

Введение в клинику мимических расстройств

Под мимикой понимают координированные движения мышц лица, отражающие разнообразные психические состояния; мимическая деятельность относится к так называемым выразительным движениям. Психология давно оценила значимость выразительных движений и рассматривает изучение их как один из важных факторов научного познания личности, как своеобразную «методику выражения» (Wundt).

Анатомо-физиологические механизмы выразительных движений заложены в коре головного мозга, в подкорковых узлах и осуществляются центральной и периферической нервной системой. Патологические нарушения этих механизмов определяют мимические расстройства.

Анатомо-физиологическим субстратом выразительных движений являются в основном три

центральные системы: лобная, пирамидная и экстрапирамидная. Учение об «экстрапирамидной одаренности» подчеркивает выдающееся ее значение в психомоторных особенностях личности; это, в частности, проявляется при заболеваниях паллидума. Изменения мимики при этом становятся настолько характерными, что они получили в литературе специальное наименование «паллидарной мимики». Вместо нормального лица с его живой мимикой мы видим у больного какую-то своеобразную маску с безжизненным выражением, сглаженными чертами лица; однотонная мимическая деятельность неадекватна переживаниям больного.

Экстрапирамидная система влияет на тонус мимических мышц, темп их деятельности, интенсивность их иннервации, а также автоматические и выразительные движения.

Непосредственным выразителем мимики является лицевая мускулатура. Своими динамическими функциями (сокращение — расширение) она обуславливает все многообразие мимической игры, вариативность ее выражений. Второстепенную роль в формировании мимической деятельности играют особенности остальных мягких тканей лица. К ним относится состояние кожного покрова лица; окраска, эластичность, различная толщина на разных участках лица подкожной клетчатки и плотность соединительной ткани.

Крепление мимических мышц имеет своеобразный характер: один конец мускула прикреплен неподвижно к ближайшей кости лицевого скелета, другой же связан с соединительной тканью или со слизистой оболочкой соответст-

вующего участка лица и непосредственно переходит в кожу. Благодаря этому каждое мышечное сокращение притягивает прикрепленный участок кожи к своему неподвижному концу; при этом сокращение мускула, связанного с кожей, приводит к различным изменениям кожного покрова лица. В случае же прикрепления мышцы непосредственно к соединительной ткани, а затем уже через нее к коже характер поверхностных кожных образований получается несколько иной: образуются не ямкообразные углубления, а складки лица.

Целый ряд участков лица располагает мимическими механизмами, связанными с различными мышечными группами, как, например, носогубные складки. Значительную роль в формировании тонкой мимической деятельности играет степень дифференцированности соответствующей лицевой мускулатуры. Так, менее дифференцированная лобная мышца обуславливает более массивные мимические проявления (однолинейные, маловариабильные морщины). Наиболее выразительные мимические мышцы группируются вокруг отверстий лицевого скелета: ротовой щели, носа, глазниц.

Необычайная динамичность мышечного аппарата, расположенного вокруг входных отверстий лицевого скелета, связанных с органами чувств, придает мимике высокую степень выразительности и подвижности.

Особо следует упомянуть об иннервации лицевой мускулатуры. Изменения в ней (парезы, параличи) ведут к разнообразным дисмимиям. Все мимические мускулы иннервируются лицевыми нервами. Анатомически оба лицевых нерва

(правый и левый) широким веером распространяются по обеим профильным плоскостям лица, направляя свои ветви во все мимические мышцы. Висцеральные жевательные мышцы иннервируются двигательными отростками III пары тройничного нерва. Чувствительная иннервация кожных покровов лица осуществляется ветвями тройничного нерва.

Для качественной характеристики мимики большое значение имеет отчетливость движений, определяемая пирамидной иннервацией. Наблюдаемые иногда мимические синкинезии являются результатом нарушения иннервации и вызываются недостаточной дифференциацией двигательных механизмов.

Большое значение в мимической деятельности имеет соразмерность движений. Последняя обусловлена комплексными сочетаниями мозжечковой системы с вестибулярными и сенсорными механизмами.

Важным моментом в формировании мимических функций является координация движений. Различают статическую координацию во время покоя и динамическую — в процессе деятельности. Удельный вес экстрапирамидной системы в механизмах координации значителен. Двигательная активность зависит от качественного состояния фронтальной и экстрапирамидной систем.

Компонент выработки формул движений, имеющий большое значение для моторной одаренности личности, важен и для выявления мимических функций.

Мимику можно рассматривать в ее целостном выражении и отдельно — по различным

фракциям лица. Этот условный прием удобен тем, что он позволяет глубже и полнее выявлять образующиеся в патологии отдельные дисмимические проявления. Он важен в клинике мимических расстройств, в которой иногда диссоциация и асимметрия мимической игры проявляются только в отдельных фракциях лица, как бы изолированно. В более общем виде различают мимику верхней и нижней части лица. Более подробная дифференциация мимических локальных участков выводится из особенностей вариаций их функциональной игры.

Мимическую деятельность глазной фракции лица обычно рассматривают в сочетании с лобной мимикой. Основное мимическое выражение лобной части состоит в сморщивании лба и подъеме бровей кверху. В психологическом отношении Duchenn характеризовал лобную мышцу как мускул внимания, а Darwin трактовал ее в биологическом аспекте, придавая подобному выражению характер настороженности при явлениях опасности. Биологический смысл этого механизма по Дарвину наряду с расширением глазной щели заключается в том, чтобы больше открыть поле зрения и создать условия для лучшей ориентации в окружающей обстановке.

В особенности это относится к появлению вертикальных складок посередине лобной мышцы. По Дарвину, они возникают при резком напряжении внимания. Часто такие складки наблюдаются при бурных эмоциональных взрывах. В клинике психических заболеваний это наблюдение получает подтверждение. Нередко в периоды повышенной агрессивности можно наблюдать у больных вертикальные складки лба над

переносицей. При полном психическом покое морщины лба обычно разглаживаются. В этом можно убедиться при изучении мимики слепых. У них вследствие выпадения зрительного контакта развивается полная амимия лба — он становится пассивным, плоским, как бы разглаженным.

Иногда встречаются комбинации горизонтальных и вертикальных морщин, сочетание которых обуславливает характерное косое положение бровей. Дарвин находил это мимическое выражение при состояниях горя, заботы, страданий. Биологическое значение этого явления Дарвин объяснял защитной реакцией глаз от гиперемии.

В нижней половине лица наиболее активной мимической фракцией является рот. Наблюдаются следующие мимические вариации рта. Плотное закрытие ротовой щели (стиснутые зубы, крепко сжатые губы) выражает определенность и решимость. Плотно закрытый рот обычно свидетельствует о психической собранности и целеустремленности личности. В диагностическом отношении более значимой является мимика расслабления ротовой щели, обуславливаемая снижением тонуса соответствующих мышц (гипотония, парез). Внешне она проявляется расширением ротовой щели, иногда отвисанием нижней челюсти. При отсутствии органической симптоматики мимика расслабленной ротовой щели свидетельствует о снижении активности личности.

Наряду с этим расслабление ротовой щели может свидетельствовать и о врожденной недостаточности моторики лица. Подобные явления нередко наблюдаются у детей, страдающих психической отсталостью.

Большое диагностическое значение в мимике ротовой щели имеет состояние уголков рта. Опущение уголков рта Дарвин оценивал как рудимент плача и депрессивного состояния. В. М. Бехтерев обращал внимание на то, что жизненный тонус личности часто можно определить по состоянию углов рта. Известно, что при подавленном тоскливом настроении они опускаются книзу.

И, наоборот, при состоянии радости и бодрости отмечается определенная собранность лица и выравнивание углов рта. При смехе они оттягиваются назад и несколько кверху в связи с усилением иннервации большой скуловой мышцы в сочетании с активизацией мышцы смеха.

Мимическое выражение иронического смеха, характеризующееся «искривлением» только одного угла рта, вызывается односторонней усиленной иннервацией их антагониста — треугольной мышцы нижней губы. Психологический смысл подобного мимического выражения — насмешка, сарказм. Одностороннее проявление «искривленного» смеха формирует временную асимметрию в выражении лица. В частности, круговая мышца рта влияет на различные модификации мимики смеха. Известен мимический нюанс так называемого внутреннего смеха при закрытом рте. Внешне это проявляется в сочетании радостного выражения глаз с мелким, с трудом удерживаемым дрожанием нижней части лица. Психологический смысл этой мимической картины заключается в попытке скрыть радостное состояние, подавить улыбку, смех при некоторых обстоятельствах.

Мимическое выражение смеха весьма многообразно; можно различать две основные модификации: характерный, выраженный, полноценный смех (искренний смех, смех от души) и неопределенный, как бы фальшивый («рыхлый»), когда нет желания смеяться, но из вежливости поддерживаешь чужое радостное настроение. Конечно, при этом наблюдаются весьма различные индивидуальные особенности.

Мимическая деятельность лица как целого складывается из мимических выражений отдельных его фракций. Однако было бы ошибкой рассматривать данное сочетание чисто механически. Общая мимика лица как комплексное целое выступает в новом качестве. Выразительность мимической игры зависит во многом от подвижности мимических функций. Амплитуда подвижности варьирует между двумя полюсами: а) полным прекращением мимической деятельности (амимия) и б) повышенной мимической игрой (гипермимия). В клинике психических заболеваний мы наблюдаем всевозможные вариации мимических выражений.

В клинике колебания амплитуды мимических выражений имеют известное диагностическое значение, позволяя по характеру мимических проявлений наряду с другими критериями определять клиническую форму заболевания. Для маниакальных состояний характерна «флюктуация» мимической игры. При депрессивных состояниях мимика замедлена и ослаблена. Прерывистая, угловатая смена мимической игры наблюдается у больных, страдающих психопатией, шизофренией, эпилепсией. Ограниченная амплитуда мимической игры встречается при

кататонических состояниях, энцефалите, прогрессирующем параличе.

Происхождение мимических расстройств весьма разнообразно. Наиболее грубые мимические нарушения наблюдаются при параличах и парезах лицевого нерва. Мимическая деятельность при страданиях лицевого нерва становится бедной, асимметричной, деформированной, огрубелой.

Характерные мимические расстройства наблюдаются при сосудистых поражениях головного мозга, очаговых симптомах. Этиология их разнообразна (острые инфекции, атеросклероз, сифилитические поражения центральной нервной системы и др.). Наблюдаемые при них явления ослабления и выпадения лицевой иннервации патогенетически обуславливаются локальной топикой болезненного процесса и особенностями его природы. Приводим пример.

Больной Н., 46 лет. Перенес инсульт с правосторонней гемиплегией и афазией на почве эмболии средней мозговой артерии.

Со стороны психики: ориентирован во времени и месте недостаточно точно, имеются грубые нарушения памяти и внимания, временами растерян, суслив, бывает агрессивен.

Со стороны нервной системы: правый зрачок шире левого. Слабость правого нижнего лицевого нерва. Язык слегка отклоняется вправо. Правосторонний гемипарез. Левая глазная щель уже правой. Отличаются явления моторной афазии.

Мимика: вялое, безразличное выражение лица. Взгляд хмурый, замедленный. При беседе возникает застывающая неестественная улыбка, несколько не меняющаяся от содержания разговора. В связи с правосторонним парезом лицевого нерва наблюдается асимметрия мимической игры. Тонкая дифференцированность мимической деятельности отсутствует. Во время

речи больного мимические нарушения значительно усиливаются. В мимике проявляются компенсаторные механизмы напряжения в целях улучшения речи. Усиливая моторные функции механизма речи, больной пытается что-то сказать, но не может.

При заболеваниях коры головного мозга пирамидный путь первично остается незатронутым. В клинической картине наблюдаемых моторных расстройств, общих и мимических, легко обнаруживаются элементы экстрапирамидного характера: нарушаются автоматизмы, изменяется тонус, деформируется мимическая деятельность.

Клинические наблюдения показывают, что при некоторых функциональных расстройствах центральной нервной системы можно обнаружить диссоциацию коры и подкорки. Следовательно, как при органических, так и при функциональных нарушениях коркового характера могут появляться динамические сдвиги в деятельности экстрапирамидной системы. Это, естественно, сказывается на мимике больных.

Значительную роль в происхождении мимических расстройств играют поражения лобных долей. При различных заболеваниях лобных долей отмечаются многочисленные двигательные расстройства, иннерваторная апраксия, разнообразные психомоторные нарушения, ослабление моторных импульсов. При синдроме лобных долей отмечается общее снижение мимических функций, огрубение тонкой мимической игры. Встречаемые при этом нарушения волевых импульсов, немотивированные изменения настроения, искаженные мимические акты, как, например, насильственный смех, в еще большей степени усиливают качественные и количественные