

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ВИДЫ ПСИХОФИЗИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ У ДЕТЕЙ



А.Л.Душка

**Одесский национальный университет имени И.И.Мечникова,
докторант, доцент кафедры дифференциальной и специальной психологи,
кандидат психологических наук, доцент**

В главе рассматриваются особенности психофизических отклонений у детей, выявляются основные закономерности и приводится классификация причин и видов данных нарушений. Определена важность систем контроля, мониторинга и предотвращения заболеваний. Приведена статистика по категориям и ключевые элементы системы сбора данных.

Ключевые слова: психофизические отклонения у детей, нарушения психического развития, психотерапия.

Нарушение психофизического развития у детей - одна из актуальных психолого-медико-педагогических проблем нашего времени. Отклонения в двигательной, речевой, интеллектуальной сфере жизнедеятельности, сказываются на адекватности восприятия ребенком окружающего мира и навыках общения с ним и могут варьировать от тяжелой инвалидности до элементарных трудностей в обучении.

Согласно современным представлениям дети с отклонениями в психофизическом развитии - это дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного органического поражения сенсорных органов, опорно-двигательного аппарата или центральной нервной системы

имеются отклонения от нормативного развития психических функций. В некоторых случаях нарушения развития могут быть вызваны и микросоциальными, средовыми причинами, не связанными с патологией анализаторов или центральной нервной системы (к таким факторам можно отнести неблагоприятные формы семейного воспитания, социальную и эмоциональную депривацию и т.д.).

Представления об аномальном развитии отражены в трудах ученых Л.С.Выготского, В.И. Лубовского, В.В.Лебединского [7,8, 11, 17, 15, 27] и др. Ученые указывали, что у детей с отклонениями в развитии, в силу различных причин (биологических и социальных), нарушается процесс формирования высших психических функций, что может быть растянуто на годы, зарождаясь в речевом общении и завершаясь символической деятельностью. Психическое развитие ребенка, формирование его личности тесно связаны с процессами обучения и воспитания. Отечественные психологи (А.Р.Лурия, А.Н.Леонтьев) указывали, что физиологической основой высших психических функций являются функциональные системы совместно работающих зон коры головного мозга [18, 16]. Эти функциональные системы формируются в процессе жизнедеятельности ребенка, постепенно приобретая характер прочных межфункциональных связей.

В исследованиях физиологов и психологов показано, что зрелость отдельных функциональных систем на определенных этапах развития не одинакова: одни системы уже сформировались, другие только начинают формироваться. В этом и заключается принцип гетерохронности — неодновременности развития функциональных систем [20]. Каждая функциональная система и даже отдельные ее звенья имеют собственную, особую программу развития, но работают как единое целое. Интегративная деятельность коры головного мозга определяет теснейшее взаимодействие различных функциональных систем, их взаимообусловленность. Наряду с гетерохронией созревания отдельных функциональных систем необходима синхронность в их взаимодействиях. В каждом возрастном периоде определенная функциональная система должна находиться в определенной степени зрелости, иначе не сможет осуществляться их согласованная деятельность [2].

В 1915 году Г.Я.Трошин [28], в своей работе «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей», выдвинул идею об общих закономерностях нормального и аномального развития, что нашло свое отражение в дальнейшем в работах многих

исследователей (Т.А.Власовой, Ж.И.Шиф, В.И.Лубовского [5, 31, 17]). Суть этой идеи в том, что и при нормальном, и при нарушенном развитии формирование психики ребенка носит поступательный характер. Каждый из этапов развития завершается формированием принципиально новых качеств — новообразований, которые, в свою очередь, становятся основой для следующего этапа.

В 20-е годы XX века Л.С.Выготский обобщил работы своих предшественников (Г.Я.Трошина, Э.Сегена, М.Монтессори [28, 29, 26, 20] и др.) и предложил общую концепцию аномального развития, в которой он показал, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии аномальных детей. Обосновывая положения об общности законов нормального и аномального развития, Л.С.Выготский подчеркивал, что общим для них является социальная обусловленность психического развития: социальное, в том числе педагогическое, воздействие составляет источник формирования высших психических функций — как в норме, так и при нарушенном развитии [7]. Л.С.Выготский выделил в аномальном развитии две группы явлений - первичные нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и вторичные нарушения, возникающие в ходе социального развития ребенка, его взаимодействия с окружающим миром. Аномальное развитие, пишет автор, определяется временем возникновения первичного нарушения и тяжестью его выраженности, при этом механизм формирования вторичных нарушений может быть различным, но существенную роль в нем всегда играет социальный фактор. Отклонения, возникающие вследствие поражения органов зрения, слуха или тех или иных структур головного мозга, различны по своему характеру, силе и значимости у каждой категории детей с нарушениями развития. Однако общим для всех этих случаев является то, что наличие первичного нарушения оказывает влияние на весь ход дальнейшего развития ребенка. Вторичные нарушения являются основным объектом психодиагностики и психолого-педагогического коррекционного воздействия [6].

Выдвинутые и разработанные в трудах Л.С. Выготского и его учеников и последователей Н.П. Блонского, Б.Г. Ананьева, Л.С. Рубинштейна, А.Н.Леонтьева, А.Р. Лурии, П.Я. Гальперина, Д.Б.Эльконина, А.В.Запорожца, Л.И.Божовича, П.И. Зинченко, Л.В. Занкова [3, 4, 1, 25, 16, 18, 9, 32] и др. идеи бесценны для решения современных проблем организации научных

исследований и целенаправленной коррекционно-психологической помощи детям.

Основные положения концепции аномального развития Л.С.Выготского не утратили своего значения и в наше время. Они получили развитие в трудах ведущих отечественных ученых Т.А.Власовой, Ж.И.Шиф, В.И.Лубовского, В.В.Лебединского, Е.М.Мастюковой [5, 31, 17, 15, 19, 21] и др. В то же время может быть выделен ряд закономерностей, не наблюдающихся у детей с развитием в норме, но характерных для нарушенного развития. Общие закономерности аномального развития были систематизированы и обобщены в трудах Т.А.Власовой и В.И.Лубовского [5, 17].

Современные клиницисты и специальные психологи выделяют две основные группы причин, которые приводят к нарушениям психического и физического развития:

- эндогенные;
- экзогенные.

К эндогенным причинам относятся:

- различные наследственные заболевания;
- заболевания, связанные с изменениями в численности или структуре хромосом, хромосомные aberrации.

Экзогенные причины вызывают отклонения в развитии, которые могут влиять в различные периоды онтогенеза:

- в пренатальный период матери (недостаток питания матери во время беременности, особенно недостаток белков, микроэлементов, витаминов, резус-конфликт, травмы и т.п.);
- в натальный период (родовые травмы, инфицирование плода, асфиксия – удушье плода и т.п.);
- в постнатальный период причинами могут быть остаточные явления после различных инфекционных и других заболеваний; различные травмы; интоксикации; несоблюдение санитарно-гигиенических норм и т. п.

Так же причинами отклонений в развитии могут быть неблагоприятные условия социальной среды, которые оказывают травмирующее влияние на психическое развитие ребенка, особенности его поведения.

Возникновение отклонений развития связано с действием разнообразных неблагоприятных факторов внешней среды и наследственными влияниями. К первым относятся различные инфекции, интоксикации, травмы. В зависимости от времени воздействия выделяют пренатальную патологию - воздействие в период внутриутробного развития

(болезни матери: корь, краснуха, ветряная оспа, гепатит, грипп, ушиб плода, гипоксия, несовместимость резус-фактора матери и плода, голодание матери, алкоголизм, наркомания), натальную патологию - повреждения при родах (неправильное наложение щипцов, асфиксия, клиническая смерть) и постнатальную - неблагоприятные воздействия после рождения (инфекционные болезни: энцефалиты, менингиты; воспалительные заболевания мозга - как следствие перенесенных кори, скарлатины, ветряной оспы; черепно-мозговые травмы, соматические заболевания, которые не позволяют ребенку учиться как обычным детям).

К последствиям внутриутробных инфекций нервной системы относят микроцефалию, гидроцефалию, спастические (повышение мышечного тонуса) параличи и парезы, непроизвольные навязчивые движения (гиперкинезы).

Ко вторым (наследственным), передающимся через хромосомы родителей (сейчас, это 6-7 детей на 1000 новорожденных) относят: умственную отсталость (50% случаев), нарушения зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Как правило, это сложные дефекты.

К наследственным нарушениям относят также генные болезни, когда число и структура хромосом остаются неизменными. Ген представляет собой микроучасток хромосомы, контролирующей развитие определенного наследственного признака. Стабильность генов высока, но не абсолютна. Под влиянием неблагоприятных внешних воздействий (например, радиация) ген может мутировать и программировать дальнейшее развитие признака на патологической основе. Если поражен один локус (микроучасток) хромосомы, то говорят о моногенных формах аномального развития, если больше - полигенных формах. Наиболее ярким примером хромосомного дисбаланса является заболевание - синдром Дауна ("монголизм"), когда в хромосомном наборе клетки человека не хватает одной или имеется лишняя хромосома (21-я). При данном заболевании преобладающими интеллектуальными нарушениями являются имбецильность и идиотия. Такие люди обычно добродушны, ласковы, приветливы. Своеобразие внешности и наличие характерных физических особенностей детей с синдромом Дауна послужило основанием для врачей, как отмечает Н.Б. Лурье, говорить не о диагностике, а об узнавании таких больных.

Вышеуказанные причины отклонений психофизического развития являются органическими, так как вызывают органическое поражение коры головного мозга. Дефекты развития могут быть вызваны и функциональными

причинами: социокультурная и психолого-педагогическая запущенность, недостаток эмоционального и речевого общения ребенка со взрослым, двуязычие в семье, нарушение речи окружающих (в этом случае будет иметь место дефицитарное развитие).

Закономерностью психического развития детей с психофизическими отклонениями в развитии являются трудность их социальной адаптации, затруднения взаимодействия с социальной средой. У этой категории детей проявляются специальные образовательные потребности в индивидуализированных условиях обучения, включая технические средства, особом содержании и методах обучения, а также в медицинских, социальных и иных услугах, необходимых для успешного обучения [10].

Образовательные потребности могут реализоваться в специальных образовательных учреждениях – центрах реабилитации, классах в составе образовательного учреждения общего типа, созданных для обучения лиц, имеющих специальные образовательные потребности [12].

У детей с проблемами в развитии имеются физические и (или) психические недостатки (дефекты), которые приводят к отклонению в общем развитии. В зависимости от характера дефекта, времени его наступления одни недостатки могут преодолеваются полностью, другие – лишь коррегироваться, а некоторые – компенсироваться. Раннее психолого-педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта [13].

В настоящее время в специальной психологии и коррекционной педагогике существуют различные классификации нарушений в развитии (В.В.Лебединский; В.А. Лапшин и Б.П. Пузанов; О.Н. Усанова [15, 14, 24, 30]).

Наиболее распространенной является классификация Б.П. Пузанова и В.А.Лапшина [14, 24]:

I группа – дети с нарушениями слуха и зрения:

а) дети с недостатками слуха:

- глухие;
- слабослышащие.

б) дети со стойкими дефектами зрения:

- слепые;
- слабовидящие.

II группа – умственно отсталые дети и дети с задержкой психического развития.

Умственная отсталость – стойкое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения головного мозга. Умственная отсталость выражается в двух формах: олигофрения и деменция.

Олигофрения проявляется на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5 – 2 лет), деменция (распад психики) – на более поздних этапах онтогенеза (после 1,5 – 2 лет).

Выделяют три степени интеллектуального недоразвития: идиотия (самая тяжелая степень), имбецильность (более легка), дебильность – наиболее легкая степень [22, 23].

Дети с ЗПР подразделяются на 4 группы:

- ЗПР конституционного происхождения или гармонический инфантилизм;

- ЗПР соматогенного происхождения;

- ЗПР психогенного происхождения;

- ЗПР церебрального характера.

III группа – дети с тяжелыми нарушениями речи (логопаты).

Все виды речевых нарушений можно разделить на 2 большие группы:

- нарушения устной речи;

- нарушения письменной речи.

IV группа – дети с нарушениями опорно-двигательной системы (в основном это дети с ДЦП).

V группа - дети со смешанным (сложным) дефектом:

- умственно отсталые неслышащие;

- слепоглухонемые.

VI группа – дети с искаженным развитием – психопатией, с патологией влечений.

В работах ведущих отечественных специалистов показано, что при нарушенном развитии у детей наблюдаются нарушения умственной работоспособности, недостатки общей мелкой моторики, трудности во взаимодействии с окружающим миром, изменения способов коммуникации и нарушение средств общения, нарушение вербализации, нарушение познания окружающего мира, бедность социального опыта.

Ж.И. Шиф [31] подчеркивала, что еще одной общей закономерностью аномального развития являются изменения в развитии личности ребенка. Особенности такой личности являются пониженный фон настроения, астенические черты, нередко ипохондричность, тенденция к ограничению социальных контактов, низкая самооценка, тревожность, легкость

возникновения страха. Такие нарушения особенно вероятны при неправильном семейном воспитании и при неправильно организованном обучении. Изменения способов коммуникации проявляются в том, что у детей нарушается речевое общение, возрастает роль невербальных средств коммуникации.

Как общую закономерность аномального развития В.И.Лубовский [17] отмечал нарушение способности к приему и переработке информации: уменьшается скорость и объем воспринимаемой информации, нарушаются условия хранения информации и ее использование, что ведет к замедленному формированию процессов обобщения и отвлечения и трудностям символизации.

Помимо общих, есть и специфические закономерности или особенности, которые свойственны только некоторым типам нарушенного развития и не наблюдаются у детей других категорий. Именно наличие этих специфических закономерностей позволяет нам разграничивать категории детей между собой, то есть специфические закономерности выступают как дифференциально-диагностические категории. Однако В.И.Лубовский указывал, что специфических закономерностей установлено гораздо меньше, чем общих. Этот факт объясняет те трудности, которые возникают при дифференциальной диагностике нарушения развития у детей.

В настоящее время наиболее многочисленной в популяции является группа детей с недостатками интеллектуального развития разной степени выраженности. Отмечается рост количества детей с легкими признаками интеллектуальной недостаточности, в частности с минимальной мозговой дисфункцией. Такие дети обычно посещают массовые образовательные учреждения. У детей, имеющих интеллектуальные нарушения, наиболее часто отмечаются резидуально-органические расстройства. Эти патологические состояния обусловлены последствиями органических поражений головного мозга.

Основное место среди резидуально-органических нервно-психических расстройств принадлежит ранним резидуальным нарушениям, обусловленным внутриутробными (возникшими до момента рождения), родовыми (в период родов) и ранними послеродовыми поражениями головного мозга. В клинической картине у детей с подобными нарушениями наиболее часто проявляются психоорганические, церебрастенические, неврозоподобные и психоподобные резидуально-органические синдромы.

В настоящее время принято выделять несколько категорий (типов) детей с нарушениями развития:

- дети с нарушениями слуха (неслышащие и слабослышащие);
- с нарушениями зрения (незрячие и слабовидящие);
- с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- с тяжелыми нарушениями речи;
- с задержкой психического развития;
- умственно отсталые;
- с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- с нарушениями поведения;
- со сложными нарушениями развития, у которых сочетаются два или более первичных нарушения.

Каждая категория детей имеет специфические психолого-педагогические особенности, которые необходимо учитывать при определении стратегии и тактики психолого-педагогического изучения.

Эти сходные характеристики - та специфика, которая определяет необходимость создания специальных образовательных условий, соответствующих психофизическим особенностям детей, относящихся к каждому типу нарушенного развития.

Дефекты можно дифференцировать (от лат. differentia - разность, разделение, расчленение) по времени возникновения на - врожденные и приобретенные. При врожденных дефектах неблагоприятное воздействие на организм происходит в период внутриутробного развития (пренатальный) или в период родовой деятельности (натальный). Приобретенные дефекты являются результатом воздействия патологических факторов после родов (в постнатальный период).

Каждый вид аномального развития, по словам Б.П. Пузанова [24], характеризуется системным проявлением, в котором выделяются первичные и вторичные отклонения.

Например, первичным дефектом может выступать поражение коры головного мозга различной локализации, вторичным - нарушение в развитии психофизических процессов, а третичным - отклонение в эмоционально-волевой сфере, формировании личностных качеств. Структура вторичных и третичных отклонений зависит от характера ведущего дефекта и обусловлена им. Итак, психические процессы и свойства личности не являются результатом созревания отдельных зон или участков головного

мозга. Они складываются в онтогенезе и зависят от социальной ситуации развития ребенка.

Исследование причин психофизических отклонений у детей является сегодня сложной научно-исследовательской практикой. Комплексное решение проблемы требует включения усилий профильных специалистов, государственных организаций и институций, общественных и родительских организаций, а также надгосударственных международных структур.

Примером системного подхода в решении данной проблемы может служить структурный комплекс, реализованный в США на национальном уровне. Система мониторинга здоровья, в том числе и детского, включает последовательный и пролонгированный сбор первичных данных, с последующей интерпретацией полученной информации. Мониторинг является критическим при выработке общей политики и конкретных программ помощи, документально подтверждая уровень психофизических отклонений среди детей. Отслеживаются изменения во времени, влияния в течение жизни пациента, мониторится качество и количество медицинских услуг, усилия по предотвращению и другие превентивные мероприятия, а также оценивается система финансирования в данной области [33].

Перечислим ключевые элементы американской системы мониторинга, применительно к исследуемой теме:

Национальная сеть Мониторинга Аутизма и других Нарушений Развития (The Autism and Developmental Disabilities Monitoring - ADDM). Сбор и анализ первичных данных проводится с 2000 года в 14 регионах страны. Оцениваются дети 8 лет с синдромом аутизма и другими поведенческими нарушениями, являющимися триггерами аутизма. Так, на 2008 год собраны и обработаны отчеты по 337093 детям 8-ми лет, что соответствует 8,4% от общего количества детей, проживающих в стране.

Национальный статистический Обзор Здоровья и Питания (The National Health and Nutrition Examination Survey - NHANES). Постоянный многоуровневый мониторинг населения страны. Результаты анализа публикуются с 2-х годичной цикличностью и доступны онлайн. Часть данных закрыта от публичного доступа и доступна только профильным специалистам. С 2005 года разработан и используется специальный опросник (Patient Health Questionnaire PHQ-9), позволяющий оценить уровень депрессии.

Национальный Обзор Анкетирования Здоровья (The National Health Interview - NHIS) проводится с 1957 года. В 2011 году статистическая выборка проводилась в 39509 домохозяйствах с общим количеством детей - 26802.

Национальный Обзор Здоровья Детей (The National Survey of Children's Health - NSCH). Телефонное интервью, оценивающее физическое и эмоциональное здоровье детей до 17 лет. К 2007 году проведено 91642 опроса.

Национальный Обзор применения Наркотических средств (The National Survey on Drug Use and Health - NSDUH). Является базовым источником статистической информации по применению алкоголя, табака, запрещенных наркотических средств и немедикаментозного применения медикаментов.

Национальная Система Отчетности по Насильственной Смертности (The National Violent Death Reporting System - NVDRS).

Национальная Статистическая Система Смертности (National Vital Statistics System - NVSS).

Исследование Насильственной Смертности в Школах (The School-Associated Violent Death Surveillance Study - SAVD).

Национальное Исследование Поведенческих Рисков среди Молодежи (The national Youth Risk Behavior Survey - YRBS).

После сбора и обработки данных результаты мониторинга публикуются и становятся доступными для специалистов (табл. 1) [33, 34]. Картина психофизических отклонений у детей в национальном масштабе видна в динамике, с необходимой степенью детализации. Это позволяет специалистам своевременно планировать необходимые мероприятия, корректировать программы и прогнозировать развитие ситуации. Оптимизирована возможность координации усилий различных ведомств и служб помощи детям и родителям.

Таблица 1

Оценочная распространенность и количество детей с психофизическими отклонениями, США, 2007-2011

Состояние	Система оценки и период	Возраст (годы)	Размер выборки (к-во опрошенных)	Взвешенная распространенность (%)	Взвешенное количество детей
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью	NHIS 2007–2008	3–17	14,970	7.6 (за все время)	4,718,000
	NHIS 2009–2010	3–17	18,411	8.5 (за все время)	5,232,000
		3–17	10,554	8.4 (за все время)	5,246,000
	NHIS 2011	3–17	78,042	8.9 (за все время)	5,482,000
	NSCH 2007	3–17	78,042	6.8 (текущая)	4,188,000
	NSCH 2007				

Продолжение табл. 1

Поведенческие проблемы	NSCH 2007	3-17	78,042	4.6 (за все время)	2,833,000
	NSCH 2007	3-17	78,042	3.5 (текущая)	2,156,000
Расстройства Аутистического Спектра (РАС)	NHIS 2007-2008	3-17	14,970	0.8 (аутизм за все время)	485,000
		3-17	18,411		667,000
	NHIS 2009-2010	3-17	78,042	1.1 (аутизм за все время)	1,109,000
	NSCH 2007	3-17	78,042	1.8 (за все время РАС)	678,000
	NSCH 2007			1.1 (текущая РАС)	
Депрессия	NHIS 2007	4-17	7,103	3.0 (за прошлый год)	1,706,000
	NSCH 2007	3-17	78,042		2,402,000
	NSCH 2007	3-17	78,042	3.9 (за все время)	1,293,000
				2.1 (текущая)	
	NSDUH 2010-2011	12-17	45,500	12.8 (за все время)	3,106,000
		12-17	45,500		1,961,000
	NSDUH 2010-2011	12-17	1,782	8.1 (прошлый год)	1,708,000
NHANES 2007-2010			6.7 (РНQ-9, последние 2 недели)		
Тревожность	NHIS 2007	4-17	7,103	2.6 (фобия, прошлый год)	1,515,000
	NSCH 2007	3-17	78,042		2,895,000
	NSCH 2007	3-17	78,042	4.7 (за все время)	1,848,000
				3.0 (текущая)	
Алкогольная зависимость	NSDUH 2010-2011	12-17	45,500	4.2 (прошлый год)	1,028,000
Наркотическая зависимость	NSDUH 2010-2011	12-17	45,500	4.7 (прошлый год)	1,155,000
Сигаретная зависимость	NSDUH 2010-2011	12-17	45,500	2.8 (прошлый месяц)	691,000
Синдром Туретта	NSCH 2007	6-17	64,034	0.3 (за все время)	148,000
			64,034	0.2 (текущая)	99,000
≥14 психически неблагоприятных дней	NHANES 2005-2010	12-17	3,312	8.3 (за 30 дней)	1,995,000

Всемирная Организация Здравоохранения уделяет особое внимание проблеме психофизических нарушений. Признано, что данный вид заболеваний является широко распространенным и несущим значительные финансовые нагрузки на экономики большинства стран. Специальная программа ВОЗ [35] выделяет ряд приоритетных направлений, и ориентирована преимущественно на предотвращение, лечение и координацию усилий всех задействованных сторон.

Выводы

1. У детей с проблемами в развитии имеются физические и (или) психические недостатки (дефекты), которые приводят к отклонению в общем развитии. В зависимости от характера дефекта, времени его наступления одни недостатки могут преодолеваются полностью, другие – лишь корректироваться, а некоторые – компенсироваться. Раннее психолого-педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта.

2. Дефекты можно дифференцировать (от лат. differentia - разность, разделение, расчленение) по времени возникновения на - врожденные и приобретенные. При врожденных дефектах неблагоприятное воздействие на организм происходит в период внутриутробного развития (пренатальный) или в период родовой деятельности (натальный). Приобретенные дефекты являются результатом воздействия патологических факторов после родов (в постнатальный период).

3. Исследование причин психофизических отклонений у детей является сегодня сложной научно-исследовательской практикой. Комплексное решение проблемы требует включения усилий профильных специалистов, государственных организаций и институций, общественных и родительских организаций, а также надгосударственных международных структур.

Список литературы:

1. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания/ Б. Г. Ананьев. - СПб. : Питер, 2001. - 288 с.
2. Бадалян Л.О. Детская невропатология. / Л.О. Бадалян.- М.: Медицина, 1984. - 576 с.
3. Блонский П.П. Избран, пед. и психол. произв. в 2-х т., т.1 и т.2./ П.П. Блонский М. - 1979.

4. Блонский П.П. Педология./ П.П. Блонский.- М.: Гуманит. Изд. Центр. - 1999.
5. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии./ Власова Т.А., Певзнер М.С. - М.1985.
6. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. - Т. 3. Проблемы развития психики/ Л. С. Выготский. - М.: Педагогика, 1983. - 368 с.
7. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. - Т. 5. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. М.: Педагогика, 1983. - 368 с.
8. Выготский Л.С. История развития высших психических функций. Собрание сочинений, том 3. М.: Педагогика, 2003. - 316 с.
Волков Б.С., Волкова Н.В. Методы изучения психики ребенка. 2-е изд. АПО, 1994. - 80 с.
9. Гальперин П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий// Исследования мышления в современной психологии./ Гальперин П.Я.- М.: Наука, 1966.
10. Гонеев А.Д. и др. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/ А.Д.Гонеев, Н.И.Лифинцева, Н.В.Ялпаева; Под ред В.А. Слостенина. - 2-е изд., перераб. - М.: Академия, 2002. - 272 с.
11. Грибоедов А.С. О подготовки учительского персонала для ненормальных детей//Доклады, прения и постановления IV секции первого Всероссийского съезда по вопросам народного образования 1915.- Петроград,1915.- С.241.
12. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков: Пособие для студентов. М.: Издательский центр Академия, 2000. - 304 с.
13. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. М., 1987.
14. Лапшин В.А., Пузанов Б.П.Основы дефектологии./ Лапшин В.А. - М., 1991.
15. Лебединский В. В. Классификация дизонтогенеза нарушения психологического развития/ В. В. Лебединский. - СПб.: Дидактика Плюс, 2001. - 265 с.
16. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии/ А.Н. Леонтьев. - Москва: МГУ, 2000. - 450 с.
17. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей. М., 1978.

18. Лурия А.Р. О генезисе произвольных движений // Вопросы психологии. 1957.
19. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. Ранняя диагностика и коррекция. М.: Просвещение, 1992.
20. Монтессори М. Разум ребенка. / Монтессори М. Москва. 1997. – 176 с.
21. Павлов И.П. Физиологический механизм так называемых произвольных движений// Двадцатилетний опыт объективного изучения ВНД животных. М., 1951.
22. Певзнер М.С. Дети-олигофрены. М., 1959.
23. Петрова В.Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. М.: Просвещение. 1968. - 160 с.
24. Пузанов Б.П. Обучение и воспитание детей с нарушениями интеллектуального развития/ Б.П. Пузанов. - М.: Академия, 2011. - 272 с.
25. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника./ С. Я. Рубинштейн. - Москва: Просвещение, 1978. - 192 с.
26. Сеген Э. Sanderson A.C., Segen J., Richey E. Hierarchical modeling of EEG signal // IEEE Trans. Pat. Anal. Mach. Intel. - 1980. - V. 2, N 5. - P. 405-415.
27. Сеченов И.М. Избранные произведения. Т. 1. М., 1952.
28. Трошин Г.Я. Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей: В 2 т. – Петроград: Издание Клиники доктора Г.Я. Трошина, 1915. – Т. 1. – 404 с.
29. Трошин Г.Я. Классификация детской ненормальности с выделением практически важных форм// Доклады прения и постановления четвертой секции первого Всероссийского съезда по вопросам народного образования.- 1915 г. Петроград, 1915. – С. 77-78.
30. Усанова О.Н. Усанова, О. Н. Специальная психология / О. Н. Усанова. – СПб.: Питер, 2006.
31. Шиф Ж.И. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. / Шиф Ж.И. – М., 1965г.
32. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте /Д.Б. Эльконин //Вопросы психологии. – 1971. – №4. – С. 6-21.
33. Mental Health Surveillance Among Children - United States, 2005–2011 available at: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6202a1.htm?s_cid=su6202a1_w

34. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among U.S. children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics* 2010; 125: 75–81.

35. WHO mhGAP Mental Health Gap Action Programme Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/index.html

У статті розглядаються особливості психофізичних вад у дітей, виявляються основні закономірності та наводиться класифікація причин і видів даних порушень. Визначена важливість систем контролю, моніторингу та запобігання захворювань. Наведена статистика за категоріями і ключові елементи системи збору даних.

Ключові слова: психофізичні вади у дітей, порушення психічного розвитку, психотерапія.