Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный профессионально-педагогический университет»

Институт психолого-педагогического образования

Кафедра психологии образования и профессионального развития

Контрольная работа

По дисциплине: Психогенетика

Тема: «Синдромальные формы нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения».

Содержание

Введение

. Эмоции как многоаспектный психофизиологический процесс

.1 Специфика эмоций как сферы психологических явлений

.2 Физиологические основы эмоций

. Эмоциональные нарушения как особый класс нарушений психики

.1 Теоретические основы эмоциональных нарушений

.2 Особенности эмоциональных нарушений при локальной патологии мозга

Заключение

Список литературы

Введение

Описания эмоциональных нарушений при локальной патологии мозга в научной литературе носит противоречивый и нечёткий характер.

Наибольшие успехи в теоретической разработке проблемы нарушений эмоций достигнуты «деятельностным» направлением (А. Н. Леонтьев, В. К. Вилюнас, О. К. Тихомиров и другие).

Во время составления данной работы проанализированы труды учёных, изучающих теоретическую и практическую сторону вопроса.

В результате выявлено, что рассматриваемая нами тема является дискуссионной и нерешённой. Связано это с возникшим в науке и практике противоречием: практическая значимость темы и минимализация теоретических данных.

Итак, данные противоречия приводят к необходимости решения следующей проблемы: отсутствие взаимосвязи между теорией и практикой.

Таким образом, данная проблема доказывает актуальность темы.

Исходя из вышесказанного, цель работы - дать целостную характеристику эмоциональным нарушениям при очаговых поражениях мозга.

Для достижения цели поставлены следующие задачи:

.1. Выявить специфику эмоций как сферы психологических явлений.

.2. Указать физиологические основы эмоций.

. Определить специфику эмоциональных нарушений.

. Выявить особенности эмоциональных нарушений при локальной патологии мозга.

1. Эмоции как многоаспектный психофизиологический процесс

.1 Специфика эмоций как сферы психологических явлений

Эмоция (от лат. emoveo - потрясаю, волную) - психофизиологический процесс внутренней регуляции деятельности человека или животного, отражающий субъективное оценочное отношение к существующим или возможным ситуациям или поведению [4].

А.Л. Гройсман указывает, что эмоции - это форма психического отражения, стоящая на грани (к содержанию познаваемого) с физиологическим отражением и представляющая собой своеобразное личностное отношение человека и к окружающей действительности, и к самому себе [1].

В. А. Ганзен считает эмоцию формой психического регулирования, хотя оно и осуществляется на основе отражения [2].

Г.И. Каплан рассматривает эмоции как психическое отражение в форме непосредственного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств к потребностям субъекта [8, с. 121].

На наш взгляд, все вышеуказанные определения являются синонимичными, точно передающими смысл понятия.

Эмоции придают определённое биологическое качество поведению, являются источником деятельности, удовлетворения потребностей. Эмоции отражают субъективное отношение человека к окружающей среде и к своей личности. Итак, эмоциональные переживания способствуют формированию личности, её социально-психологической направленности.

Наиболее существенной чертой эмоций является субъективность. Так же характеризуются направленностью (положительной или отрицательной), степенью напряжения и уровнем обобщенности. К. Изард выделяет в качестве основной составляющей - эмоциональную экспрессию. С. Л. Рубинштейн <http://psy-exam.com/rubinshteyn.html>, А. Н. Леонтьев видят сущность эмоций в субъективном переживании.

Эмоции характеризуются многими параметрами [9]:

). Знак эмоции (положительный, отрицательный, неопределённый): положительный - потребность удовлетворяется или есть надежда на удовлетворение; отрицательный -препятствие удовлетворения или осознание невозможность удовлетворения; неопределённый (ориентировочные эмоции) -в незнакомой ситуации, при отсутствии опыта в отношениях с новым окружающим миром.

). Интенсивность эмоции .

). Длительность эмоции (фон, реагирование). Эмоциональный фон (эмоциональное состояние) отражает общее глобальное отношение человека к окружающей ситуации, к себе и связан с личностными характеристиками. Эмоциональное реагирование - кратковременный эмоциональный ответ на воздействие, имеет ситуационный характер.

). Реактивность эмоции - быстрота возникновения или изменения.

). Качественные характеристики эмоции - связь с потребностью.

). Степень осознанности эмоций - отражение в сознании мотивов и результатов деятельности.

). Степень произвольного контроля - непосредственная связь с осознанием.

Эмоции относятся к эмоциональным процессам наряду с аффектами, от которых отличаются большей продолжительностью и меньшей интенсивностью, а так же чувствами, от которых отличаются простотой: однозначной валентностью (либо положительные, либо отрицательные) и отсутствием привязки к объекту. Чувства - более сложная, чем эмоции, форма отражения, свойственная только человеку, обобщающая его эмоциональное отражение и понятия. Между эмоциями и чувствами существуют сложные взаимоотношения. Чувства проявляют себя через эмоции, а эмоции, социализируясь, могут преобразоваться в чувства.

Изменения эмоционального состояния у человека приводят к изменениям выражения лица (мимики), появляются опосредованная жестикуляция (пантомимика), возникают специфические оттенки интонаций и тембра голоса.

И.П. Павлов различал врожденные эмоции, связанные с удовлетворением или неудовлетворением врожденных потребностей и инстинктов, и приобретенные эмоции, направленные на удовлетворение приобретенных потребностей [5].

Учёные выделяют высшие (социальные) и низшие (простейшие) эмоции. Высшие эмоции проявляются в патриотизме, товариществе, дружбе, в трудовой доблести, в чувстве долга перед родиной, обществом. Низшие эмоции - в результате удовлетворения или неудовлетворения органических потребностей человека (голод, жажда, половое влечение) [6].

Эмоции могут быть положительными (приятными) и отрицательными (неприятными), сильными и слабыми. Относительно стабильное эмоциональное состояние называется настроением.

В психологии существует многообразие классификаций видов эмоций разных авторов: например, Изард «10 базовых эмоций», Пол Экман, Рубинштейн, В. Н. Мясищев.

В.Ф. Матвеевым дана подробная классификация видов эмоций, на которой в данной работе мы акцентируем своё внимание [5]:

). Положительные эмоции: удовольствие, радость, ликование, восторг, уверенность, гордость, доверие, симпатия, восхищение, любовь (половая), любовь (привязанность), уважение, умиление, благодарность (признательность), нежность, самодовольство, злорадство, блаженство, чувство удовлетворенной мести, спокойная совесть, чувство облегчения, чувство удовлетворенности собой, чувство безопасности, предвкушение.

). Нейтральные эмоции: любопытство, удивление, изумление, безразличие, спокойно-созерцательное настроение. 3). Отрицательные эмоции: неудовольствие, горе (скорбь), тоска, печаль (грусть), отчаяние, огорчение, тревога, обида, боязнь, испуг, страх, жалость, сочувствие, сожаление, досада, гнев, чувство оскорбления, возмущение (негодование), ненависть, неприязнь, зависть, злоба, злость, уныние, скука, ревность, ужас, неуверенность (сомнение), недоверие, стыд, растерянность, ярость, презрение, отвращение, разочарование, омерзение, неудовлетворенность собой, раскаяние, угрызение совести, нетерпение, горечь.

Симонов в своих работах указал, факторы возникновения эмоций: потребность; вероятность удовлетворения потребности (низкая вероятность ведёт к возникновению отрицательных эмоций) [4].

Эмоции тесно связаны со всеми жизненными функциями организма. Анохин указывал, что жизненные потребности человека неотделимы от эмоционального тонуса.

Итак, эмоции выполняют следующие функции: отражательно-оценочную; переключающую; подкрепляющую; компенсаторную (замещающую); побудительную; «аварийного» разрешения ситуаций; дезорганизующую; предвосхищающую; эвристическую; функцию синтезирующей основы образа, целостности отражения; функцию активации и мобилизации организма; экспрессивную [5,7].

Таким образом, из вышеуказанного мы пришли к выводу, что целостное определение эмоций имеет 3 аспекта:

). Внутреннее переживание.

). Физиологическая активация (процессы, проходящие в нервной, эндокринной и других системах организма).

). Выразительные комплексы эмоций (внешнее выражение в поведении, поддающееся наблюдению).

1.2 Физиологические основы эмоций

Эмоции имеют сложную мозговую организацию. Прямое раздражение мозга человека способно вызвать только 4 базисных эмоциональных состояния: гнев, страх, удовольствие и чувство дискомфорта. До приобретения ребёнком собственного индивидуального опыта они могут быть активированы по механизму врожденного безусловного рефлекса.

И. И. Павлов в основе смены настроения видел колебания динамического стереотипа: раздражители в коре больших полушарий вызывают определённые реакции и, взаимодействуя между собой, образуют подвижную уравновешенную систему [9].

У. Кеннон и В. Гесс в 1938 г. установили, что эмоции связаны с деятельностью подкорковых образований, в частности таламуса и гипоталамических структур [10].

Связь эмоциональных состояний с деятельностью глубинных структур мозга подтверждается и исследованиями Дельгадо, Олдса и других.

Существенный теоретический вклад в нейропсихологическую теорию эмоций 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», 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.

В поздних исследованиях общая концепция круга Пейпеса претерпела заметные изменения. После введения в 1949 г. понятия лимбической системы, вышеуказанные анатомические структуры начали составлять её неотъемлемую часть. Ключевой структурой для реализации наиболее древней подкрепляющей функции эмоций является такая часть лимбической системы, как гипоталамус. В гипоталамусе у млекопитающих обнаружены участки, условно названные центрами наслаждения и страдания. Но были исследованы и другие мозговые зоны, где представлены разнознаковые эмоции [10].

Наибольшее значение имеет миндалина с широкой сетью эфферентных путей, значительная часть которых заканчивается в структурах лимбической системы. Центры, расположенные в гипоталамусе, активируются при повторениях раздражителя, а деятельность центров (в подкорковых узлах больших полушарий) - быстро угасает. Это объясняет, что эмоциональная окраска умственной деятельности относительно динамичной, а эмоциональные реакции о физиологических потребностях - высокоустойчивы. На этом основании рассматривают 2 взаимосвязанных психофизиологических механизма эмоций: простых эмоций- подкорковых и высших - корковых (преимущественно - лобная и лобно-височная кора) [10]. Важная роль в осуществлении эмоций принадлежит также гиппокампу, обеспечивающему мобилизационные вегетативные реакции на сигналы маловероятных событий. Фронтальная кора - ориентирует поведение на высоковероятные события, а теменно-височные отделы правого полушария отвечают за степень эмоционального напряжения с выходом на вегетативные реакции [10]. Лимбической системе в целом современная концепция эмоций отводит роль координатора различных систем мозга, участвующих в обеспечении эмоций. Таким образом, последовательность взаимодействия различных мозговых структур в процессе организации эмоционально окрашенного поведенческого акта в психофизиологическом аспекте описывают следующим образом. Внутренние и внешние раздражители активируют мотивационные структуры гипоталамуса, который в свою очередь запускает работу гиппокампа и передних отделов лобной коры; на фоне формирования в лобных долях эти 2 структуры отбирают из стимулов или их энграмм («сцепок» стимулов с их подкреплениями) памяти те, которые ранее сопровождались удовлетворением данной потребности. Затем в миндалине формируется эмоциональная окраска этих стимулов и энграмм, что ведет к выделению доминирующей мотивации, подлежащей первоочередному удовлетворению. Сложившаяся во фронтальной коре программа поступает в базальные ганглии, где путём взаимодействия с теменной корой вписывается в пространство предстоящего двигательного акта. После этого через моторную кору возбуждение поступает на эффекторные органы, реализующие целенаправленное поведение [10].

В формировании эмоций, помимо рассмотренных, принимают участие и другие, весьма разнообразные физиологические механизмы. Через вегетативную и эндокринную системы запускаются изменения со стороны внутренних органов, которые вторично влияют на состояние эмоционального фона. Имеется выраженная зависимость между модальностью эмоций и нейрохимическими процессами в мозговых структурах: многочисленные биологически активные вещества, выделяемые нервными окончаниями, являющиеся посредниками в процессе синаптической передачи импульса (нейромедиаторы), оказывают определенное влияние на окраску эмоций. Избыток или дефицит норадреналина, серотонина, гамма-аминомасляной кислоты, дофамина, а также адреналина, эндорфинов и других, в зависимости от вектора приложения к тем или другим мозговым структурам (гипоталамусу, миндалевидному комплексу, базальным ганглиям, лимбической системе в целом) рождают чувства страха, агрессии, удовольствия или паники. Один и тот же медиатор, гормон или биологически активное вещество в зависимости от конкретных условий и текущего состояния организма может вызывать различные переживания, хотя вероятность того или иного состояния, вызванного тем или иным нейрохимическим процессом, неодинакова (например, дофамин определенно связывается с положительными эмоциями и повышением двигательной активности, а хронический недостаток норадреналина вероятнее всего приводит к депрессии) [6].

2. Эмоциональные нарушения как особый класс нарушений психики

.1 Теоретические основы эмоциональных нарушений

Эмоции нарушения - особый класс нарушений психики, связанный с трудностями восприятия и выражения эмоций [2]. Эмоциональные нарушения характерны для различных психических заболеваний пограничных состояний УНС локальных поражений головного мозга. В психиатрии выделяют параксизмальные и стабильные эмоциональные нарушения.

Параксизмальные наблюдаются при острых психозах различного генеза (патологические аффекты, аффективные взрывы), при височной эпилепсии, при реактивных состояниях. Возникают чаще при поражении правого полушария мозга, особенно - структур правой височной доли [2].

Стабильные возникают при различных психических заболеваниях и пограничных состояниях УНС и проявляются в виде нарушений эмоциональной реактивности, эмоциональных состояний и эмоционально-личностной сферы (по В. Н. Мясищеву) [2].

Формы эмоциональных нарушений: эмоциональная тупость, эмоциональная неадекватность, фобии, состояния агрессии, маниакальные (возбужденные, эйфорические) и депрессивные (заторможенные, подавленные) состояния, аффективные комплексы, растормаживание элементарных эмоций и другое (рисунок 1) [7].

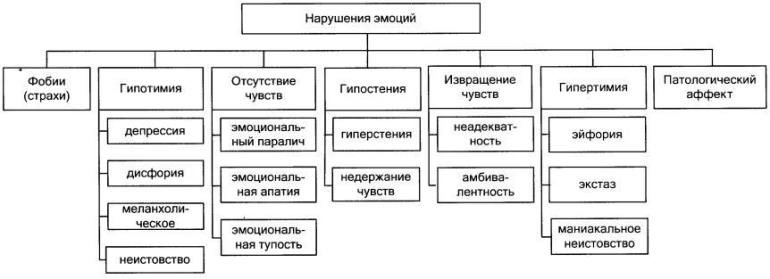
 <http://coma.su/\_pix/emocii2.jpg>

Рисунок 1. Формы эмоциональных нарушений

эмоция очаговый поражение мозг

В нейропсихологии описан ряд нейропсихологических синдромов, важнейшим компонентом которых является нарушение эмоций. К ним относятся синдромы поражения лобных долей мозга, подкорковых структур, расположенных по средней линии, глубоких височных образований. Эмоциональные нарушения зависят от стороны поражения мозга. Правосторонние очаги чаще сопровождаются состоянием эйфории, левофункциональные - депрессии, «эмоциональной тупости». При любых очагах в наибольшей мере страдает личностный уровень эмоционально-личностной сферы, при поражении подкорковых неспецифических структур - уровень эмоциональной реактивности и эмоциональных состояний (по Е. Д. Хомской, Н. Я. Батовой). При умственной отсталости различают степени нарушения эмоций: олигофрения, идиотия, имбицильность, дебильность. Эмоциональные нарушения зависят от степени выраженности интеллектуального дефицита и преимущественно недоразвитии внешних форм эмоций. Нарушение эмоций проявляются их усилением, ослаблением или извращением. К патологическому усилению эмоций относятся [3,7]:

). Эйфория - повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, безмятежным блаженством (нередко при объективно тяжелом состоянии).

). Мория - патологически повышенное настроение с беспечностью, склонностью к циничным и грубым шуткам, расторможенностью инстинктов (часто в рамках деменции).

). Маниакальный синдром: резко повышенное настроение с усилением положительных эмоций, повышение двигательной активности и ускорение мышления. Атипичные маниакальные состояния: спутанная мания - беспорядочное возбуждение, гневливая мания - раздражительность, придирчивость, маниакальный ступор.

). Депрессивный синдром - снижение настроения с усилением отрицательных эмоций, замедленность двигательной активности и замедлением мышления. Может быть психическая анестезия - бесчувствие, внутреннее опустошение, отсутствие эмоционального отклика на окружающее.

К патологическому ослаблению эмоций относят [3,7]: эмоциональную тупость, или эмоциональное оскудение - постепенное обеднение и ослабление эмоциональных реакций вплоть до исчезновения - апатии (сильное пониженние или эмоциональная реакция безразличия). Это состояние также называют «уплощение эмоциональной реакции». В первую очередь, исчезают высшие эмоции и наиболее долго сохраняются эмоциональные реакции, связанные с инстинктами. Этот вид нарушений наиболее типичен для шизофренического процесса и в исходных состояниях у больных с органическим поражением мозга.

К извращению эмоций относится [3,7]:

). Паратимия. При этом расстройстве в ответ на положительный раздражитель возникает отрицательная эмоциональная реакция и наоборот.

2). Амбивалентность (или двойственность) эмоций выражается в одновременном сосуществовании двух противоположных чувств. Ограниченное использование мимики и зрительного контакта при вербальном общении.

). Дисфория - немотивированное, внезапно возникающее расстройство настроения тоскливо-злобного характера, сопровождающееся злобностью, раздражительностью, гневливостью. Такие колебания настроения характерны для эпилепсии.

). Панические атаки: эпизоды захлестывающей тревоги с внезапным началом и быстрым развитием до высшей точки.

). Вегетативная тревога: тревога, выраженная различными вегетативными (автономными) симптомами, такими как сердцебиение, влажность ладоней, сухость во рту, головокружение, дрожание конечностей, горячий или холодный пот, затрудненное, тошнота и так далее. Сопровождается страхом (умереть, сойти с ума, потерять эмоциональный контроль и другое).

). Эмоциональная лабильность (аффективное недержание, чувственная неустойчивость) выражается в повышенной аффективности, раздражительности, вспыльчивости.

). Эмоциональное слабодушие, или эмоциональная слабость - недержание эмоций. Оно характерно для больных атеросклерозом мозга, для астенических состояний.

.2 Особенности эмоциональных нарушений при локальной патологии мозга

Описания эмоциональных нарушений при локальной патологии мозга в научной литературе часто носят противоречивый и нечеткий характер.

Т. А. Доброхотова, суммируя клинические представления, пишет о том, что при локальных поражениях мозга возможны как постоянные эмоциональные расстройства (неврозоподобный синдром (на первых этапах заболевания), депрессивные, гипоманиакальные, маниакально-подобные, эмоциональные изменения в виде аспонтанности, обеднения эмоций вплоть до «эмоционального паралича», эмоциональные изменения на фоне массивных нарушений психики), так и пароксизмальные аффективные нарушения (спонтанно возникающие аффекты, не имеющие реального повода (в виде сильных приступов чувства ужаса, тоски, страха, которые сопровождаются висцерально-вегетативными реакциями и галлюцинациями); аффекты, возникающие в ответ на реальную причину, но неадекватные ей (развиваются на фоне устойчивых эмоционально-личностных изменений личности)) [2].

Т.А.Доброхотова выделяет 3 основные локализации поражения мозга, связанные с эмоциональными нарушениями: поражения гипофизарно-гипоталамической, височной и лобной областей мозга. В поздней публикации Т.А.Доброхотова и Н.Н.Брагина добавили также медиобазальные образования, поражения задних отделов левого и правого полушарий [2].

Рассмотрим подробнее эти поражения и их симптомы [2, 10]:

1). Поражения гипофизарно-гипоталамической области мозга: постепенное обеднение эмоций, исчезновение выразительных средств (мимики, жестов и прочего) на фоне изменений психики в целом.

). Поражения височной области мозга (устойчивые депрессии и яркие пароксизмальные аффекты на фоне сохранных личностных свойств).

При поражениях височных долей высший личностный уровень эмоциональной сферы остается относительно сохранным; эмоциональные расстройства выражаются в депрессивных состояниях и пароксизмальных аффективных нарушениях, зависимых от стороны поражения. Если патологический очаг - справа, то возникают пароксизмы ярости, страха, тревоги, ужаса, протекающие на фоне вегетативных и висцеральных расстройств. Приступы отрицательных аффектов в начале заболевания, далее - стойкие фобические явления (иногда - оскудение эмоциональной сферы и стереотипия поведения). Нередки обонятельные и слуховые галлюцинации, сопровождающиеся неприятными ощущениями. Характерна сохранность критики больного. Для левосторонних поражений характерны постоянные эмоциональные расстройства в виде реакций на дефекты памяти и речи. В ранних стадиях - плаксивость и раздражительность. Если очаг поражения в медиальных отделах височных долей, то возможны агрессивность и негативизм. Специфическую роль в этом отношении играет миндалевидное ядро, обеспечивающее оценочное регулирование поведения в зависимости от дифференциаций эмоционального характера. При удалении этого ядра исчезает избирательная направленность агрессивных, сексуальных и пищевых реакций. 1 из результатов повреждения миндалины - потеря адекватно оценивать мимику собеседников.

). Поражения лобной области мозга: ограничение объёма эмоциональных реакций, исчезновение дифференцированности и адекватности эмоций, безразличие, благодушие, эйфория, а иногда и «эмоциональный паралич». В лёгких случаях - нарушения высокодифференцированных социально детерминированных эмоций, нечувствительность к восприятию градаций эмоциональных состояний.

А.Р. Лурия и его сотрудники выделили нарушения эмоционально-личностной сферы при разных вариантах «лобного» синдрома. С их точки зрения, наиболее выраженные эмоционально-личностные изменения возникают при массивных поражениях лобных долей мозга, сопровождающиеся грубыми изменениями поведения. При менее грубых «лобных» синдромах - более отчётливы при поражении медиобазальных отделов лобных долей мозга. При поражении одних базальных структур лобных долей эмоциональные нарушения приобретают характер в виде повышенной раздражительности. Локально специализированная симптоматика [3,6]:

). Поражение медиобазальных отделов лобных долей мозга: снижение эмоционального тона, тонуса, быстрая истощаемость, замедление всех реакций к концу выполнения заданий, вялый и «афоничный» голос. В некоторых случаях - депрессия, тоска, страхи и вегетативные реакции, синдром «катастрофических реакций», «переживания гибели мира». При травматических, опухолевых или сосудистых поражениях медиобазальных отделов лобных долей - нарушения эмоционально-личностной сферы в виде неадекватного отношения к себе, своему состоянию, своей болезни, предстоящей операции, близким и друзьям. Подобная симптоматика сочетается с некритичностью и исчезновением чувства ответственности. Особенно заметные изменения личности в эмоциональном плане наблюдаются при поражении орбитальных поверхностей лобных долей - на первый план выступает растормаживание примитивных пищевых и половых влечений.

). Поражение латеральных конвекситальных отделов: доминируют апатия, безразличие, «невосприятие» собственной болезни, потеря интереса к окружающему на фоне общей адинамии и аспонтанности. Связь лобных долей с эмоциями неодинакова - для поражения правой доли характерны импульсивные действия и некритичность к себе, а для левой (более тесная связь с интеллектуальными процессами) - исчезновение высокодифференцированных эмоциональных переживаний, связанных с прошлым опытом.

Таким образом, при поражении лобных долей страдают все 3 уровня эмоционально-личностной сферы - уровень эмоциональных реакций, эмоционального состояния и эмоционально-личностных качеств. Признаки нарушения эмоций, возникающие при поражении левой и правой лобных долей мозга, - признаки нарушения эмоций по знаку, интенсивности и самооценке.

Поражение диэнцефальных отделов мозга, помимо изменений эндокринной и вегетативной регуляции, сопровождается особым нейропсихологическим синдромом, связанным с нарушением неспецифических активационных процессов - нестабильностью и повышенной реактивностью. В частности, это может проявляться в виде возбуждения, сонливости или бессонницы, синдрома угнетения, некоторой агрессивности или монотонности.

Большое внимание в последние годы уделяется анализу эмоциональных нарушений с точки зрения межполушарной асимметрии мозга. Так, выяснено, что эмоциональные нарушения при поражении правого полушария выражены ярче, чем при поражении левого полушария. Если очаг справа, то чаще отмечается лабильность эмоциональных реакций и неспособность к эмоциональному контролю, ослабляется распознавание эмоций по мимике (одностороннее повреждение правой височно-затылочной области вызывает нарушение распознавания эмоциональной экспрессии, а иногда и узнавание лица знакомого человека); благодушие, веселость; безразличие к окружающему, беспечное отношение к своей болезни (анозогнозия). При поражениях левого полушария на фоне заторможенности, вялости и пассивности часто усиливается интенсивность отрицательных эмоциональных переживаний, возникают депрессивные состояния в виде приступов тревоги, беспокойства и страха (особенно характерно для поражения височной доли левого полушария) [9].

По мнению Т.А.Доброхотовой, с поражением правого полушария чаще связаны пароксизмальные аффективные изменения, а с поражением левого - постоянные, стабильные [2].

Расстройства эмоций характерны для больных с разными психическими заболеваниями [10]:

). У больных неврозами - болезненные эмоционально-аффективные реакции раздражения, негативизм, страх.

А). Навязчивые состояния - высокая сензитивность, тревожность.

Б). Истерия - лабильность эмоций, импульсивность.

В). Неврастениея - раздражительность, чувство усталости, утомляемость, слабость.

). У больных психопатией - склонность к эмоционально-аффективным реакциям патологического характера. Эмоционально-агрессивные вспышки (при эпилептоидной, гипертимной, истероидной). Тенденция к пониженному настроению, тоске, отчаянию, вялости (при астенической, психастенической, сензитивной). У шизоидных - диссоциация эмоциональных проявлений.

). При эпилепсии - склонность к дисфориям. При височной эпилепсии - страх, тревога, снижение настроения, злобность. 4). У больных биполярным расстройством личности (маниакально-депрессивным психозом) - перепады эмоций (от эйфории до глубокой депрессии). 5). Изменения в эмоциональной сфере характерны и для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (например, при инфаркте миокарда - мрачная окраска будущего).

Заключение

В результате анализа теоретического и практического материала получена соответствующая информация, которая последовательно изложена в 2 главах. В первой главе представлена специфика эмоций как многоаспектного психофизиологического процесса. В начале работы даны определения разных авторов (А.Л. Гройсман, В. А. Ганзен, Г.И. Каплан) понятию «Эмоции». На наш взгляд, эти определения являются синонимичными. Также рассмотрены основные параметры эмоций, их виды, факторы возникновения, функции.

Далее автор указал физиологические основы эмоций, особое внимание уделил их мозговой организации: влиянию лимбической системы в формировании эмоций.

Во второй главе подробно рассмотрены эмоциональные нарушения как особый класс нарушений психики. В начале главы дано определение понятию, выявлены особенности параксизмальных и стабильных эмоциональных нарушений. Также указаны способы проявления нарушений эмоций (усиление, ослабление, извращение), определены и охарактеризованы различные формы их проявлений.

Далее автором проанализированы особенности эмоциональных нарушений при локальной патологии мозга. Анализ основывается на 3 основных локализациях поражения мозга (гипофизарно-гипоталамической, височной и лобной областей мозга), выделенных Доброхотовой Т.А. Также данный вопрос рассматривается с точки зрения межполушарной асимметрии мозга. В результате выявлено, что с поражением правого полушария связаны пароксизмальные аффективные изменения, а с поражением левого - стабильные. В заключении уделено внимание классификации больных с разными психическими заболеваниями, для которых характерны эмоциональные расстройства.

Список литературы

1. Гройсман А.Л. Медицинская психология.- М, 1997.

. Карвасарский. Клиническая психология: Нарушения эмоций при поражениях мозга.

. Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики. - СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002.

. Мишина Ю.Д. Лекции по общей психологии.

. Первушина О.Н. Общая психология.

. Пушкина Т.П. Медицинская психология.

. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 880 с.

. Яворский А.А. Введение в клиническую психологию: Вопросы общей части клинической психологии/ учебное пособие для студентов психологического факультета. - Екатеринбург: Изд-во Гуманитарного университета, 2004. - 188 с.

9. HUT.RU

. Медицинская информационная сеть.