

Обмен опытом

Ахметзянова А.И. Становление и развитие ранней помощи детям с нарушениями в развитии в России и Швеции..... 73

Соловьева С.Л. Организационные задачи клинического психолога в медицине и общественном здравоохранении..... 79

Нартиссов Я.Р., Шешегова Е.В., Машковцева Е.В., Максимова Л.Н. Роль глицина в терапии острого ишемического инсульта..... 85

Наблюдение из практики

Иванова Т.А., Полужков М.Г., Филиппова Т.В., Голубев В.Л. Случай митохондриальной цитопатии с ранее не описанной мутацией митохондриальной ДНК с синдромом гемидистонии..... 91

Краткие сообщения

Мыльникова Ю.А. Психопатологические и социальные предикторы аутоагрессивного поведения у лиц призывного и допризывного возраста..... 97

Колпаков Я.В., Ялтонская А.В., Абросимов И.Н. Проблема оценки распространенности употребления алкоголя женщинами во время беременности..... 101

Павлов Р.А., Тарумов Д.А. Перспектива применения функциональной магнитно-резонансной томографии в комплексной диагностике опиоидной зависимости у потенциального призывного контингента..... 104

Фадеева Е.В., Колпаков Я.В., Геронимус И.А., Цветкова Ю.В. Сравнительный анализ особенностей употребления психоактивных веществ учащимися со снижением когнитивного развития..... 108

Информация..... 111

Рефераты статей на татарском языке..... 112

Change of experience

Akhmetzyanova A.I. Formation and development of early intervention for children with developmental disabilities in Russia and Sweden.

Solovyova S.L. Organizational challenges for clinical psychologist in medicine and public health practice.

Nartsisov Ya.R., Sheshegova E.V., Mashkovtseva E.V., Maksimova L.N. Glycine importance in acute ischemic stroke therapy.

Observance from practice

Ivanova T.A., Poluektov M.G., Philippova T.V., Golubev V.L. A case of mitochondrial cytopathy with the earlier unknown mutation of mitochondrial DNA, with hemidystonia syndrome.

Short reports

Mylnikova Yu.A. Psychopathological and social predictors of autoaggressive behavior in persons of military and preinduction age.

Kolpakov Ya.V., Yaltonskaya A.V., Abrosimov I.N. The problem of assessing the prevalence of alcohol use by women during pregnancy.

Pavlov R.A., Tarumov D.A. The perspective of using functional magnetic resonance imaging in complex diagnostics of opioid addiction potential conscripts.

Fadeeva E.V., Kolpakov Ya.V., Geronimus I.A., Tsvetkova Yu.V. The comparative analysis of features of psychoactive use among students with reduced mental stature.

Information

Abstracts of articles in the Tatar language.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ В РОССИИ И ШВЕЦИИ

Анна Ивановна Ахметзянова

*Казанский (Приволжский) федеральный университет, Институт психологии и образования
по научной деятельности, 420008, г. Казань, ул. Кремлевская, д. 18, e-mail: ah_anna@list.ru*

Реферат. Актуальность означенной проблемы обусловлена уникальностью младенческого возраста, ранний возраст признается одним из самых значимых в плане становления ряда психических функций ребенка. Система ранней помощи обеспечивает возможность максимально широкого охвата детей с нарушениями в развитии на ранних этапах онтогенеза, что способствует предупреждению возникновения вторичных нарушений в развитии, а также наиболее эффективному использованию сенситивных периодов становления высших психических функций для их восстановления и развития. В рамках данной работы рассмотрена история становления и развития системы ранней помощи (раннего вмешательства) детям за рубежом и в России.

Ключевые слова: ранняя помощь, раннее вмешательство, отклонения в развитии, ребенок с особыми образовательными потребностями.

FORMATION AND DEVELOPMENT OF EARLY
INTERVENTION FOR CHILDREN WITH
DEVELOPMENTAL DISABILITIES
IN RUSSIA AND SWEDEN

Anna I. Akhmetzyanova

*Kazan (Privolzhsky) Federal University, Institute of Psychology
and Education for Scientific Activity, 420008, Kazan,
Kremlevskaya street 18, e-mail: ah_anna@list.ru*

The urgency of this problem is due to the uniqueness of infancy; early age is recognized as one of the most significant in terms of the formation of a number of mental functions of the child. System of early intervention provides the widest possible coverage of children with developmental disorders in the early stages of ontogenesis that promotes the prevention of secondary disorders in development, as well as the most effective use of sensitive periods of formation of higher mental functions for their recovery and development. As part of this work, the history of formation and development of the early intervention system will be considered abroad and in Russia.

Key words: Early intervention, developmental disorders, a child with special educational needs.

Актуальность означенной проблемы обусловлена уникальностью младенческого возраста. Ранний возраст признается одним из самых значимых в плане становления ряда психических функций ребенка, в этом возрасте развиваются моторные функции, ориентировочно-познавательная деятельность, речь, происходит

формирование личности. Особенностью состояния мозга новорожденных является онтогенетическая «незрелость» его морфофункциональных систем. Пластичность мозга в этот момент определяет большие потенциальные возможности коррекции нарушенных или отстающих в своём развитии функций.

Ранняя адекватная помощь ребенку позволяет более эффективно компенсировать нарушения в его психофизическом развитии и тем самым смягчить, а возможно, и предупредить вторичное отклонение. Система ранней помощи обеспечивает максимально широкий охват детей с нарушениями в развитии на ранних этапах онтогенеза, что способствует предупреждению возникновения вторичных нарушений в развитии, а также наиболее эффективному использованию сенситивных периодов становления высших психических функций для их восстановления и развития. Максимально раннее начало комплексной психолого-медико-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями, является фактором оптимизации образовательных возможностей и социально-экономических перспектив ребенка, шагом к совершенствованию практики защиты прав ребенка и прав инвалидов, а также качественному улучшению их положения в обществе. Это привело к формированию во многих странах мира новой системы оказания помощи детям первых лет жизни и их семьям, получившее название «early intervention», или «раннее вмешательство». Указанная деятельность имеет несколько наименований: Early Childhood Intervention (ECI) – раннее детское вмешательство, Early Aid (EA) – ранняя помощь, Early Support – ранняя поддержка. Во многих странах применяется одновременно более одного названия. Например, в Германии существуют социально-педиатрические центры (в системе здравоохранения),

предоставляющие услуги раннего детского вмешательства, и центры ранней помощи (в системе образования). Термины «раннее вмешательство» и «ранняя помощь» одновременно применяются также в РФ. Раннее вмешательство – это система различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, и мероприятий, ориентированных на поддержку родителей, которая также включает в себя выявление проблем в развитии детей и оценку особенностей их развития. Одно из наиболее цитируемых определений ранней помощи принадлежит Guralnick M. [11], который видит цель такой системы в поддержке семейных паттернов взаимодействия, содействующих развитию ребенка. Эту же точку зрения поддерживает Alisauskienė [7], добавляя, что результатом ранней помощи должно быть социальное включение семьи и ребенка.

Такое представление о сущности ранней помощи (*семейно-центрированный подход*), стремительно завоевывающее все большее число сторонников, весьма резко отличается от установок 60-80-х годов XX века, когда вся деятельность служб раннего вмешательства концентрировалась на детях (подход, *центрированный на ребенке*), лечебно-реабилитационных мероприятиях и раннем специальном обучении.

В разных странах сфера комплексной помощи детям с нарушениями развития, включая детей-инвалидов, и их семьям имеет несколько основных истоков: системы здравоохранения, образования, социальной защиты, некоммерческие организации. В большинстве стран в зависимости от исходной ведомственной принадлежности или юридического статуса организации, в которой создаются службы, имеется несколько подходов к оказанию услуг детям и семье.

Медицинский подход. Службы, нацеленные преимущественно на раннее выявление, лечение, реабилитацию, первичную и вторичную профилактику нарушений развития, обычно создаются в системе здравоохранения. В таких службах большинство сотрудников – врачи, которые играют ключевую роль в их функционировании.

Психолого-педагогический подход. В большей степени службы ориентированы на специальное обучение детей с выявленными нарушениями развития и третичную профилактику. Чаще всего такие службы организуют в системе образования или на базе общественных некоммерческих организаций.

Социально-педагогический подход. Службы, фокусированные на социальной адаптации детей с выявленными нарушениями развития или высоким психосоциальным риском нарушения развития, используют социально-педагогический подход к оказанию ранней помощи и обычно открываются в системе социальной защиты или в общественных некоммерческих организациях.

Комплексный подход. Такой подход осуществляется службами, создающимися в общественных некоммерческих организациях [1] или в новых организациях муниципального уровня, вне систем здравоохранения, образования и социальной защиты. Они имеют большую свободу в формировании комплексного подхода, включающего уравновешенные компоненты медицинской, образовательной и социальной направленности.

Партнерский подход. Практика развития ранней помощи во многих странах указывает на наличие конкуренции и серьезных трудностей преодоления барьеров между службами, имеющими различную нормативно-правовую основу деятельности [7]. В подобных ситуациях одним из наиболее перспективных способов создания единой системы ранней помощи является разработка четких разграничений функций различных служб и установление оплаченного конструктивного взаимодействия между ними [10].

У программ раннего вмешательства в России есть две цели. Одна цель – общая для всего мира – как можно раньше выявить нарушения в развитии младенца или ребенка раннего возраста и помочь родителям создать оптимальные условия для его развития и обучения в условиях семьи и местного сообщества. Программы раннего вмешательства включают в себя весь процесс начиная с выявления проблем в развитии ребенка, проведения междисциплинарной оценки, проведения программ терапии и поддержки и заканчивая процессом перехода ребенка в дошкольное (или иное) учреждение. В настоящее время все чаще упоминается о пренатальной диагностике как обязательном элементе программ раннего вмешательства, так как ее психологические последствия крайне важны для родителей и поэтому требуют включения данного процесса в область раннего вмешательства.

Вторая цель, специфическая для России, где по-прежнему огромное число детей проживает в интернатных учреждениях – не допустить разлучения ребенка и его семьи и помещения ребенка в сиротское учреждение. Обобщение опыта

программ раннего вмешательства в России показывает, что данные программы, направленные на поддержку семей с маленькими детьми с функциональными нарушениями, хорошо зарекомендовали себя как программы профилактики социального сиротства детей с инвалидностью [8, 9]. Разработка и реализация программ ранней помощи позволяют сохранять ребенка в семье и предупреждать отказы родителей от своих детей с последующей передачей ребенка в систему государственных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Одной из основных целей раннего вмешательства является создание условий для удовлетворения особых потребностей развития детей в младенческом и раннем возрасте так, чтобы на следующем этапе развития они могли быть включены в общий поток сверстников и посещать учреждение дошкольного образования. Раннее вмешательство служит технологией профилактики инвалидизации ребенка за счет профессиональной поддержки его сильных сторон и удовлетворения его потребностей, интеграции и адаптации его к жизни в семье, в среде сверстников и в обществе в целом. В данном случае ведется речь о социальной модели инвалидности, в основе которой лежит концепция равных прав и равных возможностей для всех людей в обществе и концепция нормализации жизни. Нормализация жизни не означает, что ребенок с нарушениями становится «нормальным», т.е. не имеющим нарушений. Этот термин означает, что жизнь ребенка становится нормальной, такой же, как у других детей его возраста, за счет устранения барьеров, которые мешают ребенку жить нормальной жизнью и быть включенным в те же виды деятельности, в которых участвуют его сверстники.

Швеция занимает лидирующее положение в мире по качеству помощи, оказываемой детям-инвалидам и детям с различного рода нарушениями. На волне экономического подъема в 1967 г. в Швеции принимается новый закон о попечении, заботе и уходе за инвалидами и лицами с выраженными нарушениями умственного развития, представивший и закрепивший гарантии государства в праве на образование и труд, а также обозначивший принцип интеграции и ее цель – максимальное включение инвалидов и лиц с ОВЗ в жизнь общества. В рамках действия новых законодательных актов закрытые учреждения системы здравоохранения и социальной защиты населения были вытеснены новыми формами помощи – пансионатами, общежитиями и центрами днев-

ного пребывания. Развитие социальной сферы и на основе принципа интеграции привели к изменению не только системы здравоохранения и социальной защиты населения, но и образования – Швеция реализовала идею институционализации, создав дифференциальную систему специального образования для многих нуждающихся категорий детей.

В конце 60-х – начале 70-х годов официально в области социальной политики Швеции были приняты два основополагающих принципа – нормализации условий жизни инвалидов и лиц с ОВЗ и интеграции. Со временем суть понятий «интеграция» и «нормализация» в социальной политике Швеции претерпели существенные изменения – ныне эти два принципа означают доступность и равноправие, т.е. предоставление помощи, организации социального обслуживания и образования на равных условиях. В 80-х годах прошлого века государственный сектор Швеции был децентрализован, поэтому система ранней помощи в стране в значительной степени построена по территориальной (муниципальной) модели. В структуре муниципальной модели были выделены три уровня оказания ранней помощи со своими целями, задачами и функциями.

Первичный уровень представлен детскими службами здоровья, социальными службами и детскими дошкольными учреждениями, которые, помимо функций профилактики, оздоровления, лечения, социального обслуживания, заботы, ухода и воспитания, выявляют детей с нарушениями в развитии, а также проводят профилактику возможных проблем в их развитии. Данные службы посещают семьи с детьми от рождения до 6 лет и предлагают базовые программы, состоящие из различных методов скрининга развития ребенка. Цели детских служб здоровья определены Шведским Национальным отделом здравоохранения и социального обеспечения в 1981 г.: а) уменьшение смертности, заболеваемости и инвалидности среди детей; б) уменьшение вредоносных факторов и воздействий на родителей и детей; в) поддержка родителей в выполнении их роли, что создает таким образом благоприятную среду для развития всех детей.

Если в детской службе здоровья в результате проведенных диагностических мероприятий у ребенка выявляется наличие какого-либо нарушения, его направляют в детскую клинику или реабилитационный центр. До поступления в школу дети с ОВЗ могут быть выявлены в рамках детских учреждений. Дети, попадающие в группу в силу

тех или иных причин, как правило, не выделяются в особую структуру внутри детского сада и не получают какой-либо помощи. Дети, нуждающиеся в специализированной помощи, получают право на место в детском саду вне очереди. Их потребности удовлетворяются в рамках обычной среды для их сверстников.

На втором уровне системы ранней помощи подключаются детские центры абилитации, детские психиатрические клиники и социальные службы. Центры абилитации являются отдельными муниципальными структурами. Основная работа центра строится исходя из разработанной в Швеции концепции абилитации. Сутью концепции является не только многостороннее лечение, не только коррекция имеющихся проблем в развитии ребенка, «но и возможность научить ребенка достигать важные функциональные цели альтернативными путями, если обычные пути блокированы, и адаптировать окружающую среду для компенсации отсутствующих функций. Развитие системы детской абилитации в Швеции подчинено принципу обеспечения равных прав всех детей, включая детей с ОВЗ. В детском абилитационном центре ребенок может получить комплексную междисциплинарную помощь, медицинскую, социальную, педагогическую и психологическую. Некоторые дети в наиболее тяжелых случаях направляются в детские психиатрические клиники. Часто в структуре абилитационного центра Швеции находится лекотека – библиотека игрушек. Концепция лекотеки возникла в середине 60-х годов, а первая лекотека была создана инициативной группой родителей и преподавателей в Стокгольме [6].

На третичном уровне оказания ранней помощи поддержка особых детей и их семей приобретает более косвенные формы, помощь ориентирована преимущественно на социальное окружение ребенка: медицинские консультации для персонала образовательных учреждений, специальное обучение для учителей дошкольных учреждений и другое.

Современная модель ранней помощи в Швеции ориентирована на концептуальную модель, называемую «Модель системного развития». Однако не все базовые принципы этой модели в равной степени реализованы и представлены в системе ранней помощи Швеции. В реальной практике существует лишь тенденция к многоаспектности, акцент ставится на ребенка, особенно на сопоставлении его с возрастными нормативами развития. Большинство диагностических и коррекционных

мер сосредоточены на ребенке, мало внимания уделяется взаимодействию с родителями и сверстниками, оценке среды и семьи. Индивидуальный подход также недостаточно представлен в практике отдельных учреждений.

Одной из главных проблем шведской децентрализованной системы является обеспечение координации деятельности различных служб, включенных в систему ранней помощи. Несмотря на децентрализованный характер системы ранней помощи в Швеции, Министерство здравоохранения и социального обеспечения несет ответственность за единый уровень качества медицинских и социальных услуг по всей стране, а Министерство образования – за качество предоставляемых образовательных услуг. Трудности реализации этого единства связаны с тем, что обладая значительными полномочиями, муниципалитеты могут по-разному претворять в жизнь спускаемые сверху указания.

Исследователями подчеркиваются различия в организации системы ранней помощи в США и Швеции, основное из которых связано с тем, на каких принципах эти системы основаны – на правах или потребностях. В США деятельность служб основана на праве человека получить к ним доступ, если у него выявлены какие-либо специфические проблемы, являющиеся «критерием доступа» в эти службы. В США не существует практики обучения всех вообще детей раннего возраста или ухода за ними – организация этого процесса полностью ложится на семью. Дети получают право доступа к соответствующим службам только после выявления у них определенных проблем или отнесения их к группе риска. Таким образом, большая часть служб ранней помощи в США является специализированной, и фокусируется на специфических группах детей или на отдельных детях. Семья может получать мало услуг, если не заявляет о своих правах. В Швеции существует система раннего обучения и ухода для всех детей, включая детей с ОВЗ. Дополнительные услуги предоставляются семье по мере надобности. Ресурсы распределяются между детьми в соответствии с их потребностями и на основе решений, принимаемых муниципальным сообществом [4].

В нашей стране система ранней помощи находится в стадии становления. Проведенные в 80-х гг. XX в. исследования уже позволили смоделировать и проверить на практике единую систему раннего выявления и помощи для одной категории младенцев и детей раннего возраста – детей

с выраженными нарушениями слуховой функции. Ранняя помощь детям первого года жизни с нарушениями слуха осуществляется в сурдологических кабинетах, организованных на базе специальных дошкольных образовательных учреждений, отделений детских больниц, ПМС-центров. На начальном этапе проводятся комплексная медицинская коррекция, раннее хирургическое и медикаментозное лечение, слухопротезирование. Данная модель раннего выявления и комплексной помощи детям с нарушениями слуха послужила основой для разработки единой государственной системы ранней помощи детям из других групп нарушений развития, а также из групп риска [5].

В Москве апробация различных моделей ранней помощи осуществляется через систему медико-психолого-педагогического патронажа, в действующих психолого-медико-социальных центрах, психолого-медико-педагогических консультациях, в некоторых учреждениях дошкольного образования, в дошкольных образовательных учреждениях системы здравоохранения и в негосударственных организациях и службах.

Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства был организован в 1992 г. Основоположающим для создателей программы было понимание важности первых трех лет жизни для развития мозга ребенка и необратимости последствий, если возможность оказать помощь упущена. В институте начинают адаптацию и стандартизацию шкал оценки развития ребенка KID и CDI, которые были долгое время единственными нормированными шкалами для детей раннего возраста. В 1991 г. в институте разрабатывают программу «Абилитация младенцев» (выявление, коррекция и компенсация нарушений слуха, зрения, движений, речи и интеллекта у детей раннего возраста). Специально для разработки и внедрения программы создается негосударственное учреждение «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства».

В 1992 г. открывается русско-шведская лекотека. Со временем программа работы лекотеки развилась в междисциплинарную семейно-центрированную программу ранней помощи (раннего вмешательства). При участии института в России появилась новая специальность «физическая терапия», которая в настоящее время успешно совершенствуется на базе Государственного медицинского университета им. Павлова. В 2002–2005 гг. институт был клинической базой для развития эрготерапии. Необходимость изме-

нения среды и окружения с целью нормализации жизни человека с нарушениями постепенно стала одной из основополагающих ценностей и принципов раннего вмешательства.

В конце 90-х годов – начале 2000-х годов на основе региональных экспериментов в области образования были созданы сети служб ранней помощи в Самарской и Новгородской областях, в г. С.-Петербурге. В работу по организации служб ранней помощи включились такие регионы, как Калининградская, Ростовская, Псковская, Московская и Ленинградская области, Красноярский и Хабаровский края, г. Москва и некоторые другие регионы. В Томске с 2001 г. начала свою работу служба ранней помощи для детей от рождения до 3 лет [4]. В Великом Новгороде в 2000 г. служба раннего вмешательства была создана в Новгородском детском центре. В 2003 г. на базе муниципального образовательного учреждения «Центр психолого-медико-социального сопровождения» было открыто отделение «Служба ранней помощи». Были последовательно организованы службы ранней помощи в городах Новгородской области: Боровичи (2001), Старая Русса (2001), Валдай (2002), поселках Парфино (2001) и Демянск (2002). В 2000 г. в г. Архангельске появилось отделение раннего вмешательства Опорно-экспериментального реабилитационного центра для детей с ограниченными возможностями.

Становление служб ранней помощи детям с отклонениями в развитии в регионах России происходит двумя путями: как правило, их возникновение связано с приоритетами руководства субъекта Федерации и реализуемой им социальной политики, зависит от уровня социально-экономического развития региона. Становление таких служб и развитие основано на программно-целевом методе управления образованием. При втором варианте возникновения центра (службы) ранней помощи отправной точкой является осознание специалистами, непосредственно работающими с детьми дошкольного возраста, целесообразности и даже необходимости возможно более раннего обнаружения имеющегося у ребенка отклонения в развитии или факторов риска его возникновения [3].

В 2008 г. специалисты ресурсных центров С.-Петербурга, Великого Новгорода, Харькова, Минска создали Ассоциацию раннего вмешательства (АРВ). Они выразили озабоченность тем, что мнения и интересы междисциплинарных команд, работающих в службах РВ, а также самих семей

с маленькими детьми, нуждающимися в помощи, знающих ситуацию изнутри, не учитываются в законодательных решениях. В связи с этим было принято решение создать АРВ, выступающую за развитие системы раннего вмешательства в Восточной Европе на основе наиболее полного использования всех принципов раннего вмешательства, основными из которых являются научность, доказательность, систематическая оценка достоверными методами, междисциплинарность, активное участие семьи и другие важные принципы. Целью Ассоциации является содействие созданию в странах Восточной Европы условий для результативной научно-практической деятельности в области раннего детства и тем самым – дальнейшему становлению профессионального сообщества, основанного на научных знаниях и перспективных технологиях в области работы с семьями и людьми с функциональными нарушениями.

Таким образом, лидирующее положение в мире по качеству ранней помощи, оказываемой детям-инвалидам и детям с различного рода нарушениями, занимают европейские страны (Швеция) и США, в которых накоплен опыт работы с данной категорией детей. В России становление системы ранней помощи находится на начальном этапе. Только в 90-е годы XX века одним из приоритетов развития специального образования стало создание недостающего звена – системы раннего выявления и ранней комплексной коррекции нарушений в развитии ребенка как базиса для последующего процесса воспитания и обучения и необходимого условия социальной и образовательной интеграции. Однако отсутствие государственной политики в сфере ранней помощи детям с отклонениями в развитии и её законодательной основы замедляет активное движение регионов в направлении организации этой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова Л.И. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений современной специальной (коррекционной) педагогики // *Дефектология*. 2002. № 3. С. 11–12.
2. Емелина О.И. Становление системы помощи детям раннего возраста за рубежом // *Специальное образование*. 2013. № 3.
3. Малофеев Н.Н., Разенкова Ю.А., Урядницкая Н.А. О развитии службы ранней помощи детям с отклонениями в развитии и детям-инвалидам в Российской Федерации [Текст] // *Дефектология*. 2007. № 6. С. 60–68.
4. Разенкова Ю.А. Система ранней помощи в Швеции // *Дефектология*. 2013. № 6. С. 71–79.
5. Разенкова Ю.А. Региональная политика в области ранней помощи: проблемы и перспективы // *Дефектология*. 2003. № 4. С. 72–78.
6. Суханова Н.Н. и др. Опыт работы неонатолога в междисциплинарной команде русско-шведской лекотеки. URL: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1932> (дата обращения 14.10.2014).
7. Alisauskienė S. Key aspects and recommendations in early childhood intervention. Conference paper, European Conference of Quality in Early Childhood Intervention. Budapest, 2009.
8. Akhmetzyanova A.I. The Development of Self-Care Skills of Children with Severe Mental Retardation in the Context of Lekoteka // *World Applied Sciences Journal*. 2014. Vol. 29 (6). P. 724–727.
9. Akhmetzyanova A.I. Correction of Sensorimotor Functions of Pre-Lingual Children with Cerebral Palsy in the Context of Lekoteka // *World Applied Sciences Journal*. 2014. Vol. 29 (6). P. 743–746.
10. Pretis M. Early Childhood Intervention in Austria. In: *Early Childhood Intervention Across Europe Towards Standards, Shared Resources and National Challenges* [Ed. By M. Pretis], 2009.
11. Guralnick, M.J. A Developmental Systems Model for Early Intervention. In: *Infant and Young Children*, 2001. Vol. 14:2. Aspen Publishers, ISEI.

REFERENCES

1. Aksanova L.I. *Defektologiya*. 2002. № 3. pp. 11–12. (in Russian)
2. Emelina O.I. *Spetsial'noe obrazovanie*. 2013. № 3. (in Russian)
3. Malofeev N.N., Razenkova Yu.A., Uryadnitskaya N.A. *Defektologiya*. 2007. № 6. pp. 60–68. (in Russian)
4. Razenkova Yu.A. *Defektologiya*. 2013. № 6. pp. 71–79. (in Russian)
5. Razenkova Yu.A. *Defektologiya*. 2003. № 4. pp. 72–78. (in Russian)
6. Sukhanova N.N. et al. *Opyt raboty neonatologa v mezhdistsiplinarnoi komande russko-shvedskoi lekoteki*. URL: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1932> (data obra-shcheniya 14.10.2014). (in Russian)
7. Alisauskienė S. *Key aspects and recommendations in early childhood intervention. Conference paper, European Conference of Quality in Early Childhood Intervention*. Budapest, 2009.
8. Akhmetzyanova A.I. The Development of Self-Care Skills of Children with Severe Mental Retardation in the Context of Lekoteka. *World Applied Sciences Journal*. 2014. Vol. 29 (6). pp. 724–727.
9. Akhmetzyanova A.I. Correction of Sensorimotor Functions of Pre-Lingual Children with Cerebral Palsy in the Context of Lekoteka. *World Applied Sciences Journal*. 2014. Vol. 29 (6). pp. 743–746.
10. Pretis M. Early Childhood Intervention in Austria. In: *Early Childhood Intervention Across Europe Towards Standards, Shared Resources and National Challenges* [Ed. By M. Pretis], 2009.
11. Guralnick, M.J. A Developmental Systems Model for Early Intervention. In: *Infant and Young Children*, 2001. Vol. 14:2. Aspen Publishers, ISEI.

Поступила 22.10.14.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

Том XLVII, вып. 1, 2015

Литературный редактор *А.Ш. Закирова*
Перевод на англ. язык *М.Г. Ахметовой*
Перевод на тат. язык *Л.И. Фидаевой*
Компьютерная верстка *М.Г. Гизатуллиной*

На обложке:

портрет невропатолога и психиатра В.М. Бехтерева.
1913, Репин Илья Ефимович (1844—1930)

Журнал зарегистрирован в УФС по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Республике Татарстан, свидетельство № ПИ ТУ 16-00661.

Подписано в печать Формат 60x84^{1/8} Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ

Издательство «Медицина» ГАУ «РМБИЦ». 420059, Казань, ул. Хади Такташа, 125.
Отдел оперативной полиграфии ГАУ «РМБИЦ». 420059, Казань, ул. Хади Такташа, 125.
Цена договорная.