, ужаса. Для всех этих приступов характерна сохранность критики больного, его отношения к происходящему как к болезненному состоянию.

Для левосторонних поражений височной доли более характерны не пароксизмы, а постоянные эмоциональные расстройства как реакция на дефект речи, памяти. Возможно состояние ажитированной депрессии, и даже – ипохондрического бреда. В ранних стадиях заболевания – раздражительность, плаксивость. Вегетативно-висцеральные приступы сопровождаются речевыми расстройствами. Тревожно-фобическую депрессию при поражении левой височной области отмечали и другие авторы.

Таким образом, поражение височной области сопровождается двумя типами пароксизмов – в виде чрезмерного усиления аффекта (чаще – страхи, ужасы) или в виде резкого уменьшения аффективного тонуса. Аффективные пароксизмы, как правило, сопровождаются выраженными висцерально-вегетативными нарушениями. Для них характерны и устойчивые изменения эмоционального состояния в виде депрессии (больше – при поражении левого полушария) с сохранностью критики к своему состоянию. Можно сказать, что высший личный уровень эмоциональной сферы у этих больных остается

относительно сохранным, чем они и отличаются от «лобных» больных. Больные достаточно активны, и лишь в отдельных случаях возможны изменения личности по типу эпилептоидных. Подобные эмоциональные нарушения характерны прежде всего для медиобазальной локализации очага поражения.

А.Р. Лурия рассматривал медиобазальные отделы височной области как структуры, регулирующие состояния активности организма, его аффективную сферу и имеющие непосредственное отношение к процессам памяти. Относя функции медио-базальных отделов коры больших полушарий к числу малоизученных проблем нейропсихологии, Лурия включал их в состав первого функционального блока мозга (энергетического). Как известно, эти структуры по своему происхождению и строению в большей части относятся к образованиям древней, старой и межуточной коры и сохраняют тесные связи с неспецифическими образованиями разных уровней. Совместно с медиальными отделами лобных долей мозга медиальные отделы височных долей входят в «висцеральный мозг», регулируя протекание различных вегетативных процессов в организме

Клинические и нейропсихологические наблюдения относительно роли височных структур в эмоциональном реагировании подтверждаются и многочисленными теперь работами по стереотаксическому лечению «височной» эпилепсии. Данными работами уточнены сведения о роли в регуляции эмоций глубинных височных структур – миндалеводного ядерного комплекса (МЯК).

Таким образом, при поражении височных структур нет грубых изменений личности – больные достаточно критичны к себе и окружающим, достаточно активны и целенаправлены. Наиболее характерны для них аффективно-вегетативные пароксизмы и депрессивные или агрессивные состояния (особенно при поражении правого полушария).

4. Нарушение эмоций при поражении гипофизарно-диэнцефального отдела головного мозга

Гипофизарно – диэнцефальные отделы мозга, тесно связанные с медиобазальными отделами лобных и височных долей мозга. Поражение этих областей возникает при патологических процессах, возникающих в образованиях, расположенных по средней линии или воздействующих на эти образования (опухоли гипофиза, III желудочка, прозрачной перегородки, базальных отделов мозга).

Хотя эмоциональные нарушения при гипофизарно-диэнцефальных поражениях изучены пока еще не достаточно, тем не менее, из отдельных описаний можно составить определенную картину, которая характеризуется рядом общих черт.

Во-первых, поражение данных областей мозга сопровождается патологией эндокринных нейрогуморальных механизмов, нарушением гормональных процессов. Клинические особенности этих нарушений зависят от уровня и локализации поражения в указанной зоне. Эндокринно-обменные нарушения, наряду с другими факторами, обуславливают достаточно отчетливую эмоциональную патологию.

Во-вторых, поражение этих структур ведет к нарушениям неспецифических активационных процессов (в виде синдрома возбуждения, бессонницы или синдрома угнетения, сонливости), что накладывает свой отпечаток и на эмоциональную сферу.

В-третьих, поражение этих структур всегда связано с выраженной вегетативной патологией – нарушениями регуляции сердечно-сосудистой, температурной и других систем организма. Данные симптомы наряду с другими (базально-церебральными, оптико-хиазматическими и др.)

симптомами от смещения образованной основания мозга, а также общемозговыми симптомами входят в клиническую картину заболевания.

На этом фоне развиваются различные психические, в том числе и эмоционально-личностные изменения. При грубых случаях наблюдаются гипофизарные нарушения эмоциональной сферы в виде «гипофизарной деменции» с явлениями общего психического возбуждения, эйфории или агрессивности, озлобления.

Отмечено, что клинические (в том числе и эмоциональные) проявления заболевания зависят от ряда факторов: локализации, характера, стадии заболевания, возраста больного и др.

Описаны также эмоциональные нарушения при других поражениях гипофизарно-диэнцефальной области (опухоли гипофиза, прозрачной перегородки, III желудочка, зрительного бугра), которые в целом повторяют приведенные выше синдромы. Автор отмечает, правда, что при поражении зрительного бугра имеются не только диэнцефальные, но и полушарные симптомы (речевых дефекты при левосторонней локализации, гностические – при правосторонней. Возможны симптомы дисфункции лобных долей мозга (аспонтанность, не критичность, склонность к персеверациям др.).

В целом эмоционально-аффективные нарушения, возникающие при поражениях гипофизарно-диэнцефальной области мозга, протекают, как правило, в форме расстройства фоновых состояний при большей сохранности критики, т.е. собственно личностного отношения к своему эмоциональному дефекту.

Наконец, в клинической литературе имеются описания эмоциональных расстройств при поражении задних отделов больших полушарий. Так, при острых массовых сосудистых поражениях задних отделов правого полушария нередко появляются явления беспечности, благодушия, эйфории, которые постепенно исчезают; при поражении задних отделов левого полушария

возможны эмоциональные сдвиги в сторону депрессии в сочетании с другими левосторонними симптомами. Однако, по свидетельству всех авторов, выраженность и частота этих нарушений значительно уступает тем, которые наблюдаются при поражении передних отделов мозга.

5. Межполушарная организация мозга и эмоциональная сфера

Накоплен большой фактический материал о неравнозначности левого и правого полушарий мозга в обеспечении эмоциональных явлений. Экспериментальные данные получены и на здоровых испытуемых (с доминированием левого или правого полушарий), и на клиническом материале.

Одно из первых систематических исследований связи «рукости» с особенностями эмоциональной сферы было проведено психологами Мичиганского университета. Авторами была исследована выборка из 1153 здоровых лиц, среди которых было 119 леворуких двух возрастных групп (18—30 и 40—70 лет). Было достоверно установлено, что у леворуких мужчин первой возрастной группы преобладают показатели по факторам «общая эмоциональность», «страх», «гнев», «снижение уровня самоконтроля». Среди женщин первой возрастной группы у леворуких, была выявлена большая эмоциональность по сравнению с праворукими. В старших возрастных группах указанные зависимости проявились менее четко. Эти данные были подтверждены и другими авторами. Так согласно Мэсси-Тейлор (1981), показатели «нейротизма» у мужчин-правшей ниже, чем у мужчин-левшей или амбидекстров. У женщин подобная корреляция не обнаружена. Материалы, полученные В.Н. Клейном, В.А. Москвиным и А.П. Чуприковым (1986) на мужчинах (в возрасте 20 - 40 лет) свидетельствуют о том, что по мере накопления левосторонних признаков (определяемых опросниками и

клиническими тестами) наблюдается увеличение показателей по таким психодиагностическим шкалам как «нейротизм», «депрессия», «психотизм». В более позднем исследовании В.А. Москвина выполненном на большом числе испытуемых (мужчинах и женщинах), уточнено, что повышение показателей «нейротизма» (по тесту Айзенка и «тревожности» (по тесту Спилбергера-Ханина) четко наблюдается лишь у мужчин со скрытой леворукостью (с левым локтем в пробе «Поза Наполеона» и др.). У женщин эти связи более переменны. В целом, указанные авторы считают, что сглаживание межполушарной асимметрии является условием появления дисбаланса личностных свойств и снижения устойчивости к эмоциональному стрессу. Авторы указывают на наличие половых различий.

«В литературе, посвященной связи межполушарной организации мозга с эмоциональной сферой в норме, специальный раздел составляют исследования особенностей восприятия эмоциональных стимулов, предъявляемых в левое и правое полушария зрения с помощью тахистоскопа. Авторы показали, что эмоциональная оценка фильма, адресуемого в левое или правое полушарие - различна. Правое полушарие преимущественно связано с оценкой «неприятного и ужасного», а левое - «приятного и, смешного». Правополушарные оценки нейтральных лиц более негативны, чем левополушарные. Не только изображения, но и слова с разным эмоциональным значением по-разному «воспринимаются» правым и левым полушарием. По данным Э. Штрауса, эмоционально-позитивные слова узнаются более, точно, чем негативные, если подаются в левое полушарие; причем согласно результатам Р. Грависа с соавторами более точное «опознание» негативных слов правым полушарием наблюдается преимущественно у мужчин».(2, с.154)

Регистрация движений глаз (спонтанных и в ответ на эмоциональную стимуляцию) также свидетельствует о различном участии левого и правого полушарий в эмоциональных явлениях. Испытуемые с левосторонней

ориентацией спонтанных движений глаз дают менее оптимистические оценки эмоциональных событий, чем с правосторонней активностью.

«Известно, что больные с право- и левосторонним поражением головного мозга по-разному оценивают эмоциональное состояние другого человека. Показано, что оценка эмоциональной окраски речи нарушается в большей степени при поражении височной доли (особенно справа); лобно-центральные, теменные и затылочные отделы играют при этом менее важную роль.»(5, с.16) Больные с повреждением правого полушария испытывают большие затруднения в понимании эмоциональных сообщений, переданных интонацией, чем больные с повреждением левого полушария. Больные с поражением правого полушария различают эмоциональную мимику хуже, чем больные с левосторонним поражением мозга, хотя последние уступают группе здоровых лиц.

В результате, экспериментальные данные, полученные разными авторами при изучении здоровых испытуемых с помощью разных методик, достаточно хорошо согласуются. «По мнению большинства авторов, структуры левого и правого полушарий по-разному связаны с переработкой и регуляцией положительных и отрицательных эмоций, а также с такими эмоционально-личностными качествами как нейротизм, тревожность, депрессия, конформность и др».(2, с154)

Большой вклад в изучение проблемы мозговой организации эмоций внесли исследования с использованием метода унилатеральных электрошоковых воздействий, временно «выключающих» левое или правое полушарие мозга.

После лево и правосторонних унилатеральных электросудорожных припадков изменения эмоционального состояния неодинаковы. После правосторонних припадков сдвиг в сторону положительных эмоций: улучшается настроение, появляется эйфория, благодушие, эмоциональное размягчение. После левосторонних припадков отмечается сдвиг в сторону

отрицательных эмоций: ухудшается настроение, появляется тревога, чувство дискомфорта, гипохондричность. Сдвиги в сторону положительных эмоций, наступающие при дефиците функций правого полушария, и в сторону отрицательных эмоций при дефиците функций левого полушария. Переживание с депрессивным оттенком возникает при повреждении височного отдела правого полушария, а случаи ярко выраженной эйфории при поражении височных отделов левого полушария. «Полушарная дифференциация, а не полушарная асимметрия, имеет место в вовлечении полушарий в эмоциональное поведение».(5, с.16)

Эти исследователи показали, что нарушения эмоционально-личностной сферы и их характер четко зависят от локализации поражения. Более грубые эмоционально-личностные изменения наблюдаются при поражении правого полушария головного мозга по сравнению с левым и передних отделов мозга по сравнению с задними. Подтверждены полученные на нормальных сведения относительно преимущественной связи правого полушария мозга с отрицательными, а левого - с положительными эмоциями. Выявлена более сложная картина эмоционально-личностных расстройств у больных левшей (или с признаками семейного левшества). Описаны разные по форме проявления эмоционально-личностных расстройств при «поражении корковых и подкорковых структур.

«Анализируя литературные данные, а также сопоставляя клинические и экспериментальные исследования, посвященные изучению межполушарных отношений при отрицательных и положительных эмоциях, большинство авторов подчеркивают справедливость концепции о взаимодополняющем сотрудничестве двух полушарий и преимущество отдельного полушария в осуществлении лишь определенной стадии, а не психической функции в целом.»(5, с.19)

Таким образом, экспериментальные данные позволяют предположить существование двух относительно автономных эмоциональных систем -

системы положительного и системы отрицательного эмоционального реагирования, связанных с работой разных полушарий головного мозга (Хомская).

Вывод

Нейропсихологический подход в изучении особенностей эмоциональной сферы в норме и у больных с локальными поражениями мозга открывает новые возможности в решении как общих теоретических вопросов, связанных с психологией эмоций, так и в решении собственно нейропсихологических задач, направленных на изучение эмоциональных нарушений при локальных поражениях мозга, входящих в более широкую проблему «мозг и эмоции»

Используемая литература

1. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. «Мозг и эмоции». М., 1998г.
2. Хомская Е.Д. и др. «Нейропсихология индивидуальных различий». М., 1997г.
3. Яссман Л.В., Данюков В.Н. «Основы детской психопатологии». М., 1999 г.
4. Доброхотова Т.А. «Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга». М., 1974 г.
5. Сидорова О.А. «Нейропсихология эмоций». М., 2001 г.
6. Лурия А.Р. «Высшие корковые функции», М., 2000г.
7. Р. Шмидт, Г. Гевс «Физиология человека»

