

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. Общие вопросы

Как мы уже говорили, Л.С.Выготский и А.Р.Лурия рассматривали высшие психические функции — или сложные формы психической деятельности, направленные на решение определенных психологических задач, — в качестве основных объектов исследования, основных, специфических для человека единиц психики, которые необходимо сопоставлять с мозгом при изучении проблемы «мозг и психика». Именно высшие психические функции были тем главным типом психических явлений, изучение которого позволило А.Р.Лурия существенным образом продвинуться в разработке кардинальной проблемы естествознания — проблемы мозговых основ психики. Однако помимо высших психических функций, к которым, по мнению А.Р.Лурия, относятся разные познавательные процессы, произвольные движения и действия, существуют и другие психические явления, иная психическая реальность, имеющая свои специфические особенности. Этим психическим явлениям в меньшей степени присущи характеристики, свойственные высшим психическим функциям: прижизненное формирование (решающее значение в котором имеет социальная среда), опосредованность, осознанность, произвольность. К данной психической реальности принадлежат прежде всего явления, относящиеся к следующим сферам:

◆ к эмоционально-личностной сфере, в которой существенную роль играют врожденные (мало осознаваемые или неосознаваемые) и произвольные психические процессы и состояния;

◆ к состояниям сознания — сложным интегративным сочетаниям «образа мира» и «образа самого себя».

Эти комплексные психические явления исследованы современной нейропсихологией (как отечественной, так и зарубежной) пока явно недостаточно.

Как известно, в понимании эмоционально-личностной сферы как

общепсихологической проблемы Л.С.Выготский и А.Р.Лурия занимали единую позицию. Они утверждали, что все психические явления, включая и самые сложные, в целом подчиняются общим законам происхождения и организации, к которым относятся культурно-исторический генез и системное строение. Иными словами, эмоционально-личностные психические явления, как и познавательные процессы, имеют системную организацию и формируются под влиянием культурно-исторических факторов.

Согласно Л.С.Выготскому, существует тесная связь между эмоциональными и познавательными процессами («связь аффекта с интеллектом»), что находит свое проявление в виде «интеллектуализации» эмоций как в ходе общественно-исторического развития человека, так и в онтогенезе.

Л.С.Выготский разделял представления о существовании низших («натуральных») и высших (приобретенных) эмоций, считая, что первые связаны с относительно элементарными, а вторые — с более сложными, социально обусловленными потребностями. Последователи Л.С.Выготского, разрабатывая проблему формирования эмоционально-личностной сферы у ребенка, с помощью различных экспериментальных методов показали, что в онтогенезе происходят как «интеллектуализация», так и «волюнтаризация» эмоций, т. е. превращение сравнительно элементарных эмоций в высшие (в том числе в нравственные, эстетические, интеллектуальные и др.), имеющие качественно иное опосредованное строение (Л.И.Божович и др.).

В современной общей психологии эмоции рассматриваются как сложные многоаспектные психологические образования, выполняющие и отражательные (познавательные), и регуляторные функции. До сих пор отсутствует общепринятая единая психологическая теория эмоций. В отечественной психологии проблема эмоций разрабатывалась с позиций деятельностного подхода (А.Н.Леонтьев, В.К.Виллюнас, О.К.Тихомиров и др.), в контексте общей теории функциональных систем (П.К.Анохин, К.В.Судаков и др.), в рамках информационного подхода (П.В.Симонов и др.) и др. Наибольшие успехи в

теоретической разработке данной проблемы достигнуты «деятельностным» направлением.

С позиций концепции деятельностной обусловленности всех психических явлений, включая и аффективные, эмоции представляют собой внутренние регуляторы деятельности. Как указывал А.Н.Леонтьев, «особенность эмоций состоит в том, что они непосредственно отражают отношения между мотивами и реализацией отвечающей этим мотивам деятельности». При этом в качестве регуляторов деятельности выступают не просто эмоции, а «значимые переживания», отражающие личностный смысл выполняемой деятельности. Эмоции осуществляют положительное или отрицательное подкрепление (санкционирование) не отдельных этапов деятельности, а общего соотношения достигнутых в деятельности результатов с ее мотивом и целями.

Эмоции представляют собой сложные системные психологические образования, включенные в различные виды психической деятельности и базирующиеся на разных потребностях.

Как известно, И.П.Павлов различал *врожденные* эмоции, связанные с удовлетворением или неудовлетворением врожденных потребностей и инстинктов, и *приобретенные* (по механизму условных рефлексов) эмоции, направленные на удовлетворение приобретенных потребностей. У человека как социального существа даже «элементарные» эмоции — продукт социально-исторического развития, в процессе которого формируется культура эмоций. В современной психологии принято выделять основные, или базальные, эмоции и высшие эмоции. Согласно К.Е.Изарду, к числу базальных эмоций относятся: радость, горе, страх, гнев, интерес, отвращение, презрение, удивление, стыд, вина. Другие авторы называют другое число базальных эмоций. Общепринятого «списка» базальных эмоций пока не существует. Эти эмоции рассматриваются большинством авторов как врожденные, присущие всем людям независимо от национальной или половой принадлежности, возраста или культуры. Согласно Ч. Дарвину, зачатки базальных эмоций есть и у животных. Базальные эмоции являются важнейшими средствами невербальной

коммуникации. В процессе социокультурного развития на основе базальных эмоций формируется сложный многокомпонентный комплекс высших эмоций, эмоциональных явлений и состояний, объединенных в целостную *эмоционально-личностную сферу*, имеющую сложную мозговую организацию.

Эмоционально-личностная сфера имеет уровневое строение.

Первый уровень составляет эмоциональная реактивность (характеризующая в основном базальные эмоции).

Второй уровень — эмоциональные состояния (настроения, эмоциональный фон).

Эти два класса эмоциональных явлений различаются по длительности и подчиняются различным закономерностям. Эмоциональная реактивность (или эмоциональное реагирование) — это кратковременный ответ на то или иное воздействие, имеющий преимущественно ситуационный характер. Эмоциональные состояния в большей степени отражают общее отношение человека к окружающей ситуации, к самому себе и больше связаны с его личностными характеристиками.

Третий уровень эмоционально-личностной сферы — эмоционально-личностные качества. Этот уровень представляет собой те личностные качества человека, которые отражают его эмоциональные особенности (оптимизм, пессимизм, смелость, трусливость, агрессивность и т. п.), определенным образом связанные с особенностями его базальных эмоций. Эмоционально-личностная сфера включает положительную и отрицательную эмоциональные системы, ответственные за эмоциональные явления разного знака.

Знак и интенсивность эмоций являются их наиболее существенными характеристиками. Как указывали Л.С.Выготский, С.Л.Рубинштейн, Я.Рейковский и другие авторы, эти параметры тесно взаимосвязаны. Положительные и отрицательные эмоции всегда характеризуются определенной интенсивностью.

Основные эмоции

Положительные:

Удовольствие	восхищение	блаженство
Радость	любовь (половая)	злорадство
Ликование	любовь (привязанность)	спокойная совесть
Восторг	уважение	чувство облегчения
Уверенность	умиление	чувство безопасности
Гордость	благодарность	предвкушение
Доверие	нежность	самодовольство
Симпатия	чувство удовлетворенности собой	
чувство удовлетворенной мести		

Нейтральные:

Любопытство	Изумление	Спокойно-
удивление	безразличие	созерцательное настроение

Отрицательные:

Неудовольствие	горе (скорбь)	тоска
Печаль (грусть)	отчаяние	огорчение
Тревога	обида	боязнь
Испуг	страх	жалость
Сочувствие	сожаление	досада
Гнев	ненависть	возмущение
Неприязнь	зависть	злоба
Уныние	скука	ревность
Ужас	неуверенность	недоверие
Стыд	растерянность	ярость
Презрение	отвращение	разочарование
Омерзение	раскаяние	нетерпение
Горечь	неудовлетворенность собой	злость
Чувство оскорбления	угрызения совести	

Важнейшим аспектом эмоциональных явлений выступает их осознание, самооценка. Эмоции как отражение мотивов и результатов деятельности существуют либо в виде неосознаваемых или осознаваемых лишь частично переживаний, о которых человек не может дать вербальный отчет, либо в виде четко осознанных эмоциональных состояний или реакций, которые могут быть

выражены в словесных категориях. Осознание собственных эмоций (их когнитивная самооценка) выполняет не только функцию регуляции деятельности и поведения в целом, но и функцию саморегуляции, направленную на коррекцию собственных личностных качеств. Осознание эмоций непосредственно связано с возможностью их произвольной регуляции.

Таким образом, в любой познавательной деятельности — гностической, мнестической, интеллектуальной — эмоции, с одной стороны, выступают как мотивирующие, «запускающие» компоненты этой деятельности, с другой — как компоненты, контролирующие, регулирующие (с помощью механизма оценки) ее протекание в соответствии с потребностью, на удовлетворение которой она направлена. Эмоции как сложные системные психологические образования характеризуются многими параметрами. В качестве важнейших из них можно рассматривать следующие: а) качественная характеристика («модальность», связь с базальной потребностью); б) знак; в) интенсивность; г) длительность; д) реактивность, т. е. быстрота возникновения или изменения эмоции; е) степень осознанности; ж) степень произвольного контроля и др.

Перечисленные выше параметры характеризуют и эмоциональное реагирование, и эмоциональные состояния (т. е. собственно эмоции); в самом общем виде они могут характеризовать любую эмоцию как в норме, так и при разных патологических состояниях.

2. Нейропсихологический анализ нарушений эмоциональной сферы

Нарушения эмоций в клинике локальных поражений головного мозга известны с давних пор. Описания эмоциональных нарушений можно найти прежде всего среди публикаций, посвященных особенностям психики больных с поражением лобных долей мозга.

Психиатры выделяют *три основные локализации поражения* мозга, связанные с эмоциональными нарушениями. Это поражения *гипофизарно-гипоталамической, височных и лобных областей мозга*. При гипофизарно-гипоталамической локализации очага поражения характерны постепенное

обеднение эмоций, исчезновение выразительных средств (мимики и пр.) на фоне изменений психики в целом.

При поражении височной области (особенно правого полушария) характерны устойчивые депрессии и яркие пароксизмальные аффекты на фоне сохранных личностных свойств.

При поражении лобных долей мозга происходит обеднение эмоций, появление «эмоциональных параличей» или эйфории в сочетании с грубыми изменениями всех психических процессов и личности больного.

К перечисленным локализациям поражений мозга, вызывающим эмоциональные изменения, добавляют также и *медиобазальные образования*. Задние отделы левого и правого полушарий в меньшей степени связаны с различными эмоциональными расстройствами (Т.А Доброхотова, Н.Н.Брагина и др.). Считается, что поражение правого полушария чаще связано с пароксизмальными аффективными изменениями, а поражение левого — с постоянными, стабильными. Отмечается также, что при поражении лобных долей мозга в первую очередь страдают социальные по генезу эмоции.

А.Р.Лурия описывал патологию эмоционально-личностной сферы *в качестве компонентов различных нейропсихологических синдромов*, прежде всего синдромов поражения лобных долей мозга. Он отмечал, что при разных вариантах «лобного» синдрома возникает целый ряд симптомов нарушений эмоционально-личностной сферы в виде неадекватности эмоциональных реакций (эйфории, безразличия), не критичности, отсутствия устойчивых переживаний (или «эмоциональных конфликтов»), изменения отношения к близким, к окружающим, снижения уровня интересов, растормаживания элементарных влечений и т. д. Эти нарушения сочетаются с изменениями поведения больного в целом: оно теряет черты целесообразности, продуманности, активности; появляется аспонтанность (из-за отсутствия нормальных мотивов и целей) или «полевое поведение» (из-за замены адекватных мотивов и целей случайными).

Наиболее выраженные эмоционально-личностные изменения возникают

при массивном (часто двухстороннем) поражении *лобных долей мозга*, сопровождающемся грубыми изменениями поведения. При менее грубых «лобных» синдромах эмоционально-личностные изменения более отчетливы при поражении медиобазальных отделов лобных долей мозга. При поражении одних базальных лобных структур эмоциональные нарушения приобретают иной характер — в виде вспыльчивости, повышенной раздражительности, эффе́ктивности, что отличает их от специфически «лобной» картины эмоциональных расстройств (А.Р.Лурия, Е.Д.Хомская и др.). Причем даже легким «лобным» больным свойственны нарушения высокодифференцированных социально детерминированных эмоций, например чувства юмора.

Изменения психики при поражении лобных долей мозга длительное время изучались преимущественно психиатрами в рамках и традициях психиатрических теорий эмоциональной и личностной патологии. Еще А.С.Шмарьян и ряд других психиатров указывали на то, что атрофические процессы, травматические и опухолевые поражения лобных долей мозга приводят к неоднородным изменениям характера и личности больного в зависимости от места поражения. Особенно демонстративные изменения характера возникают при поражении орбитальной поверхности лобных долей. В этих случаях в эмоционально-личностной сфере на первый план выступает растормаживание примитивных влечений (пищевых, половых и пр.). К сходному выводу пришли и многие другие авторы, занимавшиеся изучением этой проблемы (W. Penfield, J. Evans, 1935; А. Л. Абашев-Константиновский, 1959; Т.А.Доброхотова, 1974; К. Прибрам, 1975 и др.). Следует отметить, что обычно при клинических наблюдениях выявляются лишь достаточно грубые изменения эмоционально-личностной сферы, проявляющиеся в общем поведении больных.

Поражение *диэнцефальных отделов мозга*, приводящее к особому нейропсихологическому синдрому, согласно нейропсихологическим описаниям, нередко сопровождается эмоциональной нестабильностью, повышенной

реактивностью (иногда — некоторой не критичностью, благодушием). При поражении *медиальных отделов височных долей* мозга возможны агрессивность, негативизм, а также — при эпилептическом синдроме — пароксизмальные (усиливающие) отрицательные аффекты (Т.А.Доброхотова и др.).

Большинство авторов подчеркивает, что эмоциональные изменения зависят не только от локализации очага, но и от ряда других факторов, таких как исходные эмоционально-личностные характеристики, возраст, пол больного, характер патологического процесса и др. (т. е. от преморбида).

В последние годы клиницисты (психиатры, невропатологи) все большее внимание уделяют анализу эмоциональных нарушений с точки зрения *межполушарной асимметрии мозга*. Согласно литературным данным эмоциональные нарушения при поражении *правого полушария* выражены ярче, чем при поражении *левого полушария*. При поражении правого полушария чаще отмечается лабильность эмоциональных реакций, неспособность к эмоциональному контролю. По данным Т.А.Доброхотовой и Н.Н.Брагиной (1977), при поражении правой височной доли наблюдаются либо чрезмерные по силе аффекты, либо резкое снижение аффективного тонуса. При правосторонних поражениях, наряду с эмоциональными пароксизмами, значительно чаще встречаются и вегетативные нарушения. При поражении височной доли левого полушария нередко возникает тревожно-фобическая депрессия.

Клинические наблюдения за больными с локальными поражениями левого полушария показали, что у них часто возникают депрессивные состояния в виде приступов тревоги, беспокойства, страха. При этом усиливается интенсивность отрицательных эмоциональных переживаний и их неадекватность. Больным с поражением правого полушария более свойственны состояния благодушия, веселости, а также безразличия к окружающему (Л.Я.Балонов и др., 1976б; Н.Н.Брагина, Т.А.Доброхотова, 1981 и др.).

Б.И.Белый (1973, 1975 и др.), изучавший межполушарные различия в

изменениях психических процессов при поражении лобных долей мозга, отмечает, что левополушарные «лобные» больные обычно отличаются общей заторможенностью, вялостью, пассивностью, депрессивным состоянием, подавленностью; при поражении правой лобной доли чаще возникали состояния благодушия, эйфории, беспечности, анозогнозии, отсутствовало переживание своей болезни. Латеральные различия в эмоциональной сфере показаны и с помощью метода интракаротидного введения амитала натрия (метода Вада). После выключения левого полушария у больных чаще возникает состояние депрессии, а правого — эйфории (Л.Я.Балонов и др., 1976; В.Л.Деглин, 1996).

Клинические наблюдения за случаями патологического навязчивого смеха и плача у больных показывают, что патологический смех часто связан с правосторонним, а патологический плач — с левосторонним поражением («Clinical Neuropsychology», 1993 и др.).

Т.А.Доброхотова (1974), суммируя клинические представления о нарушениях эмоций при локальных поражениях мозга с точки зрения психиатрии, отмечает, что в таких случаях возможны как *постоянные эмоциональные расстройства, так и пароксизмальные аффективные нарушения*. К постоянным эмоциональным расстройствам относятся неврозоподобный синдром (на первых этапах заболевания), депрессивные, гипоманиакальные синдромы, маниакальноподобные синдромы, эмоциональные изменения в виде аспонтанности, обеднения эмоций вплоть до «эмоционального паралича» и другие эмоциональные изменения на фоне массивных нарушений психики.

К пароксизмальным аффективным нарушениям автор относит спонтанно возникающие аффекты, не имеющие реального повода, а также аффекты, возникающие в ответ на реальную причину, но не адекватные ей. Первый тип пароксизмов обычно проявляется в виде сильных приступов страха, ужаса, тоски, которые сопровождаются висцерально-вегетативными реакциями и галлюцинациями. Возможны пароксизмы первого типа и в виде внезапных

ощущений нереальности окружающего мира, отсутствия всяких эмоций. Пароксизмы первого типа характерны для эпилепсии, возникающей при поражении глубоких структур височной доли. Второй тип пароксизмов составляют разные по содержанию аффекты, которые развиваются на фоне устойчивых эмоционально-личностных изменений психики.

Также А.Р.Лурия считал, что при локальных поражениях мозга между нарушениями эмоционально-личностной сферы и когнитивных процессов возможна *диссоциация двух типов*:

а) при явных эмоционально-личностных расстройствах частные когнитивные функции (восприятие, память, мышление, речь) остаются относительно сохранными;

б) нарушения различных когнитивных процессов протекают на фоне относительной сохранности эмоционально-личностной сферы.

Первый тип диссоциации наблюдается при поражении передних отделов больших полушарий, второй — при поражении задних отделов. Таким образом, А.Р.Лурия выделял *передне-задние различия нейропсихологических синдромов по отношению к эмоционально-личностной сфере*.

Второе противопоставление синдромов, включающих эмоционально-личностные нарушения, согласно А.Р.Лурия, связано с поражением *конвексимальных и медиобазальных отделов коры* больших полушарий.

А.Р.Лурия отмечал, что при поражении *медиобазальных отделов коры* лобных долей мозга (особенно орбитальной, как это наблюдается при патологических очагах, расположенных в зоне ольфакторной ямки), благодаря их тесным связям с лимбической системой и гипоталамическими образованиями, *«центр синдрома перемещается в аффективные расстройства»*. Тогда наряду с эндокринными и вегетативными нарушениями, изменениями цикла «сон—бодрствование» возникают стойкие изменения характера (повышенная эффективность, вспыльчивость, растормаживание примитивных влечений, нарушение контроля за эмоциональными реакциями и т. п.). Больной нередко сам осознает произошедшие с ним изменения и

жалуется на то, что у него «испортился характер». Поражение конвекситальных отделов коры лобных долей мозга ведет к иным по структуре эмоционально-личностным нарушениям, когда в большей степени выражены собственно личностные расстройства в виде изменения поведения, аспонтанности, импульсивности, изменения отношения к себе, к близким, не критичности, снижения уровня интересов и т. д.

А.Р.Лурия отмечал также различный вклад левого и правого полушарий в эмоционально-личностную сферу. Он считал, что к функциям правого полушария относится, по-видимому, и общее восприятие своей личности, поэтому частым симптомом поражения правого полушария является своеобразное отсутствие восприятия своих собственных дефектов, которое давно известно в клинике под названием "анозогнозия"» (А.Р.Лурия, 1973). Поведение больных с поражением правого полушария, по мнению А.Р.Лурия, имеет ряд черт, сближающих их с «лобными» больными, однако у правополушарных вне-лобных больных гораздо более сохранены намерения и планы. Этот факт А.Р.Лурия объяснял тем, что осознание собственных дефектов и «общее восприятие личности» предполагает участие речевых механизмов. Таким образом, А.Р.Лурия связывал с правым полушарием особые глубокие изменения личности, обусловленные дефектами осознанного «ощущения» самого себя.

3. Патологические расстройства эмоциональной сферы

Эмоциональные расстройства по *содержанию* можно разделить на 4 группы:

- 1) симптомы сниженного настроения (гипотимия, тоска, дистимия, дисфория, тревога);
- 2) симптомы повышенного настроения (гипертимия, эйфория, мория (дурашливость, радостный идиот), мания);
- 3) симптомы неустойчивой эмоциональной сферы (эмоциональная неустойчивость, эмоциональная лабильность, слабодушие (недержание эмоций));

4) качественное искажение эмоций (эмоциональное оскудение, эмоциональная тупость, апатия, психологическая анестезия).

Существует классификация расстройств *эмоциональных состояний и свойств*.

Нарушение выраженности (силы) эмоций.

Сензитивность (эмоциональная гиперестезия) – повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость. Может быть врожденным личностным свойством, особенно выраженным при психопатиях.

Эмоциональная холодность – нивелировка выраженности эмоций в виде ровного, холодного отношения ко всем событиям, независимо от их эмоциональной значимости. Выявляется у психопатов, при шизофрении.

Эмоциональная тупость – слабость, обеднение эмоциональных проявлений и контактов, оскудение чувств, доходящее до безучастности. Встречается в рамках шизофренического дефекта.

Апатия – безразличие, полное отсутствие чувств, при котором не возникают желания и побуждения. Чаще наблюдается чувственное притупление, при котором эмоции становятся тусклыми, бедными. Преимущественной эмоцией больных является равнодушие. Встречается при шизофрении (дефект) и грубых органических поражениях головного мозга, а так же может быть ведущим проявлением депрессивного синдрома.

Апатия, как проявление депрессии, чаще характеризуется чувством безразличия с сужением круга интересов, либо их полным исчезновением, уменьшением или потерей желаний, побуждений и потребностей, больные говорят о скуке, лени, безволии, душевной вялости, безинициативности, что переживается болезненно (не депрессивная же апатия не воспринимается больными как нечто тягостное и, следовательно, не вызывает жалоб).

Нарушение адекватности эмоций

Эмоциональная амбивалентность – одновременное сосуществование антогонистических эмоций, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения. Симптом, встречающийся при

шизофрении.

Эмоциональная неадекватность – возникновение эмоции, не соответствующей качественно, содержательно вызывающему ее раздражителю, парадоксальность эмоций (пациент с грустным лицом повествует о приятных впечатлениях). Так же встречается при шизофрении.

Нарушения устойчивости эмоций.

Эмоциональная лабильность – патологически неустойчивое настроение, которое легко меняется на противоположное в связи с изменением ситуации. Патологически неустойчивое настроение характерно для астенического синдрома, кроме того, может встречаться в рамках эмоционально-волевых расстройств при патологии личности.

Эксплозивность – повышенная эмоциональная возбудимость, при которой легко возникает переживание досады, гнева, вплоть до ярости, с агрессивными поступками. Может возникнуть по незначительному поводу. Эксплозивность характерна для эмоционально-волевых расстройств при патологии личности, органических (травматических) поражениях головного мозга.

Слабодушие – состояние легко колеблющегося настроения по ничтожному поводу от слезливости до сентиментальности с умиленностью. Может сопровождаться капризностью, раздражительностью, утомляемостью. Наблюдается при сосудистом поражении головного мозга, при соматогенной астении.

Расстройства настроения.

Патологически повышенное настроение.

Гипертимия – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством радости, силы, энергетического подъема («веселость, брызжущая через край»), резко снижающее глубину и направленность познавательных процессов. Гипертимия – основной симптом маниакальных синдромов.

Эйфория – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности, препятствует познавательным процессам. Эйфория встречается при

интоксикациях (инфекционного, алкогольного и т.п. характера) .

Мория – веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения при глобальной деменции.

Экстаз – гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до исступленного восхищения, чувства прозрения, озарения. Часто сочетается с растерянностью, кататоническими проявлениями, онейроидным помрачением сознания.

Патологически пониженное настроение.

Гипотимия – болезненно пониженное настроение, переживаемое как, грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь, щемление, чувство безысходности, сопровождающееся чувством физического неблагополучия, пассивности, беспомощности, суицидными мыслями и поступками. Такой тип расстройства настроения характерен для депрессивных синдромов.

Дисфория – болезненно пониженное настроение, сопровождающееся раздражительно-тоскливо-злобным, мрачным чувством. Возникает и оканчивается внезапно. Может длиться часами или днями. Во время дисфории больные склонны к агрессивным действиям. Дисфории, преимущественно, наблюдаются у больных с неблагоприятно текущей эпилепсией, при травматических и других органических поражениях головного мозга.

Тревога – гипотимия в сочетании с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, внутренним волнением, беспокойством, напряжением, чувством томительного ожидания грядущей беды, отчаянием, опасениями за судьбу родных. Иногда тревога ощущается телесно с витальным оттенком, как зуд, внутренняя дрожь. Часто сочетается с двигательным (психомоторным) возбуждением. Как патологическое состояние тревога иррациональна и вызвана болезненными психическими переживаниями, а не реальными событиями («что-то в мире должно случиться», – пытается, к примеру, объяснить свое беспокойство пациент). Встречается при многих

острых психозах (острые параноидные психозы, синдромы помрачения сознания), при депрессии (тревожная депрессия). Тревожная окраска переживаний характерна для психопатологических состояний в пожилом возрасте. При неврозах (тревожные расстройства) тревога носит менее выраженный характер, отсутствует выраженное психомоторное возбуждение и сопровождается обильными вегетативными проявлениями (вегетативная тревога).

Страх, как патологическое состояние — переживание сиюминутной опасности, с ощущением непосредственной угрозы жизни, благополучию, вызванное болезненным психическим состоянием без реального основания. Субъективно тяжело переносится. Встречается как в рамках острых психозов (бредовые психозы, синдромы помрачения сознания), так и при неврозах навязчивых состояний в рамках фобий.

Синдромы, связанные с расстройством эмоций. Их выделяют два: депрессивный синдром и маниакальный синдром. Каждый синдром имеет ряд компонентов — аффективный, моторный, идеаторный (т.е. мыслительные процессы).

Депрессивный синдром

АМИ

Ами

аМи

амИ

Маниакальный синдром

АМИ

Ами

аМи

амИ

Синдромы могут быть простыми, сложными и смешанными.

4. Клинические нарушения эмоциональной сферы

Перре и Бауманн различают а) эмоциональные расстройства как таковые (например, избыток депрессивных эмоций); б) эмоциональные расстройства как компоненты сложных клинических синдромов (например, глубокая печаль как компонент депрессии); в) расстройства, зависящие от эмоционального состояния, в других психических сферах (например, падение

работоспособности или сообразительности как следствие хронического страха перед экзаменом). Эмоциональные расстройства характеризуются тем, что содержание, частота возникновения, интенсивность или продолжительность определенных эмоций с общественной, клинической или субъективной точек зрения являются неадекватными.

Параметры эмоциональных расстройств. Эмоциональные расстройства классифицируются, кроме прочего, по следующим параметрам, описывающим эмоции.

А. Содержание. С этой точки зрения среди содержаний переживания можно выделить отдельные эмоции. Кроме того, среди многообразия эмоций – особенно первичных – можно провести различия между когнитивно специфичными, не связанными с определенными обстоятельствами эмоциями, с одной стороны, и когнитивно специфичными, направленными на определенные обстоятельства эмоциями, с другой стороны.

Б. Частота возникновения, интенсивность, устойчивость. Эмоции могут возникать с различной частотностью, интенсивностью и продолжительностью. Наряду с интенсивностью и устойчивостью большую роль играют также другие характеристики протекания расстройства. Расстройства обычно характеризуются чрезмерной частотой возникновения, значительной интенсивностью и/или продолжительностью негативных эмоций и недостаточностью частоты возникновения или продолжительности положительных эмоций. Наряду с этим расстройства характеризуются еще и производными параметрами более высокого порядка. К ним, прежде всего, относится частота смены эмоциональных состояний.

В. Осознанность и реалистичность. Эмоциональное состояние может зависеть от когнитивных процессов, которые могут быть в большей или меньшей степени дифференцированными и осознанными. Так, тревога может возникнуть вследствие длительного предэкзаменационного ожидания, в то время как в другом случае она наступает спонтанно. Наряду с этим эмоции – особенно их когнитивные компоненты – могут различаться по степени

адекватности реальности. Как неадекватная реальность может быть рассмотрена, например, депрессивная печаль, сопровождающаяся негативной самооценкой, если эта самооценка выглядит с точки зрения общества как неоправданная. Высокая степень осознания при низкой реалистичности может обеспечить достаточно хорошие шансы для когнитивно ориентированных форм терапии эмоций.

Эмоциональные расстройства как компоненты синдромов. В обычной клинической классификации эмоциональные расстройства появляются как в качестве самостоятельной категории, так и в качестве компонентов сложных синдромов. Расстройства, которые заключаются в избыточной тревоге (например, панические расстройства и фобии), обычно объединены в одну или несколько самостоятельных категорий. Депрессивные состояния включают: а) выраженные депрессивные эмоции (включая соответствующие когнитивные компоненты); б) мотивационные расстройства (безучастность, заторможенность); в) соматические симптомы (бессонница, потеря аппетита и веса).

В исследованиях современных ученых обнаружено, что расстройства эмоциональной сферы характерны для больных неврозами. Типичными для современной клиники неврозов являются болезненные эмоционально-аффективные реакции и состояния страха, снижения настроения и др. Также склонны к эмоционально-аффективным реакциям патологического характера лица, страдающие психопатиями, в особенности истерической, эпилептоидной, эксплозивной. Яркие изменения эмоционального состояния происходят при маниакально-депрессивном психозе, при органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии.

Эмоции рассматриваются как сложные паттерны реакций, причем решающее место занимают различные компоненты субъективного переживания. К таким компонентам относятся аффективные компоненты (эмоциональные компоненты в узком смысле слова); когнитивные компоненты (мысли, представления, фантазии); телесно-перцептивные компоненты

(восприятие физиологических изменений и собственного экспрессивного поведения). Расстройства собственно аффективной компоненты характеризуются, прежде всего, тем, что негативные эмоции возникают чрезмерно часто, интенсивно или продолжительно и/или существует значительный недостаток позитивных эмоций. Эмоции могут возникать неадекватно спонтанно и не соответствовать реальности. Далее будет вкратце описаны типичные картины проявления эмоциональных расстройств.

Тревога. Аффективная компонента тревоги состоит из специфических, неприятных ощущений напряжения и внутреннего беспокойства. Эти ощущения чаще всего являются тесно связанными с ощущением физиологической активизации (ускоренное сердцебиение, учащенное дыхание, повышенное потоотделение и т.п.). Когнитивная компонента тревоги может содержать все виды когниций, направленные на соответствующие объекты, ситуации или события. Типичными являются: мысли о самих угрожающих обстоятельствах; мысли о недостаточной контролируемости этих обстоятельств, особенно сомнения насчет способности справиться с проблемой собственными силами.

В обычных случаях тревога не настолько интенсивна, чтобы перекрыть все другие содержания переживания, и проходит через несколько минут или, по крайней мере, в течение часа. О расстройстве следует говорить в том случае, если тревога возникает интенсивнее и чаще или переживается постоянно. Интенсивная, эпизодически возникающая тревога может быть адекватна реальности. О расстройстве в клиническом смысле говорят лишь тогда, когда эпизодическая тревога появляется в объективно неопасных ситуациях, т.е. при восприятии реальности неадекватным образом. Это типично, например, для приступов паники. Устойчивая, хроническая, неадекватная реальности тревога является также и основным признаком фобий.

Печаль. Аффективные компоненты печали известны каждому из собственного опыта, хотя не все могут описать их словами. Телесно-перцептивные компоненты часто переживаются менее интенсивно, чем это

имеет место при таких активизирующих эмоциях, как страх и ярость. Из типичных примеров можно привести следующие: физическое беспокойство или вялость; чувство, как будто ком застрял в горле; слезы. Когнитивные компоненты могут быть следующими: мысли о прошедших негативных событиях; мысли о текущем негативном положении вещей; мысли о вероятных (с точки зрения самого субъекта) будущих негативных событиях.

В клиническом смысле печаль представляет собой проблему только в том случае, если она является устойчивой и не адекватной реальности. Оценка печали как неадекватной или адекватной реальности часто зависит от культурных традиций. Устойчивая, интенсивная и неадекватная реальности печаль является основным симптомом депрессии.

Гнев и другие негативные эмоции. Тревога, печаль, гнев (ярость) рассматриваются как «три великие» негативные эмоции человека, доминирующие в теневой стороне эмоциональной жизни. Но если тревога и печаль часто встречаются в клинической литературе зачастую такие термины, как «гнев» и «ярость», в клинических учебниках искать бесполезно. Это недостаточное внимание связано с тем, что гнев, в отличие от тревоги и печали, является эмоцией, ориентированной на преодоление, и переживается чаще всего при возникновении препятствия своим действиям, которое, как человек чувствует, ему вполне по плечу. В соответствии с этим гнев и ярость рассматриваются как чувства, которые, несмотря на их негативное содержание, не представляют собой проблему, так как они часто вполне способны воплотиться в целенаправленные действия. Последствия этих эмоций иногда оказываются неблагоприятными для индивида, но все же чаще страдает социальное окружение.

В норме гнев является быстропроходящей эмоцией. Он становится проблемой только тогда, когда возникает часто и достаточно интенсивно (приступы «вспыльчивости»), а также тогда, когда он - чаще всего в ослабленном виде – стабилизируется в течение достаточно продолжительного отрезка времени.

Наконец, клиническую роль играют и другие негативные эмоции. Речь идет о стыде и чувстве вины. Достаточно мучительное и устойчивое и одновременно неадекватное чувство вины возникает в качестве компонента депрессии. Следует обратить внимание на то, что проблема возникает не только при избытке, но и при сильном недостатке негативных эмоций или при последствиях такого недостатка. Это имеет место, например, в том случае, когда у индивида отсутствует чувство страха перед объективно опасными ситуациями (особенно во время маниакального состояния) или когда он не способен переживать чувство стыда или вины, которые в норме выполняют важную функцию контроля над поведением.

Условия возникновения эмоциональных расстройств.

Расстройства эмоциональной сферы могут возникать по многим причинам, которые можно объединить в три группы условий возникновения: ситуационные условия, личностно обусловленные условия и внутренние пусковые процессы.

Ситуационные условия. Человеческие эмоции могут вызываться внешними, ситуативными событиями или событиями внутреннего характера. Соответствующие жизненные ситуации, как правило, определяют большую часть потока сознания индивида, т.е. его внутренние, мысленные события. Поскольку они воспринимаются и интерпретируются, ситуационные факторы при проявлении и поддержании эмоциональных расстройств играют основную роль. Эти явления, прежде всего, анализируются бихевиористскими теориями эмоций и исследованиями стрессов и жизненных событий. Существуют также внешние условия, которые оказывают влияние на внешние жизненные ситуации и тем самым (косвенно) на сферу эмоций. К ним причисляют эпохальные, культурные, общественные, экономические и политические общие условия индивидуальных жизненных ситуаций.

Личностно обусловленные условия. Со стороны самого индивида решающими для возникновения и поддержания эмоциональных расстройств являются индивидуальные структуры. Такие структуры вместе с

ситуационными условиями лежат в основе возникновения эмоций. Поэтому они зачастую рассматриваются как диспозиции к эмоциональным процессам. В содержательном аспекте аналогично тому, как и в других областях, речь идет о двух типах индивидуальных структур.

Телесные структуры, являющиеся решающими для эмоциональных расстройств, с одной стороны, заключены в связанных с эмоциями, индивидуальных и других фенотипических анатомических структурах. Кроме того, важна еще и лимбическая система, а также все органы, на которых базируется центральная и периферическая активация и нейрогормональный обмен веществ. С другой стороны, речь идет о релевантных для эмоций составных частях генетического аппарата.

Когнитивные структуры состоят из содержаний памяти индивида. Они лежат в основе интерпретации ситуационных событий и текущего потока сознания. Эмоциональные расстройства зачастую теснее связаны с основными личностными условиями, чем с внешними ситуациями: ситуаций можно избежать или изменить их; тело и содержание памяти индивида остаются неизменными. Поскольку все начинается не с объективно негативных ситуационных условий, то терапевтические мероприятия должны быть направлены в первую очередь на изменение ответственных за соответствующие расстройства личностных структур.

Внутренние пусковые процессы и поведение. Ситуационные события могут действовать на эмоции, только будучи воспринятыми, и содержание памяти или другие структуры личности тогда имеют влияние, когда они активированы.

Соматические процессы. Эмоции тесно связаны с нейрогормональным состоянием. Правда, до сих пор не ясно, рассматривать ли, и если да, то при каких условиях, процессы обмена веществ в головном мозге как пусковые факторы, условия, модулирующие факторы или как последствия эмоций. Напротив, относительно периферических физиологических процессов и двигательных процессов выражения эмоций с помощью мимики и движений

тела можно предположить, что они скорее являются следствием, а не пусковым фактором.

Восприятие и когниции. Когнитивные процессы в настоящее время рассматриваются как основные при возникновении эмоций и их расстройств.

Другие эмоции. Предшествующее настроение выполняет модулирующую функцию при возникновении актуальных эмоций. Так, обращает на себя внимание тот факт, что позитивные эмоции, с одной стороны, и негативные эмоции, с другой, в норме не способны «уживаться» друг с другом. Из этого следует, что если человек находится в позитивном настроении и расслаблен, то это препятствует возникновению тревоги и гнева.

Мотивация и поведение. Мотивация может сопровождаться надеждой достичь некоторой цели и опасением не добиться желаемого. Поэтому конфликт между различными мотивационными тенденциями зачастую связан с эмоциональными конфликтами. Поведение может напрямую вызывать эмоции, которые связаны с соответствующей деятельностью. Более того, поведение и его последствия могут повлечь за собой эмоции, если они оцениваются субъективно. Роль поведения и его последствий при возникновении эмоциональных расстройств подчеркивается в теории депрессии Левинсона, основанной на отсутствии подкрепления.