**Розлади відчуття та сприймання в дитячому та підлітковому віці**

Розлади відчуття та сприйманнявідносяться до патології перцепторної сфери.

***Відчуття***- найпростіший психічний процес відображення окремих чуттєво конкретних властивостей і якостей предметів і явищ при їх безпосередній дії на рецепторні зони органів почуттів. Відчуття виникають в свідомості як реальні образи цих властивостей і якостей, залежать від специфічності та чутливості аналізаторів. Вони елементарні і є окремими компонентами цілісного сприйняття. Відчуття мають якісну і кількісну сторони. Якісна пов'язана зі специфічністю аналізатора - здатністю до перетворення, трансформації специфічної енергії, що діє на рецептор матеріального подразника, і перетворюється в енергію нервового процесу. Таким чином, відчуття - форма відображення адекватних подразників, що залежить від чутливості тих чи інших рецепторів. Тому розлади цієї сфери відрізняються за аналізаторами: зорові, слухові, тактильні, нюхові, смакові, температурні, больові, вібраційні і

Інший принцип класифікації пов'язаний з характером розкритих ними об'єктів і явищ реального світу. Виділяються дві групи аналізаторів - екстерорецептори і інтероцептори. Рецепторні зони першого розташовані на поверхні тіла і відображають властивості зовнішнього світу. Вони, в свою чергу, діляться на дистантні та контактні. Дистантні відображають вплив об'єктів, віддалених від рецепторних зон (зорові, слухові, нюхові). Поле їх дії, або межа досяжності - максимально віддалений простір, в межах якого об'єкт може викликати специфічне збудження аналізаторів. Воно залежить від сили впливу, деяких просторових характеристик (для зорового сприйняття - відкритість чи закритість простору) і стану самого аналізатора. Дистантні аналізатори постачають основний обсяг необхідної здоровій людині інформації. У контактних нервовий процес виникає при безпосередньому зіткненні рецепторної зони з об'єктом (смаковий, тактильний, больовий).

Рецепторні зони інтероцепції розташовані в тканинах внутрішніх органів і несуть інформацію про стан внутрішнього середовища. Вони також діляться на дві групи. Власне інтероцептори інформують про стан внутрішнього середовища і внутрішніх органів. Пропріоцептори, рецепторна ланка яких розташована в м'язах і зв'язках, несуть інформацію про положення тіла, про положення кінцівок. Кількісна сторона аналізаторів пов'язана з їх чутливістю, роздільною здатністю, гостротою. Показником останньої є поріг відчуття - найменша сила подразника, здатного викликати адекватне відчуття. Чутливість аналізатора непостійна, вона може коливатися в досить широких межах і залежить від багатьох факторів, в першу чергу від індивідуальних особливостей суб'єкта і функціонального стану центральної нервової системи.

***Сприйняття*** (у вузькому сенсі слова) - психічний процес відображення предметів і явищ в цілому, в сукупності їх чуттєво конкретних властивостей і складових частин при їх безпосередньому впливі на рецепторні зони аналізаторів. Сприйняття предметне, образ проектується в так званий об'єктивний (реальний) простір, що пов'язано з полем дії аналізатора (дистантного, контактного, інтеро-і пропріоцептивного), співвідношенням його з результатами діяльності інших аналізаторів і індивідуальним досвідом сприйняття.

***Уявлення*** - сліди колишніх сприйнять, їх образи, що виникають у свідомості мимоволі або довільно при відсутності в момент їх виникнення самого об'єкта в межах досяжності відповідного аналізатора. Образ уявлення проектується в суб'єктивний простір і усвідомлюється як результат психічної творчості суб'єкта. Сприйняття відрізняється яскравістю, чіткістю, проекцією образу в реальний простір; при цьому суб'єкт образ довільно змінити не може.

Уявлення характеризується тьмяністю, фрагментарністю, проекцією образу в суб'єктивний простір. Суб'єктивний образ належить психічному «Я», є продуктом психічної творчості суб'єкта. Такий образ може бути змінений суб`єктом довільно.

Патологія відчуття може проявлятися в ***патологічній зміні порогів чутливості***. Зниження порогів чутливості - це психічна гіперестезія - різке посилення сприйнятливості при впливі звичайних або навіть слабких, нерідко індиферентних подразників. Звичні світло, звук, запах, смак, дотик відчуваються вкрай інтенсивними, хворобливими, а іноді нестерпними для хворого, Часто відзначаються дратівливість, нестриманість, душевний дискомфорт. Зустрічається на початкових етапах розвитку непароксизмального потьмарення свідомості (делірій, аменція, онейроїд), гострих психотичних станах (гострих галюцинозах, параноїдах), а також при багатьох невротичних синдромах, абстиненції, в стані гострої інтоксикації деякими речовинами (опіатами, гашишем, циклодолом і інш.).

Підвищення порогів чутливості має два варіанти. Психічна гіпестезія - значне зниження сприйняття до діючих подразників. Для хворого навколишній світ стає блеклим, втрачає яскравість, барвистість, звуки - виразність (доносяться глухо), голоси - індивідуальні особливості (як би нівелюються), їжа - смак, ароматичні речовини - запах, больова чутливість знижується. Зустрічається при оглушенні, ряді депресивних і субдепресивних (депресивно-дереалізаційних і депресивно-деперсоналізаційних) станів, істеричних феноменах, у структурі розгорнутої картини онейроїда, деяких варіантах делірію, алкогольного і наркотичного сп'яніння.

Психопатологічні симптоми включають психічну анестезія - повну нечутливість одного або декількох аналізаторів при формальній анатомофізіологічній цілістності: психічна амбліопія (сліпота), психічна аносмія (нечутливість до запахів), психічна агейзія (втрата почуття смаку), психічна глухота, психічна тактильна і больова анестезії ( аналгезія).

Зустрічається при сопорі і комі, істеричних невротичних синдромах. **[2]**

Удітей анестезії та гіперестезії вперше виникають у віці 5 - 7 років; вони нестійкі, і діти рідко повідомляють про них. Функціональні анестезії та гіперестезії спостерігаються переважно у дівчаток-підлітків. **[1]**

***Сенестопатії*** - невизначені, нерідко чітко нелокалізовані, мігруючі, дифузні, неприємні, безпредметні, вкрай обтяжливі відчуття, що проектуються всередину тілесного «Я». Пацієнти нерідко вдаються до їх образного позначення: «стягування», «печіння», «розливання», «лоскотання» і інш. За змістом сенестопатії діляться: на патологічні термічні відчуття («пече», «палить», «холодить»); патологічні відчуття руху рідин («пульсація», «переливання», «відкупорювання та закупорювання судин» і т.); циркумскріптні (свердлячо-розриваючи, пекучо-больові); відчуття пересування, переміщення тканин («зливання», «перевертання», «розшарування» і інш.); патологічне відчуття натягу. Найчастіше сенестопатіі локалізуються в області голови, мозку, рідше - в області грудної клітини та черевної порожнини, рідко - в кінцівках. Часто їх локалізація змінюється, що пов'язано зі схильністю сенестопатій до міграції. Сенестопатії слід відрізняти від проявів соматичної патології і парестезій. Неприємні відчуття при патології внутрішніх органів мають периферійне походження.

Зв'язок з анатомічними зонами і топографією органів. Досить часто відзначається проекція у відповідні зони, в яких виявляється тактильна і больова гіперестезія. Парестезії ж є ознакою неврологічного або судинного ураження. При неврологічній патології вони, на відміну від сенестопатій, проектуються на поверхню шкіри (патологія чутливих нервів або задніх корінців), локалізуються у відповідній зоні іннервації і поєднуються з іншими неврологічними розладами в тій же зоні (гіпер-або гипестезії). При динамічних порушеннях кровообігу парестезії мають своєрідні умови виникнення (наприклад, при хворобі Рейно вони з'являються при ходьбі і зникають після відпочинку), відзначаються зміни кольору, температури шкіри і пульсу на кінцівках. Органічні захворювання судин (ендартеріїт, тромбофлебіт і ін) супроводжують трофічні розлади.

Сенестопатії зустрічаються при сенестопатозах, невротичних синдромах, ларвованих депресіях, сенестопатично-іпохондричних (паранойяльних, параноїдних, парафренічних), афективно-маячних, онейроїдних і психоорганічних синдромах. **[2]**

У дітей сенестопатии з'являються у віці 6 - 7 років і мають епізодичний, нерозгорнутий характер. У підлітків сінестопатіі найчастіше бувають інтерпретативними, химерними, нерідко передують розвитку маячних думок. **[1]**

**Патологія сприйняття**

Основа диференціації патології сприйняття – це збереження або порушення ідентифікації суб'єктивного образу об'єктом, що сприймається. Дані порушення представлені двома групами симптомів: психосенсорні розлади – викривлене сприйняття з правильним впізнаванням об'єкта; ілюзії – викривлене сприйняття, при якому змінюється ідентифікація реального об'єкта. При ілюзії суб'єктивний образ не відповідає реальному об'єкту перцепції і заміщає його.

***Психосенсорні розлади.*** До психосенсорних функцій відноситься відображення просторово-часових якостей і властивостей об'єктів зовнішнього світу і власного тіла, його розміри, форми, вага, обсяги, місцезнаходження, контрастність, освітленість і інш. Існують принципи класифікації психосенсорних розладів. По виду спотвореного сприйманого об'єкта виділяють дві групи симптомів: метаморфопсії - викривлене сприйняття одного або декількох об'єктів зовнішнього світу і порушення сприйняття «схеми тіла» - спотворене сприйняття власного тіла, фізичного (тілесного) «Я». Основу іншого принципу систематики симптомів становлять порушення сприйняття окремих характеристик об'єктів:

• величини і розмірів (макропсія - предмети сприймаються збільшеними, мікропсія - зменшеними);

• форми (дісмегалопсіі - предмети здаються перекрученими, ламаними, скошеними і т. д.);

• просторових параметрів, взаєморозташування, числа.

• течії часу,

• почуття реальності (дереалізація - реальний світ постає як би мертвим, «чужим», «намальованим», «неприродним», «несправжнім»). Зазначеними симптомами психосенсорні розлади не вичерпуються. Зустрічаються такі порушення сприйняття «схеми тіла», як викривлене сприйняття місця розташування його частин, їх взаємозв'язку, ваги, обсягу та ін. По повноті охоплення об'єкта спотвореним сприйняттям виділяються дві характеристики симптомів: тотальне спотворення - патологічне сприйняття всього об'єкта в цілому, парціальний - лише його частини. Характеризуючи психосенсорні розлади, слід зазначити, що у хворих завжди зберігається критичне відношення до розладів. Психосенсорні розлади зустрічаються при психосенсорних синдромах, особливих станах свідомості, психоорганічних, абстинентних розладах. **[2]**

Психосенсорні розлади досить часто зустрічаються у дітей. Зазвичай виникають при гострих інфекційно-токсичних станах. **[1]**

***Ілюзії.*** Існує кілька видів. Афективні ілюзії виникають при виражених афективних станах: страху, тривозі, депресії, екзальтації, екстазі. Умовами їх виникнення, крім афективної напруги, зазвичай є слабкість подразника (слабка освітленість, віддаленість об'єкта, тихі звуки, невиразна мова) і ознаки астенії. Зміст афективних ілюзій найчастіше пов'язаний з ведучим афектом і змістом основної психопатологічної симптоматики. Зустрічаються на початкових етапах делірію, при гострих тривожно-депресивних синдромах, гострих парафренних, параноїдних синдромах.

Можуть бути також вербальні ілюзії, коли нейтральна мова сприймається хворим як погроза на його адресу тощо. Зустрічаються при гострому вербальному галюцинозі, галюцинаторно-параноїдному синдромі.

Парейдолії - це зорові ілюзії, при яких гра світлотіні, плями, морозні візерунки, щілини, тріщини, хмари, сплетіння гілок дерев і т. п. заміщуються фантастичними образами. Парейдолії виникають незалежно від афекту і волі хворого. Якщо парейдолії втрачають характер об'єктивності, реальності для пацієнта і це супроводжується появою почуття їх зробленності, ілюзорності, змаревних тлумаченням, то вони називаються псевдопарейдоліями.

Відзначаються в другій стадії делірію, при станах наркотичного сп'яніння (маріхуана); псевдопарейдолії - при онейроїдному потьмаренні свідомості, гострій парафренії. **[2]**

Ілюзії нерідкі у дітей. Цьому сприяє жвавість дитячої уяви, підвищена сугестивність і аутосугестивність. Ілюзії легко виникають у дітей перед засинанням після прочитаних казок; як правило, вони афективні або парейдолічні. У підлітків ілюзії часті і різноманітні, нерідко мають інтерпретатівний характер. **[1]**

**Література**

**[1] –** Істория дитячої психіатрії с.13-14 **/** Дитяча психіатрія : підручник / Г. М. Кожина, В. Д. Мішієв, В. І. Коростій [та ін.] ; за ред. : Г. М. Кожиної, В. Д. Мішієва. – К. : Медицина, 2014. – 375 с. : табл.

**[2] –** Козідубова В.М. Галюцінаторні синдроми с.158-164 **/** Психіатрія / під ред. В.М. Козідубової, В.М. Кузнєцова, В.А. Вербенко, Л.М. Юр’євої, О.О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків: «Оберіг»., 2013. – 1164 с.