**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

. Эмоции

. Нарушения эмоций при поражениях мозга

.1 Нарушение эмоций при поражении лобных долей мозга

.2 Нарушение эмоций при поражении височных отделов мозга

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

. Межполушарная организация мозга и эмоциональная сфера

Заключение

Список использованных источников

**Введение**

**эмоции мозг поражение**

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.

Эмоционально-личностная сфера имеет уровневое строение:

*1 уровень.* Эмоциональная реактивность (в основном это базальные эмоции).

Кратковременный ответ на воздействие, ситуационный характер.

*2 уровень.* Эмоциональные состояния (настроения, фон).

Общее отношение человека к ситуации и самому себе.

*3 уровень.* Эмоциональные качества.

Характеристики эмоций: знак, интенсивность, степень осознанности, степень произвольности.

**1. Эмоции и чувства**

Эмоции и чувства составляют особую, очень важную сторону внутренней жизни человека. Все мы в каждый момент находимся в определенном эмоциональном состоянии, переживаем те или иные чувства. Эмоциональные проявления человека очень разнообразны: радость, горе, страх, гнев, удивление, грусть, тревога, восхищение, презрение и т. д. Мир эмоциональных переживаний пронизывает все стороны жизни: отношения с окружающими людьми, деятельность, общение и познание. Одна из сфер человеческой деятельности - искусство - непосредственно обращена к эмоциям и чувствам человека.

Эмоции представляют собой пристрастное отношение субъекта к окружающему и к тому, что с ним происходит. Механизм возникновения эмоций тесно связан с потребностями и мотивами человека. Условия, предметы и явления, способствующие удовлетворению потребностей и достижению целей, вызывают положительные эмоции: удовольствие, радость, интерес, возбуждение. Напротив, ситуации, воспринимаемые субъектом как препятствующие реализации потребностей и целей, вызывают отрицательные эмоции и переживания: неудовольствие, горе, печаль, страх, грусть, тревогу и др.

Следовательно, можно констатировать двойную обусловленность эмоций, с одной стороны, нашими потребностями, с другой - особенностями ситуации. Эмоции устанавливают связь и взаимоотношения между этими двумя рядами событий, сигнализируют субъекту о возможности или невозможности удовлетворения его потребностей в данных условиях.

Таким образом, эмоции - это особый класс психических процессов и состояний, связанных с потребностями и мотивами и отражающих в форме переживаний значимость действующих на субъекта явлений и ситуаций.

Говоря о переживаниях человека, как правило, применяют два термина - «чувства» и «эмоции». В обыденной речи понятия «чувства» и «эмоции» практически не различаются. Некоторые психологи также склонны к их отождествлению. В то же время существует точка зрения, согласно которой чувства и эмоции - различные и во многом противоположные по отношению друг к другу субъективные состояния. Так, например, швейцарский психолог Э. Клапаред писал: «Чувства в нашем поведении полезны, тогда как эмоции целесообразными не являются».

Согласно традициям отечественной психологии, принято выделять чувства как особый подкласс эмоциональных процессов. В отличие от эмоций, отражающих кратковременные переживания, чувства долговременны и могут оставаться на всю жизнь. Например, можно получить удовольствие (удовлетворение) от выполненного задания, т. е. испытать положительную эмоцию, а можно быть удовлетворенным своей профессией, иметь к ней положительное отношение, то есть испытывать чувство удовлетворенности.

Чувства возникают как обобщение многих эмоций, направленных на определенный объект. Чувства выражаются через эмоции в зависимости от того, в какой ситуации находится объект их выражения. Например, мать, любя своего ребенка, переживает по отношению к нему в разных ситуациях разные эмоции: она может злиться на него, испытывать гордость за него, нежность к нему и т. д. Данный пример показывает, что, во-первых, эмоции и чувства - это не одно и то же, и, во-вторых, нет прямого соответствия между чувствами и эмоциями: одна и та же эмоция может выражать разные чувства и одно и то же чувство может выражаться в разных эмоциях. Доказательством не тождественности эмоций и чувств является более позднее появление чувств в онтогенезе по сравнению с эмоциями.

Возникновение и проявление эмоций и чувств связаны со сложной комплексной работой коры и подкорковых структур головного мозга, а также вегетативной нервной системы. Эмоциональные проявления определяются комплексом мозговых структур входящих в так называемую лимбическую систему мозга, которая связана с вегетативной нервной системой и ретикулярной формацией, расположенной в стволовых образованиях мозга и обеспечивающей энергетическую регуляцию деятельности коры. Исследователи обнаружили в подкорковых структурах в гипоталамусе, особые образования, которые были названы центрами удовольствия, страдания агрессии и успокоения.

Сложная деятельность корковых и подкорковых отделов мозга обеспечивает многоуровневость и многокомпонентность эмоциональных реакций.

. Физиологические компоненты эмоционального реагирования:

*вегетативно-соматические реакции*, сопровождающие эмоциональные состояния. Отмечаются такие изменения, как расширение периферических сосудов и ускорение пульса в состоянии гнева, и наоборот, сужение сосудов, замедление и ослабление пульса при переживании страха Эмоциональные состояния сопровождаются изменениями темпа и ритма дыхания, размера зрачков, уровня кровяного давления, секреторной и моторной динамики желудочно-кишечного тракта, потоотделения, кожно-электрическими и электроэнцефалографическими изменениями Связь эмоций с соматовегетативными реакциями была замечена очень давно и с тех времен широко используется с целью диагностики эмоционального состояния человека. Так, например, на изменении вегетативных реакций при эмоциогенных фразах основана проверка подозреваемых с помощью полиграфа («детектора лжи»);

*Биохимические изменения.* Вегетативная нервная система осуществляет регуляцию биохимической динамики организма двумя в значительной степени различными, но взаимосвязанными компонентами - симпатическим и парасимпатическим. Деятельность симпатической нервной системы связана с выделением адреналиноподобных веществ. Симпатический нерв вызывает расширение зрачка, учащение сердцебиения, повышение кровяного давления, торможение деятельности кишечника, увеличение содержания сахара в крови, повышение мышечной работоспособности, усиление обмена веществ. Парасимпатический эффект, вызываемый другим веществом - ацетилхолином, характеризуется сужением зрачков, расширением сосудов, замедлением пульса и усилением перистальтики и секреции желудка, выделением обильного горячего пота, ослаблением обмена веществ. Экспериментальные исследования показывают, что в состоянии страха возрастает концентрация адреналина при незначительном изменении норадреналина, в состоянии гневного раздражения или тревоги резко возрастает количество и адреналина, и норадреналина, астенические эмоции (грусть, тоска) сопровождаются отчетливым снижением того и другого.

. Экспрессивные компоненты эмоционального реагирования:

*выразительные движения всего*. Пантомимические изменения в походке, осанке, жестах обычно возникают непроизвольно, как внешние проявления общего эмоционального состояния человека. Наиболее важным компонентом пантомимики является жест - выразительное движение рук, служащее одним из средств уточнения речевой коммуникации. Жесты подразделяются на иллюстративные, поясняющие и выделяющие какую-либо мысль, и выразительные, выявляющие эмоциональное состояние человека. Некоторые виды жестов в процессе общественно-исторической практики человека приобрели определенное символическое значение. Например, сложенные в кольцо большой и указательный палец - жест «О’кей» - означает «все хорошо»; он понимается и применяется представителями разных культур;

*движения лицевых мышц - мимика*. Наибольшей способностью выражать различные эмоциональные оттенки обладает лицо человека. Еще Леонардо да Винчи говорил, что брови и рот по-разному изменяются при различных причинах плача. П. Экман и К. Изард описали мимические признаки базовых эмоций, выделив три зоны лица: область лба и бровей, область глаз и нижнюю часть лица. Так, например в соответствии с их описанием в мимике страха брови подняты и сдвинуты, морщины только в центре лба; верхние веки подняты так, что видна склера, а нижние приподняты и напряжены; рот раскрыт, губы растянуты. Мимические проявления эмоций представляют собой синтез непроизвольных и произвольных способов реагирования, в большой степени зависящие от особенностей культуры, в которой воспитывается человек;

*вокализация*: тембр голоса и интонация, звуковые средства экспрессии. Из звуковых средств экспрессии наиболее характерными являются смех и плач. Смех является выразителем нескольких эмоций, в разных ситуациях он имеет неоднозначные оттенки и смысл.

В повседневной жизни именно благодаря экспрессивным компонентам эмоционального реагирования мы, как правило, достаточно точно воспринимаем и оцениваем изменения в эмоциональном состоянии, в настроении окружающих людей.

В психологии существует несколько теорий, объясняющих, почему возникают эмоции. Еще в опубликованной в 1872 г. книге «Выражение эмоций у человека и животных» Ч. Дарвин показал эволюционный путь развития эмоций. Сравнивая эмоциональные проявления у людей и животных, он сделал вывод о том, что выразительные движения человека, связанные с эмоциями, являются эволюционно значимыми и представляют собой рудементы (остатки) ранее целесообразных реакций, выработанных в ходе борьбы за существование.

Американский психолог У. Джемс и датский анатом КГ. Ланге выдвинули периферическую теорию эмоций, основанную на парадоксальной идее о том, что эмоции есть результат физиологических изменений в различных системах. По их утверждению, мы не потому смеемся, что нам смешно, а нам потому смешно, что мы смеемся. Смысл этой фразы заключается в том, что произвольное изменение мимики и позы приводит к непроизвольному появлению соответствующей эмоции, - например, изображение гнева приводит к тому, что человек начинает действительно переживать это чувство.

Несмотря на то, что нельзя отрицать наличие условно-рефлекторной связи между переживанием эмоции и ее внешним и внутренним проявлением, содержание эмоции не сводится только к физиологическим изменениям в организме. Доказательством этому служат эксперименты, в которых были блокированы все физиологические проявления, и тем не менее субъективные переживания сохранились. Физиологические сдвиги происходят при многих эмоциях как вторичное приспособительное явление - например, для мобилизации резервных возможностей организма при столкновении с опасностью и порождаемом ею страхе. У. Кеннон и Ф. Бард одними из первых показали ограниченность теории Джемса - Ланге, предложив свою теорию эмоций, которая была названа таламической. Согласно этой теории, вегетативные изменения и мышечные реакции организма являются следствием переживания эмоций. Основным мозговым субстратом эмоций является таламус, связанный и с корой больших полушарий, и с вегетативной нервной системой.

П.К. Анохин рассматривал эмоции как продукт эволюции, как приспособительный фактор в жизни животного мира. С его точки зрения, эмоции важны для закрепления и стабилизации рационального поведения животных и человека. Положительные эмоции, возникающие при достижении цели, запоминаются и при соответствующей ситуации могут извлекаться из памяти для получения такого же полезного результата. Отрицательные эмоции уберегают от повторного совершения ошибок.

Интересную гипотезу о причинах появления эмоций выдвинул П.В. Симонов. Он утверждает, что эмоции появляются вследствие недостатка или избытка сведений, необходимых для удовлетворения потребности. Степень эмоционального напряжения определяется силой потребности и величиной дефицита информации, необходимой для достижения цели. В нормальной ситуации человек ориентирует свое поведение на сигналы высоковероятных событий, т. е. на то, что чаще встречалось в прошлом. Благодаря этому его поведение в большинстве случаев бывает адекватным и ведет к достижению цели. В условиях полной определенности цель может быть достигнута и без помощи эмоций: оказавшись у цели, достижение которой заведомо не вызывало сомнений, человек может не испытывать ни радости, ни торжества. Однако в неясных ситуациях, при отсутствии точных сведений для организации поведения по удовлетворению потребности, необходима другая тактика реагирования на сигналы. При недостатке сведений, необходимых для достижения цели, по мнению П.В. Симонова, возникают отрицательные эмоции. Например, эмоция страха развивается при недостатке сведений, необходимых для защиты.

Эмоции способствуют повышению чувствительности анализаторов, что в свою очередь приводит к реагированию на расширенный диапазон внешних сигналов и улучшает извлечение информации из памяти. Вследствие этого при решении задачи могут быть использованы маловероятные или случайные ассоциации, которые в спокойном состоянии не рассматривались бы. Тем самым повышаются шансы достижения цели. Хотя реагирование на расширенный круг сигналов, полезность которых еще неизвестна, избыточно, оно предотвращает пропуск действительно важного сигнала, игнорирование которого может стоить жизни.

Вышеперечисленные теории эмоций объясняют лишь отдельные случаи их возникновения. Это подтверждает мысль о принципиальной невозможности объяснить механизм такого сложного явления, как эмоции, с позиции одной теории.

**2. Нарушения эмоций при поражениях мозга**

Точное научное описание эмоционального состояния отсутствует. С феноменологической точки зрения эмоция всегда окрашивает некоторое отражаемое содержание, то есть имеет предметную отнесенность. С другой стороны, эмоция - это и психофизиологический механизм, при помощи которого через "психический" уровень отражения действительности под влиянием внешних воздействий изменяется внутренняя среда организма (сосудистый тонус, эндокринные реакции, обмен веществ). Но основная функция эмоций - это оценка, поэтому в ее структуре всегда присутствуют два компонента - отраженное содержание объекта и субъективное отношение к нему.

В эмоциях различают эмоциональный фон (или эмоциональное состояние) и эмоциональное реагирование, которые подчиняются различным закономерностям, поскольку первый связан с личностными характеристиками, а второе носит ситуативный характер. Среди параметров, подлежащих учету при оценке эмоций, рассматривают знак, интенсивность, длительность, реактивность, качественные характеристики и связь с потребностями, степень осознания и степень произвольности контроля. Изменения эмоционального состояния у человека приводят к изменениям выражения лица (мимики), появляются опосредованная жестикуляция (пантомимика), возникают специфические оттенки интонаций и тембра голоса. Подобные изменения можно найти и в доречевом периоде жизни ребенка, но с возрастом меняется и стиль предъявления эмоций. По мнению ряда авторов, до 90% эмоционального общения происходит на неречевом уровне. Выражения чувств, выступающие в тех или иных внешних проявлениях, принято называть экспрессией. Овладение ею состоит из двух взаимодополняющих процессов - умением опознавать оттенки экспрессии и умением пользоваться ими для информирования о собственных переживаниях.

Эмоции имеют сложную мозговую организацию. В настоящее время существует несколько методов, при помощи которых решается вопрос о неврологическом субстрате эмоций: 1) метод разрушения отдельных структур мозга животных и изучение последствий травм мозга человека; 2) метод электрического или фармакологического раздражения отдельных образований головного мозга; 3) метод самораздражения животных. Прямое раздражение мозга человека способно вызвать только четыре примитивных, но, по-видимому, базисных эмоциональных состояния: гнев, страх, удовольствие и чувство дискомфорта. До приобретения ребенком собственного индивидуального опыта они могут быть активированы по механизму врожденного безусловного рефлекса.

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

**.1 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)

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)

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, «невосприятия» 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, имеющихся 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».

**.2 Нарушение эмоций при поражении височных отделов мозга**

Как известно, височные доли включают в себя структуры лимбической системы - амигдалярный 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.) нередки 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 растройствами. 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 очаги 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).

**.3 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, расроложенных 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.

**3. Межполушарная организация мозга и эмоциональная сфера**

Накоплен большой фактический материал о неравнозначности левого и правого полушарий мозга в обеспечении эмоциональных явлении. 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 вариабельны. 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 полуполя зрения с помощью тахистоскопа. Авторы показали, что эмоциональная оценка фильма, адресующегося 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».

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. 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».

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, дувство 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».

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 норме 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 левщества). 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 лиши определенной стадии, а не психической функции в целом.

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).

**Заключение**

Как известно, проблема эмоций относится к числу весьма актуальных и весьма сложных проблем современной психологии. Как теоретический, так и методический аспекты этой проблемы нуждаются в глубокой и всесторонней разработке. Успешное продвижение в изучении этой проблемы возможно лишь при совместном усилии различных направлений психологической науки.

Важную роль в мозговой организации эмоций играют лобные доли мозга. Поражение лобных долей мозга (особенно медиобазальных их отделов) даже при отсутствии каких-либо эмоциональных симптомов в клинической картине заболевания всегда сопровождается достаточно отчетливыми экспериментальными признаками эмоциональной патологии, что указывает на непосредственное отношение лобных долей мозга к мозговой организации эмоциональных явлений. Поражение правой и левой лобной долей приводит к появлению двух различных эмоциональных синдромов.

Участие в обеспечении эмоциональных процессов помимо лобных долей и других полушарных структур: задних отделов больших полушарий и диэнцефальных образований. Характер и степень этого участия - другие, чем у передних отделов мозга. Однако поражение задних отделов мозга (теменных, теменно-височных, теменно-затылочных и др.) также, хотя и в меньшей степени, влияет на протекание эмоциональных процессов.

Более отчетливые эмоциональные нарушения возникают при поражении базально-диэнцефальных отделов мозга. По своему характеру эти нарушения сходны с правосторонними эмоциональными нарушениями. Однако, если при поражении лобных долей мозга (и правой, и левой) страдают все три уровня эмоциональной сферы, то при поражении задних отделов больших полушарий уровень эмоциональных качеств, как правило, остается сохранным.

Существует зависимость между типом межполушарной асимметрии мозга и особенностями эмоциональной сферы. Лица с чисто правым типом межполушарной асимметрии мозга (с доминированием левого полушария по моторным, слухоречевым и зрительным функциям) обнаруживают большую эмоциональную устойчивость, меньший разброс показателей, более однородную трактовку эмоциональных стимулов и более высокую и однородную самооценку своего эмоционального состояния, чем лица со смешанным типом асимметрии, леворукие и левши. Тип межполушарной асимметрии в настоящее время большинством авторов рассматриваются как в значительной степени генетически детерминируемый тип мозговой организации функций, присущих субъекту.

Подводя итоги клиническим (неврологическим, психиатрическим) и клинико-нейропсихологическим работам, посвященным нарушениям эмоционально-личностной сферы при локальных поражениях головного мозга, можно отметить, что описания эмоциональной феноменологии носят довольно аморфный характер. Они скорее обозначают "поле фактов", чем анализируют его. В них, как правило, нет четких критериев, определяющих сами эмоциональные и личностные дефекты, их специфику и отличие общих нарушений поведения, которые могут иметь множественный генез. Подобная ситуация не случайна. Она объясняется большой сложностью самой проблемы, ее не разработанностью. При всей необходимости и большой научной ценности клинических описаний эмоционально-личностной патологии эта область знания нуждается в точном экспериментальном исследовании и параллельно в разработке теоретического, понятийного аппарата, что всегда тесно взаимосвязано.

**Список использованных источников**

**Учебники и учебная литература**

1. Лурия А.Р. «Высшие корковые функции», М., 2000г.

. Сидорова О.А. «Нейропсихология эмоций». М., 2001 г.

. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. «Мозг и эмоции». М., 2005г.

. Ильин Е.П, Психология - Эмоции и чувства. 2001г.

. Маклаков А. Общая психология, Часть 2. Психические процессы Глава 16. Эмоции

. Карвасарский Б. Д., Клиническая психология память